LE
CONCOURS MÉDICAL

• ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS •

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

C. BOULANGER
Administrateur

J. MIGNON et P. DOURIEZ
Administrateurs Adjoints

ABONNEMENTS
Voir conditions page IV

DIRECTION

Dr J. NOIR, Directeur

Drs G. LAVALÉE et **R. MASSART**
Directeurs-Adjoints

Drs M. VIMONT et **G. FISCHER**

RÉDACTION

Dr G. FISCHER, Rédacteur en Chef

Dr P. LACROIX
Secrétaire de la Rédaction

C. P. Paris 167-95. - R. C. Seine 76.579

Rédaction et Administration : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : TRUdaine 33-66**



Soixante-troisième année | N° 1 | 5 Janvier 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -



TARIF DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants............ **50 fr.**

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 1. — Dans belle banl. imméd., bonne client. à céder dans d'excell. condit. Beau pavillon avec confort moderne, jardin. Reprise du bail (8 ans). Ecr. Dr Viard, 11, rue du Printemps, Paris (XVIIe).

N° 2. — Simca 5, coupé gd luxe, vert, décapt.-parf. état. S'ad. Mutuelle d'Assur., 60 bd La Tour. Maubourg, Paris (VIIe).

N° 3. — Jne doct. lic. ès sc., 3 ans intern. hôpit très gr. ville province, nombr. remplacem. dans client. de ville, hautes référ., cherche occupat. médic. ou paraméd., Paris ou banl. imméd. (même quelques heures par jour). S'ad. du Rusquec, 6, rue St-Sulpice, Paris (VIe).

N° 4. — Jne doct. 4 ans d'intern. hôpit. psych. cherche place méd. interne ou assist. dans clin. psychiatr. du mais. santé. S'ad. M. Morgand, 1 *bis*, rue Abel Leroy, Vannes (Morbihan).

N° 5. — En vue cession bonne client., pour rais. santé, on dem. jeune doct. anc. interne des hôpit. de préfér. méd. génér. et infant. Banlieue Ouest Paris. Dr Fischer, 37, rue de Bellefond, Paris.

N° 6. — On dem. une infirmière diplômée ayant peu prat. en urologie et qui pourrait, en même temps, faire secrét. sténo-dactylo. Vie de famille dans gr. propriété campagne, région Tours. S'ad. M. Despagne, 21, rue de Clocheville, Tours.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

— Loir-et-Cher. — Bon poste à reprendre dans petite ville. Loyer 4.000 fr., 8 pièces, très bon appart. prix modéré, raison santé.

— Loiret. — Après décès, poste ancien, petite ville, gros rapport, prix moitié, loyer 4.500 francs.

— Loiret. — A 15 kilomètres de grande ville, petit bourg. Rapport moyen, prix moitié, petit comptant.

AVIS A NOS ABONNÉS DE ZONE NON OCCUPÉE

Pour tous renseignements d'ordre administratif, et pour le paiement de l'abonnement, prière à nos abonnés de zone non occupée de s'adresser à notre correspondant : M. Paul Ribeyre, *Concours Médical*, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche). Compte de chèque postal : Lyon n° 953-52.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.
Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer les tablettes de **Mangaïne** c'est saliver abondamment, une salive digestive antiseptique et agréable, 71, rue Sainte-Anne.

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, de psychasthénie dans les 9/10 des cas.
Aussi, plus que jamais, les comprimés d'**Aeïne** sont devenus indispensables.
L'ouvrage du Dr Bayard (4e *Edition* 40/2, 100 *pages, préfacé par le Pr Laignel-Lavastine*) fournit une documentation complète.
Il est envoyé, gracieusement sur demande, aux Médecins français en exercice, par le laboratoire de l'**Aeïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe) — Tirage limité.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Hôtel du Parc, Saujon (Charente-Marit.) Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.** — La séance de rentrée aura lieu le mercredi 15 janvier 1941.

— **Faculté de médecine de Paris.** — La reprise des cours et des travaux pratiques, à la suite des vacances du jour de l'An, a eu lieu le vendredi 3 janvier 1941.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — Le Professeur Laignel-Lavastine reprendra à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, à l'hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, ses leçons avec présentation de malades, le 8 janvier 1941, à 10 heures.

Sujet des leçons : 8 janvier : Une heure avec Esquirol (en l'honneur de son centenaire). — 15 janvier : Les troubles de la présentification. — 22 janvier : Valeur clinique du sentiment d'étrangeté — 29 janvier : Valeur clinique du sentiment d'alerte.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — Le Professeur Laignel-Lavastine, avec ses collaborateurs, a commencé son « cours de psychiatrie élémentaire en un mois », le vendredi 3 janvier 1941, à 9 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, 1, rue Cabanis.

Programme du cours : Vendredi 3 janvier : Introduction à la psychiatrie (M. Laignel-Lavastine

— Samedi 4 janvier : L'examen clinique en médecine mentale. Sémiologie (M. Delay). — Lundi 6 janvier : Les oligophrénies (M. Heuyer). — Mardi 7 janvier : Manie. Mélancolie. Psychose maniaco-dépressive (M. Vidart). — Jeudi 9 janvier : Confusion mentale. Psychoses toxi-infectieuses aiguës (M. Mignot). — Vendredi 10 janvier : Confusion mentale. Psychoses toxi-infectieuses aiguës (*suite*) (M. Mignot). — Samedi 11 janvier : Les obsessions. La psychasthénie (M. Heuyer). — Lundi 13 janvier : Psychoses paranoïaques (M. Durand). — Mardi 14 janvier : Psychoses paranoïdes. Paraphrénies (M. Durand). — Jeudi 16 janvier : Schizophrénie et démence précoce (M. Vidart). — Vendredi 17 janvier : La syphilis à forme mentale. P. G; S. cérébrale (M. Delay). — Samedi 18 janvier : Les démences (M. Neveu). — Lundi 20 janvier : Epilepsie (M. Maurice). — Mardi 21 janvier : Hystérie. Pithiatisme (M. Menanteau). — Jeudi 23 janvier : L'alcoolisme mental (M. Delay). — Vendredi 24 janvier : Toxicomanies (M. Desoille) — Samedi 25 janvier : Déséquilibre psychique. Perversions (M. Mignot). — Lundi 27 janvier : Réactions anti-sociales des aliénés (M. Desoille). — Mardi 28 janvier : Législation des aliénés. Rédaction des rectificats (M. Desoille). — Jeudi 30 janvier : L'analyse psychologique (M. Parcheminey). — Vendredi 31 janvier : Psychiatrie infantile (M. Heuyer).

— **Faculté de droit de Paris.** — INSTITUT DE CRIMINOLOGIE. — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours de ***psychiatrie médico-légale*** *élémentaire* à la Faculté de droit le vendredi 3 janvier 1941, à 11 heures (amphithéâtre nº 3) et le continuera tous les vendredis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS : Vendredi 3 janvier 1941 : Expertise psychiatrique. — Vendredi 10 janvier : Capacité pénale. — Vendredi 17 janvier : Réactions anti-sociales des alcooliques. — Vendredi 24 janvier : Réactions anti-sociales des toxicomanes. — Vendredi 31 janvier : Réactions anti-sociales des délirants. — Vendredi 7 février : Réactions anti-sociales des déments. — Vendredi 14 février : Réactions anti-sociales des périodiques, des épileptiques et des hystériques. — Vendredi 21 février : Réactions anti-sociales des paranoïaques. — Vendredi 28 février : Réactions anti-sociales des déséquilibrés. — Vendredi 7 mars : L'homicide pathologique. — Vendredi 14 mars : Limites du vol morbide. — Vendredi 21 mars : Attentats aux mœurs. — Vendredi 28 mars : Criminalité militaire et juvénile.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours d'hygiène sociale.* Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris et sous le patronage de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale et de la Ligue nationale française contre le péril vénérien : *La lutte contre les maladies sociales ; la dégénérescence de l'homme, ses causes, sa prophylaxie*, par M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLLES. — Le cours, public et gratuit, aura lieu salle de thèses, nº 2, les mardis et

samedis, à 17 heures, du 14 janvier au 8 mars 1941.

PROGRAMME DU COURS : 14 janvier : Définition, objet et méthode de l'hygiène sociale. Les maladies sociales et la dégénérescence. — 18 janvier : Causes de dégénérescence. Hérédité morbide. — 21 janvier : Action du milieu : dégénérescence des classes pauvres. — 25 janvier : Action du milieu : dégénérescence des classes riches. — 28 janvier : L'alcoolisme. Hérédité alcoolique. Défense sociale contre l'alcoolisme. — 1er février : La syphilis. Domaine de la syphilis. Danger social. — 4 février : La syphilis héréditaire. Hérédité syphilitique. Hérédo-syphilis mentale. — 8 février : Défense sociale contre la syphilis. Législation antivénérienne. — 11 février : Prophylaxie de la syphilis par le traitement. — Mariage des syphilitiques. — 15 février : La tuberculose. Facteurs sociaux de la tuberculose. — 18 février : Défense sociale contre la tuberculose. — 22 février : Prophylaxie de la dégénérescence. Eugénique. Eugénétique. Puériculture. — 25 février : (Mardi gras : pas de leçon). — 1er mars : Pratique de l'Eugénique. Conditions et garanties sanitaires du mariage. — 4 mars : Pratique de l'eugénétique. Conditions d'une bonne procréation. Education des futurs époux. — 8 mars : La maternité. Les droits de l'enfant.

— **Ecole de médecine de Dijon.** — M. le Docteur PICHAT a été renouvelé comme chargé de cours d'hygiène et de bactériologie.

— **Ecole de médecine de Rennes.** — M. le Docteur LEROY, professeur suppléant, est chargé provisoirement de la chaire de clinique médicale. (M. le Damany, retraité).

— **Les noces d'or du Docteur Vimont.** — Notre ami le Docteur Maurice Vimont et Madame Vimont viennent de fêter dans une cérémonie intime le cinquantenaire de leur mariage. A cette occasion une messe d'action de grâce a été célébrée le lundi 30 décembre 1940, à 11 heures, en l'église Saint-Leu-Saint-Gilles, à Paris. De nombreux confrères étaient venus présenter aux « cinquantenaires » époux leurs compliments et leurs meilleurs vœux. Le *Concours Médical* est heureux d'adresser au Docteur et à Madame Vimont ses plus cordiales félicitations et l'expression de sa vive sympathie.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur J. DELOBEL, de Noyon (Oise) ; du Docteur A. MORTUREUX, de Mirebeau-sur-Bèze (Côte-d'Or).

— Le Docteur COIGNERAI (en captivité) et Madame Coignerai-Devillers ont la douleur de vous faire part de la mort de leur cher petit Bertrand, à l'âge de trois semaines ((21 novembre 1940-11 décembre 1940).

Paris, 17, rue des Archives.



Le Livre d'Or du Corps Médical Français

ON NOUS ÉCRIT :

Le Docteur SONNET, médecin-lieutenant de bataillon au 77e R. I. tué devant Besançon le 16 juin à l'attaque de cette ville. Je tiens le fait du capitaine de la compagnie avec laquelle il était à l'endroit le plus exposé. Il était, paraît-il, parisien et se serait spécialisé en maladiesnerveuses. Je n'ai pas sous la main d'annuaire récent et n'ai pu le vérifier. Il a eu une très brillante conduite et est resté sur la ligne de feu jusqu'au moment où il fut tué par une rafale de mitrailleuse en se portant au secours d'un blessé. Ceci se passait le 16 juin à 14 heures sur la route de Gray, défendue par cette pauvre compagnie qui perdit une vingtaine de tués sur une position dominée par le fort des Monts Boucon lequel n'ouvrit pas le feu ! Fantastique...

***

Docteur DELAPORTE, médecin de marine de 2e classe, tué à l'attaque de Dakar sur le C. T. « Audacieux » dont il était major, par un obus anglais. Il était ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Don de mille francs pour les médecins victimes de la guerre

Nous avons déjà annoncé le geste confraternel d'un de nos abonnés qui, en nous envoyant la somme de mille francs pour soulager les infortunes médicales dues à la guerre, nous suggérait d'ouvrir une souscription dans ce but.

Il est actuellement interdit par la loi d'ouvrir une souscription quelconque, le gouvernement désirant réserver les ressources de la bienfaisance au Secours national.

D'accord avec notre abonné, nous avons donc versé le montant de son don à la Caisse de Guerre de l'Association générale des médecins de France, créée précisément pour venir en aide aux victimes de la guerre.

Et nous signalons de nouveau celle-ci à la générosité interconfraternelle de nos lecteurs.

Communiqué

Les confrères sollicités de donner leurs soins par convention aux personnels civils des établissements militaires de la région parisienne, notamment Vincennes, devront, en attendant les instructions de l'Ordre des médecins, s'adresser au Docteur FANTON D'ANDON, ex-président du Syndicat de la banlieue Est et Sud, 1, rue des Ecoles, Charenton.

Dr BRETONVILLE.
Ex-président du syndicat médical de Vincennes

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médecins inspecteurs de la Santé

Sont nommés, à titre temporaire :

Médecin inspecteur adjoint de la Santé, M. le Docteur Casaubon, dans le département des Basses-Pyrénées. (*J. O.*, 12 décembre 1940).

Médecins inspecteurs de la santé :

M. le Docteur Boulanger, dans le département du Puy-de-Dôme.

M. le Docteur Dumesnil dans le département de la Côte-d'Or.

M. le Docteur Andrieu dans le département d'Indre-et-Loire.

M. le Docteur Dirat, dans le département des Hautes-Pyrénées.

M. le Docteur Joucla, dans le département de la Charente.

M. le Docteur Deguiral, dans le département des Côtes-du-Nord.

M. le Docteur Mayer, dans le département de l'Indre.

M. le Docteur Cordier, dans le département de l'Aube.

M. le Docteur Saddier, dans le département des Landes.

Mme le Docteur Barthezenne, dans le département de la Nièvre. (*J. O.*, 17 décembre 1940.)

Tarif pharmaceutique

Arrêté du 10 décembre 1940 instituant une Commission chargée de reviser trimestriellement la nomenclature et les prix des produits constituant le *tarif pharmaceutique interministériel* applicable aux bénéficiaires des lois des 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, 31 mars 1919 sur les pensions de guerre (art. 64) et 1er juillet 1938, sur les accidents. (*J. O.*, 12 décembre 1940.)

Instrumentation médicale

Décrets des 8 décembre 1940 portant création d'un Comité d'organisation de l'armurerie et du matériel médico-chirurgical et nommant les membres de ce Comité. (*J. O.*, 11 décembre 1940.)

Les fabrications dépendant de ce Comité sont, outre les armes et articles de chasse :

Les instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ;

Les instruments et appareils de l'art dentaire ;

Les instruments et appareils de l'art vétérinaire.

Sont nommés membres du Comité MM. Claude Blanchard, André de la Brosse, Pierre Drevet, Pierre Duranton, président, Albert Gobin, René Pesty.

Le Comité est constitué par application de la loi du 16 août 1940, concernant l'organisation provisoire de la production industrielle.

Voir la suite page XXXIX-41

Souhaits pour 1941

Avant tout nous souhaitons la Paix, une paix dans l'honneur et la dignité, une paix qui soit un baume et non un caustique versé sur nos blessures, une paix telle que la mérite la France, sinon les Français.

Car, dans les conjonctures présentes, elle est en droit de rappeler à tous, qu'elle n'est pas seulement la patrie des Français déchus de 1940, elle est aussi, elle reste malgré tout, le pays qui donna au monde Lavoisier, Bichat, Laennec, Berthelot, Pasteur, Curie. C'est à dire que la civilisation perdrait soudain beaucoup de ses rayons si la France venait à en retirer la part qu'elle y a mise. La France des grands jours peut exiger le respect de n'importe qui ; elle a des droits sur la géographie comme elle en a sur l'Histoire.

Nous souhaitons aussi une résurgence de la conscience nationale, un regroupement des forces spirituelles et morales qui ne sont pas, qui ne peuvent pas être définitivement mortes au pays qui en fut si souvent le champion. Et cela c'est la grande œuvre et la grande espérance de l'année qui vient.

Enfin nous souhaitons à nos amis les médecins français de voir un peu clair en eux-mêmes, dans l'instant où ils abordent une autre phase de leur carrière professionnelle.

A ceux qui préparent le statut nouveau de la profession comme à ceux qui devront l'accepter, nous souhaitons une compréhension totale de l'heure, une commune et réciproque bonne volonté.

Une tâche aussi vaste et aussi décisive ne doit s'entreprendre que dans une ambiance d'entente fraternelle.

Que 1941 soit pour nous le début d'une ère nouvelle.

Bonne année à tous !

» *Le* CONCOURS MÉDICAL »



PROPOS DU JOUR

L'ARTISANAT MEDICAL

Aux dix-neuvième et vingtième siècles, l'Industrie a subi des transformations profondes et a pris un développement inouï. La vapeur, l'électricité, l'utilisation des chutes d'eau, des moteurs à explosion, ont permis de disposer de nombreuses sources de force motrice et d'organiser d'une toute autre façon la main d'œuvre humaine. Les grandes usines se sont substituées aux petits ateliers, où quelques ouvriers, parfois un seul, travaillaient. La division infinie du travail, la fabrication en série permirent d'obtenir un rendement de beaucoup supérieur et à des prix bien plus modiques. Il est vrai que souvent la quantité était obtenue au détriment de la qualité, que l'ouvrier d'usine, ravalé au rôle de simple rouage de la machine, n'a plus eu à faire preuve de l'habileté, ni de la conscience de l'artisan. Les objets fabriqués, tous identiquement semblables, furent loin de présenter les qualités artistiques et de goût que lui donnaient aux siècles précédents l'artisan, amoureux de son métier qui mettait un point d'honneur à remplir au mieux sa tâche et à ne livrer à son client qu'une œuvre parfaitement finie. L'usine a fait disparaître l'artisanat et au point de vue de l'art, de la beauté, nous avons le droit de le déplorer tout en ne niant pas l'immensité du progrès accompli au point de vue économique. Plus de variété et de pittoresque ; tout devient uniforme et partant terne et ennuyeux. L'ennui naquit, dit-on, de l'uniformité, a dit le poète. Le bon marché triomphe et l'on appelle

cette évolution de l'industrie, le progrès... et sa rançon. Néanmoins les progrès techniques vont peut-être faire renaître l'artisanat. L'électrification des campagnes va permettre la répartition de la force motrice dans les moindres villages ; des ateliers locaux de réparation s'organiseront et peut-être la fabrication suivra dans une certaine mesure. L'artisanat ne suppose pas la disparition de la division du travail, ni celle du bon marché. Le travail à domicile persiste dans les montagnes du Jura pour l'horlogerie, à Thiers dans le Puy-de-Dôme pour la coutellerie, la petite industrie existe encore dans les villages du Bocage normand ; un certain nombre d'Ecoles d'Artisanat ont été créées pour pourvoir d'artisans habiles les campagnes et dans le régime nouveau qui s'annonce les pouvoirs publics favoriseraient les petites industries locales pour donner à la vie rurale une intensité plus grande et s'opposer à l'attraction des villes tentaculaires.

***

Pour la profession médicale une évolution assez semblable à celle de l'industrie s'est produite. Jadis le médecin praticien, surtout dans les petites villes et à la campagne, était un véritable artisan médical. Chirurgie, accouchements, art dentaire, même parfois pharmacie, toutes les pratiques, tous les métiers qui, de près ou de loin, touchaient à la médecine, étaient de son domaine. Il y déployait parfois une ingéniosité merveilleuse qui faisait sa réputation. Mais la médecine et surtout la chirurgie firent depuis un siècle des progrès stupéfiants. L'art médical utilisa toutes les découvertes de la chimie, de la physique et de la mécanique. La chirurgie, parfois la médecine, exigèrent un outillage perfectionné et très coûteux, que seuls des gens habiles et qualifiés étaient à même d'utiliser. On édifia de grands hôpitaux, de vastes maisons de santé et ce fut le crépuscule de l'Artisanat médical.

Or, l'artisan médical, le médecin praticien tout court, ne doit pas disparaître. Il est indispensable tant au point de vue utilitaire qu'au point de vue moral. Lui seul en contact avec le malade et sa famille peut mettre dans ses soins la conscience, le sentiment qui déterminent la confiance souvent si nécessaire à la guérison. Dans le grand hôpital, dans la maison de santé importante, telle que l'Amérique du Nord nous en donne des exemples, le malade peut être parfaitement soigné, avoir à sa disposition tous les perfectionnements de la technique moderne, bénéficier des examens des spécialistes les plus éminents, mais il n'est qu'un hôte de passage, un numéro, un cas plus ou moins intéressant. Le plus souvent ceux qui le soignent s'intéressent beaucoup plus à la maladie qu'au malade.

N'exagérons rien. Le médecin praticien, l'artisan médical, ne pourra pas toujours se passer du centre de soins bien outillé, pourvu de maîtres qualifiés dans les diverses branches de l'art de guérir. Son rôle parfois consistera à y diriger ses malades, si consciencieusement ils exigent des soins au-dessus de sa compétence. Mais au lieu d'étendre le rayon d'action de ces centres de soins, nous croyons qu'il serait préférable de le restreindre tout en portant au maximum le perfectionnement de leur outillage et de leur organisation. Ne pourrait-on pas, comme cela déjà a lieu du reste, pratiquer à domicile les interventions de petite et moyenne chirurgie ? Le chirurgien disposant du matériel et du personnel nécessaire, pourrait dans bien des cas éviter le séjour du malade à la maison de santé ou à l'hôpital. De même ne pourrait-on pas mettre à la disposition des praticiens des laboratoires ambulants de radioscopie, en attendant qu'un perfectionnement technique suffisant permette au moindre praticien de disposer d'un appareil radiologique. Il suffirait d'appliquer dans la médecine courante les automobiles chirurgicales, radiologiques et autres qui ont rendu tant de services aux armées en campagne.

A notre avis, il serait utile que l'artisanat médical fut favorisé, surtout pour l'exercice de la médecine rurale, en s'inspirant du principe que le médecin doit aller pour soigner les maladies aiguës au chevet du patient et non ce dernier aller à la recherche du médecin.

Pour les villes nous envisagerions les choses un peu différemment. Les établissements de *soins étant dans le* voisinage *immédiat* du domicile du malade, le médecin traitant peut l'y diriger ou faire appel à tel ou tel spécialiste selon les nécessités.

Dans les villes de faible ou de moyenne importance la création de maisons médicales par des associations de praticiens telles que nous les avions projetées jadis, favoriserait indiscutablement l'organisation de ce que nous appelons l'artisanat médical, c'est-à-dire le développement le plus complet possible de l'exercice du simple praticien.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES RÈGLES DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

d'après l'étude de l'endémie méningococcique survenue en France durant l'hiver 1939-1940

Par MM.

Charles GERNEZ et Claude HURIEZ

Professeur — Prof. agrégé

à la Faculté de médecine de Lille

Les premières observations françaises de M. C. S., traitées de 1937 à 1939 par les sulfamides, ne constituent que des relations de cas isolés. Leur intérêt dogmatique ne saurait être contesté, mais elles se prêtent moins bien à une étude d'ensemble que les constatations faites durant cet hiver. Le grand nombre de cas publiés, l'identité des circonstances épidémiologiques permettent de tirer des conclusions précises sur la valeur des moyens thérapeutiques mis en œuvre. La statistique, évidemment incomplète et provisoire, que nous avons dressée d'après les publications de ces derniers mois, porte sur un ensemble de 489 cas, de milieux différents (197 civils et 292 militaires), d'âge variable (98 enfants, 391 adultes), de races diverses (352 français métropolitains, 36 créoles de la Réunion, 33 malgaches, 31 marocains, 20 sénégalais et 17 annamites). La mortalité fut globalement de 10,6 % (52 cas).

Mais il n'est pas sans intérêt de comparer (*confer tableaux* 1 *et* 2) les méthodes auxquelles furent soumis — d'une part, les 159 malades de dix séries qui ne furent grevées d'aucune mortalité (*tableau* 1) ;

— d'autre part, les 330 méningitiques de treize statistiques, où la mortalité moyenne fut de 15,5 % (*tableau* 2).

Cette différence de léthalité ne peut être attribuée à des circonstances épidémiologiques différentes : toutes ces méningites furent observées en France, durant la même période (décembre 1939, premier mois de 1940). Presque tous les cas étaient isolés ; les foyers épidémiques étaient exceptionnels. D'ailleurs, contrairement à ce qui est habituellement observé au cours d'une épidémie, trois types microbiens au moins furent en cause : le méningocoque A fut le plus souvent dépisté, mais il y eut également d'assez nombreux cas à méningocoques B et C. La proportion des cas civils et militaires, des enfants et des adultes est identique dans les deux tableaux. Cette similitude rend plus facile encore l'interprétation des résultats obtenus par les différentes conduites thérapeutiques.

I. — La *nature* des sulfamides utilisés doit d'abord être envisagée.

Parmi les nombreux corps organo-soufrés, deux dérivés ont été plus particulièrement retenus dans le traitement de l'endémie de cet hiver : le 693 M B et 1162 F, (1) auxquels il faut ajouter depuis peu le 2090 R P.

1° Nous n'avons pas l'expérience de ce dernier *dérivé thiazolé*, qui a donné à Célice, Grenier et Fallot, à Gournay et Molitor, des guérisons rapides. La tolérance de l'organisme serait grande vis-à-vis du 2090 R P, même à des doses atteignant 12 grammes par jour. Sans recourir à la voie intra-rachidienne, Célice préconise d'administrer par voie buccale, et si nécessaire intra-musculaire, 10 grammes le premier jour, 8 grammes durant 48 heures ensuite, puis

(1) 693 M B ou sulfapyridine (Dagénan) ; 1162 F ou Para-Amino Phényl Sulfamide (Septoplix, Néococcyl, Lysococcine, Bactériamide) ; 2090 R P ou Amino-Benzène Sulfamidothiazol.

6 grammes durant deux jours et de diminuer enfin d'un gramme par 24 heures ; la cure totale atteignant une cinquantaine de grammes.

2° La *sulfamidopyridine* paraît avoir eu la faveur d'un grand nombre d'auteurs. La plupart l'ont prescrite à la dose de 5 à 8 grammes *pro die*, par *voie buccale*. Mais l'ingestion de 693 M B, surtout à ces fortes doses, provoque bien souvent des nausées, des vomissements que n'évite pas toujours l'administration simultanée de bicarbonate de soude ou de carbonate de magnésie. C'est pourquoi Célice préfère à la méthode per-orale *la voie intra-musculaire* qui permet d'éviter en grande partie les troubles digestifs et de traiter les méningitiques comateux ou présentant des vomissements.

Une série de seize malades lui a fourni seize guérisons, grâce à un traitement qui peut être schématisé de la sorte, chez l'adulte : 4 grammes les deux premiers jours, 3 grammes les trois jours suivants, 2 grammes chaque jour ensuite, de la solution à 33 % de 693 M B. Chez l'enfant, la dose maxima quotidienne est réduite à 3 grammes de 10 à 15 ans, à 2 grammes de 5 à 10 ans, à 1 gramme de 1 à 5 ans. Martin, Carles, Worms ont adopté une posologie semblable dans une trentaine de cas sans enregistrer un seul décès. Cette dagénothérapie intramusculaire intensive a paru parfois provoquer des *hématuries*. Dans une de nos observations, nous avons observé une lésion rénale hématurique rapidement curable. L'hématurie d'un malade de Martin a cédé à la réhydratation sans que l'on ait dû diminuer les doses de soludagenan. Pour Célice, ces accidents seraient provoqués par des calculs d'acétylsulfapyridine, qui apparaîtraient dans les urines acides, à pH de 6. La réhydratation et l'alcalinisation des malades soumis à la dagénisation réaliseraient la véritable prophylaxie de ces accidents. D'ailleurs une observation, de Le Bourdellès et Caroli, de néphrite hématurique antérieure à toute sulfamidothérapie chez un malade, dont la lésion rénale a été améliorée par les perfusions au dagenan, force à remarquer que la part de l'infection méningococcique a été peut-être trop négligée dans la production de ces hématuries.

Le Bourdellés et Caroli ont appliqué au traitement de la M. C. S. la technique de *perfusion intra-veineuse*, préconisée par Hodes dans la dagénothérapie de la méningite à pneumocoques. L'injection initiale était dosée à raison de 10 centigrammes par kilo de poids du malade (le plus souvent 6 ampoules de 3 c. c. de 693 M B à 33 % étaient diluées dans 250 c. c. de sérum physiologique et injectées en trois heures) — six heures plus tard, deuxième perfusion de 2 grammes dilués dans 75 c. c. de sérum physiologique — troisième injection de 2 grammes avant la fin des premières 24 heures. Le deuxième jour, une à deux doses « de sécurité » de 2 grammes complétaient une cure, dont le total s'élevait entre 12 et 14 grammes. Le Bourdellès et Caroli ont obtenu treize guérisons brillantes, par cette méthode qui ne put cependant éviter le décès de trois formes particulièrement brutales d'infection méningococcique. Bien qu'elle réalise théoriquement une administration continue du médicament, la technique des perfusions n'a pas été généralisée, car elle est difficile, sinon impossible à appliquer dans les formes délirantes et convulsives, et elle peut être remplacée sans inconvénients, par des modes d'administration plus simples.

En dehors de ces utilisations systématiques, nombre d'auteurs ont recours aux injections intra-veineuses et surtout intra-musculaires, soit au début du traitement quand le malade est comateux ou nauséeux, soit lors d'une rechute pour renforcer une sulfamidothérapie par voie buccale, qui reste le mode d'administration idéal.

Mais il est une voie d'introduction des solutions de 693 M B à 8 et 33 % qui s'est avérée désastreuse : *tous les auteurs sont d'accord pour condamner formellement les injections sous-arachnoïdiennes de soludagenan*. Dès juin 1939, Mme Bertrand-Fontaine et Schneider avaient suspecté l'action nocive des injections intrarachidiennes de cette solution, qui avaient été suivies d'une paraplégie avec troubles sphinctériens. Dans deux autres cas de méningite à pneumocoques, Launay, Françon et Larrivet devaient faire pareille remarque. Aux observations isolées de Boudet, de Lemierre, de P.-E. Weil, à notre observation XVI, il faut ajouter les constatations de Luigi, qui portent sur 22 cas traités par des injections intra-rachidiennes de 1 à 4 grammes de 693 M B en solution à 4, 3 ou 7,6 %. Sept malades seulement ne présentèrent pas d'incidents. Dans trois cas, il n'y eut qu'une simple rétention d'urine passagère, accompagnée chez quatre autres de troubles moteurs également transitoires. Par contre, il persista une impotence fonctionnelle chez deux autres malades et les six derniers ne présentèrent aucune amélioration de la paraplégie totale et définitive, survenue après injection intra-rachidienne de 2, 3 et 4 grammes de 693 M B. Enfin, dans un article récent de la *Presse Médicale*, Fort et Igert ont rapporté six cas de paraplégies graves au cours de la M. C. S. Une de ces observations concerne un malade, qui a présenté une monoplégie au cours d'une méningococcie traitée par injections intra-veineuses de Dagenan, à l'exclusion de toute introduction sous-arachnoïdienne de ce produit. Pareille constatation montre qu'il serait abusif d'attribuer tous les cas de paralysie constatés au cours de la M. C. S. à l'introduction intra-

Dix statistiques réunissant un total de 159 cas de méningites cérébro-spinales sans un décès

Auteurs	Milieu	Nombre de cas		Sulfamidothérapie					Sérothérapie antiméningococcique
		adultes	enfants	Produit	Doses d'attaque: voie buccale	Doses d'attaque: autres voies	Injections rachidiennes	Cure totale	
BOUDET, BROCA et Mlle FABRE	civil et militaire (Montpellier)	6	7	693 MB	8 grs ou	4 grs I.M qqf.	1162 F à 0,85% (3 cas) 693 MB à 33% = 1 paralysie	40 grs	Systématique, d'emblée polyvalente ou anti-A.
CARLES RINGENBACH et BAUD	civil (Bordeaux)	5		693 MB		4 grs I.M		20-27 grs	
CELICE REMILLY et Mlle VELOPE	civil (Versailles		3	693 MB		1 à 3 grs I.M	1162 F à 0,85%	15-20 grs	Tardive - monovalente = guérison de 2 sulfamido-résistances
CELICE GRENIER et FALLOT	militaire	13 2		693 MB 2090 RP	 10 grs	4 grs I.M	1162 F à 0,85%	21-25 grs 50 grs	
CHEVREL Mme CHEVREL Mlle BODIN	civil (Rennes)	28		693 MB	4 grs	qqf. I.M			
GERNEZ et HURIEZ	militaire (Cambrai) civil (Lille)	18 1	1	1162 F 693 MB	10 grs	 5 grs I.M	1162 F à 0,85% (15 cas) 20 à 570 cc.	50 à 130 grs 29 grs	Précoce - polyvalente - 4 cas = 4 rechutes Tardive - monovalente - guérison de 3 sulfamido-résistances
LELONG et TETREAU	militaire	13		1162 F	10-12 grs		1162 F à 0,85%	30-50 grs	
LESNE et RONGET	enfants (H[1] Trousseau)		14	1162 F ou 693 MB	0,15 à 0,25 par kg	I.M qqf.	1162 F à 0,85%		
MARTIN SICARD et Mlle BOUCART	civil (H[1] Pasteur)	15	4	1162 F (11) 693 MB (8)	8 à 13 grs 5 grs ou	qqfois 1 l. à 0,85% s.-cut. 4 grs I.M	1162 F à 0,85% 60 à 700 cc.	jusqu'à 304 grs	Précoce - 3 cas Tardive - monovalente = guérison de 2 sulfamido-résistances
E. MAY PRUNET FROYEZ et GENEVRIER	militaire (H[1] Bégin)	9		1162 F	8 grs		1162 F à 0,85%	30-50 grs	
WORMS	militaire (Phalsbourg)	20		693 MB		5 grs I.M	1162 F à 0,85%	50-70 grs	Précoce - polyvalente - 2 cas

Treize statistiques réunissant un total de 330 cas de méningites cérébro-spinales — mortalité moyenne 15,5 %

Auteurs	Milieu	Nombre de cas		Sulfamidothérapie						Sérothérapie antiméningococcique	Mortalité %
		adultes	enfants	Produit	Doses d'attaque : voie buccale	Doses d'attaque : autres voies	Injections rachidiennes	Cure totale			
BONNIN (Bordeaux)	militaire Sénégalais	20		693 MB	5 grs					Précoce - polyvalente de moins en moins systématique	15 %
CHALIER et Mlle FLOTTARD	civil Lyon	7	29	693 MB	1 à 3 grs	I.M qqf.	1162 F à 0,85% 5 à 8 cc, × 3 jours			Précoce - polyvalente massive - systématique	25 %
CRUCHET F. CARLES et Mlle GOSSET	civil Bordeaux		19	693 MB	3 à 6 grs	I.M qqf.	693 MB à 0,85%			Précoce - polyvalente 13 cas sur 19	27 %
DAMADE	civil Bordeaux	15	2	1162 F	6 grs	1,25 s.-cut. qqf.	1162 F à 0,85% 4 cas	35 grs		Tardive - guérison d'une pyarthrite post méning.	18 %
ESCHBACH	civil Bourges	21	3	1162 F	8 grs		1162 F à 0,85%			Précoce - polyvalente systématique	17 %
FORT et IGERT	militaire Maroc	5		693 MB	4 grs	1 g. I.M qqf.	693 MB. 1 à 2 grs dans 4 cas = 4 paraplégies dont une mortelle	25-30 grs		Précoce - polyvalente systématique	13 %
GOURNAY et MOLITOR	civil Montfermeil	1 2	4	693 MB ou 1162 F 2090 RP	0,10 à 0,20 par kg 12 grs	 ou 6 grs I.M	1162 F à 0,85% (4 cas)	 35 grs		Précoce - 2 cas dont 1 mortel tardive : guérison d'une sulfamido-résistance	29 %
LE BOURDELLES et CAROLI	militaire 2e armée	16	1	693 MB		Perfusions I.V de 10 grs en 24 h.		12 à 14 grs		Précoce - polyvalente - 2 cas dont un mortel	18 %

Auteurs	Milieu	Nombre de cas		Sulfamidothérapie					Sérothérapie antiméningococcique	Mortalité %
		adultes	enfants	Produit	Doses d'attaque : voie buccale	Doses d'attaque : autres voies	Injections rachidiennes	Cure totale		
LEMIERRE	civil H[t] Claude-Bernard	9		1162 F ou 693 MB	4 à 8 grs		1162 F à 0,85% (5 cas)			12 %
LUIGI	militaire (Indochinois malgaches)	73		693 MB	6-8 grs	2 grs I.V puis 2 grs I.M d'emblée	693 MB à 4 et 7% 22 cas = 15 accidents dont 8 paraplégies	22 à 55 grs	Précoce - polyvalente ou A systématique	17 %
MATTEI et FOUREST	militaire (Indochinois malgaches)	16		693 MB	4 grs	1 g. I.M qqf.		25 à 30 grs	Précoce - polyvalente systématique	19 %
RAMERY DIOT et DUTHU	militaire Maroc	16		693 MB	4 grs	I M si coma		22 grs	Précoce - polyvalente systématique dans les 10 premiers cas	12,5 %
RATHERY BOLZINGER et Ph. DECOURT	militaire	14		693 MB	0,10 par kg	I M au début		14 à 29 grs		global[t] 5 % sur les 61 cas
		22		1162 F	0,18 par kg	qqfois 20 grs en lavements	1162 F à 0,85%	27 à 50 grs		
		14		693 MB + 1162 F	5 grs	qqf. 20 grs en lavements	1162 F à 0,85%			1 décès
		11		693 MB + 1162 F			1162 F à 0,85%		+ monovalente - adaptée dans les sulfamido-résistances	2 décès

rachidienne de l'agent thérapeutique. Fort et Igert discutent par ailleurs les deux hypothèses avancées pour expliquer les paraplégies post-chimiothérapiques. Ils ne croient pas à une action toxique élective du produit sur la moelle. En effet Sommers, au Soudan anglais, a injecté à 143 malades une solution à 2,5 % de Dagenan, sans observer le moindre incident. Mais il pulvérisait simplement des comprimés de 693 M B dans de l'eau distillée et n'utilisait pas de véhicule sodé comme dans le soludagenan. Ce dernier n'est en effet que le sel sodé du 693 M B, et l'action caustique de cette solution alcaline avait été suspectée lors du cas princeps par Mme Bertrand-Fontaine et Schneider. Durel, May estiment que le soludagenan est susceptible de provoquer des réactions locales du fait qu'il s'agit d'une solution non tamponnée, au pH très élevé (11 à 12). Quoi qu'il en soit, sur la proposition de Lemierre, la Société Médicale des Hôpitaux de Paris a formellement proscrit ces injections, dans sa séance du 12 avril 1940. Mais ce vœu paraissait jeter l'exclusive contre toute injection intra-rachidienne de sulfamide. Dans un rectificatif du 26 avril 1940, la Société précisait « que le vœu précédent concernait uniquement les solutions de Dagenan, réservées aux injections intra-musculaires et ne concernait nullement les *solutions de* 1162 *F à* 0,85 % *préparées spécialement pour les injections intra-rachidiennes* ». Nous avons pu personnellement pratiquer plus de 200 injections sous-arachnoïdiennes de cette solution sans enregistrer le moindre incident, et il n'en existe pas à notre connaissance dans la littérature médicale. En France, P. Martin a particulièrement insisté sur les avantages induscutables de cette méthode, qui permet d'obtenir dès les premières heures du traitement et de maintenir ultérieurement une concentration optima en sulfamides dans le L. C. R., qui n'est pas obtenue avant 48 heures, et quelquefois davantage, par l'administration buccale. Grenet et Milhit ne croyaient pas à la nécessité de ces injections intra-rachidiennes, car chez leurs malades (des nourrissons d'ailleurs à perméabilité méningée vraisemblablement plus grande que celle de l'adulte) la sulfamidorachie s'élevait à 4-7 milligrammes % en 18 heures, à 5-8 milligrammes % en 48 heures. Martin cependant est revenu récemment sur les avantages de cette technique qui corrige, au début du traitement oral, une sulfamidorachie insuffisante. Martin a, en effet, observé que dans les 24-36 premières heures du traitement buccal, le sang contenait quatre à six fois plus de 1162 F que le L. C. R. Lelong, bien que partisan convaincu de la primauté de l'administration buccale des sulfamides, reconnaît que cette méthode expose à quelques inconvénients : en raison de la lenteur d'administration, la dose utile n'est atteinte qu'en fin de première journée ; d'autre part, il faut tenir compte d'un retard possible dans l'absorption intestinale et d'une élimination rénale excessive, surtout chez l'enfant. Il estime donc que la voie intra-rachidienne ne peut être proscrite complètement, car elle procure immédiatement des concentrations énormes (100 à 120 milligrammes %), qui peuvent se maintenir à 25-30 milligrammes % quelques heures plus tard.

Dans un de nos cas, où une hépatite ictérigène contre-indiquait la continuation de l'administration buccale des sulfamides, nous avons pu juguler un processus méningé traînant par une série de dix injections intra-rachidiennes en quatre jours, qui ont réduit définitivement une réaction cytologique de 7.000 à 25 éléments par millimètre cube.

Mais l'élimination des sulfamides en dehors des espaces sous-arachnoïdiens est souvent trop rapide pour qu'on puisse régulièrement recourir à cette seule voie intra-rachidienne. Lelong conseille de réinjecter lors de la première injection lombaire, 20 c. c. de 1162 F à 0,85 %, seule solution bien tolérée par les espaces sous-arachnoïdiens. Cette injection sera renouvelée une à deux fois par 24 heures durant les deux premiers jours. E. May, nous-même, au début, pratiquons une injection toutes les douze heures, soit trois dans les premières vingt-quatre heures. R. Martin n'hésite plus maintenant à réinjecter 30 à 40 c. c. après soustraction de 20 à 30 c. c. de L. C. R.

On a pu reprocher à cette technique des injections sous-arachnoïdiennes de compliquer une thérapeutique, dont l'un des plus grands mérites (Lemierre-Lelong) était une simplicité telle qu'elle était parfaitement applicable en pratique courante. La seule administration buccale avait permis, dès 1939, à Muraz et Chirle de réaliser un véritable « traitement de brousse » abaissant à 10 % la mortalité par M. C. S. au Niger français.

Mais la plupart des auteurs sont également d'accord sur l'utilité des ponctions quotidiennes, non seulement pour suivre l'évolution de la maladie et apprécier la diffusion des sulfamides dans le L. C. R., mais encore parce qu'elles réalisent, ce qui est recommandable pour toute collection suppurée, un véritable draînage des espaces sous-arachnoïdiens (Célice, Lelong, nous-même) et évitent vraisemblablement la formation d'adhérences.

3° De même que nous avons eu recours à la *para-aminophénylsulfamide* pour la chimiothérapie intra-rachidienne, nous avons utilisé uniquement le 1162 F en *administration buccale*, d'autant que la tolérance de ce corps par le tube digestif est bien meilleure que celle du 693 M B. Comme R. Martin, Sicard et Mlle

Bourcart, Lelong et Tetreau, E. May, Prunet, Froyez et Genevrier, nous n'avons enregistré aucun échec, grâce à des doses massives d'emblée : soit pour l'adulte, un minimum de 8 grammes *pro die* durant les deux premiers jours. Par la suite, nous avons prescrit des doses d'attaque de 10 à 12 grammes, Lelong et R. Martin n'hésitent pas à atteindre celles de 12 et 13 grammes. Chez l'enfant, les doses préconisées sont proportionnellement plus élevées : 0,20 à 0,40 par kilo (Lesné, R. Martin — nous-même). Certes, des guérisons ont pu être obtenues avec des doses moins fortes (4 à 6 grammes pour l'adulte). Mais il suffit de parcourir le tableau II pour se convaincre que cette sulfamidothérapie modérée a été grevée d'échecs dans une proportion de 12 à 28 %.

La voie rectale est apparue insuffisante à R. Martin, imprécise à Lesné. Elle a, par contre, plus particulièrement retenu l'attention de Rathery, Bolzinger et Ph. Decourt « par la simplicité et la commodité de son utilisation ». Délaissant l'emploi de suppositoires d'action trop lente, ces auteurs ont eu recours à la suspension en solution gommeuse de poudre de sulfamide. Par cette seule méthode, ils ont pu guérir des méningites de gravité moyenne. « Il suffisait alors d'introduire, en une ou deux fois dans la journée, la totalité de la dose de sulfamide jugée nécessaire ; en principe, deux fois la dose préconisée *per os* ». Cette technique trouvera donc surtout ses indications dans les cas où la voie buccale n'est pas utilisable (coma, vomissements).

Dans cette éventualité, on aurait pu regretter l'absence de solutions concentrées de 1162 F, mais comme l'état de ces malades nécessite une réhydratation massive, Rathery leur a pratiqué des *injections sous-cutanées* d'ampoules de 250 c.c. de 1162 F à 0,85 % et R. Martin n'a pas hésité utiliser des doses quotidiennes de près d'un litre de cette solution.

Enfin, Rathery et ses collaborateurs ont utilisé les *pulvérisations nasales* de 1162 F « pour atteindre les germes dans tous leurs gîtes ». Sur les conseils du Professeur Fiessinger, nous avons pratiqué chez nos méningitiques des instillations nasales et des attouchements pharyngés avec une solution glycérinée de 1162 F à 2 %. A leur entrée, onze de nos vingt méningitiques hébergeaient des méningocoques dans leur rhinopharynx. Bien avant l'arrêt de la sulfamidothérapie curative, ils n'étaient plus porteurs de germes, sauf dans un cas où les germes rhinopharyngés résistèrent aux soins locaux et généraux pendant plus de deux mois après la guérison de la méningite. Mais nous avons surtout utilisé la voie nasale, comme complément de la voie buccale, dans la *sulfamido-prophylaxie* de la méningite cérébro-spinale, qui sort du cadre de cet article (1).

***

Dans un prochain article MM. Gernez et Huriez présenteront les conclusions thérapeutiques de leur étude (N. D. L. R.)

LE TRAITEMENT DU ZONA PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS

Docteur Robert Witasse

Le zona est, en général, une affection bénigne, guérissant sans séquelles, sauf chez les vieillards et les tarés où elle peut laisser des algies tenaces.

Le traitement du zona doit avoir pour but de calmer la douleur et d'éviter les séquelles.

De nombreux traitements mettant en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique ont été préconisés, tant au point de vue local que général avec des résultats variables.

Les rayons ultra-violets à dose érythémateuse constituent une des meilleures thérapeutiques, s'ils sont employés précocement. Le moment optimum de l'application nous semble être pendant les premiers jours où se révèle l'éruption et au cours desquels le diagnostic est fait.

La technique en est simple et n'offre aucun danger.

Les séquelles douloureuses sont exceptionnelles, si l'irradiation est pratiquée avant le vingtième jour de l'éruption.

Si les irradiations sont faites plus tardivement, on peut encore obtenir de très bons résultats. Les légères douleurs qui peuvent subsister cèdent généralement à quelques séances de rayons infra-rouges ou de lumière bleue.

Les rayons X seront réservés aux séquelles douloureuses des zonas, dont le traitement précoce n'a pas été mis en œuvre ou a été mal dirigé. (Thèse de Paris, 1939).

---

(1) Nous renvoyons le lecteur que ce sujet intéresserait aux *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* pour les communications de Huber (8 mars 1940, p. 113), de Marquézy, Brumpt et Thomas (5 avril 1940, p. 173), de Lesné et Ronget (12 avril 1940, p. 214), de Célice, Labougle et Isidor (12 avril 1940, p. 217).

LA CLINIQUE CHIRURGICALE AU GOÛT DU JOUR



Plaies des doigts par jet d'huile sous haute pression

D'après le Docteur J. HEPP (1)
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Cet auteur a pu observer un blessé porteur d'une plaie du pouce par jet d'huile sous pression, dont les conséquences redoutables ont attiré son attention sur ce mode assez particulier d'accidents. La bénignité apparente, l'insignifiance même peut-on dire, de la lésion initiale, lui avait fait porter un pronostic optimiste, que l'évolution vint fortement démentir.

D'autres observations, recueillies dans la littérature médicale, avaient eu pour origine un accident comparable ; elles ont pris également, en cours d'évolution, une physionomie particulière, qui aboutit constamment à une mutilation plus ou moins étendue, mais toujours grave, puisqu'elle intéresse la main. Voici donc un nouvel aspect des plaies des doigts, qui mérite de prendre place à côté de formes déjà décrites et individualisées, elles aussi, à la fois par leur étiologie propre et leur évolution à part : telles les plaies par crayon d'aniline , par exemple.

Faits cliniques

Observation personnelle.

En mars 1939, un malade est venu consulter pour une plaie du pouce gauche par jet d'huile (vaseline) sous pression. C'est en utilisant un injecteur d'un modèle personnel, susceptible de projeter du liquide de graissage, sous une pression de 600 à 700 kgr. par centimètre carré, que l'accident lui est survenu. A l'occasion d'une fausse manœuvre, il avait reçu de plein fouet le jet d'huile sur la face dorsale du pouce gauche au niveau de l'ongle.

La projection n'avait duré que quelques secondes, les lésions visibles et la douleur immédiate étaient peu marquées, cependant l'intéressé, instruit par ouï-dire de la gravité de tels accidents, venait demander un secours immédiat.

L'examen local ne montrait, à la partie moyenne de l'ongle, qu'un orifice de dimensions très restreintes (pointe de crayon) et l'existence d'un hématome sous-unguéal localisé à son pourtour. La pulpe paraissait cependant quelque peu tendue, ayant perdu sa fluctuation normale. Somme toute, les dégâts se résumaient à peu de chose et incitaient à porter un pronostic favorable, que ne partageait d'ailleurs pas le blessé.

Il insistait sur la violence du choc subi, sur la diffusion possible de l'huile pulvérisée à distance du point de pénétration. Il affirmait avoir entendu parler de gangrène à tendance extensive, survenue dans des circonstances analogues.

Sans anesthésie (l'anesthésie locale et la mise d'un garrot à la base du doigt paraissant susceptibles de déclencher des troubles circulatoires sur ce pouce violemment traumatisé), il fut facile d'exciser toute la moitié antérieure de l'ongle décollé pour mettre à nu l'orifice sous-unguéal de pénétration dans la profondeur des tissus. Or, il n'y avait sous l'ongle aucun orifice visible. La pression au point présumé du traumatisme ne permettait de faire sourdre aucune goutte d'huile de vaseline. Le reste de l'ongle ne paraissant pas décollé, on fit faire par prudence une injection de sérum antitétanique et on conseilla au blessé d'observer le repos, en gardant la main en position élevée, sans lui cacher que l'apparence des lésions incitait à formuler un heureux pronostic.

Dans les heures qui suivirent, la douleur dans l'extrémité du pouce, à la pulpe en particulier, s'accrut ; véritable tension aiguë, elle s'opposa à tout sommeil, et il apparut un gonflement progressif qui non seulement, s'étendit à la main et au pouce, mais encore qui empiéta sur l'avant-bras.

Devant cette aggravation des symptômes le lendemain matin, dix-huit heures environ après l'accident, la totalité de ce qui existait de l'ongle fut enlevée ; son décollement s'était réalisé peu à peu, et deux incisions exploratrices dorsale et palmaire médiane furent pratiquées. Aucun liquide huileux ne put en être expurgé ; l'aspect des tissus traversés était celui de tissus exsangues, voués à une nécrose certaine. Malgré cette

(1) *Archives des maladies professionnelles* (nº 5, 1939-1940).

intervention opportune, les douleurs aiguës et l'œdème ont persisté quatre jours, date à laquelle leur sédation coïncida avec l'installation d'une suppuration torpide et l'apparition de plaques de nécrose envahissant toute l'extrémité de la pulpe jusqu'au voisinage de l'articulation phalango-phalangienne ; cette nécrose humide, mais non extensive, parut au début respecter l'os, dont l'intégrité première put être vérifiée radiologiquement. Quand il fut possible d'examiner et de photographier le blessé, quatre jours environ après l'accident, la perte de toute la partie terminale du pouce semblait fatale ; mais, en l'absence de l'atteinte de la gaine, de l'os et de l'articulation, c'est à une perte cutanée importante, que paraissaient devoir se limiter les dégâts, encore qu'il y ait tout lieu de craindre l'apparition d'une ostéite secondaire, et la persistance d'une fistule.

Le mécanisme de production, le traitement, la prophylaxie

Dans les faits analogues, plus que le facteur irritant ou toxique de l'huile, c'est la *pression considérable*, sous laquelle elle est injectée, qui crée les lésions à tendance nécrosante et extensive rencontrées.

L'accident semble s'être produit le plus souvent lors de la vérification d'un injecteur de moteur Diesel. On sait que si, dans les moteurs à essence, le combustible est mélangé à l'air par le carburateur et introduit dans le cylindre pendant la période d'aspiration, dans les moteurs Diesel par contre, l'air seul est introduit dans le cylindre pendant cette même période d'aspiration, et le combustible est injecté finiment divisé à la fin de la compression. Dans l'air comprimé sous une pression de 26 à 36 atmosphères, le combustible, s'il est pulvérisé et fortement projeté, s'enflamme seul. Ceci rend superflu tout système d'allumage indispensable aux moteurs à essence, carburateurs, magnétos ou distributeurs d'allumage, bougies, ainsi que cables d'allumage. Mais, à leur place, le moteur Diesel utilise une pompe d'injection ayant le même nombre de cylindres que le moteur et des injecteurs à haute pression. Ces injecteurs, dont il a été réalisé de nombreux types, consistent essentiellement en un orifice étroit allant de quelques centièmes de millimètre à 1 mm. ou 2, fermés par une valve et laissant passer sous haute pression le liquide à un moment donné. La pression du liquide à la sortie d'un injecteur est de l'ordre de 300 à 600 kgr. par centimètre carré. On admet, à titre d'exemple, que, pour tous les injecteurs courants, la force de pénétration est telle que, si l'on met devant l'injecteur une plaque de bois, celle-ci peut être traversée sur une épaisseur de 2 cm. par le liquide, qui se comporte exactement comme un projectile. Pour assurer la bonne marche du moteur Diesel, il est constant de rappeler l'importance qu'il faut attacher au fonctionnement correct des injecteurs. En cas de panne de ces moteurs à huile lourde, la vérification de ces injecteurs est indispensable. Or, c'est justement en voulant s'assurer de la perméabilité des orifices d'injection que les accidents surviennent ; ignorant des conséquences d'un tel geste, le mécanicien met sa main face à l'injecteur, parfois parce qu'il voit mal le jet d'injection, qui peut être si fin qu'il en devient à peine perceptible. Cette manœuvre qui a, on le voit, des conséquences désastreuses, ne saurait trop être proscrite.

Une pénétration égale à celle de l'injecteur Diesel est souvent donnée par une fuite sur une tuyauterie à haute pression (presse hydraulique à huile), et, si la fuite s'effectue par un petit trou, le liquide à la sortie de l'orifice a une force de pénétration extrêmement grande. Enfin, certaines pompes à haute pression pour graissage d'automobile donnent des pressions de 490 kgr. au centimètre carré.

Par contre, pour d'autres injections à haute pression, par exemple pour la pulvérisation dans l'air de liquides insecticides, antiseptiques ou neutralisants, la forme de l'injecteur est différente, si bien qu'en fonctionnement normal, le jet s'atomise à la sortie et n'a aucune force pénétrante.

***

Les lésions susceptibles d'être produites par des bombardements liquidiens d'une telle violence sont évidemment considérables. Il est certain que le liquide injecté avec cette intensité peut diffuser à grande distance : pour une plaie de l'index gauche, on a pu trouver de l'huile dans l'espace palmaire médian, et même au voisinage du poignet lors de la désarticulation du doigt.

Quant aux atteintes immédiates et graves des tissus, il semble qu'on puisse invoquer une thrombose artérielle ascendante. Dans aucun des cas rapportés, l'os n'a été primitivement atteint.

Cliniquement la plaie initiale est toujours insignifiante, et l'accident est considéré comme bénin par celui qui n'est pas instruit. Souvent, l'orifice d'entrée, punctiforme, ne donne issue à aucun liquide ; on ne voit sourdre ni sang, ni huile. Ce qui va frapper dans les heures qui suivent, c'est l'acuité de la douleur qui, même dans les cas où une incision libératrice précoce a été faite, s'exaspère au point de rendre indispensable l'usage de la morphine ; avec elle, va de pair un œdème souvent vite important et remontant

jusqu'au-dessus du coude. C'est également vite que surviennent les lésions de nécrose, les tissus prenant tôt, après 24 ou 48 heures, un aspect à la fois rouge sombre et exsangue. Leur incision ne donne pratiquement lieu à aucun écoulement, et un sphacèle plus ou moins diffus sera l'aboutissement final. Il peut n'être que partiel et respecter une partie du doigt ; il est parfois total, obligeant non seulement à un sacrifice digital, mais empiétant en pleine région palmaire, lors de la désarticulation.

Des investigations générales ne permettent de constater aucune altération ni dans les urines, ni dans le sang ; il est de règle, d'ailleurs, que les huiles lourdes habituellement utilisées ne donnent pas d'accidents sanguins. Seuls, en principe, les éthers et essences de pétrole, les produits de tête de distillation de la houille (essence et benzols) provoquent de graves et rapides troubles hématologiques. Hormis les cas d'infection secondaire, la température reste normale ou presque. Dans une observation, la prise des oscillations à l'avant-bras a montré une diminution nette de celles-ci, permettant d'invoquer une réaction vasculaire spasmodique sous-jacente, dont il serait peut-être bon de tenir compte dans les indications thérapeutiques.

Il semble bien que le pronostic soit fonction de l'*intensité du jet percutant*, de la *durée de son application locale* plus que de la qualité de l'huile employée et de son degré de raffinage. Pour qu'il y ait nécrose, il faut, mieux que la simple pénétration : l'hyperpression est indispensable. Tous les degrés de mutilation semblent possibles, ainsi que tous les types de gangrène. Mais, si la perte segmentaire ou totale du doigt est constante, il est rassurant de constater que, dans aucun des cas révélés, l'avenir de la totalité de la main n'a été mis en jeu.

Que penser maintenant du rôle cancérigène d'une telle inoculation massive, après ce que l'on sait du cancer consécutif à l'usage répété du goudron, de l'huile de paraffine, de l'huile de vaseline goudronnée, de l'huile de graissage brute. Aucune observation probante n'a été rapportée. Il est cependant quelque peu légitime de le redouter, étant donnée l'existence connue de cancers aigus après brûlure par huile. Le cancer apparaît alors en règle dans les six mois consécutifs sur une plaie, qui suppure et s'éternise ; de petits bourgeons charnus végétants, puis hémorragiques doivent toujours le faire craindre.

***

En résumé, les plaies par jet d'huile sous pression sont toujours graves, malgré les désordres insignifiants qu'elles paraissent créer tout d'abord. Il faut d'emblée porter un pronostic réservé et en avertir le blessé.

Par ailleurs, l'incision libératrice précoce et large, dictée par le siège de la plaie d'entrée, si possible latéralisée, semble logique. Certes, elle n'a pas toujours pu empêcher, dans les cas où elle été faite, l'apparition de la nécrose, mais du moins permet-elle de vider le doigt frappé de tout ou partie de l'huile, qui s'y est insinuée à force. Par de grands lavages à l'éther, on essayera aussi de la dissoudre. Enfin, l'immobilisation rigoureuse et en position élevée de la main sera recommandée. Il est prudent de faire une injection de sérum anti-tétanique systématique. On évitera de faire macérer la main sous des pansements humides ou des bains prolongés, rien ne paraissant favoriser autant la transformation d'une gangrène sèche en gangrène infectée et humide dans ces tissus dévitalisés.

L'évolution commande alors la conduite à tenir ; en cas de nécrose sèche, on cherchera par l'air chaud à en retarder l'extension ; on ne se pressera pas trop d'amputer, préférant agir, une fois limitée la gangrène. En cas de gangrène infectée et diffusante on se résoudra, par contre, plus vite et plus largement à l'exérèse, laissant tous les téguments ouverts, bien entendu. Si l'oscillomètre décèle un spasme vasculaire sus-jacent, il peut être indiqué de recourir, dans l'espoir d'aider à la limitation des lésions, à la gymnastique vasculaire passive, aux injections d'acétyl-choline et d'eupavérine, voire aux infiltrations à la novocaïne du ganglion stellaire.

« Malgré toutes ces suggestions, il est certain qu'on reste très désarmé devant de pareils accidents. Les faire connaître, souligner leur gravité, permettra peut-être d'en diminuer la fréquence, heureusement encore, très relative ».

G. Fischer.



LES CAUSES DE LA MORT DANS LES PLAIES DU FOIE

Déductions thérapeutiques

Sous ce titre, M. R.-G. PALMER a présenté à l'Académie de chirurgie une intéressante étude, expérimentale et clinique, qui éclaire cette importante question de pratique. Son travail, poursuivi à la fois dans le service du Professeur Lenormant et au Laboratoire de pathologie expérimentale et comparée du Professeur Fiessinger, a fait l'objet d'un rapport de M. Okinczyc et de commentaires cliniques du Professeur Lenormant et du Professeur Pierre Duval.

M. Palmer met en relief le rôle, dans les plaies du foie, de la cytolyse des cellules hépatiques et des lysats toxiques ainsi produits, dont l'action est éminemment nocive sur l'ensemble des tissus et des fonctions hépatiques en particulier. M. Legroux, on le sait, a bien exposé le phénomène pathologique de la cytolyse des éléments tissulaires, qui s'effectue dans la zone d'attrition provoquée par le traumatisme et ses agents. Il y a sans doute un degré variable de toxicité des différents lysats : il semble que ceux provenant du tissu hépatique aient une grande nocivité.

Les blessures du foie sont, de l'avis général, parmi les plus redoutées. Les blessés du foie peuvent mourir dans les toutes premières heures, d'anémie aiguë et de choc. Ils peuvent aussi mourir, dans les heures ou les jours suivants, d'hémorragie secondaire, de nécrose hépatique suivie d'intoxication hépatolytique, d'insuffisance hépatique ou d'accidents infectieux.

M. Palmer envisage successivement ces deux ordres d'accidents : accidents immédiats ; accidents secondaires, dans les blessures du foie.

L'anémie aiguë par hémorragie interne profuse serait ici la cause majeure des morts ultra-rapides. L'abondance de l'hémorragie tient à plusieurs causes : la grande vascularisation hépatique, le niveau relativement élevé de la pression portale, la béance des vaisseaux veineux (béance maintenue par le parenchyme relativement rigide du foie humain), l'absence de toute barrière extérieure s'opposant à l'écoulement sanguin, les mouvements incessants de la région sous l'influence de la respiration.

Le choc primitif paraît être surtout un choc hémorragique.

Les accidents secondaires sont : les hémorragies secondaires, la nécrose hépatique suivie d'intoxication hépatolytique, l'insuffisance hépatique et l'infection.

Les hémorragies secondaires, pas très fréquentes d'ailleurs, sont généralement dues à la nécrose avec infection.

La nécrose hépatique suivie d'intoxication hépatolytique semble bien, après l'anémie par hémorragie cataclysmique, la cause principale de la mort rapide chez les blessés du foie. L'autolyse *in vivo* des cellules hépatiques nécrosées libère des substances extrêmement toxiques qui entraînent en moins de vingt-quatre heures la mort avec hyperthermie, adynamie, tachycardie et oligurie extrêmes.

Expérimentalement, M. Palmer a constaté le fait sur le chien. Ayant lié l'artère et la branche portale allant à un lobe du foie représentant environ le 1 /10e de la glande, il a vu l'animal succomber en moins de vingt-quatre heures avec adynamie, tachycardie, hyperthermie et oligurie. A l'examen histologique, toute structure a disparu dans la zone hépatique nécrosée.

Cliniquement, on trouve chez l'homme des accidents analogues après les traumatismes du foie. Ainsi, Okinczyc et Nanta ont signalé la gravité des plaies du foie par éclat d'obus. Plus démonstratives encore, sont les ruptures du foie à ventre fermé ayant entraîné la mort en vingt-quatre à quarante-huit heures avec le même syndrome d'adynamie, tachycardie, hyperthermie, oligurie, hyperazotémie précoce, alors que l'hémorragie était relativement modérée (Heuschen, Helwig et Orr, etc.).

L'insuffisance hépatique, liée principalement à l'atteinte du parenchyme par l'intoxication hépatolytique, doit aussi être prise en considération en thérapeutique.

L'infection peut venir, d'autre part, compliquer la situation.

***

De ces considérations se déduisent les indications thérapeutiques.

L'intervention aura un double but :

arrêter l'hémorragie ;
éviter les nécroses.

Il faut opérer le plus tôt possible, non seulement à cause du risque de mort par anémie, mais à cause de la précocité du syndrome toxique d'autolyse.

Lorsqu'une hémostase provisoire sera nécessaire, on devra, dans la mesure du possible, éviter de comprimer la veine-porte, même pendant quelques minutes. Le seul cas où une telle compression apparaisse légitime est celui des plaies de la veine-porte, pendant les instants nécessai-



res pour la suture de celle-ci. Pour le parenchyme hépatique, par contre, l'hémostase temporaire sera assurée par la compression douce et large, entre les deux mains de l'aide, de la zone hépatique voisine de la lésion.

Tout vaisseau de quelque importance sectionné, même s'il ne saigne pas au cours de l'intervention, sera lié avec soin (ligature, électrocoagulation sur pince, etc.).

On fera une toilette soigneuse de la plaie, enlevant tous les caillots et tous les débris suspects et notamment tous les débris de tissu hépatique nécrosé. Peut-être devrait-on aller plus loin et pratiquer l'excision délibérée des zones nécrosées, ce qu'on a négligé jusqu'ici en raison du danger d'hémorragie.

Le saignement en nappe restant sera maîtrisé suivant les cas par suture, électro-coagulation, greffes libres d'épiploon, tamponnement, etc. La suture du foie ne sera pratiquée que s'il est possible de la faire très correctement.

On terminera par un méchage ou un tamponnement. Parfois, un suintement persistant assez marqué, associé à un état général contre-indiquant toute prolongation de l'acte chirurgical, fera opter pour un tamponnement à demeure, qui ne sera pas compressif à l'extrême, agissant surtout en maintenant les surfaces saignantes au contact des produits hémostatiques.

Le traitement général post-opératoire a une grande importance. On continuera à traiter l'état de choc et d'anémie, au besoin par une ou plusieurs transfusions de 200 grammes. On suivra si possible, par des dosages quotidiens, la glycémie et la chlorémie. En cas de baisse notable de l'un de ces éléments, on fera une injection intra-veineuse de solutions isotoniques de glucose ou de chlorure de sodium. Enfin, on soutiendra la cellule hépatique par l'administration de glucose et d'insuline et aussi, comme l'a indiqué le Professeur Binet, par l'administration d'hyposulfite de soude par voie rectale.

— M. LENORMANT souligne l'intérêt des travaux de M. Palmer. Ils donnent l'explication de certains phénomènes précoces et graves que l'on observe après les traumatismes accidentels ou opératoires du foie, en dehors de toute infection. La résorption des produits de protéolyse du tissu hépatique nécrosé est à l'origine de ces accidents. Ainsi faut-il interpréter les morts rapides dans des contusions du foie où l'hémorragie n'a pas été importante.

— M. Pierre DUVAL partage l'opinion de MM. Palmer et Okinczyc sur les autolysats hépatiques. Ces lysats obéissent à la règle générale posée par Dragstedt et Myagawa, d'après laquelle les déchets des albumines tissulaires sont nocifs pour les cellules normales homologues de celles dont ils proviennent. On peut penser que c'est là la raison pour laquelle la lyse des cellules hépatiques est particulièrement grave, les produits toxiques qui en résultent adultérant les cellules hépatiques saines d'autant plus intensément que la masse de celles-ci est relativement restreinte. Cette atteinte secondaire du tissu hépatique sain conduit à l'insuffisance fonctionnelle du foie, constatée cliniquement à divers degrés dans les traumatismes fermés ou ouverts du foie.

P. LACROIX.

HÉMI-SUDATION FACIALE

MM. PALLASSE, SÉDALLIAN et PEISSEL ont eu l'occasion de traiter, à la consultation de l'hôpital de la Croix-Rousse, un homme de 36 ans atteint d'hémi-hyperhydrose faciale gauche. Ils ont présenté son observation à la Société de médecine et des Sciences médicales de Lyon.

Le malade, sans antécédent pathologique bien notable, se plaignait de crises de sudation de l'hémi-face gauche, crises fréquentes et d'une durée moyenne de un quart d'heure. La crise débute par une sensation de brûlure, suivie d'une légère coloration rosée de la face. Puis, la sueur survient, très abondante, coulant sur les vêtements du malade. La fin de la crise est marquée par de la pâleur.

Cette hémisudation paroxystique occupe le côté gauche seulement, de la face, du crâne et du cou (zone latéro-postérieure). Elle s'arrête exactement sur la ligne médiane.

Comme dans la plupart des observations de ce genre publiées, et qui sont d'ailleurs peu nombreuses, il s'agit d'un dysfonctionnement du sympathique cervical, qui contient les fibres des nerfs sudoraux de la face. Mais l'examen complet du malade n'a permis de fixer aucune étiologie précise à ce dysfonctionnement.

Au point de vue thérapeutique, divers traitements ont été essayés sans résultat appréciable : ingestion de quinine, infiltration novococaïnique du ganglion stellaire. La belladone arrête la sudation pendant une heure, mais, devant les troubles associés causés par le médicament (sécheresse de la bouche, soif intense) le malade a, de lui-même, réduit les doses. Une rétrocession spontanée de ce syndrome, malgré tout bénin, paraît probable.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Bases actuelles du traitement des bronchiectasies

D'après une étude de MM. Santy et Latarjet, le problème du traitement des bronchiectasies oscille entre deux solutions, l'une médicale, l'autre chirurgicale. Le traitement médical améliore certaines formes de la maladie, au point de donner l'illusion de la guérison définitive ; il diminue l'expectoration et relève l'état général, mais il n'agit pas sur les lésions anatomiques elles-mêmes, qui subsistent comme une source de dangers redoutables. Aussi, assistons-nous depuis plusieurs années à une évolution de plus en plus favorable aux exérèses chirurgicales des bronchiectasies localisées. Les perfectionnements de la technique chirurgicale ont définitivement rejeté au deuxième plan tous les procédés d'affaissement ou de compression du poumon, au bénéfice des exérèses, lobectomie ou pneumonectomie, dont la mortalité s'est abaissée aux environs de 10 p. 100.

Avant de mettre en œuvre une méthode quelconque de traitement, il est indispensable de posséder un certain nombre d'éléments, qui constituent le dossier de tous le malades, atteints de dilatation des bronches. Or, les investigations cliniques, radiologiques, bactériologiques et oto-rhino-laryngologiques ne sont pas toujours entreprises systématiquement ; ainsi manquent aux médecins, comme aux chirurgiens, des données sans lesquelles il leur est impossible de prendre une décision thérapeutique quelconque. Dans l'examen de l'expectoration, on s'attachera avant tout à en éliminer la présence de bacilles de Koch par des examens répétés. Seule, la présence d'anaérobies possède une valeur assez fâcheuse du point de vue pronostic. L'examen radiologique nous fournira trois certitudes : l'existence et le type des bronchiectasies, leur localisation à telle ou telle partie du poumon, l'atteinte ou l'intégrité du parenchyme pulmonaire. L'examen général précisera l'état de l'appareil cardio-vasculaire, rénal, le poids, la capacité vitale.

L'examen oto-rhino-laryngologique permettra d'apprécier l'état des voies respiratoires supérieures (sinus frontaux et maxillaires) et de pratiquer une bronchoscopie.

En résumé, la comparaison entre l'évolution spontanée de bronchiectasies et les résultats, que l'on peut attendre des exérèses chirurgicales, plaident en faveur de ces dernières, toutes les fois où les examens lipiodolés révèlent l'existence de lésions extirpables.

Le traitement radical ne paraît contrindiqué que dans les bronchiectasies cylindriques, post-infectieuses, curables spontanément. Il faut en étendre au contraire les indications aux formes considérées comme bénignes, qu'il s'agisse de bronchiectasies sèches, de cas diagnostiqués précocement ou de malades améliorés par le traitement médical.

On considère l'emploi de ce dernier comme une mesure pré-opératoire essentielle. L'exérèse chirurgicale est le seul moyen dont nous disposons à l'heure actuelle pour aboutir à la guérison définitive des bronchiectasies localisées. (*La Presse médicale*, 21 septembre 1940.)

Crises épileptiformes alcooliques et crises d'épilepsie

Les crises épileptiformes sont des états convulsifs, qui prennent le masque comitial, mais se distinguent des crises d'épilepsie vraies; de celles, par conséquent, dont l'étiologie est ignorée ou à tout le moins incertaine. Parmi les premières, de cause connue, les crises d'origine alcoolique paraissent mériter plus qu'une simple mention. Il est d'ailleurs bien entendu, fait remarquer le Docteur F. Lévy, qu'un alcoolique peut en même temps être épileptique, et présenter de vraies crises comitiales, quoique étant un alcoolique authentique.

La crise épileptiforme, due à l'éthylisme survient, soit chez un sujet en état d'ivresse aiguë, soit chez un individu, qui a ingéré des quantités de boissons spiritueuses supérieures à celles qu'il peut supporter. La caractéristique de ces accès est d'être toujours liés à une intoxication alcoolique plus ou moins apparente, et de disparaître radicalement dès que, et aussi longtemps que le sujet est sevré d'alcool.

La crise épileptique alcoolique est une crise d'épilepsie tronquée, incomplète. L'élément tonique, sous-cortical, fait défaut ; seul, s'affirme l'élément clonique d'excitation corticale. Il n'y a pas de cri initial, mais chute et perte de connaissance. La morsure de la langue, dont on retrouve facilement les traces, est constante ; un peu d'écume vient sourdre aux lèvres. On ne note pas d'énurèse. L'amnésie rétro-antérograde existe au même titre que dans la crise d'épilepsie la plus nette.

Le traitement est facile, puisque la suppression pure et simple des liquides alcooliques suffit à arrêter les crises. (*Gazette des Hôpitaux*, 1er juin 1940.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sur l'opération de la cataracte

(M. Rochon-Duvigneaud ; 1-10-1940)

M. Rochon-Duvigneaud fait une communication intitulée : l'anatomie chirurgicale de l'appareil cristallinien et l'opération de la cataracte.

L'auteur estime que l'extraction totale actuelle est une très belle opération mais avec quelque chose d'anti-chirurgical, de désorganisateur. Il faudrait opérer la cataracte en conservant au globe oculaire la cloison zonulo-cristallienne qui maintient en place le vitré diffluent, qu'il ne faut pas abandonner à lui-même.

Sur le rationnement alimentaire

(M. E. Lesné ; 8-10-1940)

M. Lesné signale les insuffisances de la ration quotidienne des cartes de rationnement.

Cette ration est ainsi composée :

Pain	350 grammes
Viande ou charcuterie (déchets exclus)	48 grammes
Matières grasses	14 grammes
Fromage	7 grammes
Sucre	17 grammes
Pâtes alimentaires	8 grammes

La valeur énergétique totale de cette ration correspond à 1.220 calories environ ; elle est suffisante pour un enfant de six ans ou un adulte alité, alors que la ration d'un adulte artisan se livrant à un travail modéré est considérée par les physiologistes comme devant correspondre à 2.200 ou 2.500 calories, et celle des travailleurs de force à 3.200 ou 3.500 calories.

Insuffisant quantitativement, ce régime l'est aussi en qualité, car la carence porte sur les principes caloriques et protecteurs : protides, lipides, glucides, sels et vitamines. Pour un homme de 70 kilos, en effet, elle comporte par kilogramme :

Protides	0 gr. 60
Lipides	0 gr. 40
Glucides	2 gr. 80

alors que la ration optima protidique serait de 1 gramme pour l'adulte et de 2 grammes pour l'enfant et l'adolescent ;

De lipides : de 1 gramme pour l'adulte, de 2 grammes pour l'enfant et l'adolescent ;

De glucides : de 5 à 7 grammes.

De plus, ce régime est déséquilibré. La teneur en protéines végétales est de 36 alors que celle des protéines animales est de 12 seulement. Normalement, un régime bien équilibré doit renfermer parties égales des deux variétés de substances albuminoïdes. La valeur biologique supérieure des protéines animales est due à leur richesse en acides aminés, indispensables à l'entretien et à la croissance des enfants et des adolescents (tryptophane, histidine).

La ration, enfin, est pauvre en sels minéraux et présente une carence évidente en vitamines.

Nous avons signalé déjà les principaux moyens proposés par M. Lesné dans son rapport, établi au nom de la Commission du rationnement, pour pallier, dans la mesure du possible, à l'insuffisance de la ration des cartes d'alimentation (1). L'emploi des aliments non rationnés (triperie, poissons, viande de cheval, légumes, fruits, etc.) permet de donner un appoint important à cette ration. Certains produits, jusque là d'usage non alimentaire dans notre pays, pourraient être utilisés.

Les feuilles de luzerne, par exemple, pourraient fournir des protides. Elles renferment 20 p. 100 de matières azotées avec forte teneur en acides aminés, des sels minéraux et des vitamines. Desséchées à froid, pulvérisées et mélangées à des poudres de légumes, elles constitueraient un apport protidique appréciable. D'ailleurs, ces feuilles de luzerne sont consommées en Russie, en Chine, en Amérique et en Afrique du Nord.

Les pépins de raisin, de potirons, de tomates, etc., contiennent des lipides.

Quant aux vitamines, elles pourraient être données, ou naturelles, ou synthétiques. Les légumes verts (salades, épinards, cresson) les renferment toutes. La vitamine A (antixérophtalmique) est abondante dans le lait, le beurre. Les vitamines B (B1 antinévritique, B2 de croissance, B3 d'utilisation des glucides, B6, antipellagreuse) existent dans les légumes frais, les fruits, dans les graines de céréales non décortiquées.

P. L.

(1) Voir *Concours médical*, nos 42, 46 et 47, de 1940.

Société médicale des Hôpitaux de Paris

Formation gazeuse sous-cutanée en rapport avec une vaste caverne tuberculeuse superficielle

(M. R. Benda ; 6-9-1940)

La communication d'une caverne pulmonaire tuberculeuse — même très vaste et très superficielle — avec les parties molles de la paroi thoracique ne peut être qu'un fait exceptionnel ; il exige la succession de divers processus préparatoires, apparaissant dans un ordre approprié et conjuguant leurs effets à point nommé. En voici un exemple intéressant.

Une malade de 31 ans est hospitalisée en août 1940, parce qu'elle ressent depuis trois semaines environ une douleur persistante dans la région sous-claviculaire gauche ; elle a constaté, en même temps, dans la même région, la présence d'une voussure mal délimitée, subissant d'incessantes variations, s'accentuant par exemple au moment de la toux, mais que la malade, pour calmer sa douleur, parvient à réduire elle-même, au moins temporairement, par simple pression digitale.

Les antécédents mentionnent deux catégories d'accidents, les uns d'ordre pleuro-pulmonaire, les autres intéressant la paroi thoracique, séparés par un intervalle de quatre ans.

En 1931, en effet, la malade tousse, maigrit ; on lui trouve au sommet gauche une localisation tuberculeuse, vraisemblablement cavitaire. Un pneumothorax est institué, puis abandonné au bout de cinq mois, sans doute parceque jugé inefficace ou même dangereux. Pendant les trois années qui suivent, aucun traitement spécial, en dehors de l'auro et de la calcithérapie. La patiente se croit à peu près guérie et n'éprouve, en tous cas, aucune sensation d'aucune sorte.

En 1934, brusquement s'installe un syndrome infectieux aigu, avec fièvre à 39° ; en quelques jours, une collection suppurée se constitue dans la région sous-claviculaire gauche ; on ne sait s'il y eut des modifications tégumentaires ou une réaction ganglionnaire quelconque. Bref, tout rentre dans l'ordre à la suite d'une incision, qui donne issue à une quantité importante de pus crémeux, bien lié. L'abcès, avant son ouverture, donnait l'impression d'une poche pyo-aérique, se laissant réduire par la pression, donc en communication avec la profondeur ; était-ce avec une poche gazeuse pleurale, reliquat du pneumothorax abandonné, ou plus simplement avec la caverne ?

Jusqu'en 1940, rien à signaler : aucun trouble jusqu'au nouvel accident actuel. Au niveau de la tuméfaction observée, la peau garde sa coloration normale ; pas de réaction ganglionnaire du voisinage. Son exploration, même sommaire, donne l'impression qu'il s'agit d'une formation gazeuse, subissant l'impulsion à la toux, augmentant de volume quand la malade se penche en avant, se laissant réduire assez facilement à la pression avec sensation tactile de gargouillement. Matité franche à la percussion ; à l'auscultation souffle amphorique très pur, remplacé par une série d'éclatements intenses quand la malade tousse. A la radio, une vaste caverne polycyclique à gauche. Ponction exploratrice impraticable à cause d'une carapace infranchissable. Température 37-38°. Expectoration bacillifère.

On peut s'imaginer que la caverne superficielle, suffisamment ancienne, s'est entourée peu à peu d'une coque fibreuse particulièrement dense. Les deux feuillets de la plèvre, eux-mêmes sclérosés et symphysés préalablement par suite du remaniement tissulaire succédant à l'abandon du pneumothorax, se sont fatalement fusionnés avec la paroi externe de la spélongue. Ainsi s'explique la constitution d'une carapace assez résistante pour s'opposer à toute tentative de ponction. Néanmoins dans celle-ci s'est produit, il y a longtemps déjà, un point de moindre résistance, où s'est établie une communication avec la caverne, et celle-ci semble avoir persisté depuis six ans grâce à la rigidité de la carapace ; elle a facilité la pénétration de l'air intracavitaire sur les parties molles du thorax, ou son retour en sens inverse.

Au point de vue thérapeutique, il a semblé logique de s'abstenir de toute tentative chirurgicale, d'autant que le poumon opposé n'est pas indemne de tuberculose.

Septicémie à pneumobacilles de Friedlander avec localisation pulmonaire guérie par la sulfanilamide

(MM. M. Dérot et M. Dutrey ; 13-9-1940)

Chez ce malade, atteint d'une affection d'allure pneumonique, l'hémoculture a permis d'isoler un pneumobacille de Friedlander. D'une manière générale, ces pneumopathies avec septicémie ont une évolution très sévère. Ici également, tout faisait craindre une évolution fatale ; et il y a lieu de penser que la thérapeutique employée eut une action des plus heureuses. Le malade reçut du 693 F aux doses suivantes : 6 grammes, 3 grammes, 2 grammes, 1 gr. 50, 2 grammes, successivement, par jour. Très rapidement, et malgré la mauvaise tolérance du médicament, on a pu observer une amélioration. La guérison a été complète et les modifications sanguines, que semble avoir entraînées la sulfamide, n'ont pas eu de suites désagréables.

G. F.

Les Livres

Le François, éditeur,
91, boulevard Saint-Germain, Paris

Docteur Gérard Maurel, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, stomatologiste des hôpitaux de Paris, professeur de chirurgie maxillo-faciale à l'Ecole dentaire de France. — **Chirurgie maxillo-faciale**, *deuxième édition* (1940). Un volume in-8° de 1.269 pages, avec 784 figures dans le texte et 3 planches hors texte. Broché, 270 francs. Relié, 300 francs.

Le succès de la première édition a incité l'auteur à présenter une deuxième édition de son livre « Chirurgie maxillo-faciale ». Celle-ci est conçue dans le même esprit, mais elle a été rendue plus didactique dans l'exposé et dans la disposition typographique.

Les acquisitions nouvelles de la chirurgie maxillo-faciale ont été incorporées aux différents chapitres de l'ancienne édition, spécialement les phlegmons gangréneux de la face, la sialographie, les complications sinusiennes de l'extraction dentaire, les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires. La technique chirurgicale des becs-de-lièvre et des divisions palatines, l'étude des tumeurs des maxillaires ont subi également d'importantes modifications. Enfin sept chapitres qui ne figuraient pas dans la première édition ont été ajoutés ; ce sont : *Affections chirurgicales de la parotide* ; *Fistules salivaires* ; *Traitement chirurgical de la pyorrhée* ; *Les extractions dites chirurgicales* ; *Actinomycose cervico-faciale* ; *Traitement chirurgical des malformations des maxillaires* ; *Chirurgie correctrice de la face* ; *Chirurgie réparatrice de la face*.

La technique chirurgicale proprement dite fait l'objet de la plus grande partie de l'ouvrage. Par la technique précise des différents actes opératoires et les descriptions accompagnées de nombreuses figures, ce livre met à la portée des praticiens les opérations de la spécialité et leur donne en outre dans tous les cas les indications et les ressources de la chirurgie maxillo-faciale.

Bien que la prothèse maxillo-faciale ne rentre pas à proprement parler, dans le cadre de l'ouvrage, celle-ci est cependant toujours envisagée et souvent même en détail, lorsque ses indications accompagnent ou à plus forte raison dominent celles du traitement chirurgical, par exemple dans la thérapeutique des fractures des maxillaires. Lorsqu'il y a lieu, le traitement par les agents physiques, des tumeurs malignes en particulier par la radiumthérapie, est également indiqué.

Dans ce cadre général, l'auteur, après quelques chapitres de généralités d'ordre surtout pratique, passe en revue les différentes affections qui intéressent la chirurgie spécialisée : inflammations aiguës ou chroniques — traumatismes — tumeurs bénignes et malignes — malformations congénitales — névralgies faciales. Quatre chapitres sont consacrés à la chirurgie régionale, correctrice, plastique et réparatrice.

L'iconographie qui illustre la deuxième édition a été particulièrement soignée, le nombre des figures est plus que doublé et atteint près de 800 : schémas de technique opératoire, photographies d'états pathologiques, de résultats opératoires, moulages, appareils, radiographies ont été multipliés et retiennent spécialement l'attention du lecteur.

Amédée Legrand, éditeur, Paris,

Dr Michel Hugé. — **La réaction de mise à l'abri dans la fatigue et dans la maladie.**

Le Docteur Michel Hugé étudie quelques malades d'un point de vue morpho-physiologique et en tire des conclusions pronostiques.

Avec son maître Corman, de Nantes, il s'insurge contre la primauté que l'on accorde communément à l'agent pathogène dans le drame morbide, oubliant qu'il y a aussi un autre protagoniste, d'importance égale, l'individu lui-même avec toutes ses ressources défensives, physiques et morales.

Cette réaction de « mise à l'abri », il l'a observée dans des états aigus et dans des états chroniques.

Les traits principaux en sont : un abattement profond des forces avec sentiment subjectif d'épuisement ; une tendance à l'économie de toutes les dépenses : refus de bouger, de parler, de boire ; une tendance hypocondriaque manifeste.

Ce syndrome prend parfois toutes les apparences d'un état grave et il est, en réalité, d'un bon pronostic.

Ce qui l'oppose au syndrome que l'auteur appelle « de dispersion », où le malade s'agite, ne se sent pas mal, bavarde, réclame à manger malgré la fièvre et aggrave son état.

Ce travail trace la voie à une pathologie et aussi une thérapeutique individualisées et modelées sur le malade.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE DADA DU JOUR : « LA DICHOTOMIE »

A la littérature déjà copieuse concernant ce sujet vient s'ajouter cette nouvelle « contribution à l'étude de la dichotomie ».

Je n'ai nullement l'intention de me lancer dans une polémique qui serait déplacée dans les pénibles circonstances que nous traversons. Loin de moi la prétention de vouloir conseiller ceux qui ont à élaborer les règles de la déontologie. Je ne me sens pas de taille à jouer la mouche du coche.

Ne voyez dans cet exposé que les réflexions d'un français surpris de voir couler tant d'encre pour un problème qui, en principe, est résolu depuis longtemps.

Dans deux numéros récents du *Concours*, ce sujet scabreux qu'est la dichotomie a été abordé. D'autres journaux médicaux ont publié différents articles, leurs auteurs exprimant des opinions plus ou moins opposées.

Les uns sont partisans de la suppression radicale de ce « partage clandestin ». Les autres l'estiment équitable. D'autres enfin préconisent un moyen terme. Parmi ces derniers se rangent les auteurs des deux derniers articles du *Concours* concernant la dichotomie.

Nos confrères estiment que, dans certains cas, le rôle du médecin est sinon plus, tout au moins aussi important que celui du chirurgien. Il en est ainsi par exemple lorsqu'une rupture de grossesse extra-utérine, une perforation appendiculaire, une invagination intestinale sont diagnostiquées par le médecin traitant et dirigées sur un centre opératoire.

Techniquement parlant, je partage entièrement leur avis. Mais je ne vois pas ce que le chapitre des honoraires a à voir dans toute cette affaire. Si je comprends bien la pensée de mes confrères, il est donc dans notre profession des diagnostics qui se paient plus cher que d'autres, tout simplement parce qu'ils permettent de sauver le malade ?

Mais j'avais toujours cru dans ma candeur naïve que notre métier consistait à découvrir tantôt un eczéma, tantôt une perforation d'ulcus !

Le jour où j'ai quitté la Faculté avec mon parchemin en poche, je suis parti m'établir dans ma campagne sans me faire d'illusions. M'attendant à découvrir un jour un vulgaire molluscum pendulum sans danger pour le malade, et le lendemain, une torsion de kyste de l'ovaire. Quant aux honoraires, je me disais que l'argent si facilement gagné en diagnostiquant « le poireau » compenserait la petite difficulté avec laquelle j'aurais gagné celui du kyste tordu.

En principe, et la chose doit se réaliser dans la pratique, un médecin est l'homme capable de faire un diagnostic et d'appliquer, ou de faire appliquer si la chose dépasse sa compétence, la thérapeutique convenable pour guérir le malade. Et cela sans tenir compte de la facilité ou de la difficulté que comporte cette tâche.

Que ce médecin soit satisfait d'avoir mis le doigt sur la maladie, la chose est naturelle. Qu'il soit heureux et fier d'avoir prescrit le médicament ou conseillé l'intervention qu'il fallait. Ce n'est pas de l'orgueil déplacé. Mais convenez qu'il n'a fait que son devoir et rien d'autre, car s'il n'a pas réalisé le traitement indiqué, il y a faute, involontaire je n'en doute pas, mais il y a faute tout de même.

Quand un médecin repère d'emblée la défaillance d'un myocarde et qu'il applique le traitement héroïque d'urgence, il estime qu'il a bien agi, mais qu'il n'a accompli que sa besogne de médecin. Et pourtant, il a sauvé son malade. Il fait au client son injection intra-veineuse et demande le prix qu'elle mérite en tant qu'acte de pratique médicale courante. Mais il ne majore pas sa note sous prétexte qu'il a fait un diagnostic urgent et qu'il a empêché le malade de mourir.

Alors pourquoi voulez-vous qu'il touche une part des honoraires du chirurgien auquel il a envoyé une péritonite aiguë ? Parce qu'il a fait un diagnostic chirurgical ? Mais ça fait partie de son métier de praticien ! S'il croit devoir s'honorer de ce dernier titre, il doit être capable de reconnaître un ventre chirurgical, de se méfier d'une urgence O. R. L. chez un nourrisson. Il doit savoir penser à l'éventualité d'un glaucome. Il doit savoir ne pas attendre huit jours avant de songer à la possibilité d'un bassin rétréci ou d'une « épaule » chez une femme en travail qui n'arrive pas à expulser son enfant. S'il ne sait pas cela et bien d'autres choses encore, c'est un crétin, et comme tel il n'a pas le droit d'exercer.

Si, comme c'est le cas pour la majorité des médecins, il sait tout cela eh ! bien il connaît son métier. Mais ce n'est pas une raison suffisante

pour qu'il ait droit à un supplément d'honoraires prélevé sur ceux du chirurgien.

Est-il besoin de faire allusion au cas où le chirurgien est directement consulté par le malade, sans passer par l'intermédiaire de son médecin ?

Le cas est plus fréquent qu'on ne le croit. Le client s'éduque peu à peu. En l'occurrence, il est légitime et de bonne courtoisie que le chirurgien se mette en rapport avec le médecin de famille, et cela dans l'intérêt même du malade. Sauf bien entendu, s'il y a refus formel de la part de ce dernier. Mais trouvez-vous moral que le médecin ait droit à une part des honoraires opératoires, et que par surcroît, il engu.....irlande le malade et la famille quand il se retrouve seul avec eux ?

Et pourtant c'est ce qui arrive trop souvent dans la pratique. Qu'en pareilles circonstances, un chirurgien s'avise de « tout garder pour lui », il pourra faire un signe de croix et faire son deuil de son correspondant.

Et puis, pour répondre à un confrère écrivant dans le *Siècle médical*, envisageons la chose sous un angle moins juridique et plus terre-à-terre.

— Après tout le chirurgien ne se fatigue pas, me dira-t-on. On lui apporte la chose toute cuite. Le diagnostic est fait, il n'a plus qu'à opérer et à palper la bonne galette du patient.

Ah ! vraiment, vous trouvez que la chose est toute cuite ? On a trouvé un ventre dur comme la table, et on a dit à la famille « moi je ne peux plus rien. C'est l'affaire du spécialiste ». Et vous estimez que le plus gros est fait ?

— Dites-moi, cher confrère, entre nous, là, dans le tuyau de l'oreille. C'est quand même un soulagement n'est-ce pas ? Le malade n'est pas brillant. Ma foi Coupedur est un charmant garçon, je l'estime beaucoup, mais s'il y a un pépin, je préfère tout de même que ce soit entre ses mains..., il expliquera à la famille. Moi j'ai fait ce que je devais, n'est-ce pas, je suis couvert...

Et dites-moi encore, vous souvenez-vous de cet abcès du Douglas qui a mijoté si longtemps ?

Vous savez bien, vous aviez demandé Coupedur en consultation parce que la famille l'avait exigé. Elle s'impatientait de voir cette température qui oscillait toujours et ce ventre qui se ballonnait malgré la diarrhée de la femme et les antiseptiques intestinaux que vous prescriviez. Coupedur avait mis le doigt dans le vagin et dans le mille. Oh ! ce n'est pas une critique mesquine. On a vu de grands maîtres faire des erreurs grossières. Et moi comme vous, je suis passé bien des fois à côté d'un diagnostic qui crevait les yeux... une fois qu'il avait été fait par un autre.

Mais, pour cette malade, vous avez tout de même touché une somme respectable. Et pourtant... vous n'aviez pas fait grand chose dans l'affaire. C'était pourtant urgent. Et si la chose avait traîné, elle aurait pu mal tourner pour la malade ? D'ailleurs, la famille était un peu en éveil, et il a fallu toute l'astuce de Coupedur pour dire et leur faire avaler qu'en fin de compte, c'était bien ce que vous aviez pensé, une entérocolite qui, par la suite « s'était portée dans le bassin, derrière la matrice ».

En fait de récompense, c'était plutôt une petite réprimande confraternelle que vous méritiez. Vous hésitiez sur la nature de l'affection ? Rien de mal à cela. Mais bon sang, pourquoi avoir attendu qu'on vous impose Coupedur. Vous pouviez l'appeler avant pour vous dépanner, ce n'est pas un déshonneur que diable !...

Croyez-vous sincèrement que le plus gros est fait lorsqu'on a dit au malade « vous avez un volvulus, il faut l'opérer ? »

Pensez-vous que le médecin a accompli la plus grande partie de la besogne quand il a diagnostiqué une occlusion par néo ou par bride ? Ce n'est qu'un jeu, n'est-ce pas, que de se battre avec les anses dilatées. Quant aux ligatures qui dérapent ou coupent les tissus lardacés, friables, au fond c'est un amusement. Ça n'existe pas à côté, de la pose d'un diagnostic de « ventre chirurgical ».

—.....Songez donc ! j'ai tout de même du mérite. Le malade ne pissait plus, et pourtant il en avait une envie épouvantable. Alors j'ai eu l'idée géniale de lui mettre mon doigt quelque part, car ma sonde urétrale ne voulait pas passer. Et figurez-vous mon cher, que j'ai découvert une énorme prostate... comme ça ! (et il montre son poing). Ça urgeait, je lui ai sauvé la vie.

...Le chirurgien a bien fait une cystostomie. Et puis quelques temps après, il lui a enlevé sa prostate. Elle tenait ferme dans sa loge, et il a sué un peu pour l'avoir. Mais ça enfin ce n'est pas grand chose. Evidemment après le second temps, ce cher Taillefer a eu un peu de souci, car mon vieux malade à vrai dire n'avait pas un état général brillant. Il était un peu shocké, et puis, il a saigné un tantinet. Quelques jours après, son urée a fait des siennes... mais enfin ce sont les petits ennuis du métier d'urologue. J'avais la famille sur le paletot, ma foi, je lui ai dit de s'adesser à Taillefer. Après tout, c'était plutôt à lui de trouver quelque chose à dire et de faire le petit cours de pathologie à l'usage du profane.

Il a eu assez de mal d'ailleurs à leur faire comprendre que le grand père n'avait pas « les nerfs qui se croisaient sur la poitrine », comme eux le croyaient, mais qu'il avait plutôt le « sang un peu empoisonné, et qu'en lui débouchant les rognons on arriverait peut-être à le sortir d'affaire ce cher grand'père. »

En somme, comme vous voyez c'était assez simple pour Taillefer. Mais avouez que moi, j'ai bien gagné la dicho qu'il m'a donnée. Car enfin, tout de même, c'est moi qui ai découvert que le malade ne pouvait plus pisser. Ah ! mais.....

— Evidemment, évidemment, tout cela est

très bien. Mais dites-moi, cher confrère, vous qui pratiquez en campagne, lorsqu'une sage-femme se trouve en présence d'une dystocie, comment fait-elle ?

— Cette question ! Elle m'appelle, tiens pardis ! et je fais la version. Et j'applique le forceps. Et je recous le périnée, tant bien que mal, mais je le recous. On fait son métier que diable !

— Et comme cette sage-femme par sa clairvoyance en vous faisant appeler a sauvé l'enfant, et même la maman, vous lui... comment dirai-je... enfin elle participe à vos honoraires ?

— Ah ! mais non ! mais vous êtes fou ! C'est immoral, je ne mange pas de ce pain là ! Et c'est moi qui ai rendu service à la sage-femme voyons ! Elle était bien contente de me trouver pour la sortir du pétrin !

— Ah !.....

Reprenons notre sérieux. Lorsque, par hasard, un client médical s'égare à la consultation d'un chirurgien ou d'un spécialiste quelconque, ces derniers renvoient ce malade à son médecin habituel. Bien souvent avec un diagnostic tout fait, et qui sauve la vie du malade. Ce fait n'est pas une exception rarissime, croyez-moi. J'en ai de nombreux exemples.

Jamais il n'est venu à l'idée du chirurgien ou du spécialiste de réclamer au médecin traitant une dichotomie sur le traitement institué. Qu'il s'agisse de séries de novar ou de cyanure pour une méningite syphilitique diagnostiquée par un ophtalmologiste, ou d'un épanchement péritonéal chez un asystolique diagnostiqué par un chirurgien.

Alors... soyons beaux joueurs et rendons la politesse. Quand nous enverrons un furoncle de la lèvre supérieure à l'électro-radiologiste ne lui demandons pas le tiers ou le quart des honoraires qu'il aura gagnés en se servant de sa lanterne magique. Même si nous avons évité une thrombo-phlébite au malade en lui conseillant ce traitement d'urgence.

Je ne conteste pas que le médecin ait souvent un réel mérite et soit digne de la reconnaissance du malade au même titre que le chirurgien.

Mais si vous faites entrer en jeu la notion de diagnostic et de vie du malade, c'est tout le problème des urgences que vous soulevez. Et encore une fois, un médecin qui se respecte doit savoir les diagnostiquer. Et ce faisant, il n'accomplit que sa tâche, celle que le malade a le droit d'exiger de lui, et pour cela, il paie sa visite ou sa consultation. C'est là tout simplement le contrat tacite médecin-malade.

Quand un médecin découvre une hémorragie méningée ou une crise d'angine de poitrine, le prix de sa consultation est le même que lorsqu'il s'aperçoit qu'un autre malade a un embarras gastrique bénin. Pourtant la vie du premier était en danger. Pourquoi voulez-vous qu'il exige des honoraires spéciaux quand il s'agit d'une appendicite aiguë ?

Il n'en est plus de même lorsque le médecin traitant aide le chirurgien qui opère, ou se charge de l'anesthésie. C'est chose courante à la campagne et bien souvent en ville. Que le médecin touche son juste salaire. Aucune contestation n'est admissible. Encore faut-il que ce salaire ne soit pas un réel partage en deux parties égales. (Le fait existe, et il y a même pire).

On ne peut mettre en parallèle le travail de celui qui mène l'intervention de bout en bout avec celui de l'aide qui tient une valve, ou fait quelques nœuds sans importance anatomique, avec plus ou moins d'adresse d'ailleurs.

Mais que le seul fait d'avoir adressé le malade au chirurgien implique une ristourne ! Non ! mille fois non ! Même si le médecin assiste en spectateur à l'intervention, par intérêt technique, ou par courtoisie à l'égard du malade ou du chirurgien. Dans ce cas, qu'il demande au patient un dédommagement raisonnable pour son déplacement, pour le temps passé auprès de lui. C'est équitable. Mais exiger pour cela 500 francs sur une intervention qui est payée 1.500 par le malade, la chose est injuste.

D'ailleurs, je prêche des convertis. Je m'excuse de m'en apercevoir si tard.

En effet, le code de déontologie en vigueur au temps des syndicats médicaux s'expliquait clairement au sujet des honoraires, et se montrait encore bien plus rigide que ne l'indique Monsieur Métivet dans son dernier article.

Je vois dans le *Médecin de France* du 15 octobre 1936 (c'est, en somme assez récent), organe officiel de la Confédération des Syndicats médicaux, je vois dis-je, dans ce numéro dédicacé en rouge sur bleu « Pour les jeunes », une publication intégrale du Code de déontologie de la Confédération des Syndicats médicaux français. On y trouve de bonnes choses, savez-vous ? Par exemple celle-ci, page 955 :

ART. 50. — Les nécessités de la pratique médicale obligent souvent le médecin traitant à faire appel à un confrère pour des examens spéciaux ou une intervention chirurgicale.

La conduite idéale est la présentation au client, par chaque médecin, d'une note personnelle.

On peut toutefois admettre, au cas d'opération, la remise d'une note commune, mais dont le caractère global sera notifié au malade ou à ses répondants, à qui l'on devra fournir, s'ils le désirent, la part respective de chaque médecin.

Toute remise clandestine, c'est-à-dire effectuée à l'insu du client, est interdite comme immorale.

ART. 51. — La participation du médecin traitant aux honoraires dus pour une *intervention, en aucun cas* ne doit dépasser l'équitable rémunération de sa *collaboration effective*.

Je lis bien de sa collaboration effective pour une intervention. C'est écrit noir sur blanc.

Ces deux articles du vieux code que nous sommes censés avoir suivi jusqu'à ce jour ne sont-ils pas la synthèse condensée de mon interminable élucubration ?

Alors pourquoi discuter encore sur une chose qui est officiellement admise, codifiée, depuis des années !

Ce n'est pas tant de l'élaboration d'un texte que l'Ordre des médecins aura à discuter. A de très petites modifications près, ce Code de déontologie est rédigé.

C'est de son application, des moyens de le faire respecter qu'il s'agit surtout. Mais ceci est une autre histoire.....

Au fond, cette dichotomie, le plus grand nombre des confrères la trouvent immorale.

Les chirurgiens vous disent — « j'en suis ennemi, mais que voulez-vous, quand je me suis installé mes anciens la pratiquaient. Si je n'avais pas fait comme eux, je n'aurais pas eu un correspondant. » Et c'est malheureusement vrai.

Les médecins honnêtes vous répondent — « bien sûr, ce n'est pas très joli cette question d'argent. Mais si je refuse l'enveloppe que le chirurgien me donne les confrères me disent que je gâche le métier, ou que je suis naïf. Il m'engu...irlandent ou ils se f...ichent de moi. »

Et c'est ce qui arrive bien souvent.

En somme, tout le monde ou presque, verrait volontiers disparaître cette pratique. Mais personne n'ose faire le premier pas.

Quant aux brebis galeuses, car il y en a et malheureusement il en existera toujours, j'avoue ne pas savoir comment on pourrait les priver des « épices » ou des cadeaux substantiels et variés dont parle avec humour Monsieur Métivet.

Pourra-t-on empêcher tel chirurgien d'offrir de fréquents et plantureux banquets à ses amis correspondants, même si ces prétendus amis ne lui inspirent aucune sympathie ?

Pourra-t-on l'empêcher de glisser sous la serviette du convive un somptueux charmant petit souvenir ayant forme d'un chronomètre, d'un Leica si le confrère est amateur de photo, d'un superbe Darn ou du dernier modèle de « superposés » s'il est chasseur, etc., etc. ?

Seuls le respect de soi-même, la dignité personnelle entrent en ligne de compte.

Dr RICHARD.

LE NÉFASTE DÉCRET DU 20 MAI

Nous espérions que le ministère de la Santé et de la Jeunesse se rendrait compte plus tôt de ce que ce décret a d'inactuel et de choquant.

Les rédacteurs n'en sont pas cause, mais le tour inattendu qu'ont pris les événements. Seulement ce « tour inattendu » date maintenant de six mois. Six mois suffisent pour s'adapter aux circonstances et les bureaux du ministère ne peuvent ignorer les effets actuels, bien inattendus aussi, de leur décret de mai.

Lorsque, voici plusieurs mois déjà, nous avons commencé ici à dénoncer cette entrave jetée dans les jambes des médecins démobilisés, l'on nous a répondu : Il reste à sauvegarder les intérêts des prisonniers.

D'accord, disions-nous. Mais trouvez un moyen terme pour donner satisfaction à ceux-ci sans brimer ceux-là.

Les bureaux du ministère ont-ils cherché la solution de ce problème ? Nous l'ignorons ; le fait est qu'ils ne l'ont pas trouvée, et que le décret malfaisant subsiste dans son intégrité. Malgré les Circulaires prescrivant de l'interpréter dans un esprit large et tolérant, beaucoup de préfets s'en tiennent à sa lettre et répondent inlassablement aux médecins qui demandent l'autorisation d'exercer : Attendez !

Attendre quoi ? Les Préfets s'imaginent-ils l'impatience légitime d'un médecin qui, en décembre 1940, se trouve dans une situation comme celle que décrit la lettre suivante ?

« Médecin de bataillon, blessé dans les Ardennes en juin dernier, prisonnier de guerre et réformé définitivement par les Allemands par suite de blessures, je croyais à mon retour, (après trois mois et demi de captivité), pouvoir exercer librement ma profession dans une bourgade du Centre, privée jusqu'alors de médecin. Les intérêts de personne n'étaient lésés.

Or, m'a-t-on dit, toute création de poste est interdite. On ne peut exercer qu'à condition de reprendre la succession d'un confrère, qui, très souvent, fort des lois actuelles, se livre à toutes les surenchères.

Marié, père de famille (un enfant de trois mois, né pendant ma captivité), sans grandes ressources personnelles, ma maison pillée de fond en comble, mes économies actuelles (celle d'un médecin auxiliaire : 5 fr. 06 par jour) ne me permettent pas pareil « achat ».

Je suis donc et par contrainte, après deux mois de liberté, sans occupation aucune. Aux dernières nouvelles préfectorales, je dois attendre que l'Ordre des médecins statue sur mon sort.

En attendant une décision, dois-je me faire inscrire au chômage (auquel je n'ai pas droit n'étant pas salarié), ou disparaître à nouveau de la circulation en allant me reconstituer prisonnier quelque part en Allemagne ? »

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

I. La limitation des prix est-elle applicable aux honoraires médicaux ?

On sait que depuis 1936, concurremment avec les fluctuations monétaires, une série de décrets s'est préoccupée d'enrayer ou tout au moins de réglementer la hausse des prix, afin de conserver dans la mesure du possible le pouvoir d'achat du franc. Pendant plusieurs années, la question ne s'est même pas posée de savoir si cette limitation s'appliquait aux honoraires médicaux. Son domaine était en effet essentiellement industriel et commercial et l'exercice de la médecine y échappait. Il s'agissait en effet de prix de revient de marchandises et de produits fabriqués, à quoi l'on ne pouvait raisonnablement assimiler l'acte immatériel d'un médecin.

Mais le doute a pu commencer à s'élever depuis qu'un décret-loi du 12 novembre 1938 est venu interdire la majoration « des prix de détail des marchandises... ainsi que *de tous tarifs rémunérant des services rendus à des individus* ». A la réflexion cependant, et après lecture du contexte et des autres dispositions du décret, il semble bien que le législateur n'avait encore entendu réglementer que le domaine commercial. La jurisprudence relative à ce texte n'en conserve pas moins tout son intérêt si l'on se rappelle qu'une récente *loi en date du* 21 *octobre* 1940 est venue codifier la législation sur les prix en réprenant des dispositions analogues. Son article 15 fixe en effet « au niveau qu'ils avaient atteints au 1er septembre 1939 les prix de tous les produits *et services* ».

Voyons donc comment la Cour de cassation a conçu l'application de la limitation des prix au tarif des « services », à la lumière du fait suivant : un pharmacien détaillant, ayant vendu une préparation pharmaceutique composée sur ordonnance médicale à un prix notablement supérieur à celui exigé par les autres praticiens se vit condamner pour majoration illicite à 400 francs d'amende par la Cour de Paris. Ayant déféré son cas à la Cour suprême, il soutint devant elle que s'agissant d'un remède magistral destiné à un particulier, l'honoraire de préparation inclus dans le prix demandé ne pouvait être déterminé par un barême quelconque. On voit ici où nous voulons en venir et la similitude qu'il y a, mise à part la qualité de commerçant du pharmacien, entre l'honoraire de préparation et l'honoraire du médecin.

Dans un arrêt de sa chambre criminelle en date du 16 octobre 1940, la Cour de cassation a précisé que l'art. 1er du décret de 1938 *prohibant toute majoration des prix de toute rémunération des services rendus à des particuliers est une disposition générale ; elle ne comporte ni exception ni réserve* pour les compositions pharmaceutiques. Il en résulte bien que les honoraires de préparation ne peuvent pas non plus faire l'objet d'une majoration.

Appliquant le même raisonnement au texte, aussi général qu'il est possible de l'être, de l'art. 15 de la loi d'octobre dernier, nous sommes amenés à conclure que la Cour tiendrait le même raisonnement pour les honoraires médicaux.

Il nous semble cependant que *des réserves doivent être faites quant à l'extension automatique de la fixation des prix au domaine de la médecine.* Nous conviendrons volontiers qu'en dehors de la médecine sociale, il y a également des « tarifs médicaux » fixés par les syndicats et applicables à la clientèle courante. Mais ces tarifs ne sont qu'un des éléments permettant de déterminer le montant de la créance du client à l'égard du médecin. Telle a toujours été la jurisprudence en la matière : en outre il y a lieu de tenir compte, avec l'importance du servivice rendu, des capacités et de la notoriété du médecin d'une part, et de la situation de fortune du malade d'autre part (V. not. Trib. civ. Seine, 10 février 1934).

Autrement d't les rapports entre le praticien et son client échappent, comme il en va des professions commerciales, à la loi du « marché » et de son prix courant. Ils conservent au contraire, le plus généralement, en médecine privée leur caractère d' « entente directe », de cas particulier interdisant par suite toute référence à un prix de base antérieur. Nous pensons donc, en conclusion, que les prix « des services » médicaux doivent conserver toute la souplesse qu'implique leur nature.

Jean MIGNON.

II. Le propriétaire et le locataire d'un appartement doivent partager entre eux les conséquences du défaut de combustible

Pendant l'hiver 1939-1940, les difficultés de ravitaillement en charbon furent grandes : nombre d'appartements, situés dans des immeubles pourvus du chauffage central, ne furent pas chauffés par les soins du propriétaire, faute de combustible. Des conditions pires encore se présentent pour l'hiver actuel. Sommes-nous certains de n'y être pas soumis pour les années prochaines ?

Des incidents ont donc surgi entre propriétaires et locataires. Ces derniers ont prétendu d'abord qu'ils ne sauraient être tenus de payer la portion de charges stipulée dans le bail comme afférente au chauffage ; ensuite, qu'ils étaient en droit d'obtenir une réduction sur le principal même du loyer en compensation du trouble de jouissance, imputable, disaient-ils, au propriétaire, et dont ils souffraient.

Les propriétaires, s'ils acceptaient assez facilement d'exonérer le locataire du paiement du chauffage, ont refusé par contre de consentir à toute diminution du montant en principal du loyer, alléguant que la pénurie de charbon était un cas de force majeure et que leur responsabilité ne pouvait être retenue du fait des incommodités, absolument indépendantes de leur volonté, dont se plaignaient les locataires.

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 29 avril 1940, avait décidé que le propriétaire n'ayant pas chauffé son immeuble et ne pouvant rapporter la preuve qu'un cas fortuit ou de force majeure l'a empêché de le faire, doit réparer, sous forme d'une réduction de loyer, le préjudice causé au locataire par l'absence de chauffage. D'où il résultait *a contrario* que, s'il apportait la preuve de la force majeure, le propriétaire n'était obligé à aucune réduction. Or un décret-loi du 1er avril 1940 était venu donner le caractère de force majeure aux mesures prises pour la restriction de consommation des combustibles. Les propriétaires se trouvaient ainsi dispensés de toute preuve à fournir et déchargés *ipso facto* de toute responsabilité. Cette décision ne pouvait donc que satisfaire les propriétaires dont elle admettait l'argumentation.

Mais la jurisprudence est mouvante : deux arrêts de la Cour d'appel de Paris, en date des 12 et 16 novembre 1940 — l'un d'eux mettant en cause d'ailleurs un locataire-médecin, — viennent d'interdire au propriétaire de tirer de la force majeure un prétexte pour se dérober à toute réclamation basée sur le défaut de chauffage.

Ils décident en effet que, même si le propriétaire peut être reconnu avoir été mis dans l'impossibilité de chauffer son immeuble par force majeure, on ne saurait admettre que les conséquences de la force majeure soient supportées par le locataire seul ; qu'il est équitable au contraire de les *répartir, moitié sur le propriétaire, moitié sur le locataire.* Les arrêts ajoutent que le *défaut de chauffage* d'un appartement équivaut pour le locataire à la *privation d'un avantage en considération duquel il avait traité,* et, par application du décret du 26 septembre 1939, évaluent le montant de l'exonération partielle de loyer à accorder au locataire qui n'a pas été chauffé, *exonération calculée par les deux décisions à* 40 % *environ du montant en principal du loyer.*

L'une d'elles restreint cette exonération aux seuls mois d'hiver (1er octobre 1939 — 31 mars 1940). L'autre, plus audacieuse, répartit l'amputation sur toute l'année 1940.

De plus, toutes deux tombent d'accord pour *décharger le locataire du paiement de toutes charges afférentes au chauffage* ; un tel paiement, s'il était effectué, devant être réputé sans cause.

L'un des arrêts a tenu à préciser que la réduction accordée par lui était limitée à l'hiver 1939-1940 et ne pouvait être étendue aux hivers suivants, dont les conditions, à la date de l'ordonnance qui avait été déférée à la Cour, échappaient à toute prévision. L'autre arrêt ne contient pas semblable restriction.

Bien que la Cour d'appel, dans les deux cas, ait basé expressément sa décision sur un texte d'exception (législation de guerre) et qu'elle semble avoir voulu restreindre la portée des solutions par elle adoptées, la nouveauté et l'importance de celles-ci n'échapperont à personne.

Elles contiennent le germe d'une jurisprudence qui s'appliquera probablement à d'autres périodes de temps que le seul hiver 1939-1940, l'hiver actuel par exemple et les hivers prochains.

Son domaine pourra être aussi plus vaste que celui, bien réduit, du chauffage des appartements. Il pourra englober des questions très diverses puisqu'une nouvelle doctrine juridique a été créée — audacieuse en droit strict, si elle est conforme à l'équité — celle du partage des effets de la force majeure.

Pierre DOURIEZ.

III. Les décisions de la Commission technique sont susceptibles d'un recours

Un assuré social reçoit, en présence de son médecin traitant, la visite du médecin contrôleur de la Caisse Primaire à laquelle il est affilié. Une contestation s'étant élevée entre ces deux médecins au sujet de l'incapacité de travail de l'assuré, ce dernier saisit la Commission technique qui examine le malade et fixe, sans observer les règles de procédure déterminées par l'arrêté ministériel du 4 juillet 1936, l'incapacité de travail consécutive à l'accident.

Les décisions rendues par la Commission technique sont sans appel. Néanmoins, l'assuré s'adresse au Tribunal civil, non pas pour lui faire modifier la décision de la Commission technique, mais pour en faire prononcer la nullité pour inobservation des règles de procédure prescrites.

Le Tribunal civil le déboute en affirmant que « les difficultés relatives à l'exécution du contrôle du Service technique doivent être soumis à une Commission supérieure présidée par un Conseiller d'Etat ».

L'assuré ne se tient pas pour battu, et introduit contre ce jugement un pourvoi devant la Cour de Cassation. Cette dernière, dans un arrêt du 5 septembre 1940 a donné raison à l'assuré en décidant que si les contestations sur l'état des malades sont souverainement appréciées par la Commission technique dont les décisions sont sans appel, les juridictions d'assurances sociales n'en sont pas moins compétentes pour les examiner et juger si ces décisions ont été prises conformément à la procédure établie.

Cette solution nous paraît tout à fait heureuse.

La souveraineté des décisions de la Commission technique ne s'appliquent, en effet, qu'aux questions médicales et techniques. Il est donc souhaitable par ailleurs qu'un contrôle puisse être exercé par le Tribunal civil au sujet de la régularité de ses décisions.

Brice MAUREL.



Informations officielles

I. Réduction de loyer — Point de départ

Tout locataire justifiant d'une diminution de ressources, d'une cessation partielle ou totale de la jouissance des locaux loués, ou de l'impossibilité de continuer l'exercice normal de la profession en vue de laquelle les locaux avaient été loués, pouvait, en vertu du décret-loi du 26 septembre 1939, obtenir une réduction de loyer (1).

Le décret n'avait pas précisé le point de départ de cette réduction. Il laissait au juge le soin de le déterminer en toute équité et de le faire coïncider avec l'époque à laquelle la situation du locataire s'était modifiée, sans pouvoir toutefois remonter au delà du 2 septembre 1939, date de la mise en vigueur du décret.

Tout était pour le mieux, et personne ne songeait à se plaindre d'une disposition légale aussi libérale.

Néanmoins, le décret du 1er juin 1940, reflétant vraisemblablement l'incohérence des esprits à cette époque, avait décidé que le point de départ de la réduction, à défaut d'accord amiable, ne pourrait en aucun cas être antérieur à la date du terme qui avait précédé la demande en justice.

Cette nouvelle règle était profondément injuste quand on pense aux nombreuses raisons qui ont pu empêcher les locataires de faire plus tôt leurs demandes de réduction : pourparlers qui traînent sans aboutir, évacuation, propriétaire réfugié, mobilisé ou prisonnier...

La presse et nous-mêmes nous étions élevés contre cette mesure édictée sans raison par le décret du 1er juin 1940, et avions demandé qu'elle soit rapportée.

C'est chose faite aujourd'hui. En effet, une loi du 25 novembre 1940, parue à l'*Officiel* du 11 décembre, a rectifié sur ce point le décret du 1er juin 1940.

Désormais le juge aura toute liberté pour fixer le point de départ de la réduction, qui ne pourra toutefois être antérieur au 2 septembre

(1) *Concours Médical* des 3 et 10 novembre 1940, pages 1127 et 1161.

1939. Nous voilà donc revenus au texte initial. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette rectification qui vient réparer une injustice. Mais était-il nécessaire d'attendre six mois pour le faire ?

Les locataires non mobilisés, n'ayant bénéficié pendant le temps de guerre d'aucune diminution de loyer, peuvent donc introduire encore aujourd'hui une instance en réduction, dont les effets pourront remonter jusqu'au 2 septembre 1939.

Les locataires mobilisés, ayant bénéficié de la réduction qui leur était accordée de plein droit, peuvent une fois rendus à la vie civile, ou mis en congé sans solde, solliciter une réduction pour l'époque actuelle.

Il n'est plus urgent d'introduire l'instance puisque la réduction, si elle est accordée, pourra remonter au delà du terme précédant la demande judiciaire, ce qui donne tout le temps nécessaire pour constater la diminution des ressources professionnelles, base de la demande.

La loi du 25 novembre 1940 a fait œuvre utile, car la bonne administration de la justice ne peut qu'y gagner.

Brice MAUREL.

II. Prêts aux propriétaires d'immeubles sinistrés

Les propriétaires d'immeubles totalement ou partiellement détruits par faits de guerre antérieurs au 25 juin 1940, reçoivent, en vertu de la loi du 11 octobre 1940, une participation financière de l'Etat pour la reconstruction de ces immeubles (1).

Cette participation, dont le montant diminue avec l'importance des travaux à engager, laisse à la charge du propriétaire sinistré une part des frais de reconstruction.

Aussi l'Etat a-t-il cherché à faciliter au propriétaire l'emprunt des sommes nécessaires pour compléter sa participation, en passant le 31 octobre 1940 avec le Crédit Foncier et le Sous-Comptoir des Entrepreneurs, une convention dont voici les principales dispositions.

Les propriétaires d'immeubles démolis par faits de guerre peuvent, pour leur reconstruction, obtenir du Crédit Foncier de France ou du Sous-Comptoir des Entrepreneurs un prêt ou une ouverture de crédit à court terme, consenti pour une durée maximum de trois ans.

Ces prêts ou ouvertures de crédit sont représentés par des effets négociables, susceptibles d'être escomptés ou réescomptés par la Banque de France. Ils sont consentis à un taux d'intérêt égal au taux d'escompte pratiqué par la Banque de France à l'époque de la signature du contrat de prêt, augmenté de 0,75 %.

Le remboursement de ces prêts peut être effectué à la fin de chaque trimestre, sans aucune autre formalité qu'un préavis de quinze jours au minimum, mais l'établissement prêteur a faculté de refuser tout remboursement dont le montant serait inférieur à 10 % du capital restant dû.

Ces prêts ou ouvertures de crédit à court terme peuvent être transformés en prêts à long terme, amortissables dans un délai maximum de trente ans, si à l'échéance du contrat primitif le propriétaire sinistré n'est pas en mesure d'en effectuer le remboursement.

Ces prêts sont garantis par des privilèges spéciaux sur les immeubles reconstruits.

En contre partie des crédits ainsi ouverts par le Crédit Foncier, ce dernier est autorisé à émettre des obligations ou lettres de gage, qui reçoivent la garantie de l'Etat.

B. M.

(1) *Concours Médical* des 1er et 8 décembre 1940, p. 1289 et 1333.



Chronique automobile



LES GAZOGÈNES ET LES VÉHICULES AUTOMOBILES

par Henri PETIT

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique

Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Déjà avant la guerre, on s'était préoccupé de répandre l'usage des gazogènes sur les véhicules automobiles. Assez mal accepté du public à cette époque, le gazogène est devenu maintenant une nécessité pour tous ceux qui ont besoin de faire rouler des poids lourds. L'utilisation directe du charbon de bois est en effet le moyen le plus immédiat qui se présente pour résoudre partiellement la crise des transports dont nous souffrons.

Sans doute, le gazogène pour les voitures légères ne se présente-t-il pas comme une solution bien parfaite ; néanmoins, en raison de l'intérêt général que les circonstances lui ont donné, nous pensons que la question mérite d'être examinée ici.

L'utilisation des combustibles solides

Après quelques tentatives plus ou moins heureuses poursuivies principalement en Allemagne pour l'utilisation directe du charbon pulvérisé dans des moteurs fixes, il a été admis qu'on ne peut pratiquement utiliser les combustibles solides dans les moteurs à explosion qu'en les transformant au préalable en gaz : c'est précisément le rôle du gazogène.

Les combustibles qu'un gazogène peut brûler sont très variés : bois, bois torréfié, charbon de bois, agglomérés, anthracite, coke, semi-coke... tels sont les principaux.

Dans la pratique, on s'oriente surtout vers le charbon de bois parce que c'est lui qu'on peut préparer le plus simplement et le plus rapidement avec des moyens qui sont presque des moyens de fortune et d'autre part, les gazogènes à charbon de bois sont les plus simples et permettent une conduite relativement facile.

On connaît la réaction sur laquelle repose la formation du gaz dit de gazogène par la combustion incomplète du charbon de bois en présence de l'oxygène de l'air. Rappelons-la pour mémoire



$$2\,C + 2\,O = 2\,CO \quad (1)$$

elle se complète par la suivante, quand il y a eu formation d'anhydride carbonique :



$$CO^2 + C = 2\,CO.$$

Cette première réaction est précisément celle que l'on rencontre accidentellement dans des poêles à combustion lente et dont le principal inconvénient est de provoquer l'empoisonnement des humains et des animaux qui respirent les produits de la combustion.

L'oxyde de carbone est un gaz éminemment combustible qui s'unit à l'oxygène de l'air pour donner finalement de l'anhydride carbonique et de l'eau quand il contient de l'hydrogène (gaz à l'eau).

Le problème du gazogène consiste donc à faire brûler partiellement du charbon dans une atmosphère peu oxydante, à recueillir l'oxyde de carbone qui se dégage, à le débarrasser de toutes les impuretés qu'il contient et à l'envoyer dans un mélangeur qui, sur le moteur, prend la place du carburateur ou s'accole à lui.

Pendant la combustion, il se forme naturellement des cendres et une petite quantité de goudrons. Les goudrons proviennent surtout dans le cas du charbon de bois d'éléments insuffisamment carbonisés. Quand on utilise directement le bois comme combustible, les goudrons sont au contraire en quantité importante, ce qui nécessite pour les installations, une disposition spéciale du gazogène et surtout des appareils épurateurs.

Quand il sort du gazogène, le gaz est naturellement très chaud. Il faut donc d'abord le refroidir, puis ou plutôt en même temps, le débarrasser de ses cendres et enfin éventuelle-

(1) Comme l'air qui pénètre dans le gazogène est humide, ainsi d'ailleurs que le charbon, on a en outre formation de gaz à l'eau (mélange de C O et d'hydrogène), suivant la réaction : $H^2O + C = CO + H^2$.

ment de ses goudrons ; ce n'est que lorsqu'il est complètement épuré, c'est-à-dire qu'il ne contient aucun produit solide ou liquide qu'on peut sans danger, l'envoyer dans les cylindres du moteur.

Une installation de marche au gazogène comprendra donc obligatoirement les éléments suivants :

1° Le gazogène proprement dit, ou générateur avec son réservoir à combustible et ses appareils annexes.

2° Un dépoussiéreur refroidisseur.

3° Une série de filtres.

4° Un mélangeur.

Tous ces appareils sont disposés sur le véhicule au mieux des conditions d'utilisation, d'abord, et de possibilités de montage ensuite. Leur principal défaut c'est d'être très encombrants et c'est surtout pour cette raison que le gazogène se prête assez mal à l'équipement des véhicules légers. Aussi, a-t-on pensé pour les voitures de tourisme à disposer toute l'installation de gazogène et de l'épurateur sur des remorques.

***

Nous allons maintenant examiner rapidement chacun des appareils de l'installation et voir comment il fonctionne.

Le gazogène

Le gazogène ou générateur est le plus important ; il comporte à sa partie inférieure un foyer où se produit la combustion. Au-dessus du foyer est disposée la provision de combustible dans un réservoir généralement cylindrique, parfois parallélipipédique et duquel le charbon est distribué au foyer par une trémie en forme de tronc de cône. Sous le foyer est disposée une grille et autour du foyer un ou plusieurs orifices pour l'arrivée d'air.

Si l'air arrive dans le foyer après avoir traversé tout ou partie du combustible et si par conséquent les gaz sortent par la partie inférieure, le gazogène est dit à combustion renversée ; il est dit au contraire à combustion directe si l'air arrive par le bas et si le gaz s'échappe par le haut comme dans un appareil de chauffage ordinaire.

Les gazogènes à combustion renversée sont les plus répandus.

Pour le charbon, il est vrai qu'on peut employer l'un ou l'autre système. Il n'en est pas de même pour le bois ou pour les combustibles minéraux susceptibles de dégager une assez grande quantité de goudrons et de produits non combustibles. Dans ce cas en effet, on est obligé d'utiliser la combustion renversée pour que les goudrons passent obligatoirement dans le foyer et soient brûlés au lieu de venir se mélanger au gaz qui sort de l'appareil.

L'arrivée d'air sur le foyer peut se faire par un espace annulaire qui entoure celui-ci ou au contraire par une ou plusieurs tuyères qui, prenant l'air dans l'atmosphère l'amènent au sein même de la masse incandescente : d'où encore deux classes d'appareils : les gazogènes à arrivée d'air périphérique et les gazogènes à tuyères. Quand on utilise des tuyères, il faut considérer que ces organes dont l'extrémité pénètre dans la zône même de feu, subissent une fatigue thermique considérable. Pour prolonger leur durée, on les fait en métal très résistant à la chaleur et on prévoit fréquemment un dispositif de refroidissement. Dans certains cas, on fait circuler l'air frais qui va pénétrer dans le foyer dans une double enveloppe ménagée dans les tuyères. Dans d'autres cas, les tuyères comportent un refroidissement par eau. Enfin, on trouve également certains gazogènes où on compte seulement sur la conductibilité du métal de la tuyère pour emporter à l'extérieur la chaleur excessive. Quoiqu'il en soit, la tuyère est un organe relativement fragile et de durée limitée.

Le gazogène comporte au moins deux portes : une à la partie supérieure, pour le chargement du combustible. L'autre à hauteur du foyer ou en dessous de celui-ci, est utilisé pour le nettoyage qui doit être pratiqué périodiquement : enlèvement des cendres, du machefer, etc...

Pour préserver le corps du gazogène qui est toujours en tôle, de l'action souvent destructrice de la température du foyer, on garnit parfois les parois de celui-ci avec un corps réfractaire, carborundum, etc... Ces produits ont malheureusement le défaut de donner au gazogène une certaine fragilité. Aussi, certains constructeurs préfèrent-ils utiliser le charbon lui-même comme calorifuge en limitant les dimensions du foyer à la partie centrale de l'appareil. De la sorte le charbon incandescent ne se trouve pas immédiatement en contact avec les parois.

Les portes du gazogène, de même d'ailleurs que celles de tous les appareils auxiliaires doivent être parfaitement étanches : les entrées d'air constituent en effet une des pannes de fonctionnement les plus fréquentes et les plus sérieuses des gazogènes. On prévoit toujours entre les portes et leurs cadres, les joints en amiante imbibés de graisse Belleville, joints dont l'entretien doit être l'objet de soins tout particuliers.

Quel que soit le système d'alimentation en air, on doit toujours prévoir un orifice débouchant dans l'atmosphère dans lequel on puisse introduire une torche enflammée pour l'allumage du gazogène. Dans les appareils à tuyère,

c'est souvent la tuyère elle-même qui sert d'organe d'allumage.

Dans certains appareils, on introduit en même temps que l'air atmosphérique une certaine proportion de vapeur d'eau.

On sait que la vapeur d'eau, en présence du charbon incandescent se décompose pour donner de l'oxyde de carbone et de l'hydrogène dont le mélange forme ce qu'on appelle le gaz à l'eau.

Les appareils où ce système est utilisé comportent un dispositif de vaporisation généralement placé au voisinage immédiat du foyer ou de la sortie des gaz chauds.

Le dépoussiéreur refroidisseur

A la sortit du gazogène, le gaz passe dans des caisses à grande section où il se refroidit et où il perd les plus grosses de ses poussières ; elles sont généralement constituées par des tuyaux cylindriques en tôle, à l'intérieur desquelles ont été disposées des chicanes qui obligent le gaz à frapper les parois et à y déposer par suite ses impuretés.

Le refroidisseur dépoussiéreur est placé assez loin du générateur ou tout au moins comporte un parcours du gaz assez long pour que le refroidissement du gaz puisse réellement s'effectuer.

La chaleur de celui-ci est cédée aux parois et se dissipe dans l'atmosphère. Il faut par suite, placer le refroidisseur sur le véhicule, autant que possible dans un endroit où l'air circule facilement. On le dispose très souvent en dessous du chassis.

Sur certains systèmes, le refroidisseur dépoussiéreur contient de l'eau qui retient facilement les impuretés et provoque une chute de température. Ce système tend d'ailleurs a être abandonné, la présence de trop d'humidité dans le gaz rendant son épuration finale plus difficile.

Les filtres

Sortant du dépoussiéreur, le gaz est loin d'être complètement propre. Il contient encore en effet de très fines poussières en suspension et souvent aussi des petites particules de goudrons sous forme vésiculaire. Aussi, l'oblige-t-on à traverser un certain nombre de filtres.

Pour épurer et filtrer le gaz, on emploie différents procédés ou différentes matières. Quand le gaz contient beaucoup de goudrons (gaz de bois) on le fait passer dans une colonne contenant ce qu'on appelle les anneaux Rachig qui sont des petites bagues en tôle sur lesquelles le gaz dépose son goudron. Pour le gaz de charbon de bois, on utilise plutôt les matières filtrantes qui sont souvent soit du charbon de bois granulé, soit du liège réduit en poudre, soit même successivement ces deux substances. En dernier lieu, le gaz traverse des filtres en tissu à la surface desquels il dépose ses dernières impuretés. Les tissus des filtres ont malheureusement une tendance à se colmater à la suite du dépôt des impuretés que leur apporte le gaz. Les constructeurs se sont ingéniés à prévoir des systèmes automatiques de décolmatage des filtres soit grâce aux trépidations, soit par secouage périodique afin de leur permettre un service continu prolongé.

Après le dernier filtre de dépoussiérage, le gaz traverse encore un filtre dit de sécurité formé par des toiles métalliques et dont le rôle consiste à arrêter la propagation de la flamme en cas de retour à l'aspiration.

Enfin, il se rend au mélangeur.

Le mélangeur

Le mélangeur est pour le gaz ce que le carburateur est pour l'essence.

Il se compose en principe d'une sorte de robinet à trois voies qui débouche d'une part dans la tuyauterie d'aspiration du moteur, d'autre part dans l'atmosphère et enfin possède également un orifice d'arrivée de gaz. Chacun de ces orifices est fermé par un papillon que peut manœuvrer le conducteur. Ces papillons peuvent être manœuvrés individuellement (par exemple pour la mise en marche du gazogène), mais sont généralement interconnectés pour la conduite du véhicule.

***

Nous examinerons d'ailleurs dans un prochain article à quelles manœuvres on doit se livrer pour mettre un gazogène en route. Nous verrons aussi quels soins d'entretien il nécessite.

Henri Petit.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE



I. Un précurseur de l'eugénisme au XVIIe siècle

Le Docteur Jean Torlais, de La Rochelle, manifeste à sa cité un amour d'érudit en évoquant de l'histoire locale la mémoire des Rochelais qui jetèrent sur elle un lustre nouveau.

On se rappelle le magistral volume qu'il consacra, voici quelques années, à Réaumur, esprit encyclopédique en dehors de l'Encyclopédie, et qui fut couronné par l'Académie des Sciences. Cette étude fut suivie, l'an dernier, d'une édition de « Morceaux choisis de Réaumur », extraits et annotés par le Docteur Torlais.

Cette année, il publie dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1), l'histoire de Nicolas Venette médecin rochelais et auteur à succès, puisque son ouvrage, médical cependant mais littéraire aussi, scientifique sans doute, mais à coup sûr libidineux connut, l'un portant l'autre, vingt-sept éditions, c'est-à-dire un succès retentissant, entre 1686 et 1839.

En 1686, paraissait en effet à Amsterdam, chez Jean et Gilles Jausson, un livre qui avait pour titre : *De la génération de l'homme ou tableau de l'amour conjugal*, par Salomé Vénitien. En fait, le livre était imprimé à Paris et avait pour auteur le Docteur Nicolas Venette, de La Rochelle.

Lorsqu'il écrivit ce livre, Venette avait une cinquantaine d'années. D'une vieille famille rochelaise, il avait étudié la médecine à Bordeaux. Ensuite, s'estimant fort ignorant, il était allé à Paris et, à l'âge de 24 ans, avait recommencé ses études de philosophie puis de médecine. Il avait eu pour maîtres Pierre Petit et le fameux Guy Patin, tous deux beaux esprits et bons écrivains.

Avant de regagner sa province, Venette voulut courir un peu le monde et il visita l'Italie et le Portugal. Ensuite installé à La Rochelle, il y fut chargé des démonstrations d'anatomie et du cours de pharmacie aux apprentis chirurgiens.

Il publie successivement un « Traité du scorbut » des « *Observations sur les eaux minérales de la Rouillasse-en-Saintonge* », un « *Traité de la taille des arbres* », et se fait construire au centre de la ville un bel hôtel à la façade originale qui est encore, de nos jours, un des joyaux de La Rochelle.

Voilà, on en conviendra, un esprit curieux et divers. La Rochelle se donnerait-elle l'élégance personnelle de fournir les « encyclopédistes hors de l'Encyclopédie ? »

(1) 23-30 novembre 1940, nos 47-48.

En cette seconde moitié du XVIIe siècle, c'est une ville à l'architecture recherchée, qui vient de rebâtir ses églises et de nombreuses chapelles, et où la controverse théologique est ardente entre papistes et huguenots. L'on s'affronte sur le point de savoir si la danse est permise ; l'on se repait de la récente traduction en français des « Lamentations de Jérémie ». Un certain sieur de la Lur se croit successivement Abraham, puis le Messie, et tombe amoureux de la mère supérieure du Carmel.

Survient la révocation de l'Edit de Nantes. La Rochelle perd du coup trois mille habitants, quinze raffineries de sucre sur vingt-quatre, six boutiques d'orfèvre, trente ateliers. Le temple est démoli et, après quelques essais vains pour « réduire à Dieu ce peuple égaré », s'ouvre l'ère des violences ponctuée par l'apparition de libelles et d'édits royaux.

C'est dans cette atmosphère de pruderie et d'effervescence religieuse que tombe le « Tableau de l'amour » de Nicolas Venette. Cependant que déferlent les flots de bile et que soufflent les rafales de colère, l'épicurien confrère, doyen du Collège des médecins, porte son étude sur les plaisirs de ce monde et écrit placidement qu'il n'y a rien au monde qui rafraîchisse davantage les bilieux que les caresses des femmes ; que l'exercice amoureux efface tous les songes qui nous font de la peine et nous procure ensuite un sommeil tranquille. Vénus, à son avis, retarde la vieillesse et, quelle que soit l'ampleur des questions mises en débat en cette époque de foi intolérante, Venette juge que jouir d'une belle soirée d'été est infiniment plus agréable que répondre à un libelle. A la façon de Philinte, « il prend tout doucement les hommes comme ils sont », et ne se met pas en peine de leur prêcher d'austères vérités.

Pourtant, il ne se dissimulait pas que son ouvrage allait faire scandale et habilement, il organisait sa défense. Il passait en revue la galerie de ceux auxquels il allait être utile.

Les personnes d'une vertu distinguée trouveront dans ce livre de quoi ménager leurs passions et les dompter, même quand elles seront embarrassées.

Les jeunes gens y apprendront à quel âge ils doivent se marier pour ne pas s'énerver dans le commencement de la vie et vivre longtemps avec plaisir ; dans quelle saison et à quelle heure on peut faire sans s'incommoder des enfants sains et spirituels.

Les vieillards, autre catégorie de citoyens également préoccupante relativement à l'exercice amoureux, verront à quel âge ils pourront se marier, comment ils devront se comporter pour avoir des enfants sans commettre aucune faute contre les maximes de la religion.

Quant aux théologiens, casuistes et confesseurs, cette lecture complètera très utilement leurs connaissances en psycho-physiologie ; ils y apprendront les véritables causes de la validité et de la dissolution du mariage et les péchés qu'on y commet parmi les voluptés permises, car on y examine avec beaucoup de soin tout ce qui est contraire à la génération.

Dans ces pages, un juge trouvera établies et décelées très clairement des difficultés de droit et de médecine que les jurisconsultes n'ont jamais assez bien éclaircies, et après cela, il ne se laissera plus abuser quand on lui présentera des enfants supposés.

La mère de famille pourra, grâce à cette lecture apprendre à ménager la réputation de ses filles, car elle y verra quelle complexion est la plus propre pour le cloître ou pour le mariage.

Le débauché enfin, puisera une leçon de vertu et de continence, lorsqu'il connaîtra quels fâcheux chagrins et quelles maladies incurables cause un amour déréglé.

Ainsi en 1686, voici posées et étudiées par un médecin, dans un plan actuel, les questions les plus préoccupantes de notre époque : la natalité, le péril vénérien, les rapports de la sexualité et de la personnalité, la société et la morale.

Mais tout en se révélant ainsi un précurseur de fort bon aloi, Venette n'a garde de faire le magister ou le prédicant. Son érudition s'aiguise d'humour et sa sagesse antique de crudité gauloise. Soit par malice impertinente, soit pour prendre à tout hasard des sûretés il atteste les personnages qu'on s'attendrait le moins à rencontrer en cette affaire : les pères de l'Eglise. Et, sous ce haut patronage, il en vient à se demander si la femme est plus constante en amour que l'homme, si l'on peut aimer sans être jaloux, si la femme timide aime plus que la hardie et l'enjouée, s'il y a plus de peine à gagner les bonnes grâces d'une femme qu'à les conserver. Toutes ces questions, d'un caractère indubitablement profane, il les entremêle de considérations médicales où l'on voit se profiler les dysendocriniennes et les carentielles actuelles. Et l'ensemble s'exprime en un style où le libertinage s'accommode d'une certaine pompe et où, au terme d'une belle période, on croit percevoir le trait agile d'une épigramme.

L'auteur force sans doute un peu la note lorsqu'il se présente comme un moraliste, lui qui, chemin faisant, vient de déclarer : « Un casuiste serait fâcheux s'il voulait nous persuader que nos actions sont criminelles lorsque, transportés de la beauté d'une femme, nous la caressons avec ardeur ».

Mais il serait injuste de ne pas saluer en ce confrère d'autrefois un médecin qui fit honneur à la profession et un parfait humaniste, de ceux que son siècle qualifiait d' « honnêtes hommes ».

G. LAVALÉE.

II. La dernière maladie de Madame de Sévigné L'inhumation de ses restes en 1793

Il était admis, avec M. de Saint Surm, que Madame de Sévigné était morte le 17 avril 1696 après une assez courte maladie, une atteinte de petite vérole qu'elle aurait contractée en soignant sa fille au château de Grignon en Provence où elle séjournait depuis 1694. Or, M. Le Mire, dans une communication à l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, en 1896, a contesté sans arguments ni documents bien convaincants, la nature de la maladie et a prétendu que Madame de Sévigné était morte de « fièvre continue » ou de « fièvre typhoïde ». Il est probable que le diagnostic exact de cette maladie ne fut pas fixé. Ce qui est certain c'est que la maladie fut de courte durée et frappa Madame de Sévigné alors qu'elle était en pleine santé.

L'inhumation ne fut pas précipitée. Elle eut lieu dans le caveau de la famille de Grignon et les restes n'échappèrent pas à la violation de la sépulture qui eut lieu en 1793.

M. Pialla-Champier, juge de paix, qui assista à l'inhumation, fit scier le crâne de la marquise et la calotte fut envoyée à Paris pour qu'on l'étudiât. Une dent fut enchâssée dans une bague en or et cette relique fut donnée à Madame de Cordone de Taim. M. Veyrene, notaire à Grignon, qui assistait à l'inhumation, prit une parcelle des ossements, la fit enchâsser dans un médaillon qui fut conservé par la famille Fayn, de Grignon. Au-dessous du médaillon fut inscrit le quatrain :

De sa beauté voilà les tristes restes.
Le trait fatal ne la respecta pas.
Mais si tout passe et s'enfuit ici-bas.
L'esprit survit aux temps les plus funestes.

1793.

Une constatation qui paraît en faveur de la mort causée par la petite vérole, c'est que, lors de l'exhumation, les cendres de Madame de Sévigné étaient recouvertes d'une couche de poudre de chaux.

J. NOIR.

Variétés



RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE ET PRATIQUE DES YOGIS INDOUS

Aux gens de bureaux et sédentaires de toutes sortes chez qui l'absence à peu près totale de tout effort physique tend à limiter le jeu des muscles inspirateurs et à rétrécir le thorax les hygiénistes occidentaux préconisent des manœuvres de rééducation respiratoire soit à l'air libre, soit avec usage du spiromètre.

Leurs préoccupations d'amélioration purement corporelle se rencontrent curieusement avec certaines méthodes indoues, visant à accroître la capacité mentale et à développer le côté spirituel.

Les occultistes de tous les âges et de tous les pays, note le *Journal des Praticiens* du 9 novembre 1940, ont toujours pensé qu'il y avait dans l'air une substance ou un principe duquel toute activité, toute vitalité, toute vie dépendait.

Ce principe, les Hindous l'appellent *prana*, d'un mot sanscrit qui signifie l'énergie, la force. Le *prana*, on le puise dans l'air en respirant, on peut l'emmagasiner exactement de la même façon que l'électricité qui charge les batteries d'un accumulateur.

Les yogis préconisent, plusieurs fois par jour, de se livrer à une gymnastique dont voici la technique :

« 1° Se tenir droit ou assis.

a) Inspirer par le nez, lentement, remplir d'abord la *partie inférieure* du poumon, en faisant agir le diaphragme qui exerce, quand il s'abaisse, une certaine pression sur les organes abdominaux et en projetant en avant la paroi antérieure de l'abdomen ;

b) Puis remplir la *partie moyenne*, en projetant en dehors les côtes inférieures et le sternum en avant ;

c) Puis, remplir la partie supérieure, en projetant en avant le haut de la poitrine, en élevant la poitrine et les côtes supérieures.

Dans le mouvement final, la partie inférieure de l'abdomen sera légèrement tirée en dedans, pour donner, par ce mouvement, un support aux poumons et aider ainsi au remplissage de leur partie supérieure.

N'allez pas vous imaginer que ce soient trois mouvements distincts : pas du tout. L'inspiration est continue ; toute la poitrine, depuis la base du diaphragme jusqu'au point le plus élevé dans la région claviculaire, est animée d'un mouvement continu. Il faut éviter une série saccadée d'inspirations et arriver à une action régulièrement continue ;

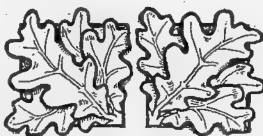
2° Retenir la respiration pendant quelques secondes ;

3° Expirer très lentement en maintenant la poitrine droite et en rentrant légèrement l'abdomen, lorsque l'air quitte les poumons. Quand l'expiration est terminée, laissez aller la poitrine et l'abdomen.

Par cette méthode, toutes les parties de l'appareil respiratoire sont mises en action : c'est réellement une combinaison des respirations inférieure, moyenne et supérieure se succédant rapidement dans l'ordre donné, de manière à former une respiration uniforme, continue et complète. Une grande glace devant laquelle vous vous placerez, vous sera d'un grand secours pour l'exécuter : vous appuierez légèrement vos mains sur l'abdomen de manière que vous en puissiez percevoir les mouvements.

« A la fin, il est bon d'élever légèrement les épaules puis de soulever la clavicule pour permettre à l'air de passer librement dans le petit lobe supérieur du poumon droit, qui est parfois le point où se développe la tuberculose.

« Un peu de difficulté peut-être au début, mais il vous suffira d'un peu de pratique pour vous perfectionner. Quand vous aurez appris cette respiration complète, vous n'aurez plus jamais le désir de retourner aux anciennes méthodes. »



Directeur-Gérant : G. Lavalée — Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

4.671. — Honoraires pour l'intervention à l'hôpital sur un assuré social indigent

J'ai récemment écrit à la Caisse de la Fédération mutualiste au sujet du remboursement de mes honoraires pour interventions faites à l'hôpital de C., pour un assuré indigent appartenant à cette Caisse.

Elle me répond négativement. Cette réponse est contraire à la loi et à plusieurs reprises, dans le *Concours médical* vous y avez insisté. Que dois-je faire ?

Dr O.

Réponse

La question que vous posez est assez complexe et nous allons y répondre dans le détail.

Les établissements hospitaliers agréés par l'Assistance donnent gratuitement les soins aux assurés indigents qui sont à la fois, bien que cela ait pu être contesté par quelques-uns, assurés sociaux et assistés.

Assuré social, il a droit de la part des Caisses aux mêmes prestations qu'un assuré social ordinaire ; assisté, il bénéficie en outre d'un versement fait par le service départemental d'assistance afin de lui éviter d'avoir à supporter quelque débours que ce soit et notamment le ticket modérateur payé d'habitude par l'assuré ordinaire.

Pour obtenir le remboursement des soins par eux fournis, les établissements hospitaliers ont le droit de s'adresser :

1° A la Caisse d'Assurances sociales dont dépend l'hospitalisé, qui doit leur verser la part prévue par son tarif de responsabilité pour les frais d'hospitalisation et pour les honoraires médicaux;

2° Au service d'assistance qui doit leur faire la différence entre la somme payée par la Caisse d'Assurance au titre des frais d'hospitalisation et le tarif appliqué aux indigents.

La Caisse ne peut se refuser à effectuer le double versement pour les frais d'hospitalisation et pour les honoraires médicaux. C'est pour elle, une obligation légale découlant de l'article 6, parag. 15 du décret-loi du 28 octobre 1935 qui spécifie que son tarif de responsabilité doit fixer la part supportée par elle dans les frais d'hospitalisation ainsi que dans les honoraires médicaux ; et de l'article 19, parag. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par le décret-loi du 14 juin 1938 qui dispose que « les prestations à la charge des Caisses d'Assurances sociales pour les assurés indigents sont les mêmes que celles prévues pour tous les autres assurés. »

En vertu de ces dispositions légales et conformément à l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937 contenant le règlement intérieur type des Caisses (art. 36), le tarif de responsabilité des Caisses doit prévoir sa participation dans les frais d'hospitalisation et dans les honoraires médicaux pour les soins donnés à l'hôpital public (comme d'ailleurs dans d'autres établissements).

Le tarif limitatif de réassurance des Caisses d'Assurances sociales (qui indique le chiffre au-delà duquel la Caisse ne doit pas fixer son tarif de responsabilité), fixe à 80 % du tarif de l'Assistance médicale gratuite de l'année en cours le tarif de remboursement des frais d'hospitalisation (par jour).

En ce qui concerne les honoraires médicaux, il faut distinguer les hôpitaux publics des villes centres d'enseignement dans lesquels les tarifs par journée d'hospitalisation sont en principe pour le médecin et le chirurgien de 4 francs ; et les autres hôpitaux publics. Dans ceux-ci les honoraires pour le médecin sont remboursés à 4 francs par journée d'hospitalisation, et pour la chirurgie, soit à 4 francs par journée d'hospitalisation ; soit à l'acte médical (quelle que soit la durée de l'hospitalisation) avec application dans ce cas des chiffres clés 3 fr. 50 et 7 francs au coefficient de la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialité. Le chiffre clé de 3 fr. 50 s'applique lorsque le coefficient est inférieur à 4 et le chiffre clé de 7 francs lorsque le coefficient est égal ou supérieur à 24.

Les tarifs de responsabilité des Caisses, sans être toujours identiques à ces chiffres du tarif limitatif de réassurance, s'en inspirent le plus souvent et les conventions que les Caisses passent avec les établissements hospitaliers arrêtent le mode de calcul du remboursement, notamment pour les honoraires chirurgicaux.

Il est à remarquer que la rémunération des médecins et chirurgiens est assurée uniquement par la Caisse d'assurances sociales, le tarif hospitalier de l'Assistance médicale gratuite ne comportant aucune part de rémunération pour les médecins.

Il résulte de tout ceci que le médecin ou le chirurgien qui ne sont pas rémunérés autrement que par leur traitement annuel pour les soins donnés aux assistés dans les établissements hospitaliers reçoivent au contraire une rémunération spéciale lorsque ces assistés sont assurés.

Un premier point est donc certain : vous avez droit pour votre intervention à une rémunération et cette rémunération doit être versée par la Caisse primaire d'Assurances sociales.

Mais ce n'est pas à vous qu'il appartient d'en réclamer le montant à la Caisse, c'est à la Commission administrative de l'hôpital dans lequel vous avez opéré.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1938 (arrêt Dufour) a déclaré illégale la délibération d'une Commission administrative autorisant le Corps médical hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants.

Pareille interdiction a été reprise dans une Circulaire du ministre de la Santé publique du 26 septembre 1936 qui a enjoint aux Commissions de fixer le tarif de remboursement des malades payants d'une part, et d'autre part, le mode de rémunération des médecins.

Vous ne devez donc connaître qu'un seul débiteur pour votre intervention : la Commission administrative. Il vous appartient de lui demander le paiement de vos honoraires sur les bases adoptées par vous conventionnellement à ce sujet s'il existe une convention ou à défaut, sur les bases légales du remboursement par la Caisse à la Commission.

Le moyen pratique est de suggérer à la Commission, au besoin en lui communiquant cette lettre, d'obtenir elle-même de la Caisse le remboursement du montant de vos honoraires à l'amiable si possible, et à défaut en la traduisant devant la Commission interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, s'il s'agit d'un hôpital non lié à la Caisse par une Convention, ou devant la Commission tripartitite de la Seine s'il s'agit d'un hôpital lié avec la Caisse par une Convention.

Au cas où la Commission administrative, ayant reçu de la Caisse le montant de vos honoraires ne voudrait pas vous les payer, comme au cas où elle ne voudrait pas actionner la Caisse, il y aurait lieu pour vous d'actionner la Commission administrative devant le Conseil de préfecture pour obtenir d'elle votre paiement.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

4.609. — Ablation d'un ongle

Je vous serais reconnaissant de me dire ce qu'il faut compter, au tarif accident du travail, pour l'ablation d'un ongle à l'anesthésie locale.

Dr L.

Réponse

L'ablation d'un ongle n'est pas l'objet d'une tarification spéciale en matière d'accident du travail. Cela nous fut refusé à la Commission du tarif, car, nous a-t-on opposé, en pareille matière, on n'arrache que les ongles déjà à demi-détachés par le traumatisme.

Dr F. DECOURT.

4.645. — Médecin traitant et taux de l'incapacité partielle permanente

En matière d'accident du travail, dois-je dans mon certificat de consolidation, indiquer le pourcentage d'invalidité. Je me suis toujours refusé à le faire, terminant ainsi mes certificats : « il résulte de ces lésions, une incapacité permanente provisoire dont le taux est à fixer par expertise ». Je pense être dans mon droit strict. Et pourtant les agents des Compagnies insistent souvent beaucoup pour me faire donner un chiffre. De plus, je vois des confrères très distingués de la région le faire de façon courante. D'un autre côté, la chose est souvent facile chez les blessés des yeux.

Je répugne pourtant à prendre là une responsabilité gratuite ; surtout depuis le jour où j'ai vu la fureur d'un blessé auquel le Président du Tribunal avait dit : « Votre médecin traitant demande 5 % (chiffre raisonnable), ce n'est pas cher, accordé ».

Je voudrais que vous me disiez, en plus du règlement, quelle est la conduite la plus généralement tenue et celle que vous me conseillez en la matière.

D. B.

Réponse

Le médecin traitant d'un blessé n'a pas à fournir à la Compagnie d'assurances (partie adverse par rapport au client du médecin) un pourcentage quelconque d'incapacité permanente provisoire.

Il peut, par contre, donner cette indication à son blessé, évidemment ? Et même au besoin lui remettre un certificat officiel, que celui-ci pourrait présenter au Tribunal pour justifier sa demande. Mais ce serait là un certificat en dehors du Tarif de responsabilité patronale et, par suite, que le blessé devrait payer au médecin.

Par contre, si la Compagnie demande à un médecin officiellement, par lettre, de lui fournir un certificat contenant le taux de l'incapacité permanente provisoire, celui-ci peut le lui fournir à titre d'expertise amiable et être honoré comme tel par la Compagnie... Mais s'il s'agit du médecin traitant du blessé, il faudrait d'abord, à mon avis, que ce certificat soit établi avec l'autorisation du blessé. Car je ne vois pas un médecin traitant — quel qu'il soit — signant une pièce qu'on puisse opposer ensuite à la demande du blessé auquel précisément il a donné ses soins en cette affaire.

Dr F. DECOURT.

4.615. — Appareillage provisoire

J'ai vu à 8 heures du soir hier, un blessé grave : fracture bimalléolaire avec énorme déplacement et dislocation apparente de l'articulation. J'ai fait extemporanément la réduction de la fracture et j'ai mis un plâtre provisoire afin que le blessé souffre moins et

qu'il puisse être transporté plus commodément et sans risques jusqu'à l'hôpital de T. à 40 kilomètres.

Je présume (la chose s'est passée hier soir), que ce matin, on a fait une radio et refait un second plâtre. Je voudrais savoir ce que je peux compter comme honoraires et comment : km. plus acte médico-chirurgical.

a) Si mon plâtre a été provisoire ;

b) Si mon plâtre a été définitif (non refait).

Je crois que c'est 220 francs (est-ce exact), dans ce deuxième cas ?

Dans le numéro spécial 18 du *Concours* 1938, je trouve le renseignement *b*, mais aucune indication sur le § *a*. Sur une autre notice, je trouve 100 francs pour *a*.

Dr J.

Réponse

Si vous avez fait, comme cela me paraît d'après votre lettre, un « appareillage provisoire effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » (article 18) vous avez droit à un honoraire de 100 francs.

Si au contraire, vous aviez fait une réduction et appareil plâtré définitif pour fracture de jambe, vos honoraires seraient de 220 francs, non compris les soins consécutifs.

Par conséquent, il s'agit de savoir ce qui s'est passé à l'hôpital ; si le chirurgien a fait une réduction de la fracture et un nouveau plâtre, car on ne pourrait compter deux fois la « réduction et contention » d'une même fracture, cela va de soi.

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

4.352. — Contestation dans un cas de radiumthérapie

Je vois en octobre dernier, une malade des Assurances sociales, porteuse de tumeur du sein, à qui je conseille un appareil de surface porte-radium. La malade accepte et le traitement et le prix (que je fixe à 3.200 francs à cause de la situation modeste). J'avise la Caisse du traitement prévu par le radium et en effet la Caisse convoque le malade sans autre nouvelle. J'institue le traitement qui, actuellement, est terminé et j'inscris journellement ER K30 correspondant à la quantité de radium utilisée et suivant la nomenclature, page 80 (voir aussi votre lettre *Concours médical*, 21 avril 1940, page 660). Cette lettre de vous était fort instructive, et je m'y suis conformé. Le médecin de la Caisse m'écrit pour me dire que la Caisse ne peut accorder que K60 pour traitement forfaitaire par radiothérapie. Je réponds à celui-ci qu'il joue sur les mots à mon avis et que si

K60 est normal pour traitement par rayons X, cette notation ne correspond pas à la curiethérapie. La malade refuse les 480 francs qu'on lui offre. A qui et comment doit-elle réclamer pour exposer la cause et obtenir un remboursement plus conforme au règlement.

Dr M.

Réponse

1° Si la Caisse offre 480 francs à l'assuré sur 3.200 qu'il a payé, je comprends que celui-ci ait l'intention de réclamer. Pour cela, il doit se baser sur l'art. 8, alinéa 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 qui dit : « Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant indiqué par l'assuré, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le Président du Tribunal civil ».

Il s'agit ce me semble, dans ce cas, de « l'état du malade » et du traitement qu'il était obligé ou non de suivre.

Si obligation, la Caisse doit d'autant plus payer qu'elle fut prévenue par vous et a convoqué le malade, d'où je conclus qu'elle a accepté la prise en charge des frais. D'ailleurs, cela est prouvé par le fait même qu'elle a offert la somme de 480 francs. Peu en importe le montant, le fait est prouvé, de son acceptation.

Quant à la somme qu'elle doit payer, ce ne pourrait être qu'à la suite d'une expertise. Un médecin radiumthérapeute pourrait être précisément désigné par le Président du Tribunal comme troisième médecin.

2° Toutefois, une fois liquidée la question de la nécessité de la radiumthérapie et de la façon dont elle fut appliquée, si la Caisse ne voulait pas accepter la décision des trois médecins, uniquement en ce qui concerne la somme à payer au malade, elle pourrait ce me semble, (le côté technique étant devenu hors de cause) porter l'affaire (devenue uniquement question d'argent) devant la Commission d'arrondissement en se basant, cette fois, sur l'art. 36 de la même loi. Mais je pense que cette Commission, composée d'un juge de paix, d'un employeur et d'un assuré, serait bien embarrassée pour prendre une décision dans ce cas et devrait avoir recours à un expert technique, ce qui ferait retomber l'affaire dans la première solution que j'avais envisagée, à cause de cela précisément.

Dr F. Decourt.

4.699. — Radioscopie et radiographie

Nous avons un litige avec un médecin qui, s'appuyant sur une erreur du tarif de frais médicaux du 18 février 1938, erreur corrigée dans le Tarif du 5 mai

1939 (art. 27 : 1° radiodiagnostic » : examens radioscopiques divers, § a), nous réclame 200 francs pour un examen radioscopique de l'avant-bras pratiqué en vue d'une réduction de fracture, nous lui offrons 125 francs, un examen radioscopique ne nous semblant pas pouvoir être payé 200 francs, alors que le même examen radiographique avec fourniture de deux épreuves n'est tarifé que 125 francs.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir donner votre avis autorisé sur cette question dans le *Concours médical*.

Docteurs L. et F.

Réponse

Il y avait eu une erreur dans le Tarif de 1936 au sujet des radioscopies, alors qu'on avait mis 200 francs à l'art. 27 sans spécifier quelle espèce de radiographie, fût-ce même celle d'un doigt. Dans le Tarif de 1939 (5 mai), on a bien spécifié que c'était dans le cas de « repérage de corps étrangers et d'injection de substance opaque ou gazeuse ». A mon avis, cette spécification est encore insuffisante puisque pour un grain d'émeri dans un index, on pourrait, texte en main, réclamer 200 francs pour uneradioscopie dudit index à la recherche du « corps étranger ». Et cela, alors quela radiographie d'un doigt face et profil (donc double) n'est tarifée que 50 francs. Devant cette lacune, j'ai proposé qu'il soit bien convenu que la radioscopie ne pourrait jamais être d'un prix supérieur à la radiographie du même ordre, ce qui me paraît normal et même avantageux pour les cas de radioscopie simple. Ce fut toujours accepté jusqu'ici des deux parties.

Dr F. Decourt.

ALLOCATIONS FAMILIALES

4.747. — Obligation d'adhésion à la caisse d'allocations familiales des professions médicales.

J'ai reçu la Circulaire concernant la Caisse d'allocations familiales des professions médicales. J'y lis « est considéré comme travailleur indépendant, quiconque, sans employer de salariés, a son occupation principale dans l'exercice d'une profession... *libérale* et en *tire* son *principal* revenu. »

Or, en particulier pour l'année 1940, mon principa revenu ne provient pas de l'exercice de ma profession de médecin.

Puis-je donc considérer que je ne suis pas tenu d'adhérer à une Caisse de compensation ?

Dr M.

Réponse

Depuis la promulgation du Code de la famille, tous employeurs, salariés ou travailleurs indépendants, sont soumis à l'obligation de s'affilier à une Caisse d'allocations familiales.

Pour un individu ayant à la fois la qualité d'employeur et de salarié, ou celle de travailleur indépendant et de salarié, en raison d'activités professionnelles distinctes, il faut considérer l'activité principale pour déterminer la Caisse à laquelle il doit être affilié.

En ce qui concerne les médecins, la question se pose pour ceux qui, ayant d'une part, une clientèle personnelle, sont d'autre part liés par un contrat de louage de services, soit à une Société, soit à une Administration. Il faut alors rechercher quelle est leur activité principale pour savoir s'ils doivent s'affilier eux-mêmes à une Caisse de travailleurs indépendants, ou s'ils doivent être affiliés par leur patron à une Caisse professionnelle.

Mais cela ne paraît pas devoir être votre cas.

Si nous comprenons bien, vos revenus personnels ont pour l'année 1940 dépassé vos revenus professionnels.

Si c'est bien ainsi, vous restez soumis à l'obligation d'adhérer à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales, par le simple fait que vous exercez la médecine.

QUESTIONS DIVERSES

Paiement de la solde d'un médecin prisonnier libéré

Fait prisonnier en juin, j'ai été récemment libéré. Je n'ai touché aucune solde depuis la fin de mai. Ma femme a reçu, récemment d'ailleurs, la délégation de solde qu'elle avait avant la débâcle.

Je pense avoir droit à tout ou partie de ma solde antérieure. Quel en est le montant et à qui dois-je m'adresser pour la recevoir ? Il existe bien un Centre d'administration militaire à Dijon qui doit administrer notre département, mais il n'a répondu à aucune des trois lettres que je lui ai adressées à ce sujet.

Réponse

La régularisation des non-perçus de votre solde doit être réglée par les autorités françaises dès votre retour de captivité. Durant cette période, déduction faite de votre « délégation à épouse », vous avez droit à votre solde de présence de votre grade, plus les *charges militaires* et les charges de famille. Il doit y avoir une Intendance militaire plus proche de votre domicile ; renseignez-vous à la gendarmerie. A ladite Intendance vous renouvellerez votre demande de remboursement, avec toutes pièces justificatives de votre *période* de captivité. Vous joindrez une déclaration sur l'honneur, attestant que durant ce temps vous n'avez reçu des Allemands ni solde, ni indemnités.

Soixante-troisième année — N° 2 — 12 Janvier 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants .... **50 fr.**

Le Numéro .... **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques postaux Paris 167-95.

N° 7. — A vend. Sphygmo Vaquez-Laubry, fonctionnem. parfait gaine cuir Dr Brisard, 56, rue de Rennes, Paris.

N° 8. — Visiteur médical depuis 1923, franç. d'origine, référ. les plus sérieuses, représenter. pour Paris spécialité d'intérêt réel. M. Ray 56, r. St-Lambert, Paris (XVe).

N° 9. — Jne conf. très au cour. méd. génér. accouch. Pet. chirurgie, assister ou aider. confr. envisager. success. éventuelle. Possed. voit., ferait remplacem. Dr Bui, Plurien (C.-du-N.)

N° 10. — Dans belle banl. imméd., bonne client. à céder ds excell. condit. Beau pavil. avec conf. mod. Jardin, Reprise du bail (8 ans) Er. Dr Viard, 11, rue du Printemps. Paris (XVIIe).

N° 11. — Jne doct. 4 ans d'intern. hôp. psychiat. cherche place méd. interne ou assist. dans clin. psychiatr. ou maison santé. S'ad. Morgand, 1 *bis*, r. Abel-Leroy, Vannes (Morb.)

N° 12. — Jne doct. licenc. ès-sc. 3 ans internat dans hôp. très gr. ville prov., nombr. remplacem. de client. de ville, hautes référ., cherche occup. médic. ou paraméd. Paris ou banl. imméd. (même qq. heures par jour). Du Rusquec, 6, rue St-Sulpice, Paris (VIe).

N° 13. — Jeune méd. louerait chez confr. cab. pour consult. O.-R.-L. Dr Vernède, 46, r. St-André-des-Arts, Paris, Tél. Danton 83-41.

Renseignements

Les conséquences de la guerre

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasténie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aeïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. **Diurétique.** Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le **gargarisme** le plus agréable pour le **syphilitique**, c'est la tablette de **Mangaïne**. Grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier. 71, rue Sante-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie des sciences.** — Le bureau pour 1941 est ainsi composé : M. Hyacinthe Vincent, président ; M. Esclangon, vice-président ; MM. Emile Picard et Alfred Lacroix, secrétaires perpétuels.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Rochon-Duvigneaud et Hautant sont élus membres titulaires dans la IIe section (*chirurgie*).

MM. Bénard et Bourguignon sont élus membres titulaires dans la IVe section (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.* — Cet enseignement, sous la direction du Professeur Strohl, de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique, Debierne et A. Lacassagne, directeurs de l'Institut du radium, comprend des cours (1re leçon, le 10 janvier 1941), des démonstrations de physique et de radio-diagnostic, des travaux pratiques (20 janvier et jours suivants) et des stages dans les services de radiologie des hôpitaux de Paris.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Mouvements et mutations* dans le personnel médical, par suite des vacances survenues en 1939-1940.

Services de chirurgie :

A la Pitié (remplacement de M. Chevrier, atteint par la limite d'âge) : Néant (service fermé).

A Ambroise-Paré (remplacement de M. Desmarest, atteint par la limite d'âge) : M. Sauvé, de Lariboisière.

A Lariboisière (remplacement de M. Sauvé) : Néant (service fermé).

A la Pitié (remplacement de M. Küss, atteint par la limite d'âge) : Néant (service fermé).

A Laennec (remplacement de M. Lardennois, décédé) : Service dédoublé : *a*) M. Roux-Berger, de Tenon ; *b*) M. Robert Monod, de Beaujon.

A Tenon (remplacement de M. Roux-Berger) : M. Houdard, de Lariboisière.

A Beaujon (remplacement de M. Robert Monod) Néant (service fermé).

A Lariboisière (remplacement de M. Houdard) Néant (service fermé).

A l'Hôtel-Dieu (remplacement de M. le Prof. Cunéo) : M. Mondor, de Bichat.

A Bichat (remplacement de M. Mondor) : M. Rouhier, de Beaujon.

A Beaujon (remplacement de M. Rouhier) : Néant (service fermé).

A Cochin (remplacement de M. le Prof. Chevassu) : M. Fey, de Lariboisière, délégué en qualité d'agrégé par la Faculté de médecine.

A Lariboisière (remplacement de M. Fey) : Néant (service fermé).

A Saint-Louis (remplacement de M. Moure) : M. Madier, de l'Hospice des Ménages.

A l'Hospice des Ménages (remplacement de M. Madier) : Néant (service fermé).

A Saint-Louis (remplacement de M. Picot, atteint par la limite d'âge) : M. Desplas, de la Pitié.

A la Pitié (remplacement de M. Desplas) : Néant (service fermé).

Aux Enfants-Assistés (remplacement de M. Martin, atteint par la limite d'âge) : M. Fèvre, titularisé (hors tour).

A Tenon (remplacement de M. Deniker, atteint par la limite d'âge) : M. Métivet, de l'Hospice d'Ivry.

A Ivry (remplacement de M. Métivet) : M. Jacques Bloch, titularisé.

A Boucicaut (remplacement de M. Okinczyc, qui a demandé son admission à l'honorariat) : M. Guimbellot, de Beaujon.

A Beaujon (remplacement de M. Guimbellot) : Néant (service fermé).

A Raymond-Poincaré, à Garches (transfert du service de chirurgie de l'Hôpital Maritime de Berck) : M. Richard.

A l'Hôpital Maritime : Néant (établissement fermé).

A la Clinique Antoine-Chantin (ouverture d'un service de chirur ie) : M. de Gaudart d'Allaines, titularisé.

A *la Maison Municipale de Santé* (rétablissement d'un poste de chef de service) : M. Moulonguet, titularisé.

A la Fondation Paul-Marmottan (création d'un poste de chef de service) : M. Gatellier, titularisé.

— **Ecole de médecine de Rouen.** — M. Née, professeur de pathologie interne, est provisoirement chargé des fonctions de professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Dené, admis à la retraite.

— **Ecole de médecine de Limoges.** — Sont renouvelés pour 1940-1941 les cours de travaux pratiques suivants :

Bactériologie : Prof. Marcland ; chimie médicale et physique médicale : M. Bonneaud, professeur suppléant ; parasitologie : Prof. Marcland ; Anatomie pathologique et démonstration : M. Durand ; physique et chimie analytique organique : M. Bonneaud, professeur suppléant ; psychiatrie : M. Calmettes ; histologie : M. Durand ; physique : M. Bonneaud, professeur suppléant ; chimie : M. Malabou.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame J. Fieux sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fille *Michèle.* (25 octobre 1940).

62, avenue des Minimes, Vincennes (Seine).



Les droits des malades, blessés et mutilés de guerre

Le secrétariat général des Anciens combattants communique :

Un certain nombre de soldats blessés et mutilés, sortant des hôpitaux de la zone occupée et rentrant dans leurs foyers, semblent ignorer généralement ce qu'ils doivent faire pour faire valoir leurs droits à pension ou pour se faire appareiller.

Un ce qui concerne les prisonniers de guerre blessés ou malades dans les formations sanitaires de la zone d'occupation et considérés comme irrécupérables par la Commission allemande de contrôle médical, les directeurs du Service de santé des régions occupées ont reçu des instructions précises afin que les intéressés soient examinés avant la sortie de l'hôpital, en vue de leurs droits éventuels à pension d'invalidité.

Il est ainsi opéré depuis le mois d'août, pour la région de Paris, de telle sorte que les intéressés sont munis, au moment de leur envoi dans leurs foyers, de certificats modèles 10-12 et 15 leur permettant de demander :

1° Leur titre de pension ;

2° Leur carnet de soins gratuits ;

3° Les cartes de priorité ou de réduction sur les chemins de fer, selon les cas.

Les amputés sont, en général, également appareillés.

En ce qui concerne les blessés ou malades domiciliés en zone non occupée, ils sont, en principe, évacués par train sanitaire.

Ceux des soldats blessés, réformés par les autorités allemandes, et qui stationneraient à l'heure actuelle à Paris, en provenance des camps de prisonniers ou formations sanitaires allemands, s'ils sont dans l'impossibilité de rejoindre leur domicile pour cause d'impécuniosité, absence de famille, etc., peuvent être hébergés dans les centres d'accueil suivants :

1° Hôpital de la Croix-Saint-Simon, rue de la Croix-Saint-Simon ;

2° Hôpital-Ecole Michel-Ange, 93, rue Michel-Ange ;

3° Clinique Marie-Lannelongue, 108, avenue d'Ivry;

4° Centre d'Accueil Michel-Bizot, 21, avenue du général Michel-Bizot ;

5° Centre d'Accueil des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, 140, rue du Bac ;

6° Centre d'Accueil, foyer des Invalides belges, *coin de la* rue Vergnaud et de la rue de la Colonie ;

7° Centre d'Accueil de l'U. F. F., 129, boulevard Malesherbes.

Les directeurs de ces Centres d'accueil ont, par lettre n° 2483 M. C., en date du 28 octobre 1940, été invités à adresser au Centre spécial de réforme de Paris, tous les blessés ou malades dont les infirmités ont été contractées en service et sont susceptibles d'ouvrir des droits à pension d'invalidité.

La situation médico-légale des intéressés est immédiatement étudiée. Ceux qui sont dénués de toutes ressources sont signalés au secrétaire général de l'Office départemental des mutilés, 20, rue Le Peletier, Paris, en vue de l'attribution d'un secours immédiat.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Centre de réforme de Paris, 139, rue de Bercy.

Croix-Rouge Française

Une réorganisation de l'enseignement Croix-Rouge va être établie

1° Suppression du diplôme d'infirmière de Croix-Rouge.

Création du titre d'aide médico-sociale de C. R.

Le titre d'infirmière doit être désormais réservé aux seules diplômées d'Etat.

Le titre de diplôme seul est supprimé.

Il sera formé des aides médico-sociales de C. R. avec une durée d'un an, à tendance hospitalière et sociale. Ces aides seront bénévoles et ne pourront prétendre au titre d'infirmières.

2° Formation des infirmières par la C. R.

La C. R. préparera des infirmières qui devront, obligatoirement, être présentées au diplôme d'Etat. Pour les infirmières C. R., il pourra y avoir une troisième année qui préparera des spécialistes ou hospitalières, sociales ou administratives.

3° Disposition générale concernant l'enseignement C. R.

Il n'y aura plus qu'un seul enseignement, stages et jurys seront communs. Le jury sera présidé par un professeur ou un agrégé.

L'enseignement sera surtout pratique. Les stages seront surveillés par des monitrices ou des médecins inspecteurs.

4° Mesures transitoires.

Des dispenses de temps d'études et de stages pourront être accordées aux infirmieres titulaires

du diplôme supérieur C. R., mais non diplômées d'Etat.

5° Direction de l'Enseignement.

Une direction sera créée avec un directeur administratif et deux médecins inspecteurs et trois membres de C. R. (chaque section devant désigner un membre).

H. R.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

UNE OFFRE GÉNÉREUSE AUX MEMBRES DU CORPS MÉDICAL ET A LEUR FAMILLE

Un de nos abonnés, Directeur d'une clinique hélio-marine sur le littoral Atlantique, offre gratuitement à ses confrères qui pour eux-mêmes ou l'un des leurs, auraient besoin d'une cure de ce genre, l'usage d'un lit d'adulte ou de deux lits d'enfants avec pension complète.

Ceux qui pourraient payer une partie du prix de pension permettraient à d'autres malades de profiter soit simultanément, soit par la suite de l'offre de notre confrère.

Adresser les demandes au Conseil de direction du « Concours Médical », 37, rue de Bellefond, à Paris, chargé de désigner les bénéficiaires.

Notre confrère ne veut pas que son geste de bienfaisance ait l'apparence d'une publicité et désire garder l'anonymat.

Il nous permettra toutefois de lui exprimer ici nos remerciements au nom du Corps médical pour cette œuvre à laquelle nous lui sommes reconnaissants d'avoir bien voulu nous associer.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Pharmacie

Décret sur les sulfamides (2 *décembre* 1940)

Art. 1er. — Les dispositions applicables aux produits qui figurent au tableau C, annexé au décret du 14 septembre 1916, concernant les substances vénéneuses, modifié par les décrets des 20 mars 1930 et 9 novembre 1937, sont étendues provisoirement aux produits benzéniques sulfurés à groupement sulfamide et aux dérivés azoïques colorés ou non.

Voir la suite page XXXV-81

PROPOS DU JOUR

L'APPRENTISSAGE DU JEUNE MÉDECIN-PRATICIEN

Si l'on réorganise la profession médicale, en s'inspirant du régime corporatif, une innovation devrait à notre avis être réalisée, c'est celle d'une période d'apprentissage, imposée à chaque jeune docteur avant de lui permettre d'exercer. Dans la plupart des professions les études scientifiques sont suivies d'exercices pratiques professionnels, plus ou moins prolongés. Il y a des écoles d'application qui complètent techniquement l'enseignement des grandes écoles. Tout jeune avocat, après avoir conquis à la Faculté les diplômes nécessaires, est tenu à faire un stage en s'inscrivant à un barreau. Les notaires, les avoués, avant d'acheter leur charge, se sont initiés à leurs fonctions en restant plus ou moins longtemps attachés à une étude en qualité de clercs. Les pharmaciens sont soumis à un stage dans une officine. Les fonctionnaires, après un concours qui leur donne droit à une fonction, font une sorte de stage comme surnuméraires ou rédacteurs. Il n'y a guère que les médecins qui, après avoir conquis leur diplôme de docteur à la Faculté, rentrent de plein pied dans leur profession dont ils assument tous les devoirs et toutes les responsabilités. On nous objectera que les étudiants en médecine sont tenus à suivre des travaux pratiques, qu'ils doivent au cours de leurs études faire des stages hospitaliers. Nous n'en disconvenons pas et sommes très loin de les juger inutiles ; mais, à notre avis, ils ne feraient pas double emploi avec ce que nous entendons par apprentissage du médecin praticien.

Cet apprentissage existait dans les Facultés de l'ancien régime qui, malgré leurs défauts, avaient bien quelques qualités au point de vue professionnel. La nécessité de cet apprentissage est vivement ressenti par les jeunes docteurs. Nombreux sont ceux qui, avant de s'installer définitivement dans un poste, font des remplacements de praticiens malades ou désirant, pendant quelques semaines, interrombre l'exercice de leur profession. Ils se rendent compte ainsi des exigences de la clientèle et des embûches du métier qui n'existent pas à l'hôpital. Seulement ils font dans ce cas leur apprentissage seuls, sans contrôle, aux risques et périls des malades qu'ils sont appelés à soigner et, s'ils commettent parfois quelque bévue, c'est souvent ceux qu'ils ont remplacés qui en subissent les inconvénients et en partie la responsabilité.

Dans l'apprentissage tel que nous le désirerions, le jeune médecin ferait son stage sous la direction et le contrôle du praticien dont il serait l'auxiliaire et en quelque sorte le secrétaire.

Des médecins *praticiens, soit dans les villes,* soit à la campagne, seraient désignés par le Conseil de la Corporation ou de l'Ordre qui répondrait de leur réputation et de leur moralité, pour être chargés de diriger des stagiaires. La Faculté ou l'Ecole voisine donneraient leur approbation à cette désignation, en s'assurant par un exament de titres de la valeur technique du praticien. Le jeune docteur seconderait le praticien dans sa clientèle sans toutefois le remplacer complètement, du moins au début du stage ; il lui servirait d'aide, de secrétaire et agirait sous sa direction et ses conseils. Au bout de quelques mois le praticien pourrait s'absenter pendant de courtes périodes et le stagiaire le remplacerait alors complètement sous sa propre responsabilité. L'inscription au tableau de l'Ordre, c'est à dire le droit d'exercer, serait la sanction d'un stage régulièrement et érieusement effectué. Ce stage serait surtout favorable aux jeunes chirurgiens et spécialistes.

Le stagiaire ne pourrait s'installer, sans l'autorisation formelle et écrite du praticien auquel il aurait été attaché, dans une région limitée par un rayon de 15 à 20 kilomètres à partir de son domicile.

On pourrait dispenser de ce stage, les internes des hôpitaux nommés au concours après une période d'internat plus ou moins longue à fixer. Le système de l'internat obligatoire que nous avons nous-même décrit jadis dans ce journal, pourrait remplir le rôle d'apprentissage du praticien.

Tout le monde ne pourrait être interne des hôpitaux de Paris, ou de telle ou telle grande

ville, pourvue d'une Faculté ou d'une Ecole ; aussi serait-il nécessaire de maintenir les concours et d'exiger de chaque ancien interne qui voudrait se prévaloir de son titre d'indiquer les hôpitaux dont il a été interne. Ce serait d'autant plus facile qu'il doit entrer dans les attributions du Conseil de l'Ordre de ne pas permettre aux médecins praticiens d'usurper certains titres ou de s'affubler de titres inexistants ou équivoques pour tromper la clientèle sur leur valeur professionnelle.

L'apprentissage tel que nous le comprenons, n'empiéterait en rien sur le domaine des Facultés et des Ecoles. Le Conseil de l'Ordre ou de la Corporation ne s'ingérerait en rien dans les questions d'enseignement. Même les Facultés et les Ecoles auraient ici un rôle important à remplir chez un médecin.

J. NOIR.

AUTORITÉ, CONTRÔLE ET PRATIQUE MÉDICALE

Parmi les causes de la situation actuelle, on a incriminé. et non sans raison, la carence de l'autorité et, en tous cas, du manque de contrôle quand cette autorité semblait se révéler.

A ce sujet le Docteur TOULOUSE, a posé et traité cette question : *L'homme peut-il se conduire seul* ? Il a fait d'abord remarquer que, dans l'ordre psychique, les variations individuelles atteignaient leur maximum ; que si elles avaient un certain degré de fixité relative chez les différents sujets, dans les diverses fonctions cardiaques, rénales, pulmonaires, digestives, etc., elles en avaient infiniment moins dans les fonctions cérébrales. Ces dernières sont en effet constamment influencées par les impulsions ataviques, par les phénomènes extérieurs et par les tendances rationnelles, tard venues dans l'évolution. En aliéniste expérimenté, le Docteur TOULOUSE fait remarquer les transitions insensibles entre l'état mental normal et l'anormal, entre l'état d'équilibre de la raison et la folie. Nous agissons avec des apparences de self-détermination et, bien souvent, notre volonté est manœuvrée par des influences subconscientes ou même inconscientes.

M. TOULOUSE conclut qu'une autorité pour la conduite des actions humaines dans une voie rationnelle, est indispensable, mais que cette autorité, pour être utile, a besoin d'un frein, d'un contrôle.

Nous sommes persuadés que M. TOULOUSE a raison ; l'autorité, exercée sans frein et sans contrôle, finit inévitablement par dégénérer en arbitraire et en tyrannie. Mais le difficile est d'organiser un contrôle prudent et efficace.

La pratique de la médecine nous paraît échapper plus que toute autre action humaine à un contrôle absolu en ses actes. Si l'hygiène et la médecine préventive peuvent être contrôlées avec une facilité relative, il en est tout autrement de la médecine curative individuelle. Les moyens de contrôle qui sont loin de s'appliquer à tous les cas, résident dans les découvertes techniques, tels par exemple que la radiologie et les recherches de laboratoire. Le praticien qui a appliqué un appareil de fracture, peut contrôler par la radioscopie la rectitude du membre fracturé et l'évolution normale du cal : ce que lui impose une jurisprudence abondante mettant en jeu sa responsabilité. Le clinicien qui, par l'auscultation, a posé le diagnostic de tuberculose pulmonaire, peut contrôler ce diagnostic par la radiologie et la recherche microscopique des bacilles dans les crachats. L'analyse chimique, la sérologie peuvent permettre de contrôler les diagnostics de certaines maladies, le diabète sucré, les néphrites, la syphilis, pour n'en citer que quelques-unes. Nous ne saurions considérer ici comme contrôle de la pratique médicale le contrôle de la réalité de la maladie ou de la guérison qui s'exerce en médecine sociale (administrations, accidents du travail, assurances sociales, etc.), c'est le contrôle du malade et non celui de la pratique du médecin. Mais il y a de nombreux cas où il ne peut y avoir de contrôle systématique de la conduite du médecin et l'autorité de ce dernier s'exerce en fait sans frein. Il va sans dire que le praticien peut, dans les cas difficiles, avoir recours au contrôle d'un consultant, mais ce contrôle n'est pas déclanché automatiquement ; il dépend de la volonté de celui qui soigne le malade ou de celle du malade lui-même ou de la famille de ce dernier. Il est vrai que le contrôle dans la pratique médicale n'est pas absolument nécessaire ; car nous supposons que le médecin traitant est pourvu d'une haute conscience de son devoir et que son malade a une absolue confiance en lui.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE



TRAVAUX ORIGINAUX

DES INCONTINENCES D'URINE CHEZ LA FEMME, ET EN PARTICULIER DE L'INCONTINENCE PAR INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE

par M. le Professeur Marion

L'incontinence d'urine chez la femme est chose relativement fréquente. Ses causes en sont très variées et naturellement la thérapeutique à appliquer à ces incontinences varie beaucoup suivant leur origine. Les caractères de l'incontinence, les conditions dans lesquelles elle est apparue permettent en général assez facilement d'en reconnaître la cause.

Une des plus fréquentes est le traumatisme. A la suite d'une intervention portant sur l'utérus (néoplasme, fibrome, salpingite), intervention ayant consisté en une hystérectomie soit abdominale, soit vaginale, une femme se met à perdre ses urines immédiatement après l'intervention ou dans les jours qui suivent : il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'une *fistule vésico-vaginale* ou *vésico-uretéro-vaginale* ; en tous cas la vessie est intéressée. De même également, une incontinence, qui apparaît immédiatement ou quelques jours après un accouchement difficile, qui a nécessité parfois une application de forceps, doit être interprétée *a priori* comme le résultat d'une perforation vésicale. Exceptionnellement un traumatisme accidentel (empalement) pourrait créer une brèche entre vessie et vagin. Dans tous ces cas la malade perd ses urines, et ceci d'une façon continuelle et à peu près totale. Cependant, il est des fistules vésico-vaginales très petites, situées ou très haut ou très bas, qui permettent à la malade de retenir ses urines dans certaines positions, tout au moins passagèrement, les malades pouvant du reste évacuer normalement une certaine quantité d'urine.

Mais ces traumatismes opératoires, obstétricaux, accidentels peuvent déterminer une autre lésion que l'on pourrait confondre avec une fistule vésico-vaginale, c'est la *fistule urétéro-vaginale*. Dans ce cas les malades perdent encore continuellement leurs urines, mais d'autre part elles évacuent normalement une quantité importante d'urine.

La distinction entre ces différentes fistules n'est pas toujours facile à faire cliniquement et il faut un examen parfois très minutieux pour savoir si, oui ou non, la vessie est intéressée, car certaines petites fistules vésico-vaginales laissent à peine filtrer le liquide, que l'on met dans l'intérieur de la vessie. Le mieux, dans ces cas, est de remplir le vagin avec quelques compresses, d'injecter dans la vessie une solution de bleu de méthylène, et l'on voit si les compresses sont tachées de bleu, ou si elles ne le sont pas. Dans le cas d'incontinence sans passage du bleu dans le vagin, il est évident qu'il s'agit d'une fistule urétéro-vaginale et non d'une fistule vésico-vaginale.

A côté de ces incontinences par solution de continuité de la vessie ou de l'uretère, il existe des incontinences un peu spéciales qui, si les malades ne sont pas très nettes dans leur affirmation ou si le médecin ne les interroge pas avec une idée préconçue, peuvent donner lieu à des erreurs. Au cours d'une *cystite aiguë ou subaiguë*, certaines malades ne peuvent pas se retenir, lorsque l'envie d'uriner se fait sentir, et cela surtout dans la position debout ; au moment où elles se relèvent, elles sont prises d'un besoin d'uriner impérieux, qu'elles ne peuvent réprimer, et elles laissent échapper quelques gouttes d'urine : elles appellent cela de l'incontinence, nous l'appelons en réalité fausse incontinence.

◆◆

Ce sont de fausses incontinences par cystite, très différentes de toutes les autres variétés.

Mais que cette cystite s'aggrave, comme cela a lieu parfois dans la tuberculose rénale malgré tous les soins que l'on peut prodiguer aux malades, cette fausse incontinence se transforme parfois en incontinence réelle, car les malades n'éprouvent plus le besoin d'uriner et leur urine coule continuellement sans qu'elles s'en rendent compte : il s'agit alors d'une vraie incontinence par INCAPACITÉ VÉSICALE.

Chez la femme, il faut compter également avec les INCONTINENCES PAR REGORGEMENT, que l'on voit si souvent chez le prostatique distendu. La distension vésicale chez la femme est évidemment beaucoup plus rare qu'elle ne l'est chez l'homme, mais cependant elle peut exister dans certaines conditions, en particulier lorsqu'il y a des atteintes de la moelle ; dans ces cas les malades ne vident pas leur vessie, arrivent par suite de la distension à évacuer leur urine sans s'en apercevoir : c'est l'incontinence par regorgement.

Une variété d'incontinence également très spéciale est celle qui résulte de L'IMPLANTATION VICIEUSE D'UN URETÈRE. L'uretère d'un rein double peut s'implanter soit dans l'urètre, soit à la vulve, et dans ces cas depuis l'enfance la malade perd ses urines d'une façon continuelle, mais, en même temps d'autre part, elle urine d'une façon absolument normale. Le tableau est tellement spécial que, lorsqu'on se trouve en présence de lui, il ne peut y avoir de doute sur l'origine de l'incontinence.

Une variété d'incontinence très spéciale également est L'INCONTINENCE POST-MICTIONNELLE. La malade urine et, quand la miction est terminée, quelques instants après, elle voit s'écouler une certaine quantité d'urine pendant un temps plus ou moins prolongé. Cette incontinence post-mictionnelle résulte de l'existence sous l'urètre d'une poche, *urétrocèle*, résultat d'une suppuration ou d'un kyste sous-urétral ouvert dans l'urètre. Au moment de la miction l'urine remplit la poche, qui communique plus ou moins largement avec l'urètre, puis les parois de cette poche, revenant sur elles-mêmes, évacuent ensuite après la miction le liquide qu'elle contient.

Enfin il existe une incontinence extrêmement fréquente, dont l'origine me paraît peu connue d'une façon générale par les médecins ou les chirurgiens généraux, c'est L'INCONTINENCE PAR INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE. Celle-ci est très spéciale comme caractères. On peut dire qu'elle est orthostatique. Lorsque la malade est couchée, assise, elle ne perd jamais ses urines, mais qu'elle soit debout et fasse un effort, se mette à rire, à éternuer, à courir, immédiatement l'urine s'échappe. Au début ce n'est qu'au moment d'un effort ou d'un mouvement brusque que l'urine s'échappe ; à la longue l'urine s'échappera non seulement au moment d'un effort, mais elle s'échappera aussitôt que la malade sera dans la position debout. Cette incontinence orthostatique est très spéciale et permet de faire à peu près à coup sûr le diagnostic d'insuffisance sphinctérienne.

Cette insuffisance sphinctérienne est presque toujours d'origine traumatique obstétricale ; elle se voit chez les malades qui ont eu un ou plusieurs enfants. De même que, lors de l'accouchement, il peut y avoir déchirure des muscles du périnée sans qu'il y ait solution de continuité de la vulve ou des tissus superficiels du périnée, de même le sphincter vésical peut se laisser distendre au moment du passage de la tête de l'enfant sans qu'il y ait rupture de la paroi vaginale. Le sphincter distendu ou même rompu n'a plus sa contractilité normale et ne peut retenir l'urine, lorsque la malade est debout. Il est cependant des incontinences d'origine médullaire au cours du tabès en particulier, dans certaines scléroses de la moelle ; elles sont rares, mais il faut y penser et, lorsqu'on se trouvera en présence d'une malade atteinte d'une semblable incontinence et qui n'a jamais eu d'enfant, il faut se méfier énormément d'une lésion d'origine médullaire, car en somme c'est avec une semblable lésion que l'on risque de confondre une insuffisance du col vésical d'origine traumatique.

Il y a quelques années Fey voyait une malade, qui présentait une incontinence orthostatique de cet ordre. Elle n'avait jamais eu d'enfant. On l'examina, et l'on fit le diagnostic d'insuffisance sphinctérienne. Fey resserra le col vésical suivant la règle, mais ne put obtenir la continence. Il me pria alors d'opérer moi-même la malade. Je l'opérai, son incontinence persista. Puis, devant la persistance de cette incontinence que ne pouvait supporter la malade, je lui fis une fermeture de la vessie et je lui créai un nouvel urètre. La malade resta continente pendant quelques mois, puis l'incontinence reparut. Nous fîmes alors examiner la malade par un spécialiste du système nerveux, qui nous dit qu'elle était atteinte d'un début de tabès.

Plus récemment, je voyais une jeune femme qui n'avait jamais eu d'enfant et qui présentait tous les symptômes d'une incontinence par insuffisance sphinctérienne, c'est-à-dire qu'elle perdait ses urines dans la position debout. Je l'examinai assez soigneusement, je ne trouvai rien de particulier, sauf peut-être un peu d'exagération des réflexes. Je lui fis un resserrement de son col. A la suite de l'opération la malade continua à perdre ses urines. L'ayant examinée plus attentivement, je constatai qu'elle gardait dans sa vessie 600 grammes d'urine et en la

faisant sonder matin et soir l'incontinence disparaissait presque complètement. Mais, mis en éveil par la parésie vésicale, je fis examiner la malade par M. Hagueneau qui me répondit qu'elle était atteinte d'un début de sclérose de l'extrémité inférieure de la moëlle.

Cette insuffisance sphinctérienne peut être également consécutive à la réparation d'une fistule vésico-vaginale, qui empiétait sur l'urètre, détruisant la partie inférieure du sphincter. On répare la fistule et l'incontinence qu'elle provoquait persiste, mais l'urine s'écoule par l'urètre au lieu de s'écouler par la fistule.

Le diagnostic de l'incontinence par insuffisance sphinctérienne n'est donc pas difficile. On peut éliminer très facilement la fistule vésico-vaginale. D'autre part, lorsque l'on passe une bougie à boule dans l'urètre de la femme, au cas d'incontinence par insuffisance sphinctérienne, la boule ne rencontre aucune résistance dans sa pénétration. Mais il faut savoir que cette incontinence peut être une incontinence d'ordre nerveux, cas dans lequel nous sommes complètement désarmés, au point de vue thérapeutique et nous devrons penser à cette incontinence par lésion médullaire.

En somme, il faudra toujours se méfier d'une incontinence orthostatique, qui existe chez une femme qui n'a pas eu d'enfant. Il s'agit presque toujours, sinon toujours, d'une insuffisance du sphincter contre laquelle nous ne pouvons rien.

Plus exceptionnellement, on pourrait prendre une fausse incontinence par cystite pour une incontinence par insuffisance sphinctérienne. Comme je le disais plus haut, au cours de certaines cystites les malades perdent leurs urines lorsqu'elles se lèvent, parce qu'elles ressentent un besoin impérieux qu'elles ne peuvent retenir ; si la malade s'explique mal, si on ne l'interroge pas suffisamment, on peut penser qu'il s'agit d'une incontinence par insuffisance sphinctérienne, alors qu'il s'agit simplement d'une fausse incontinence par cystite.

Très souvent, ces incontinences par insuffisance sphinctérienne s'accompagnent de prolapsus génital et les chirurgiens s'attaquent toujours à ce prolapsus croyant qu'en réparant le périnée antérieur ou postérieur, en relevant l'utérus, ils arriveront à faire disparaître l'incontinence. Il n'en est absolument rien et, si l'on veut faire disparaître cette incontinence, il n'y a qu'à pratiquer un resserrement du col ; l'électrisation n'agit en aucune façon sur l'incontinence, pas plus que les instillations urétrales, et pas plus que les réparations périnéales.

Le resserrement du col, que j'ai conseillé depuis 1912, est une intervention que pratiquent actuellement couramment les chirurgiens urologues ; les chirurgiens généraux l'ignorent, je crois, à peu près complètement. Elle n'est pas d'une réalisation difficile, mais, comme toutes les opérations plastiques, elle demande à être faite très correctement.

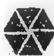
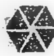
Elle se pratique de la façon suivante : une sonde de De Pezzer étant placée dans la vessie, on pratique un décollement intervagino-urétro-vésical par une incision transversale sous-méatique. On pratique le décollement du vagin jusqu'à ce que dans la profondeur on aperçoive la saillie que forme le pavillon de la sonde de De Pezzer à travers la paroi vésicale. On se trouve alors au niveau du col vésical.

A ce moment, prenant largement sur les parties latérales du col vésical les tissus, que l'on peut trouver, on les amène par suture au-dessous du col vésical. Les fils doivent être des fils non résorbables, fils de lin. De nouveaux fils, placés successivement d'arrière en avant tout le long de l'urètre, attirent au-dessous de lui les tissus musculo-fibreux que l'on rencontre de chaque côté. L'incision vaginale sous-méatique est ensuite suturée.

La sonde de De Pezzer est laissée en place pendant quinze jours, au bout desquels on la retire, laissant les malades uriner seules. Parfois, au retrait de la sonde, les malades ne peuvent pas uriner et doivent être sondées pendant deux, trois, quatre, cinq jours. Ce sont les meilleurs cas, on peut être assuré que la continence sera désormais parfaite.

Dans la très grande majorité des cas, ce resserrement du col met fin à cette incontinence très spéciale, qu'est l'incontinence par insuffisance sphinctérienne. Exceptionnellement chez la femme soumise à des travaux très pénibles l'incontinence reparaît au bout de plusieurs mois ; rien n'empêche de recommencer l'intervention, en pratiquant un resserrement plus étroit que celui qu'on avait pratiqué primitivement.

Les incontinences par destruction du sphincter par une fistule urétro-vésico-vaginale que l'on aura réparée, peuvent être traitées de la même façon.

SUR LA LOCALISATION RADIOLOGIQUE DES CORPS ÉTRANGERS

Docteur Roger AUBOUY

Le repérage exact et la localisation des corps étrangers ont toujours été une des questions que l'on a demandé à la radiologie de résoudre. La question paraît assez simple ; elle est toutefois beaucoup plus complexe qu'il ne semble au premier abord.

Pour rechercher les corps étrangers, il faut connaître la densité relative des matériaux, car un corps doit avoir une densité atomique telle qu'il puisse donner une ombre (positive ou négative) capable de se distinguer des ombres des tissus dans lesquels il est caché.

La transparence aux rayons X est inversement proportionnelle au poids atomique qui est le rapport $\frac{\text{atome - substance}}{\text{atome-hydrogène}}$.

La visibilité aux rayons X, à part la taille, dépend entièrement du rapport

$$\frac{\text{poids atomique du corps étranger}}{\text{poids atomique des tissus}}.$$

Le bois, les vêtements et même les gaz sont donc décelables ou non suivant leur emplacement.

Les recherches de la localisation sont surtout réservées aux éclats de métal, aux objets solides, etc. Le problème consiste à localiser dans l'espace l'image obtenue soit sur un écran radioscopique, soit sur un ou plusieurs clichés radiographiques pratiqués suivant certaines techniques.

Il est évident qu'une telle opération ne se fait pas sans erreur. En plus des erreurs techniques, toujours à craindre, il en existe d'autres que ne peut éviter le radiologiste. Les points de repère doivent être fixes. L'idéal serait, certes, de pouvoir toujours prendre des repères osseux. Mais cela n'est pas toujours possible. Souvent on est obligé d'utiliser des marques prises sur la peau et dont par conséquent la fixité n'est pas parfaite. De plus, dans ce dernier cas, au moment de l'intervention, celle-ci provoque de nouvelles causes d'erreur, les rapports de la peau et des organes sous-cutanés étant modifiés par suite de l'écartement des deux lèvres de l'incision.

Malgré ces imperfections, les repérages radiographiques n'en sont pas moins précieux pour l'extraction des corps étrangers.

Les premières méthodes de recherche sont déjà anciennes. C'est en effet en 1895 que Mackensie-Davidson construisit et décrivit son son appareillage de localisation.

Malgré son anciennete, cette méthode, assez précise, permet en outre, en matérialisant les pinceaux de rayons X, de voir dans l'espace se situer le corps étranger. Son principe de base est le même que celui du compas de Hirtz, à savoir les principes de géométrie descriptive qui régissent les projections obliques et orthogonales d'un point par rapport à deux foyers.

Une seconde méthode fut décrite en 1898 par Contremoulin. Enfin, Hirtz imaginait et réalisait son premier compas en 1907. Depuis, près de 300 méthodes de repérage ont été décrites en France.

Parmi les différents procédés que l'on peut utiliser pour pratiquer un repérage, on distingue les procédés radioscopiques et les procédés radiographiques. Dans chacune de ces catégories, certaines méthodes ne nécessitent aucun appareillage particulier, alors que d'autres, au contraire, ne peuvent être exécutées qu'à l'aide d'appareils spéciaux.

Enfin, alors qu'il est possible de faire des repérages sommaires, par des méthodes rapides à l'aide d'appareils relativement peu importants (méthode des deux axes par déplacement du sujet, méthode des deux projections, planchette de Haret, écran percé de Hirtz, procédé de Patte, procédé de Strohl, procédé de Barret et Andrault repris par Mazères), les repérages plus précis nécessitent l'application de procédés plus complexes (localisateur de Davidson à fils croisés, localisation sur écran avec disque de plomb, compas de Hirtz) qui demandent un matériel plus perfectionné, un personnel spécialisé et entraîné à ce genre de recherche. Pour appliquer ces méthodes précises de repérage, une condition essentielle est de ne pas être pressé par le temps (1).

(1) Thèse de Montpellier, 1940 : *De la localisation radiologique des corps étrangers en chirurgie de guerre.*

LES RÈGLES DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

d'après l'étude de l'endémie méningococcique survenue en France durant l'hiver 1939-1940 (1)

Par MM

Charles GERNEZ et Claude HURIEZ

Professeur Prof. agrégé

à la Faculté de médecine de Lille

De nos constatations, précédemment rapportées (1), et de l'analyse des publications récentes, il est permis de dégager, en quelques propositions, les *règles de la sulfamidothérapie des méningites purulentes.* Avec le Professeur Fiessinger, qui a bien voulu diriger nos recherches, nous dirons qu'elle doit s'inspirer des termes suivants : *vite, suffisamment, pas trop, pas trop longtemps.*

1° Cette sulfamidothérapie doit être, avant tout : *précoce.* Comme le remarque Lemierre, les succès à peu près constants dans les statistiques militaires de cet hiver sont dûs à la précocité du traitement, dont la mise en œuvre est trop souvent retardée en pratique courante. Le destin du malade se joue cependant au cours des deux premiers jours, et E. May ajoute que si l'attaque est correcte au début, on assistera à une évolution favorable ; sinon, on se trouvera en présence de formes traînantes, de complications, de rechutes. C'est pourquoi il préconise un traitement standard, uniquement pour la phase initiale de l'affection, car il n'y a pas de schéma applicable pour toute la durée d'une maladie. Avec May, avec R. Martin, nous avons insisté sur l'utilité de la réinjection immédiate de 20 c. c. de 1162 F à 0,85 % lorsque la rachicentèse ramène un liquide trouble. Cette injection gagnera à être renouvelée toutes les 12 heures dans les deux, trois premiers jours du traitement. Pour faciliter le maintien d'une sulfamidorachie suffisante, Lelong fait ingérer 4 à 5 grammes de 1162 F dans les deux premières heures.

2° Cette sulfamidothérapie doit être *massive.* La dose d'attaque, chez l'adulte, doit être de 15 centigrammes par kilo, soit 8 à 12 grammes par jour. Lesné a insisté sur la remarqueble tolérance de l'enfant aux sulfamides comme à nombre de médicaments d'ailleurs. Comme le note R. Martin, sa perméabilité rénale plus grande oblige à donner 0,20 à 0,40 de 1162 F par kilo. Par contre, il faut toujours se méfier des émonctoires déficients des gens âgés, chez qui des doses de 0,10 par kilo peuvent suffire. La posologie que nous venons d'énoncer concerne le 1162 F. Elle sera réduite d'un tiers pour le 693 M B, dont il faudrait expérimentalement, d'après Sarah E. Branham (Public. Health reports janvier 1940) des quantités beaucoup moindres que celles de 1162 F pour protéger contre l'infection méningococcique.

3° L'administration des sulfamides doit être *parfaitement répartie dans le nycthémère,* comme cela est admis pour le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est pourquoi la voie buccale représente le mode d'administration idéal de simplicité (Lelong). Par la prise de doses réfractées toutes les heures le jour, toutes les deux heures la nuit, elle permet une absorption continue, capable de compenser l'élimination urinaire.

4° Pour être *suffisant,* l'emploi de ces doses massives doit être poursuivi au moins trois jours après la disparition des germes du L. C. R., qui survient d'ailleurs le plus souvent en 36 à 72 heures, grâce à cette thérapeutique intensive. Mais s'il était, à la rigueur, possible de codifier le traitement initial d'une M. C. S., il ne saurait être question de fixer des délais et des doses valables pour toute la durée du traitement. En pratique, les données de l'exploration clinique et de l'examen cyto-bactériologique du L. C. R. pratiqué chaque jour, ont paru constituer les guides les plus sûrs (Worms). Le dernier mot reste à la clinique, et à la P. L. (Célice). Lemierre estime que ces renseignements sont suffisants en pratique et que les auteurs attachent peut-être trop d'importance aux *critères biochimiques de diffusion et d'élimination des corps organo-soufrés.*

5° Néanmoins le *dosage des sulfamides dans le L. C. R. et dans le sang* par la technique de

(1) V. *Concours médical,* n° 1 du 5 janvier 1941.

Marshall, le procédé de Nitti, ou la méthode colorimétrique de Paget au thymol ont permis une compréhension plus grande et une orientation meilleure de la sulfamidothérapie. Leur simplicité d'application, notamment pour la technique de Paget, est telle qu'elles rentrent dans le domaine de la médecine hospitalière, et même de la pratique courante. C'est le mérite de R. Martin d'avoir attiré dès 1938 l'attention sur la nécessité d'obtenir rapidement et de maintenir une concentration en sulfamides au moins égale à 6 milligrammes % dans le L. C. R., au cours du traitement des méningites à streptocoques. Récemment, ce même auteur a conseillé d'obtenir des sulfamidorachies de 10 milligrammes % et d'atteindre 15 à 18 milligrammes % en cas de rechutes.

Personnellement nous n'avons pas dû dépasser des concentrations de l'ordre de 10 milligrammes %. La sulfamidémie, même dans les premiers jours du traitement, dépassait à peine le taux de la sulfamidorachie, et ceci tient sans doute au fait que nos malades étaient soumis à l'administration des sulfamides à la fois par voie buccale et sous-arachnoïdienne. Ces chiffres concernent des malades traités par le 1162 F. Avec le 693 M B, les valeurs des concentrations paraissent beaucoup plus variables : Célice a obtenu des guérisons chez des malades dont la sulfamidorachie était comprise entre 3 et 9,5 milligrammes %. Il a fait pareille constatation avec le 2.090 R P et « ne croit pas qu'il soit indispensable d'arriver à un taux fixe de concentration pour guérir une maladie donnée ». R. Martin insiste au contraire sur l'inconstance des résultats de dosages du 693 M B dans le sang, et le L. C. R. du malade soumis à des doses invariables de ce produit, qui doit s'absorber et s'éliminer par à-coups, même s'il est peut-être plus actif que le 1162 F et agit à des doses relativement minimes.

Rathery, Bolzinger et Ph. Decourt ont fort bien précisé la signification à attacher à ces déterminations. En matière de sulfamidothérapie, l'important est « peut-être moins les indications quantitatives journalières chiffrées en centigrammes par kilogramme de poids du sujet que le taux utile de concentration en sulfamides qu'il faut obtenir dans les humeurs le plus rapidement possible ». Mais ils formulent la réserve qui s'imposait « quant à la variation du seuil d'efficacité clinique ».

6° Ces dosages de sulfamides dans le L. C. R. et le sang permettent d'apprécier si la chimiothérapie est effective et un bon équilibre hémo-rachidien est un excellent test d'efficacité de la sulfamidothérapie d'une méningite. Avec le Professeur Paget, en même temps que Célice (dont la communication du 5 avril fut publiée le 9 mai, à une date contemporaine de notre présentation du 3 mai 1940), nous avons insisté sur *l'importance de l'étude de l'élimination urinaire des sulfamides*. Dans le sang et dans l'urine ceux-ci se présentent sous deux formes : libre et combinée (dérivé acétylé). Le rapport des variétés de sulfamides dans le sang se traduit par ce que nous avons appelé le *quotient sulfamidémique* $\frac{(sulfamides\ libres)}{(sulfamides\ combinés)}$ qui est compris entre 2 et 10 dans les premiers jours du traitement. Durant la même période, la teneur des urines en sulfamides combinés est égale à la moitié, au tiers, et même au quart de la quantité de sulfamides libres éliminés ; le *quotient sulfamidurique* est compris entre 2 et 4. Mais lorsque survient une rechute thermique non infectieuse, que l'on peut considérer comme un *accident du neuvième jour de la chimiothérapie*, on constate, ainsi que nous l'avons noté chez trois de nos malades, un abaissement, une *inversion du quotient sulfamidurique*, qui tombe à 0,8 et même à 0,4. Ces accidents surviennent plus particulièrement chez des éthyliques, au foie gros et insuffisant, et rétrocèdent rapidement après cessation de la sulfamidothérapie, jointe à une opothérapie hépatique massive et à l'association glucose-insuline. Célice a également constaté que les obèses, les petits hépatiques éliminaient les sulfamides combinés en excès, comme les déshydratés. Il estime que si, après les premiers jours du traitement d'un méningitique bien réhydraté, le taux des sulfamides combinés tend à augmenter par rapport à la quantité des sulfamides libres, on se trouve en présence d'une réaction organique de défense, qui va se traduire cliniquement par une montée thermique et une légère hépatalgie. Nous attachons à la *baisse et à l'inversion du quotient sulfamidurique la valeur d'une aura* susceptible de faire prévoir la survenue d'accident du neuvième jour de la sulfamidothérapie. Sa constatation permettra donc de les éviter en faisant diminuer ou supprimer à temps une thérapeutique anormalement prolongée. Cette meilleure conduite de la sulfamidothérapie a permis d'ailleurs une réduction des doses totales de corps organo-soufrés administrés aux malades. De 100 à 140 grammes pour nos premières observations, elles ne dépassèrent plus 50 grammes pour les derniers cas, cependant que nous attaquions l'infection méningococcique par des doses de plus en plus fortes, de 7 à 12 grammes *per os*, de 20 à 40 c. c. intra-rachidiens. Nous pouvons donc souscrire entièrement à l'opinion de Le Bourdelles et Caroli, à savoir que « si la dose initiale est suffisante, la dose totale sera relativement insignifiante et la durée du traitement très courte. Par contre, si les doses journalières sont insuffisantes dans leur distribution et leur absorption, on risque une

prolongation indéfinie du traitement avec tous ses dangers ».

En somme, comme le fait remarquer Rathery, le mode d'administration des sulfamides a évolué comme celui de la sérothérapie antidiphtérique et de même que la forte dose, unique, est admise pour cette dernière, la chimiothérapie organo-soufrée doit être massive et brève.

7° Ainsi réglée, la sulfamidothérapie suffit dans la très grande majorité des cas à assurer la guérison. *Doit-on encore quelquefois lui adjoindre la sérothérapie* ? Dans le traitement de l'endémie de cet hiver, certains auteurs sont restés fidèles (la plupart sans enthousiasme — par « acquit de conscience », dit Cassoute) à la sérothérapie antiméningococcique précoce, massive, polyvalent avant que d'être réellement spécifique. Le tableau II (1) montre que les statistiques grevées de la mortalité la plus élevée concernent les séries où ce traitement mixte fut appliqué d'emblée. Dans quatre de nos observations, l'action de la sérothérapie précocement associée aux sulfamides est apparue des plus problématiques. On peut tout au moins dire qu'elle n'a pas suffi à compenser l'insuffisance de la ration en sulfamides de nos premiers méningitiques. Avec Bonnin, Le Bourdelles et Caroli nous insisterons aussi sur l'inconvénient de la raideur méningée persistante, de la méningite sérique provoquée par les injections intra-rachidiennes e sérum.

Par contre, il est des méningites, où, malgré l'administration massive et prolongée de sulfamides, la fièvre persiste et le L. C. R. continue à renfermer des méningocoques. Lemierre, R. Martin ont pu guérir de ces rechutes en remplaçant un dérivé organo-soufré par un autre, en alternant 1162 F et 693 M. B. Rathery, Bolzinger et Ph. Decourt écrivent « qu'au as de défaillance de la méthode utilisée, le remède consistera à associer les deux produits sulfamidés en les introduisant dans l'organisme par des voies différentes ». Ils ont ainsi traité leurs malades graves (25 sur 61) par l'association 693 M B et 1162 F.

Mais il existe des cas, d'ailleurs exceptionnels, de *sulfamidorésistance* véritable. Dans deux cas de ce genre il semble bien que les injections complémentaires de sérum antiméningococcique monovalent aient amené une guérison que nous désespérions de voir apparaître. Pour Rathery, s'il n'est plus question d'utiliser d'emblée le sérum polyvalent, seule la sérothérapie spécifique monovalente garde une indication : la résistance des germes aux sulfamides. Il fit bénéficier les cas les plus graves (11 sur 61) de cette *chimio-sérothérapie*, estimant que, lorsque l'état d'une méningite apparaît désespéré, « il ne devient possible de la sauver que par la judicieuse coordination des divers moyens thérapeutiques » : 693 M B, 1162 F et sérum spécifique monovalent. Pour Lemierre, l'action heureuse du sérum relèverait d'un choc protéinique banal dans ces cas. Néanmoins, nos deux observations, celles de Célice, Remilly et Mlle Velope, de Gournay et Molitor, de R. Martin, Sicard et Mlle Boucart, de Rathery, Bolzinger et Ph. Decourt, permettent d'insister sur *les effets brillants de la sérothérapie monovalente « en dernière ressource » dans les cas très rares de sulfamidorésistance*. C'est la seule réserve que nous apporterons à l'aphorisme de Lemierre, à savoir que « l'ère de la sérothérapie était close » et à l'opinion de Lelong que « la sérothérapie — du moins au sens spécifique du mot — avait fait son temps ».

(1) *Concours Médical*, n° 1. janvier 1941.

Nous ne pouvons que nous associer au souhait formulé récemment par Lemierre que « par un retour comparable à celui dont a souffert, sans raisons appréciables, la sérothérapie antiméningococcique, la sulfamidothérapie ne cesse jamais d'exercer les effets salutaires que nous reconnaissons aujourd'hui ».

« Frappés par l'action remarquable des sulfamides dans la M. C. S., certains auteurs ont émis un certain scepticisme sur la valeur thérapeutique réelle du médicament. Ils estiment que les cas actuels étaient des formes légères, sur lesquelles toute thérapeutique aurait pu avoir le même effet, et ou même la guérison spontanée aurait pu survenir (Rathery). Contrairement à ces assertions, il ressort des publications récentes et de nos constatations que nombre de cas observés au cours du dernier hiver furent particulièrement sévères.

Personnellement, nous avons eu à traiter en 1940 vingt cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques, (1) qui présentaient tous une réaction méningée franche, particulièrement importante dans la moitié des cas, avec état subcomateux, véritable coma dans deux cas. La plupart de ces malades (18) furent soignés de janvier à mai 1940 dans une ambulance de contagieux, à proximité d'un laboratoire d'armée, dans des conditions quasi-expérimentales qui nous ont permis d'améliorer progressivement notre ligne de conduite. Deux cas ultérieurs, en milieu civil, bénéficièrent de cette tactique thérapeutique, bien qu'il s'agit d'infections méningococciques exceptionnellement sévères :

Dans le premier cas, une méningite n'avait pas été enrayée au bout d'un mois par une sérothérapie polyvalente — et une sulfamido-

(1) Charles Gernez et Claude Huriez. Considérations sur la Sulfamidothérapie de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. *La Presse médicale*. Décembre 1940.

thérapie à doses trop modestes ; dans l'autre cas, une septicémie à méningocoques A, vérifiée par l'hémoculture, évoluait depuis deux mois sous le masque d'une infection vésiculaire, avant de se compliquer d'une atteinte méningée. Septicémie et méningites furent rapidement guéries grâce à une sulfamidothérapie qui s'inspirait des principes que nous avons formulés dans le cours de cet article.

Ainsi réglée, la sulfamidothérapie a véritablement transformé le pronostic de la méningite cérébro-spinale que la sérothérapie — jadis efficace — ne parvenait plus à guérir que dans 20 à 40 % des cas. Grâce à la chimiothérapie organo-soufrée, cette maladie peut être maintenant rangée parmi les affections sinon bénignes, du moins curables dans la presque totalité des cas.

Notre statistique personnelle : 20 cas = 20 guérisons n'apportera point de réserves à cette opinion.

LA PATE DENTIFRICE, CAUSE POSSIBLE DE LA DERMITE DES LÈVRES

Si le rouge à lèvres est surtout à incriminer dans la production des chéilites, il existe certains cas où le rôle des dentifrices n'est pas à négliger ; il faut alors rechercher l'agent étiologique des accidents par la méthode des tests cutanés. Ainsi s'exprime le Docteur A. RAVINA (1), en même temps qu'il rapporte quelques observations intéressantes, où la dermite avait pour origine une pâte contenant de l'hexylrésorcinal ou de la formaldéhyde ; une fois même, les lésions s'étaient étendues à la peau environnant les lèvres et à la muqueuse buccale.

Deux cas, cités par Beinhauer, sont particulièrement typiques :

Dans le premier, il s'agissait d'une femme de 28 ans, qui présentait depuis deux semaines une éruption prurigineuse et ichtyosique, qui entourait la bouche et avait gagné tout le menton. La lésion cutanée débordait régulièrement la lèvre supérieure de un centimètre, et la lèvre inférieure de deux cent. 1/2. L'éruption semblait bien provoquée par un produit chimique appliqué localement. Des cuti-réactions pratiquées avec le rouge à lèvres et la poudre, dont se servait la malade, ne donnèrent aucun résultat. Mais le même test, pratiqué avec la poudre dentifrice, se montra très fortement positif. Il fut impossible de préciser avec certitude quel était l'élément de la pâte responsable des accidents. Il semble toutefois que c'était un α-naphtol.

Il suffit d'arrêter l'usage de cette pâte à dents pour voir les accidents muqueux et cutanés disparaître en moins d'une semaine.

Le second cas se rapportait à une femme de 22 ans, qui présentait depuis plus d'un an une éruption douloureuse des lèvres et de la région péribuccale. Depuis six mois, les lésions s'étaient beaucoup développées et s'accompagnaient d'un prurit très pénible. Des fissures étaient apparues et avaient pris des proportions suffisantes pour déterminer une gêne importante de la mastication. Là encore, on constatait l'existence d'une éruption cutanée débordant de un centimètre environ le pourtour des lèvres. La langue était également atteinte, à la pointe et sur les côtés. Dans ce cas, on put éprouver, par des tests cutanés, l'action des divers composés de la pâte dentifrice, dont la constitution était assez complexe. On constata que, seul, le thymol, qu'elle contenait, donnait une réaction cutanée positive. Il suffit de supprimer l'usage de cette pâte et de prescrire un traitement par l'extrait hépatique et le fer (car la malade était anémique), pour obtenir une guérison rapide.

G. F.

(1) *La Presse médicale*, 19 novembre 1940.



LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



La première menstruation peut-elle influencer le début clinique de la tuberculose

D'après le Professeur P. Nobécourt (1)

Quelques faits d'observation clinique et statistique

1° Dans le groupe des tuberculeuses, les premières menstruations précoces, *avant* 13 *ans*, sont plus fréquentes que parmi les non-tuberculeuses ; cette menstruation précoce se constate dans la douzième, et surtout la treizième année.

2° La précocité de la première menstruation se rencontre surtout chez les filles, qui *deviendront* tuberculeuses dans la suite ; pareille constatation n'est pas aussi manifeste pour les filles, dont la première menstruation est contemporaine du début clinique de la tuberculose, ou est postérieure à celle-ci. Cette précocité semble être favorable à l'éclosion de la tuberculose.

3° Si le début clinique de la tuberculose est *antérieur* à la première menstruation, il convient de distinguer deux ordres de faits :

Tantôt la précession est de un, deux ou trois ans. Or, comme la période pubérale commence un an avant la première menstruation, on ne peut guère penser à l'influence de celle-ci sur une tuberculose, qui s'installe deux ou trois ans auparavant.

Tantôt la précession est seulement de quelques semaines à un an ; la tuberculose débute alors nettement pendant la phase initiale de la puberté, et l'on pensera à son influence sur l'infection bacillaire.

D'autre part, si le début clinique de la tuberculose est *postérieur* à la première menstruation, il convient, comme dans la modalité précédente, de distinguer deux ordres de faits.

Tantôt ce début a lieu au cours des deux premières années, c'est-à-dire pendant la phase terminale de la puberté ; il est possible alors que celle-ci favorise l'éclosion de la tuberculose.

Tantôt, éventualité plus rare (16,6 p. 100 des cas), la tuberculose débute de deux à trois ans après la première menstruation, c'est-à-dire après l'achèvement de la puberté. Il *paraît alors peu vraisemblable* que celle-ci exerce une *influence* sur la tuberculose.

4° Les pourcentages des *cuti-réactions positives* à la tuberculine, ainsi que les pourcentages respectifs des cuti-réactions positives liées soit à des tuberculoses actives, soit à des tuberculoses inactives, établissent une *augmentation* de fréquence des infections et des évolutions tuberculeuses à l'âge de l'instauration des règles. Il y a donc un accroissement des contagions effectives alors que, chez les garçons, on ne constate pas une progression semblable au même âge.

Ainsi, il n'est pas interdit de penser que, d'une façon générale, pendant les années où s'installe la menstruation, les filles se défendent moins bien que les garçons contre le bacille de Koch ; que, chez elles, les bacilles réalisent plus facilement que chez eux les lésions nécessaires pour déterminer l'allergie.

L'augmentation du pourcentage des cuti-réactions, liées à des tuberculoses actives peut être la conséquence de la fréquence des premières, infections. Mais, il peut témoigner également d'un état favorable à la végétation des bacilles de Koch, réalisé par l'instauration des règles.

Le simple examen des statistiques permet simplement de poser des hypothèses ; il ne permet pas de le résoudre.

***

Déductions pratiques

En tenant compte des réserves exposées ci-dessus, on peut admettre que la puberté, dont la première menstruation marque l'éclosion, réalise chez les filles une prédisposition aux évolutions tuberculeuses. Mais, il importe de ne pas trop généraliser : beaucoup de filles, qui ont des menstruations précoces, ne deviennent pas tuberculeuses, beaucoup de filles échappent à la tuberculose.

(1) Des relations entre la première menstruation et le début clinique de la tuberculose. (*La Presse médicale*, 23 novembre 1940).

Il apparaît que d'autres facteurs doivent entrer en ligne.

Ainsi, quand l'hygiène est bonne, une évolution pubertaire normale ne paraît pas exercer une influence favorisante sur l'apparition de la tuberculose. Mais, si la puberté est troublée, si son évolution n'est plus physiologique, s'il intervient des conditions défectueuses de l'hygiène, une mauvaise alimentation, un travail fatiguant à l'école, à l'atelier ou à l'usine, les filles sont peut-être plus prédisposées, à cette période qu'à d'autres, à présenter des tuberculoses pulmonaires évolutives. L'importance des conditions hygiéniques, si grande à tous les âges, l'est particulièrement à cette période de la vie.

On ne saurait trop insister sur ce point.

La poussée d'accroissement, qui précède et accompagne la puberté, les transformations de l'organisme pendant la période pubérale exigent un travail physiologique considérable, chez les filles plus encore que chez les garçons, car, chez elles, les transformations sont plus rapides et plus importantes que chez eux. De ce fait, l'équilibre, en quoi consiste la santé, est particulièrement instable et facilement rompu.

Pendant cette période de l'existence, les filles ont besoin de ménagements, tant pour le travail intellectuel que pour l'exercice physique.

Le genre de vie, mené dans les établissements scolaires, le travail intellectuel trop long et trop intensif, l'existence menée dans un milieu urbain ont souvent, surtout chez des sujets prédisposés, une influence fâcheuse. Ils entraînent l'anorexie, des troubles digestifs et hépatiques, des troubles du sommeil, des troubles de la menstruation, tous facteurs qui favorisent l'éclosion de la tuberculose.

L'abus de l'exercice physique et le surmenage physique peuvent avoir les mêmes conséquences que l'abus du travail intellectuel et le surmenage intellectuel. L'exercice doit être adapté aux possibilités de l'âge et du sexe ; ces possibilités sont faibles à la période pubérale. Il faut réglementer l'exercice, qu'il s'agisse du jeu, de la gymnastique, des sports, du travail professionnel.

L'accès, à cette période de la vie, au travail des champs, de l'usine, de l'atelier est un des facteurs de l'augmentation de la tuberculose par l'exposition aux contagions et à la fatigue, qu'il entraîne.

Mais, tout en reconnaissant comme très grand, le rôle du travail, il ne faut pas méconnaître celui de la prédisposition de l'organisme. On admet que l'âge de 16 ans est biologiquement l'âge minimum pour l'admission des filles au travail. On constate également que, dans les industries, qui n'utilisent la main-d'œuvre féminine qu'à partir de la seizième année et après une sérieuse visite d'embauchage, les cas de tuberculose évoluant entre la seizième et la vingt-et-unième année sont infiniment moins nombreux que quand les jeunes filles ont commencé à travailler plus jeunes.

G. FISCHER.

UNE MÉTHODE RAPIDE ET INDOLORE POUR ENLEVER LES APPAREILS PLÂTRÉS

« Enlever un plâtre est toujours une manœuvre de force pour le chirurgien, et souvent une source de douleurs pour le malade ». Ainsi s'exprime A. Plichet (1) ; puis il rappelle le moyen, pratique et ingénieux de R.-G. Bickford, pour enlever les appareils plâtrés.

Il s'agit simplement, lors de la confection de l'appareil, de placer dans le plâtre un fil d'acier résistant, en l'espèce une corde de piano. Le chef supérieur est noyé dans l'épaisseur du plâtre, le chef inférieur émerge à l'extérieur.

Quand le moment est venu d'enlever l'appareil, le membre étant consolidé, on tire sur le chef inférieur et le plâtre s'ouvre à la façon d'un rouleau contenant un journal illustré. Si le plâtre est plus résistant, on passe le chef inférieur dans l'œillet d'une clef, et on ouvre le plâtre comme une boîte à conserves. Si, lors de la confection de l'appareil, on prévoit un plâtre épais ou la nécessité de le renforcer par plusieurs bandes de renforcement, on dispose le même fil d'acier, mais d'une longueur double ou triple, en plusieurs « aller et retour » sur des plans différents et, en tirant sur le chef inférieur, on sectionne le plâtre d'abord de bas en haut, puis de haut en bas, enfin de bas en haut. On doit avoir soin de placer une feuille de papier paraffiné entre les divers plans, et directement sur le fil, pour que les sections successives se fassent dans la même ligne.

On peut aussi, grâce à cette méthode, découper secondairement des fenêtres dans le plâtre pour la surveillance des plaies. Il s'agit d'ailleurs là d'un procédé, dont se servent les sculpteurs, quand ils prennent des moulages.

G. F.

(1) *La Presse médicale*, 8 juin 1940.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La chondrectomie dans l'asthme

La chondrectomie, ou opération de Freund, avait été réservée primitivement aux emphysémateux par dilatation rigide du thorax ; elle était tombée dans l'oubli depuis vingt-cinq ans en raison, semble-t-il, de ses résultats éloignés peu favorables. D'après MM. P. A. Huet et Blamoutier, il paraît que ses indications avaient été, le plus souvent, mal posées. Elles ne s'adressaient pas seulement aux emphysémateux par lésion primitive du thorax, mais encore à certains asthmatiques.

Ces auteurs rapportent deux observations, qui tendent, en effet, à montrer que l'opération de Freund peut donner des succès appréciables et durables dans l'asthme bronchique. C'étaient de grands asthmatiques depuis l'enfance ; à l'âge adulte seulement, les manifestations liées à l'emphysème pulmonaire s'intriquèrent avec celles qu'entraînaient les crises paroxystiques de plus en plus fréquentes de dyspnée. Si l'intervention n'a pas fait disparaître l'asthme, ce qui était à prévoir, elle leur a néanmoins procuré un bénéfice appréciable depuis quatre ans.

Bref, la chondrectomie est une opération susceptible de nettement améliorer, non seulement les emphysémateux pulmonaires présentant un thorax dilaté rigide, avec immobilisation de la paroi thoracique en attitude d'inspiration forcée, mais encore certains asthmatiques qui, étant en véritable état de mal, présentent le même blocage thoracique que ces emphysémateux. Chez les uns comme chez les autres, la mensuration du périmètre thoracique reste presque invariable au cours de leurs vains efforts d'inspiration et d'expiration forcée, sans modification notable du niveau de l'eau du spiroscope. Ces asthmatiques sont d'ailleurs tous aussi des emphysémateux pulmonaires, mais ils ne présenteraient pas le tableau du thorax dilaté rigide, s'ils n'étaient pas en état de mal asthmatique, qu'aucune thérapeutique ne parvient à modifier. Ce sont ordinairement des adultes jeunes, aux environs de la trentaine, dont les antécédents héréditaires collatéraux et personnels signent bien l'authenticité de l'asthme (éosinophilie du sang et des crachats, par exemple) ; une injection d'adrénaline, ou de tout autre produit d'action similaire, montrera que le blocage thoracique apparent n'est en tous cas pas permanent ; pendant les instants, que suivait l'heureux effet temporaire d'une injection d'évatmine par exemple, il existe encore une très petite ventilation possible.

La dilatation du cœur droit semble être chez ces malades plus une indication d'intervention que d'absention. Dans ces cas, témoins les deux observations d'asthmatiques en état d'asystolie que rapportent ces auteurs, la chondrectomie est tout à fait indiquée, car elle apporte un soulagement très efficace et durable. (*La Presse Médicale*, 26 octobre 1940).

Traitement de la crise de tachycardie paroxystique

Le Prof. Ch. Aubertin et Mme May-Darkovsky étudient le traitement de la crise de tachycardie paroxystique par l'injection intra-veineuse de sulfate de quinidine, mais en faisant précéder celle-ci d'une injection intraveineuse d'ouabaïne.

Comme ils le démontrent, alors que l'injection isolée d'ouabaïne n'amène aucune amélioration du rythme, ni aucune modification de l'électrocardiogramme, l'injection isolée de sulfate de quinidine produit soit de légères modifications de l'électrocardiogramme sans ralentissement, soit un léger ralentissement ne durant que quelques minutes. Par contre, l'injection de quinidine, précédée d'une injection d'ouabaïne, produisait, avant même que l'injection soit terminée, un début de ralentissement augmentant progressivement et aboutissant en quelques minutes à un rythme normal. Ce ralentissement s'accompagne d'une réapparition de l'onde P, qui se détache peu à peu de T : le tout se fait rapidement, mais progressivement et donne, dans ces conditions, un résultat durable.

L'injection de quinidine seule, lorsqu'elle est inefficace, semble au contraire produire des modifications de l'électro-cardiogramme plutôt indésirables : diminution du voltage de R et crochetage d'une de ses branches.

Il semble donc que l'ouabaïne, soit en modifiant le myocarde, soit en le préparant à recevoir l'action de la quinidine, permettra d'injecter une dose de cette substance relativement élevée, qui serait peut être mal supportée sans l'ouabaïne préliminaire, et qui est peut-être nécessaire pour couper la crise de tachycardie paroxystique.

Si l'on ajoute que l'injection d'ouabaïne est susceptible, dans quelques cas, de couper à elle seule la crise de tachycardie, on conviendra que c'est une raison de plus de l'essayer avant de pratiquer l'injection de quinidine. (*La Presse médicale*, 12 octobre 1940.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Le rationnement alimentaire et la récupération des viandes

(M. H. Martel ; 8-10-1940)

Beaucoup de préjugés ont pendant longtemps régné au sujet de la consommation de certaines viandes. La vente des chairs de bouc et de chèvre était jadis défendue à Rouen et dans d'autres villes. La viande de vache et celle de taureau étaient aussi mises à l'index. Aujourd'hui, la viande de taureau est recherchée par les fabricants de saucissons. Pendant des siècles, des mesures ont interdit l'usage de la viande de cheval. Elles émanaient toutes de l'Eglise catholique qui voyait dans l'hippophagie un reste de paganisme. C'est seulement en 1807 que le Danemark fit revivre l'hippophagie, que les périodes de disette développèrent, ainsi que les guerres.

Actuellement, eu égard à la pénurie alimentaire que nous subissons, certaines récupérations en matière de viandes et de sang d'abattoirs, doivent être prises en considération.

Les quantités de sang de bœuf susceptibles d'entrer dans l'alimentation sont considérables : 5.000 tonnes peuvent être récoltées dans les abattoirs parisiens, alors que le quinzième seulement est utilisé par les charcutiers de Paris pour la préparation du boudin. En raison du mode d'abattage (« égorgement »), ni le sang de veau, ni le sang de bœuf sacrifié suivant le mode israélite ne peuvent servir à la préparation du boudin. La même remarque s'applique au sang de mouton. C'est le sang de bœuf saigné lorsque l'animal est suspendu, par simple ponction des jugulaires, qui est le plus proprement récolté.

Le froid artificiel peut faciliter la conservation de la viande de porc. Or, en France, la consommation de la viande de porc, sans atteindre l'importance qu'elle a en divers pays d'Europe, n'est cependant pas négligeable (12 kilogrammes sur 60 kilogrammes de viande consommée par habitant, en moyenne, à Paris).

Il est d'autre part des récupérations de viandes à envisager. Certains bovins maigres pourraient recevoir une autre destination que l'équarrissage. Il est facile d'établir une discrimination entre les viandes maigres à récupérer et les viandes provenant de sujets amaigris par la maladie et à rejeter. Nos pères firent jadis, d'ailleurs, longtemps usage de viandes maigres. Il fut une époque, en effet, où l'on ne pouvait penser à soumettre à l'engraissement un cheptel placé sous la menace quasi constante des hommes de guerre qui étaient souvent les soldats des armées des seigneurs ou du roi. Grouchy signale qu'un marché passé en 1659 pour fournir de la viande à la cour fixait à 15-20 kilogrammes le poids minimum des veaux, celui des veaux désignés « pour la bouche du roi » devant être au moins de 25 kilogrammes.

Un étal de basse boucherie serait chargé de l'utilisation de ces viandes maigres. Une proportion non négligeable de viandes diverses apparaît ainsi récupérable.

Sur la ration du sujet malade

(M. F. Rathery ; 15-10-1940)

La ration alimentaire de l'homme malade est, d'une manière générale, essentiellement différente de celle de l'homme sain. Donner à un typhique, par exemple, une alimentation mixte, carnée, végétarienne et glucidique, est le vouer à une mort quasi certaine. Un néphritique azotémique ne peut être, sans grave danger, alimenté par une ration mixte uniforme. Chez le diabétique, la nécessité d'un régime réduit en hydrocarbonés est impérieuse. Les hépatiques, les dyspeptiques, les cardiaques doivent, au contraire, avoir une ration hydrocarbonée plus riche, quitte à réduire la viande et les graisses. Les colitiques, les dysentériques ne peuvent recevoir la même alimentation qu'un sujet normal.

Peut-on, tout en respectant la ration de restriction nécessitée par les circonstances actuelles, imaginer des régimes qui permettraient le traitement des malades ? La solution du problème n'apparaît pas impossible : il suffirait de remplacer certains aliments d'une des trois catégories par ceux des autres catégories. Tablant sur le même nombre de calories globales, le médecin pourrait prescrire quatre variétés générales de régimes pour les malades : le régime lacté pour les fébricitants, le régime lacto-végétarien pour les cardiaques, certains néphritiques, certains dyspeptiques, certains entéro-colitiques, le régime de restriction hydrocarbonée pour les diabétiques (en remplaçant le sucre et le pain par un surcroit de viande, de graisse et de fromage), le régime de restriction carnée pour les néphritiques (en diminuant la viande et augmentant le sucre et les féculents). Ces régimes devraient, il va sans dire, être adaptés à chaque cas particulier et complétés par l'emploi des aliments non taxés.

Pour d'autres malades (tuberculeux à lésions en activité, convalescents de maladies graves), une ration plus forte serait nécessaire (ration de viande et de matières grasses doublée ou triplée).

Ces divers régimes ne pourraient être fournis que sur la présentation d'un certificat dont le médecin devrait garder l'entière responsabilité.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE



Bulletin de l'Actualité

❖ ❖ ❖

I. IDÉES PERSONNELLES SUR L'ORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE DANS LE CADRE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE « L'ORDRE »

Par le Dr Maurice LARGET.

Associé national de l'Académie de Chirurgie.
Chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

La création de l'Ordre des médecins est une réalisation dont le principe ne peut qu'être approuvé. Au Syndicat, sans obligation ni sanction voici enfin substitué un organisme capable d'organiser, de « régenter » même une profession qui en a fort besoin.

Au moment, donc, où le Gouvernement nomme les membres des Conseils départementaux, il me semble opportun de dire, dans ce Journal d'autorité morale indiscutée et de large audience, mes espoirs et mes craintes.

Les espoirs sont grands ; ils seront réalisés, et les craintes écartées, dans la limite même où les membres des Conseils départementaux auront le « sens du service », la notion de leurs graves responsabilités, le désir de se montrer hommes de caractère, la volonté de prouver qu'ils entendent être des réalisateurs.

Le premier souci du Conseil va être de constituer son tableau. Un questionnaire sera adressé à tous les médecins. Une enquête sera faite sur chacun d'eux. En séance plénière, l'Ordre décidera ou non de l'inscription. La prestation de serment suivra. Elle devra être revêtue d'une solennité telle que le geste apparaisse à chacun comme un engagement qui le lie d'honneur à la corporation.

Ceci fait, le gros travail commence pour le Conseil. La besogne ne lui manque pas : non seulement elle est celle des anciens syndicats en ce qui concerne :

1° La coopération à l'application des lois sociales :

Assurances sociales,
Mutualités,
Accidents du travail,
Soins aux mutilés,
Assistance médicale gratuite ;

Ou : 2) l'organisation hospitalière départementale ; mais, encore, il est indispensable que l'Ordre devienne le conseiller technique du Préfet dans une foule de questions pour lesquelles les Syndicats n'étaient pas consultés.

De plus, l'Ordre va mettre sur pieds, dans le cadre local, toutes les œuvres sociales qui concernent la corporation médicale elle-même :

Assurance des médecins : maladie, décès,
Allocations familiales,
Retraites,
Secours urgents.

Tout cela impose une organisation très poussée. Le président, déjà très occupé par les fonctions représentatives que lui donne la loi, par la direction et la surveillance générale de ses services, ne peut tout faire. Il me paraît indispensable qu'il choisisse, dans son Conseil, des responsables qui se spécialiseront dans certaines questions. Ceux-ci, après étude, les présenteront au Conseil sur l'invitation du président.

Ainsi, il y aura dans le Conseil un spécialiste des Assurances sociales, un autre de la Mutualité, un troisième des soins aux mutilés et Assistance médicale gratuite, un quatrième de l'organisation hospitalière, etc.

A chacun d'eux, le secrétariat transmettra le courrier qui les concerne lorsque le président en aura pris connaissance.

Un membre du Conseil sera délégué aux finances. Un autre me paraît devoir être désigné pour remplir en quelque sorte les fonctions de Procureur près de cet Ordre lorsqu'il devient un tribunal professionnel investi, par la Loi, de pouvoirs judiciaires.

De plus, il semble indispensable de confier à un jeune confrère actif, non membre du Conseil, les fonctions de chef du secrétariat administratif. Ce dernier sera largement rétribué.

Il est évident que lorsque le Conseil, dans certains départements, ne comprend qu'un petit nombre de membres, ces derniers peuvent et doivent cumuler divers emplois. Seuls, le délégué aux Finances et le « Ministère Public » doivent n'avoir qu'une seule fonction.

Sur le plan « Corporation médicale », il est très certain que les membres du Conseil ne peuvent pas avoir un contact assez étroit avec leurs confrères pour connaître leurs besoins personnels et leurs désirs de réalisations particulières locales si le département est étendu et les médecins nombreux. Ici, je m'associe à la suggestion du Docteur Decourt mais en la modifiant quelque peu.

Le Conseil de l'Ordre doit promouvoir la création « d'Unions corporatives cantonales » de médecins. Les présidents de ces Unions deviendront les intermédiaires entre les médecins et le Conseil. Si le nombre des hôpitaux est important, la création d'une « Union corporative des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux » est également indispensable. Ces « Unions » même feront sagement de ne pas borner leur activité aux questions professionnelles ; des réunions pourront être consacrées à l'examen de questions scientifiques fort utiles à tous. C'est ainsi qu'il existe depuis quinze ans, à Saint-Germain, une Société médico-chirurgicale qui est fort appréciée des médecins de la région. Chacun y apporte les observations intéressantes qu'il a pu recueillir et tous en discutent en parfaite simplicité. Les « Assises de la Médecine française » trouveraient, dans une telle organisation, une raison de plus de continuer leur excellent travail scientifique.

Cependant, que ces espoirs ne me fassent pas oublier les craintes qui me viennent à l'esprit. Elles sont vives : Prenons bien garde que l'on ne réduise l' « Ordre » aux fonctions d'une sorte de croquemitaine créé pour juger les «mauvais garçons». Prenons garde encore que l'autorité départementale n'échappe pas au désir d'amenuiser l'action de ce nouveau-né qui a le dessein de faire bien vite parler de lui dans la famille française. Craignons, enfin, qu'un Ordre fort, bien organisé, ne porte ombrage à des situations acquises. Et puis, ... redoutons surtout l'individualisme forcené du médecin.

C'est à ce dernier que je veux m'adresser en terminant. Une magnifique occasion de se faire entendre dans la Cité lui est offerte et ainsi d'y prendre, sur le plan social et national, le rôle splendide qu'avait autrefois, vis-à-vis des individus, le « Médecin de famille ». La laissera-t-il, par sot individualisme, échapper ?

II. LE COMITÉ SANITAIRE DE LA RÉGION PARISIENNE

Un journal paramédical qui. cependant, s'était documenté. à bonne source, sur le Comité sanitaire de la Région parisienne, a jugé bon de publier dans ses colonnes, sans les commentaires et les explications qui auraient dû le suivre, le compte- rendu d'une réunion de la Société du XIVe arrondissement où l'on aborda le « grave problème de : L'organisation sociale de demain ».

« Il s'agit là d'un projet de corporation sanitaire qui semble avoir recueilli sinon l'adhésion, tout au moins la faveur du Syndicat des médecins de la Seine. Il aurait été élaboré par un certain Comité sanitaire de la Région parisienne créé en juin dernier. Il met sur le même plan médecins et auxiliaires sanitaires, avec une organisation départementale, régionale, nationale et un prévôt couronnant le tout ». Et voici l'Ordre du jour voté : « Tout en faisant sienne la devise pastorienne qui termine l'appel pour la Corporation de la santé publique : « regarder en haut, apprendre au delà, s'élever toujours » la Société médicale du XIVe arrondissement désirerait savoir quels sont les promoteurs de ce projet et s'ils peuvent nous apparaître comme qualifiés.

— Quelle a été l'attitude du Syndicat des médecins de la Seine à la réunion de ce Comité ?

— Qu'en pense la Confédération ?

— La conception telle qu'elle est exposée permettrait éventuellement l'élection, en vertu du nombre, d'un prévôt départemental, régional ou national de la Santé publique qui pourrait ne pas être un médecin. »

Comme il y a là toute une série d'erreurs, pour ne pas dire de propos tendancieux, suppléons à la mémoire défaillante du journal en question et donnons aux confrères du XIVe arrondissement tous les renseignements qui pourront éclairer leur religion, et c'est par là que nous commencerons cette série de chroniques où le *Concours Médical* a bien voulu nous demander de suivre pour ses lecteurs « Le mouvement professionnel » nous dirions plutôt « Le mouvement sanitaire », car l'étape professionnelle est dépassée, comme l'est l'étape syndicale.

1° *Comment s'est créé ce Comité sanitaire de la Région parisienne ?*

Il faut avoir vécu les journées tragiques de juin, la nuit angoissante du 13 au 14 juin dans la Région parisienne, avoir vu passer et fuir

les malheureuses populations affolées, les troupes désorganisées, les animaux apeurés, pour comprendre qu'immédiatement s'est présentée à notre esprit l'idée d'un groupement de tous les sanitaires de la Région en vue d'une action commune pour la sauvegarde de la Santé publique. Et comme la foule des pauvres gens ainsi que les chiens errants ne pensaient guère à respecter les limites départementales, démontrant ainsi que les trois départements Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne ne formaient « qu'une seule et unique commune » comme on l'a dit récemment, comme nous l'avions soutenu ici même (« L'organisation médicale de la Région parienne, *Le Concours Médical*, 4 décembre 1938) et comme nous en avions discuté à l'époque avec Hollier, actuellement membre du Conseil national de l'Ordre et Humbel, nouvellement promu membre du Conseil de l'Ordre de Seine-et-Oise. Voilà le pourquoi du titre : *Comité sanitaire de la Région parisienne. Quels en ont été les promoteurs* ? Un coup de téléphone et se sont réunis chez moi le Docteur Boelle, président du Syndicat des médecins de la Seine, le Docteur Fanton d'Andon, président, et Bretonville, trésorier de l'Association de la banlieue Est et Sud dont j'étais moi-même président d'honneur, et M. Quentin, médecin vétérinaire.

Le Comité fut créé de suite et élut domicile à la Caisse des Allocations familiales des professions médicales, 22, rue Drouot, Paris, IXe, première réalisation corporative du genre réunissant tous les sanitaires et dont le Docteur Boelle est le président. A nous s'étaient joints M. Alexandre, vice-président de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et président honoraire de la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris et de la Seine, M. Gloess, pharmacien, qui, excellent interprète, a remarquablement facilité nos rapports avec les autorités occupantes, MM. Louis, président du Syndicat des grandes pharmacies de Paris, Lesure, chef de Laboratoire, M, Villain, dentiste, les Docteurs Delort, qui nous avait en outre offert l'hospitalité de ses *Archives Hospitalières,* Dally, Bezançon, président de l'Association de la Banlieue Ouest et Nord de Paris, Hollier, secrétaire général du Syndicat médical de Seine-et-Oise et bien d'autres encore que je m'excuse de ne pas citer ici.

Le 22 juin 1940 le *Matin* publiait la note suivante :

Le Comité sanitaire de la Région parisienne dont le siège est 22, rue Drouot, Paris (9e) (téléphone Provence 96-18) adresse un pressant appel à tous ceux qui ont pour mission de sauvegarder la Santé publique dans la Région parisienne (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, vétérinaires, techniciens sanitaires, auxiliaires médicaux, assistantes, etc.) pour qu'ils s'inscrivent le plus rapidement possible à l'adresse ci-dessus. Il demande également aux fabricants de produits pharmaceutiques, aux laboratoires d'analyses, aux maisons de santé et aux dispensaires de se faire inscrire.

« Le regroupement de toutes ces forces permettra d'apporter aux Pouvoirs publics une collaboration technique plus que jamais nécessaire ».

Pourquoi ce regroupement auprès des Pouvoirs publics ? Quelle était la situation ?

Il restait dans la Seine les Préfets, le Directeur de l'Assistance publique, avec, pour la Préfecture de police, le Docteur Tanon, inspecteur des Services d'hygiène des trois départements, et M. Chrétien, directeur des Services vétérinaires et, pour la Préfecture de la Seine, le Docteur Besson, inspecteur des Services d'hygiène. Ils avaient, pour les seconder, le personnel de la Défense passive et les médecins, pharmaciens et vétérinaires restés volontairement sur place.

Le 13 juin, nombre de pharmacies, de magasins de ravitaillement avaient mis leurs volets ou étaient en train de le faire. Heureusement un arrêté préfectoral intervint pour les en empêcher, mais un certain nombre de boutiques étaient fermées, les propriétaires étant déjà loin. Les frigorifiques n'ayant pas fonctionné par suite de pannes de secteurs, on y trouva des denrées périssables absolument pourries. Il en fut d'ailleurs de même aux abattoirs de La Villette.

Des chiens erraient dans les rues, crevant dans les ruisseaux. On pouvait redouter une épidémie de rage, car ces bêtes affamées, et par suite irritables, devenaient méchantes. Dans une seule commune de banlieue, 150 enfants étaient mordus. L'Institut Pasteur faisait savoir de suite que son service de vaccination contre la rage continuait à fonctionner. La situation était donc sauvée de ce côté.

A la Fourrière, 5 ou 600 chiens étaient morts ; chez des propriétaires on trouvait des cadavres de bêtes. Partout des charniers ! Il fallut faire enfouir tous ces corps ! Ce fut l'affaire des vétérinaires.

Il fallut s'occuper de faire réouvrir des pharmacies, les offices des grossistes, de faire les inventaires pour savoir de quels médicaments on pouvait disposer. En même temps on faisait le recensement des laboratoires de spécialités, des laboratoires d'analyses ouverts. Nos camarades pharmaciens s'employèrent à cette besogne. Du côté médical, sur les 6.500 médecins du temps de paix, il en restait dans la Région parisienne 600, et pour ainsi dire aucun en Seine-et-Oise et Seine-et-Marne. Or nous ne voulions pas de carence de la part du Corps médical de la Région parisienne qui a toujours répondu : Présent, grâce surtout à l'activité et au dévouement du Docteur Boelle qui s'est dépensé sans

compter et à la bonne volonté et au zèle des confrères qui l'ont secondé. Car tantôt d'un point, tantôt d'un autre, et ce, dans un rayon allant jusqu'à Provins, Orléans, Mantes, on demanda des secours d'urgence pour les réfugiés, et les Allemands, dont le service de santé collabora avec nous, conduisirent sur place les renforts sanitaires partant de la Seine. Les réfugiés furent ramenés, hébergés et restaurés dans les postes sanitaires de Défense passive. Il fallut aussi faire fonctionner les Centres d'Accueil des gares abandonnés.

D'autres questions se posèrent avec acuité : moyens de transport, essence pour le Corps des sanitaires, demandes d'emplois nombreux, offres de bonne volonté, ce qui nous incita à créer la carte d'identité sanitaire dont nous reparlerons.

Une Commission officielle de rationnement alimentaire fonctionnait auprès du Préfet, dont faisaient partie le Professeur Roussy, le Professeur Baudouin représentant le Doyen, le Professeur Tanon, le Docteur Lesné et le Docteur Boellé que nous suppléâmes le cas échéant. « Le Comité sanitaire » occupa même un certain temps l'Hôtel de la Confédération, 60 boulevard de La Tour-Maubourg, Paris, dont le secrétariat et les Œuvres étaient partis à Brive.

En somme partout nous f mes présents et les Pouvoirs publics nous en surent gré. On nous demanda même du mazout pour l'aquarium du Musée de la France d'Outre-Mer dont les poissons tropicaux allaient mourir faute de chaleur. Nous pûmes l'obtenir ainsi qu'une camionnette et la nourriture des pensionnaires du Zoo (grâce à l'intervention de M. Gloess) et sauver ainsi ces animaux qui représentent une véritable fortune nationale.

....

Alors nous pardonnera-t-on maintenant d'avoir créé ce Comité sanitaire de la Région parisienne et nous trouvera-t-on assez qualifiés pour ce qui s'en suivit ?

Dans la Région parisienne trois mots résumaient pour nous tout ce qui se passait en France non occupée. Nous avions, en effet, entendu à la radio le Maréchal Pétain, chef de l'Etat français dire : « Famille, Corporation, Régionalisme ». Et c'est tout ce que nous savions.

Au premier terme répondait admirablement la Caisse des Allocations familiales des professions médicales où nous nous réunissions. Le troisième terme était acquis depuis longtemps pous nous, c'était la Région parisienne.

Restait le deuxième terme qui devait provoquer le fameux mémoire : « La Corporation de la Santé publique » né de la collaboration intime établie entre médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes, etc., et dont s'émurent les confrères du XIVe arrondissement.

Le Comité sanitaire de la Région parisienne étant ouvert à tous accueillait les confrères au fur et à mesure des démobilisations et des retours. Herpin, Billiaret, Bongrand, Hilaire, Dournel, Buffard, Coliez, Desgranges, Martiny, Planson secrétaire général du Syndicat des chirurgiens français), Renaudeaux (de Médecine et Famille), Renard, Quivy, Rouèche, Roux-Delimal, Richard, Tissié Guy, Vaudescal, Viala, Lafay et tout dernièrement Lavalée, Barthe, Millot, Gros, etc. ; des pharmaciens : Tabart ; des vétérinaires : Brévot (secrétaire général du Syndicat national des vétérinaires), Houdinière (président de l'Association des vétérinaires sanitaires), Lafaye (de Seine-et-Oise), Holstein, Lantz, etc. Le Professeur Laignel-Lavastine s'était fait inscrire parmi les premiers.

L'originalité du Comité sanitaire de la Région parisienne réside dans le fait qu'il s'est cantonné dès le début dans le domaine de la Santé publique, voulant la collaboration de tous les sanitaires et laissant le soin aux organismes compétents : Syndicats, puis Ordres pour les médecins, de s'occuper de l'organisation professionnelle.

2° *Quelle a été l'attitude du Syndicat des médecins de la Seine à la réunion de ce Comité ? Qu'en pense la Confédération ?*

Ce que nous avons dit pourrait nous dispenser de répondre à ces questions. Cependant nous désirons le faire pour donner tous apaisements.

Le Comité, pour bien marquer son action, avait pris, comme sous-titre, « Comité *d'études et de coordination de la corporation de la Santé publique* (nous parlerons ultérieurement de la Santé publique et de la Corporation qui feront l'objet d'un autre article et là aussi nous donnerons toutes explications utiles).

Nous avons présenté nos travaux au Syndicat des médecins de la Seine, à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, aux Docteurs Cibrie et Hilaire, à la Confédération des Syndicats médicaux français, qui existaient encore à cette époque.

Partout nous avons reçu le même accueil par ce qu'on a compris que nous avions travaillé dans un sens utile à tous et surtout à notre pauvre pays si éprouvé.

C'est en effet sur le plan de la Santé publique que le médecin pourra donner toute sa mesure, nous le démontrerons ultérieurement. Pour l'instant nous demandons à tous — et ce sera notre conclusion — de suivre l'exemple des membres de la Société du XIVe arrondissement et de faire leur la belle devise pastorienne, la seule qui puisse convenir à des médecins : « Regarder en haut, apprendre au delà, s'élever toujours ».

Dr Georges BOYÉ.

LES ALLOCATIONS FAMILIALES



Nouvelles précisions législatives et réglementaires

Depuis notre précédent article (1), la loi du 18 novembre 1940 est venue modifier une nouvelle fois le Code de la Famille.

Les lettres que nous recevons, ainsi que la Circulaire de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales, que nous publions ci-dessous, nous ont déterminés à exposer en détail les conditions d'attribution et le mode de calcul des différentes allocations, afin de renseigner nos lecteurs tant pour eux-mêmes que pour leur permettre de répondre aux questions dont ils sont constamment l'objet de la part de leur clientèle.

A. — Conditions d'attribution

Nous exposerons successivement les conditions d'attribution propres à chacune des allocations.

1° Prime a la première naissance

— *Seule la première naissance* ouvre le droit au paiement de la prime. Un ménage ne peut donc la toucher qu'une fois. En cas de gémellité, il n'est attribué qu'une seule prime pour l'ensemble des naissances, et non pas une prime par enfant né viable.

— *L'enfant doit être obligatoirement de nationalité française.* L'enfant né de parents étrangers ne peut donner droit à l'attribution de la prime à la première naissance que si, dans les six mois de sa naissance, la qualité de Français lui est irrévocablement assurée par déclaration des parents faite conformément à la loi du 10 août 1927.

— *L'enfant doit être né viable,* c'est-à-dire qu'il faut qu'il ait respiré au moment de sa naissance. Si l'enfant meurt avant l'âge de six mois, la seconde partie de la prime ne sera pas versée.

— *L'enfant doit être légitime.*

Seul le premier enfant d'une union légitime ouvre le droit au paiement de la prime.

L'enfant naturel peut ouvrir le même droit s'il est légitimé par le mariage subséquent de ses parents, célébré dans les six mois de la naissance.

— *La naissance doit avoir lieu dans les deux ans de la célébration du mariage.*

Néanmoins, à titre transitoire, le décret du 29 juillet 1939, instituant la prime à la première naissance, a décidé que les enfants de premier rang qui naîtraient dans l'année de sa mise en vigueur pourront bénéficier de la prime, à condition qu'à la date de sa publication, les parents soient mariés depuis moins de deux ans.

Le décret du 29 juillet 1939 a été publié dans le *Journal officiel* du 30 juillet 1939, et mis en vigueur à dater du 1er janvier 1940.

Les ménages qui veulent invoquer ces dispositions exceptionnelles doivent donc être mariés postérieurement au 30 juillet 1937, et avoir un premier enfant avant le 1er janvier 1941.

La prime à la première naissance est versée à la mère, ou à son défaut, au père, au tuteur ou à la personne ayant la charge de l'enfant.

Elle est payable en deux fractions égales. L'une au moment de la naissance, l'autre à l'expiration du sixième mois sur production d'un certificat de vie de l'enfant.

Cette prime est à la charge des Caisses de Compensation pour les employeurs, les salariés, les travailleurs indépendants, et à la charge de l'État pour la population non active.

Les bénéficiaires de cette prime qui étaient mobilisés au moment de la naissance de leur premier enfant, sont assimilés à la population non active. Ils doivent donc adresser leur demande au plus tard dans les six mois de la naissance à la mairie de leur domicile, pour pouvoir obtenir le paiement de la prime à la première naissance.

2° Allocations proprement dites

Les allocations mensuelles sont dues à partir du deuxième enfant à charge, et résidant en France.

Par enfants à charge, il faut entendre :

1° Les enfants issus du mariage des époux et ceux que les époux, ou l'un d'eux, pourraient avoir d'une précédente union, ainsi que les petits-enfants ;

2° Les frères, sœurs, neveux ou nieces, dont l'attributaire assume seul l'éducation et l'entretien ;

3° Les enfants adoptés ;

4° Les enfants naturels reconnus, les pupilles, les enfants recueillis, à la charge effective, permanente de l'attributaire.

Soulignons ici une différence importante :

Alors que la prime à la première naissance ne peut être accordée que si l'enfant est légitime et de nationalité française, ces conditions ne sont pas exigées pour le versement des allocations mensuelles.

Quelle que soit leur nationalité, tous les

(1) *Concours Médical,* n° 47, du 24 novembre 1940, page 1.247.

enfants légitimes, naturels reconnus, pupilles, recueillis, donnent à ceux qui les ont effectivement à charge le droit de percevoir les allocations familiales mensuelles.

Ces allocations sont versées au père ou à la mère, ou à leur défaut aux grands-parents, et en général à ceux qui ont la charge effective des enfants ;

Elles sont dues pour les enfants n'ayant pas dépassé l'âge de l'obligation scolaire, actuellement fixé à 14 ans.

Néanmoins, elles seront versées jusqu'à l'âge de 17 ans si l'enfant poursuit ses études, s'il est placé en apprentissage ou s'il est, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail salarié.

Passé l'âge de 14 ans, ou 17 ans, les enfants n'entrent plus en ligne de compte pour l'attribution des allocations familiales, qui seront basées alors sur le nombre d'enfants restants, et égal au moins à deux.

3° Prime de la mère au foyer

Les conditions d'attribution de la prime de la mère au foyer sont les suivantes :

a) Foyer familial situé dans une localité urbaine de plus de 2.000 habitants, ou assimilée.

Un arrêté du 18 novembre 1940, publié au *Journal officiel* du 19 novembre 1940, pris par les ministres secrétaires d'Etat à l'Intérieur, à la Production industrielle et au Travail, à l'Agriculture, aux Finances, a établi le classement de ces communes et dressé la liste nominative sous l'annexe A et B des communes ouvrant à leurs résidants le droit au bénéfice de la prime de la mère au foyer.

Il suffit donc de consulter cette liste pour savoir si telle commune permet ou non à ses habitants de toucher cette prime.

b) Familles de *salariés.*

Le décret du 29 juillet 1939 spécifie que la prime n'est attribuée qu'aux familles de salariés.

Ne peuvent y prétendre les employeurs et les travailleurs indépendants.

Les familles des médecins, ne peuvent donc en bénéficier.

c) Avoir au moins un enfant à charge.

Il suffit d'un seul enfant pour toucher cette prime, alors que les allocations mensuelles proprement dites ne sont allouées qu'à partir de deux enfants à charge.

La prime de la mère au foyer compense donc pour les salariés la suppression faite par le Code de la famille de l'allocation mensuelle attribuée auparavant pour un seul enfant.

Elle est versée jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans s'il est unique, et jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de 14 ou 17 ans, s'il y a plusieurs enfants.

d) L'existence d'un seul revenu professionnel

L'idée à la base de l'attribution de cette prime est de conserver la mère au foyer familial et de la consacrer à l'éducation des enfants. Mais si le père ne peut travailler par suite de maladie, ou en cas de chômage, il eût été cruel de faire perdre le montant de cette prime au ménage, alors que la femme subvient seule à ses besoins. Aussi le Code de la famille a-t-il décidé que la prime serait attribuée à tous ménages ne bénéficiant que d'un seul salaire.

B. — Détermination du taux des allocations

Le montant des diverses allocations familiales est basé sur les salaires mensuels moyens du département du domicile de l'attributaire.

Dans chaque département, il existe deux salaires mensuels moyens.

Il est intéressant de les connaître puisque c'est sur eux que sont basés, non seulement le montant des allocations familiales, mais encore la cotisation que les assujettis ont à verser à la Caisse de compensation (1).

Le premier, ou *salaire moyen urbain* est déterminé après avis du Comité départemental des allocations familiales du Commerce et de l'Industrie. Il est tenu compte pour son évaluation des salaires mensuels effectifs payés aux adultes dans le commerce et l'industrie de l'ensemble du département, et notamment des salaires minima stipulés dans les conventions collectives du travail.

Le second, ou *salaire moyen rural*, est déterminé de la même façon, après avis du Comité départemental des Allocations familiales agricoles. Il est basé sur les salaires mensuels effectifs payés aux adultes dans l'agriculture, le commerce rural et l'artisanat rural.

Ces deux salaires moyens départementaux sont ensuite définitivement fixés par des arrêtés ministériels, après avis de la Commission supérieure des Allocations familiales.

Ces salaires peuvent, au mois d'octobre de chaque année, être révisés pour l'année suivante.

Nous publions ci-dessous le tableau des salaires moyens urbains et ruraux, tels qu'ils sont à l'heure actuelle fixés dans les différents départements.

Maintenant que nous connaissons la base, nous allons exposer le mode de calcul des différentes allocations familiales.

a) Prime a la première naissance.

Elle est égale au double du salaire moyen urbain du département du domicile de l'attributaire, sans pouvoir être inférieure à 2.000 francs.

(1) Voir la circulaire ci-après.

b) ALLOCATIONS FAMILIALES PROPREMENT DITES

10 % du salaire moyen mensuel pour deux enfants à charge.

30 % du salaire moyen mensuel pour trois enfants à charge.

50 % du salaire moyen mensuel pour quatre enfants à charge.

70 % du salaire moyen mensuel pour cinq enfants à charge.

20 % du salaire moyen mensuel par enfant au-de là du cinquième.

Ces allocations sont calculées, soit sur l a base du salaire moyen urbain si le domicile familial est situé dans une commune urbaine de première catégorie, dont la liste a été limitativement établie à l'annexe A de l'arrêté interministériel du 18 novembre 1940, soit sur la base du salaire moyen rural si le domicile familial est situé dans toute autre commune.

c) PRIME DE LA MÈRE AU FOYER.

Cette allocation est fixée à 10 % du salaire moyen départemental.

Elle sera basée, soit sur le salaire moyen urbain pour les communes énumérées à l'annexe A du décret sus-énoncé, soit sur le salaire moyen rural pour les communes énumérées à l'annexe B.

Pour terminer, nous allons illustrer ces règles doctrinales par un exemple pratique :

Soit un ménage de médecin, habitant une commune rurale du département du Nord, et ayant trois enfants à charge, âgés respectivement de 3, 9 et 16 ans. L'aîné des enfants poursuit ses études.

Le salaire mensuel rural pour le département du Nord est de 850 francs.

Pour trois enfants à charge, l'allocation mensuelle est égale à 30 % du salaire moyen mensuel, soit 255 francs, ou par trimestre 765 francs.

Ce ménage ne peut bénéficier de la prime de la mère au foyer, puisqu'elle n'est accordée qu'aux salariés.

La cotisation à verser pour l'année 1940 à la Caisse de compensation est égale à 4 % du salaire mensuel (1), soit 34 francs par mois ou 102 francs par trimestre.

Nous espérons que ces quelques explications permettront à chaque bénéficiaire de calculer le montant des allocations au bénéfice desquelles il peut prétendre, ainsi que les sommes qu'il aura à verser à titre de cotisation à la Caisse de compensation.

Nous restons d'ailleurs à la disposition de nos lecteurs pour leur fournir tous les renseignements qu'ils désireraient obtenir sur leurs propres droits.

Brice MAUREL,
Docteur en Droit.

Nota. — Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur un arrêté interministériel du 1er décembre 1940, aux termes duquel les travailleurs indépendants qui ont élevé quatre enfants au moins jusqu'à l'âge de 14 ans, ainsi que ceux dont le revenu, pendant l'année antérieure, a été inférieur à la moitié du salaire moyen départemental applicable au lieu de leur résidence, peuvent être dispensés sur leur demande, du paiement de toute cotisation aux Caisses d'allocations familiales, tout en continuant à recevoir les allocations auxquelles ils pourraient encore avoir éventuellement droit.

Taux mensuel du salaire départemental

Année 1940

Départements intéressés	Salaire moyen mensuel	
	Urbain	Rural
Ain	900	750
Aisne	1.000	850
Allier	950	750
Basses-Alpes	800	650
Mautes-Alpes	800	650
Alpes-Maritimes	1.050	750
Ardèche	900	700
Ardennes	1.000	775
Ariège	750	600
Aube	1.050	750
Aude	900	750
Aveyron	900	700
Bouches-du-Rhône	1.250	750
Calvados	950	775
Cantal	800	625
Charente	900	650
Charente-Inférieure	850	650
Cher	1.000	725
Corrèze	750	600
Corse	800	600
Côte-d'Or	900	750
Côtes-du-Nord	850	650
Creuse	750	600
Dordogne	750	600
Doubs	1.000	725
Drôme	1.000	750
Eure	900	775
Eure-et-Loir	1.000	850
Finistère	900	650
Gard	900	750
Haute-Garonne	950	650
Gers	700	625
Gironde	1.000	700
Hérault	900	750
Ille-et-Vilaine	850	650
Indre	950	725
Indre-et-Loire	900	725
Isère	1.000	750
Jura	850	725
Landes	700	600
Loir-et-Cher	900	725

(1) Voir circulaire ci-après.

Loire	1.000	750
Haute-Loire	750	625
Loire-Inférieure	1.000	700
Loiret	1.000	850
Lot	700	600
Lot-et-Garonne	800	650
Lozère	700	600
Maine-et-Loire	900	725
Manche	750	650
Marne	1.000	775
Haute-Marne	950	750
Mayenne	750	650
Meurthe-et-Moselle	1.050	750
Meuse	1.000	750
Morbihan	850	650
Moselle	1.050	750
Nièvre	900	750
Nord	1.100	850
Oise	1.000	850
Orne	800	650
Pas-de-Calais	1.000	850
Puy-de-Dôme	1.050	725
Basses-Pyrénées	800	600
Hautes-Pyrénées	800	600
Pyrénées-Orientales	900	750
Bas-Rhin	900	750
Haut-Rhin	1.000	750
Rhône	1.100	775
Haute-Saône	900	750
Saône-et-Loire	900	750
Sarthe	800	650
Savoie	1.000	750
Haute-Savoie	1.000	750
Seine	1.500	1.200
Seine-Inférieure	1.000	775
Seine-et-Marne	1.100	850
Seine-et-Oise (1)	1.500	1.000
Seine-et-Oise (2)	1.200	1.000
Deux-Sèvres	850	650
Somme	950	850
Tarn	900	625
Tarn-et-Garonne	750	625
Var	1.100	750
Vaucluse	1.000	750
Vendée	700	650
Vienne	900	650
Haute-Vienne	850	600
Vosges	900	750
Yonne	900	750
Terr. de Belfort	1.000	750

Circulaire

Nous publions ci-dessous la Circulaire de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales, qui donnera à nos lecteurs quelques précisions sur le fonctionnement de cette Caisse et leurs obligations vis-à-vis d'elle.

1° *Obligation stricte* :

Quel que soit son domicile en France métropolitaine, qu'il ait du personnel professionnel ou non, qu'il ait des enfants ou non, tout membre des professions médicales (médecin, pharmacien, chirurgien, dentiste, vétérinaire, sage-femme, herboriste) est, depuis le 1er avril 1940, assujetti légalement à s'affilier à l'unique Caisse agréée pour ces professions : La Caisse d'allocations familiales des professions médicales (dont le siège social est 22, rue Drouot, et le Siège administratif 66, rue de la Chaussée d'Antin pour la zone occupée et 10 rue du Plat à Lyon pour la zone non occupée).

2° *Les Sections* :

Dans cette caisse, tout membre des Professions Médicales doit être inscrit, soit à la Section dite patronale s'il exploite des salariés exclusivement pour sa profession, soit à la section dite des Travailleurs Indépendants s'il est sans personnel ou s'il n'emploie que des domestiques.

3° *Sanctions légales* (*Journal Officiel* du 5 mai 1940).

Lorsqu'un assujetti n'a pas adhéré à une Caisse de compensation d'allocations familiales, le Préfet l'inscrit d'office ; dans ce cas, la cotisation est majorée de 10 %.

4° Ceux qui sont déjà inscrits pour leur personnel professionnel à d'autres caisses pourront démissionner et s'affilier à la Caisse des Professions médicales.

5° *Domestiques* :

Tout membre des professions médicales est assujetti, depuis le 1er avril 1940, à l'affiliation aux allocations familiales pour les domestiques ; il peut le faire à cette même Caisse.

6° *Cotisations dues actuellement par tout travailleur indépendant* :

Pour contribuer à la compensation des allocations familiales qui partent du 1er avril 1940, tout assujetti doit dès maintenant :

a) Les cotisations fixes :

— Droit d'entrée .... 25 francs
— Avance (remboursable) pour le fonds de roulement. 125 francs
— Cotisation annuelle fixe... 20 francs à verser de suite.

b) Trois cotisations trimestrielles, dites de compensation, pour 1940, fixées actuellement pour chaque mois à raison de 4 % du taux des salaires moyens mensuels (catégorie rurale ou catégorie urbaine) à régler dès réception de l'appel de cotisation.

7° *Taux des allocations familiales* :

Les deux salaires moyens de chaque département, fixés par arrêté ministériel, servent de base au barême des allocations : 10 % pour le second enfant, 20 % pour chacun des suivants, jusqu'à 17 ans ;

Pour les allocataires, les cotisations trimestrielles seront déduites des allocations.

8° *Mobilisés* :

Les cotisations trimestrielles et les allocations ne sont dues qu'à partir de la démobilisation des affiliés.

9° *Versement des cotisations* :

Une somme de 170 francs doit être versée dès maintenant et de préférence par les compte-courant chèques postaux, soit par mandat-carte, soit par virement, au nom de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales, 66, rue de la Chaussee d'Antin, à Paris (IXe), section des travailleurs indépendants.

Ce compte chèques-postaux, pour la section des travailleurs indépendants, est Paris 490-63.

HYGIÈNE



Sur l'enseignement de l'hygiène individuelle aux enfants

Quid leges, sine moribus, vanæ proficiunt ! Les lois et les règlements sanctionnent les mœurs mais ne les modifient guère. Nous n'aurions qu'à puiser dans le stock imposant des lois et des décrets-lois qui, durant ces dernières années, ont encombré les colonnes du *Journal Officiel* pour trouver maints exemples à l'appui de cette thèse. Or les mœurs et les coutumes peuvent se modifier et se modifient inévitablement, mais c'est l'Education qui rentre pour la plus grande part dans cette évolution. L'hygiène, surtout l'hygiène individuelle, est liée intimement à notre manière de vivre, à nos mœurs, et au premier chef elle doit entrer dans l'éducation des enfants. C'est dans la famille, secondée et dirigée au besoin par l'Ecole, que l'enfant doit puiser les premiers éléments de l'hygiène individuelle qui consistent à prendre les premières habitudes de propreté et de tempérance. Dans les Ecoles maternelles, les institutrices ne manquent pas d'apprendre aux tout petits les soins corporels qu'ils doivent prendre eux-mêmes si leurs mamans, trop occupées, ne peuvent veiller à leur toilette. Chemin faisant, elles abordent la question des parasites en leur apprenant les soins à donner à la chevelure ; des parasites aux microbes pathogènes, il n'y a qu'un pas à franchir. Le lecteur sourira en me voyant signaler l'enseignement de la prophylaxie des maladies contagieuses à l'Ecole maternelle ; nous fîmes de même, alors que, médecin-inspecteur des Ecoles de la ville de Paris, nous fûmes avisés qu'une dame, déléguée par l'Office public d'hygiène sociale, viendrait faire une causerie aux enfants de l'Ecole maternelle sur la préservation des maladies contagieuses. Une leçon d'hygiène aux bambins d'une Ecole maternelle ! cela nous parut au premier abord un pur défi au bon sens et nous voulûmes y assister. Nous y vînmes et, une fois de plus, nous apprîmes qu'il ne faut pas juger les choses sans les connaître. La causerie eut lieu et nous fûmes émerveillés du succès obtenu par la conférencière auprès de son petit auditoire. C'est que pour intéresser les petits enfants et fixer leur attention, il faut savoir leur parler. Tous comprirent quand on leur dit que de petites bêtes, les microbes, causaient des maladies comme les poux les démangeaisons. Tous comprirent que l'on pouvait transmettre ces microbes à ses voisins comme les poux et qu'en se tenan propre et en se gardant d'une trop grande promiscuité, en évitant de tousser, de cracher auprès des autres enfants, de se servir du même mouchoir, de la même serviette, du même peigne, du même verre, de la même cuillère, etc. qu'un enfant malade, on pouvait se préserver de beaucoup de maladies.

A la fin de la causerie, la conférencière termina en posant des questions aux enfants qui répondaient en chœur, démontrant ainsi qu'ils avaient compris et bien retenu.

Il en est de même pour tout ce qui touche l'enseignement et l'éducation à tout âge, surtout en matière d'hygiène. Il faut se garder (et c'est un des principaux écueils de l'enseignement) d'utiliser, lorsqu'on parle aux enfants, un jargon trop technique et de vouloir leur apprendre des choses au dessus de leur portée. Le professeur qui tombe dans ce travers croit se donner une réputation de savant auprès de ses élèves quand il ne fait que figure de pédant ridicule. Les plus naïfs de ses écoliers qui ne le comprennent guère, pourraient dire comme le personnage de Molière : « C'est si beau que je n'y entends goutte. » Il convient de rester à sa place. *Ne sutor ultra crepidam.*

A ce sujet nous ne pûmes nous défendre d'un mouvement de surprise pénible lorsqu'en feuilletant les livres scolaires d'une enfant de treize ans, nous tombâmes sur un petit manuel intitulé *Notions d'hygiène*, œuvre d'un professeur agrégé de l'Université. Tout un chapitre avait trait aux différentes hypothèses qui pourraient expliquer l'immunité des maladies contagieuses. Nous regardâmes les titres du livre, croyant qu'il était destiné à des élèves du P. C. B. sinon à des étudiants en médecine. Non, l'ouvrage avait été écrit pour la classe de troisième de l'Enseignement du deuxième degré dans un lycée de jeunes filles. Nous nous demandons quel profit tireront ces fillettes de la connaissance plus ou moins bien comprise d'hypothèses qui, peut-être, ne seront plus admises dans quelques années.

« Que nous sert-il d'avoir la panse pleine de viande, si elle ne se digère ? si elle ne se transforme pas en nous ? si elle ne nous augmente et fortifie ? » (1).

J. NOIR.

(1) MONTAIGNE : *Essais*. Liv. 1., chap. XXV. Du Pédantisme.

FAITS ET CURIOSITÉS

● ● ●

Pour identifier les nouveaux-nés

C'est un nouveau système à l'essai en Amérique, dans les maternités et cliniques où la présence simultanée de nombreux nouveaux-nés peut amener des confusions.

Il y a bien le recours possible à la confrontation des groupes sanguins de la mère et de l'enfant, mais l'on a vu dans un article récent du Docteur Jules Regnault que ce procédé ne donne pas, il s'en faut, de certitude absolue.

La technique américaine utilise les empreintes plantaires qui sont, paraît-il, un test aussi fidèle de l'individualité que les empreintes digitales couramment prises en anthropométrie.

Influence du paludisme sur le destin du peuple Grec

Une revue américaine révèle que, suivant la virulence du génie épidémique du moment, le paludisme frappe, en Grèce, de 1 à 2 millions de personnes par an et cause 4.000 à 5.000 morts.

Sur 11.000 villages plus de 6.000 sont impaludés.

L'anophèle joue donc dans la vie grecque un rôle de premier plan, et certains auteurs, étudiant l'histoire du paludisme en Grèce, ont cru pouvoir avancer que les périodes de grandeur et de prospérité du peuple grec sont aussi celles où l'endémie palustre était la moins étendue ; par contre, lorsque le paludisme se développe, viendraient les années de décadence.

D'où il résulte que le « miracle grec » n'aurait pu se faire qu'avec la bienveillante autorisation des moustiques.

L'homme, ce roi, sous la tutelle d'insectes !

Une preuve curieuse de l'origine auriculaire du mal de mer

Un otolaryngologiste étranger, dans le but de préciser si le mal de mer dépend de l'estomac ou de l'oreille, a eu l'idée de faire naviguer sur une mer agitée, trois cents jeunes sourds-muets âgés de 10 à 16 ans.

Aucun n'a été malade, ce qui, d'après l'expérimentation, prouverait que ce sont bien des troubles auriculaires qui déclanchent le mal de mer.

Un emploi inédit de l'œuf de poule

Une revue allemande expose comment l'œuf peut constituer un milieu très favorable à la prolifération du virus variolique.

Après badigeonnage à la teinture d'iode la coque est incisée mais assez légèrement pour qu'elle soit seule intéressée par l'instrument.

Une fine pipette porte le virus au contact du chorion et l'œuf est placé dans un four d'incubation.

Après un temps de maturation suffisante le chorion est extrait ; il est riche en cultures de virus variolique à partir desquelles sera, en définitive, fabriqué le vaccin.

OU LA LOGIQUE REJOINT L'ABSURDE

Guermantes, dans le *Figaro*, citait naguère ces historiettes :

« Je me rappelle avoir prié un chauffeur qui accélérait dans les carrefours, de ne pas augmenter sa vitesse en un endroit particulièrement dangereux.

Il me répondit : c'est parce que les carrefours sont dangereux, qu'il faut y demeurer le moins de temps possible. »

Et encore, je me souviens d'avoir assisté au théâtre, il y a des années, avec Tristan Bernard, à une pièce fort longue, à une pièce qui n'en finissait pas. On avait déjà vu et entendu quantité de scènes assez sévères et il était minuit et demi. Le théâtre n'était pas à la Madeleine et nous décidâmes de le quitter. Sur le seuil, le secrétaire rejoignit Tristan Bernard et lui dit : Vous partez, Monsieur Tristan Bernard ? Mais ce n'est pas fini.

Et, de sa voix douce, l'auteur de *Daisy* répondit : mais oui, je pars, précisément parce que ça n'est pas fini.

De tels mots, d'une écrasante logique, évoquent celui d'un médecin à un quinquagénaire qui, tout piteux, exhibait un chancre non équivoque et soupirait :

— Quelle histoire, docteur ! A mon âge, prendre la vérole !

— Cet inconvénient ne vous arriverait pas aujourd'hui, si vous l'aviez prise à vingt ans, comme tout le monde.

Directeur-Gérant : G LAVALÉE. CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

4.846. — Tarification des rayons ultra violets

1° Nous recevons d'un radiographe distingué une précision au sujet des rayons U. V. que nous sommes désireux de publier à toutes fins utiles. « Il faut, dit notre correspondant, distinguer l'emploi des lampes à arc qu'on inscrira K. 3, et celui des lampes à mercure (à peu près toujours employées, par les praticiens surtout) qui doit être inscrit K. 2 ».

2° Mais notre confrère ajoute que je devrais « signaler le manque de concordance entre K. 3 et les honoraires demandés (30 à 40 francs) alors que ce devrait être un minimum de 60 francs, etc... » Là je dois faire observer que ce serait sortir de mon rôle habituel qui est de « constater et de donner avis » et non de « juger » du bien fondé, de tel ou tel point de tarif ou de nomenclature ou de telle ou telle coutume ou prix de clientèle courante.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.892. — Droits des enfants d'une victime du travail

Je viens vous demander quelques renseignements au sujet d'un de mes clients. Cet ouvrier, couvreur, travaillant au compte d'un patron assuré, glisse un jour d'un toit, et... meurt.

Veuf, il laisse deux filles âgées respectivement de 30 et 32 ans dont l'une, quoique de petite santé, est depuis la mort de son père, employée d'une école, et l'autre, malade chronique, incapable de travailler, perçoit l'A. M. G.

A la suite de cet accident, ces deux personnes n'ont rien perçu de l'assurance du patron.

Ont-elles droit — majeures — à une indemnité.

Le salaire du père faisait vivre la maison, et c'est depuis la mort du soutien de famille que l'aînée a dû et a pu se procurer un petit emploi, tandis que la deuxième n'a pu qu'être à la charge de la commune comme incurable.

Situation intéressante — et je serais aise que vous me donniez par réponse particulière votre avis.

Je m'étonne de la carence totale de l'assurance.

Dr V.

Réponse

Lorsque l'accident du travail est suivi de mort, il est dû aux enfants légitimes ou naturels

âgés de moins de seize ans une rente calculée sur le salaire annuel de la victime.

Mais il n'est rien dû aux enfants de plus de seize ans, alors même qu'ils sont, par suite de maladie ou infirmité, dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins par le travail.

La Compagnie d'assurances est donc dans son droit en refusant aux deux filles de votre client toute indemnisation.

4.814. — Appareillage

Un blessé, accidenté du travail et amputé par moi des deux jambes en 1938 a besoin de deux jambes artificielles.

Qui doit payer la prothèse, la Compagnie d'assurance ou le blessé ?

Dr M.

Réponse

1° La loi du 1er juillet 1938, devenue applicable le 1er janvier 1939, a mis à la charge du patron la fourniture et le renouvellement des appareils de prothèse nécessaires, à raison de l'infirmité pour laquelle l'accidenté du travail a obtenu une rente, ou une indemnité représentative de leur acquisition et de leur renouvellement.

Mais, puisque votre client a été amputé en 1938 et que, par suite, son accident est antérieur au 1er janvier 1939, il ne peut bénéficier de cette nouvelle disposition et, par suite, exiger que la Compagnie qui garantit son employeur prenne à sa charge la fourniture de ses jambes artificielles.

ALLOCATIONS FAMILIALES

4.843. — Allocations familiales et taxe fiscale

Je viens vous demander renseignements et conseils sur la Caisse d'allocations familiales des professions médicales.

Démobilisé et de retour à B... le 28 octobre, j'ai reçu le 24 novembre une lettre-circulaire m'invitant à adhérer à cette caisse et à y payer :

1° un droit d'entrée de 25 francs payés une fois pour toutes.

2° une somme de 125 francs pour le fonds de roulement qui me sera remboursé lors de ma radiation de cette caisse (... quand ? ?...)

3° une cotisation annuelle de 20 francs.

4° une cotisation de compensation « trimestrielle » pouvant varier chaque trimestre : son taux est fixé à 4 % du salaire moyen servant de base au barême des allocations ».

En réponse, j'ai demandé des précisions et j'ai fait remarquer que ma feuille d'impôts de 1940 comportait à payer une somme de 520 francs égale à $\frac{2\ R}{100}$ (mon revenu global, étant de 26.000 francs) pour « Taxe de compensations d'allocations familiales ».

Je demandais si les cotisations ci-dessus (25 + 125 + 20 = 170 francs) ne faisaient pas double emploi, comme il me semblait, avec cette taxe fiscale de 520 francs ;

ou bien si elles étaient vraiment indispensables et exigibles et s'ajoutaient légalement à cette taxe fiscale de 520 francs.

Aujourd'hui, je reçois les statuts de la caisse, mais aucune précision à la question ci-dessus posée.

De plus, il m'est offert de m'affilier à cette même caisse pour mon personnel domestique » (qui se réduit à une simple bonne à tout faire), et de payer en plus pour cela une cotisation trimestrielle de 50 francs.

Voudriez-vous donc bien me dire :

1° si tout cela est exact et obligatoire légalement.

2° si cela ne fait pas double emploi avec la taxe fiscale de 520 francs que j'ai eu à payer avec mes impôts de 1940.

3° si, affilié à la caisse, je n'aurais pas, en ce cas, à demander le dégrèvement de ces 520 francs en faisant valoir mon affiliation à la caisse d'allocations familiales des professions médicales.

4° si cette cotisation trimestrielle de 50 francs pour domestique ne vous semble pas, comme à moi, formidable, surtout étant donné que je paie déjà pour ma bonne sa part assurances-sociales et l'assure contre les accidents du travail.

5° si j'aurais à payer pour 1940 puisque j'ai été mobilisé.

Dr T.

Réponse

Depuis la promulgation du Code de la famille dont la mise en vigueur remonte au 1er avril 1940, les médecins sont soumis à l'institution des allocations familiales à un triple titre : pour eux-mêmes ; pour leurs employés professionnels ; pour leurs gens de maison.

Depuis le 1er avril 1940 tout médecin est donc obligé d'être affilié à une Caisse de Compensations d'allocations familiales, et doit être en mesure d'en justifier à toute réquisition. Seuls les mobilisés ne sont tenus d'y adhérer qu'à dater du jour de leur démobilisation.

La taxe de compensation d'allocations familiales portée sur votre feuille d'impôts sur le revenu représente simplement l'impôt supplémentaire qui doit être acquitté par les célibataires et les ménages sans enfant. Cette taxe ne fait donc nullement double emploi avec les

sommes qui vous sont à l'heure actuelle réclamées par la Caisse d'Allocations familiales des professions médicales, et il est impossible d'en demander le dégrèvement.

La cotisation trimestrielle de 50 francs qui vous est réclamée pour votre domestique n'est nullement exagérée, loin de là.

4.855. — Cumul des diverses allocations

J'ai une bonne et une femme de journée, qui ne sont ni aux assurances sociales ni aux allocations familiales. La bonne est une jeune fille ; l'autre a un enfant, et son mari est prisonnier ; elle touche, de *ce fait*, les *allocations* militaires auxquelles elle a droit. Elle prétend qu'elle aurait droit à toucher également des allocations familiales, alors quel'on m'a dit, au contraire, qu'elle ne pouvait cumuler les deux.

Elle travaille chez moi quatre à cinq heures par jour, ni nourrie, ni logée, bien entendu.

Dois-je déclarer ces deux domestiques aux allocations familiales ? Est-ce aussi obligatoire,dans leur cas, que les assurances sociales, et depuis quelle date ?

Est-ce que les domestiques au-dessus de 60 ans ne sont astreints à aucune de ces lois ?

Dr C.

Réponse

Votre bonne et votre femme de ménage devraient être normalement déclarées aux Assurances sociales. Toutefois, toute obligation cesse si les assurées ont plus de 60 ans.

Votre domestique à demeure doit obligatoirement être affiliée par votre intermédiaire à une Caisse d'allocations familiales et ce, depuis le 1er avril 1940.

Vous pouvez la déclarer, soit à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales (section des employeurs) dont le siège est à Paris, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, à laquelle vous devez déjà être affilié pour vous-même, soit à la Caisse interprofessionnelle de votre département.

En ce qui concerne les femmes de ménage, nous attendons des précisions ministérielles sur les conditions d'assujettissement de ces dernières à l'institution des allocations familiales.

Enfin, il est bien exact qu'une femme touchant les allocations militaires ne peut prétendre en même temps au bénéfice des allocations familiales.

HOPITAUX

4.698. — Cumul des fonctions de médecin d'un hôpital avec celles de membre de la Commission Administrative.

Comme il y a eu, je crois, plusieurs changements dans ces dernières années au sujet de l'aptitude des médecins d'hôpital à faire partie de la Commission administrative de cet hôpital, je vous serais reconnaissant de me dire par lettre où en est — pour le moment — la question.

Je serais encore plus heureux si vous pouviez savoir à ce sujet quelles sont les tendances des remaniements actuels et me les dire.

D^r X.

Réponse

Voici quelle est la situation actuelle.

Le décret-loi du 30 octobre 1935 interdisait le cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement public hospitalier et de médecin-chef, ou de médecin et de chirurgien de l'établissement administré par ladite Commission.

Les dispositions de ce décret-loi ont été formellement abrogées par le décret-loi du 29 juillet 1939 sur les hôpitaux et hospices.

En conséquence, à l'heure actuelle, il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de médecin d'hôpital et de membre de la Commission administrative du même hôpital.

N'y a-t-il pas lieu cependant d'envisager comme possible une modification de la situation actuelle ? C'est vraisemblable, puisque nous assistons à l'heure actuelle à un renversement de la politique générale en matière médicale.

L'Ordre considérera-t-il qu'il est conforme à la déontologie d'être à la fois membre de la Commission administrative et médecin de l'hôpital ? Il est possible que non.

D'autre part, le Directeur régional à la Santé, qui a pouvoir de nomination dans les établissements publics, et même privés, ne mettra-t-il pas un veto au cumul de ces deux fonctions ? C'est encore plus vraisemblable.

Mais il s'agit là, répétons-le, uniquement de l'avenir et à l'heure actuelle il n'y a aucune interdiction.

QUESTIONS DIVERSES

4.893. — Automobilisme

Je m'excuse de vous importuner mais l'auto ou plutôt son breuvage est devenu un accessoire de la médecine.

J'ai lu avec intérêt dans le *Concours* votre suite sur les carburants, très bien faite, ce pourquoi je me permets de demander à votre éminent collaborateur réponse aux questions suivantes qui d'ailleurs sont d'intérêt général :

Je roule à l'alcool et il paraît que la combustion dudit dégage de l'acide acétique qu'on pourrait neutraliser par des « éthers-sels » incorporés à l'alcool ou à l'huile de superhuilage.

La traduction de ceci en langage à ma portée me serait bien utile : produits à employer, dose par 100 litres d'alcool ou X litres d'huile.

Lorsque je roulais (dans le passé) à l'essence j'adjoignais à ladite 2 1/2 % d'huile — dose que le Docteur Bommier dans sa chronique automobile estimait nécessaire — et m'en suis toujours bien trouvé. L'huile n'étant pas nuisible à l'alcool, j'ai un interlub.

Donc, quelle quantité d'huile à faire avaler aux hauts de cylindres pour 100 litres alcool ?

Dernière question : De quel ordre de grandeur (402 Peugeot) serait le rabotage à faire faire à ma culasse, pour augmenter le taux de compression, étant spécifié que ce rabotage serait à faire en haut et non en bas, ceci pour remettre ultérieurement lors de la marche à l'essence un joint d'épaisseur compensant ce rabotage. Il est vrai qu'en haut ou en bas c'est kif-kif, mais en haut pas de queues de soupapes à régler à nouveau.

Mon moteur a été refait à neuf en fin mai, ce pourquoi mes questions.

Dr C.

Réponse

L'acide acétique ne se produit guère dans la combustion de l'alcool que quand cette combustion est incomplète, ce qui est d'ailleurs le cas pendant la période de mise en régime où le moteur n'a pas atteint sa température normale.

J'avoue que je suis fort peu renseigné sur la façon de neutraliser l'acide acétique ; le mieux, d'après les techniciens de l'alcool, c'est d'éviter sa production grâce à un réchauffage énergique de la tuyauterie, qui permet une combustion complète de l'alcool.

La quantité d'huile à fournir aux hauts de cylindres pour les graisser suffisamment est très faible : en comptant 1/2 litre d'huile pour 100 litres d'alcool, vous aurez une proportion largement suffisante. D'ailleurs, l'interlub avec un réglage moyen donne sensiblement satisfaction.

L'huile de moteur parfaitement filtrée est très convenable pour le graissage des hauts de cylindres.

Le taux de compression des moteurs 402 Peugeot est assez élevé, surtout lorsque ces moteurs sont montés avec culasses aluminium.

Pour un taux initial de 6,5 à 7 (cas normal du moteur Peugeot), un rabotage de culasse de 2 mm. permet d'augmenter le taux de compression d'un point.

J'attire votre attention sur le fait que le joint de culasse est d'autant plus délicat à faire tenir que le taux de compression est plus élevé. D'autre part, attention de ne pas passer au travers de la paroi dans des endroits qui pourraient présenter des défauts de fonderie.

Avec l'alcool, vous pouvez largement marcher au taux de compression de 8 et même davantage, mais il faut dans ce cas renoncer à la marche à l'essence.

Un procédé peut-être plus pratique, quoique moins radical, consisterait à utiliser un joint de culasse extra-mince, formé d'une simple feuille de papier enduite de vernis sur ses deux faces ; ce joint est suffisant si la culasse et le cylindre sont parfaitement graissés.

Henri PETIT.

4.800. — Dommages de guerre

J'ai, dans la Somme, une maison d'habitation à usage de ferme que je loue à un belge et qui a été aux trois quarts écrasée par les obus lors de la bataille de la Somme, en juin.

J'ai transporté sur les lieux un architecte qui a expertisé les dégâts et m'a simplement conseillé d'attendre ? ? ? Mais la loi du 5 août 1940 ne forclot-elle pas le 31 décembre les dépositions de dossiers de réclamation ? Faut-il que j'attende de savoir s'il y a un commissaire technique nommé pour la région — et comment m'adresser à lui ?

Le locataire fort mal logé s'impatiente. Le maçon m'a envoyé son devis très élevé. Je ne peux pourtant pas m'engager dans des réparations sans savoir dans quelle mesure et à quelle époque je serai remboursé.

Dr T.

Réponse

Suivant l'état de cette maison d'habitation, devez-vous réclamer le bénéfice de la loi du 5 août 1940 visant la réparation des immeubles endommagés par fait de guerre, ou celui de la loi du 11 octobre 1940 ayant pour objet la reconstruction des immeubles partiellement ou totalement détruits par faits de guerre ?

Les conditions d'application de ces lois sont différentes.

1° *Loi du* 5 *août* 1940. — Les dossiers doivent être déposés au plus tard le 31 décembre 1940.

Pour pouvoir bénéficier de cette loi, le propriétaire doit justifier des dommages subis d'une

part, et des frais exposés d'autre part. Il faut donc engager les frais de réparation pour pouvoir obtenir le concours financier de l'Etat.

L'allocation accordée ne peut dépasser ni la moitié des frais de réparation, ni le plafond de 50.000 francs.

2° *Loi du* 11 *octobre* 1940. — Les dossiers sont transmis au représentant local du Commissaire technique, qui fixe la date d'ouverture de la période de reconstruction ou de réparation, ainsi que les droits des sinistrés.

Les travaux et les frais ne sont donc engagés qu'après que ces décisions sont intervenues.

Le concours financier de l'Etat est plus important, puisqu'il atteint les 9/10 du montant des travaux pour la tranche comprise entre 0 et 100.000 francs ; les 3/4 pour la tranche comprise entre 100.000 et 300.000 francs ; les 2/3 pour celle comprise entre 300.000 et 1.000.000 francs et enfin la moitié seulement pour la tranche excédant un million.

Vous avez donc intérêt à réclamer le bénéfice de cette loi si cela vous est possible, ce qui ne vous empêche pas d'ailleurs d'obtenir une indemnité au titre de la loi du 5 août 1940. Cette indemnité viendrait en déduction de celle accordée au titre de la loi du 11 octobre 1940 au cas où vous pourriez en obtenir le bénéfice.

Nous espérons que ces quelques précisions vous renseigneront. Nous restons toutefois à votre disposition pour vous fournir toutes indications plus complètes.

AVIS A NOS ABONNÉS DE ZONE NON OCCUPÉE

Pour tous renseignements d'ordre administratif et le paiement de leur abonnement, nos abonnés de la zone non occupée sont priés de s'adresser à notre correspondant : M. Paul Ribeyre, *Concours Médical*, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche). Compte de chèque postal : Lyon, n° 953.92 *(et non* 953.52 *comme il a été indiqué par erreur dans notre dernier numéro.*

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Soixante-troisième année | N° 3 | 19 Janvier 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants ... **50 fr.**

Le Numéro ... **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 14. — Somme. Proximité immédiate grande ville, clientèle mi-ouvrière mi-campagne, à céder pour raison de famille. Rapport fiscal 80.000 francs. Prix : 60.000 francs. Ecrire Madame Edieu, 72, rue du Champ-de-Mars, Reims.

N° 15. — On offre très important poste médical à jeune médecin français célibataire se trouvant en zône interdite. Faible comptant, grandes facilités. Pressé. Ecrire à Madame Vve Roussel, Coussey-s/-Meuse (Vosges).

N° 16. — Jeune méd. franç. ayant connaiss. et pratiq. chirurg. générale sérieuses, quelq. connaiss. O. R. L., anc. int, titul. des hôpit. ayant fait fonction chef de cliniq. dans gros service chirurg. cherche poste chirurg. à reprend. ou à créer ou place d'assist., ou remplacem. prolongé, région indiffér. Ecr. condit. Docteur Boquet, à Canon (Gironde).

N° 17. — Docteur vend Juvaquatre 39 parfait état. Cherche 17 CV. Voisin pour gazo. Docteur E. Cornetet, 34 Av. de la Motte-Picquet, Inv. 48.65.

N° 18. Visiteur médical depuis 1923, français d'origine, références les plus sérieuses, représenterait pour Paris, spécialité d'intérêt réel. M. Ray 56, rue Saint-Lambert, Paris (XV[e]).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Mais. de santé chirurgie 20 lits instrumentation complète 2 salles opérations, à céd. cause santé.

Vendée. Poste Proph. très imp. belle habt. à céder cause décès.

Paris quartier pop. 6 pièces loyer 7.200 Gros rap. même actuell. à céder d'urgence.

AVIS A NOS ABONNÉS DE ZONE NON OCCUPÉE

Pour tous renseignements d'ordre administratif et le paiement de leur abonnement, nos abonnés de la zone non occupée sont priés de s'adresser à notre corresqondant : M. Paul Ribeyre, *Concours Médical*, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche). Compte de chèque postal : Lyon, n° 953.92.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasténie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aeïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 *gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure* une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'ABSORBTION PERLINGUALE. Donnez donc du manganèse sous forme de Tablettes de **Mangaïne**, dans les dyspepsies par auto-intoxication. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Ordre national des Médecins

Conseil supérieur de l'Ordre

60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIIe)

Communiqué

Le Conseil supérieur de l'Ordre a tenu sa 3e session du samedi 4 au mardi 7 janvier 1941.

Il a achevé la nomination de tous les Conseils des Ordres départementaux de la France métropolitaine et a rédigé pour eux des instructions détaillées, leur permettant un fonctionnement immédiat.

Il a envoyé aux Conseils départementaux des directives pour l'installation des jeunes médecins et des médecins réfugiés, pour l'organisation des secrétariats administratifs, et pour l'inscription de tous les médecins exerçant au Tableau de l'Ordre, ainsi que des instructions permettant ultérieurement un reclassement des médecins sur le territoire national.

Il a établi le Code de déontologie, qui sera incessamment publié.

Il a été saisi de différents litiges entre administrations et médecins ; il en poursuit l'étude et la solution.

Il a été décidé qu'aucun groupement d'études corporatives ne pourra se constituer et fonctionner s'il n'a préalablement déposé ses statuts au Conseil supérieur de l'Ordre et obtenu son autorisation.

Par ailleurs, ces groupements devront rendre compte de leur activité au Conseil supérieur de l'Ordre.

Le problème de la retraite a été abordé et sera prochainement résolu.

Le Professeur Boudet a été nommé vice-président du Conseil de l'Ordre (zone libre).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Bureau pour* 1941. — M. Pierre DUVAL, vice-président pour 1940, devient président de l'Académie de médecine pour 1941, en remplacement de M. Louis Martin.

Sont élus : vice-président pour 1941, M. Emile SERGENT ; secrétaire annuel, M. Georges BROUARDEL ; membres du Conseil, MM. Henri CLAUDE et COUVELAIRE.

— **Remise de la médaille du Professeur Nobécourt.** — La cérémonie de la remise de la médaille, offerte par ses amis et ses élèves au Professeur P. Nobécourt, aura lieu le dimanche 19 janvier 1941, à 10 h. 30, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie* (Professeur M. Chiray ; agrégé : M. L. Justin-Besançon). — Cet enseignement, commencé le 3 janvier 1941, a lieu les lundi et vendredi, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

— *Cours de parasitologie et d'histoire naturelle médicale.* — M. le Professeur E. Brumpt a commencé le cours de parasitologie et d'histoire naturelle médicale le 7 janvier 1941 et le continuera les mardis, jeudis, samedis à 16 heures, au Petit amphithéâtre.

— **Clinique de la tuberculose.** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Jean Troisier). — M. M. BARIÉTY, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. BROUET, agrégé, feront, durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte* (avec démonstrations pratiques).

Ces cours auront lieu le dimanche matin à 10 h. 30, à la salle des cours de la clinique de la tuberculose (hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres).

26 janvier 1941. M. BARIÉTY : Le processus ulcératif dans la tuberculose pulmonaire. — 2 février M. BROUET : Le syndrome clinique et radiologique des cavernes tuberculeuses. — 9 février. M. BROUET : Les différents sièges des cavernes pulmonaires. — 16 février. M. BROUET : Les lobites tuberculeuses. — 23 février. M. BARIÉTY : Les cavernes dans la tuberculose fibreuse. — 2 mars. M. BROUET : Les cavernes

selon l'âge et le terrain. — 9 mars. M. BROUET : Les indications du pneumo-thorax artificiel dans la tuberculose ulcérée. — 16 mars. M. BARIÉTY : Les lésions tuberculeuses sous pneumothorax. — 23 mars. M. BARIÉTY : Les autres méthodes thérapeutiques de la tuberculose ulcérée (phrénicectomie, thoracoplastie, drainage endocavitaire). — 30 mars. M. BARIÉTY : Le pronostic de la tuberculose ulcérée.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — *Réunion clinique du* 30 *janvier* 1941. — La prochaine réunion clinique de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le jeudi 30 janvier 1941, à 9 h. 30 du matin, à l'hôpital Saint-Louis (40, rue Bichat) dans le service du Docteur Weissenbach.

Présentation de malades et de radiographies. Projections.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Diplôme de médecin colonial et Brevet de médecin de la marine marchande.* — La XXXVe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux et au brevet de médecin de la marine marchande (novembre-décembre 1940) a été suivie par 15 auditeurs.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : M. Andriamasy, Mlle Bureste, Docteur Dubarry, Docteur Duval, MM. El Fazaa, Fald, Lafargue, Mahjoub, Moreau, Nancy, Sakly, Vedrenne.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la marine marchande : MM. les Docteurs Duval, Labbé, Lafon, Meignie, Pauliac, Zozol.

La XXXVIe série d'études aura lieu du 3 novembre au 20 décembre 1941.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux,

— **Société de médecine de Paris.** — *Bureau pour* 1941. — président : M. Georges Luys ; vice-présidents : M. M. Lhermitte et Marcel Joly ; secrétaire général : A. Bécart ; secrétaire général adjoint : M G. Luquet.

— **Hôpital-hospice de Dax.** — *Internat.* — Une place d'interne se trouve actuellement vacante à l'hôpital-hospice de Dax (Landes).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Siméon BAQUÉ, de Luchon ; du Docteur A.-R. MAUTÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris ; du médecin général inspecteur LASNET, membre de l'Académie de médecine ; du Professeur D'ARSONVAL, le grand savant français dont les travaux sont universellement connus ; du Docteur Cl. REGAUD, directeur de l'Institut du radium, membre de l'Académie de médecine.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Pierre CONDOU, pharmacien, co-directeur des Laboratoires Trouette-Perret, chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

PRATIQUE MÉDICALE

L'action des vitamines dans les engelures

A la suite de l'article du Dr Lacroix sur les engelures, nous avons reçu la note suivante, que nous croyons intéressant de publier en raison de ce sujet, qui est devenu d'une brûlante actualité.

Au point de vue pathologique, il est absolument certain qu'à la cause primordiale : le froid humide, s'ajoutent différentes autres causes, non moins importantes et dont on a constaté l'existence depuis longtemps. Les unes favorisantes (compression-immobilisation forcée prolongée) les autres prédisposantes se remarquant principalement autrefois chez les enfants et les adolescents, mais aussi aujourd'hui très fréquemment chez les adultes et les vieillards préalablement atteints de troubles circulatoires du type acro-asphyxie, livedo- et érytho-cyanose, avec prédominance nette du sexe féminin.

Néanmoins, à ces causes classiques viennent de nos jours s'en ajouter deux principales d'actualité douloureuse : les unes d'origine externe, pourrait-on dire, reposent sur l'insuffisance ou l'irrégularité du chauffage, allant même jusqu'à l'absence complète dans des cas hélas trop nombreux ; les autres d'origine interne basées sur une alimentation progressivement déficiente ; en effet, notre régime actuel est tout à fait pauvre en matières grasses, en hydrates de carbone et surtout en vitamines (lait, beurre, fromages, huile végétale, jaunes d'œufs, viande rôtie, etc.).

Traitement rationnel. — Le traitement préventfi consistera principalement à conseiller aux malades le port de gants et de chaussettes de laine bien larges pour éviter la compression, à éviter l'humidité (essuyage très soigné des mains et des pieds après chaque toilette), le réchauffement trop brusque, et enfin à pratiquer des frictions sèches.

En second lieu, nous instituons un traitement local. Outre les manuluves (à l'eau blanche) et les pédiluves (à la décoction de feuilles de noyer) qui sont toujours classiquement prescrits, nous remplaçons toutes les pommades et onguents par l'application journalière d'une ou plusieurs compresses biologiques (compresses imprégnées d'huile de foie de morue, flétan et chlorophyle) plus connues dans le commerce sous le nom de biogaze dont nous avons constaté l'efficacité dans la cicatrisation rapide des ulcérations même profondes.

Enfin, nous prescrivons un traitement général pour éviter, autant que possible, aux malades, la réapparition de nouvelles poussées d'érythème pernio. Ce traitement consistera surtout en huile de foie de morue — stérols irradiés — sels de chaux — sirop d'iodure de fer — traitement opothérapique, etc..., médicaments auxquels nous adjoindrons des recommandations, quant au régime et quant au chauffage, pour autant que l'état actuel du ravitaillement puisse le permettre.

Dr R. DELPLANQUE.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

QUELQUES CITATIONS A L'ORDRE DU SERVICE DE SANTÉ :

Médecin-Lieutenant CAUSSE Jean,
de l'Ambulance chirurgicale légère 234.

« Médecin animé du plus pur esprit d'abnégasion « et de la plus grande conscience professionnelle.

« Très belle attitude à Troyes et à Auxerre au « cours des journées des 13, 14, 15 et 16 juin 1940 « où, sous un violent bombardement ennemi, il « s'est dévoué sans compter auprès des blessés de- « meurés sans secours.

« A ainsi contribué à sauver de nombreuses vies « humaines ».

(*Ordre général n° 46 D/B, du* 29 *juin* 1940, *citation à l'Ordre, échelon régiment*).

CINQ MOIS DE CAPTIVITÉ.

***

L'aide Major général du service de santé tient à exprimer dès maintenant au MÉDECIN-CHEF ET A TOUT LE PERSONNEL SANITAIRE DE LA RÉGULATRICE DE COMMUNICATIONS N° 7 sa haute satisfaction pour l'admirable effort accompli depuis le 10 mai par cette formation, qui a assumé sans défaillance la tâche de deux régulatrices et obtenu de beaux résultats dans les circonstances les plus difficiles.

Le dévouement et le sang-froid dont elle a fait preuve font honneur au service de santé.

(*Ordre n°* 12.925 *de l'Etat-major du Service de santé, en date du* 2 *juin* 1940).

***

En accord avec le Médecin général Bercher, directeur de la coordination du service de santé dans les régions occupées, le Médecin colonel Wateau, directeur du service de santé de la huitième région, adresse ses félicitations au MÉDECIN-AUXILIAIRE GIRARD JEAN 20e B. O. A, 2e Bie d'ouvrages, défense de Toul, pour le motif suivant.

« Animé des plus hautes vertus militaires et médicales, a donné la preuve éclatante aux combats des 14 au 16 juin 1940, de son courage, de son sang-froid et de son dévouement ».

(*Ordre n°* 1, *du* 30 *décembre* 1940).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Direction régionale à la Famille et à la Santé

La région dans laquelle M. le Professeur Clavelin, nommé directeur régional à la Famille et à la Santé, exercera ses fonctions, comprend les départements du Rhône, de la Loire et de l'Ain.

M. le Professeur Clavelin résidera à Lyon.

(*J. O.*, 1er janvier 1941).

Voir la suite page XLIII-129

PROPOS DU JOUR

QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES PERSPECTIVES DE LA PROFESSION MÉDICALE

Nous sommes en train de vivre une révolution. Ni plus ni moins.

Peut-être, un jour, les graves Messieurs qui en écriront l'histoire feront-ils de cette année 1940 que nous achevons, non sans peine, l'une de ces bornes indicatrices dont ils aiment à jalonner l'histoire. Peut-être nos arrière-neveux diront-ils : 1940 — avénement d'une France nouvelle, comme nous disons aujourd'hui 814 — mort de Charlemagne et démembrement de son empire, 1715 — fin de Louis XIV et du Grand Siècle, 1789 — Révolution Française. Du haut du paradis que nous habiterons alors à coup sûr, ayant largement fait notre purgatoire ici-bas, nous aurons la satisfaction d'avoir décrit, durant notre cahotante vie terrestre, un « tournant de l'Histoire ».

Si pour les citoyens français de 1940 la question peut encore se poser de savoir si cette année de misère aura dans leur destin le rôle décisif qu'ils supposent, pour nous, médecins français, cette question est résolue En 1940 nous avons dit un adieu vraisemblablement définitif au statut professionnel dont nous avions l'usage. L'année qui commence nous verra régis par d'autres normes et établis dans un domaine nouveau. Notre profession a le périlleux honneur de frayer le chemin à un agencement social inédit et de servir d'exemple aux autres professions. Nous voici sûrs désormais de la place que nous tenons dans l'Etat ; pour l'instant, c'est la place de cobayes. Et nous prenons notre sort avec philosophie, nous disant que dans un tel remue ménage, il faut bien commencer par un bout. Autant vaut que ce soit nous qui tenions ce bout là, puisqu'aussi bien nous étions nombreux à penser que « ça ne pouvait plus durer ». Essayons, nous, de durer ! Des cobayes qui se tirent sains et saufs d'une expérimentation acquièrent certains droits aux yeux de l'expérimentateur qui les regarde avec une satisfaction mêlée d'un peu de tendresse. Peut-être l'Etat nouveau *nous réserve-t-il* quelques-unes de *ses faveurs à condition* que nous traversions la séance de vivisection.

***

En attendant, il est permis, et éminemment légitime, de nous demander « ce qui va nous arriver ». Quelques manifestations oratoires et écrites ont bien tracé à grands traits un protocole de l'expérience entreprise. Mais c'est le détail surtout qu'il nous intéresserait de connaître. Au moment de s'allonger sur la table on ne peut se tenir de demander le siège exact et la longueur de la balafre à laquelle on est condamné.

Il nous a été donné de recueillir samedi dernier auprès d'une personnalité particulièrement autorisée pour les donner, les précisions suivantes sur les mesures en cours concernant le sort des médecins. Ces révélations sont d'une importance telle qu'il nous a semblé urgent de les transmettre à nos lecteurs.

En ce qui concerne la loi du 16 août sur l'exercice de la médecine et l'élimination des étrangers : sur les 5 à 6.000 médecins étrangers exerçant en France et qui ont eu à constituer un dossier à l'appui de leur demande d'autorisation à poursuivre l'exercice de leur profession, il nous a été dit que 2.000 dossiers complets sont actuellement soumis à la Commission supérieure. 500 ont é'é déjà examinés sur lesquels les deux tiers environ ont été définitivement éliminés. La Commission se montre sévère ; néanmoins elle estime ne pas pouvoir rejeter hors de la profession certains médecins qui, tout en étant étrangers, ont fait

à la Franee des sacrifices exceptionnels. Le cas nous a été cité d'un médecin étranger dont les deux fils sont morts au Champ d'honneur. Celui-là a été maintenu. On estimera sans doute que c'est à juste titre. Quoi qu'il en soit, si la proportion actuelle des rejets était maintenue par la suite il s'agirait d'environ 3.500 à 4.000 postes médicaux mis à la disposition des Français dans le délai de quelques mois. Il est à noter qu'un certain nombre d'étrangers ont déjà disparu, s'étant éliminés d'eux-mêmes en abandonnant leurs postes.

En ce qui concerne le décret du 20 mai subordonnant toute ouverture de cabinet nouveau à l'autorisation préfectorale, le processus suivant a été adopté : une carte sanitaire est demandée à chaque département où seront pointés tous les cabinets existant à ce jour. Au moment où, désirant s'installer dans tel département, un médecin demandera son inscription au tableau de l'Ordre, en même temps que seront vérifiés son état-civil et sa qualification pour exercer, lui seront indiqués les postes vacants et les postes nouveaux dont, compte tenu des besoins de la population et des possibilités d'exercice, la création est admise. L'on admet une moyenne de cinq à six postes nouveaux par département. L'installation ne sera autorisée que dans l'un de ces postes vacants. Aucun poste en surnombre ne sera désigné. C'est, en somme, réglée sous l'autorité et le contrôle du Conseil de l'Ordre départemental, la question de la répartition des médecins. Le reclassement des médecins à travers le territoire national, rendu indispensable par les circonstances de guerre, se fera dans l'ordre suivant :

1° Alsaciens-Lorrains ;
2° Médecins repliés ;
3° Les Jeunes.

Les Conseils départementaux sont actuellement nommés et les listes seront incessamment publiées. Le Code de Déontologie est achevé et prêt à être publié.

Cette publication sera faite dans le « Bulletin de l'Ordre » en même temps que la composition des Conseils de l'Ordre (national et départementaux) et les divers textes de lois et de décrets régissant désormais la profession médicale.

*
* *

Beaucoup de travail a donc déjà été accompli. Mais le champ est vaste et les difficultés de tous ordres sont grandes.

Les agents responsables *demandent que nous leur fassions crédit* et n'exigions pas d'eux qu'ils usent, en ce domaine hérissé de pièges, d'une hâte fébrile. Toutes ces mesures n'auront de valeur réelle et ne pourront être imposées avec fermeté que si elles ont été prises à bon escient et après une longue étude.

Les époques révolutionnaires pèchent souvent par passion et, à cause de cela, s'abîment dans la violence.

Nos organisateurs entendent se garder d'un tel écueil et faire œuvre durable parce que raisonnable.

Il s'agit donc pour nous de raisonner avec eux et avec eux de mûrir scrupuleusement ce qu'ils sont en train d'édifier.

Nous y avons tout intérêt. Car, pour reprendre ma comparaison, si des cobayes d'expérience ont quelques chances de survivre entre des mains fermes et sachant ce qu'elles veulent, ils ne peuvent que trépasser misérablement si l'expérimentateur bâcle sa besogne.

Le sort de la médecine française est en jeu aujourd'hui. Et nous ne pouvons pas envisager qu'il soit réglé de la façon hâtive dont, naguère, on nous confectionnait des lois.

Et quant à notre propre sort, lequel est en jeu aussi, ne vaut-il pas mieux y regarder à deux fois avant de changer son cheval borgne ? Patience donc !

C'est pour aider précisément nos lecteurs à prendre patience que nous avons voulu leur exposer sans délai ces premières précisions qui leur donneront une idée de l'esprit et du plan général de la reconstruction entreprise, et leur apporteront l'assurance que nous n'en sommes plus au stade des projets mais bien des réalisations.

G. Lavalée.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentations de malades du 10 Novembre 1940

par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE,

Rédigées par M. Lionel VIDART, chef de clinique à la Faculté

1) Un cas d'aphasie motrice post-traumatique

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je vais vous présenter un malade, dont je veux d'abord vous rappeler l'histoire en quelques mots. Le 28 novembre 1939, alors qu'il était à bicyclette, il fut renversé dans la rue par une automobile. Transporté à l'hôpital Marmottan dans un état comateux, il fut dès le lendemain matin transféré au pavillon de chirurgie de l'hôpital Sainte-Anne, à cause d'une vive agitation accompagnée de confusion mentale. Il avait une fracture de la voûte du crâne et, d'urgence, on lui fit une trépanation pariétale gauche. Son état s'améliora rapidement, mais quand il sortit de l'hôpital, trois semaines après l'opération, il parlait d'une manière incompréhensible. Comme vous allez vous-même vous en rendre compte, ces troubles du langage ont persisté et existent encore aujourd'hui.

AU MALADE. — Comment vous sentez-vous ?

LE MALADE. — Quand je suis venu vous voir jeudi dernier, j'avais les doigts un peu... « broids »,... un peu... froids. Aujourd'hui, je suis venu en bicyclette, et, dans la rue, j'ai vu une femme crier après un ... chien. Cette femme c'était... une... concierge.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quand vous ne trouviez pas le mot concierge — aviez-vous oublié la physionomie du mot ? Saviez-vous combien il avait de syllabes ?

LE MALADE. — Oui, entièrement. Je le savais, mais je ne pouvais pas le dire. C'est comme cela pour tous les mots que je cherche.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il s'agit avant tout d'un dysarthrique.

AU MALADE. — Dites-nous le premier couplet de la Marseillaise.

LE MALADE. — Allons enfants de la... farine... Non, je ne peux pas.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Sifflez-le. (Le malade siffle l'air parfaitement.) Ce malade n'a pas d'amusie. Il a d'ailleurs des dispositions auditives et musicales.

AU MALADE. — Qu'est-ce que cela ? (On lui montre différents objets).

LE MALADE. — Ce sont des clefs. Un porte... monnaie. Une... nappe. La chaise. Le tableau noir.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il n'a aucun trouble de la reconnaissance des objets. Il n'a ni cécité, ni surdité verbales. Si nous lui demandons de lire un article de journal devant nous, il le fait très difficilement et on retrouve toujours les mêmes troubles dysarthriques. Il n'a pas non plus d'apraxie.

AU MALADE. — Allumez et éteignez cette bougie.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous voyez qu'il accomplit tous ces gestes très correctement.

Ce malade est très intéressant. Il a conservé tout son langage intérieur. Il pense d'une manière convenable et syntaxique. Les troubles présentés sont uniquement d'ordre moteur. Ce type clinique répond à l'anarthrie de Pierre Marie, à l'aphasie motrice pure de Déjerine. C'est un défaut d'aiguillage dans la praxie du langage articulé, sans aucun autre trouble de



la série aphasique. Il exécute parfaitement les ordres écrits. Il vient de réussir l'épreuve des trois papiers. On a reproché à cette épreuve d'être un peu trop longue, trop complexe pour qui, par exemple, a des troubles de l'attention. Il faut tenir compte seulement des ca réussis.

Du point de vue anatomo-clinique, son cas est d'une clarté cristalline. Cette anarthrie est la conséquence du traumatisme responsable de la lésion corticale dans l'opercule de la frontale ascendante. Nous voyons également la preuve de cette atteinte dans la monoparésie du membre supérieur droit, retrouvée à l'examen.

Cette parésie est du type cortical. Regardez ce cliché radiographique : il montre la trépanation qui a été faite dans la zone correspondant à l'opercule rolandique.

Le problème mérite d'être étudié également sous l'angle médico-légal. Depuis son accident, il y a une très grosse amélioration. Il persiste seulement quelques séquelles anarthriques. Au début l'invalidité était de 100 % ; elle est maintenant de 20 %. La rééducation donne chez lui de très beaux résultats. Il n'y a pas lieu d'essayer ici une ostéoplastie, comme on a pu le recommander autrefois. Il faut le rééduquer progressivement. Il est intelligent et se prête admirablement à cette thérapeutique.

***

2) Affaiblissement intellectuel d'origine artério-scléreuse chez un sujet porteur d'une légère séquelle encéphalitique.

M. Laignel-Lavastine. — Le malade suivant n'a peut-être pas en lui-même un intérêt clinique très particulier.

Je vous le montre pourtant, car il représente un des éléments d'un couple infiniment pittoresque, non seulement au point de vue pathologique, mais au point de vue social. Monsieur Paul est un homme de 55 ans, dont la vie avait été sans histoire jusqu'en 1934 : il enseigna jusque-là, tranquillement, les lettres et l'anglais dans une petite ville du Tarn. Puis sa carrière fut brusquement interrompue par une névraxite infectieuse, dont l'évolution se prolongea pendant près de trois mois.

Au malade. — Quels troubles aviez-vous ressentis à cette époque ?

Le malade. — J'ai été très malade. J'avais une température élevée. Je voyais double et j'avais des vertiges très prononcés.

M. Laignel-Lavastine. — Sa sœur, qui exerçait la médecine à Paris, le fit venir auprès d'elle, afin de le faire profiter des soins des éminents médecins connus d'elle. L'encéphalite guérit. Mais, dans la suite, jamais ce malade ne se sentit capable de reprendre son activité professionnelle.

Au malade. — Pourquoi, une fois guéri, n'avez-vous pas repris vos occupations ?

Le malade. — Ma sœur a préféré me garder auprès d'elle à cause des séquelles laissées par ma maladie.

M. Laignel-Lavastine. — Pourtant, actuellement, les séquelles de l'atteinte du névraxe me paraissent des plus minimes. Son aspect, certes, est un peu celui du parkinsonien. Son faciès est inexpressif, sa parole est monotone ; il marche sans souplesse. Par moments, on trouve une légère hypertonie du côté gauche. Mais il n'y a pas de véritable roue dentée, pas d'exagération des réflexes de posture, pas non plus de troubles de l'accomodation. En somme, vous voyez que le syndrome d'origine encéphalitique est aujourd'hui très fruste. L'état mental est surtout caractérisé par des troubles du caractère et un léger affaiblissement. Paul se disputait avec sa sœur ; quelquefois même il la battait. Son jugement a certainement perdu de sa qualité. Les capacités mnésiques sont intactes. Mais son affaiblissement psychique se traduit surtout par une incompréhension totale de la situation. Sa sœur (vous la verrez dans un instant), est atteinte d'un état démentiel très profond.

Au malade. — Avez-vous remarqué un changement dans le comportement de votre sœur ?

Le malade. — Oui, depuis l'année dernière. Mais elle est toujours très intelligente et nous pouvons très bien reprendre la vie commune.

M. Laignel-Lavastine. — Il ne se rend absolument pas compte de l'état de déchéance intellectuelle, auquel sa sœur est parvenue. Son sens critique est très diminué. Il ressasse indéfiniment les mêmes histoires : les séquelles de son encéphalite, sa sortie immédiate afin de reprendre au plus tôt, avec sa sœur, une vie pourtant bien dûre et bien misérable. J'ajouterai qu'un état de sclérose artérielle est facilement mis en évidence par la perception de ses artères qui sont dures et rigides, et par un clangor entendu à l'auscultation du foyer aortique. L'artério-sclérose est marquée, tandis que les séquelles de l'encéphalite restent minimes. La perte de son sens critique et son irritabilité sont donc des manifestations cliniques d'un affaiblissement intellectuel d'origine artério-scléreuse.

***

3) Démence presbyophrénique de Vernicke

M. Laignel-Lavastine. — La sœur du malade précédent est atteinte d'un état démen-

tiel très particulier. Elle est âgée de 60 ans, et n'exerce plus la médecine depuis plusieurs années. Son affaiblissement intellectuel s'est aggravé progressivement. Aujourd'hui, elle se présente très aimablement, souriante, euphorique ; car elle a conservé l'emploi automatique des formules de politesse.

A LA MALADE. — Quel âge avez-vous ?

LA MALADE. — A peine trente ans.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En êtes-vous sûre ?

LA MALADE. — A peine 27 ans. Peut-être 25 seulement. En tous cas, je ne suis pas très âgée.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Elle a perdu tout souvenir de sa vie professionnelle. Elle se rappelle tout juste avoir été médecin. Elle est incapable d'indiquer quelle était sa spécialité. Elle se croit aujourd'hui chez elle, et s'imagine avoir vaqué à ses occupations habituelles.

A LA MALADE. — Que faites-vous dans la journée ?

LA MALADE. — Je vais dans les églises et les magasins.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Sa mémoire est très troublée dans son ensemble. Elle est aussi incapable d'évoquer avec exactitude un souvenir ancien que de fixer un fait récent. Elle n'a plus aucun jugement et il lui est impossible de satisfaire aux épreuves d'absurdité.

L'épreuve des trois papiers est faite très incorrectement.

A LA MALADE. — Savez-vous calculer ?

LA MALADE. — Bien sûr.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Combien font 8 fois 4 ?

LA MALADE. — 32.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — 6 fois 12 ?

LA MALADE. — 72.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Suivez-moi bien : 24 — 2 ?

LA MALADE. — 22.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — + 6 ?

LA MALADE. — 28.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — — 5.

LA MALADE.....

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Elle peut, comme vous le voyez, répondre encore de façon automatique aux demandes simples de multiplication. Mais elle est incapable d'accomplir le moindre effort un peu suivi d'addition ou de soustraction. En outre, elle ne peut pas donner le nom des objets usuels. (On lui montre une clef, un stylo, un marteau à réflexes).

A LA MALADE. — Qu'est-ce que cela ?

LA MALADE. — .....Je sais très bien ce que c'est.....voyons.....

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous voyez qu'elle n'en reconnaît aucun. Si je lui demande d'allumer une bougie, elle le fera très correctement. On peut donc mettre en évidence quelques éléments d'aphasie *amnésique ; mais elle n'a ni* apraxie, ni agnosie *véritables. Il faut ajouter* qu'elle n'a jamais eu d'ictus, et que l'examen neurologique ne met ici en évidence aucun signe de lésion en foyer. L'état démentiel de cette malade est très avancé. Elle vivait, avec son frère, dans un était d'incurie extrême. Regardez les vêtements, dont elle était couverte au moment de son hospitalisation. Balzac n'a certainement pas décrit de tableaux plus horrifiants. Cette démence est caractérisée surtout par de l'amnésie de fixation et de la fabulation. En raison des troubles verbaux, on aurait pu penser aux syndromes démentiels du type Pick ou Alzheimer. Mais il n'y a chez elle ni agnosie, ni apraxie. C'est une démence du type presbyophrénique décrit par Wernicke. Ces cas s'accompagnent très souvent de légers signes de polynévrite, réalisant un tableau analogue au syndrome de Korsakoff. C'est un état, dont le pronostic est extrêmement grave. Peut-être un jour, saurons-nous modifier les métabolismes qui commandent les lésions cérébrales, et en particulier le métabolisme calcique. Pour le moment, la thérapeutique ne nous permet malheureusement pas d'arrêter l'évolution fatale et progressive de cette démence.



GELURES ET ENGELURES

Traitement des engelures

Les gelures des extrémités (pieds, mains), auxquelles nous avons consacré l'an dernier plusieurs articles (1) sont fréquemment observées actuellement, dans leurs formes superficielles du moins (engelures), en raison du froid, du froid humide, saisonniers, des moyens restreints de chauffage, des longs stationnements dehors nécessités par les difficultés de l'approvisionnement, et peut-être aussi en raison d'une alimentation parfois carencée en vitamines. Champy, Giroud et Coujard ont signalé le rôle de la carence en vitamine B dans la production des gelures (Académie de médecine, 5 mars 1940). Sans revenir sur ces questions, nous désirons simplement rappeler quelques notions thérapeutiques concernant les engelures.

Comme prophylaxie, on recommandera l'usage des moyens de protection courants des mains et des pieds (gants de laine, chaussettes et chaussons de laine, sabots), les exercices des orteils et des doigts, la marche modérée, les applications de corps gras, de graisse formolée à 1 % pour les pieds (Langlois). Ne pas réchauffer les parties refroidies trop brusquement mais au contraire lentement, progressivement.

A la période érythémateuse des engelures, conseiller les frictions à l'alcool, à l'alcool camphré, les lotions à l'eau de feuilles de noyer chaude, les massages avec une pommade contenant de l'extrait d'hamamélis (extrait d'hamamélis, 1 gramme ; cold-cream ou vaseline, 60 grammes), les attouchements à l'alcool faiblement iodé (Tzanck), les applications de pommade à l'ichtyol à 1/50 ou au baume du Pérou (tannin, 0 gr. 50 ; baume du Pérou, 2 grammes ; vaseline ou glycérolé d'amidon, 25 grammes), les frictions avec la solution glycérinée de tannin comme calmant du prurit (tannin, 0 gr. 25 ; eau de rose et glycérine, àâ 50 grammes) ou dans le même but les pommades novocaïnées. Signalons aussi le pansement humide camphro-boraté à saturation de Raymond et Parisot. Associer à ces moyens l'emploi de la méthode biokinétique de Jacquet, recommandée par Brocq. Elle consiste à faire exécuter huit à dix fois par jour, pendant 5 minutes chaque fois, des mouvements de flexion et d'extension des doigts, la main *en élévation*), ou des orteils (mouvements de pédale) le pied étant également en élévation.

Contre l'engelure au deuxième degré, comportant des crevasses et des ulcérations, prescrire des bains locaux à l'eau oxygénee chaude et diluée, des pansements antiseptiques, des applications de liniment oléo-calcaire camphré, de pommade à l'aristol à 1 p. 30 ou de poudre d'aristol, qui agit comme antiseptique et cicatrisant.

Le traitement général, enfin, est souvent indiqué, au cas d'engelures rebelles et récidivantes en particulier : sirop iodo-tannique chez les lymphatiques, huile de foie de morue, arsenic, préparations vitaminées (à action surtout prophylactique, d'après Champy).

***

Les traitements locaux préconisés contre les engelures sont, on le voit, nombreux. Leur efficacité n'est pas toujours, il est vrai, proportionnelle à leur nombre. Comme ligne de conduite, Brocq conseillait de s'adresser, d'abord, au point de vue local, à la médication formulée par E. Besnier, complétée par la méthode bio-kinétique de Jacquet, et au cas d'échec aux diverses autres préparations.

Traitement de Besnier :

1° Baigner les mains (ou les pieds) dans une décoction de feuilles de noyer. Essuyer ;

2° Frictionner à l'alcool camphré ; et

3° Saupoudrer avec la poudre suivante :

Salicylate de bismuth.....	10 grammes
Amidon	90 grammes

M. s. a.

4° Pour calmer les démangeaisons du soir, lorsqu'elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine	àâ 50 grammes
Eau de roses.............	
Tannin	0 gr. 10

F. s. a.

puis poudrer avec la poudre précédente.

5° Si les engelures sont ulcérées, les envelopper avec des feuilles de noyer (aseptisées ou bouillies) ramollies dans de l'eau bouillie chaude.

P. LACROIX.

(1) *Concours Médical*, nos 11 du 17 mars 1940 et 13 du 31 mars 1940 ; et *Concours Médical*, 1939, page 2515.

LA CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE AU GOÛT DU JOUR





L'huile grise

d'après le Docteur G. MILIAN (1)

SES AVANTAGES SERONT ACCENTUÉS GRACE A UNE BONNE POSOLOGIE

Beaucoup de médecins condamnent l'huile grise, alors qu'il s'agit d'un médicament extrêmement précieux dans le traitement de la syphilis. Et cependant le mercure ne doit pas être abandonné comme anti-syphilitique, car il est des cas où il agit, alors que l'arsenic et même le bismuth ont fait défaut, aussi bien qu'il a pu être insuffisant là où l'arsenic et le bismuth ont donné un succès thérapeutique. Il est impossible, à l'heure actuelle, de se priver d'aucun médicament antisyphilitique, d'autant plus que les syphilis résistant à l'arsenic deviennent de plus en plus nombreuses, et que souvent le mercure peut arriver à vaincre cette résistance.

Parmi les médicaments mercuriels, l'huile grise est un des plus pratiques, aussi bien pour le médecin que pour le malade. En effet, elle s'injecte seulement tous les six ou sept jours, ce qui est un avantage très appréciable pour les patients, qui ne sont pas obligés à de trop fréquents déplacements et à des visites trop dispendieuses : facteur important à considérer dans une maladie où les soins durent si longtemps et entrent, dès lors, pour une part notable dans le budget de la famille.

Il est difficile. d'autre part, de substituer à l'huile grise un sel mercuriel soluble, tant à cause de la fréquence obligatoire des injections solubles que des douleurs locales, qu'elles sont capables produire de dans les fesses.

Ainsi, pour que l'activité d'un sel soluble, comme le cyanure de mercure, puisse être comparée à celle de l'huile grise, il faut d'abord que les injections de ce sel soient quotidiennes, car il s'élimine en 24 heures, sinon le résultat thérapeutique est insuffisant. Si l'on veut faire avec le cyanure une cure comparable à celle de huit injections intramusculaires d'huile grise, dose normale, il faudra cinquante injections de cyanure, à une par jour : c'est le temps pendant lequel sont réparties huit injections d'huile grise, et pendant lequel les malades sont en traitement permanent soutenu. Le cyanure de mercure est donc surtout praticable dans les hôpitaux ou les dispensaires.

Le benzoate de mercure s'injecte deux ou trois fois par semaine en injections intramusculaires, à la condition qu'on injecte chaque fois 4 à 5 centigrammes ; mais, à cette dose, ce sel est extrêmement douloureux, à moins qu'on emploie les benzoates indolores, qui tous renferment de la cocaïne, ce qui n'est pas un minime inconvénient. A *noter que Gaucher* recommandait *d'injecter ce sel mercuriel, non* pas dans le muscle, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané. Avec ce procédé, les fesses étaient bourrées de nodosités et ressemblaient à un véritable sac de noix, ce qui n'est pas sans inconvénient, surtout pour les femmes.

L'activité de l'huile grise ne peut pas être contestée ; c'est même un des meilleurs mercuriaux, car le mercure pur qui constitue ce médicament est volatil et, malgré sa désignation d'insolubilité, se répand dans l'organisme avec une très grande rapidité. Ainsi l'on voit usuellement des résultats pour ainsi dire immédiats de l'huile grise, dès la première injection, c'est-à-dire que, dès le lendemain, les phénomènes douloureux (céphalées, ulcérations pénibles, etc.) diminuent considérablement ou s'effacent, et que les lésions sont déjà modifiées au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Cependant, ce n'est le plus souvent qu'après la quatrième ou cinquième piqûre que les résultats apparaissent évidents aux yeux du médecin et du malade. Quelquefois, c'est seulement en fin de cure, vers la septième ou huitième injection, que le succès thérapeutique s'affirme.

Même avantage pour la réaction de Wassermann, que l'huile grise réduit bien souvent, alors que le traitement par l'arsénobenzol intraveineux l'a laissée parfois fortement positive.

Cependant une *posologie* bien établie paraît de première importance. L'expérience a démontré que le dosage d'autrefois était insuffisant, aussi bien comme contenu d'une dose que comme nombre de piqûres. On préconise 10 centigrammes par injection tous les six jours jusqu'à un total de neuf à douze injections, et non plus

(1) *Paris Médical*, 26 octobre 1940.

7 centigrammes par injection, tous les sept jours, jusqu'à un total de six.

Cette posologie ne peut être instituée avec tranquillité que chez les individus d'un poids dépassant 75 kilos, sans obésité, et dont les gencives ainsi que les dents sont en parfait état. Aussi le traitement ordinaire pour un homme de poids moyen consiste-t-il dans l'administration de *huit à neuf injections intramusculaires d'huile grise de* 8 *centigrammes, une tous les six jours.* Avec ces doses, les inconvénients de l'huile grise sont réellement réduits au minimum.

Mais, il y a une précaution essentielle à prendre dans l'administration du médicament. C'est que le dosage en soit excessivement exact. Si le médecin emploie une huile grise à 40 p. 100 comme il est habituel, conservée dans un flacon à large ouverture, il arrive que le mercure se dépose au fond du flacon, et que surnage uniquement l'huile, qui a servi d'excipient. Le médecin a beau agiter le flacon, l'émulsion est toujours imparfaite si bien que, s'il puise avec sa seringue dans la partie supérieure du flacon, il recueille surtout de l'huile et peu de mercure, c'est-à-dire un dosage insuffisant, tandis que s'il prend au fond, il a du mercure presque pur, ce qui fait un dosage exagéré et prédispose aux accidents. Le mieux, pour éviter de semblables erreurs dans le dosage, est d'employer les *ampoules-seringues* toutes préparées, dans lesquelles la dose de mercure à injecter embrasse la totalité de l'ampoule, et par conséquent ne peut pas être dépassée.

Une des grandes qualités du mercure, et particulièrement de l'huile grise, c'est qu'il *n'est pas ou rarement réactivant,* alors que l'arsenic, et même le bismuth, le sont énormément, en augmentant, au début du traitement, par exemple le volume et l'activité de syphilides ulcéro-crouteuses, qui guérissent ultérieurement, bien entendu. Parfois même, c'est un accident nouveau que l'on voit se produire au cours d'une cure bismuthique. Cette absence d'action réactivante paraît précieuse à utiliser quand il s'agit d'un syphilitique, qui n'a pas été traité depuis plusieurs années, dont la syphilis paraît éteinte, et qui, cependant, peut posséder de nombreux foyers latents disséminés dans l'organisme : risques d'une hémiplégie ou de quelqu'autre accident viscéral latent. Avec l'huile grise, il y a toutes chances pour que s'éteignent progressivement les divers foyers syphilitiques en sommeil. Aussi des cures arsénobenzéniques (plutôt réactivantes), faites immédiatement après une cure d'huile grise, se passent sans encombre, sans réactions thermiques ou fonctionnelles, sans réveil d'accidents cutanés ou viscéraux. On n'en peut pas toujours dire autant du bismuth, qui n'a pas le même pouvoir empêchant.

Enfin, l'action de l'huile grise se montre parfois supérieure à celle de l'arsenic ; quand celui-ci a échoué, l'huile grise peut parfois réussir, notamment en éteignant la réaction de Wassermann, jusque là non réduite par l'arsénobenzol, et même par le bismuth.

***

Les inconvénients de l'huile grise restent, en tous cas, minimes

Le dosage, ainsi qu'une bonne administration du médicament constitueront la meilleure prophylaxie des inconvénients de cette substance.

L'huile grise est accusée de provoquer des douleurs au lieu d'injection, ainsi que des indurations et bosses sous-cutanées, avec complication possible d'abcès.

Le principal grief qu'on fasse à l'huile grise c'est la stomatite ; celle-ci dure des semaines ; elle est extrêmement douloureuse, et elle peut s'accompagner de phénomènes gangréneux capables de se propager au pharynx, au larynx et de produire des accidents d'infection, susceptibles d'être mortels. En réalité, les accidents graves de stomatite par l'huile grise sont rares, en regard du nombre considérable de malades traités par ce médicament, et ils le seraient davantage si l'on prenait les soins prophylactiques convenables : traitement préalable des caries dentaires, nettoyage des sillons gingivo-dentaires. La stomatite deviendra exceptionnelle, ou en tous cas, elle n'atteindra jamais un haut degré de gravité, si le médecin surveille soigneusement les gencives et les dents de son patient avant chaque injection, et si le patient lui-même brosse et savonne ses dents après chaque repas, et le soir avant de se coucher. Le Docteur Milian n'a relevé que d'une manière exceptionnelle des stomatites sérieuses, mais jamais il n'a eu à déplorer un cas de mort depuis près de quarante ans de son emploi, tant en ville qu'à l'hôpital.

Il faut aussi ne pas prolonger outre mesure les séries d'injections, comme certains médecins peuvent le faire. En s'en tenant à une série de huit ou neuf injections, la stomatite n existe pratiquement pas. De même, si on proportionne la dose du médicament au poids du sujet, et si l'on ne donne pas la même dose à une jeune femme de 50 kilos qu'à un homme bien musclé de 80 kilos.

Si, par hasard, la stomatite se déclare malgré ces précautions, — en redoublant les soins de propreté et d'antisepsie buccale, en administrant au patient le méthylène-sulfoxylate de soude ou rongalite, contrepoison du mercure, on obtient généralement assez vite la guérison de cet accident. La dose de rongalite *per os* peut atteindre 20 grammes par jour, plusieurs jours de suite ; on peut encore employer une solution concentrée (10 p. 100) à la dose de 250 c. c. par voie intraveineuse, et, en outre, en potion, en instillations rectales ; ces solutions doivent être récentes ; elles s'abîment assez vite à l'air et doivent être conservées en ampoules fermées. Si, par hasard, la stomatite devenait dangereuse, il serait toujours possible de faire faire par un chirurgien l'extirpation du foyer mercuriel, qui persiste dans la fesse et qui entretient l'inflammation buccale.

On peut reprocher également à l'huile grise la grande fatigue, qu'elle provoque chez le patient, véritable asthénie qui lui enlève tout courage physique et même intellectuel. Mais le bismuth, le grand favori du jour, produit les mêmes inconvénients avec une fréquence et une intensité, au moins aussi grande. La colique mercurielle s'observe aussi avec le bismuth, il est vrai avec une moindre fréquence Une des formes de cette asthénie mercurielle est l'impotence sexuelle. Ces divers incidents sont d'ailleurs facilement combattus par l'adrénaline, antidote physiologique, plus exactement antagoniste de ces troubles, qui relèvent de l'insuffisance surrénale, car mercure comme bismuth sont des poisons des capsules surrénales. L'administration de l'adrénaline *per os*, ou en injections intra-musculaires, l'aspirine remédient fort bien à ces divers inconvénients asthéniques.

On a pu reprocher à l'huile grise son infidélité. Cependant, celle-ci agit avec une régularité et une efficacité si précises, qu'on peut prévoir et prédire d'avance la façon dont la guérison de l'accident évoluera. On s'en rend parfaitement compte sur les accidents cutanés ; on voit l'accident cutané, ulcération par exemple, se modifier ou bien à la première injection, ou bien à partir de la cinquième, échéance habituelle. Au delà, il est possible, ce qui est rare, que la manifestation syphilitique résiste à ce traitement.

G. Fischer

ASTHMES D'ORIGINE HÉPATIQUE

Docteur Raymond Mirallès

L'asthme ne doit pas être considéré comme une maladie autonome. C'est un syndrome dont l'étiologie peut être diverse.

Les asthmes d'origine hépatique sont relativement fréquents. Tantôt la cause hépatique intervient seule, tantôt elle s'associe à des épines irritatives d'un autre ordre.

L'étiologie hépatique donne à ces cas d'asthme des attributs cliniques particuliers. Les malades présentent des types constitutionnels dont le plus net s'apparente au type dystrophique « ostéo-conjonctivo-élastopathique » bien individualisé par André Jacquelin.

Les parentés morbides les plus fréquentes sont la migraine, que nous avons notée typique ou atypique, dans toutes nos observations. L'urticaire, l'œdème de Quincke lui sont parfois associés. Plus rarement l'eczéma.

Le syndrome hépatique, à la base de ces asthmes, n'est pas toujours semblable à lui-même. Les petits états de dysfonctionnement hépatique sont les plus fréquents. Ils se manifestent souvent par tout un ensemble de signes psychopathiques que nous avons relevés chez une grande partie de nos malades.

Ces signes hépatiques sont confirmés par les examens de laboratoire. Les troubles du fonctionnement hépatique les plus communément observés par nos analyses sont : l'hypercholestérinémie, l'hyperuricémie, l'hyperoxalémie. Plus rarement nous avons enregistré une augmentation du taux de la bilirubine dans le plasma, une augmentation du taux des composés sulfhydrylés dans les globules. Egalement existe une insuffisance de la fonction protéopexique du foie.

L'épreuve thérapeutique (régime alimentaire surtout végétarien, cholagogues, opothérapie hépatique, cures hydrominérales), par son efficacité, confirme la réalité de l'étiologie hépatique des cas d'asthme que nous avons étudiés.

Le traitement de l'asthme pour être rationnel doit être étiologique. Il doit être aussi individuel : chaque asthmatique relève d'une thérapeutique qui lui est propre (1).

(1) Thèse de Paris. Travail fait à la consultation de l'asthme et dans le service du Docteur Jacquelin.

MAUX DE TÊTE ET FAIBLES VICES DE RÉFRACTION

par Paul Audouin

ophtalmologiste et laryngologiste de l'hôpital de Dieppe

Dans un article paru dans le *Concours Médical* du 24 novembre dernier, M. le Professeur Terrien a justement insisté sur les causes oculaires de nombreux maux de tête. Il est en effet depuis longtemps établi que la grande majorité des céphalées survenant chez des sujets par ailleurs sains disparaissent pour toujours, soit après la correction d'un vice de réfraction de l'œil, soit après un traitement ophtalmologique bien conduit.

Si M. le Professeur Terrien a donné aux troubles de la convergence et aux vices de réfraction évidents la place importante qu'ils méritent, *il est intéressant à plusieurs points de vue* d'étudier également les troubles en rapport *avec de très faibles* vices de réfraction.

En effet, si une myopie inférieure à 0 D 50 n'entraîne que rarement des maux de tête, il n'en est pas de même pour une faible hypermétropie ou un faible astigmatisme.

Dès l'âge de 20 à 25 ans il est très fréquent de constater que les sujets atteints de l'une de ces deux dernières affections présentent des maux de tête qu'il est difficile pour le médecin traitant de rattacher à leur V. R. : ils ne fatiguent pas encore spécialement au travail de près et un examen sommaire de leur acuité visuelle ne permettra pas de le déceler. L'hypermétrope, par une accomodation passagère, et l'astigmate, en clignant, pourront lire les plus fines lettres d'une échelle typographique et ceci d'autant plus aisément que certaines de ces échelles sont erronées ou placées à une distance inférieure à 5 mètres.

Cependant ces efforts obligatoires pour bien voir ne tarderont pas à entraîner :

1° Chez l'hypermétrope une fatigue de l'appareil moteur du cristallin qui se traduira par des douleurs rétro-orbitaires, puis sus-orbitaires en « barre frontale » et enfin crâniennes.

2° Chez l'astigmate, des céphalées plus réduites, mais surtout un tic de clignement que l'on sera tenté, à tort, de mettre sur le compte d'un excès de « nervosisme » ou d'un caprice.

Mais, même si l'examen de l'acuité visuelle est correctement pratiqué, le fait d'avoir pour chaque œil une acuité de 10/10 ne signifie pas que le céphalalgique ne souffre pas d'amétropie. Il arrive fréquemment d'ordonner des verres à des sujets ayant, tout au moins passagèrement, cette acuité considérée comme normale. On ne peut que regretter de ne pas attacher d'intérêt à la mesure d'acuités plus fortes.

De nombreux examens pratiqués incidemment chez des consultants pour affections extra-oculaires nous ont permis de déceler des acuités atteignant 20/10 (vingt dixièmes). Nous utilisons à cet effet une réduction de l'échelle typonormale qui, placée à 5 mètres, permet de juger avec précision de telles acuités.

On comprendra facilement l'utilité de ces mesures car, s'il n'est pas nécessaire d'avoir pour la satisfaction du sens visuel une acuité supérieure à 10/10, on a toujours intérêt à rendre l'image rétinienne aussi nette que possible : non seulement les faibles hypermétropes et astigmates nous sauront gré de ne plus éprouver la moindre fatigue oculaire, mais aussi toute gêne à la lumière trop vive, que le ciel ou la réverbération solaire de régions riveraines de fleuves ou de mers leur provoque, disparaîtra également. Même en été le port de leurs verres correcteurs non teintés leur rendra beaucoup plus de services que des verres fumés dont les moins colorés travestissent cependant les tonalités naturelles.



APERÇUS DE CHIRURGIE DE LA DERNIÈRE GUERRE

Peu à peu, les chirurgiens démobilisés (ou retour de captivité) viennent apporter à la tribune de l'Académie de chirurgie, les résultats de leur pratique de guerre, qui fut surtout active pendant la période, qui restera longtemps présente à nos mémoires, de mai-juin 1940. L'exposé de leurs communications offre un grand intérêt : au point de vue chirurgical et technique d'abord ; ensuite comme témoignage de l'abnégation du médecin et du chirurgien, aux armées, lorsque le devoir, et l'intérêt des blessés le demandent. Nous en avons relevé beaucoup d'exemples dans les travaux présentés à l'Académie de chirurgie, en particulier dans les notes de MM. Blondin, Leclerc et Rouvillois, de M. André Richard, de MM. André Sicard et Bompart. Notons que la plupart de ces chirurgiens ont partagé la captivité de leurs blessés. MM. Sicard et Bompart, en Belgique et dans un petit hôpital du Nord de la France durent soigner, pendant les mois de mai à juillet 1940, de nombreux blessés, avec des moyens rudimentaires et des instruments seulement bouillis ou même simplement savonnés, chirurgie presque de l'époque napoléonienne : et cependant la très grande majorité de leurs opérés guérirent. M. André Richard, à partir du 10 mai, dans une ambulance installée successivement en trois endroits, dut opérer souvent sous la mitraille. Une nuit, au milieu d'une laparotomie, une bombe détruisit le cable électrique d'éclairage et l'intervention fut terminée à la lueur d'une lampe de poche. Une autre fois, le terrain où fonctionnait l'H. O. E. étant bordé par une voie ferrée, un train de munitions fit explosion à 300 mètres, « soufflant » une paroi de la cellule opératoire. Un blessé, préparé à l'anesthésie locale pour extraction d'un projectile de la fesse, sauta instinctivement de la table d'opération pour se cacher au-dessous : il expliqua au chirurgien, avec un certain humour qu'il était venu à lui pour se faire soigner et non pas pour être blessé une deuxième fois ! Ce sont là de belles pages de chirurgie de guerre.

* * *

Note sur le fonctionnement d'une formation chirurgicale dans les Vosges (13 juin-30 août 1940). Statistique de 475 blessés opérés, suivis pendant deux mois, par MM. Sylvain Blondin, Georges-Claude Leclerc, et Claude Rouvillois (Rapport de M. Louis Bazy).

Dans des conditions de technique déplorables, pendant les tristes semaines de juin 1940, l'ambulance chirurgicale lourde 408 a été appelée à fonctionner très activement dans les Vosges. Déployée à Luxeuil, elle s'est trouvée devoir, par suite du repli de plusieurs formations sanitaires, recueillir et soigner nombre de blessés des IIIe, V^e^ et VIIIe armées. Encerclée dans les Vosges, l'ambulance de M. Blondin se déplaça, de Bussang à Gérardmer et enfin à Saint-Dié ; l'installation était là des plus précaire, privée de gaz et d'électricité, les autoclaves alimentés par des lampes à pétrole.

Les blessés de Saint-Dié provenaient soit de la ligne des crêtes (polonais ou indigènes ayant des blessures fraîches), soit de la Meuse, de l'Argonne, de Verdun (blessures plus anciennes, de trois ou quatre jours en moyenne). Beaucoup de ces derniers s'étaient cachés dans les bois et n'avaient atteint qu'au prix de grandes souffrances la formation sanitaire. Ceci explique la rareté des cas de choc traumatique, la rareté des gros délabrements thoraciques ou abdominaux, la survie de tels blessés étant incompatible avec cette dure retraite.

Les anesthésies furent faites à l'éther, souvent à l'éther ordinaire. Il n'y eut pas de complications de l'anesthésie, sauf un cas d'œdème aigu du poumon, chez un prêtre atteint de fracture ouverte de la jambe.

En raison de l'ancienneté relative des blessures, l'action chirurgicale fut surtout une lutte contre l'infection : larges exérèses musculaires, esquillectomies mesurées, immobilisation plâtrée, pansements rares mais bien différents de ce qu'on a voulu appeler la méthode espagnole. Les projectiles n'ont pu être enlevés bien des fois que secondairement, en raison des difficultés matérielles de radiographie.

Un seul cas de tétanos fut observé et guérit par le traitement habituel. Les infections gangréneuses, malgré le retard des interventions, ne furent pas fréquentes (treize cas). Tous les cas guérirent par le traitement chirurgical, le sérum polyvalent antigangréneux et la médication sulfamidée utilisée en poudre localement et *per os* (8 grammes de Dagénan en trois jours).

Les hémorragies secondaires, au nombre de 6, ont été graves. Deux de ces blessés seulement ont guéri.

En résumé, les résultats ont été dans l'ensemble satisfaisants, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles on est intervenu : dix morts sur 475 blessés. Il s'agissait, il est vrai pour la plupart, de blessés des membres.

Fonctionnement d'une ambulance chirurgicale lourde (mai-juin 1940), par M. André Richard.

M. André Richard rend hommage d'abord à ses collaborateurs, à ses chefs d'équipes, Louis Allard, P.-L. Chigot, Cordebar, G. Laurence, ainsi qu'à leurs aides et aux officiers de son ambulance, qui ont continué avec courage leur labeur acharné malgré les bombardements, les conditions matérielles précaires, les déplacements rapides, l'approche de l'ennemi, puis la captivité.

Installée d'abord dans des barraques démontables, l'ambulance reçut le 17 mai l'ordre de départ. C'est à ce moment que se place l'épisode dont nous avons parlé : l'explosion du train de munitions et le cas du blessé surpris sur la table d'opération. Arrivés dans une localité du Nord-Ouest, nouvel ordre de départ, ordre salutaire, car deux heures après, le bâtiment où devait se fixer l'ambulance, au lieu dit « Arsenal » et où les formations antérieures du Service de santé avaient négligé de faire peindre une Croix rouge, sautait. Après deux jours de marches et contre-marches, installation dans une ville du Pas-de-Calais, cette fois encore dans un bâtiment dit « Arsenal ». L'ambulance reçoit alors des blessés allemands, anglais et français à une cadence rapide. Dans la nuit du 22 au 23, l'ambulance est soumise à deux bombardements. Le premier incendie deux voitures sanitaires qui flambent comme une torche, ce qui doit donner aux artilleurs l'impression qu'ils ont atteint un but intéressant dans l' « Arsenal ». Le second coupe les câbles électriques, à 2 heures du matin, alors que M. Chigot opérait un jeune anglais atteint de sept perforations intestinales. L'opération fut terminée à la lueur d'une lampe de poche et le blessé guérit. A 7 heures, les premiers tanks ennemis arrivaient à l'hôpital. Après avoir montré aux officiers qui les commandaient les blessés des salles de triage, de rechauffement et d'hospitalisation, M. André Richard et ses collaborateurs purent continuer leur travail qui resta écrasant jusqu'au 10 juin et très actif jusqu'au 20.

M. André Richard n'a observé aucun cas de gangrène gazeuse chez les blessés soignés par lui. L'excision soigneuse des trajets avec ablation des projectiles repérés et pansement à plat fut la règle pour les plaies des parties molles. Le Dagénan *per os* (en général six comprimés par jour) a été utilisé abondamment avec parfois des injections de septoplix liquide au fond des trajets difficilement extirpables en totalité. On ne s'est adressé au sérum anti-gangréneux que dans les cas où le parage a paru non suffisant ou lorsque déjà l'odeur ou l'aspect de la plaie étaient inquiétants.

Les fractures ouvertes ont en général évolué de façon satisfaisante.

Les plaies de l'abdomen ont présenté divers aspects. Ou bien les lésions et l'état général du blessé n'ont pas permis d'intervenir et il y a eu issue fatale. Ou bien, il s'agissait de plaies du grêle : deux blessés sont morts malgré l'intervention. Ou bien, il s'agissait de plaies du gros intestin : elles ont été suivies de fistules.

Un blessé du cou, resté sept jours sur le champ de bataille, arriva dans un état d'inanition extrême. Le tubage étant impossible en raison d'un spasme infranchissable, une gastrostomie fut pratiquée pour permettre l'alimentation. Le blessé, malgré cette tentative, mourut 24 heures après.

Les blessures du thorax, pour des raisons non déterminées, n'ont pas été très fréquentes. Les plaies en seton par petit projectile n'ont pas donné lieu, en dehors de l'hémithorax, à de notables incidents. L'immobilisation en posture assise, avec utilisation de la morphine pendant les premiers jours a, en général, suffi à leur traitement. Deux blessés avec projectile pulmonaire inclus ont succombé (pyothorax).

Note sur le fonctionnement d'une ambulance chirurgicale en Belgique et sur l'activité d'un hôpital du Nord pendant les mois de mai à juillet 1940, par MM. A. Sicard et H. Bompart (Rapport de M. Sénèque)

Du 11 au 15 mai, leur ambulance étant installée à Fleurus, MM. Sicard et Bompart ont eu à opérer 108 blessés. Parmi eux, 28 p. 100 de polyblessés et très peu de grands choqués, ce qui tient sans doute à ce que, au début de la bataille, les hommes n'avaient pas subi de grandes fatigues et aussi parce que la saison était particulièrement clémente.

Du 19 mai au 1er juillet, le matériel sanitaire et le personnel se trouvant dispersés, ils ont dû organiser à Avesnes-sur-Helpe un hôpital de fortune, d'installation très rudimentaire, où ils durent opérer sans stérilisation à l'autoclave, sans radiographie, sans linge opératoire. Pour les interventions importantes, les instruments étaient bouillis, mais pour les interventions courantes on devait se contenter d'un simple savonnage du matériel opératoire.

Travaillant dans ces conditions, il fallait s'en tenir à une chirurgie très prudente : excision, ablation des projectiles visibles, pansement à plat. Malgré ces circonstances particulièrement défavorables, grâce à leur prudence et à leur habileté, MM. Sicard et Bompart n'ont eu à enregistrer que 95 décès sur 1.200 blessés opérés et suivis pendant plus de deux mois.

P. Lacroix.

LA TECHNIQUE CULINAIRE DANS LES CONDITIONS ACTUELLES

Le Docteur E.-P. DE POMIANE a fait récemment une communication à l'Académie de médecine (1) sur « la technique culinaire actuelle et les aliments de remplacement ». Nous croyons être utile à nos lecteurs en leur faisant connaître quelques données, qui peuvent être intéressantes devant les difficultés présentes du ravitaillement.

La cuisine actuelle consiste à préparer des plats, sous une forme susceptible d'exciter l'appétit ainsi que les sécrétions digestives, et de rendre, physiologiquement utilisables, les aliments les plus disparates, souvent même des aliments quantitativement et qualitativement insuffisants. Or, la cuisson de ces aliments, si elle est conduite à l'aveugle, peut provoquer la destruction complète de leurs principes essentiels, déjà si réduits. Il est donc impossible de cuisiner avec les méthodes du passé.

Avant tout, on doit poser comme principe fondamental que la cuisson de la majorité des aliments doit être aussi courte que possible, tout juste le temps de les rendre gastronomiquement acceptables et, dans certains cas, bactériologiquement purifiés.

Cuisson à l'eau — Un aliment plongé dans l'eau en ébullition subit toujours, superficiellement, soit une coagulation, soit un durcissement, qui s'opposent à la dialyse de ses éléments solubles et à l'oxydation des tissus intérieurs. C'est donc ce mode d'immersion qu'il faut adopter, par opposition à l'immersion dans une eau froide devant être, plus tard, portée à la température d'ébullition ; ce dernier mode favorise la déperdition des vitamines, des sels minéraux et des produits extractifs.

La cuisson de la viande et du poisson devra être de courte durée, à moins que la viande ne soit coriace. Mieux vaut, dans ce cas, ne pas la faire cuire à l'eau, mais la hacher finement, et l'agglomérer ensuite en forme de médaillon de deux centimètres d'épaisseur.

La pénurie de viande n'incite du reste pas à préparer de longues décoctions de viande, telles que le « pot au feu ». On en est réduit, pour faire du bouillon, à employer des comprimés de peptones et d'acides aminés, que l'on fait dissoudre dans une eau bouillante parfumée : celle qui a servi à la cuisson de légumes, par exemple.

La cuisson des légumes doit se faire très rapidement, en récipient couvert. Dans ces conditions, l'air du récipient est chassé par la vapeur, et les légumes cuisent en s'oxydant, au minimum. Les vitamines C sont ainsi préservées. Après une demi-heure de cuisson à l'eau, les légumes perdent déjà la moitié de leur acide ascorbique ; il ne faut donc jamais atteindre ce temps de cuisson.

On peut traiter, par la méthode de la cuisson à l'eau, des végétaux de remplacement tels que : côtes vertes de chou-fleur hâchées, feuilles et tiges de betterave, feuilles de radis, de navets, de bettes, de mouron. Tous ces végétaux ainsi cuits, égouttés, hachés et accommodés avec une graisse ou un fond de sauce, donnent des plats d'une tenue gastronomique très acceptable.

La cuisson à l'eau sera *employée pour la préparation des pâtes alimentaires et d'excellents* succédanés du riz.

Chacun peut préparer des nouilles, en utilisant la farine acquise avec l'excédent de tickets de pain. 150 grammes de farine pétrie, trois minutes, avec 80 grammes d'eau froide, donnent une pâte consistante qui, étalée au rouleau puis découpée en languettes, donne des pâtes alimentaires très savoureuses. Elles cuisent en cinq minutes dans de l'eau légèrement salée. Il ne reste plus qu'à les accommoder avec une graisse ou un fond de sauce facilement préparé, par décoction, avec des os, des carottes, des navets, des oignons préalablement caramélisés au four. Un tel fond de sauce, préparé d'avance, rend des services inappréciables.

Pour remplacer *très avantageusement le riz*, on peut faire cuire à l'eau, des grains de blé ou d'orge mondé. Après cuisson à l'eau, on accommode ces gruaux comme les pâtes alimentaires.

Friture. — C'est une technique à abandonner, en raison de la pénurie de corps gras. Du reste, cette cuisson, à une température voisine de 200°, d'aliments de petite épaisseur, soumis à une vaste surface d'oxydation est, certes, la technique culinaire la plus nuisible aux vitamines.

Grillade et rôti. — Le rôtissage, étant applicable à des morceaux de viande de grandes dimensions, devient une technique peu employée.

Par contre, la grillade constituera le procédé le plus fréquent pour les morceaux de viande de taille réduite : viande tendre en morceaux, médaillons de viande hâchée. Pour faire griller la viande, il faut l'enduire très parcimonieusement, au doigt ou au pinceau, avec de l'huile ou un corps gras fondu. Ceci fait, on pose la viande sur un gril ou une poële très chaude. Dans le cas de poële, il ne faut jamais y déposer le beurre, car, ainsi chauffé, il perd toute ses vitamines. Le

✦✦✦✦

(1) Séance du 25 novembre 1940.

beurre ne doit jamais être soumis à la cuisson ; il est trop précieux ; il sera ajouté dans le plat de service, ou mieux réservé pour les tartines des enfants.

L'étouffée. — C'est une cuisson à la vapeur en vase clos ; elle est excellente ; les aliments cuisent ainsi presque à l'abri de l'air ; les principes qu'ils abandonnent restent dans le jus de cuisson. Ce jus sera consommé avec l'aliment, qui l'a engendré.

Le prototype de la cuisson à l'étouffée est la cuisson en marmite norvégienne, qu'il faudrait répandre le plus possible.

Liaisons. — Le manque d'huile, de beurre et d'œufs fait rejeter actuellement les préparations des sauces mayonnaise, hollandaise, béarnaise, etc.

La liaison à l'amidon consiste à épaissir les jus et bouillons par une addition, judicieusement faite, d'amidon qui se transforme en empois au cours d'une courte cuisson. On fait ainsi des sauces blanches, des sauces brunes. Ces sauces extemporanées serviront à condimenter les légumes et les pâtes, et remplaceront gastronomiquement le beurre. Les sauces blanches peuvent être additionnées, au cours de leur cuisson, avec de la caséine en poudre, les sauces brunes avec du tourteau d'arachide. Tel est le moyen le plus pratique d'employer ces aliments de remplacement. Ces sauces deviennent ainsi un considérable apport alimentaire.

G. F.

POST-HYPOPHYSE ET HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE. DIFFÉRENTES VOIES D'INTRODUCTION ET LEURS INDICATIONS

Docteur Georges MONGARDIEN

Les hémorragies de la délivrance sont pour l'accoucheur une véritable hantise. Bien souvent, en effet, il se trouve dans l'impossibilité de prévoir leur apparition soudaine, leur abondance menaçante et parfois il se voit impuissant devant leurs funestes conséquences.

De tous les traitements proposés pour pallier à ce redoutable accident, l'extrait post-hypophysaire, de par son action stimulante sur la musculature utérine, apparaît comme le plus rationnel et le plus efficace.

Agissant sur la fibre lisse dont il provoque la contraction, cet extrait est bien l'agent stimulant de l'utérus atone auquel il rend ses propriétés de contractilité et de rétractilité. Actuellement, les procédés de préparation et de dosage donnent toute sécurité quant à l'activité de ce produit.

La posologie de la post-hypophyse est une question délicate du fait de la difficulté que l'on a à déterminer théoriquement la quantité liminaire nécessaire, l'excitabilité de chaque utérus variant avec la femme, la longueur du travail, etc...

En France, les ampoules de 1 c. c. que nous avons à notre disposition contiennent soit 5, soit 10 unités internationales. Des travaux récents conseillent d'utiliser des doses faibles variant de 2 à 5 unités. C'est ainsi que Hauch écrit : « Deux unités ont autant d'utilité sinon autant d'action que cinq. »

L'administration de la post-hypophyse, sans danger, doit se faire à des doses, variant suivant les voies d'introduction, de 2 à 10 unités internationales.

Les différentes voies d'introduction de ce produit répondent à des indications bien définies et ont leurs contre-indications précises.

a) Injectée sous le derme préventivement, sitôt l'expulsion du fœtus, la post-hypophyse peut éviter une hémorragie dans tous les cas d'utérus surdistendus ou surmenés.

Curativement, sitôt la délivrance, elle maîtrisera les hémorragies de faible ou moyenne abondance.

b) Injectée lentement par voie intraveineuse, associée à la revision utérine, elle jugulera instantanément les hémorragies dont l'abondance et la soudaineté sont une menace pour la vie de la femme.

c) Cependant, les accidents de shock provoqués par cette méthode feront préférer, dans ces cas de grande inertie, l'injection dans le muscle utérin par voie transabdominale qui, à une activité aussi rapide et aussi efficace, joint une technique plus simple et une tolérance meilleure.

Aussi pensons-nous que cette voie d'introduction est la méthode de choix et c'est elle que nous nous proposons d'utiliser lorsque nous nous trouverons en présence d'une de ces hémorragies massives et soudaines.

L'emploi systématique de la post-hypophyse dans les hémorragies de la délivrance a supprimé dans la majorité des cas la nécessité des transfusions sanguines et transformé le pronostic de l'inertie utérine (1).

(1) Thèse de Paris, 1939.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Réactions allergiques au cours de la menstruation et de la ménopause

Parmi les troubles qui, éventuellement, font cortège à la phase menstruelle, à la ponte ovulaire ou à la ménopause, il en est dont la physionomie affecte avec une particulière évidence le caractère allergique. Il en va ainsi de la migraine, de l'asthme, du coryza spasmodique, de l'urticaire, de la colite muco-membraneuse, de certains œdèmes vaso-moteurs.

Si l'on est en droit de rattacher ces divers phénomènes à une même pathogénie — par l'intermédiaire d'un état allergique — on n'en demeure pas moins indécis quant à la nature de l'agent sensibilisateur, auquel ils sont imputables.

Quand on pense, avec R. Godel, que l'organisme sensibilisé par les produits spécifiques réagirait par une crise d'allergie à l'action de ses propres hormones, — on peut admettre une méthode thérapeutique.

Quelques observations cliniques prouvent l'efficacité du traitement de désensibilisation par voie intradermique, dans certains troubles de la menstruation ou de la ménopause. Il ne faut donc pas renoncer trop tôt à l'endocrinothérapie, dans les cas où la méthode habituelle s'est montrée inopérante. Vingt malades ont été soumises à un traitement de désensibilisation au moyen d'injections intradermiques d'hormone lutéinisante ou de progestérone, et de folliculines. A l'issue du traitement, dix-neuf malades ont vu rétrocéder tous les troubles accompagnant leurs périodes menstruelles. Contrairement aux prévisions, cette thérapeutique a exercé une action efficace, non seulement à l'égard des troubles, dont la nature est reconnue comme allergique, mais encore à l'égard de nombreux symptômes neuro-vasculaires : bouffées de chaleur, anxiété, palpitations, vertiges, frissons, irritabilité, etc.

Le recours à la technique préconisée a permis de restituer leur activité à des femmes qui, depuis plusieurs années, se voyaient condamnées à une inaction intermittente et parfois de longue durée. (*La Presse médicale*, 12 octobre 1940.)

Polynévrite alcoolique ; ses rapports avec l'état fonctionnel du tube digestif

MM. P. Mauriac, R. Saric et J. Ouzacq étudient le problème pathogénique de la polynévrite des alcooliques, longtemps envisagée comme une atteinte directe du nerf par l'alcool, puis comme la conséquence d'une hépatite graisseuse, ou d'infections microbiennes. Leur exposé tend à mettre en évidence les relations, qui existent entre les déterminations polynévritiques de l'alcoolisme et l'état fonctionnel du tube digestif ou des glandes annexes de ces intoxiqués. Ces relations, illustrées par l'étude biologique des cas observés, conduisent finalement à des conclusions d'ordre thérapeutique, dont la pratique médicale fera utilement son profit.

Contrairement à ce qui se passe chez les alcooliques sans polynévrite, le chyme gastrique des polynévritiques présente certains troubles, qui semblent relever d'une profonde carence en vitamine B. Or cette vitamine semble avoir une action favorable, souvent rapide et manifeste, sur quelques-uns des troubles gastro-intestinaux des alcooliques. Sur les troubles polynévritiques, l'action est variable ; elle est à peu près constante, généralement manifeste et rapide sur les troubles sensitifs ; elle est moins constante, et en général moins rapide sur les troubles moteurs ; elle est plus rare sur les troubles réflexes. Ces effets sont d'autant plus certains, plus manifestes que l'atteinte polynévritique est moins ancienne.

La vitamine B1 doit être employée par voie parentérale en injections intra-musculaires ou intra-veineuses. Une amélioration ainsi obtenue, il est bon d'avoir recours à une alimentation équilibrée, riche en vitamines naturelles, et à l'administration orale de vitamines, sinon exclusivement, du moins comme appoint à la thérapeutique parentérale.

La vitamine B1 doit, de plus, être donnée de façon massive : 20 milligrammes par jour paraissent être la dose moyenne journalière efficace. Cette thérapeutique ne paraît comporter aucun danger. L'existence de lésions cirrhotiques du foie semble apporter une gène à l'action favorable de la vitamine B1.

En résumé, ce sont les polynévrites avec achylie, et sans atteinte hépatique importante, qui, toutes choses égales par ailleurs, répondent le mieux à la vitaminothérapie. On peut ainsi prévoir, pour la généralité des cas, l'action favorable certaine, mais non totale, de la vitamine B1. (*Paris Médical*, 2 novembre 1940).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Des doses élevées de sucre sont nécessaires aux petits enfants

(M. P. NOBÉCOURT ; 15-10-1940)

L'allaitement maternel permet d'apprécier, en partant de la quantité de lactose contenue dans la ration alimentaire, la quantité de sucre nécessaire aux nourrissons. On arrive à des chiffres globaux allant, pour un mois, de 1.110 grammes de lactose à 2.100 grammes, pour les enfants de 3 à 8 kilogrammes de poids du corps.

Or, le lait de vache est moins riche que le lait de femme en lactose. Pour les mêmes enfants de 3 à 8 kilogrammes il conviendra d'ajouter au lait de vache, dans l'allaitement artificiel, une certaine quantité de sucre allant pour une durée de un mois de 570 grammes à 480 grammes. Le calcul de ces chiffres tient compte du coupage du lait de vache, le lait donné pur à l'enfant de 4 mois contenant naturellement deux fois plus de lactose que le lait coupé à parties égales donné au nouveau-né. Les quantités en question sont des minima.

Dangers de la sous-alimentation pour l'enfance et l'adolescence

(M. André MAYER ; 22-10-1940)

La sous-alimentation est particulièrement nuisible à l'âge de la croissance, chez les enfants et les adolescents.

M. André Mayer rappelle les expériences de Mac Kay et de Maynard. On nourrit des rats de race connue avec une alimentation contenant tous les éléments nécessaires. On les observe, on suit leur croissance et leurs transformations jusqu'à la sénilité. A un autre groupe de même race, on fournit la même alimentation, complète et équilibrée, mais à partir d'un certain moment au cours de la croissance, on donne une quantité insuffisante d'aliments. La croissance s'arrête. Les animaux demeurent infantiles jusqu'à leur mort. A d'autres, dont on a aussi arrêté la croissance, on rend la quantité d'aliments normale. La croissance reprend. Seulement, quand la croissance a été arrêtée un temps assez long, jamais les sujets n'atteignent la taille et le poids des sujets normaux, et on observe des signes évidents de dystrophie, en particulier sur le squelette.

Le déséquilibre de la ration est d'ailleurs tout aussi nuisible que son insuffisance.

Ce que l'on produit à volonté sur les animaux de laboratoire, la clinique humaine le montre malheureusement trop souvent réalisé chez l'enfant et l'adolescent. Au cours de l'enfance et de l'adolescence les besoins alimentaires sont considérables. De 13 à 18 ans, se place un âge particulièrement délicat. L'accroissement normal d'un garçon de trois à dix ans est de 1 kgr. 500 à 2 kilogrammes par an ; celui d'un garçon de treize à dix-huit ans est de 4 à 6 kilogrammes. Renault, Nobécourt, Mouriquand, Richet font remarquer que non seulement la ration de l'adolescent doit être forte, mais encore qu'elle doit être riche en protéines et surtout en protéines animales.

Ce n'est pas seulement l'arrêt de la croissance que la malnutrition amène chez l'enfant et l'adolescent. Est-il besoin de rappeler les effets des précarences et des carences affirmées ? En ce qui concerne la vitamine A, l'héméralopie, les kératoconjonctivites, la xérophtalmie ; la vitamine B1, les syndromes œdémateux, les polynévrites ; la vitamine C, la fragilité vasculaire, les phénomènes scorbutiques ; la vitamine D, les troubles d'ossification, le rachitisme.

De là s'ensuit la nécessité, dans les circonstances présentes, de surveiller de près le développement des enfants et des adolescents. Il conviendrait de réserver par priorité aux enfants reconnus en état de déficience, les aliments indispensables à la croissance, ceux qui contiennent en abondance les acides aminés nécessaires, et les vitamines de synthèse.

A propos des intoxications déterminées par les appareils de chauffage

(M. Léon BINET ; 29-10-1940)

Après avoir rappelé les principales manifestations cliniques de l'intoxication oxycarbonique (céphalée, vertiges, somnolence, asthénie, coma), M. Binet fait connaître que son service de Necker est aménagé en vue d'assurer un traitement efficace aux victimes de cette intoxication. On y a réuni un appareil à respiration automatique et à inhalation d'oxygène, et divers modèles de poumons d'acier.

La transfusion combinée à la saignée peut amener la désintoxication de ces malades mais l'inhalation d'oxygène est capable, plus simplement, d'aboutir à des résultats du même ordre.

L'oxygénothérapie doit être mise en action aussi précocement que possible. Y associer les injections d'éphédrine. On sait que l'animal intoxiqué et plongé dans le coma oxycarbonique peut sortir brusquement de ce coma sous l'influence de l'injection d'éphédrine.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Grippe à forme vasculoplégique, pulmonaire et rénale avec azotémie aiguë

(MM. Et. May, Mozziconacci et Mme Wetzlar ; 16-8-1940)

Dans les maladies infectieuses, il faut aujourd'hui compter avec les troubles vaso-moteurs d'origine neuro-végétative, et la vaso-dilatation intense provoquée par l'altération du sympathique explique pour une part les symptômes et les lésions de bien des pyrexies ; ainsi en est-il du syndrome malin des diverses infections. Toutefois, les faits cliniques de ce genre ne sont pas encore très nombreux.

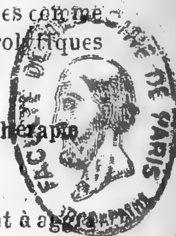
L'intérêt de cette observation réside dans l'association, au cours d'un état grippal, de phénomènes pulmonaires et rénaux aigus, dont les caractères et l'évolution sont assez particuliers. Les signes pulmonaires ont été marqués par une dyspnée extrême avec petites hémoptysies répétées et une auscultation négative à l'exception d'un petit foyer de râles fins sous la clavicule droite ; la radiographie montrait des opacités multiples dans les deux poumons. Quant aux accidents rénaux, ils étaient caractérisés, à côté d'une oligurie avec albuminurie banale, par une azotémie considérable atteignant 4 gr. 50 par litre. Malgré l'apparence d'extrême gravité de cet état, tous les accidents régressèrent avec une très grande rapidité, à tel point qu'en une dizaine de jours, l'image radiologique pulmonaire, comme le taux de l'urée sanguine, étaient redevenus normaux.

L'hypothèse d'une broncho-pneumonie à noyaux disséminés et accompagnée d'une néphrite aiguë ne paraît guère soutenable. Les signes radiologiques n'auraient pas disparu aussi vite et aussi complètement ; il s'agirait plutôt de troubles vaso-moteurs, et même, d'une forme vaso-motrice de la grippe, ou encore d'une forme vasculoplégique, ceci dit de façon à marquer la différence avec un autre trouble vaso-moteur, qui est l'œdème aigu du poumon, dont on ne relevait aucun des signes : œdème, expectoration abondante et mousseuse. L'élément essentiel est ici la paralysie vaso-motrice du poumon avec vasodilatation intense, entraînant une stase et une hypertension, qui peuvent aller par places jusqu'à des ruptures vasculaires, génératrices d'hémoptysies.

De la même façon il faut interpréter l'histoire rénale. Là encore, ce qui domine c'est la brusquerie de l'évolution, cette sorte d'azotémie paroxystique qui, en quelques jours, monte à près de 5 grammes par litre, et, en quelques jours ausi, revient à son taux normal. Il ne s'agit pas ici de lésions inflammatoires par néphrite aiguë, mais bien d'une brusque paralysie vaso-motrice du rein, d'origine sympathique, entraînant un blocage fonctionnel de l'organe, mais un blocage susceptible de rétrocéder aussi vite qu'il est venu et probablement, comme au niveau du poumon, de ne laisser aucune trace durable, aucune amorce pour le développement d'une lésion chronique ultérieure. Un des exemples les plus typiques de ces lésions rénales paroxystiques est fourni par les azotémies post-arsénobenzoliques. Il en serait de même de certains troubles rénaux des maladies infectieuses.

Ces formes vasculoplégiques de la grippe sont intéressantes à connaître, car elles prêtent notamment à une confusion avec la tuberculose pulmonaire aiguë. D'autre part, si pareils accidents peuvent régresser rapidement, il n'en est pas toujours ainsi ; quand ils se prolongent durant un certain temps, il peut s'en suivre des lésions définitives, pouvant aller jusqu'à la mort.

Le traitement devrait s'inspirer de la pathogénie et s'efforcer de contrebalancer le trouble neuro-végétatif par l'emploi de sympathico-mimétiques comme l'adrénaline ou l'éphédrine, ou de vagolytiques comme l'atropine.



Néphrites érysipélateuses et sulfamidothérapie

(M. A. Lemierre ; 23-8-1940)

Parmi les facteurs qui jadis contribuaient à aggraver le pronostic des érysipèles, les complications rénales étaient peut-être les plus redoutables. D'emblée, chez les érysipélateux atteints d'une néphrite chronique, on voyait presque à coup sûr s'installer une oligurie extrême avec hématurie et albuminurie, ou même anurie totale ; le taux de l'urée sanguine s'élevait rapidement et le patient succombait en quelques jours. Les néphrites aiguës elles-mêmes se développant dès le début ou presque au début de l'érysipèle prenaient souvent une évolution fatale. Il semble que, dans l'érysipèle comme dans d'autres infections aiguës d'ailleurs, l'organisme soit difficilement capable de résister à l'assaut conjugué de l'agression microbienne et de l'insuffisance rénale.

Si la maladie infectieuse n'est que de courte durée ou si la néphrite aiguë ne se produit que tardivement, au moment où régresse l'infection, le facteur microbien étant éliminé, les lésions rénales évoluent dès lors pour leur propre compte et ont toutes les chances de s'amender spontanément avant que la rétention azotée ait atteint un taux incompatible avec l'existence.

Or, depuis que l'administration de sulfamides entraîne régulièrement chez les érysipélateux une chute thermique définitive en vingt-quatre ou trente-six heures, bientôt suivie d'une régression de la plaque, le pronostic des complications rénales s'est complètement transformé.

Deux observations de néphrites aiguës hémorragiques, apparues dès le début de l'érysipèle, ont été d'une bénignité relative, à laquelle on n'était pas habitué autrefois et qu'il faut attribuer à l'arrêt brusque de l'infection grâce au chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.

G. F.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître..

Chez Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

M. Virenque, chirurgien de l'Association des blessés de la face. — **Chirurgie réparatrice maxillo-faciale. Autoplastie. Prothèse. Restauration.** Un vol. 18 × 27, 260 pages, 234 fig., 1940. Broché : 225 francs. Cartonné : 250 francs.

C. Claoué. — **Chirurgie plastique abdominale.** Cure chirurgicale de la ptose cutanée abdominale. Ventre en tablier. Un vol. 68 p., 40 fig., 1940.

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Prof. Emile Sergent. — **Suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et médiastinales.** Etude clinique médico-chirurgicale. Un vol. 312 p., 78 fig., 1940. Prix : 85 francs.

A. Maurer. — **Les plaies vasculaires récentes et leur traitement.** Un vol. 11 6p., 37 fig., 1940. Prix : 32 francs.

R. Thurel. — **Traumatismes cranio-cérébraux.** Un vol. 80 p., 1940. Prix : 32 francs.

J. Fiolle et J. Delmas. — **Découverte des vaisseaux profonds par des voies d'accès large.** Préface du Professeur Pierre Duval. 2e édition. Un vol. 84 p. 34 fig., 1940. Prix : 28 francs.

Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications :

Pierre Oury et Xavier Larmurier, médecin chef et ancien interne de l'Asile national de Saint-Maurice. — **Troubles cardiaques et troubles vasculaires au cours des affections gastriques.** Préface du Professeur Laubry. Un vol. 110 pages, 1940. Prix : 22 francs.

F. Dumarest, P. Brette, J. Germain et P. Laval. — **Le drainage endo-cavitaire avec aspiration.** Un vol. 120 p., 28 fig., 1940. Prix : 20 francs.

Jean Barbier et G. Piquet. — **La sédimentation sanguine en pratique médicale courante.** Préface du Professeur J. Froment. Un vol. 140 p., 22 fig. Prix : 28 francs.

Les Nouvelles Editions françaises
21, rue Amélie, Paris VIIe

Docteur Fernand Querrioux. — **La médecine et les Juifs** selon les documents officiels (collection « Les Juifs en France »). Un vol, 128 pages. Prix : 10 francs.

Dunod, éditeur
92, rue Bonaparte, Paris (VIe)

Plus d'essence, comment rouler ?..., par H. Petit, ancien élève de l'Ecole polytechnique, rédacteur en chef de *La Technique automobile*. 148 pages 12 × 18, avec 3 figures, 1941, broché 26 francs.

Il se trouve qu'à l'heure actuelle, par suite des circonstances, l'approvisionnement en essence et gas oil est devenu pratiquement impossible. Il y a donc très grande pénurie, sinon dénuement complet de ces combustibles.

Pour tous ceux qui utilisent l'automobile, le problème s'est posé et se pose de savoir comment on pourra remplacer ces combustibles.

L'auteur indique d'abord comment on peut utiliser au mieux les faibles ressources qui nous restent. Il passe ensuite en revue les diverses sources d'énergie assez nombreuses qui peuvent être utilisées pour remplacer l'essence et le gas oil.

La chimie notamment nous offre, de ce point de vue, de nombreuses possibilités. Malheureusement, un grand nombre de ces combustibles ne peuvent trouver d'application d'ordre pratique parce que leur production est insuffisante.

L'auteur est donc amené dans chacun des chapitres consacrés aux différents carburants, à examiner d'abord les possibilités de production ; il établit ensuite les conditions d'utilisation en indiquant quelles transformations doivent subir les moteurs pour s'accommoder des combustibles nouveaux.

Une large place est faite dans ce livre au gaz d'éclairage, comprimé ou non, et à l'alcool.

Il examine également les combustibles moins répandus; mais néanmoins intéressants tels que l'hydrogène, l'alcool méthylique, etc...

Il ne consacre qu'un court chapitre aux gazogènes.

La voiture à vapeur n'est pas oubliée.

Quant à la voiture électrique, elle présente des possibilités d'exploitation très grandes pour certains cas particuliers et bien déterminés.

Cet ouvrage, comme les ouvrages précédents du même auteur, est rédigé dans un style simple, clair, à la portée de tout le monde, et rendra de ce fait des services certains à tous les automobilistes... en panne d'essence.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

● ●

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES « TEMPS NOUVEAUX »

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE

Le Docteur Raphaël Massart a publié dans le numéro du 22 décembre du *Concours*, sous le titre « Des temps nouveaux », un excellent article.

Je voudrais en reprendre quelques points pour insister sur leur importance.

Il déclare « Le syndicalisme médical s'était très vite usé. Basé sur l'élection, il en portait toutes les tares ». On ne saurait mieux dire.

En effet, alors que les dirigeants du Syndicat étudiaient mûrement et posément une question, il leur arrivait de voir surgir lors de l'Assemblée générale une majorité de confrères qui, sans avoir réfléchi, sans avoir pris de renseignements, se laissaient guider par ce qu'ils considéraient, souvent à tort, comme leur intérêt personnel immédiat, ou emballer par les paroles enflammées d'un orateur de carrefour. Un jour par exemple, il y a une quinzaine d'années, au Syndicat des électroradiologistes, nous fûmes très surpris de la présence inaccoutumée d'un très grand nombre de provinciaux. Ils s'étaient monté la tête par correspondance et arrivaient de tous les coins de la France pour faire masse. Ils proposèrent une motion qui n'était pas prévue à l'ordre du jour et la votèrent. Cette motion était très préjudiciable aux intérêts des constructeurs français et favorisait leurs concurrents étrangers. Nous eûmes bien du mal à empêcher nos fournisseurs habituels d'intenter une action contre le Syndicat, action dans laquelle les tribunaux leur auraient certainement donné raison.

En nous laissant conduire par le suffrage universel nous transformions le libéralisme en anarchie, car la plus grosse part des votants n'était guidée que par l'inspiration du moment. Il en résultait dans nos décision une incohérence manifeste. C'est cette incohérence qui incitait l'Etat à nous *étatiser* de plus en plus : puisque nous ne savions jamais exactement ce que nous voulions, que nous n'étions pas capables de nous mettre d'accord, il n'y avait qu'à nous imposer des directives. Si ces directives n'étaient pas conformes à ce que nous pensions être nos intérêts ou si elles blessaient notre dignité, la faute en était à nous qui n'avions su ni prévoir ni proposer en temps utile les mesures nécessaires.

Enfin il faut bien avouer que certains syndicalistes *avaient au moins parfois des arrière* pensées politiques. Est-il besoin de rappeler qu'il fut un temps où le Syndicat des médecins de la Seine manifestait des velléités de s'inscrire parmi les ouvriers à la Bourse du travail. A ce propos je me rappelle un banquet du *Concours Médical* (c'était au temps où existait une intimité très grande entre le *Concours* et les Syndicats) : un délégué ouvrier avait été invité et nous avait gratifié d'un discours aux phrases creuses et pompeuses où il évoquait la fraternité des prolétaires aux mains noires et des prolétaires aux mains blanches. En sortant de table pour aller prendre le café je me trouvai près de lui, je lui demandai de me *montrer* ses *mains* : elles étaient très blanches, très soignées, sans le moindre durillon, et avaient des ongles polis et fort longs. Je lui présentai les miennes dont les ongles étaient cassés par les différents travaux de mécanique auxquels ma spécialité me forçait à me livrer, qui étaient tachées par les produits photographiques et qui présentaient déjà une radiodermite accentuée. « Cher camarade, lui dis-je, quel est de nous deux le prolétaire aux

mains blanches ?» Parmi les confrères qui nous entouraient la plupart partirent d'un éclat de rire ; mais quelques-uns se montrèrent très scandalisés de mon irrévérence.

Massart a tout à fait raison quand il affirme que le syndicalisme était incapable de faire aboutir les mesures les plus importantes et les plus justes.

Il a encore tout à fait raison quand il déplore la facilité aux examens. Je ne sais ce qu'elle est devenue ces dernières années ; mais elle était déjà beaucoup trop grande aux temps lointains où j'étais étudiant. Si quelques émotifs étaient systématiquement recalés, parce qu'ils perdaient la tête (j'en ai connu de près deux, qui, travailleurs consciencieux, mirent cependant de bien longues années pour arriver à leur thèse), il y avait des débrouillards qui se tiraient d'affaire. Je n'en citerai que deux exemples. Un étranger exagérait devant les juges son ignorance du français et répondait systématiquement « je ne comprends pas la question » jusqu'à ce que l'examinateur lassé lui dise « Alors, dites-moi ce que vous savez ». Il baragouinait le seul sujet *qu'il connût* et était en général reçu. Un de mes amis passait avec moi son examen d'obstétrique. Comme il avait été absolument nul et que c'était la deuxième fois qu'il se présentait, le jury le fit appeler lors de la délibération pour le prévenir qu'on allait l'ajourner à six mois. Il pleurnicha et exposa que son oncle, médecin de campagne, dont il devait prendre la succession, étant mort subitement quelques mois auparavant il avait été forcé de partir d'urgence pour assurer le remplacement ; il n'avait donc pu ni faire son stage d'accouchement ni étudier dans les livres. Apitoyé et ne voulant pas lui faire perdre sa situation le jury le déclara reçu.

Cette indulgence était certainement bien fâcheuse pour les premières femmes qu'il aurait à accoucher. Mais ce qui fut trop longtemps la règle en notre pauvre pays : l'intérêt particulier passait avant l'intérêt général.

J'estime que si les praticiens avaient eu, comme cela a lieu au Canada, un droit de regard sur les actes de la Faculté, leur représentant eut protesté, non seulement pour le bon renom du Corps médical, mais dans l'intérêt des malades.

Enfin je voudrais dire combien j'approuve Massart lorsqu'il demande la qualification des chirurgiens et des spécialistes. Il est vraiment inadmissible que le diplôme donne le droit de faire n'importe quoi sans préparation. Les activités médicales sont extrêmement étendues, c'est là une constatation indéniable. Il en résulte que l'étudiant ne peut, au cours de ses études, prendre que des teintes très superficielles de certaines branches de notre art qui ne sont pas de pratique courante. Il est donc indispensable que, s'il désire ne pas faire de médecine générale, il apprenne plus complètement les rudiments nécessaires pour utiliser des techniques avec lesquelles il n'est pas familiarisé. On peut nous répondre que c'est diminuer la valeur de notre parchemin ; mais cette objection n'a pas une valeur suffisante. Pour que ce parchemin nous donne le droit de nous proclamer spécialiste en tout, il faudrait qu'il consacre des études ayant porté également sur tout. Une vie tout entière ne nous permettrait pas alors d'arriver à passer notre thèse. Tant pis pour la dignité du diplôme ! Je suis père de famille et quand un de mes enfants a besoin d'être radiographié ou opéré, je demande à être sûr que le médecin auquel je m'adresse est un radiographe ou un chirurgien. Puisque nous entrons dans des « temps nouveaux » nous devons nous occuper de donner au client le moyen de savoir si le spécialiste est digne de notre confiance et de reconnaître s'il est qualifié.

Pour que notre profession retrouve le prestige auquel elle a droit, il nous faut accepter des modifications à nos habitudes. Cela gênera peut-être quelques uns ; ils doivent s'y résigner. Nous sommes restés trop longtemps à stagner sans évoluer, pour qu'un peu de révolution ne soit pas devenu nécessaire.



A PROPOS DE LA RÉPARTITION DES MÉDECINS

Je suis de l'avis du Docteur Noir quand il affirme que ceux qui ont émis l'opinion qu'il n'y aurait pas surabondance de médecins mais une mauvaise répartition, ne se sont pas suffisamment enquis des causes pour lesquelles certains pays étaient dépourvus de médecins. Trop de médecins en ville veulent-ils dire, pas suffisamment à la campagne.

Je pose en principe qu'un *vrai* médecin de campagne, pour gagner sa vie modestement et honorablement doit avoir au moins 4.000 habitants dans son périmètre d'action, s'il n'a affaire qu'à des villages ou hameaux disséminés dans un rayon de 12 à 15 kilomètres. Par contre dans la clientèle urbaine un médecin avec 1.200 ou 1.500 habitants aura une situation souvent plus rémunératrice.

En effet il faut admettre la robustesse plus grande des campagnards vivant au grand air, d'une vie active et d'une nourriture en général saine et abondante, et aussi leur dureté plus grande vis-à-vis de la douleur et de la maladie : le paysan ne s'alarme pas très facilement devant certains symptômes qui disparaîtront peut-être le lendemain et lui éviteront les frais d'une visite médicale.

Il faut aussi considérer les difficultés de locomotion pour se rendre au cabinet du médecin quand il s'agit de vieillards ou d'enfants, base de notre clientèle, alors que les adultes peuvent venir en bicyclette ou à pied.

Et surtout il faut se rendre compte de la cherté relative des tarifs de nos visites avec déplacement, un malade habitant à 15 kilomètres et payant 80 francs de visite au tarif syndical minimum a une tendance indiscutable a n'appeler le médecin qu'en cas de gravité extrême, alors qu'en ville il pourrait avoir une visite à vingt ou vingt cinq francs. Il ne faut pas croire qu'à la campagne il n'y a que des agriculteurs cossus vendant cher leurs produits mais il faut compter qu'il y a des ouvriers, des petits artisans, d'humbles commerçants, des petits rentiers dont les ressources modestes sont grevées largement par la maladie et ses conséquences.

Si le médecin de campagne n'habite pas une localite tant soit peu importante dont les habitants auront des facilités pour venir le consulter ou lui demander de venir les visiter à des prix abordables pour eux, s'il n'a que des visites à domicile pour des localités plus ou moins éloignées où on ne l'appellera que pour des cas d'urgence relativement rares, il aura une situation assez difficile, il fera un chiffre d'affaires important mais largement obéré par de gros frais de locomotion.

J'ai parlé de la dureté des campagnards vis-à-vis de la souffrance. J'en ai eu maints exemples depuis 36 ans que j'exerce dans ce milieu.

Il m'est arrivé un jour d'être mandé d'urgence près d'une dame toute alarmée parce qu'en urinant elle avait entendu un petit caillou choquer le fond de son vase de nuit. Elle ne souffrait nullement et n'attachait pas grande importance à une crise de colique néphrétique qui l'avait tourmentée la veille d'une façon abominable, pensant que cette douleur finirait par se passer. Mais la chute de ce caillou lui avait paru insolite.

Une autre dame avait supporté patiemment une colique hépatique et ne m'a appelé que parce que son entourage lui avait révélé qu'elle était toute jaune.

J'ai parlé également de la cherté relative de nos visites à domicile. Les visites qu'on me paie 80 francs se montaient à 18 francs avant 1914 alors que la vie était dix fois moins chère et que l'essence se payait 0 fr. 40 le litre au lieu de 5 fr. 80 actuellement. Je le faisais remarquer dernièrement à une cliente située à 16 kilomètres de mon domicile qui, jadis, me payait une visite 18 francs, le prix de 12 livres de beurre à 1 fr. 50 et trouve maintenant que c'est chez de payer 80 francs soit 5 livres de beurre à 16 francs.

Ce n'est pas moi qui suis le profiteur des circonstances actuelles.

Dr G. T.

ASSURANCES SOCIALES



NOMENCLATURE DE PRATIQUE MEDICALE COURANTE APPLICABLE POUR LES ASSURANCES SOCIALES

(*Arrêté du* 19 *mars* 1940)

A la demande de nombreux lecteurs dont les archives ont été dispersées ou détruites au cours de la guerre, nous publions de nouveau ci-dessous le texte de l'arrêté du 19 mars 1940 relatif à la nomenclature de pratique médicale courante des Assurances sociales qui avait paru dans notre numéro du 7 avril 1940, maintenant épuisé.

Nous y ajoutons le texte d'une circulaire du 24 mars 1940, adressée par le ministre du Travail à MM. les Directeurs des Services régionaux des Assurances sociales pour l'application de cet arrêté.

Ces deux textes sont pour le praticien d'une utilité primordiale, car ils sont appelés à les consulter journellement. Ils méritent même de figurer en bonne place dans le numéro documentaire que nous avons consacré aux tarifs des Assurances sociales, et que nous nous proposons de republier prochainement avec les modifications nécessaires. Ce numéro est maintenant épuisé et le courrier de chaque jour nous apporte cependant des demandes qui y sont relatives.

En outre, en ces temps où le médecin est accoutumé à tendre le dos aux coups... et l'argent aux sébilles des collecteurs plus ou moins officiels, les documents que vous allez lire pourront, au contraire, provoquer chez lui un mouvement de satisfaction — une fois n'est pas coutume ! — et ceci pour deux raisons.

1° A compter du 1er avril 1940 — en fait, du 1er octobre 1940, s'il faut en croire la Circulaire — la *nouvelle nomenclature* de pratique médicale courante *est applicable à l'ensemble du territoire français.* C'est là une innovation importante, reconnue depuis longtemps nécessaire ; car sous l'empire de la précédente nomenclature, aujourd'hui annulée, non seulement *les chiffres-clés,* mais aussi les *coefficients* adoptés pour un même acte de pratique médicale courante variaient de façon appréciable d'un département à l'autre.

Aujourd'hui, *si les chiffres-clés continuent à varier suivant l'importance de la population* des villes ou contrées dans lesquelles les soins sont donnés, les *coefficients* à leur appliquer *sont obligatoirement les mêmes partout.*

La nomenclature nouvelle est plus complète et plus détaillée que l'ancienne, ainsi que nos lecteurs pourront s'en rendre compte. Si le taux des coefficients à appliquer a été, dans certains cas, réduit par rapport à celui figurant sur l'ancienne nomenclature, il ne faut pas s'en émouvoir outre mesure, car, en fait, ces coefficients anciens étaient généralement considérés par le Conseil supérieur des Assurances sociales comme trop élevés et étaient affectés de taux de réduction fractionnels, variables selon les départements.

2° D'ailleurs, cette réduction fragmentaire des coefficients, édictée par l'arrêté du 19 mars 1940, est largement compensée par l'*augmentation des chiffres-clés dans le tarif-limite de réassurance.* C'est le second point de la réforme particulièrement intéressant pour les médecins.

Alors que les chiffres-clés *pour les consultations ou visites à domicile* avaient été *élevés* par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 à 22 fr. 50, 18 fr. 75 et 15 francs suivant les régions, les chiffres-clés pour *les actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie,* avaient été *provisoirement maintenus* à 18 francs, 15 francs et 12 francs, et ce en raison justement de l'élévation trop grande à l'époque des coefficients qui devaient leur être appliquée.

Le maintien de ces anciens chiffres ne se comprendrait plus aujourd'hui. *L'arrêté* qu'on lira ci-dessous *dispose,* ainsi que le spécifie la Circulaire du 24 mars, que *les chiffres-clés à appliquer aux nouveaux coefficients,* pour obtenir le tarif-limite de remboursement aux Caisses d'assurances sociales, sont *ceux prévus pour la consultation ou visite du médecin* par le tarif limite de réassurance fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938, c'est-à-dire, suivant les régions, **22 fr. 50, 18 fr. 75 et 15 francs.**

Rappelons, en terminant, la distinction fondamentale entre tarif-limite de réassurance et tarif de responsabilité des Caisses.

Le *tarif limite de réassurance* est celui au-delà duquel les Caisses ne peuvent aller pour fixer leur tarif de remboursement aux assurés, si elles veulent, en cas de déficit, obtenir une subvention de la Caisse de garantie des unions régionales.

En fait, elles acceptent souvent *dans leur tarif de responsabilité* un chiffre basé sur celui du tarif limite, diminué de 20 % montant du ticket modérateur ; mais elles peuvent aussi adopter un chiffre inférieur : cela arrive parfois.

Les médecins ne doivent donc pas s'attendre à voir partout les Caisses rembourser les soins aux assurés sur les bases que nous venons d'indiquer, car les chiffres -clés par elles adoptés peuvent être inférieurs à ceux du tarif limite de réassurance.

Mais ce que les Caisses devront faire, sur l'invitation de la Circulaire ci-dessous, c'est : a) *appliquer les nouveaux coefficients* aux actes de pratique médicale courante ; b) *adopter*, pour ces actes les *mêmes chiffres-clés que ceux adoptés par elles pour les consultations et visites*, et non un chiffre inférieur comme autrefois.

Pierre DOURIEZ.

Arrêté du 19 mars 1940

(Contenant la nouvelle nomenclature)

Art. 1er. — La nomenclature de pratique médicale courante annexée au projet de convention-type entre les caisses d'assurance-maladie et les syndicats médicaux pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, approuvée par le ministre du travail le 30 juillet 1930, est remplacée par la nomenclature annexée au présent arrêté.

Art. 2. — Le paragraphe 2 du chapitre 1er du tarif-limite de réassurance, fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938, est remplacé par le paragraphe suivant :

§ 2. — *Intervention de pratique médicale courante*

« Les chiffres du tarif de réassurance de la consultation ou visite médicale fixés au paragraphe précédent sont les chiffres-clés pour les actes de la nomenclature de pratique médicale courante, suivant le coefficient propre à chacun de ces actes. »

Art. 3. — Le présent arrêté aura effet à compter du 1er avril 1940.

NOMENCLATURE DE PRATIQUE MÉDICALE COURANTE

Observations générales

1° Lorsqu'au cours d'une consultation ou d'une visite, le praticien accomplit un des actes de pratique médicale courante, figurant à la nomenclature, seul cet acte doit être noté sur la feuille de maladie, à l'exclusion de la consultation ou visite ;

2° Lorsque plusieurs actes de pratique courante ou lorsqu'un acte de pratique courante et un acte de spécialité sont dispensés au même malade, au cours de la même consultation ou visite, l'acte le plus important est coté avec son coefficient propre, celui qui vient ensuite est coté avec son coefficient réduit de 50 p. 100. Il ne peut être coté plus de deux actes (1) ;

3° Sont considérés comme inclus dans la consultation simple ou la visite simple tous les moyens d'investigation en usage dans la pratique médicale courante, sauf ceux qui sont inscrits à la nomenclature ;

4° Les caisses d'assurance doivent reproduire sur les feuilles de maladie qu'elles délivrent les dispositions des alinéas 1 et 2 ci-dessus. Elles se conforment à ces dispositions pour les remboursements afférents à chaque acte médical.

Nomenclature

Coefficient Pc 0,75.

Injection intra-dermique (en série).
Injection intra-musculaire (en série).
Injection sous-cutanée (en série).
Pansement petit (en série).

Coefficient Pc 1.

Cathétérisme de l'urètre chez la femme.
Cuti-réaction (scarification et constatation du résultat).
Examen au speculum.
Injection intra-dermique (isolée).
Injection intra-musculaire (isolée).
Injection sous-cutanée (isolée).
Intra-dermo-réaction.
Massage.
Massage et mobilisation.
Mobilisation.
Pansement petit (isolé).
Pointes de feu.
Pose de pessaire.
Pose de ventouses simples ou scarifiées.
Prise de tension.

(1) *Exemple* : Si le médecin a pratiqué les interventions suivantes au cours de la même consultation :
Ponction d'abcès froid (PC 3) ;
Pansement moyen isolé (PC 2) ;
Injection intraveineuse autre que celle d'arsénobenzène (PC 2).
ces interventions seront cotées PC 3 et $\frac{PC\ 2}{2}$

Toucher rectal.
Toucher vaginal.
Vaccination préventive (à l'acte isolé).

Coefficient Pc 1,5.

Cathétérisme de l'urètre chez l'homme (en série).
Injection intra-trachéale (en série).
Injection intra-veineuse (en série) autre que celle d'arsénobenzène.
Injection sous-cutanée d'oxygène.
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique, préventif ou curatif.
Injection sous-cutanée de sérum physiologique (minimum 125 c. c.).
Instillation de la vessie ou de l'urètre (isolée ou en série).
Instillation de la vessie et de l'urètre (isolée ou en série).
Lavage de la vessie ou de l'urètre (isolé ou en série).
Lavage de la vessie et de l'urètre (isolé ou en série).
Massage de la prostate (isolé ou en série).
Pansement moyen (en série).
Pansement du col utérin (isolé ou en série).
Pansement vaginal (isolé ou en série).
Ponction exploratrice.
Prise de sang pour Wassermann ou pour autre examen biologique.

Coefficient Pc 2.

Cathétérisme de l'urètre pour rétention d'urine chez l'homme (isolé ou en série).
Dilatation de l'urètre chez l'homme (en série).
Dilatation du col utérin avec ou sans laminaire.
Hémothérapie (auto ou hétéro) avec ou sans addition de produits associés.
Injection intra-utérine (en série).
Injection intra-veineuse (isolée) autre que celle d'arsénobenzène.
Injection intra-veineuse d'arsénobenzène (isolée ou en série).
Injection sclérosante pour varices ou hémorroïdes externes (par séance de une à trois injections, isolée ou en série).
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique (méthode de Besredka, l'ensemble des injections).
Ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome.
Pansement grand (en série).
Pansement moyen (isolé).
Suture simple par agrafes (1 à 3).

Coefficient Pc 3.

Botte de Unna.
Cautérisation au Filhos ou analogue.
Extraction facile de corps étranger superficiel.
Immobilisation d'urgence d'un membre fracturé en vue du transport du blessé.
Incision d'abcès simple de l'amygdale.
Incision de petit anthrax.
Infiltration anesthésique périarticulaire (par séance, quelque soit le nombre des injections).
Infiltration le long du trajet d'un nerf (par séance).
Injection intra-utérine (isolée).
Injection sclérosante pour varices ou hémorroïdes externes par séance de quatre injections au plus, (isolée ou en série).
Injection sclérosante pour hémorroïdes internes (une à trois injections).
Lavage de l'estomac (en série).
Pansement grand (isolé).
Ponction d'abcès froid avec ou sans injection modificatrice.
Ponction d'hydarthrose avec ou sans injection modificatrice.
Ponction d'hydrocèle avec ou sans injection modificatrice.
Pose de crayon intra utérin.
Réduction non sanglante du paraphimosis.
Saignée.
Suture simple par agrafes (au dessus de trois).
Suture simple par fils (de un à trois points).
Tamponnement des fosses nasales pour épistaxis.
Tubage de l'estomac (en série).

Coefficient Pc 4.

Anesthésie générale de courte durée (lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention).
Cautérisation intra utérine.
Certificat d'internement (honoraires de chacun des médecins s'ils sont plusieurs).
Injection épidurale.
Injection pour hémorroïdes internes (plus de quatre).
Lavage de l'estomac (isolé).
Pansement intra-utérin.
Pansement très vaste (isolé ou en série).
Ponction lombaire.
Premiers soins, sans intervention, pour fausse couche au cours des quatrième, cinquième, sixième mois (visites consécutives comptées en sus).
Rectoscopie.
Tubage de l'estomac (isolé).

Coefficient Pc 5.

Curage digital intra utérin à la suite de fausse couche dans les trois premiers mois de la grossesse.
Incision d'abcès profond.
Ponction d'ascite.
Ponction de la vessie.
Réduction de la hernie étranglée par taxis.
Suture simple par fils (plus de trois points).
Tamponnement intra utérin.
Traitement de l'asphyxie.
Tubage duodénal (en série).

Coefficient Pc 6

Anesthésie générale de longue durée (lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention), par exemple : extraction dent de sagesse, anesthésie pour accouchement ; (dans tous les actes en K, l'anesthésie générale est comprise).

Assistance du médecin traitant à intervention (pour les interventions de coefficient au moins égal à 40).

Délivrance artificielle au cours des quatrième, cinquième et sixième mois pour fausse couche.

Lavage de la plèvre (isolé ou en série) (lorsqu'il n'est pas couvert par le coefficient de l'intervention).

Ponction de pleurésie (évacuatrice).

Tubage duodénal (isolé).

Circulaire du 24 mars 1940

relative à la nouvelle nomenclature des actes de pratique médicale courante

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'un arrêté en date du 19 mars 1940, a modifié et complété la nomenclature de pratique médicale courante annexée à la convention-type entre Caisses primaires d'assurance-maladie-maternité et Syndicats médicaux, pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, approuvée par le Ministre du travail le 30 juillet 1930.

....

La nouvelle nomenclature est, aux termes de l'article 3 de l'arrêté susvisé, applicable à compter du 1er avril 1940.

Dans ces conditions, les caisses d'assurance-maladie-maternité devront faire application pour tous les actes de pratique médicale courante dispensés à des assurés sociaux ou aux membres de leur famille après le 31 mars 1940, des coefficients fixés par ladite nomenclature...................

Les chiffres-clés à appliquer à ces coefficients pour obtenir le tarif-limite de remboursement que les caisses d'assurances sociales peuvent prévoir pour les actes dont il s'agit — sans s'exposer à perdre en cas de déficit le bénéfice de la réassurance (article 6, parag. 18, du décret-loi du 28 octobre 1935) — sont les chiffres prévus pour la consultation ou visite de médecin par le tarif-limite de réassurance fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938 (chapitre 1er, parag. 1er), à savoir :

Tarif A. — 22 fr. 50, dans les villes de 500.000 habitants et plus, le département de la Seine et les cantons des départements des Bouches du Rhône et du Rhône énumérés par l'arrêté du 14 janvier 1936, savoir : les douze cantons de Marseille, les cantons de La Ciotat, Aubagne, Gardanne et Martigues, les douze cantons de Lyon, les cantons de Villeurbanne, Neuville, Limonest, Vaugneray, Saint Genis-Laval, Givors, Villefranche sur Saône et Tarare.

Tarif B. — 18 fr. 75, dans les villes de 100.000 habitants et plus, et de moins de 500.000 habitants et les circonscriptions industrielles définies par l'arrêté du 14 janvier 1936 autres que celles visées à l'alinéa précédent.

Tarif C. — 15 francs, dans les localités non visées par les deux alinéas précédents.

Les caisses primaires d'assurance maladie maternité devront, dès le 1er avril 1940, appliquer obligatoirement aux actes de pratique médicale courante les coefficients résultant de la nouvelle nomenclature, en utilisant comme chiffre clé celui qu'elles ont adopté pour la consultation ou visite de médecin, conformément à l'arrêté du 7 octobre 1938 précité.

Mais, en raison des circonstances actuelles....

....

je ne verrai pas d'inconvénient à ce que, jusqu'au 1er octobre 1940, les caisses, qui ont été amenées à utiliser d'autres coefficients que ceux fixés par cette nomenclature, mettent à profit le délai qui leur est ainsi accordé pour mettre en concordance leur tarif de responsabilité avec les coefficients résultant de la nouvelle nomenclature.

LES IMPOTS DU MÉDECIN



N'OUBLIONS PAS QU'IL Y A DES DÉGRÈVEMENTS DE PATENTE

Nous sommes tranquilles sur ce point, les lecteurs du *Concours Médical* ne l'oublieront pas, car le « Supplément Documentaire » de fin janvier le leur rappellera, en leur mettant tous les textes sous les yeux. Mais nous voudrions aujourd'hui commenter plus longuement ces textes et donner à quelques-uns d'entre eux une publicité que l'Administration fiscale semble parfois vouloir leur refuser.

Il y a actuellement trois catégories de dégrèvement possibles : la première concerne exclusivement l'année 1940, la seconde s'applique à la durée des hostilités, quant à la troisième, elle présente un caractère permanent.

1°. Dégrèvement pour 1940

On sait qu'en principe la patente est un impôt annuel établi et calculé en raison des faits existant au premier janvier de l'année d'imposition, quelle que soit leur modification en cours d'année. C'est par là notamment que la patente se désolidarise entièrement de la vie réelle de l'entreprise ou de la profession et se rend si fréquemment injuste.

La loi de Finances du 31 décembre 1939, dans son article 9 a fait heureusement exception à ce principe pour l'année 1940, en décidant que « *la contribution des patentes ne serait due pendant cet exercice que par quarts selon la durée d'ouverture des établissements qu'elle affecte* ».

Autrement dit, pour l'exercice 1940 seulement, la patente est devenue un impôt trimestriel. Si au début d'un trimestre civil (1er janvier, 1er avril, 1er juillet, 1er octobre), l'établissement est ouvert. (c'est-à-dire si le médecin exerce), il doit la patente pour tout le trimestre, d'après les faits (c'est-à-dire la population et le loyer) existant à cette date.

Qu'adviendra-t-il par contre, du médecin ayant suspendu son exercice après le début du trimestre civil ? S'il reprend au cours de ce trimestre, il n'a droit à aucune réduction. Si, au début du trimestre suivant la suspension a toujours lieu, le droit à réduction est ouvert. Si nous considérons que la patente, d'annuelle, est devenue trimestrielle, nous avancerons que la réduction doit être égale à 1 /12e par mois de suspension jusqu'au premier mois de la réinstallation. Toutefois certaines interprétations moins favorables exigent la suspension d'exercice totale pendant le trimestre civil, donnant droit à la réduction totale du quart, et n'admettent pas la réduction mensuelle.

La loi est muette sur les formalités à accomplir pour bénéficier du dégrèvement. Il y a donc lieu d'appliquer les règles ordinaires et de réclamer auprès du Directeur dans les trois mois qui suivent celui de la mise en recouvrement du rôle de 1940. Rappelons toutefois que d'après la loi du 17 septembre 1940, article 1er, « *aucune forclusion ou déchéance*... de l'action des parties de dégrèvement ou restitution *ne pourra être opposée* avant une date qui sera fixée par décret »

2°. Dégrèvement exceptionnel du temps de guerre

La patente n'est pas seulement, en principe, indépendante du temps de fonctionnement de l'entreprise, elle l'est aussi de sa productivité. Si la profession est effectivement exercée au début de l'année d'imposition, le droit fixe et le droit proportionnel *aux locaux professionnels* sont dûs automatiquement même si aucun bénéfice n'a été réalisé, ou si le chiffre d'affaires a subi une forte baisse.

On comprend aisément qu'un impôt ainsi conçu, ne peut être viable à la rigueur qu'en période normale et qu'il exige quelqu'assouplissement en période de crise comme celle que nous traversons.

Cet assouplissement a été l'œuvre de la loi du 22 octobre 1940 portant dégrèvements en matière d'impôts directs. Rappelons qu'en vertu de son article 5 : « *à partir du* 1er *janvier* 1940, *et jusqu'au* 31 *décembre de l'année de la cessation des hostilités*, les patentables exploitant les *mêmes établissements* qu'en 1938, ou à défaut, qu'en 1939, et dont le chiffre d'affaires ou le *montant brut des recettes professionnelles aura diminué d'au moins un tiers* par rapport à celui de l'*année* 1938, ou à défaut de l'*année* 1939, auront droit à une *atténuation de patente* et des taxes annexes *en proportion de la diminution* constatée ».

Pour bénéficier de ce dégrèvement, il faut donc réunir plusieurs conditions :

a) Il faut tout d'abord que le patentable « exploite les mêmes établissements qu'en 1938 ou à défaut en 1939 ».

Ceci s'entend pour le médecin du même cabinet, de la même installation. La loi exclut donc du droit au dégrèvement les médecins qui repliés ou démobilisés n'ont pu rejoindre leur poste d'avant guerre et ont repris ou créé de nouveaux cabinets. Il est vrai que dans ce cas, la patente ne sera calculée pour 1941 que d'après les éléments de fait (population, loyer) de cette nouvelle installation.

b) Il est nécessaire en second lieu que le montant brut des recettes professionnelles (c'est-à-dire des recettes relevant de la cédule des professions non commerciales, les traitements et salaires en étant exclus) ait diminué d'*au moins un tiers* par rapport à celui de 1938, ou à défaut de 1939. Si le chiffre de référence était pour prendre un exemple de 150.000 francs (ramené à l'année, s'il y a lieu, pour les jeunes médecins nouvellement installés) le droit à réduction sera ouvert à condition que le chiffre de recettes des années 1940, 1941 et ultérieures soit égal ou inférieur à 100.000 francs. Ce chiffre résultera évidemment du livre-journal-fiscal tenu correctement conformément à la loi.

Le droit au dégrèvement étant ouvert, la réduction est proportionnelle à la diminution constatée. Pour continuer notre exemple, si le chiffre de base est de 150.000 francs et le chiffre de recettes de 1941, 75.000, la patente et ses taxes accessoires sera réduite de moitié.

Il est toutefois spécifié que le *dégrèvement prévu par l'art.* 9 de la loi du 31 décembre 1939 (relatif à la durée d'ouverture de l'établissement, et que nous avons étudié ci-dessus) viendra *en déduction* du dégrèvement proportionnel aux recettes brutes.

Reprenons notre exemple et supposons une baisse de recettes brutes de 50 %. Soit 8.000 fr., le montant normal de l'impôt.

Le médecin a, d'autre part, suspendu l'exercice de sa profession du 1er juin au 1er octobre :

1° Dégrèvement au titre de l'art. 5 de la loi du 22 octobre 1940 : 50 % de 8.000	4.000 fr.
2° Dégrèvement au titre de l'art. 9 de la loi du 31 décembre 1939 : 1 /4 de 8.000	2.000 fr.
Dégrèvement net accordé au titre de la loi du 22 octobre	2.000 fr.

Bien entendu le dégrèvement total sera de 4.000 francs.

Ce que la loi a voulu dire, c'est que les deux dégrèvements *ne se cumulent pas.* Elle a précisé en outre que la loi de 1940 ne saurait en aucun cas avoir pour effet de diminuer celui accordé au titre de la loi de 1939. *Ce dernier constitue donc un minimum.*

Quelle est la procédure à suivre pour bénéficier du dégrèvement en cas de baisse des recettes ? La demande doit être formée, nous dit l'art. 5, § 2, dans les trois premiers mois de chaque année pour l'année précédente, soit *avant le* 1er *mars* 1941 *pour l'année* 1940 ; ce délai n'est susceptible d'aucune suspension et la loi du 17 septembre 1940 citée plus haut ne lui est pas applicable. A la demande doivent être jointes *les pièces suivantes* :

— Une quittance du percepteur établissant que le réclamant s'est acquitté de la fraction des droits excédant celle dont il sollicite le dégrèvement, c'est-à-dire la partie non contestée de l'impôt.

— Les justifications utiles pour le calcul du dégrèvement, c'est-à-dire relevé du chiffre d'affaires de 1938 ou 1939 et de 1940, et indication, s'il y a lieu, du dégrèvement déjà réclamé pour suspension temporaire d'exercice en 1940.

Cette demande est adressée au directeur des Contributions directes, comme les demandes en décharge ou en réduction ordinaire. Appel de la décision du directeur peut donc éventuellement être faite devant le Conseil de préfecture et le Conseil d'Etat.

3° Dégrèvement de 20 %

Nous avons dit tout à l'heure que les dégrèvements exceptionnels motivés par les difficultés présentes étaient calculés sur le montant normal de l'impôt. Mais quel est donc ce montant « normal » ?

La patente se compose de deux droits : le premier dit fixe dépend du chiffre de la population, le deuxième dit proportionnel dépend de la valeur locative des locaux professionnels et de la population. Le total de ces deux droits constitue ce qu'on appelle le « principal fictif » de l'impôt, c'est-à-dire la part que l'Etat percevait dans cette contribution avant la création en 1917 des impôts cédulaires. Ce principal ou « anciens droits » n'est plus déterminé que comme base des centimes additionnels départementaux et communaux.

Ce petit cours sur notre histoire et notre terminologie fiscales était nécessaire pour l'intelligence du dégrèvement de 20 % et des dangers qu'il court d'être parfois « oublié » par l'Administration.

Un certain *décret-loi du* 21 *avril* 1939, que nous avons publié en son temps, mais que tant d'évènements graves ont pu effacer de l'esprit de nos lecteurs, décidait en effet que « pendant toute

la durée d'application de la taxe d'armement de 1 %, *le principal fictif de la contribution des patentes* déterminé comme il est dit à l'art. 311 du Code général des impôts directs, *sera réduit de* 20 % pour le calcul des impositions départementales et communales dues au titre de 1940 et, éventuellement, de chacune des années ultérieures ».

Renseignements pris auprès de tous nos conseils compétents, nous pouvons affirmer que ce texte n'a fait l'objet d'aucune abrogation — expresse ou tacite. Certes la taxe d'armement a changé de dénomination depuis la loi du 26 juillet 1940 et s'appelle désormais « taxe sur les transactions ». Mais à celà près, elle n'en continue pas moins bel et bien à être appliquée. Il doit donc en être de même de la réduction de 20 % sur le principal fictif des patentes.

Le calcul du montant normal de l'impôt, avant tout dégrèvement exceptionnel pour les causes que nous venons de voir, devrait donc être effectué de la manière suivante :

Prenons le cas d'un médecin parisien, ayant un loyer professionnel de 6.800 francs.

Droit proportionnel :		
4.000 francs au 20e	200 fr.	
2.000 francs au 10e	200 fr.	
800 francs au 8e	100 fr.	
	500 fr.	500 fr.
Droit fixe		140 fr.
Principal fictif		640 fr.
Réduction : 20 % de 640 fr		128 fr.
Principal à soumettre aux centimes additionnels		512 fr.

Si nous prenons 16 francs comme montant des centimes additionnels, la patente ressort à :

512 × 16 = 8.192 francs (au lieu de 10.240)

En réalité, la plus grande généralité des feuilles d'avertissement ne font pas mention de cette réduction du principal fictif. Mais, dira l'Administration, le dégrèvement est cependant effectué, *sous forme d'une réduction équivalente appliquée aux centimes additionnels*, ce, en vertu d'une Circulaire intérieure, dont nous publierons prochainement le texte, grâce à M. Martinot notre Conseil fiscal.

Nous faisons toutes réserves sur ce procédé de calcul, en contravention formelle avec le texte du décret-loi. On nous dira certes que réduire de 20 % le multiplicande ou le multiplicateur est indifférent quant au résultat. Ceci n'est vrai que du point de vue arithmétique. Pratiquement, il en va autrement. La vérification du principal fictif est relativement aisée pour le contribuable et l'application de la réduction de 20 % est facilement contrôlable. Il n'en va point de même si l'on se contente d'indiquer sur l'avertissement le montant des centimes additionnels réduits, sans mentionner les centimes réels que le contribuable ne connaît pas. Aucune vérification n'est alors possible sur le simple vu de l'avertissement, ce qui est contraire aux règles de bonne administration fiscale, et ce qui constituerait le moyen le plus simple de tourner la loi.

En conclusion, que les patentables demandent communication à leur mairie ou préfecture des centimes additionnels réels et vérifient si ceux qui leur sont appliqués sont bien réduits de 20 %. Qu'ils n'hésitent pas à réclamer en cas contraire, et au besoin à nous saisir de leur cas.

Jean Mignon.



PSYCHIÂTRIE

❖ ❖ ❖

Quelques considérations à propos de la psychiâtrie conjugale

L'époque troublée que nous vivons, les émotions, les angoisses, les séparations cruelles que nous subissons, la nécessité de resserrer les liens de la famille coupablement relâchés, donnent une importance plus grande à la psychiâtrie conjugale. Dans la dernière publication du groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (1), *Médecine et vie familiale*, M. le Docteur André Requet, médecin des asiles, aborde l'examen des *problèmes de psychiâtrie familiale*, en expose les mécanismes mentaux morbides avec l'appui d'observations détaillées qui montrent nettement que le but de ces mécanismes est la sauvegarde vitale et l'anticipation de l'avenir.

L'aliénation mentale a toujours suscité dans le public une impression de dérision ou d'hor-

(1) Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon.

reur. Les fous ont très longtemps été traités comme des criminels ; c'est seulement au XVIII[e] siècle qu'à l'instigation des philosophes et, à leur tête, de Kant qu'on commença à s'intéresser à leur sort. Au XIX[e] siècle l'étude de la psychiâtrie entra dans le domaine scientifique.

Les troubles mentaux sont liés à l'état social surtout dans la vie conjugale. La maladie mentale, du reste comme toutes les maladies, n'a pas une sorte d'autonomie et n'est pas dûe à une cause unique, les facteurs morbides sont multiples et complexes. Elle n'est pas dûe toujours à une lésion cérébrale qui, dans les formes les plus graves, n'existe pas et encore faudrait-il expliquer les origines de cette lésion.

Dans l'éclosion des troubles mentaux qui se manifestent au cours de la vie conjugale, de l'existence à deux, l'instinct sexuel joue inévitablement un grand rôle.

A notre époque nous assistons à des manifestations sociales paradoxales : d'une part on cherche à développer l'instinct de la reproduction, à revaloriser l'amour en y mêlant une vaine sentimentalité ; d'autre part par la restriction sexuelle on annihile l'effet de cette surenchère sexuelle. En dehors de la morale, de la question sociale qui résulte de la dénatalité consécutive, l'étude de ce paradoxe entre dans le domaine de la biologie. Freud, avec son pessimisme habituel, explique ce phénomène par l'affaiblissement de l'instinct sexuel qui serait en voie de disparaître avec l'espèce humaine. Mais quelque soit l'explication qu'on en puisse donner, il est un fait qu'on voit jusqu'à ce jour, de plus en plus grand le nombre des couples légitimes ou illégitimes sans enfants qui tirent le maximum de profits de la société en lui en rendant le moins possible ; au contraire, en ne considérant que le point de vue biologique, ils deviennent la proie de troubles du caractère, de la conduite et même de l'esprit. La conscience biologique qui existe, bien qu'elle ne se manifeste qu'assez mystérieusement, se venge de ce que Monakow appelle « la trahison des germes » en rendant la vie à deux, surtout pour un des conjoints, humiliante, et affecte profondément leur personnalité normale.

Les mécanismes mentaux qui se manifestent chez le malade ont toujours pour but la sauvegarde vitale et l'anticipation de l'avenir. Ils s'exercent par la désintégration et la compensation.

La désintégration. — Les tissus et certaines fonctions qui se forment lors du développement de l'être humain disparaissent faisant place à des acquisitions nouvelles. C'est l'intégration. La désintégration est le phénomène inverse. Les acquisitions récentes les plus éminentes et partant les plus fragiles se désintègrent en cas de maladie et cèdent le pas aux acquisitions anciennes qu'elles avaient recouvertes au cours du développement. Dans la folie, la désintégration se manifeste par la disparition de la faculté d'abstraire les idées par des symboles, par celle d'établir des rapports, d'objectiver, par la disparition de la distinction du moi et du non-moi comme chez l'enfant en bas-âge. Le monde extérieur est dans la folie jugé non dans sa valeur objective et désintéressée mais suivant une perception subjective et immédiate. Le malade dépend directement de ce qui l'entoure ; l'individu ne s'appartient plus. A un certain degré de désintégration, les complexes primitifs de la génétique freudienne, enfouis dans l'inconscient, sorte de mémoire ancestrale, réapparaissent au jour sans entrave et sont revécus par le malade.

La compensation. — La raison n'a pas cependant complètement abdiqué. Le délire et les hallucinations en proviennent. Le malade rejette sur autrui la responsabilité de sa souffrance ; il se croit la victime innocente de persécuteurs. Inconsciemment, il se trompe lui-même, et cela le soulage. Il résulte de l'action de la désintégration et de la compensation combinées l'abdication de sa personnalité normale et sociale.

Il existe d'autres manifestations de la compensation que l'activité rationnelle ; notons l'activité motrice, l'activité verbale, la justification morale très fréquente chez les alcooliques. Il y a encore l'activité sexuelle. Au début des démences, on constate souvent une exaltation sexuelle ; il semble qu'à la veille de s'effondrer le malade cherche par tous les moyens, y compris la reproduction, à se revaloriser. Au commencement des psychoses, on observe parfois un désir, même un besoin de procréer. Chez certains schizophrènes une excitation sexuelle intense se manifeste souvent pendant une longue période, puis tout à coup elle tombe et fait place à la maladie.

Les troubles mentaux apparaissent souvent assez longtemps après le mariage. Une longue expérience de la vie à deux a accumulé les défaites intimes et les essais de réhabilitation à l'égard de soi-même ou de son conjoint, mais tout cela est inavoué et refoulé. Une longue période de lutte est suivie de manifestations du mécanisme de compensation, évasion vers l'irresponsabilité. Ces troubles surviennent le plus souvent entre 30 et 40 ans, époque de la vie où les conjoints prennent conscience de leur responsabilité, préoccupation de l'avenir, élevage des enfants, etc.

A cette période de la vie, il faut faire front aux devoirs sociaux, l'insouciance de la jeu-

nesse a disparu. Si les troubles mentaux commencent, il faut se résigner et trouver une solution plus honorable pour soi, celle de la maladie. Ces aliénés sont convenables, propres et sympathiques. Ils conservent une certaine valeur morale, leur dignité. Ils ne mènent pas une vie dégradante. Les conjoints conservent souvent de l'affection l'un pour l'autre. Tout le drame est intime. La femme est le plus souvent supérieure à son mari qui en est humilié et essaie de se soustraire à cette hiérarchie. Il a besoin d'échapper à cette emprise qui lui est pénible. Mais les moyens d'évasion sont gênés par la morale, l'affection, l'attachement, le sentiment de sa *dignité, les obligations matérielles*, etc. Il ne reste que deux solutions biologiques pour mettre fin à ce tourment : la maladie ou la mort.

M. le Docteur A. Requet remarque que dans la folie on observe plus nettement que dans d'autres affections les buts des mécanismes de la maladie qui encore restent pour nous pleins de mystères : sauvegarde vitale et anticipation de l'avenir.

« Aussi, termine-t-il, devant les formes les plus mystérieusement dégradées de l'existence, nous devons toujours penser que nous avons en face de nous les manifestations de ce principe surhumain anticipateur et original, capable pour réaliser ses buts de sacrifier l'organe et la fonction à l'être, l'être au groupe, c'est à dire la vie. »

J. NOIR.

UN PRÉCURSEUR CARTHAGÉNOIS DE FLOURENS

Trois siècles et demi avant Jésus-Christ, Astrubal, frère d'Annibal, avait découvert le « nœud vital », cette portion de la moelle épinière comprenant le quatrième ventricule et qui répond à la jonction de l'occipital et de la 4e vertèbre cervicale.

Général d'armée, il utilisait cette découverte dans l'exercice de sa profession et avait inventé une intervention que l'on peut véritablement dire d'urgence.

On sait que les Carthaginois possédaient des éléphants de combat et que c'est même à ces pachydermes qu'ils durent bon nombre de leurs victoires.

Or, il arrivait que, criblés de projectiles par l'ennemi et douloureusement atteints malgré l'épaisseur de leur cuirasse naturelle, ces éléphants devenaient furieux et ingouvernables. Ils se retournaient alors contre l'infanterie qui les accompagnait, fuyaient la mêlée et faisaient un grand carnage de leurs compagnons d'armes.

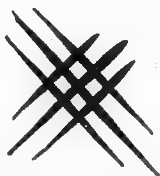
C'est pour parer à cette périlleuse situation qu'Astrubal avait inventé son opération ; celle-ci était pratiquée par le propre cornac de l'éléphant.

Armé d'un ciseau et d'un maillet, dès qu'il voyait sa bête entrer en fureur et faire volte-face, il introduisait le ciseau derrière la nuque, entre les oreilles, à l'articulation de la colonne vertébrale et du crâne, et l'enfonçait en frappant à grands coups de maillet.

L'instrument finissait pas atteindre la moelle et l'éléphant s'écroulait.

C'est ainsi que, dans certaines batailles et, par exemple, à Zama, l'on vit plus d'éléphants tués par leurs cornacs que par l'ennemi (1).

(1) CABANÈS. — « Les Curiosités de la médecine ».



HISTOIRE DE LA MÉDECINE



L'invention des lunettes

La légende de l'émeraude taillée dont se serait servi l'empereur Néron pour remédier à sa mauvaise vue ne paraît pas remonter au delà de l'an 1900, date de la publication du « Quo Vadis » de Sienkiewicz.

« César, dit cet auteur, son émeraude à la hauteur de l'œil, regardait ces spectacles avec attention ».

Il semble s'agir là d'une légère sollicitation, et d'une déformation certaine, *d'un texte de Pline* l'Ancien (livre XXXVII *§ 16), s'exprimant* ainsi :

«... Quant aux émeraudes plates elles renvoient les images à la façon des miroirs. L'empereur Néron regardait avec une émeraude les combats de gladiateurs ».

Néron avait bien la vue basse, puisque, dans la « Vie des Césars » Suétone le note expressément. Mais rien ne permet de supposer que son émeraude lui servait de monocle. Plus vraisemblablement, suivant la version donnée par le Docteur Petella dans les *Archives de Médecine navale italienne* (1901) il s'agissait d'un miroir plan fixé au mur de sa loge et lui réfléchissant l'arène du cirque de façon qu'il pouvait voir sans être vu.

Certains ont attribué aux Chinois l'invention des lunettes. Mais les gravures chinoises où figure ce détail remontent tout au plus au XVIIIe siècle et représentent des modèles usités en Europe bien antérieurement. On est donc fondé à admettre que, loin de les avoir inventées, les Chinois ont emprunté les lunettes aux Européens.

En définitive, et malgré certains écrits italiens qui en attribuent assez vaguement le mérite à un Florentin, l'invention des lunettes semble bien revenir à Roger Bacon (1).

L'illustre moine anglais, né en 1214, mort en 1294, était entré en 1240 dans l'ordre des Franciscains. Sa science était prodigieuse ; elle lui valut d'être accusé de sorcellerie et de passer en prison une grande partie de sa vie.

Dans son *Opus majus* Roger Bacon parle des verres lenticulaires en ces termes :

« Nous pouvons tailler des verres de telles sortes et les disposer de telles manières à l'égard de notre vue et des objets extérieurs que les rayons soient brisés et réfractés dans la direction que nous voudrons et ainsi, à la plus incroyable distance, nous lirons les lettres les plus menues à cause de la grandeur de l'angle sous lequel nous les verrons. Car la distance ne fait rien directement par elle-même, mais seulement *par la grandeur de l'angle* ».

La théorie des verres correcteurs est ici formellement exposée et il semble donc que l'on puisse fixer l'origine des verres aux vingt dernières années du XIIIe siècle.

Lorsque l'idée de placer des verres convexes devant chaque œil eut été trouvée, restait à établir un mode de fixation commode et efficace.

Si curieux que cela paraisse, le binocle a été usité bien avant les lunettes à branches. Il était, à l'origine, à grands verres ronds, façonné avec une substance suffisamment résistante, la corne d'abord, puis plus tard aussi le cuir et la baleine, même l'os.

Les gravures du XIVe et du XVe siècle, très nombreuses, montrent la façon de porter le binocle à cheval soit sur la racine du nez, soit près de l'extrémité, ou bien encore tenu à la main au devant des yeux.

La forme qui fut adoptée la première pour le binocle est la forme angulaire ou articulée. Les deux yeux, ronds, sont surmontés chacun d'une petite tige, qu'une rivure assez serrée maintient ensemble, à la partie supérieure, pour dessiner un angle dirigé en haut.

Une forme de binocle en usage dès le XVe siècle, non articulée, à nez arrondi, est faite de grands verres ronds cernés d'une seule tige ou lame de cuir, de corne ou de baleine ; les extrémités libres sont rattachées à la courbure nasale par des fils de fer. L'ensemble affecte un aspect déjà très proche des instruments modernes, et représente une grande amélioration sur le binocle articulé que, pratiquement, il fallait sans cesse tenir d'une main.

Les modèles ont peu varié aux XVe et XVIe siècles ; ils ont continué à manquer d'élégance.

Au XVIe siècle existe pourtant une forme assez bizarre : deux verres ronds, de grand diamètre, sont portés sur deux montures à manches

(1) Docteur A. Bourgeois. — *Les bésicles de nos ancêtres.*

longs et légèrement incurvés qui sont articulés à leur extrémité libre, de façon à pouvoir être tenus par la main devant chaque œil. L'appareil est en corne ou en buffle ; il s'est transformé plus tard, sous le Directoire, en un objet plus élégant que portaient les *Incroyables*. Au XVIIIe siècle, toujours en conservant la forme ronde des verres, on adopte des ressorts en acier ; les montures sont moins massives, mieux travaillées.

Dès le XVIIIe siècle l'on voit apparaître des montures en argent, en or, en écaille.

Qu'ils soient d'une forme ou d'une autre les premiers binocles tenaient mal sur le nez, et l'on s'ingénia à trouver des procédés de fixation. L'un de ceux-ci consistait à suspendre le binocle à une branche que l'on insinuait sous les cheveux du front ou que l'on assujettissait au chapeau. Mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur espagnol Daça de Valdes, ce recours au chapeau n'était praticable qu'aux princes « qui n'ostent point le chappeau à personne ». D'autres fixèrent les montures par des fils ou des cordons qui passaient autour des oreilles ; ou encore les verres étaient enchassés dans une lanière de cuir dont les extrémités s'attachaient derrière la tête ; le cuir avait l'inconvénient de se détériorer par l'humidité ou la sécheresse ; mais les avantages étaient le bon marché et la facilité des réparations.

Concomitamment avec le binocle s'employait le *monocle*, loupe que l'on tenait à la main ; c'est plus tard que le mot se transforma en *monocle*.

Le binocle se portait suspendu au cou ; les dévots lui ménageaient une place dans leur livre d'heures ; à ceux qui le mettaient dans la poche s'offraient des étuis de carton, de cuir, de corne, de bois sculpté, d'argent, d'or, de galuchat, parfois si travaillés qu'ils devenaient de véritables bibelots d'art.

Les verres ronds persitèrent jusqu'au commencement du XIXe siècle ; à cette époque les verres ovales furent importés d'Angleterre et gardèrent la vogue jusqu'à ces dernières années où les opticiens réinventèrent ce qu'avaient fait leurs ancêtres durant des siècles et où les ophtalmologistes s'aperçurent que les grands verres sont plus favorables à la vue que les petits.

C'est, en somme, au XVIIIe siècle seulement qu'apparurent les lunettes à branches articulées. Les premières montures sont lourdes, massives et semblent être plutôt l'œuvre de forgerons que de lunettiers. Souvent les extrémités des branches sont en forme de larges anneaux, probablement pour y adapter des cordons qui se nouent en arrière de la tête.

De quand datent les lunettes à branches ? Nul ne peut donner une date précise ; les seuls repères sont ceux-ci : en 1726 le *glossaire* de Delaborde, dans la description assez détaillée qu'il donne de la forme des lunettes, ne mentionne pas les lunettes à branches. En 1746, une *Instruction sur l'usage des lunettes* rédigée par l'opticien français Thomin annonce des « lunettes à branches d'argent et d'acier qui tiennent aux tempes et n'empêchent pas la respiration ». Il paraît donc que les lunettes à branches auraient fait leur apparition au cours de cet intervalle de vingt années qui sépare les deux publications.

Quant aux verres correcteurs nous avons déjà vu que l'idée et l'emploi des verres convexes sont dus en premier lieu à Roger Bacon. Ils furent d'abord faits soit de verre ordinaire soit, déjà, de cristal de roche. Les bons verres venaient de Venise et de Murano, puis, vers 1600, de Nuremberg et d'Augsbourg.

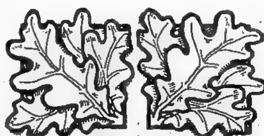
Les verres concaves ne sont mentionnés que vers la fin du XVe siècle et l'usage ne s'en répand qu'au XVIe et surtout au XVIIIe siècle.

Mais l'effet correcteur ne reposait sur aucune base scientifique et c'est seulement par des essais successifs que presbytes et myopes obtenaient satisfaction.

Les couvents furent d'abord seuls à tailler les verres de binocles. Les régions du Jura, de la Picardie et de la Normandie s'en étaient fait une spécialité.

Plus tard il se créa une corporation des miroitiers-lunettiers à laquelle Henri III donna en 1581, des statuts.

G. LAVALÉE.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4.807. — Surveillance de nuit près d'une parturiente

Je fais appel à votre obligeance pour me renseigner sur un point particulier.

J'ai été appelé pour accoucher une femme assurée sociale assistée. Je l'ai vue une première fois l'après-midi, puis j'ai été appelé de nouveau à minuit. Je suis resté auprès d'elle jusqu'à 5 heures du matin, et des complications s'étant produites, je l'ai conduite d'urgence à l'hôpital voisin pour terminer l'accouchement.

A quels honoraires ai-je droit ? A deux visites sans doute, mais n'y a-t-il pas un article spécial pour surveillance prolongée ?

Dr R.

Réponse

Ni dans le tarif de réassurance, ni dans la nomenclature de pratique médicale courante, il n'y a de rubrique spéciale pour « surveillance prolongée » de malade, comme il en existe dans le tarif des accidents du travail.

Vous avez fait une première visite, que vous comptez comme d'habitude. Quant à la deuxième, elle fut faite dans la nuit, donc majorable de 100 %. Mais sur quel tarif se baser pour votre stage de minuit à 5 heures du matin auprès de la parturiente ? Pratiquement, (car l'équité doit vous reconnaître des honoraires), je vous conseille de vous entendre à l'amiable avec le confrère contrôleur de la Caisse-maladie. Quant à moi, il me semblerait équitable de compter ce stage de nuit sur un minimum de quatre visites, et non de deux visites, comme une simple visite de nuit, ce qui n'est encore, à mes yeux, qu'un minimum très modeste.

Dr F. DECOURT.

4.920. — Amygdalectomie et adénoïdectomie

Quel est le tarif assurances sociales pour amygdalectomie et ablation des végétations adénoïdes ? Que faut-il marquer sur la feuille ?

Dr J.

Réponse

L'adénoïdectomie est marquée K.16 et l'amygdalectomie K.20.

Si vous avez fait les deux interventions simultanément, je conseillerais de marquer : « K.20 + K. 16/2, soit K.20 + K. 8 ».

Je prends cette forme compliquée parce qu'il y a lieu, ce me semble, d'expliquer d'où vient le K.8 qui a sa justification non en K.8 mais en K.16.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

48.674. — Taxe des prestations sur les automobiles

J'ai reçu, il y a quelque temps, ma feuille d'impôts des taxes communales pour 1940, (taxe des prestations), basées sur mon auto : soit 336 francs.

Suis-je tenu de payer cette taxe en totalité, ayant été mobilisé toute la guerre, jusqu'au 15 septembre 1940, non remplacé, et ma voiture ayant été, de ce fait, inutilisée.

Dr G.

Réponse

La taxe des prestations est due malgré l'inutilisation des voitures automobiles.

Toutefois, en raison des circonstances, vous pouvez tenter une demande en remise gracieuse au Directeur des Contributions directes.

Nous attirons votre attention sur le fait que les avertissements de taxe de prestations sont généralement envoyés très tôt et parfois même au courant de décembre pour l'année suivante. Vérifiez donc bien s'il s'agit de l'avertissement de 1940 et non pas 1941.

A. et S. Martinot,

Les certificats délivrés aux blessés civils de la guerre ne sont pas exemptés du timbre.

Copie de la réponse de la Direction générale de l'Enregistrement du 23 *décembre* 1940, *à une question posée par M. Martinot, conseil fiscal du* « Concours Médical ».

La question que vous avez posée comporte une réponse affirmative.

Les certificats délivrés par les médecins aux blessés civils de la guerre n'entrent, en effet, dans aucun des cas d'exemption du droit de timbre prévus par les textes en vigueur, et dont la liste, fournie par mes services, a été publiée dans le no 51 du 18 décembre 1938, de la revue le *Concours Médical* (guide précis du praticien). Ces certificats, par suite, sont assujettis au droit de timbre, en vertu de l'art. 12 de la loi du 13 brumaire, an VII, comme constituant des actes ou écritures..... devant ou pouvant faire titre ou être produits pour obligation, décharge, justification...

Seuls, sont exemptés, en vertu de l'article 16

de la même loi, les certificats qui mentionnent l'indigence des personnes auxquelles ils sont délivrés (décision du ministre des Finances des 12 août 1872 et 28 décembre 1876).

Pour le Directeur général,
et par délégation,
L'Administrateur : ROGEON.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.888. — Formalités nécessaires pour l'obtention des appareils de prothèse

Un blessé ayant perdu, lors d'un accident du travail, trois incisives s'est renseigné auprès de moi sur les démarches à faire pour faire remplacer les dents manquantes.

J'ai consulté l'*Officiel* et pièces en mains, lui ai fourni les renseignements suivants :

Il faut d'abord attendre la décision judiciaire qui prescrira l'appareillage.

Puis, que le centre d'appareillage dont dépend le blessé délivre un bulletin en triple exemplaire mentionnant la prothèse à effectuer.

Muni de ce bulletin, le mutilé se fait appareiller à ses frais, par le dentiste de son choix auquel il remet un exemplaire du bulletin. Le mutilé réclamera à chaque paiement effectué une facture en double exemplaire.

Il doit ensuite présenter la facture en double exemplaire, au centre d'appareillage qui remet en double exemplaire au mutilé une note de remboursement.

Un des exemplaires doit être envoyé accompagné d'un exemplaire du bulletin de la Commission d'appareillage, par le mutilé, sous pli recommandé, à l'employeur ou à son assureur substitué.

Moyennant quoi, le remboursement des frais lui est assuré dans le délai d'un mois, ou, si le blessé bénéficie d'une indemnité représentative, lors de la première échéance d'arrérages de rente.

Tout cela m'a paru tellement simple que j'ai peur d'avoir oublié quelques démarches ou documents complémentaires et je serais heureux d'être rassuré à ce sujet !...

Dr M.

Réponse

Vous avez parfaitement renseigné ce blessé auquel vous vous intéressez, en lui indiquant fort exactement les formalités qu'il avait à remplir pour faire remplacer les trois dents perdues. Ces formalités sont édictées par l'Instruction ministérielle du 3 juin 1939, précisant le sens du décret du 3 juin 1939 déterminant les modalités d'application du décret du 7 septembre 1938 portant règlement d'administration publique pour l'exécution des dispositions de l'art.

3 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par l'art. 4 de la loi du 1er juillet 1938 relative aux appareils de prothèse nécessaires aux victimes d'accidents du travail !...

Toutefois, en cas de non paiement à la date limite d'exigibilité, l'accidenté doit se rendre à la mairie de la commune de sa résidence, muni des exemplaires des pièces justificatives restées en sa possession, et déclarer qu'il demande à être remboursé par la Caisse nationale des retraites (Division des accidents du travail, Services du fonds de garantie), en indiquant le refus qui lui a été opposé par son employeur ou l'assureur substitué.

La Caisse nationale des retraites, après avoir effectué le versement demandé, en poursuivra le recouvrement contre les débiteurs.

---

65. — Les engelures ne sont pas des accidents du travail

Peut-on considérer comme un accident du travail, des engelures survenues aux pieds d'une ouvrière travaillant en usine, engelures ayant occasionné une véritable mortification partielle d'un orteil par sphacèle.

L'atelier dans lequel travaille la malade est chauffé, mais d'une façon très insuffisante.

La malade m'a dit que, comme elle, plusieurs de ses camarades avaient contracté des engelures, mais à un moindre degré, puisque aucune n'avait eu de gangrène des orteils.

Au lieu de larges chaussures ne gênant en rien la circulation, au lieu de bas confortables, ou de chaussettes de laine, la malade portait des chaussures étroites avec des bas arachnéens.

Elle a été inscrite à l'assurance comme accident du travail, par la maison où elle est employée, mais elle craint, et moi aussi, que l'Assurance ne veuille pas reconnaître comme accident du travail, sa gelure aux pieds avec la complication qui en est résultée.

Elle fait du reste partie des Assurances sociales.

Dr L.

Réponse

Les affections causées par une basse température peuvent être admises comme accidents du travail lorsqu'elles sont occasionnées par une action soudaine du froid ; la gelure des doigts ou des orteils et dans certains cas la congestion, par exemple.

Mais il ne saurait en être ainsi, à notre avis, des engelures, qui proviennent de l'action lente et progressive du froid sur les membres.

ASSURANCES SOCIALES

20. — Droit aux prestations d'un assuré social démobilisé et chômeur

Pourriez-vous me dire quels sont les droits d'un de mes clients, assuré social, mobilisé en septembre 1939 et démobilisé, fin août 1940. Il était en règle au moment de sa mobilisation et était assuré depuis cinq ans.

Depuis son retour, il n'a pas travaillé, n'a pas été inscrit au chômage. A-t-il encore droit aux prestations ?

Dr D.

Réponse

L'assuré social qui a été appelé sous les drapeaux est considéré, à son retour dans ses foyers, comme ayant subi pendant la période du service militaire le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie. Si, par suite, votre client était en règle pour le paiement de ses cotisations au moment de sa mobilisation, il aurait droit aux prestations de l'assurance-maladie à son retour après démobilisation.

Mais, dès ce retour, il rentre dans le droit commun et, puisque, chômeur, il n'a pas été inscrit régulièrement au chômage, il ne peut bénéficier de la disposition légale qui maintient aux chômeurs régulièrement inscrits le droit aux prestations des Assurances sociales.

Pour en bénéficier, il aurait fallu qu'il fut régulièrement inscrit à un office public de placement.



LOYERS

4.929. — Réduction du loyer d'un démobilisé

Adhérent au « Sou médical », je viens vous demander conseil pour une affaire de loyer.

1o Ayant été mobilisé pendant la durée des hostilités (loin de chez moi), je pensais payer le quart de mon loyer pendant cette période. Mon propriétaire ne veut me consentir qu'une réduction de 30 %, me disant qu'étant officier je peux payer. Il me menace d'expulsion si je ne paye pas. Que dois-je faire ?

2o Etant démobilisé, et ma clientèle ayant considérablement diminué par suite de mon absence, puis-je prétendre à une diminution de mon loyer dans la période qui ira de ma démobilisation à la paix. Aucune entente amiable n'étant possible avec mon propriétaire, que dois-je faire, si j'ai droit à une diminution.

Dr R.

Réponse

Loyer de guerre. — Le décret-loi du 26 septembre 1939, modifié par le décret du 1er juin 1940, accorde de *plein droit* au locataire mobilisé une réduction égale aux 3/4 du loyer principal, sauf au propriétaire à apporter la preuve en justice que le locataire est en mesure d'acquitter une quote-part supérieure.

Pour payer les sommes dues au titre de loyer de guerre, vous bénéficiez également de plein droit d'un moratoire de six mois à dater du jour de votre démobilisation, temps pendant lequel le propriétaire ne peut vous réclamer aucun paiement.

Le fait que vous ayez été mobilisé comme officier n'est pas suffisant pour fonder la prétention du propriétaire. La solde que vous touchiez devait être inférieure de plus de 30 % à vos revenus professionnels d'avant guerre.

De plus, le propriétaire, en vertu de la législation actuelle, ne peut pas vous expulser car tout locataire bénéficiant d'une réduction est maintenu de plein droit dans les locaux loués jusqu'au terme qui suivra le décret fixant la cessation des hostilités.

Néanmoins, nous vous conseillons d'arriver à un *accord amiable. Il semble que, dans* votre situation, le propriétaire devrait vous consentir une réduction de 50 %.

Loyer actuel. — La même législation des loyers permet à tout locataire justifiant de la diminution de ses ressources, d'obtenir en justice une réduction de loyer.

Afin que nous puissions vous donner un avis définitif, il faudrait que nous connaissions le montant de votre loyer, ainsi que vos recettes professionnelles mensuelles en 1938, 1939 et 1940.

---

96. — Réduction de loyer paur défaut de chauffage

Je vous demanderai de me dire si je puis demander à mon propriétaire la réduction de 20 % incluse dans l'article ci-joint. En effet, le chauffage central n'est pas allumé. Dites-moi bien si vous êtes d'accord avec l'article du *Siècle médical*.

Réponse

La Cour d'Appel de Paris vient, en effet, de décider à plusieurs reprises que le défaut de chauffage d'un appartement, même en raison de l'impossibilité de se procurer du charbon, constitue un trouble de jouissance pour le locataire, dont le propriétaire doit supporter une partie.

Nous avions d'ailleurs signalé ces décisions à nos lecteurs dans le *Concours médical* du 5 janvier dernier.

Ces arrêts créent, en effet, une jurisprudence nouvelle, mais ne donnent pas au locataire, le droit à une réduction automatique de 20 %. Vous pouvez seulement en faire état auprès de votre propriétaire pour obtenir de lui une diminution de loyer.

MÉDECINE LÉGALE

8. — Honoraires d'examens multiples

J'ai recours une fois de plus à votre obligeance pour savoir comment je dois tarifer l'acte médical suivant. Sur réquisition du Juge d'instruction, j'ai été à 10 kilomètres (20 aller et retour) examiner cinq enfants suspectés de manquer de soins et ai transmis un rapport.

Dr D.

Réponse

Vous pouvez compter, pour chaque enfant, le prix d'une visite judiciaire, soit 25 francs, ensemble 125 francs et comme indemnité de déplacement, un franc par kilomètre parcouru, soit 20 francs plus une indemnité de 20 francs, le lieu du transport étant situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

Votre mémoire, qui s'élèvera donc, au total à 165 francs, devra être envoyé en deux exemplaires, dont un sur papier timbré, au Procureur de la République. Il vous sera payé, après taxe et exécutoire, par le Receveur de l'Enregistrement.

AUTOMOBILISME

Compression du moteur

Je lis avec beaucoup d'intérêt votre chronique automobile. On transforme ma voiture 201 Peugeot pour l'adapter au nouveau carburant-alcool.

Vous avez signalé que l'on pouvait contrebalancer le surplus de dépense d'alcool (inférieur en puissance à l'essence) en augmentant le taux de compression du moteur. Le surplus de dépense étant, de ce fait, ramené de 40 à 10 %.

Pourriez-vous me dire, par la voie du journal, quel est le taux de compression optimum à donner à une

201 Peugeot, dont le taux normal est de 5,25 je crois. Je compte obtenir ce résultat en faisant raboter la culasse du moteur. J'ai ici un bon mécanicien... d'exécution : sans plus, je dois donc lui indiquer l'épaisseur du métal à enlever.

Dr C.

Réponse

Vous pouvez gagner un peu, en effet, sur la consommation en augmentant le taux de compression, mais vous ne pourrez aller bien loin sur la 201 Peugeot.

Pour porter le taux de compression à 7, il faudrait, en effet, raboter la culasse de 6 mill. ce qui est pratiquement impraticable, l'épaisseur de fonte ne le permettant certainement pas.

En rabotant 3 mill., ce qui me paraît être un grand maximum, vous obtiendrez un taux de compression de 6 qui constituerait déjà une amélioration notable.

Les carburants de remplacement

J'ai lu avec grand intérêt vos études sur les divers carburants de remplacement.

J'ai cru comprendre qu'un des meilleurs est le mélange acétylène-alcool.

A-t-on espoir de se procurer à prix normal du carbure de calcium pendant toute la durée de la guerre ?

Si les conditions économiques redeviennent normales, pourra-t-on recommencer à utiliser l'essence sans réadaptation nouvelle du moteur ?

Dr D.

Réponse

On peut actuellement se procurer du carbure de calcium, mais il est probable que cela ne durera pas très longtemps : l'Administration met, en effet, en garde le public, l'invitant à ne pas se lancer à la légère dans des transformations pour la marche à l'acétylène, ce qui semble indiquer que la vente du carbure sera prochainement reglementée.

Pour la marche à l'acétylène, la transformation de la voiture est assez importante en raison de la nécessité d'installer un générateur et tout un système d'épurateur, appareil assez encombrant et lourd.

En principe, on ne change rien au moteur, ce qui permet par suite un retour rapide à l'essence pour le jour où ce carburant nous reviendra.



Soixante-troisième année | N° 4 | 26 Janvier 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants .... **50 fr.**

Le Numéro .... **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques postaux Paris 167-95.

N° 19. — On offre très import. poste méd. à jeune méd. franç. célibat. se trouv. en zone interdite. Faible compt., gr. facil. Pressé. Ecr. Mme Vve Roussel, Coussey (Vosges).

N° 20. — Jeune méd. cherche success. méd. ou remplac. longue durée dans le Gard ou l'Hérault. Ecr. Dr François Martin, 25, quai de la Fontaine, Nîmes (Gard).

N° 21. — A vend. Pachon brassard double Gallavardin compl. absol. neuf. Prix actuel : 930 francs. Faire offre, Dr Ferry, Houdan (S.-et-O.).

N° 22. — A céder Simca 5 décapot. 1939, très bon état, 17.500 francs, Dr Ferry, Houdan (S.-et-O.).

N° 23. — Visit. médic. depuis 1923, franç. d'origine, référ. les plus sérieuses, représenter. pour Paris, spécial. d'intér. réel. M. Roy, 56, rue St-Lambert, Paris (XVe).

N° 24. — On dem. Dr en méd. franç. anc. ext. de préf., en qualité d'assist. pour visites en ville, serv. de nuit clinique. Rapport très intéress. avant-guerre. S'adr. Dr Mouls, 29, rue Sarrette, Paris (5e) Gob. 68-06.

N° 25. — Confr. céder. 2 panneaux de fenêtre en très bon état portant l'inscript. « Médecin ». Dr Poisson, 4, rue Turbigo, Paris (Ier).

N° 26. — Import. cab. méd. bourg industriel Centre, zone occupée, à céder cause décès guerre. Compt. 30.000. S'ad. Mme Lévêque, 1, rue Claude-Debussy, Saint-Germain-en-Laye (S.-et-O.).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS

Paris. — Quart. commerç. client. en plein rendem. loyer 4.500, prix 30.000 vu urgence.

Banlieue très proche, 2 très import. client. Belle maison. Prix à débatt.

Centre. — Proxim. ville, bon rapport, petit loyer. Prix 40.000, dont 25.000 compt.

Urgent. — Après décès, très anc. poste, gros rapport, petite ville. Prix 70.000, à débatt. suivant comptant.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

COTISATIONS 1941

Le Conseil d'administration rappelle aux adhérents de la Ligue qe la cotisation annuelle doit, aux termes des statuts, parvenir au Trésorier le 1er janvier *de chaque année. Son montant est fixé pour l'année* 1941 à 130 francs.

Pour éviter les frais onéreux de recouvrement auquel il sera procédé à partir du 1er février, les membres de la Ligue sont invités à payer immédiatement leur cotisation soit par virement au compte courant postal du SOU MÉDICAL : PARIS 182-31, soit par chèque bancaire, soit par tout autre mode de versement à leur convenance.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe)

Remplacez l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques tablettes de **Mangaïne**, selon la méthode usitée par Camescasse, à l'hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant, en même temps que la reconnaissance de la maman. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Pathologie médicale.** Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot — M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot a commencé son cours le jeudi 16 janvier 1941, à 18 heures, au grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladie des reins.*

M. Mollaret, agrégé, a commencé son cours le mercredi 15 janvier 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladie du système nerveux.*

— **Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine.** *Réunions médicales mensuelles sur des sujets d'actualité.* — Le jeudi 30 janvier 1941 à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem, réunion consacrée à la *Maladie de Besnier Bœk* : La place nosologique de la maladie, par M. Bariéty ; les lésions cutanées, par M. Degos ; les formes pulmonaires, par M. Jacob.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Sont chargés de cours de clinique annexe à titre permanent, MM. les agrégés libres Cathala, Chevallier, Fey, de Gaudart d'Allaines, Guy-Laroche, Moreau Moulonguet, Postes, Vignes, Leveuf.

— **Collège de France.** — Le cours du Professeur Courrier sur *l'Endocrinologie de la gestation* a lieu le mercredi, à 17 heures, salle n° 3.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Mutations dans le personnel médical* (Services chirurgicaux) :

Remplacements provisoires. — *A Saint-Antoine* (remplacement de M. le Prof. Grégoire, en congé pour raison de santé) : M. CADENAT, de Lariboisière.

A Lariboisière (remplacement de M. Canenat) ; Néant (service fermé).

Assistants des services de chirurgie. — *A l'Hôtel-Dieu*, service du Prof. Mondor ; MM. Huet, Welti et Sicard.

A Saint-Antoine, Service de M. Cadenat ; M. N..., — Service de M. Bréchot ; M. N...

A Necker, Service de M. Jean Berger : M. Mialaret. — Service de M. Gouverneur : M. Charrier.

Aux Enfants-Malades, Service du Prof. Ombrédanne : M. Calvet. — Service de M. Bergeret ; M. N...

A Cochin, Service du Prof. Lenormant : MM. Wilmoth, Oberlin et Menegaux. — Service du Prof. Mathieu ; M. Padovani. — Service de M. Fey : M. Couvelaire.

A Tenon, Service de M. Houdard : M. Aurousseau ; — Service de M. Métivet : M. Longuet ; — Service de M. Girode : M. Meillère.

A Laënnec, Service de M. Roux Berger : MM. Maurer et Sauvage ; — Service de M. Robert Monod ; M. Lecœur.

A Bichat, Service de M. Capette ; M. Gueullette ; — Service de M. Rouhier : M. N... ; — Service de M. Brocq : M. Rudler.

A Broussais, Service de M. Basset : M. Ameline :

A Antoine-Chantin, Service de M. de Gaudart d'Allaines : M. Patel.

A Boucicaut, Service de M. Guimbellot ; M. Seillé.

A Vaugirard, Service de M. Pierre Duval : M. Merle d'Aubigné.

A Ambroise-Paré, Service de M. Sauvé : M. Thalheimer.

A Saint-Louis, Service de M. Bazy ; M. Sylvain Blondin ; — Service de M. Desplas : M. Banzet ; — Service de M. Madier ; M. Gérard-Marchant ; — Service de M. Boppe : MM. Sabourin, Garnier et Niel ; — Service de M. Michon : MM. Tissot et Laporte.

A Broca, Service du Prof. Mocquot : M. Raoul-Charles Monod.

A la Maison Municipale de Santé, Service de M. Moulonguet : M. Soupault.

A Bretonneau, Service de M. Leveuf : M. Petit.

A Trousseau, Service de M. Sorrel ; M. Guichard.

Aux Enfants Assistés, Service de M. Fèvre : M. N...

A Bicêtre, Service de M. Toupet : M. Alain Mouchet.

A la Salpêtrière : Service du Prof. Gosset : MM. Petit-Dutaillis, Funck-Brentano et Jean Gosset.

A Ivry : Service de M. Jacques Bloch ; M. N...

A Garches et à Brévannes : Service de M. Richard : Mlle Picard et M. Delahaye.

Consultations générales. — A *Saint-Antoine*, M. Braine ; à *Necker*, M. Jean Quénu ; à *Beaujon*, M. Chevrier (chirurgien honoraire) ; à *Tenon*, M. Deniker ; à *Laënnec*, M. Senèque ; à *Bichat*, M. René Bloch ; à *Saint-Louis*, M. Redon (chirurgien honoraire).

— **Faculté de médecine de Marseille.** — M. le Professeur Cornil est nommé doyen, pour une nouvelle période de trois ans, à dater du 1er octobre 1940.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Joseph Guyonnet, décédé le 8 janvier 1941, dans sa 73e année, à Pont-Audemer (Eure).

Nous adressons à Madame J. Guyonnet, sa veuve, au Docteur et à Madame Maricot, ses enfants, nos sincères condoléances.



Le Livre d'Or du Corps médical français

La mort glorieuse, devant Dunkerque, du Docteur Pierre Gay, *médecin auxiliaire au G. D. S. 68*, élève de l'Ecole française de stomatologie.

Voici en quels termes son médecin chef annonce sa disparition :

« Pendant notre séjour dans le Nord où il était venu « nous rejoindre en Avril dernier, durant notre déplace« ment vers la Hollande, pendant les quinze jours de la « défense de Dunkerque, Gay s'était toujours montré un « noble cœur plein de vaillance, que ne rebutait aucune « corvée, que ne lassait aucune mission périlleuse. Il « accomplissait tout avec une sécurité parfaite. Je l'ai vu, « sous le feu, à Rosendael, se précipiter dans un abri que « venait d'écraser une bombe aérienne pour sauver des « enfants qu'il a ramenés à la vie, sans souci de se voir « étouffé lui-même sous l'éboulement. Au poste de se« cours il a pansé ses blessés sous le bombardement inces« sant, sans manifester un seul instant d'émotion, alors « qu'elle nous étreignait tous.

« Le 2 juin vers 8 h. 30 les avions ennemis, auxquels « le nombre et l'habitude ne nous faisaient plus prêter « attention, déchargeaient leurs bombes sur notre propre « emplacement. Toute notre installation, tentes et tran« chées, furent bouleversées, moi-même blessé étais trans« porté sur un brancard quand nos camarades m'annoncè« rent que nous avions cinq tués et que Gay était parmi « les morts.

.... « Il a été inhumé avec nos autres disparus, dans « le parc du Château de Coquelle, au Chapeau Rouge de « Rosendael près de Dunkerque.

« Voilà la vérité...

***

Extrait de l'ordre n° 564 de la VIIIe Armée, en date du 16 juin 1940 :

MÉDECIN LIEUTENANT SONNET *du 77e Rég. R. I.*.

A été mortellement blessé en assurant la relève des blessés.

MÉDECIN CAPITAINE MAITRE : *médecin chef du 506e R, C. C.*

A dirigé personnellement sous le feu direct des chars d'assaut ennemis la relève des blessés sur le champ de bataille.

***

ON NOUS ÉCRIT :

Bien que dégagé, de par son âge, de toute obligation militaire, le Docteur JEAN ROUX a participé, au front, à la guerre de 1914-1918.

Croix de guerre, Légion d'honneur.

Retiré pour cause de santé à M..., en Normandie, après 40 ans de médecine à Paris, et n'exerçant plus, il se mit à la disposition de la ville au début de septembre 1939 lorsque deux sur trois des médecins partirent aux armées.

La Préfecture lui confia, alors, le lourd service des réfugiés de la région parisienne.

A partir du 10 mai 1940, pendant l'exode des réfugiés du Nord et de Belgique, il fit de sa maison un centre d'accueil auxiliaire et hébergea 250 réfugiés.

Lors des bombardements de la ville des 13 et 14 juin (26 bombes, 4 tués), il recueillit et réconforta de nombreux habitants dans sa cave qu'il avait aménagée pour recevoir le plus de monde possible.

Pendant l'exode, sur les 3.400 habitants il n'en resta que 300 dont 45 pensionnaires de l'hospice. Le Maire, tout le conseil municipal, le médecin, les pharmaciens, notaires, commerçants étaient partis. Huit hommes seulement demeuraient dans la ville.

Ils formèrent un comité, présidé par Monsieur le Curé, pour s'occuper du ravitaillement et prendre les mesures d'hygiène indispensables (ni eau, ni gaz, ni électricité, ni pain — quartiers de viande restés suspendus dans les boucheries fermées et se putréfiant).

Le comité représenta la ville quand les Allemands arrivèrent.

Le Docteur Roux restait donc à 76 ans le seul médecin à vingt kilomètres à la ronde. Ayant par surcroit la Kommandantur installée chez lui, il dût assurer tous les besoins médicaux de la région, jusqu'à ce que les autorités allemandes le dispensent des accouchements et de la chirurgie en raison de son âge.

COMMUNIQUÉ

Le Conseil de la Fédération des Associations amicales des médecins du Front, dans sa séance du 6 janvier 1941, a adopté les trois vœux suivants :

VŒU N° I

La Fédération des Associations amicales de médecins du Front attire respectueusement l'attention des Pouvoirs publics compétents sur l'obligation qu'ils ont de poursuivre avec toutes les rigueurs de la loi les médecins civils ou militaires, quels que soient leur grade ou leur emploi, qui, durant les hostilités, auraient pu manquer à leur devoir en aban-

donnant les blessés ou les malades qui leur avaient été confiés.

VOEU Nº 2

La Fédération des Associations amicales des médecins du Front a l'honneur d'attirer respectueusement l'attention de M. le Général d'armée Huntziger, secrétaire d'Etat à la Défense nationale, sur la situation des médecins adjudants, dits auxiliaires, restés dans le grade depuis le début des hostilités.

Souvent chargés de famille, beaucoup sont docteurs en Médecine depuis longtemps et en remplissaient l'emploi sans jouir des avantages de position et de solde de leurs camarades nommés médecins sous-lieutenants. Une bonne part reste mobilisée pour assurer le service médical des Camps de prisonniers.

La majorité d'entre eux a rempli magnifiquement son devoir aux armées. Pour ces derniers, la Fédération sollicite la qualité d'officier.

VOEU Nº 3

La Fédération des associations amicales de médecins du Front a l'honneur d'attirer respectueusement l'attention de Monsieur le Général d'armée Huntziger, secrétaire d'Etat à la Défense Nationale, sur l'intérêt qu'il y a à réviser certaines citations accordant la Croix de guerre, établies depuis le 10 mai 1940.

Elle a l'honneur de solliciter également de M. le Maréchal Pétain, chef de l'Etat, de son conseil des ministres et de M. le Grand chancelier, le changement des couleurs du ruban de la nouvelle Croix de guerre, beaucoup trop éclatant, établies en contradiction avec les réglements de la Grande chancellerie qui interdisent à tout citoyen français le port d'un ruban pouvant prêter à confusion par son aspect avec celui de la Légion d'Honneur.

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS AMICALES DES MÉDECINS DU FRONT.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Pharmacie

Décret du 31 décembre 1940 réglementant la vente des sulfamides aux Colonies.

Art. 1er. — Les dispositions du décret susvisé du 2 décembre 1940 sont rendues applicables dans les territoires relevant du secrétariat d'Etat aux colonies.

Art. 2. — Le secrétaire d'Etat aux Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.* (*J. O*, 3 janvier 1941).

Voir la suite page XLVII-185

PROPOS DU JOUR

A LA CROISÉE DES CHEMINS

La médecine de demain marquera-t-elle un retour à la tradition ou deviendra-t-elle au contraire une médecine fonctionnarisée ?

C'est la question qu'il est permis de se poser, en examinant les événements qui bouleversent la France depuis six mois.

La politique actuelle du Maréchal remet à sa vraie place la famille. Or la famille, ce sont les enfants, et la médecine fonctionnarisée comme toute médecine collective convient mal pour dispenser ces soins continuels, dont une bonne mère de famille tient à entourer les siens, lorsque les si nombreuses et si fréquentes maladies du jeune âge s'abattent sur eux.

La mère de famille veut que le médecin réponde au plus tôt à son appel, pour soulager son inquiétude, pour la rassurer sur la gravité du mal dont son enfant souffre. Combien d'assurés sociaux, lorsque leur bébé est malade, s'adressent à un médecin qu'ils honorent sans se soucier de ce que la caisse pourra leur rembourser ; ce seul exemple maintes fois constaté montre bien qu'ils ne sauraient s'accommoder d'une médecine fonctionnarisée, réglementée, dont les prescriptions seraient limitées, où le nombre de visites serait fixé pour chaque maladie courante et dont les soins, si éclairés et si dévoués qu'ils fussent, garderaient une rigueur et une impersonnalité qu'on ne trouvera jamais lorsqu'on s'adresse à un médecin que l'on connaît et que l'on a choisi.

La mère de famille qui aime ses enfants tient à les garder auprès d'elle lorsqu'ils sont malades, et que de fois ne devons-nous pas insister dans des familles peu aisées, pour faire consentir à une séparation nécessaire, car l'hôpital seul pouvait assurer dans des conditions convenables le traitement de l'affection dont l'enfant était atteint.

Ce point de vue de la mère de famille doit être pris en considération si l'on veut voir la famille se développer, rester unie, les enfants naître, prospérer et constituer en quelques années cette génération nombreuse et forte qui nous a tant manqué.

Le développement excessif des œuvres qui séparent l'enfant de sa famille est d'inspiration marxiste et ce n'est point en persévérant dans une erreur, que la politique nouvelle cherche à combattre, qu'on rendra à la famille son unité et sa grandeur.

Faciliter l'exercice de la médecine traditionnelle aidera à fixer la mère au foyer, en lui donnant la possibilité de soigner ses enfants lorsqu'ils sont malades et on fera vraiment une œuvre utile en permettant au médecin de famille de continuer à jouer son rôle au foyer.

L'enfant qui vit loin de ses parents, dans les œuvres et les fondations les mieux organisées, perd peu à peu le contact maternel, il ne vit plus avec les siens, il ne partage plus la vie de ses frères et sœurs et il devient vite, pour peu que son absence soit longue, un étranger pour eux.

L'organisation des soins à domicile doit permettre d'apporter aux ménages pauvres, un secours matériel et moral en même temps que les conseils éclairés du médecin. Les assistantes des visiteuses sauront avec la discrétion et le tact nécessaire seconder le praticien.

La désaffection du foyer par la mère a été grandement facilitée par la floraison des crèches, des garderies, des preventorium où on se débarrassait pour être tranquille d'un enfant réclamant quelques soins légers. Ainsi la mère pouvait aller à son bureau, à son magasin, à son usine sans avoir le souci d'un enfant laissé à la maison à la garde d'une voisine ou d'une vieille grand-mère ; elle pouvait même, le soir venu, mener la vie libre de l'homme, aller au café, au cinéma et abandonner son foyer où rien ne la retenait plus.

Je laisse à penser ce que devient l'enfant élevé dans de pareilles conditions, ce qu'est sa mentalité, et au fur et à mesure qu'il grandit, que de rancœurs et de haines s'accumulent dans son petit cerveau. Ces enfants que des raisons de santé ont retranchés du foyer familial souffrent toujours de ces années passées loin de leur mère et beaucoup d'entre eux deviennent des révoltés contre un ordre social dont tout jeunes, ils ont souffert.

C'est par l'enfant qu'il faut recréer le foyer, c'est en vivant continuellement avec lui que la mère s'y atache, aime sa maternité, en découvre les joies, en oublie les soucis et prend vraiment la mentalité de mère qui lui fait désirer une famille plus nombreuse et de nouveaux bébés autour d'elle.

J'ai maintes fois constaté que c'est dans les familles où il y a le plus d'enfants qu'on les aime et qu'on les élève le mieux. Je me souviens de cette réflexion d'une mère de sept enfants dont le dernier était déjà grand et à laquelle je disais combien elle devait être heureuse d'en avoir fini avec tous les soucis que donnent les enfants jeunes.

— Sans doute, docteur, me répondit-elle, mais si vous saviez comme cela me manque de n'avoir plus de tout petits autour de moi.

Ce sont de telles femmes, conscientes d'une maternité qu'elles aiment, qu'il faut aider par tous les moyens, et de tous le plus utile c'est celui qui leur permet de garder près d'elles et de soigner leur enfant malade.

La médecine fonctionnarisée qui peut convenir aux adultes ne convient pas aux enfants. Pour s'exercer convenablement, elle exige des installations collectives, seules capables de répartir sur un grand nombre les frais importants qu'entraînent des soins de qualité.

Il faut rémunérer un personnel important, amortir des installations coûteuses et la question se pose là exactement comme pour l'industrie.

Conçue pour la collectivité industrielle, cette médecine n'aurait jamais dû en sortir.

La collectivité c'est l'ennemie de l'enfance ; c'est avec la collectivité que se propagent toutes les épidémies et tous nos grands pédiatres répètent toujours qu'une rougeole n'est grave qu'à l'hôpital et que c'est là seulement que la morbidité reste élevée.

La médecine fonctionnarisée où le temps du médecin est limité et précieux a pour centre d'action *le dispensaire* et c'est ainsi qu'un peu partout se sont créés des dispensaires antituberculeux et anti-vénériens. Ils permettent en quelques heures de reviser et de contrôler des quantités de malades avec les procédés les plus scientifiques et les plus rigoureux. Ils économisent pour les malades des pertes de temps en groupant les différents spécialistes munis de leurs appareils de laboratoire, ils réalisent pour les adultes atteints de maladies chroniques un progrès certain.

Pour l'enfant dont les premières années sont surtout marquées par des maladies épidémiques, par des épisodes aigus obligeant à garder le lit, l'action du dispensaire est loin d'être aussi favorable, et jamais son action ne pourra remplacer celle du médecin qui soigne à domicile. L'action des visiteuses des assistantes sociales venant à domicile ne sera qu'une médecine illégale soumise à toutes les erreurs des illégaux.

La tendance si marquée depuis quelques années de faire du médecin un fonctionnaire et de substituer à la médecine traditionnelle une médecine réglementée, n'a pas facilité la tâche de ceux qui prêchaient le retour au foyer, le développement de la famille. Si la faible voix d'un homme d'expérience s'élevait de temps à autre pour montrer que les dispositions nouvelles ne favorisaient guère la bonne mère de famille, elle était vite étouffée par les cris et les discours de tous ceux qui tiraient des œuvres honneur et profit.

La manière dont on comprendra dans la société de demain, le rôle du médecin, ne sera pas sans avoir une action importante sur le développement de la famille ; nous sommes à une véritable croisée de chemins et suivant qu'on adoptera une solution ou une autre on facilitera ou on entravera la renaissance de l'esprit familial.

Nous restons persuadés que le médecin de famille est un des rouages les plus utiles pour faire appliquer une politique de la famille, la médecine fonctionnarisée restant une conception encore assez théorique et dont la seule réalisation, la médecine militaire, se contente de reviser, de classer, d'expertiser des hommes jeunes, vivant collectivement et sélectionnés parmi les mieux portants.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX



ORIGINE ET CONSTITUTION DES PORPHYRINES

Par M. DÉROT,
Médecin des Hôpitaux de Paris

M. RANGIÉ, et P.-M. DE TRAVERSE

Chef des travaux de chimie à la Faculté de Paris — Chef de Laboratoire à la Faculté de Paris

L'étude des Porphyrines a débuté par des recherches de laboratoire et, durant une première période, les travaux de Scherer (1841), de Mulder et Van Goldoever, de Hoppe-Seyler, de Nencki, de Küster et surtout de Fischer ne parurent pas devoir être appelés à un grand retentissement clinique.

Certes, des recherches comme celles de Binnendijk (1883), Deroide et Lecompte (1898), chez les saturnins de Ranking et Pardington (1890), de Stockvis montraient bien la possibilité d'observer en clinique des cas de Porphyrinuries, mais il faut arriver aux travaux poursuivis par Gunther, de 1911 à 1925, pour que soit fait une étude d'ensemble de cette importante question.

C'est le travail de cet auteur qui a, depuis, servi de base aux travaux des différents chercheurs, parmi lesquels nous citerons Schreus et Carrié, Micheli et Dominici, Vigliani, Von Drigalski, Boas, Roth, Van den Bergh, Grotepas, Waldenström, Mertens et surtout les monographies de Casanova et Malaguti, de Vanotti, de Thomas.

En France, les travaux sur ce sujet ont été assez peu nombreux. Nous mentionnerons cependant les communications de Boulin, Garcin, Nepveux et Ortolan, de Justin-Besançon, de Gougerot, de Rangié et de Traverse, de M. Dérot et P.-M. de Traverse.

Nous avons voulu dans cet article résumer l'état actuel de nos connaissances concernant les Porphyrines au point de vue biologique et au point de vue clinique.

***

Les porphyrinuries apparaissent soit par défaut de synthèse de l'hémoglobine, soit encore par anomalie au cours de la dégradation de ce pigment dans l'organisme. Or, comme on ne sait encore rien de précis sur les troubles chimiques, qui font apparaître dans les urines, telle ou telle variété de porphyrines, on comprend qu'il soit difficile de classer et de préciser les symptômes cliniques et surtout de les rattacher au trouble du métabolisme initial.

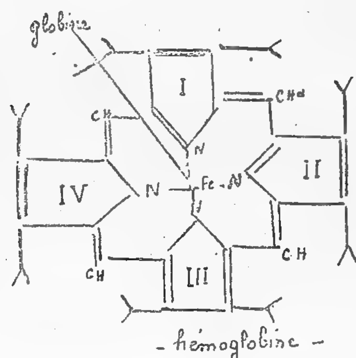
L'oxyhémoglobine est une protéine conjuguée, c'est une chromoprotéine. Par hydrolyse ménagée, elle donne en effet de la globine et un noyau prosthétique coloré, l'hématine, ce qui lui a valu son nom de chromoprotéine. L'hématine, que l'on appelle encore hème sous sa forme réduite correspondant par conséquent à l'hémoglobine, contient un noyau porphyrinique qui sert de support au fer. Avant d'étudier par quels processus chimiques l'hémoglobine peut donner naissance à des porphyrines, nous allons étudier

◆◆

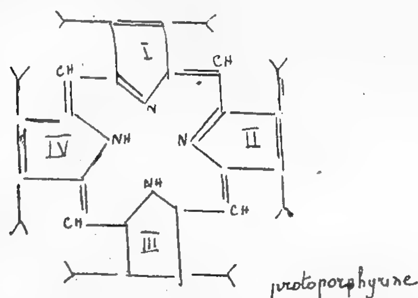
le métabolisme normal de ce pigment. Pour simplifier l'exposé, nous représenterons l'hémoglobine de la façon suivante :

Hémoglobine = Hème + Globine

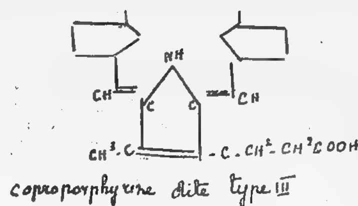
La formule de constitution serait la suivante :

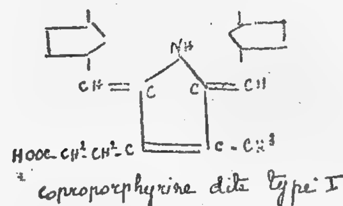


D'après ce schéma, la globine est liée au fer, les noyaux pentagonaux sont des noyaux pyrroliques, reliés entre eux par des groupements méthines — CH = ; ils servent de support au fer. Les chaînes latérales sont représentées par les tirets——<. Si on enlève le fer et la globine sur le schéma, on obtient la protoporphyrine correspondant par conséquent à l'hémoglobine et que nous représenterons de la façon suivante :



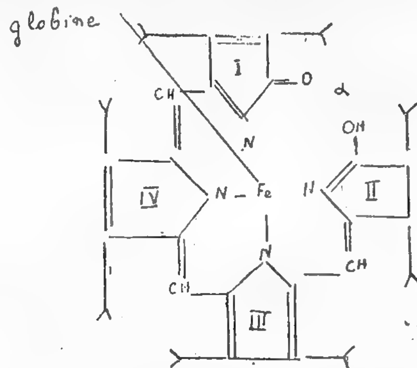
On réalise *in vitro* cette transformation en traitant l'hème par l'acide acétique. Disons dès maintenant que les porphyrines rencontrées dans l'urine sont non seulement la protoporphyrine, mais la copro, l'uro, la deutéroporphyrine, etc., qui diffèrent entre elles par la nature des chaînes latérales schématisées par des tirets ——<, mais aussi par leur position respective dans l'espace, ce qui fait que deux porphyrines de constitution chimique identique, mais différant entre elles, par exemple par la position de deux groupements, auront des propriétés optiques différentes ; ce seront des stéréosisomères, qui auront aussi des propriétés physio-pathologiques différentes. Exemple :





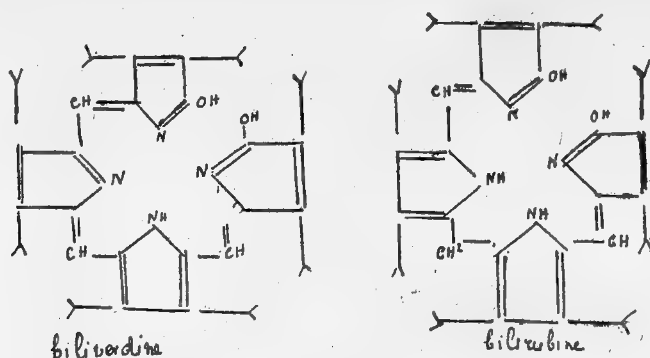
Ces notions fondamentales étant acquises, étudions maintenant le métabolisme normal de l'hémoglobine ; à l'état normal il n apparaît pas de porphyrines dans l'urine. On sait depuis longtemps que les étapes de la dégradation du pigment sanguin sont la bilirubine et l'urobiline, par ouverture de la chaîne porphyrique résultant de la démartialisation de l'hème. Nous devons aux travaux de Lemberg de date toute récente la connaissance des étapes intermédiaires de ce métabolisme. Sans entrer dans le détail des expériences de ce savant, dont les conclusions semblent aujourd'hui acquises, voici comment on peut schématiser les faits.

Dans un premier temps, il y aurait non pas scission de la molécule en globine et en hématine, mais au contraire ouverture par oxydation de la molécule en α. Nous écrirons donc :

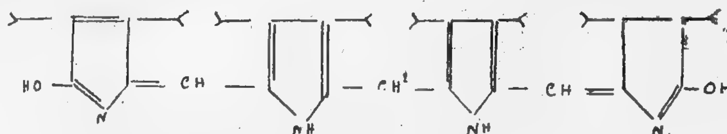


Ceci est en parfait accord avec nos connaissances actuelles sur les ferments, la globine, restant liée à l'hématine, augmente les propriétés peroxydiastasiques du fer supporté par les noyaux pyrroliques.

Puis, il y aurait formation de biliverdine (que l'on a cru pendant longtemps dériver de la bilirubine, puisque la bile normale verdit rapidement au contact de l'air), et de la bilirubine provenant de la réduction de la biliverdine d'après le schéma suivant :

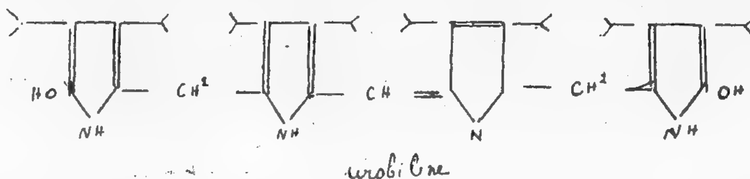


que l'on peut écrire aussi en chaînes linéaires, puisqne le noyau porphyrique est ouvert.

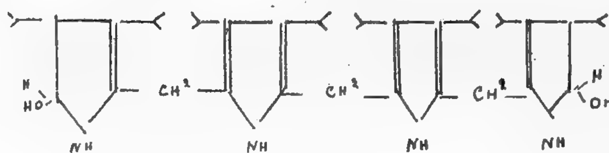


A partir de ce stade de la dégradation, commence le cycle entérohépatique de la bile dans la discussion duquel nous n'entrerons pas, et que nous schématiserons de la façon suivante.

La bilirubine donne par réduction dans l'intestin de la mésobilirubine, puis de l'urobilinogène ou bilirubinogène, lequel, par oxydation intestinale, donne l'urobiline.



La stéréobiline des fèces dérive de l'urobiligène par réduction, et non par oxydation.



Les cristaux d'hématoïdine que l'on rencontre dans ies extravasats sanguins et dans les vieux foyers hémorragiques ont une constitution ehimique identique à l'urobiline.



L'INFARCTUS ANAPHYLACTIQUE DE L'INTESTIN GRÊLE

M. Poinot a rapporté à la société anatomo-clinique de Bordeaux une intéressante observation d'infarctus du grêle d'origine anaphylactique guéri, après laparotomie, par le traitement adrénalinique.

La malade, âgée de 25 ans, était entrée à l'hôpital Saint-André pour un syndrome abdominal aigu avec tableau de collapsus intense : coliques violentes, vomissements, arrêt des matières et des gaz, défense abdominale sans contracture vraie, perception d'une masse pâteuse remplissant toute la fosse iliaque droite, pouls à 140, température à 37, aspect anxieux, agité, sueurs froides, lèvres et extrémités cyanotiques.

La laparotomie montre un infarctus du grêle sur une longueur de 1 m. 50 environ. La teinte de l'intestin est aubergine avec plaques plus ou moins foncées. Aucune partie n'est sphacélique. Pas d'oblitération vasculaire mécanique. Les derniers 20 centimètres du grêle juxta-cæcal sont pâles, sténosés. On injecte 1 c. c. d'adrénaline intramusculaire, et autant dans le mésentère en face de la portion sténosée. Au bout de dix minutes, on voit cette partie du grêle se recolorer et reprendre à peu près son volume normal. On referme la paroi sans drainage. On injecte ensuite, dans la journée, 6 milligrammes d'adrénaline intra-musculaire avec 2 centigrammes de morphine ; puis, les jours suivants, 6, 4 milligrammes d'adrénaline, en tout 22 milligrammes en trois jours. Le cinquième jour, la malade émet une selle abondante mélœnique.

En résumé : infarctus du grêle ayant évolué, sous l'influence de l'adrénaline, vers la guérison.

***

On a beaucoup parlé ces temps derniers des infarctus du grêle et l'on connaît les notions nouvelles, défendues par le Professeur Grégoire et ses élèves qui ont conduit à la distinction d'une forme importante de ces infarctus : la forme anaphylactique, avec son traitement particulier : l'adrénaline.

Ameline et Lefebvre, dans un rapport au Congrès de chirurgie de 1935, ont classé les infarctus du grêle en trois groupes :

Les infarctus par oblitération vasculaire mécanique (compression par tumeur, bride ou adhérence ; embolie ou thrombose artérielle, thrombophlébite oblitérante).

Les infarctus par artérite infectieuse localisée (groupe discuté).

Les infarctus essentiels ou anaphylactiques, de connaissance assez récente, bien étudiés par Grégoire et son élève Couvelaire, par Binet, et dont les observations se multiplient depuis quelques années.

L'expérimentation a pu reproduire ces infarctus et montrer qu'il existe à leur base un déséquilibre du système neuro-végétatif. En excitant ce système par différents procédés : germes bactériens (Gastinel, Junckérée), agents chimiques (Laporte et Ram, Justin Bezançon), par des produits de désintégration, en particulier des dérivés de l'histamine (Jeanneney, Villar, Contiades et Ungar), on est parvenu à déclancher des phénomènes d'infarcissement sur le grêle des animaux de laboratoire. Il s'agit, en définitive, d'une anaphylaxie locale, d'un phénomène d'Arthus.

Comme processus pathogénique, Grégoire admet le rôle de la vaso-dilatation, créant une sorte d'asystolie du « cœur périphérique », d'où une énorme stagnation veineuse, avec cyanose, rupture des capillaires et infarctus. Pour Leriche, Patel et Gosset, par contre, la vaso-constriction artérielle dominerait, avec spasme, ischémie locale, stase veineuse et éclatement des capillaires.

La symptomatologie, bien décrite par Grégoire, comporte un collapsus général intense, des douleurs abdominales violentes, la perception de l'anse infarcie sous forme de tumeur molle apéristaltique.

La thérapeutique s'adresse au shock et à la lésion.

Contre le shock : diminuer la réceptivité du système neuro-végétatif, et remonter la tension vasculaire par les préparations camphrées, l'adrénaline à doses élevées.

Contre la lésion : faire une laparotomie pour vérifier l'état de l'intestin. Si lésions minimes, refermer l'abdomen. Si l'anse est gangrenée, extériorisation avec anastomose à la base (Leriche).

Il convient d'ajouter que les partisans de l'apoplexie par vaso-constriction artérielle conseillent un traitement vaso-dilatateur : novocaïnisation du sympathique (Leriche), acétylcholine ou eupavérine (Gosset).

Quoiqu'il en soit, si ces infarctus anaphylactiques offrent encore dans leur étude bien des points non précisés, ils ont ce grand intérêt de répondre à la thérapeutique médico-chirurgicale. L'observation de M. Poinot en est un nouvel exemple. Ils ne représentent, il est vrai, qu'un pourcentage assez restreint (10 à 15 %) de la totalité des infarctus du grêle.

P. Lacroix.

REVUE DES TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE (1939-1940)

par H. VIGNES
Prof. agrégé, accoucheur des hôpitaux

et L. BIGEY
Assistant à la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Grossesse normale

Anatomie et physiologie. — SWANSON et IOB ont étudié la teneur du fœtus humain en azote, fer, calcium et phosphore aux divers mois de la vie intra-utérine. L'ingestion de vitamine D par la mère favorise le passage du calcium et du phosphore. (The growth of fœtus and infant as related to mineral intake during pregnancy. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1939, t. 38, p. 382). Les sulfates du sérum ont un taux normal pendant la grossesse et sont parfois très augmentés dans la prééclampsie et l'éclampsie, d'après HUNT et WAKEFIELD qui y voient la marque d'une anomalie de la sulfo conjugaison et, donc, d'un trouble hépatique. (Concentration of sérum sulfate during pregnancy and in pré-éclampsic toxemia. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1939, t. 38, p. 499). DUYVENE DE WIT et OPPERS pensent que l'ablation du corps jaune au début de la grossesse doit être suivie d'un traitement hormonal ou, en l'absence de ce traitement, d'une surveillance très attentive de la malade, en raison du danger d'avortement. (Considérations sur l'extirpation du corps jaune au début de la grossesse et sur la teneur en progesterone de cet organe et du placenta à terme. *Nederlandsch Tydschrift V. Geneskunde*, 1939, t. 83, p. 4.001). SIEGLER montre l'augmentation des hormone œstrogènes et gonadotropes durant la grossesse et leur brusque diminution dans les jours qui suivent l'accouchement. Par ailleurs, une élévation très marquée des hormones gonadotropes, coïncide avec les signes habituels de l'intoxication gravidique. (Estrogenic and chorionic gonadotropic hormone in normal pregnancy and in toxemia of pregnancy. *Journal of Lab. and Clin. Med.*, 1939, t. 24, p. 1.277.)

Diagnostic de la grossesse. — CRAINICIANU décrit une nouvelle méthode pour pratiquer la réaction de Friedman Brouha ; après avoir fait une petite boutonnière abdominale, on introduit l'urétroscope de Luys jusqu'au niveau de l'ovaire qu'on peut très facilement saisir dans le champ visuel. Après cette première ovarioscopie, on injecte l'urine. Puis, après la dernière injection, on répète l'ovarioscopie de trois heures en trois heures jusqu'à ce que l'on ait un résultat net. Avec cette méthode, la réaction peut être nette après vingt heures et même moins ; en cas de non-grossesse, après dix heures, l'examen est négatif. (L'ovarioscopie transpéritonéale dans la réaction de Friedman-Brouha. *Bull. et Mém. de la Soc. Roumaine d'Endocr.*, *1939, p. 270)*

Hygiène de la grossesse. — NISSIM expose le rôle de l'avitaminose B dans diverses gestoses. (Contribution au traitement par la vitamines B dans la grossesse. *Rev. d'Obst. Gin. si Puer.*, janvier-mars 1939, t. XIX, p. 47. — CALOCASIDES rappelle que les dents commencent à se développer plusieurs mois avant la naissance. Il recommande aux mères et aux nourrices une nourriture riche en calcium et en vitamine D : légumes et fruits frais, blé, farine d'avoine, riz noir, lait. (Les dents des enfants : la responsabilité des femmes enceintes et des mères qui allaitent vis-à-vis de leurs enfants. Σχολικη Υγιεινη, 1938, nº 14). — VALDEMAR MADSEN décrit une méthode de radiographie pour mesurer la distance promonto-sus-pubienne. (Rontgenologische Messung von Diameter Conjugata vera. *Acta Obst. et Gyn. scand.*, tome XVII, p. 53).

Grossesse pathologique

Grossesses ectopiques et nidations anormales. — DUMISTRESCU et NITESCU rapportent une observation dans laquelle il fut porté le diagnostic de grossesse abdominale au neuvième mois, en raison de la superficialité des parties fœtales et de la situation de l'utérus séparé de la tumeur abdominale qui ne se contracte pas. L'intervention confirma le diagnostic. (Grossesse ectopique abdominale au neuvième mois avec fœtus vivant. *Revista de Obst. Gyn. si Puer.*, janvier-Mars, 1939, p. 41). — Dans un cas de grossesse ectopique abdominale greffée sur l'épiploon, on trouve à l'opération un caillot de la grosseur d'une mandarine dans le Douglas adhérent à

l'épiploon et contenant des villosités placentaires. (Constantin STANCA. Grossesse épiploïque. *Gyn. si Obst.*, novembre-décembre, 1938, p. 334). — GUIKITCH rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, ayant subi un curettage six semaines après un arrêt des règles et qui, six semaines après, subit une laparotomie pour grossesse interstitielle dans laquelle on découvre un fœtus de trois mois. (Un cas de grossesse ectopique interstitielle chez une femme ayant subi aupravant un curettage précoce, laparotomie avant la rupture. *Société Yougoslave de Chirurgie*, 1938). — RODRIGUES, après avoir rapporté que le test de Friedman ne rend pas, dans la grossesse ectopique (surtout si elle est troublée), les mêmes services que dans la grossesse normale, signale que le curettage total est préférable à une simple biopsie de l'endomètre : l'absence de villosités et la transformation déciduale d'un endomètre totalement examiné parlent pour une grossesse ectopique. L'auteur insiste enfin sur la valeur de l'hystérosalpingographie. (Détails du diagnostic de la grossesse tubaire. *Ann. Bras. de Gyn.*, juillet 1939, n° 1, p. 8). — R. CALDERA a groupé les renseignements obtenus aux Indes dans 251 cas de placenta prævia (sur 26.116 accouchements). Il y eut 29 % de placenta recouvrant, 41 % de marginal et 29 % de latéral. L'âge moyen le plus fréquent fut de 26 à 30 ans, puis de 31 à 35 ans. Quatorze présentations furent anormales. Sur les 199 cas, il y eut 23 morts (soit 11,5 %) : 11 avant l'accouchement (6 hémorragies et 5 chocs au cours d'une version), 12 après l'accouchement (3 infections, 8 chocs après version et 1 après forceps). La mortalité infantile a été de 69 % dans les variétés recouvrantes, 49 % dans les marginales et 45 % dans les latérales. La mortalité maternelle globale fut de 17 % et fœtale de 74 %. Il fallut souvent recourir à la césarienne. La rupture large des membranes a été pratiquée 38 fois, sans mort maternelle et avec 39 % de mort fœtale. (Placenta prævia. *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, juin 1939, p. 531). — Nos connaissances sur la pathogénie du placenta prævia sont sommaires, aussi convient-il de recueillir toute donnée qui apporte une contribution au problème. Dans cet ordre d'idées, L.-S. PENROSE vient d'établir, par une statistique de 72 cas, que l'augmentation de l'âge favorise l'insertion centrale et que la parité favorise l'insertion latérale ou marginale. Ses chiffres dépassent très nettement les probabilités d'erreur. (Age maternel et parité dans le placenta prævia. *Journ. of Obst. and Gyn.of the Brit. Emp.*, 1939, t. 46, p. 645). — GHEORGHIU et MANCIU rapportent l'observation curieuse d'une femme présentant un placenta prævia central, chez laquelle le fœtus est né mort par suite d'un circulaire serré traversant le milieu du placenta. (Evolution inaccoutumée dans un cas de placenta prævia central. *Revis. de Obst. gin. si Puer.*, 1939, p. 111).

Toxémies gravidiques en général. — TONKES, après avoir rappelé que la grossesse augmente le taux de l'acétonémie, rapporte le cas d'une femme, secondipare présentant de l'hyperacétonémie et de l'acétonurie, mais sans diabète. Il la guérit par l'administration continue d'adrénaline et de sucre. Il s'agissait d'un trouble de la fonction hépatique et l'auteur conclut sur la valeur de l'insuline dans le traitement des troubles du métabolisme pendant la grossesse. (Acétonémie pendant la grossesse. *Nederlandsche Tidjschifft v. Gereesk*, 1939, t. 83, p. 4.216).

Eclampsie. — Marius GEORGESCO rapporte l'observation d'une femme enceinte de sept mois présentant une céphalée rebelle. Une saignée calme la malade, mais bientôt survint une cécité. Il s'agit d'un état pré-éclamptique ; d'ailleurs une crise survint et on interrompit la grossesse par une césarienne avec extraction d'un fœtus vivant. Un mois après, les troubles oculaires ont disparu. (Eclampsie avec troubles oculaires. *Bull. de la Soc. de Gyn. de Bucarest*, février 1938, p. 465). — On sait que le taux du magnésium sanguin augmente pendant la grossesse. H. VIGNES a démontré que ce magnésium diminue au cours de l'éclampsie et de la pré-éclampsie. L'injection de morphine a pour effet d'augmenter le taux du magnésium sanguin chez ces malades ; on peut, alors, se demander si la gestose qui prédispose à l'éclampsie n'est pas liée à une prédominance des sels alcalins par rapport au calcium et au magnésium et on peut conclure que le traitement par la morphine aboutit au même résultat que le traitement par le sulfate de magnésie. (Henri VIGNES : Magnésium dans la grossesse. *Progrès Médical*, 29 juillet 1939). — Dans le traitement de l'éclampsie, Iwan DE OLIVERA FIGUEIREDO insiste sur la saignée qui produit immédiatement une baisse de la tension artérielle proportionnée au sang soustrait. (Vues d'ensemble actuelles sur le traitement de l'éclampsie. *Annaes Bras. de Gyn.*, juin 1939, p. 23). — LACOMME, ALBOT et COHEN, ont pratiqué une biopsie hépatique au cours d'une césarienne post-mortem (qui permit d'extraire un enfant vivant) et un prélèvement au cours de l'autopsie. La biopsie ne montre qu'une hépatite parenchymateuse diffuse alors que le fragment nécropsique montre les dégénérescences centrolobulaires et les nécroses fibrinoïdes périportales réalisant l'aspect classique du foie éclamptique. (Etude comparative des prélèvements biopsiqnes et nécropsiques d'un foie éclamptique. *Annales d'Anat. patho.*, mars 1939, p. 362). — MIRCEA Constantinesco

Gh. BOGDAN et STOENESCO rapportent l'observation d'une femme qui, au cours d'une première grossesse, a fait plusieurs accès d'éclampsie ; enceinte pour la seconde fois, trois ans après, elle présente un accès grave d'éclampsie dont elle meurt. (Un cas d'éclampsie itérative à fin fatale. *Rev. de Gin., Obst., Puer.*, 1939, p. 106). — ERNEST W. PAGE et J. ALVIN, COX sont revenus sur la question de l'avenir éloigné des éclamptiques. 1° Un relevé de 3.800 cas publiés par trente auteurs leur a permis de calculer qu'après plusieurs mois ou années, 43 % des femmes avaient de l'hypertension et 14 % de l'albumine. 2° Leurs recherches personnelles, sur 96 femmes, leur ont donné 45 % de femmes restant tarées : hypertension ou albuminurie ou, en cas de grossesse, récidive de toxémies. 3° L'autopsie de 26 femmes mortes de toxémie ou ayant eu une toxémie gravidique leur a montré un épaississement de la paroi des capillaires glomérulaires. Ils considèrent l'ischémie rénale consécutive à cette lésion comme étant la cause de l'hypertension. (Lésions rénales après toxémie gravidique. *Western Journ. of Surg.*, septembre 1938, p. 463). — Dans le même ordre d'idées, BROWN et DODDS, sur 400 malades, ont relevé une hypertension permanente chez 60 % des femmes ayant eu des convulsions éclamptiques et chez 50 % de celles ayant eu un syndrome pré-éclamptique. (Pronostic éloigné des toxémies gravidiques. *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1939, t. 46, p. 443).

Vomissements. — Mac GOWAN et BAKER considèrent les vomissements gravidiques comme liés à un spasme de la deuxième portion du duodénum. Ce spasme disparaîtrait après l'administration sous-linguale d'un centigramme de nitroglycérine. L'effet serait instantané et permet l'alimentation immédiate. (Relation of pregnancy to biliary desease. *Canad. med. ass. Journ.*, 1938, t. 39, p. 133).

Affections nerveuses et organes des sens. — RASIT TUKSAVUL rapporte le cas d'une femme enceinte de deux mois, blessée au niveau de la colonne dorsale. Malgré une paralysie des membres inférieurs et de nombreux symptômes traduisant une atteinte de la moelle, la grossesse évolua normalement et l'accouchement eut lieu spontanément. Les cordons postérieurs avaient été peu touchés, aussi la femme perçut-elle les douleurs. (Traumatisme médullaire chez une femme enceinte. *Turk. Tib. Cemiyéti Mecmuasi*, janvier 1938.

Infections et intoxications diverses. — L. DIGONNET et M. MATHIS rapportent l'observation d'une femme atteinte au deuxième mois de sa grossesse d'une spirochétose récurrente à tiques. Elle accoucha à terme et guérit après avoir reçu sans inconvénient 2 gr. 10 de sulfarsénol intra-musculaire et 4 gr. 50 de tryparsamide intraveineuse. Le placenta semble avoir opposé une barrière au spirochète de Dutton. (Siprochétose récurrente africaine à tiques évoluant chez une femme enceinte. *Bull. de la Soc. de Path. exotique*, 8 février 1939).

Les arthrites gonococciques peuvent être favorisées par la grossesse et surtout le post-partum, mais il s'agit de formes volontiers latentes dans lesquelles le diagnostic étiologique est souvent fort difficile. L'évolution peut être fort grave ou, au contraire, très bénigne. (Achille GIBRAT. Contribution à l'étude clinique des arthrites gonococciques pendant la grossesse et les suites de couches, et en particulier, de la coxite, thèse de Paris, 1939).

La maladie de Nicolas-Favre est actuellement de plus en plus fréquente et peut donner lieu à des lésions isolées du périnée et à des indurations du segment inférieur lesquelles pourront être cause de dystocie. La véritable nature de ces lésions ne pourra être affirmée que par l'emploi systématique de la réaction de Fréi. (H. VIGNES. La maladie de Nicolas-Favre en Gynécologie et en Obstétrique. *Revue Franc. de Gyn. et Obst.*, 1939).

Affections pulmonaires. — OPPEL, à propos de quinze cas de pneumonie ayant évolué pendant la grossesse, conclut que la pneumonie est une grave complication de la grossesse. L'accouchement prématuré est fréquent, de façon précoce ou tardive. Il est souvent rapide. L'enfant survit en général, s'il a une taille et un poids satisfaisants. Ce sont de simples rhumes qui sont souvent à l'origine de ces pneumonies et, en particulier, une femme très enrhumée lors du travail risquerait fort la pneumonie. (Pneumonie et grossesse. *Annals of internal méd.*, juin 1939 t. 12 p. 1.983).

LACOMBE et CHEMIN viennent de publier cinq observations intéressantes de pneumothorax thérapeutique au cours de la grossesse, dont deux pour tuberculose ayant débuté avec la grossesse.

1° Dès les premiers mois d'une grossesse, hémoptysie et fièvre. Sanatorium. Deux cavités au sommet gauche et râles bulleux ; bacilles. En somme, lésion bien localisée, mais d'emblée ulcéreuse. Pneumothorax à la fin du deuxième mois. Amélioration immédiate. Le poids, de 56 à ce moment, est à 71 à terme. Accouchement normal. Guérison clinique et disparition des bacilles. En somme, succès total qui se maintient deux ans après.

2° Au début d'une grossesse, hémoptysie et fièvre. Une radio faite trois mois avant la grossesse était normale. Au quatrième mois de la grossesse, forme bilatérale disséminée ; puis apparition d'une cavité à la base droite ; bacilles. Pneumothorax au cin-

quième mois. Amélioration. Récidive dans les suites de couches et extension du processus à gauche où l'on établit un second pneumothorax et reprise du processus à droite. Guérison ou, tout au moins, grande amélioration.

3° Pneumothorax pour forme fibro-caséeuse gauche. Grossesse. Nouvelles lésions à gauche, cependant que le côté droit se prend avec géode. Pneumothorax droit. Amélioration après l'accouchement.

4° Tuberculose ancienne améliorée. Grossesse. Evolution tuberculeuse avec caverne. Pneumothorax à gauche. Accouchement. Plusieurs mois après l'accouchement, pneumothorax pour lésion droite. Guérison.

5° Tuberculose. Grossesse. Aggravation. Pneumothorax et section en brides. Accouchement. Nouvelle poussée, puis amélioration.

Le pneumothorax est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce. Les auteurs sont hostiles à l'avortement thérapeutique qui est dangereux chez la tuberculeuse. (*Echo Médical du Nord*, 1939). — SCADDING a publié le cas d'une femme qui commença sa seconde grossesse deux mois après l'installation d'un oléothorax et chez qui tout se passa au mieux. (Pregnancy and Oléothorax. *Lancet*, 1938, premier semestre, p. 1.329).

Lésions endocriniennes. — ANTONOPOULOS et KAMBASSIS ont publié un cas de tétanie après thyroïdectomie totale chez une femme enceinte de six mois. L'évolution de la grossesse et le développement de l'embryon n'ont eu aucunement à souffrir de l'hypocalcémie et des crises tétaniques de la femme. Pendant la durée des crises tétaniques, le meilleur moyen employé fut la greffe parathyroïdienne. (*Asklépios*, 1938, n° 5). — EFFKEMANN et MÜLLER-JAGER, après avoir rappelé que la nécrose ischémique du lobe antérieur de l'hypophyse passe pour fréquente après les hémorragies graves obstétricales, ont étudié l'histoire ultérieure de 86 femmes ayant eu de telles hémorragies. L'atrophie génitale, l'insuffisance des règles, la stérilité, l'adiposité, la maigreur excessive, l'hypogalactie sont fréquentes chez ces femmes. Mais faut-il incriminer l'hémorragie ? Ne faut-il pas plutôt supposer que la cause de l'hémorragie et de l'atonie utérine a été une insuffisance endocrine ou une imperfection du mésocéphale ? (Apparition d'insuffisance préhypophysaire après hémorragies post-partum. *Archiv für Gynak*. t. 168, p. 867). — SHEEHAN et MURDOCH ont observé, cinquante quatre patientes atteintes d'une légère insuffisance de la pituitaire antérieure consécutives à une nécrose ischémique du lobe antérieur ; certaines d'entre elles ont été améliorées sans traitement glandulaire soit spontanément, soit comme lors d'une nouvelle grossesse. Tandis que l'amélioration spontanée est peu fréquente et rarement importante, la guérison est presque toujours et souvent même complète si la patiente devient enceinte ; alors une amélioration se manifeste dès les premiers mois de la grossesse et se maintient si l'accouchement est normal. Certaines complications, telle la rétention du placenta cause d'hémorragies lors d'une première délivrance, peuvent se renouveler dans un accouchement ultérieur et déterminer des accidents sérieux à nouveau. Il est supposable que l'amélioration, due à la grossesse, soit annihilée en partie ou totalité par une nouvelle nécrose glandulaire et l'hémorragie chez de telles femmes. Il faut chercher, avec le plus grand soin a éviter toute hémorragie ou collapsus lors de l'accouchement, ainsi que toute complication obstétricale prévisible. Toutes dispositions seront prises pour une transfusion immédiate lors de l'accouchement.

Affections rénales. — TAMBURELLI a présenté, en mai 1937, à la *Société Sicilienne de Gynécologie*, l'observation d'une femme qui présente des hématuries bilatérales à chacune de ses cinq grossesses sans signe de tuberculose ni de lithiase. — GIBSON a observé, chez une femme ayant une grossesse gémellaire, des hématuries, de la pollakiurie, des œdèmes, des céphalées et un peu d'albuminurie. Un pyélogramme montra une hydronéphrose bilatérale très importante qui existait encore deux mois après la fin de la grossesse, mais avec un fonctionnement rénal satisfaisant (Twin pregnancy complicated by bilateral hydronephrosis, *Med. Journ. of Australia* 1937, 1er semestre, page 472). — Chez une femme ayant une hypertension permanente avec néphrosclérose légère, on découvre un hypernéphrome et on l'extirpe à la seizième semaine d'une grossesse. La grossesse continue ; vingt et un mois après l'accouchement, il n'y avait pas d'aggravation de l'état rénal et vasculaire. (GEORGE L. HOFFMAN. Nephrectomy during pregnancy, *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1939, E 38, p. 154). — On sait que tous les glomérules rénaux ne fonctionnent pas à la fois. MORTARA, en utilisant divers animaux de laboratoire, a pu établir qu'en dehors de la grossesse, 38 % des glomérules seulement fonctionnent et qu'il y en a 55 à 66 % pendant la grossesse. Ceci explique, sans doute, l'apparition de certaines néphrites gravidiques (Altération fonctionnelle du nombre des glomérules pendant la grossesse. (*Monitore Ost.-Gin.* 1936, t. 8, p. 487). — KULITZKY a opéré au cinquième mois de la grossesse une femme atteinte d'hypernéphrome malin évoluant depuis plusieurs années. Avortement d'un fœtus mort quelques jours après. Survie depuis trois ans. (Schwangerschaft und Nierengeschutulst. *Zentral für Gyn.*, 1939, p. 539).

Complications cardio-vasculaires. — Au der-

nier Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de langue française qui s'est tenu à Lausanne, en juillet 1939, a été présenté par MM. BALARD, MAHON et BROUSTET un rapport sur l'interruption de la grossesse dans les cardiopathies. Les auteurs concluent à un extrême conservatisme. Au cours de la discussion qui a suivi leur exposé, LANTUEJOUL et MERGER ont affirmé que l'avortement thérapeutique a des indications, mais qu'elles sont exceptionnelles ; elles se tirent des antécédents obstétricaux, de la précocité des accidents, des complications pulmonaires, de la radioscopie, de l'effet du repos et du traitement. — RHENTER, sur 16.000 accouchées dont 100 cardiaques, n'a jamais eu à intervenir. — PAUCOT, sur 11 cardiaques décompensées a interrompu la grossesse dans trois cas seulement, dont un de gémelléité. Il se loue du protoxyde d'azote comme anesthésique pour de telles interventions. — GUERDJIKOFF a insisté sur la difficulté du pronostic ; il y a des surprises dans les deux sens. C'est le diagnostic de l'insuffisance du myocarde qui permettrait de poser un pronostic valable, mais cela n'est pas toujours possible. Les malades ayant un système neuro-végétatif instable sont tout particulièrement exposés aux accidents imprévus et doivent être très surveillés. Dans les cas graves vus par l'auteur, il s'agissait souvent de femmes ayant un utérus infantile et ayant été difficilement fécondées. — LAFFONT a observé à la Maternité d'Alger 129 cardiopathies sur 11.326 accouchements. Il a fallu interrompre la grossesse 19 fois avec 5 morts. — VORON, PIGEAUD et MAGNIN rapportent que le pourcentage des cas de éfaillance cardiaque au cours de la gestation, a été de 3 pour 1.000, avec 5 morts sur 24 cas ayant nécessité l'hospitalisation. Considérant que l'interruption de grossesse aboutit souvent à un échec, les auteurs estiment préférable d'envisager l'avortement prophylactique à la stérilisation chirurgicale. — LABHARDT a interrompu, pour cardiopathie, une demi douzaine de grossesses sur trente mille femmes. Le pronostic est quasi impossible a établir. — ROCHAT s'élève contre le conservatisme des rapporteurs et voudrait que les accoucheurs s'informent de ce qu'est devenu la lésion cardiaque après l'accouchement.

L'évolution des varices au cours de la grossesse a été précisée dans un long mémoire par VIGNES. La fréquence des varices, pendant la grossesse, est diversement appréciée par les auteurs, puisqu'elle varie de 5 à 75 pour cent. Quoiqu'il en soit, elles sont plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares et la grossesse est, pour la femme, l'occasion la plus commune de voir apparaître des varices. Leur date d'apparition est très variable. Elles siègent le plus souvent aux membres inférieurs, d'un seul côté ou des deux côtés et le plus souvent aussi dans le domaine de la saphène interne. Mais il existe aussi des varices vulvaires, des varices de la région pré et sus-pubienne, des varices du ligament rond. Leur symptomatologie ne présente rien de spécial du fait de la grossesse (gêne et tension douloureuse, fourmillement et prurit, douleurs). L'évolution des varices gravidiques doit être étudiée en fonction de la poussée évolutive. Cette poussée varie de six semaines à trois mois et peut se terminer avant la fin de la grossesse, parfois à l'occasion de la mort in-utéro du fœtus. Cette poussée se caractérise par une modalité plus aiguë des symptômes énumérés précédemment. En tout cas, les varices apparues à l'occasion de la grossesse subissent ordinairement une involution ante-partum ou post-partum pouvant même aller jusqu'à disparition. Les causes des varices gravidiques ont été très discutées. Elles comportent, certes, pour une part, des facteurs étiologiques, mécaniques (effet de la pesanteur, augmentation de la pression intra-abdominale, compression veineuse). L'imperfection des explications mécanistes mène à souligner le rôle joué par une insuffisance du tonus veineux (élément constitutionnel d'une maladie générale caractérisée par une infériorité des tissus ; — rôle de l'hérédité ; — insuffisance constitutionnelle des nerfs veino-constricteurs) L'explication endocrinienne de l'hypotonie veineuse est la plus en vogue à l'heure actuelle et les auteurs ont incriminé tour à tour l'ovaire, le foie, le pancréas, mais surtout l'insuffisance thyroïdienne et l'insuffisance de la post-hypophyse. Les varices peuvent en cours de grossesse, comme en dehors de cet état, présenter diverses complications (H. VIGNES. *Archives des Maladies du cœur*, n° 5, p. 478).

H. VIGNES définit l'hypotension pathologique une tension maxima inférieure à 10 et une minima inférieure à 7. Tantôt latente, tantôt caractérisée par de la fatigabilité, les lipothymies, de la céphalée, l'hypotension peut s'accompagner de deux complications importantes : d'une part, passage à l'hypertension par labilité tensionnelle ; d'autre part, au moment de l'accouchement, insuffisance fonctionnelle du muscle utérin conditionnant un travail lent et surtout des hémorragies et du choc post-partum. Ces malades hypotendus sont souvent des femmes ayant une médiocre fonction génitale, des femmes maigres et asthéniques. Contre l'hypotension, on a essayé divers médicaments connus pour leurs effets hypertensifs ; la digitaline, l'adrénaline, l'éphédrine, et surtout la strychnine. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 nov. 1938).

Môle. — STROINK est partisan du traitement expectatif et conservateur après expulsion d'une

môle. Il s'y est tenu dans 24 cas sur 28 et, dans deux cas seulement, il y eut développement ultérieur d'un chorio-épithéliome. Dans les douze cas de chorioépithéliome que STROINK a eu à soigner, les résultats ont été favorables, plus favorables qu'autrefois parce qu'on fait le diagnostic plus précoce par curettage ou par prolan-dosage urinaire et par l'association des rayons à la chirurgie. Les rayons, employés seuls, peuvent suffire si la tumeur n'est pas trop volumineuse. Les cas consécutifs à un avortement ou à une grossesse normale ont eu un plus mauvais pronostic que ceux consécutifs à une môle dans la série suivie par STROINK, parce que le diagnostic a été plus tardif, faute d'avoir l'attention attirée. *(Traitement des grossesses môlaires. Nederl. Tijdsch. Genesk.*, 3 juin 1939, C 8 3 p. 2.609). — ALBERTO COUTINHO vient de publier le cas d'une femme qui avait eu une môle deux ans auparavant et qui mourut après une hémiparésie avec céphalée rebelle. L'autopsie montra un petit nodule de chorio-épithéliome dans l'utérus et une métastase cérébrale avec inondation ventriculaire. (*Annaes brasileiros de Gyn.*, sept. 1939, p. 193).

Hydramnios. — Si la plupart des auteurs attribuent l'hydramnios à la syphilis, GOODALL, MORGAN et POWER ont publié deux observations où ils croient pouvoir incriminer une infection focale. (A study of a cause of hydramnios. *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, 1939, t. 38, p. 494).

Complications psychiques. — Les psychoses puerpérales ne sont pas créées, de toute pièce, par l'état gravidique et même le plus habituellement, une prédisposition psychopathique ne suffit à tout expliquer. C'est ce que souligne NORAH A. HAWORTH en faisant remarquer que ces psychoses se voient chez des femmes indemnes lors des grossesses antérieures ou lors des grossesses ultérieures. Il faut donc faire intervenir ces causes actuelles. Si l'on soigne celles-ci chez une prédisposée, on minimise ses risques. NORAH HAWORTH se fonde sur 117 cas suivis en 15 ans. Aucune n'avait dû être internée auparavant. Soixante-douze guérirent, dont 60 avaient eu des grossesses normales et 12 en eurent ultérieurement. Sur les 78 femmes pesées à l'entrée, 54 avaient un poids déficitaire et chez toutes (sauf une seule exceptée), la guérison s'accompagna d'une augmentation pondérale. Vingt-huit femmes seulement sur les 117 avaient un état physique normal. La plupart souffraient d'état saburral et constipation (80), de caries ou pyorrhée (60), d'urémie (32) ; trente-six avaient des antécédents familiaux de psychopathie, d'épilepsie ou d'alcoolisme ; 29 étaient connues comme instables et 22 comme anxieuses. (Troubles de la nutrition et débilité dans les psychoses puerpérales. *Lancet*, 1939, 2e semestre, p. 417). — NITESCU rappelle le rôle respectif de la constitution psychique et des facteurs gravidiques. (NITESCU. Quelques considérations sur des psychoses puerpérales. *Revista de Obst., Gyn. Puer.*, janv.-mars 1939, t. XIX, n° 1, p. 30).

Tumeurs et grossesse. — VERNE, HUGUENIN et PERROT, rapportent le cas d'une jeune femme traitée et guérie d'un adénome du sein. A l'occasion d'une grossesse, la tumeur réapparaît et augmente de volume par poussées, mais présente un encapsulement anormal qu'on peut attribuer à la radiothérapie préalable. (Relation apparente entre l'évolution d'un cancer du sein, de la grossesse et du post-partum. *Bul. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, janv. 1939, p. 56).

GROSSESSES MULTIPLES

FR. GRANEL a fixé un point d'histologie qui n'est pas sans intérêt pour expliquer les grossesses gémellaires. On sait qu'entre autres possibilités anatomiques, on attribue certaines grossesses gémellaires à la fécondation d'un ovule multinucléé ou de deux ovules se développant dans un même follicule. GRANEL élimine la première théorie : de tels ovules existent bien, mais sont condamnés à l'atrophie. Au contraire, les follicules à deux ovules, qui se voient chez la femme et chez les mammifères, lui semblent beaucoup plus intéressants. Une étude minutieuse lui a montré qu'ils étaient absolument séparés et qu'ils ont chacun une thèque interne propre. D'autre part, leur développement est toujours synchrone et rien ne s'oppose donc à une fécondation simultanée ou très rapprochée. (Follicules biovulaires et gémelléité. *Annales d'Anat. patho.*, juillet 1939, p. 867.)

L'ELECTRONISATION

dans le traitement des troubles neuro-endocriniens

Parmi les nombreuses ressources thérapeutiques mises à notre disposition par l'électricité, il en est une, d'application récente, dont les possibilités se révèlent chaque jour plus grandes et que l'on peut appeler : *électronisation.*

Ainsi que son nom l'indique, cette nouvelle méthode utilise les diverses propriétés de ces corpuscules de matière électrique, nommés : *électrons,* reconnus comme éléments constitutifs de toute matière. *Tous les corps actuellement connus sont, en effet, uniquement composés d'électrons groupés en architecture plus ou moins complexe autour de noyaux électro-positifs, qui les retiennent dans leur voisinage et autour desquels ils gravitent avec la possibilité, plus ou moins grande, de s'en échappe.*

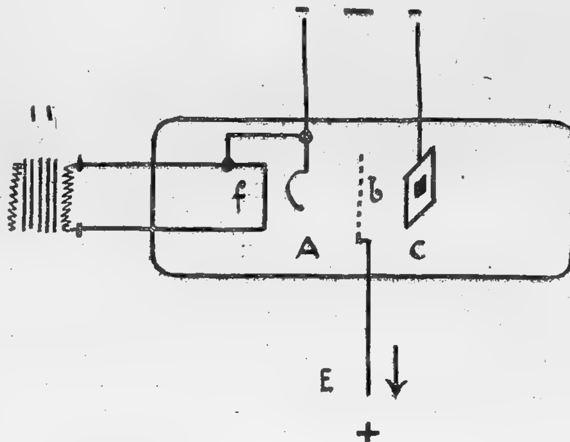
Tous les phénomènes de la chimie et de la physique peuvent se ramener aux tribulations et aux transferts de ces électrons d'une zone d'influence à une autre, ou, en tous cas, sont toujours accompagnes de tels transferts.

D'autre part, tous les échanges cellulaires, constituant le principal des manifestations de la vie, sont également accompagnés de *transferts électriques,* et sont en étroite dépendance avec eux. *La nutrition intime des tissus ne serait plus un processus à base chimique, mais électrique ou électro-magnétique.* Sans doute bien des problèmes liés à l'action des ions gazeux sur les êtres vivants ne sont pas encore définitivement résolus, mais on est en droit d'admettre que ces phénomènes, de nature énigmatique jusqu'ici, représentent dans une forte mesure, les *résultats de certains troubles des échanges électriques de l'organisme normal, se rattachant à la perte d'électricité négative* (électrons) *portée par les colloïdes cellulaires de l'organisme vieillissant.*

Dès maintenant, le sang apparaît comme chargé d'une nouvelle et importante fonction consistant à régulariser le comportement électrique des tissus et des organes, véritable levier de commande de l'activité vitale des cellules.

L'homme est électrisé négativement comme la terre avec laquelle il est en contact, mais *lorsque la résistance s'affaiblit, lorsqu'il devient malade, il s'électrise positivement et perd des électrons.* On conçoit donc l'intérêt primordial pour le thérapeute d'avoir à sa disposition le moyen de rétablir l'équilibre électronique humoro-cellulaire indispensable au retour ou à la conservation de la santé.

Or, ce moyen est facilement et pratiquement obtenu grâce à l'appareil, dont on peut voir ici le schéma, et qui peut s'appeler : *l'électronisateur.*



Le filament f produit des électrons.
Entre A (anode) et C (cathode) on applique un champ alternatif. Les électrons sont d'abord attirés vers C, puis repoussés vers b, la grille, qui, si elle est reliée à un récepteur suffisamment positif, débite les électrons par vagues successives.

Mis en relation avec l'électronisateur, l'organisme se trouve soumis à un véritable *bombardement électronique,* que l'oreille de l'observateur perçoit à l'aide d'un microphone téléphonique, sous la forme d'un grésillement analogue à celui que fait une goutte de graisse sur une plaque métallique chauffée.

Objectivement le sujet traité ne sent absolument rien, si bien que s'il n'entendait pas à l'écouteur téléphonique les multiples petits chocs qui le frappent, il serait tenté de croire qu'il ne se passe rien en lui.

Cependant, au bout de quelques minutes, il a nettement la perception d'une détente et comme d'un allègement de tout son être ; sa respiration devient plus ample et plus profonde, et une impression de chaleur douce et générale est nettement ressentie ; au bout de quelques instants, une dizaine de minutes environ, il se produit des baillements prolongés traduisant une décontraction diaphragmatique manifeste, en même temps que de légers borborygmes signalent un transit digestif dans un intestin despasmé.

Et c'est là, en effet, un des premiers et constants résultats de l'électronisation : la *suppression de tout spasme, quel qu'il soit, ainsi que de toute contracture.*

Prenons comme exemple de cette assertion, deux faits typiques en ce qu'ils ne laissent aucune place à l'auto- ou hétéro-suggestion :

la sténose pylorique du nouveau-né, et *la contracture du col utérin.* Dans le premier cas, l'électronisation fait rapidement disparaître tout vomissement et toute régurgitation lactée, permettant au nourrisson de s'alimenter et faisant disparaître le tableau angoissant préalablement existant. Dans le second cas, la contracture du col, rendant l'accouchement dystocique, fait place à une souplesse normale permettant l'issue heureuse de l'acte obstétrical.

Le même heureux résultat est obtenu dans toute manifestation où le spasme est en cause, qu'il s'agisse d'*aérophagie*, de *dyspnée asthmatique*, de *coryza spasmodique*, de *dysménorrhée*, de *coliques post-opératoires*, etc., etc.

Or, qu'est-ce que le « spasme », sinon la contracture plus ou moins intense de la musculature lisse, cette armature principale de tous nos organes creux, assurant notre vie végétative et inconsciente ?

Quand se produit plus souvent le spasme ? Si ce n'est sous l'influence d'un choc émotionnel, dépendant intimement de notre vie psychique ? En effet, chaque fois qu'un ébranlement quelconque émanant du milieu ambiant vient à retentir dans l'intimité des réseaux de l'activité psychique, le phénomène immédiat et fatal qui se développe, en raison même des appareils mis en jeu, est un choc, un saisissement émotif, mettant en vibration tout le système nerveux sympathique, qui se révèle ainsi le *nerf de l'émotion* par excellence. Immédiatement après, la réaction du tissu vivant sensitif se produit et se manifeste le plus souvent par les spasmes les plus divers.

Ceci étant, si l'électronisation est si puissante contre l'élément spasmodique, manifestation de la contracture musculaire lisse, il est de toute évidence que son influence bienfaisante doit également s'exercer sur le tonus et le fonctionnement du nerf sympathique, étant donné l'intimité de connexion existant entre le muscle lisse et la terminaison nerveuse sympathique.

En effet, en présence de troubles tels que : *vertiges, palpitations, bouffées congestives, tremblements, migraines, prurits, dyspnée, insomnie, émotivité, anxiété*, etc., dénotant une origine sympathicotonique ou vagotonique, on est en droit d'employer l'électronisation, qui se montre toute puissante pour rétablir un équilibre nerveux préalablement rompu et faire disparaître tout phénomène morbide.

Souveraine donc contre le spasme, efficace dans les troubles d'hypertension nerveuse, l'électronisation est également précieuse pour régulariser le fonctionnement troublé des glandes endocrines et modifier heureusement le terrain humoral, lui-même sous la dépendance intime de la sécrétion hormonale.

Il est constant, en effet, de voir un *métabolisme basal élevé* au cours d'une *maladie de Basedow*, par exemple, revenir à un taux normal après quelques séances, en même temps que disparaissent tremblement, exophtalmie et proéminence thyroïdienne ; contre les *douleurs dysménorrhéiques*, les *troubles de croissance de nature hypophysaire*, l'emploi de l'électronisation est également indiqué ; le *pH sanguin*, lui-même, se montre sensible à son action apaisante, de même que la plupart des *glycosuries diabétiques*.

Par les modifications salutaires du fonctionnement humoro-neuro-endocrinien, l'électronisation s'affirme donc comme une utile médication de ce que l'on est convenu d'appeler : le *terrain humain*.

Se référant à ce qui a été énoncé plus haut, on peut admettre, en effet, à côté des *éléments physico-chimiques* de ce terrain humain, l'existence d'un *élément électrique* certain, dont l'importance apparaît primordiale de jour en jour, et dont l'expérience journalière nous confirme la réalité. Qui ne connaît, en effet, les multiples troubles constatés par temps d'orage, *quand il y a de l'électricité dans l'air* ? Tantôt se produisent de la dyspnée, des palpitations, de la migraine, tantôt des névralgies s'exaspèrent, il existe des troubles digestifs, on observe de l'aggravation de l'état des blessés qui prennent des convulsions ou sont atteints d'hémorragies ; il y a recrudescence des hémoptysies, des crises de rhumatisme articulaire aigu, ou de chorée, de dyspnée chez les emphysémateux ; les aortiques présentent des douleurs précordiales plus vives, de même que s'accroissent : oppression, arythmie, turgescence des veines jugulaires ; c'est la fièvre surtout qui caractérise *le coup électrique du nourrisson.*

L'influence de l'électricité atmosphérique qui nous entoure n'est donc plus à démontrer, et cette sensibilité de notre organisme à l'ionisation de l'air, que nous respirons, est une preuve supplémentaire de l'utilité d'un appareil tel que l'électronisateur pour ramener au calme et à la santé notre organisme troublé.

Comment expliquer cette action bienfaisante et certaine de cette nouvelle méthode thérapeutique qu'est l'électronisation ? Ceci est une autre histoire, dont il sera reparlé un jour. Quoiqu'il en soit, de par les résultats heureux constamment obtenus jusqu'alors par son emploi, l'électronisation mérite une place marquée parmi les différentes méthodes physiothérapiques utilisées pour récupérer et conserver ce bien précieux qu'est la santé.

Dr CHEVALLIER (Saint-Cloud).

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Pourquoi la pneumonie franche de l'adulte est devenue plus rare

d'après les travaux des Docteurs F. Bordet et R. Lange (1) et ceux du Docteur P. Durand (2).

A PROPOS D'UNE NOUVELLE SÉRIE DE PNEUMOPATHIES FRANCHES

« Depuis quelque vingt ans, il est arrivé bien souvent à des médecins de s'étonner des changements survenus dans la nosologie pulmonaire. Si chez l'enfant la pneumonie conservait son clacissisme, chez l'adulte, au contraire, sa forme franche à évolution cyclique se faisait de plus en plus rare, et les pneumopathies à manifestations bâtardes, à marche capricieuse, ainsi que les suppurations pulmonaires ou polymorphisme non moins accusé, devenaient d'une fréquence inusitée. »

Aussi, les Docteurs F. Bordet et R. Lange n'ont-ils pas été un peu surpris de pouvoir recueillir, en un très court laps de temps, parmi les mobilisés, toute une série d'observations, dont les caractères cliniques comme les modalités évoutives étaient calqués sur ceux et celles de la pneumonie franche lobaire aiguë.

Chez tous ces malades, le début fut brutal, solennel, et, si parfois le point de côté fit défaut, chez tous il fut marqué par un frisson violent, accompagné d'une brusque élévation de température à 40°. Chez tous également, à l'exception de deux ou trois cas de pneumonie muette vérifiés à l'écran, les signes physiques, toujours en retard sur la courbe thermique, furent conformes à la description classique. L'expectoration, souvent très éphémère, eut chaque fois à un moment de l'évolution cet aspect rouillé, confiture d'abricot, qui ne trompe pas et qui, dans les cas où l'oreille ne perçoit pas grand chose, nous apporte la preuve de l'origine pneumonique des symptômes généraux observés. Ceux-ci également réalisèrent le tableau bien connu : hyperthermie en plateau durant la phase aiguë, signe de la pommette, faciès vultueux, herpès labial, rareté des urines.

La plupart des cas évoluèrent comme des formes bénignes, plusieurs comme des formes abortives. Tous se terminèrent par une défervescence brusque ou par un lysis rapide, qui survint le cinquième ou sixième jour, plus souvent que le huitième.

Le diagnostic de pneumonie franche fut d'ailleurs corroboré par la présence dans les crachats de diplocoques du type pneumocoque, et par l'existence d'ombres radiologiques qui, lorsqu'elles purent être observées au moment optimum, présentèrent les caractères classiques du foyer pneumonique : disposition lobaire ou semi-lobaire et grande homogénéité des plages d'opacité. On a pu vérifier également que les vestiges radiologiques étaient les derniers à disparaître, ainsi qu'il advient en pareils cas ; dix à douze jours après la défervescence, on pouvait encore relever des opacités résiduelles assez appréciables. Enfin, c'est avec les résultats de la percussion, que les signes radiologiques concordaient le plus fidèlement.

LE RÔLE IMPORTANT DU « CHAUD ET FROID » ; LA PART DU TERRAIN GÉNÉRAL ET LOCAL

Le facteur étiologique que constitue le froid n'avait pas échappé aux anciens auteurs : *Frigus unica causa pneumonia*. Laënnec pensait également que « l'impression du froid, longtemps prolongée ou reçue dans un moment, où le corps est médiocrement chauffé et couvert d'une sueur moite, est la cause occasionnelle la plus commune de la pneumonie ».

Depuis lors, si les circonstances qui président à l'éclosion de la pneumonie franche ne se sont pas fréquemment présentées chez l'adulte, elles n'ont cependant pas varié. Pour s'en rendre compte il suffit d'entrer dans les détails de cette récente petite épidémie, car peut-être s'est-on, à un moment donné, montré un peu trop sévère, depuis les découvertes pastoriennes, à l'égard de la pathogénie *à frigore*.

L'apparition de cette épidémie a nettement coïncidé avec un brusque et précoce fléchissement de la température ; sa disparition est survenue avec le rétablissement d'une température normale.

D'autre part, il s'agit d'un type de maladie que couramment on observait à l'époque, où du fait des habitudes de vie, des modes de chauffage, l'exposition aux intempéries était chose

(1) La pneumonie franche de l'adulte. Les raisons de ses éclipses. (*La Presse Médicale,* 5 octobre 1940).
(2) *La Presse Médicale,* 16 novembre 1940.

fréquente, et qui, devenue de plus en plus rare au fur et à mesure de l'amélioration des conditions d'existence, réapparut ici dès que la mobilisation les rendit plus précaires et plus rudes. Cette raréfaction antérieure avait été constatée d'abord chez les citadins, ensuite chez les ruraux ; chez les citadins, car, avant les autres, ils avaient pu bénéficier d'une meilleure protection contre le froid, mais aussi, en raison de l'influence allergique sur leur organisme de fréquents contages microbiens dans une atmosphère impure. Les ruraux, au contraire, non influencés par des allergies locales et générales, possédant de ce fait, un parenchyme pulmonaire normal, et une réactivité générale peu ou pas modifiée par des infections anciennes, avaient dû attendre, durant une période plus longue, une meilleure protection contre le froid, dans leur habitation comme dans leur travail. Ainsi que l'écrit le Docteur P. Durand, de Courville, « l'introduction du machinisme, la vulgarisation de l'électricité, etc., ont complètement changé la vie du terrien ; on ne voit plus ces longues théories de faucheurs, qui peinaient à journées entières sous le soleil torride ; les faucheuses *mécaniques les ont remplacés ; on ne* voit plus ces bineurs de betteraves courbés en deux tout le jour, ni ces batteurs au fléau, les instruments mécaniques les ont évincés. Et ces laboureurs qui, sous la pluie et le grésil, arpentaient les guérets, protégés seulement par une lamentable et sordide « limousine », ont maintenant de confortables imperméables. Or, c'est parmi ces « hommes de peine » que se recrutaient principalement les pneumoniques, en été et surtout en hiver ».

Cette dernière phrase semble capitale, si l'on envisage l'étiologie de la pneumonie franche. Comme le fait judicieusement remarquer le Docteur Pierre Durand, le froid intervient essentiellement en qualité de facteur de refroidissement. Ce n'est pas le froid de la température qu'il faut envisager, mais bien le refroidissement subit de l'individu ; or celui-ci peut se produire, sans que soit nécessaire une température hivernale ; il suffit d'un « chaud et froid », au sens propre de ces termes.

« Le travailleur des champs trempé de sueurs n'est revêtu, en été, que d'une chemise et d'un pantalon. Il exécute un travail exténuant au grand soleil, mais aussi au grand vent de la plaine. L'évaporation cutanée est intense, attisée encore bien souvent par l'ingurgitation d'une énorme quantité de liquide. De ce fait, la température intérieure à tendance à baisser (phénomène analogue à celui de l'alcarazas). La ventilation pulmonaire est elle-même fortement augmentée, accélérant ainsi le refroidissement intérieur. Sous cette double influence, les défenses de l'organisme cèdent (expérience de Pasteur sur le refroidissement des pattes de poule), et le pneumocoque, hôte habituellement tenu en respect, devient agressif ». (P. Durand).

Ceci dit pour les sujets ruraux. Mais n'est-il pas curieux de noter que les observations de MM. Bordet et Lange concernent principalement des ruraux ? N'existerait-il pas en outre chez eux une prédisposition générale ? Assurément : ces campagnards avaient pour la plupart un teint très fortement coloré, appartenant à ce qu'il est convenu d'appeler le tempérament sanguin du congestif. Or, écrivent MM. Bordet et Lange, la violente réaction vasculo-sanguine, qui est à la base du processus pneumonique semble avoir plus de chances de se déclencher chez ces sujets très colorés, aux pommettes télangiectasiques. Ne doit-on pas se demander si l'intensité de leur réactivité neuro-vasculaire ne serait pas pour quelque chose dans leur morbidité spéciale à l'égard de la pneumonie ? Et comme ce type d'individus est beaucoup plus répandu à la campagne parmi les travailleurs de plein air que dans la classe ouvrière des grandes villes, on entrevoit l'une des raisons principales de la plupart des pneumoniques observés, et aussi la disparition progressive de cette affection pulmonaire dans les centres urbains.

D'ailleurs, au moment même où l'on observait ces cas de pneumonie franche, d'autres malades étaient traités, qui appartenaient à la catégorie des petits asthmatiques, des bronchitiques, des emphysémateux, qui devaient normalement se montrer assez sensibles à l'action du froid et des poussières. Or, fait curieux, chez ces sujets qui, pour la plupart, présentaient de petits vestiges radiologiques d'atteinte pleuro-pulmonaire ancienne, les syndromes observés ne furent que ceux qu'il est convenu de décrire sous les noms de bronchite asthmatique, d'emphysème et bronchite : jamais, ils n'affectèrent l'aspect clinique de la pneumonie.

D'autre part, vouloir nier la fréquence particulière des pneumonies franches chez les sujets robustes et sanguins, sous prétexte qu'on la rencontre chez le vieillard, et au cours d'infections débilitantes, c'est oublier que dans ces derniers cas, il ne s'agit plus de la même maladie « facile à guérir » qu'est la vraie pneumonie franche.

D'ailleurs, écrit P. Durand « le pronostic habituellement bénin de l'infection n'est influencé défavorablement que chez les individus présentant quelque tare antérieure (cœur ou rein ordinairement), à tel point qu'un médecin averti peut, dès les premiers jours, présumer l'issue bonne ou mauvaise de l'affection. J'en ai connu, qui étaient passés maitres-devins à ce sujet aux yeux des profanes... Ils connaissaient simplement leurs maladies... et leur métier ! »

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'hypertrophie prostatique est-elle bien une maladie de l'homme vieillissant ?

Telle est la question que pose P. Thévenard ; elle est en opposition avec les idées classiques sur l'apparition tardive, au delà de la cinquantaine, de l'hypertrophie prostatique. Celle-ci apparaîtrait avec une fréquence relative chez des hommes jeunes, qui n'ont pas atteint la quarantaine. Les adénomes, dont il s'agit ici, ne sont évidemment pas des adénomes perceptibles au toucher rectal, comme ceux qu'il est habituel de reconnaître de cette manière chez les gens âgés. On serait en présence de la première phase de la maladie, que seule l'urétroscopie permet de déceler.

Du point de pue pratique, le médecin, mis en présence d'un consultant jeune, au voisinage de la quarantaine en général, venu se plaindre de troubles dysuriques encore légers, mais en tous points analogues à ceux de l'hypertrophie prostatique, ne devrait plus se croire autorisé à éliminer le diagnostic d'adénome péri-urétral, et à rassurer d'emblée son malade en prescrivant un traitement médical ; il devrait savoir qu'à cette période la prostate apparaît absolument normale au toucher, comme elle peut d'ailleurs le demeurer même beaucoup plus tard, si l'hypertrophie est à développement principal endo-urétral. Il conviendrait d'adresser de tels malades au spécialiste, en vue de l'urétroscopie indispensable, aussi bien pour affirmer l'hypertrophie prostatique commençante que pour établir le diagnostic différentiel avec les autres affections de la région, de symptomatologie similaire, dont la plus importante demeure la maladie diverticulaire de Heitz-Boyer, qui peut elle-même se compliquer de prostatite chronique hypertrophiante.

Du point de vue doctrinal, cette notion nouvelle accentue encore l'analogie classique entre l'adénome péri-urétral et le fibrome de la femme ; chez l'un comme chez l'autre, la maladie débute à des âges comparables ; mais, tandis que la maladie évolue à bas bruit chez l'homme et n'est découverte qu'à un stade avancé de son évolution, chez la femme le fibrome est découvert beaucoup plus tôt, et cela pour diverses raisons : fréquence relative des hémorragies, méno ou métrorragies ; occasions multiples de pratiquer un examen gynécologique. Le second point intéressant à relever, c'est que l'adénome prostatique est une maladie d'évolution apparemment très lente, en règle générale.

Ces considérations incitent donc à reconnaître pour douteuse la théorie, selon laquelle l'affection serait sous la dépendance de la sénescence génitale ; elle doit faire abandonner l'hormonothérapie par le propionate de testostérone, dont l'usage prolongé n'est pas sans inconvénients, alors que ses effets immédiats sont uniquement palliatifs, et peuvent, si on le désire, être obtenus par la thérapeutique médicale classique, qui a le mérite d'être, elle, certainement inoffensive. L'urétroscopie pratiquée chez ces sujets jeunes, dysuriques, leur permettra éventuellement de bénéficier de manière précoce du traitement chirurgical endoscopique, le seul réellement efficace, qui pourra être effectué à cette période avec le maximum de simplicité et de sécurité. (*La Presse Médicale*, 30 novembre 1940).

Diabète et infections minimales

C'est une contribution à la question du diabète périphérique, que présentent MM. Zoudeck et Kaatz.

Il est généralement connu que des maladies infectieuses, aussi bien aiguës que chroniques, sont susceptibles d'influencer d'une manière défavorable l'état de nutrition de l'homme atteint de diabète. Ces auteurs présentent quatre cas de diabète, dans lesquels l'extirpation d'un foyer infectieux minime a été suivie d'une amélioration considérable ou même apparemment d'une guérison du diabète.

Il faut donc très soigneusement veiller aux infections infimes chez les diabétiques et les supprimer dans la mesure du possible. Lors d'une durée plus longue, cela semble être le cas des gens âgés, l'apparition d'un vrai diabète est possible par des infections pareilles. Il faut insister sur le fait que certains diabétiques, qui se montraient d'abord réfractaires à l'insuline, peuvent se révéler comme normalement sensibles à l'insuline et même présenter un métabolisme hydrocarboné complètement normal, quand on a réussi à supprimer des foyers infectieux petits et minimes. (*La Presse Médicale*, 23 novembre 1940).



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la valeur nutritive des aliments de remplacement

(M. Pierre CHOUARD ; 12-11-1940)

Les aliments de remplacement sont tous ceux qui, non utilisés en période normale, rentrent dans notre régime alimentaire pour compléter le rationnement en période de restriction.

Avant de considérer plus en détail ces aliments, deux notions doivent être énoncées : il n'y a pas, en l'espèce, de remplacement parfait, ni total, les aliments ne se substituant les uns aux autres que sous des rapports partiels ; d'autre part, on manque de données expérimentales dûment contrôlées sur la valeur nutritive réelle de beaucoup de ces aliments de rationnement, dont le rôle ne peut être encore apprécié que par analogie avec les aliments habituels de composition voisine. Les besoins impérieux de *l'approvisionnement* exigent cependant que soient connues ces nouvelles ressources alimentaires.

I. — Pour remplacer la viande et les aliments azotés usuels, on a signalé ou recommandé les produits suivants : la caséine, le lait écrémé, les fromages blancs de lait écrémé, le sang de certains animaux d'abattoirs, les viandes récupérables, les farines et tourteaux d'arachide et de soja, les feuilles de luzerne.

La caséine séchée, protéine animale préparée industriellement sans précaution d'asepsie, doit être consommée après cuisson. Elle se réhydrate alors et devient aussi facile à digérer que du fromage. Elle n'a aucune sapidité. Sous ces réserves, son emploi est à généraliser les jours sans viande.

Le lait ecrémé a perdu toute sa graisse et une partie de sa vitamine A. Il contient des protéines (3,5 %), des glucides (4,5 %), des sels minéraux, environ 40 % de la quantité de vitamine A. C'est donc un aliment encore de grande valeur, fournissant 300 à 400 calories par litre, soit l'équivalent de plus de 200 grammes de viande.

Les fromages blancs maigres, provenant des excédents de lait écrémé, ne sont pratiquement que de la caséine hydratée et leur valeur alimentaire est celle de la caséine. Il est utile de relever leur goût par des condiments (sel, ciboulette, etc.).

Le sang des animaux d'abattoirs, s'il était proprement récolté (les conditions actuelles de prélèvement devraient être, pour cela, considérablement modifiées), pourrait fournir du boudin de sang, produit protéique, de valeur alimentaire analogue à celle de la viande maigre.

Les farines et tourteaux d'arachide et de soja sont riches en protéines végétales. D'un usage constant pour l'alimentation du bétail, ils servent pour l'alimentation humaine dans certains pays. Les populations desservies par les ports où se trouvent les huileries d'arachides peuvent actuellement disposer d'une certaine quantité de tourteaux d'arachide. Le goût de ceux-ci est agréable après cuisson. Ils apportent environ 60 % de protéines (végétales) et 15 à 20 % de glucides. On a préparé avec ces substances des pâtés, des galettes, etc., d'ailleurs appétissants.

Les feuilles de luzerne fraîche sont l'un des fourrages les plus riches en matières azotées. Certains marchands de légumes en vendent sous forme de « salade cuite ».

II. — Les produits de remplacement du sucre sont le moût de raisin concentré, le raisiné, le jus de pommes concentré, l'extrait de malt.

Le moût de raisin concentré, que l'on commence à produire industriellement dans le Midi, est cu un sirop épais ou une gelée consistante, très riche en sucre. Les différents raisinés ont la valeur des confitures. Le jus de pommes concentré serait sans doute un bon aliment occasionnel. L'extrait de malt est un aliment de valeur auquel on ne peut reprocher que son goût *sui generis*.

III. — Pour le remplacement des féculents et légumes divers, on peut utiliser les topinambours, les châtaignes, les rutabagas. La châtaigne équivaut à deux fois son poids de pommes de terre, le topinambour est pratiquement l'équivalent de la pomme de terre. Il ne se garde pas hors de terre et il ne faut l'arracher qu'au fur et à mesure des besoins.

Les graines de céréales diverses constituent des aliments excellents. L'orge mondé, par exemple, peut remplacer le riz et a une valeur voisine de celle du blé. On peut envisager aussi l'usage de diverses plantes sauvages ou de déchets ordinairement perdus de plantes cultivées (ortie blanche, feuilles de navet, de radis, etc.).

IV. — Dans le remplacement des huiles alimentaires, on a employé les huiles synthétiques, l'empois d'amidon, les mucilages, l'huile de paraffine. Les huiles synthétiques vraies, préparées par estérification des acides gras avec d'autres alcools que la glycérine, ont vraisemblablement une certaine valeur nutritive. Il n'en est pas de même des mucilages (lichen, algues) utilisés pour la préparation d' « huiles » servant à l'assaisonnement des salades en raison de leur consistance onctueuse, dont l'usage est d'ailleurs sans danger. Leur conservation est de courte durée. L'huile de paraffine, sans valeur nutritive, n'est pas recommandable dans l'alimentation courante.

Un mot sur le remplacement du café. Les meil-

leurs remplaçants sont les racines de chicorée de Bruxelles, les racines d'endives, les glands doux du Midi, les fragments invendables de figues sèches, etc. Il est regrettable de gaspiller pour cet usage, l'orge, les pois chiches, etc., qui peuvent servir plus complètement sous d'autres formes.

En résumé, les aliments de remplacement qui nous sont imposés par les circonstances, sont de deux catégories : d'une part, des produits dont la valeur nutritive et l'innocuité sont certaines (caseine après cuisson, lait écrémé, fromages blancs maigres, raisinés et moûts de raisins concentrés), ou encore des aliments bien connus, mais d'un emploi peu répandu (topinambour, orge). Ils peuvent être recommandés dans la plus large mesure.

D'autre part, tous les autres produits, cités plus haut, et sur lesquels nous manquons d'une documentation suffisante. Leur usage est au moins tolérable, mais, pour en conseiller largement l'emploi, des analyses et des expériences de laboratoire seraient nécessaires. Sans doute, ces études de laboratoire confirmeraient-elles l'opinion préliminaire donnée sur eux.

Enfin, il faut tenir compte des propriétés « psychiques » des produits alimentaires. Nombre d'aliments de remplacement, très éloignés de nos coutumes des temps normaux, sont peu attrayants pour l'appétit. Mais, l'habitude et l'art culinaire aidant, ce défaut peut s'atténuer.

Importance de la méthode de restitution-substitution en radiogrammétrie

(M. C. Chaussé ; 24-12-1940)

Cette méthode combinée de repérage et d'extraction des corps étrangers opaques aux rayons X en salle claire et avec champ chirurgical libre et aseptique, dont la caractéristique essentielle consiste en un guidage basé sur le système source-table, s'appuie sur la méthode de restitution. Cette dernière suppose que le rayon central normal au film passe par le corps étranger ; condition facile à réaliser pour la radioscopie, mais beaucoup plus difficile pour la radiographie. Elle nécessite dans ce cas, des opérations préliminaires qui allongent et compliquent le repérage.

Dans le but de supprimer ces opérations, l'auteur utilise une méthode qu'il appelle « méthode de restitution-substitution », et qui consiste à effectuer une double projection du corps étranger en se servant des rayons obliques, et à restituer ensuite une projection différente, mais équivalente où un des rayons est normal au film et passe par le corps étranger.

L'auteur conclut en faisant remarquer que la méthode de restitution-substitution, en permettant, grâce à la radiographie, d'atteindre une précision inconnue jusqu'à ce jour, peut être considérée comme un des éléments de base de la radiogrammétrie de précision.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Considérations cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques concernant soixante-et-un cas de méningite cérébro-spinale.

(MM. F. Rathery, B. Bolzinger et Ph. Decourt ; 13-9-1940)

En matière de thérapeutique antiméningococcique, de très nombreux travaux ont pu établir l'efficacité remarquable des dérivés sulfamidés et leur primauté sur le sérum. Cependant, la plupart de ces études ne portent que sur un nombre relativement restreint de cas, certaines même ne font état que d'un nombre infime. La présente communication, au contraire, se base sur l'observation de 61 cas de méningite cérébro-spinale à méningocoque bactériologiquement confirmé, chez des sujets âgés de 20 à 43 ans ; 58 d'entr'eux ont guéri rapidement sans rechute, ni complications graves. Trois seulement n'ont pu être sauvés : traitement insuffisant pour cause majeure ; blocage rénal ; forme sévère avec quatre rechutes.

Néanmoins, la mortalité pour les 61 cas observés est tombée à 5 p. 100, alors qu'elle était antérieurement de 40 p. 100.

Trois armes thérapeutiques ont été utilisées : d'abord et avant tout, deux sulfamides, le 1162 F et le 693, enfin seul le sérum monovalent.

Le médicament le plus actif paraît être le 693, ensuite le 1162 F, tous deux étant cependant d'une efficacité très voisine. Ils s'imposent au thérapeute comme le médicament de choix des méningites ; le sérum, dont on ne saurait cependant méconnaître la valeur, ne saurait plus être envisagé que comme moyen thérapeutique secondaire. Cependant, aucun de ces trois moyens ne doit être ni rejeté, ni exclusivement préconisé ; il faut les coordonner judicieusement.

Quant à la question primordiale de la voie d'introduction des sulfamides, la voie buccale est sans conteste celle qu'il faut préférer. Mais nombreux sont les cas graves, où elle est soit inutilisable, soit inopérante (coma, vomissements). L'utilité de la voie intrarachidienne est incontestable, mais pour le 1162 F seulement (à 0,80 p. 100) ; quant au 693, en raison de l'alcalinité de ses solutions, il faut préférer la voie intramusculaire, qui donne de grosses satisfactions. La voie rectale, simple et commode, ne doit pas être oubliée avec une suspension gommeuse de sulfamide, et non avec des suppositoires.

La posologie sera rapide, forte et brève. Rapidement, il faut obtenir une concentration sulfamidée satisfaisante dans le liquide céphalo-rachidien. On ne négligera pas le seuil d'efficacité clinique, en raison de la réelle diversité des taux nécessaires à l'amorce et au maintien d'une guérison.

La seule sérothérapie spécifique monovalente conserve, une indication, c'est la sulfamido-résistance des germes ; mais elle ne peut être appliquée qu'à la suite d'un diagnostic précis du germe et de sa race ; elle ne saurait donc intervenir qu'au deuxième jour au plus tôt.

Les auteurs indiquent, enfin, de quelle manière on peut concevoir la conduite du traitement. A ce propos, ils notent que cette chimiothérapie massive, mais brève, ne donne lieu à aucune complication d'ordre toxique : ni leucopénie, ni granulopénie, ni troubles de la crase sanguine, ni albuminurie importante. Seule est observée toujours une anémie légère, sans gravité.

Si les sulfamides ne guérissent pas toutes les méningites cérébro-spinales, ils en guérissent un nombre tellement élevé qu'on peut admettre aujourd'hui que le pronostic de cette maladie est devenu celui d'une affection relativement bénigne.

« Coup de fouet » et claudication intermittente au cours d'une maladie de Vaquez

(M. Louis RAMOND, Mlle BAREILLER et Mme POGNAN ; 13-9-1940)

Les douleurs des membres inférieurs, de règle dans la maladie de Vaquez, peuvent y prendre les types les plus variés. Elles se présentent sous la forme de causalgies, de névralgies, d'arthralgies, etc., tous symptômes évocateurs de l'intervention du système nerveux, en particulier du grand sympathique, dans leur production. Mais elles peuvent aussi se manifester par de la claudication intermittente ou s'accompagner d'ulcération et même d'escarres superficielles ; il est alors légitime de les attribuer à des lésions vasculaires.

C'est cette pathogénie, qui paraît applicable aux accidents dont a souffert un homme de 50 ans, érythrémique, qui, ayant été atteint d'un « coup de fouet » il y a dix ans, a été récemment hospitalisé pour de la claudication intermittente artérielle. Les troubles circulatoires veineux et artériels, et les lésions vasculaires qui engendrent ces affections, sont directement la conséquence de la polyglobulie essentielle, ou maladie de Vaquez.

Un cas d' « encéphalite psychosique azotémique aiguë »

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN ; 13-9-1940)

L'hyperazotémie commande le pronostic immédiat d'états de ce genre. Son origine reste confuse, car l'étude du métabolisme de l'azote est rendue très difficile chez des sujets excités et délirants par une foule de circonstances tenant au type même de ces malades.

Dans le cas rapporté, les examens pratiqués semblent indiquer l'origine extra-rénale de l'hyperazotémie constatée ; celle-ci serait la conséquence d'une désintégration massive, la substance nerveuse étant touchée la première.

M. J. DECOURT. — L'azotémie, souvent considérable, qui accompagne les manifestations psychiques, n'est certainement pas un phénomène fortuit et accessoire : les altérations rénales, habituellement discrètes et banales, ne suffisent pas à l'expliquer. Il ne semble pas non plus que l'oligurie ou une éventuelle hypochlorémie puissent à elles seules en rendre compte. Sans doute relève-t-elle de troubles complexes de l'équilibre humoral et tissulaire, liés au moins pour une part au désordre des fonctions cérébrales.

Le délire aigu azotémique mérite vraiment une place très particulière en nosologie et justifierait une étude biologique approfondie.

Tétanie grave, rapidement guérie par une dose unique et massive de vitamine D

(MM. RIBADEAU-DUMAS, M. LÉVY et J. MIGNON) ; 20-9-1940)

Cette observation concerne un enfant âgé de trois mois et demi, atteint d'une tétanie avec éclampsie, dont les manifestations étaient apparues de très bonne heure. Il y avait au début des troubles digestifs, caractérisés par des douleurs, des vomissements et une forte aérophagie. Les signes de tétanie ont donné l'explication du syndrome ; il y a du spasme de la glotte ; en outre, à deux mois apparaissent des convulsions, et, lorsqu'il est, à trois mois et demi, soumis à l'examen, il présente des signes évidents de tétanie. Dès le début, le calcium est donné à fortes doses : injections de gluconate d'abord, puis de chlorure de calcium (4 grammes pendant onze jours), sans aucun résultat décisif. En quarante-huit heures, une prise de quinze milligrammes de vitamine D, en une seule fois, conduit à la guérison et à la cessation du syndrome digestif.

Le trouble essentiel du métabolisme était une hypocalcémie extraordinairement accentuée. Si les sels de calcium ont pu déterminer une modification favorable à la calcémie, leur action n'apparaissait pas cliniquement. Au contraire, la dose massive de vitamine D releva puissamment le taux du calcium et provoqua une guérison clinique presque immédiate. Cinq mois plus tard, l'enfant était en excellente santé.

D'autres observations analogues ont été aussi favorables aux doses massives de vitamine D. Il est certain que les indications peuvent en être très étendues, la méthode étant sans danger, et son action dans la tétanie indiscutable.

G. F.

Toulouse

Société de médecine

Luxation congénitale de la hanche méconnue dans le jeune âge

M. Castay rappelle qu'il est assez fréquent de voir de graves déformations de la hanche chez les sujets adultes se plaignant de douleurs coxo-fémorales ou deboiterie et qui sont envoyés à la radiographie. Les clichés révèlent des déformations de la cavité cotyloïde, de la tête fémorale, une luxation plus ou moins accentuée. Chez les gens d'un certain âge on retrouve en outre parfois un processus d'arthrite déformante venu se greffer sur une hanche primitivement mal formée. L'auteur insiste sur la nécessité dans le jeune âge de pratiquer des clichés radiographiques à l'occasion du moindre trouble de la marche ou des douleurs de la hanche. Le Docteur Calot a mis en garde depuis longtemps contre les subluxations ignorées de l'enfance, que l'on ne devrait plus méconnaître, car seul un traitement appliqué dès le début est de nature à mettre le sujet à l'abri de ces séquelles qui font plus tard de ces malades des estropiés.

L iode dans la thérapeutique cardio-vasculaire

M. Mériel, après avoir rappelé les insuccès malheureusement fréquents du salicylate comme préventif de l'endocardite rhumatismale et comme curatif de l'endocardite évolutive, rapporte quelques cas où il s'est adressé à la thérapeutique iodée. Il n'a pu l'expérimenter suffisamment dans l'endocardite aiguë, mais dans l'endocardite évolutive, l'iode longtemps continué a amené un arrêt net du processus morbide. Il serait souhaitable que ce médicament soit employé en association avec le salicylate dans la prévention de l'endocardite au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Ulcères inapparents à l'intervention

M. P. Fabre. — Il n'est pas rare, lors d'une intervention, de ne constater aucune trace d'un ulcère cependant en évolution et l'auteur présente plusieurs observations personnelles avec des pièces opératoires de ces ulcères camouflés.

La conclusion de telles observations est la nécessité absolue pour le chirurgien, au moment de prendre sa responsabilité opératoire, de pouvoir faire fond sur un examen préalable parfait du malade, car en pareil cas, l'investigation clinique doit primer des constatations opératoires en apparence contradictoires. Le diagnostic d'ulcère peut et doit être fait par l'examen clinique avec confirmation radiologique. Il est toutefois indispensable, pour arriver à un diagnostic de certitude, de pratiquer un examen radiographique d'une technique irréprochable.

Réunion médico-chirurgicale de la région de Dijon

Réalisation pratique, par des moyens économiques, d'un éclairage asciatique pour salles d'opérations

MM. de Girardier et Cuilleret présentent photographies et schémas d'un appareil à éclairage asciatique. Il est constitué par une source lumineuse unique (lampe de 300 watts) réfléchie sur une coupole réalisée avec des panneaux de bois contreplaqué. Un système optique très simple placé sous la source lumineuse évite la projection directe des rayons sur le champ opératoire et la masque aux yeux de l'opérateur. L'ensemble est monté sur un système de contre poids pour l'orientation et sur deux cables pour permettre un mouvement de trolley.

Les avantages de cet appareil sont : sa lumière plus agréable et plus douce que celle de l'appareil de Capette et Auclair, bien que d'une intensité égale mesurée à la cellule photo-électrique, — sa réalisation facile et économique (180 francs environ) sans le secours de pièces difficiles à se procurer, — sa facilité de démontage et de transport.

Sur un cas de calcifications para-articulaires de l'épaule (avec radiographies)

M. de Girardier rapporte l'observation d'un malade, âgé de 31 ans, souffrant de vives douleurs de l'épaule droite avec grosse impotence, apparues progressivement et spontanément deux mois auparavant. La radiographie montra des calcifications sous-acromiales des deux côtés, au niveau des attaches du sus-épineux. Du côté douloureux la calcification était un peu plus volumineuse et à contours moins précis que du côté silencieux, mais surtout il y avait autour d'elle des traînées opaques, nuageuses et floues, témoignant de l'imprégnation calcique du tissu conjonctif voisin, qui n'existaient pas de l'autre côté.

Deux infiltrations novocaïniques locales, à deux jours d'intervalle, du côté douloureux, ont amené la guérison immédiate, complète et définitive.

Le processus de mutation calcique locale par lequel se constituent ces calcifications était très net sur les radiographies successives montrant une zone de raréfaction osseuse sous-jacente dans la tête humérale. Ce cas de bilatéralité des calcifications avec aspect très différent du côté douloureux indique que la calcification elle-même ne joue pas un rôle prépondérant pour expliquer douleurs et impotence. Celles-ci traduisent surtout une donnée évolutive, celle de la continuation de la prise en charge des dépôts calciques par les tissus péri-articulaires. L'infiltration novocaïnique locale, par son action hyperémique rapide, diminue vraisemblablement très vite leur teneur en calcium, ce qui explique ses heureux résultats, particulièrement nets dans ce cas.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Dr A. RAVINA. — **L'Année thérapeutique.** MÉDICAMENTS NOUVEAUX. *Treizième année*, 1938, suivie de la table alphabétique des années 1931-1937. Un volume de 188 pages. Prix : 25 francs.

« L'Année thérapeutique » est un résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de 1938, tant en France qu'à l'étranger.

L'auteur étudie : 1° Les maladies et les symptômes (traitements nouveaux se rapportant à 32 affections diverses) ; 2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (anesthésie, injections locales, ionisation, mammographie, oxygénothérapie) ; 3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (cures de fruits, héparine, histamine, vitamines, etc.).

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les volumes des années 1931 à 1937. Cette table donne à la collection une valeur documentaire en facilitant les recherches.

DUNOD, éditeur
92, rue Bonaparte

Les petites difficultés de l'automobile, par H. PETIT, ancien élève de l'Ecole polytechnique. 166 pages, 12 × 18, 1941, broché 26 francs.

Sous ce titre : « Les petites difficultés de l'automobile », l'auteur bien connu de nombreux ouvrages sur l'automobile a réuni un certain nombre de chapitres que tous les automobilistes consulteront avec intérêt et profit.

Collaborateur de la *Vie Automobile*, il a profité de l'expérience qu'il a recueillie, en répondant aux très nombreuses lettres qu'adressent tous les jours à la rédaction les lecteurs de cette revue sous forme de demandes de renseignements, pour résoudre par avance toutes les petites difficultés qui peuvent se présenter.

En veut-on quelques exemples ? Il suffit de regarder quelques têtes de chapitres.

C'est ainsi qu'on verra pourquoi un moteur chauffe ou vaporise. Comment on peut éviter les inconvénients d'un blocage par vapeur. Comment on doit faire pour régler convenablement un carburateur, pour vérifier une installation d'éclairage ou d'allumage, pour entretenir ses freins et parer à des petits inconvénients tels que le broutement ou l'échauffement intempestif... .

Le succès que connaît tous les jours la rubrique « Pourriez-vous me dire » de la « Vie Automobile » dont l'objet est précisément de répondre à des questions d'ordre pratique est un sûr garant de celui que remportera ce petit volume sans prétention.

Extrait de la table des matières : *Le moteur et ses annexes.* L'alimentation en essence : réservoir, pompe, canalisation. Le carburateur. Comment choisir un carburant. Le graissage de l'essence ou superhuilage. Vérification et remise en état : l'équipement électrique. L'allumage. Moteurs qui chauffent et moteurs qui vaporisent. Questions pratiques de graissage. Décalaminage du moteur. Le rodage des soupapes. Réalésage ou chemisage des cylindres. — *Châssis. Voiture. Carrosserie. Accessoires.* Embrayage et patinage de l'embrayage. Les freins. Suspension et pneus. Les appareils de bord utiles ou agréables mais non indispensables. La carrosserie.

DUNOD, éditeur
92, rue Bonaparte, Paris (VIe)

Les véhicules à gazogènes, par H. PETIT, ancien élève de l'Ecole polytechnique, rédacteur en chef de la *Technique automobile et aérienne.* 74 pages 12 × 18, avec 15 figures et 3 tableaux, 1938, broché 15 francs ; frais de port et d'assurance, France et colonies 5 %.

La question des véhicules à gazogènes est tout à fait à l'ordre du jour.

M. Henri Petit a réuni dans ce petit ouvrage tout l'essentiel du problème. Après avoir exposé et comparé les caractères et les prix des différents combustibles pour gazogènes, il indique les transformations qu'il faut faire subir aux moteurs à combustible liquide pour l'alimentation par gazogène, puis donne une description des systèmes actuellement utilisés et termine par un exposé des avantages et des inconvénients de cette traction.

Présentant en toute objectivité des renseignements pratiques, il étudie la question d'un point de vue strictement technique. Aussi ce livre constitue-t-il un guide précieux pour les usagers actuels des véhicules à gazogènes et surtout pour ceux qui doivent le devenir à brève échéance.



PARTIE PROFESSIONNELLE

LA « MISE EN ROUTE » DE L'ORDRE

Aux Conseils départementaux qui viennent d'être nommés pour la totalité des départements, le Conseil national a d'ores et déjà adressé des instructions pour que l'ensemble de l'organisme commençât à prendre dans la France nouvelle, le rôle important qui lui incombe.

Il est prescrit à chaque Conseil départemental de s'installer sans délai soit dans les locaux appartenant aux défunts syndicats, soit dans de nouveaux. Un secrétariat sera créé et, parmi les membres du Conseil, sera délégué, pour chaque branche de l'exercice professionnel, le fondé de pouvoir de l'Ordre (Assurances sociales, A. M. G., réformés de guerre, accidents du travail, etc.), chargé d'étudier et de rapporter toutes les questions de sa compétense

L'organe de juridiction, le conseil de discipline, peu facile à constituer tant que les Conseils demeureront départementaux (ceux-ci ne comprenant parfois que cinq membres) prendra sa véritable figure lorsqu'ils seront devenus régionaux et, par conséquent, plus nombreux. Il faut, en effet, prévoir que, dans chaque litige, le rapporteur et les membres qui pourraient être en relations avec les parties, se récuseront et que les juges se verraient ainsi réduits à un nombre insuffisant.

Aussitôt installés, les Conseils départementaux devront procéder à l'établissement du Tableau de l'Ordre. Devront se faire inscrire au tableau, tous les médecins patentés, par conséquent tous ceux qui exercent réellement la médecine, à l'exclusion des médecins fonctionnaires ou salariés.

Les médecins établis avant le 1er septembre 1939 y seront inscrits après simple vérification de leur identité, leur nationalité et leurs titres, et après qu'ils auront signé une formule où ils s'engagent à se soumettre aux prescriptions du Code de déontologie.

Les médecins installés postérieurement au 1er septembre 1939 ou non encore installés, devront prêter serment dans une forme solennelle et devant le Conseil ou une délégation du Conseil.

La cotisation annuelle s'élèvera à 250 francs, partie devant revenir au Conseil départemental et partie aller au Conseil national. Cette somme comprenant l'abonnement gratuit au *Bulletin de l'Ordre* dont la publication sera coûteuse par le fait qu'aucune publicité n'y sera admise.

La question de la retraite est de celles que le Conseil national veut résoudre sans délai.

Des deux formules (capitalisation et répartition) la seconde est, à l'évidence, seule praticable dans une mise en route immédiate, aucun capital antérieurement constitué ne pouvant fournir son apport de rente annuelle.

Un quantum raisonnable sera à dégager en tenant compte, d'une part, des besoins vitaux des médecins retraités, d'autre part de la cotisation qui peut être raisonnablement demandée à certains jeunes médecins aux ressources limitées. Il faut prévoir une période de tâtonnement où l'on recherchera empiriquement le chiffre convenablement adapté à ces deux facteurs.

Le problème des médecins étrangers est non moins brûlant et appelle une prise de position nette. Certains répugnent à toute mesure ressemblant à un ostracisme aveugle, à une xénophobie passionnelle, et sont d'avis de tenir largement compte de tout ce qui peut militer en faveur d'un confrère étranger, honnête, ayant fait un long séjour en France et ayant donné à celle-ci les preuves valables de son attachement.

D'autres veulent s'en tenir à la lettre de la loi du 16 août et pensent que se laisser guider par des appréciations individuelles, c'est ouvrir la porte à tous les abus et s'exposer à toutes les pressions et recommandations qui ont fait la grand faiblesse de l'ancien régime.

Il est à espérer ue la Commission supérieure chargée d'examiner les dossiers des étrangers se tiendra à distance de ces deux positions extrêmes et que, tout en demeurant ouverte à certaine générosité, elle ne voudra cependant pas sacrifier les intérêts déjà si obérés des médecins français.

En somme, nous entrons dans la période constructive. Après un interrègne de plusieurs mois entre la dissolution des Syndicats médicaux et la mise sur pied de la Corporation médicale, la continuité d'hier à demain est en passe de se rétablir.

Il restera ensuite à passer de l'échelon : Corporation médicale à l'échelon supérieur : Corporation sanitaire, organisme où la somme des intérêts communs ou analogues sera réalisée et représentée.

G. Lavalée

ORDRE DES MÉDECINS

COMPOSITION DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX (*Suite* [1])

(*Arrêtés du 4 et 13 décembre 1940*)

AISNE

Président :
Lemarchal (Laon).
Membres :
Bachy (Saint-Quentin).
François, Paul (Bohain).
Glorion (Château-Thierry).
Marquet (Soissons).
Mathie (Saint-Quentin).

ALPES-BASSES

Président :
Jouve, Paul (Digne).
Membres :
Caire (Manosque).
Devars (Barcelonnette)
Nalin (Forcalquier).
Tron (Forcalquier).

ALPES-HAUTES

Président :
Coronat (Gap).
Membres :
Blanc, Eugène (Embrun).
Mayoly, (Gap).
Para (Chabottes).
Taravellier (Briançon).

ALPES-MARITIMES

Président :
Figueira (Nice).
Membres :
Barillet (Antibes).
Bourgeois-Gavardin (Cannes).
Bufnoir (Cannes).
Carcopino (Nice).
Carlotti, Ph. (Nice).
Colomban (Grasse).
Giovanni (Nice).
Lafarge, Jean (Nice).
Senes (Vallauris).

ARDÈCHE

Président :
Bourret (Privas).
Membres :
Bouzol (Cheylard).
Cadet (Tournon).
Cleu (Aubenas).
Giraud (Annonay).
Tourasse (Saint-Agrève).

ARDENNES

Président :
Baudoin (Charleville).
Membres :
Belotte (Vivier au Court).
Maquet (Grand-Pré).
Martin, André (Revin).
Tilman, P. (Charleville).
Vassal, Louis (Charleville).
Vilte, Henri (Vrigne-aux-Bois).

ARIÈGE

Président :
Lestrade (Foix).
Membres :
Nigoul (Saverdin).
Roquejoffre (Pamiers).
Roques, Fr. I. (Mirepoix).
Brunet (Foix).

(1) Voir nos 49, 51 et 52 des 8, 22 et 29 déc. 1940.

AUBE

Président :
Gur (Troyes).
Membres :
Chazelnoel (Plancy).
Blouet (Troyes).
Lefebvre, A. (Bar-sur-Aube).
Mauguière, André (Troyes).
Pucheu (Romilly).

AUDE

Président :
Gibert, Martial (Narbonne).
Membres :
Artigues, Pierre (Narbonne).
Coffinières, Jacques (Castelnaudary).
Fouchet, P. (Lézignan).
Lalaurie (Cuxac d'Aude).
Prax, A. (Limoux).
Soum, Ph. (Carcassonne).

AVEYRON

Président :
Garrigues (Rodez).
Membres :
Bonnefous (Rodez).
Capoulade (Espalion).
Cochy de Moncan (Saint-Sernin).
Lagarde (Decazeville).
Olier (Aguessac).
Verdier, André (Millau).

BOUCHES-DU-RHÔNE

Président :
Mourges, Pr. (Marseille).
Membres :
Charpin, Elisée (Aix).
Chassy, Jean (Arles).
Combes, Jean (Marseille).
Fiolle, Paul (Marseille).
Laplane, Louis (Marseille).
Leroy, Edgar (Saint-Rémy).
Marcorelles, Amédée (Marseille).
Moiroud, Pierre (Marseille).
Simon, Jean (Marseille).
Vallette, P. (Marseille).

CALVADOS

Président :
Lecornu, Pierre (Caen).
Membres :
Cailloue (Falaise).
Colombe (Lisieux).
Gallot, Georges (Honfleur).
Le Rasle, Henri (Caen).
Moles, R. (Cabourg).
Serre (Colombelles).

CANTAL

Président :
Girou (Aurillac).
Membres :
Delort (Saint-Flour).
Dupuy, Raymond (Aurillac).
Mezard, Jean (Aurillac).
Talandier (Mauriac).

CHARENTE

Président :
Brothier, Oscar (Villefagnan).

Membres :
Decressac, Jean (Angoulême).
Duroselle (Angoulême).
Fau Georges (Cognac).
Girard, I. L. M. (Confolens).
Harmand (Cognac).

CHARENTE-INFÉRIEURE

Président :
Barraud, Georges (Chatelaillon).
Membres :
Demarque, Raymond (Rochefort).
Hude, Henri (Saintes).
Jonchères, Jean (Saintes).
Muffat, René (Saintes).
Monod, Max (Saintes).
Torlais, Jean (La Rochelle).

CHER

Président :
Eschbach, Henri (Bourges).
Membres :
Chamaillard, Pierre (Aix d'Angillon).
Marchand, I. M. (Sancergues).
Pasquet (Bourges).
Vion, Robert (Mehun-sur-Yèvre).
Malgras, Pierre (Bourges).

CORREZE

Président :
Lacoste, Jacques (Tulle).
Membres :
Belcour (Ussel).
Coussieu, Pierre (Brive).
Fleyssac (Treignac).
Verdeaux (Bugeat).

CORSE

Président :
Da Passano, Jean (Ajaccio).
Membres :
Abbatucci (Bastia).
Colombani (Ile-Rousse).
Dufour, Paul (Bastia).
Suzini, Marc (Sartène).
Vincentelli (Calenzana).

CÔTE D'OR

Président :
Petitjean, Pr. (Dijon).
Membres :
Deguignand, Louis (Dijon).
Florentin (Brétigny-en-Dijon).
Fonteray, Jean (Mont-Saint-Jean).
Jasey, Marcel (Saumur-en-Auxois).
Megret, Robert (Dijon).
Poisot, Marcel (Beaune).

CÔTES-DU-NORD

Président :
Hutin (Guingamp).
Membres :
Blecon, M. S. (Uzel).
Druais, Jacques (Saint-Brieuc).
Legrand, Lucien (Dinan).
Le Gueut, François (Tréguier).
Pedron, A. (Saint-Brieuc).
Tessier, Gustave (Saint-Brieuc).

CREUSE

Président :
Bresard (Gueret).
Membres :
Butaud, Jean (Bourganeuf).
Dupic (Aubusson).
Ladure (Boussac).
Montagne (Chambon-sur-Voueize).

DORDOGNE

Président :
Gargaud, Pol. (Périgueux).
Membres :
Debenais, Henri (Roche-Chalais).
Deguiral, R. E. (Sarlat).
Durieux, Jean (Thiviers).
Gaillard, H. P. (Périgueux).
Lacoste, Georges (Périgueux).
Pautrier (Clairvivre).
Du Seutre, Marie-Auguste (Bergerac).

DOUBS

Président :
Baufle (Besançon).
Membres :
Duvernoy (Valentigney).
Gomet (Besançon).
Petrequin, S. (Seloncourt).
Picard, père (Morteau).
Robin, Victor (Montbrisson).
Tisserand (Besançon).
Volmat (Besançon).

DRÔME

Président :
Coste ,J. (Anneyron).
Membres :
Chevalier-Seyvet (Romans).
Didier, L. (Bourg-de-Péage).
Eynard, G. (Saint-Nazaire-en-Royans).
Morel, J. (Romans).
Perrier (Valence).

EURE

Président :
Fabre, Georges (Verneuil).
Membres :
Bergouignan, Louis (Evreux).
Camus, J.-Pierre (La Barre-en-Ouche).
Champeaux, Daniel (Bourth).
Clément, François (Vernon).
Rougeulle (Evreux).
Wagner, Félix (Lieurey).

EURE-ET-LOIR

Trouvé, Em. (Chateaudun). (1)

GARD

Président :
Reynaud, Maurice (Nîmes).
Membres :
Blanchard (Uzès).
Chabrol, Henri (Alès).
Coste, Maurice (Nîmes).
Roujon, René (Sumène).
Sollier (Nîmes).
Vincent, Max (Nîmes).

HAUTE-GARONNE

Président :
Rocques (Toulouse).
Membres :
Alfaric (Cugnaux).
Armaing, G. (Plaisance).
Aversenq, J.-P. (Toulouse).
Cavalié, Jean (Toulouse).
Chauson, J. (Fronton).
Deumie (Toulouse).
Gandy (Saint-Gaudens).
Riser (Toulouse).

GERS

Président :
Lestrade, L. (Auch).
Membres :
Angele (Gimont).

(1) Addition à la liste publiée dans *Le Concours Médical*, n° 52 du 29-XII-40.

Perrier, L. (Plaisance).
Sardac (Lectoure).
Soubiran (Auch).

HÉRAULT

Président :
Jeanbrau (Montpellier).
Membres :
Etienne, Ed. (Montpellier).
Guirauden, Th. (Sète).
Jaulme, F. (Ganges).
Marchand, Louis (Béziers).
Mourrut, E. (Béziers).
Poulaud, Jules (Clermont).
Reveilhe, Pierre (Montpellier).
Roux, G. (Montpellier).

INDRE

Président :
Robert, Louis (Issoudun).
Membres :
Asselin, J. (Chateauroux).
Chataignon (Valencay).
Deboulay (Chateauroux).
Felix, Maurice (Chateauroux).
Garnier (Issoudun).

INDRE-ET-LOIRE

Président :
Mahoudeau, Albert (Amboise).
Membres :
Abribat, F. (Saint-Flovier).
Brée, E. (Chateau-Renault).
Cosse (Tours).
Desbuquois (Tours).
Gaudeau, D. (Tours).
Salmon, Jean (Tours).
Desnoyelle, Lucien (Tours).

JURA

Président :
Mermet (Lons-le-Saulnier).
Membres :
Chancenotte, Robert (Fraisans).
Duponchel (Dôle).
Jouvet, Louis (Lons-le-Saulnier).
Romand-Monnier, J. (Lons-le-Saulnier).
Sigaud (Saint-Claude).

LANDES

Président :
Beaumont, Léon (Geaune).
Membres :
Daydrein, Pierre (Mont-de-Marsan).
Estivals, J. (Castets).
Gauzere, Gabriel (Tartas).
Lamothe, J. (Roquefort).
Labrouza, Pierre (Dax).

LOIR-ET-CHER

Président :
Montagne (Cour Cheverny).
Membres :
Audy, Francis (Huisseau-sur-Cosson).
Filloux (Contres).
Gamard, R. (Montoire-sur-Loir).
Laurent, Louis (Romorantin).
Lefranc, Pierre (Blois).
Luzuy, M. (Blois).
Triau, fils (Vendôme).

HAUTE-LOIRE

Président :
Maleysson, M. (Le Puy).
Membres :
Boncompain (Yssingeaux).
Durand (Le Puy).
Gigante (Sainte-Florine).
Kaeppelin (Le Puy).
Riou, Albert (Chambon-sur-Lignon).

LOIRE-INFÉRIEURE

Président :
Favreul, G. (Nantes).
Membres :
Auvigne, R. (Nantes).
Ballet, B. (Nantes).
Bureau, Y. (Nantes).
Chollet (Vertou).
Ertaud, E. (Nantes).
Giroire, Henri (Nantes).
Goubin, L. (Chateaubriant).
Mechefer, Michel (Nantes).
Marchand (Saint-Nazaire).
Pacreau (Saint-Nazaire).
Pouzin-Malegue, Mme (Nantes).

LOIRET

Président :
Mezy (Orléans).
Membres :
Falaize (Orléans).
Guerin (Cépoy).
Levassor (Montargis).
Luizy (Orélans).
Merry (Gien).

LOT

Président :
Constant, Edouard (Payrac).
Membres :
Ayzac (Gourdon).
Besse (Cahors).
De Lapize (Cahors).
Delclaux (Figeac).

LOT-ET-GARONNE

Président :
Duhamel, J. (Agen).
Membres :
Benquet, Georges (Nérac).
Corcelle (Agen).
Delmas (Agen).
Dubarry (Casteljaloux).
Reilhac (Clairac).

LOZÈRE

Président :
Morel, C. (Mende).
Membres :
Almeyras, C. (Villefort).
Delagrange, Mlle (Mende).
Fleury de la Ruelle (Marvejols).
Joly (Mende).

MAINE-ET-LOIRE

Président :
Bigot, Ch. (Angers).
Membres :
Desvaux, fils (Angers).
Gory, R. (Denée).
Menard (Bécon).
Richard, R. (Saumur).
Sourice (Lion d'Angers).
Testard (Angers).
Veillon (Cholet).

MARNE

Président :
Railliet, Georges (Reims).
Membres :
Baye, Ch. (Damery).
Chatelin (Reims).
Chevallier, André (Vitry-le-François).
Jacquinet (Reims).
Lagey, P. (Vitry-la-Ville).
Priollet, J. (Chalons-sur-Marne).
Villede (Reims).

HAUTE-MARNE

Président :
Molly (Bourbonne-les-Bains).
Membres :
Cavalier, P.-J. (Langres).
Chardin (Saint-Dizier).
Kesseler (Chaumont).
Maillefert, Gaston (Chalindrey).

MAYENNE

Président :
Amandrut (Laval).
Membres :
Aubin, Ch. (Laval).
Cumin, A. (Javron).
Daniel (Gorron).
Lecuit, P. (Chateau-Gontier).

MEURTHE-ET-MOSELLE

Président :
Vezeaux de Lavergne (Nancy).
Membres :
Bodart (Pont-à-Mousson).
Mathieu (Nancy).
Mutel (Nancy).
Rothau (Toul).
Tabellion (Saint-Nicolas-du-Port).
Thomas, M. (Blamont).

MEUSE

Président :
Maillard, Paul (Commercy).
Membres :
Adnet, Jean (Saint-Mihiel).
Guedon (Verdun).
Joyeux, Marcel (Bar-le-Duc).
Marly, Georges (Ligny-en-Barrois).
Pierson, Emile (Saint-Mihiel).

NIEVRE

Président :
Rollin, Marie (Nevers).
Membres :
Beaufils (Moulins-Engilbert).
Charpentier (Prémery).
Le Droumaguet (Nevers).
Mahieu, Henri (Nevers).
Roy, J. (Saint-Benin-d'Azy).

NORD

Président :
Duhot, Pr. (Lille).
Membres :
Delannoy (Lille).
Flouquet (Malo-les-Bains).
Laffineur (Maubeuge).
Langeron (Lille).
Lemaitre (Lille).
Leplat, G. (Roubaix).
Monnier (Douai).
Pluvinage (Marcoing).
Pruvost, fils (Valenciennes).
Turlur (Tourcoing).
Roussel, F. (Comines).
Lepoutre (Lille).

OISE

Président :
Beranger, André (Beauvais).
Membres :
Bataille, J. (Chaumont-en-Vexin).
Blanc (Chantilly).
Debray, Georges (Creil).
Delie (Beauvais).
Poissonnier (Beauvais).
Wurtz (Compiègne).

ORNE

Président :
Eltrich, P. (Alençon).
Membres :
Boullard (Vimoutiers).
Couder (Alençon).
Griveaud (Flers).
Idoux, Georges (Alençon).
Louvel (Tessé-la Madeleine).
Roux (Céaucé).

PAS-DE-CALAIS

Président :
Berche, Aymé (Béthune).
Membres :
Cambier, Jules (Lens).
Delecour, Constant (Noyelle-sur-Lens).
Devulder (Boulogne).
Lamoril, J. (Saint-Pol).
Leclercq (Arras).
Leconte, Charles (Calais).
Quence, André (Béthune).
Waltez, Omer (Hénin-Liétard).
Willot (Lens).

PUY-DE-DÔME

Président :
Merle, Emile (Clermont-Ferrand).
Membres :
Dechambre (Clermont-Ferrand).
Fichot (Clermont-Ferrand).
Genillier (Sauxillanges).
Labesse (Durtol).
Luton (Clermont-Ferrand).
Pakowski (Clermont-Ferrand).
Perpere (Mont-Dore).
Richard (Royat).
De Villancourt, (Ambert).



HAUTES-PYRÉNÉES

Président :
Dellon (Tarbes).
Membres :
Bergugnat (Argelès).
Castets (Tarbes).
Ducastaing (Tarbes).
Thierry (Cauteret).

PYRÉNÉES-ORIENTALES

Président :
Baillat, Georges (Perpignan).
Membres :
Baux (Perpignan).
Bes (Port-Vendres).
Cortade (Céret).
Ducos (Perpignan).
Pougault (Maury).

HAUTE-SAÔNE ET BEFLORT

Président :
Engelhard (Luxeuil).
Membres :
Bertrand (Lure).
Bourquart (Belfort).
Courtot (Delle).
Duchet-Suchaux (Vesoul).
Juilliard (Rioz).
Lallemand (Héricourt).
Tupin (Gray).

SAÔNE-ET-LOIRE

Président :
Ozanon (Romenay).
Membres :
Armand, Charles (Mâcon).
Aubery (Paray-le-Monial).
Durand (Claons-sur-Saône).
Lagoutte (Le Creusot).

Michel (Lugny).
Nourrissat (Saint-Bonnet-de-Joux).
Renaud (Autun).

SARTHE

Président :
Mordret (Le Mans).
Membres :
Allain (Téloché).
Barbe (Le Mans).
Gallouedec (Parigné-l'Evèque).
Lecat (Bonnétable).
Fontaine (Sillé-le-Guillaume).
Nicolle (Le Mans).

SEINE-INFÉRIEURE

Président :
Deve (Rouen).
Membres :
Auperin (La Mailleraye).
Delgove (Neufchatel-en-Bray).
Dessaint (Rouen).
Fidelin, Robert (Etretat).
Florion (Lillebonne).
Gibert, Marc (Le Havre).
Lechaux (Le Havre).
Payenneville (Rouen).
Savigny (Fécamp).

SEINE-ET-MARNE

Président :
Puig (Choisy-en-Brie).
Membres
Battesti (Chapelle-la-Reine).
Beau, J. (Montereau).
Fontaine (Melun).
Paley (Tournan).
Simon (Couilly).
Tixier (Rebais).

DEUX-SEVRES

Président :
JOUBERT, Gustave (Niort).
Membres :
Boure, Alexandre (Airvault).
Dupain (Saint-Maixent).
Frere, Paul (Argenton-l'Eglise).
Guyonnet, Léon (Saint-Maixent).
Saint-Paul, Norbert (Niort).
Suire, Pierre (Niort).

SOMME

Président :
Hautefeuille, Pr. (Amiens).
Membres :
Caraven, Jean (Amiens).
Carton (Flixecourt).
Fernet (Albert).
Poulain (Amiens).
Rinuy (Flesselles).
Vasselle (Amiens).

TARN

Président :
Ducoudray (Albi).
Membres :
Clermont, Louis (Villefranche d'Albi).
Goure, Pierre (Castres).
Lonjou, Pierre (Castres).
Mimart (Saint-Pierre de Trévisy).
Priou (Lavaur).

TARN-ET-GARONNE

Président :
Méric de Bellefon, Laurent (Montauban).
Membres :
Bernard, Louis (Bourg-de-Visa).
Bosc, Louis (Lafrançaise).
Girot (Castelsarrasin).
Manhavialle (Montauban).
Philip (Montauban).

VAR

Président :
Laure (Toulon).
Membres :
Clément (Saint-Raphaël).
Girard, Ch. (Draguignan).
Jamin (Toulon).
Longchamp (Toulon).
Robin (Hyères).
Salvetti (Cogolin).
Villechaise (Toulon).

VAUCLUSE

Président :
Stefani (Avignon).
Membres :
Badier (Apt).
Casella (Valréas).
Chabert (Cavaillon).
Godlewski (Sorgues).
Grimaud (Carpentras).
Masquin (Avignon).
Rochette (Orange).

VENDÉE

Président :
Choyau (Roche-sur-Yon).
Membres :
Henrot (Challans).
Laforge (Fontenay-le-Comte).
Mignen (Pouzauges).
Simonin (La Roche-sur-Yon).
Thebaud (Les Sables d'Olonne).
Allaud (Fontenay-le-Comte).

VIENNE

Président :
Barnsby (Poitiers).
Membres :
Ferrarris (Saint-Sauvan).
Maisondieu (Trimouille).
Michiels, J. (Chauvigny).
Pasqueron de Fommervault (Nieuil-l'Espoir).
Perdoux (Poitiers).
Vezeaux de Lavergne (Montmorillon).
Vincent (Poitiers).

HAUTE-VIENNE

Président :
Filhoulaud (Limoges).
Membres :
Debelut (Chateauponsac).
Fouriaud (Peyrat-le-Chateau).
Jagot Lacoussiere (Saint-Léonard).
Jumeaux-Lafond (Nexon).
Lory, Georges (Limoges).

VOSGES

Président :
Laflotte (Epinal).
Membres :
Gerard (Saint-Dié).
Hoummel (Remiremont).
Hutin (Epinal).
Manteaux (Epinal).
Richaud (Bulgnéville).
Stieffel (Plombières).

YONNE

Président :
Picquet (Sens).
Membres :
Cornet (Auxerre).
Formont (Ligny-le-Chatel).
Gache (Villefrance).
Koechlin (Avallon).
Matignon (Saint-Julien du Sault).
Schwartz (Sens).

ASSURANCES SOCIALES — ACCIDENTS DU TRAVAIL



Régime des soins donnés au personnel civil occupé par l'Administration allemande

Des dispositions spéciales viennent d'être prises par l'Administration des Assurances sociales, à la demande des autorités occupantes, pour faire bénéficier le personnel civil, et ses ayants-droit, de l'administration allemande en France occupée, tant des prestations ordinaires des Assurances sociales, que de la protection légale contre le risque professionnel.

Une Circulaire a été prise dans ce but, dont nous publions ci-dessous les passages essentiels, et qui fixe le régime des affiliations et des soins délivrés à ce personnel.

Notons que le champ d'application est plus large que celui des Assurances sociales ordinaires, car il comprend le personnel touchant une rémunération de plus de 30.000 francs, ainsi que le personnel de plus de 60 ans.

Les prestations d'Assurances sociales leur sont accordées sous le régime du droit commun. Quant à la protection contre le risque professionnel, elle est assurée, à l'imitation de la législation allemande, non pas par l'employeur, mais par la Caisse d'assurance elle-même. Les dispositions de la loi du 1er juillet 1938 sont applicables intégralement, avec cette seule particularité que la Caisse doit être substituée au patron pour toutes les formalités ainsi que pour le paiement des honoraires médicaux et chirurgicaux.

Des conventions analogues sont actuellement à l'étude en ce qui concerne les soins à donner aux ayants-droit des ouvriers français travaillant en Allemagne.

N. D. L. R.

CIRCULAIRE DU 9 OCTOBRE 1940

(Administration générale)

Personnel gagnant moins de 30.001 francs ou plus de 30.000 francs, occupé par l'administration allemande. Régime des Assurances sociales, assurances-accidents du travail et impôts sur le salaire.

Les autorités allemandes ont demandé à l'Administration française de prévoir un système aussi simple que possible pour l'application au personnel civil qu'elles emploient de la législation concernant les Assurances sociales et les accidents du travail.

Elles ont demandé, d'autre part, expressément :

1° Que ce système fût étendu, pour les accidents du travail, au personnel auquel elles versent une rémunération supérieure à 30.000 francs par an et qui n'est pas soumis au régime général des Assurances sociales ;

2° Que le personnel âgé de plus de 60 ans auquel elles versent une rémunération n'excédant pas 30.000 francs par an, fût soumis au régime des Assurances sociales pour qu'il soit couvert comme les autres travailleurs et dans les mêmes conditions contre les différents risques.

Par ailleurs, la législation française impose à l'employeur l'obligation de prélever sur les salaires, les impôts à la charge des salariés.

Il a paru, en conséquence, opportun d'englober sous les mêmes règles concernant l'acquittement des cotisations, l'assurance et les impôts, tous les salariés employés par l'Administration occupante, quel que soit le montant de leur salaire et quel que soit leur âge : les salariés dont la rémunération excédera 30.000 francs par an resteront toutefois en dehors du régime général des Assurances sociales.

Travailleurs non encore immatriculés sous le régime des Assurances sociales

En ce qui concerne les travailleurs non encore immatriculés sous le régime des Assurances sociales, et gagnant annuellement moins de 30.001 francs, il y aura lieu, bien entendu, de provoquer l'établissement de la déclaration d'emploi du modèle n° 1. A cet effet, vous voudrez bien faire remettre, dans chaque établissement, les imprimés nécessaires.

Le Service régional fera parvenir aux travailleurs autres que *ceux de nationalité allemande* leur carte d'immatriculation et leurs feuillets de cotisations conformément aux règles en vigueur pour tous les assurés, et il appartiendra à ces travailleurs de présenter à l'Administration allemande leur carte d'im-

matriculation ou de lui remettre leurs feuillets trimestriels de cotisations (1).

Le Service enverra directement à l'Administration allemande, au siège de chaque établissement, les cartes d'immatriculation des travailleurs de nationalité allemande.

Il n'est pas dérogé aux règles concernant l'affiliation des travailleurs ci-dessus visés aux Caisses d'Assurances sociales.

Toutefois, à la demande de l'Administration allemande, il pourra être convenu que les salariés de nationalité allemande seront tous inscrits à la Caisse départementale (2).

Travailleurs âgés de plus de 60 ans et gagnant moins de 30.000 francs

Ces travailleurs, ainsi qu'il a été dit au début de la présente Circulaire, continuent de bénéficier du régime des Assurances sociales.

Toutefois, comme leurs droits à pension sont liquidés à 60 ans, les sommes à attribuer à la Caisse d'assurance-vieillesse pour le compte individuel seront allouées à la Caisse d'assurance-maladie, en compensation du risque supplémentaire résultant de l'âge des intéressés.

Accidents du travail

Les Caisses d'assurance maladie-maternité auront à couvrir, à l'aide de la cotisation qui leur sera attribuée sur la contribution de 4 % versée pour les accidents du travail, le risque d'incapacité temporaire pour tous les travailleurs qui auront été l'objet du versement de cette cotisation et qui leur seront affiliés, par conséquent pour les assurés sociaux de moins ou de plus de 60 ans. Les Caisses départementales auront, en outre, à couvrir le même risque pour les salariés gagnant plus de 30.000 francs par an dépendant d'un établissements sis dans leur circonscription. Les dites Caisses ouvriront, à cet effet, un compte spécial dans leurs écritures.

En cas d'accidents du travail survenant à son personnel, l'Administration allemande en fera déclaration à la mairie du lieu où se sera produit l'accident conformément aux dispositions de la loi du 9 avril 1898.

La procédure de règlement des réparations, prévue par ladite loi, sera suivie par la Caisse d'Assurances sociales à laquelle sera affilié l'accidenté.

Sans attendre l'issue de cette procédure, la Caisse assurera immédiatement à l'accidenté, et pendant la durée de son incapacité temporaire, les soins médicaux et pharmaceutiques et, le cas échéant, l'hospitalisation dans les conditions fixées par la législation sur les accidents du travail (1). Elle lui servira, d'autre part, à titre provisionnel, une indemnité journalière égale à celle qui lui aurait été versée sous le régime des Assurances sociales. Toutefois, et au plus tard dès que la blessure sera consolidée, elle lui paiera en outre, pour la période d'incapacité temporaire, la différence entre le montant des prestations instituées par la législation sur les accidents du travail et le montant des indemnités journalières précédemment attribuées à titre provisionnel.

Si le Président du Tribunal civil par ordonnance, ou le Tribunal par jugement, alloue une rente à la victime, les arrérages de cette rente seront servis par la Caisse nationale des Retraites pour la vieillesse (section des accidents du travail) à laquelle sera versé le capital constitutif nécessaire par prélèvement sur le compte d'attente ouvert à cet effet à la Caisse des Dépôts et Consignations sous le titre « Ministère de la Production industrielle et du Travail, Produit des contributions assurances-accidents du personnel employé par l'Autorité occupante », compte auquel sera attribué le reste de la contribution de 4 % susvisée (2).

Il appartiendra à la Caisse d'Assurances sociales de provoquer la constitution de cette rente et de demander au Ministère de la Production industrielle et du Travail le versement du capital constitutif.

Vous voudrez bien envoyer aux Caisses d'Assurances ayant leur siège dans votre circonscription et à l'Union régionale une copie de la présente Circulaire (3).

INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tout accident du travail doit être déclaré par l'employeur à la mairie du lieu où il s'est produit et dans les quarante-huit heures. Un certificat médical doit aussi être déposé à la Mairie dès que les conséquences de l'accident sont connues et au plus tard dans les dix jours.

(1) Comme il a été indiqué précédemment, l'Administration allemande n'aura pas à utiliser les feuillets trimestriels pour l'acquittement des cotisations. La remise des feuillets par les intéressés est destinée à faire connaîrre à cette Administration leurs nom, prénoms, adresses et numéros matricules.

(2) Les dispositions de la présente circulaire visent l'emploi de travailleurs autres que les travailleurs agricoles. Des instructions complémentaires seront adressées en ce qui concerne les salariés agricoles s'il y a lieu.

(1) Les praticiens et les établissements hospitaliers adresseront à la Caisse leurs notes de frais et honoraires. Ces notes devront être réglées sur la base de la loi du 9 avril 1898 (et non celle de la législation des Assurances sociales).

(2) Ci-joint, une note indiquant les prestations dues en cas d'accident du travail.

(3) Une circulaire distincte déterminera les prescriptions à observer pour la ventilation des versements concernant respectivement les assurances sociales, l'assurance accidents du travail et les impôts.

I. — INCAPACITÉ TEMPORAIRE

1° *Indemnité journalière.*

a) *Base* : le salaire journalier touché au moment de l'accident, ou, si le salaire est variable ou le travail discontinu, le salaire moyen du mois antérieur à l'accident ;

b) *Taux* : 50 % de ce salaire du 1er au 32e jour après l'accident, 66,66 % à partir du 33e jour ;

c) *Durée* : du 1er jour qui suit l'accident jusqu'à la guérison, ou la consolidation de la blessure.

Remarques :

1. Le salaire du jour de l'accident est dû.
2. L'indemnité journalière est payée sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés.
3. Elle n'est pas due pour le ou les jours ouvrables qui suivent *immédiatement* le jour de l'accident ;

2° *Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.*

Taxés par le Juge de paix du canton où s'est produit l'accident, conformément à un *tarif* ministériel.

3° *Frais d'hospitalisation.*

a) Prix de journées applicable aux malades payants dans les salles communes ;

b) Honoraires médicaux et chirurgicaux d'après le tarif visé au paragraphe 2°.

II. — INCAPACITÉ PERMANENTE

1° *Rente viagère annuelle.*

a) *Base* : le salaire annuel :

1. Salaire inférieur à 15.000 francs : pris sans réduction.
2. Salaire compris entre 15.000 et 25.000 francs : 15.000 francs + le quart de la fraction dépassant 15.000.
3. Salaire supérieur à 25.000 francs : 17.5000 francs + le huitième de la fraction dépassant 25.000 francs.

Détermination du salaire annuel : cas de travail discontinu, chômage, industries saisonnières prévus à l'article 10 de la loi.

b) *Taux applicables au salaire* :

1. Pour une incapacité de 50 % au plus : la moitié du degré d'incapacité.
3. Pour l'incapacité totale obligeant la victime à recourir à une tierce personne : 100 % et la majoration annuelle de 3.000 francs.

2° *Appareils de prothèse et d'orthopédie.*

Fourniture et renouvellement (ou indemnité représentative).



Informations fiscales

❖ ❖ ❖

Dans quelles conditions un médecin est-il un salarié au point de vue fiscal

La lourdeur actuelle de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales et de la contribution des patentes rend particulièrement intéressante toute jurisprudence permettant au médecin de dépendre de la cédule moins onéreuse des traitements et salaires, ou d'être exempté de la patente. On sait au reste qu'il existe une symétrie entre la cédule des traitements et l'exonération de patente ; en principe tout salarié, étant « commis à gages », bénéficie de l'art. 264 4° du Code général des impôts directs qui prévoit formellement cette exonération, à la condition toutefois qu'il ne soit que salarié, c'est-à-dire qu'il n'exerce pas, en outre, sa profession pour son propre compte.

Mais dans quel cas un médecin peut-il être considéré comme un salarié ? La jurisprudence civile, ainsi que nous l'avons déjà exposé, est particulièrement stricte sur ce point, et refuse la qualité de salarié à tout médecin dont les services ont pour objet de donner des soins, en raison de l'indépendance entière qu'il doit conserver dans l'exercice de son art. La jurisprudence fiscale est heureusement beaucoup plus libérale : est salarié tout médecin qui ne travaille pas pour son propre compte, mais pour le compte d'un tiers.

L'Administration, qui n'aime pas beaucoup à perdre ses contribuables ou tout au moins à les voir entrer dans des catégories plus favorisées, continue cependant à se montrer extrêmement rétive pour attribuer à un médecin la qualité de salarié et s'efforce toujours d'en restreindre les cas. C'est ainsi qu'elle exige souvent la fixité de la rémunération ou son caractère forfaitaire, ou bien encore considère comme indépendant le médecin qui loue ses services simultanément à plusieurs employeurs.

Plusieurs recours ont heureusement été entrepris par le « Sou Médical » et l'un d'eux vient d'avoir un plein succès devant le Conseil d'Etat.

Il s'agissait en l'espèce d'un de nos adhérents cumulant à la fois la qualité de médecin d'usine auprès de diverses sociétés industrielles, et de

médecin d'assurances auprès de plusieurs compagnies. Ses premières fonctions l'amenaient à dispenser des soins à date fixe dans des dispensaires d'usines, en conservant naturellement l'indépendance technique la plus entière, mais en étant soumis à des obligations administratives telles qu'heures de présence, vacances, etc.

Chaque entreprise lui allouait une rémunération fixe annuelle. D'autre part, en tant que médecin d'assurances, il avait à procéder au contrôle des accidentés du travail dans une région et selon des modalités données, tout en conservant bien entendu une certaine liberté dans l'organisation de ses tournées. Ses services étaient rémunérés par un honoraire proportionnel au nombre de visites de contrôle effectuées et une indemnité en remboursement de ses frais de déplacement.

Le fisc prétendit d'une part l'imposer à la cédule des professions non commerciales pour la totalité de ses fixes et honoraires, et, d'autre part, à la patente, bien qu'il n'exerçât en rien en clientèle privée. La thèse de l'Administration, telle qu'elle ressortit de la décision du Directeur des Contributions directes, était que « l'intéressé ne pouvait être considéré comme salarié parce qu'il avait conservé la liberté d'organiser ses tournées et visites, parce qu'il n'était pas assuré par les sociétés dont il recevait des honoraires, ni lié à ces organismes par des contrats réguliers (?) ».

Deux instances en Conseil de Préfecture tendant l'une au dégrèvement de la patente, l'autre à l'imposition du médecin à la cédule des traitements et salaires, aboutirent à deux décisions de rejet reprenant les motifs de l'Administration.

Un recours en Conseil d'Etat fut alors introduit dans les deux affaires et deux arrêts conjoints en date du 26 décembre 1939 donnaient pleine satisfaction à notre thèse.

Tout d'abord le Conseil a décidé, qu' « eu égard aux différentes modalités qui les caractérisent et notamment au fait qu'il s'agit souvent de traitement fixes, *ces rémunérations sont servies en exécution de contrats imposant une activité donnée, dans des conditions fixées à l'avance, ne sauraient être assimilées aux honoraires des médecins praticquants. Par suite, nonobstant la pluralité des employeurs*, *c'est à tort que l'arrêté attaqué a décidé que les revenus professionnels de l'intéressé ne devaient pas être cotisés à l'impôt sur les traitements et salaires.* »

En ce qui concerne la contribution des patentes, l'arrêt s'exprime ainsi : « le requérant est le médecin de diverses entreprises industrielles et compagnies d'assurances, auxquelles il est lié par des conventions déterminant ses attributions ainsi que les conditions et la région dans lesquelles il est tenu de les exercer. Il n'est pas contesté qu'il ne possède pas de clientèle particulière. Les émoluments consistent en traitements fixes et en honoraires déterminés d'après le nombre de ses tournées de contrôle et lui sont versés *par les divers organismes pour le compte desquels il exerce son activité* en exécution des conventions orales passées avec lui ».

« *Dans ces conditions, l'intéressé doit être regardé comme le commis de ces entreprises et compagnies sans que la circonstance qu'il soit lié à plusieurs employeurs puisse modifier sa situation juridique vis-à-vis de chacun d'eux* ». Dès lors, il est fondé à demander l'exonération de sa patente.

Quel est donc en définitive le criterium du salarié, en matière administrative et fiscale, tel qu'il ressort de cette jurisprudence et des arrêts qui l'ont précédé ? (V. not. Conseil d'Etat, 27 mai 1935. Aff. V. Conseil d'Etat, 6 janvier 1936, Aff. A) Il faut éliminer à cet égard et la fixité de la rémunération et l'unité de l'employeur. Il n'y a pas lieu non plus d'exiger une subordination technique totale comme le fait la jurisprudence civile. Il suffit qu'il existe entre le médecin et l'employeur une dépendance économique (travail *pour le compte* de l'employeur) et une certaine dépendance administrative quant à l'exécution de ses services.

Rappelons toutefois, pour les médecins percevant à la fois des revenus ayant le caractère de traitements et des honoraires de clientèle privée, qu'ils ne bénéficient pas automatiquement pour les premiers de la cédule des traitements et salaires.

L'art. 101 du Code des impôts sur le revenu a posé, en cette matière, la règle que le principal entraîne l'accessoire, et le médecin sera imposé pour le tout à la cédule à laquelle correspond le revenu le plus élevé.

Jean MIGNON.



RÉQUISITION D'APPAREILS DE RADIOLOGIE

Calcul des indemnités

Dès septembre 1939 un grand nombre d'appareils et d'installations radiologiques furent réquisitionnés chez les médecins mobilisés ou non.

Ces réquisitions n'ont pas toujours été faites conformément aux prescriptions de l'administration militaire, aussi nous paraît-il intéressant, au moment où ces questions soulèvent des difficultés, de communiquer à nos lecteurs les renseignements suivants.

Les médecins devaient recevoir contre la réquisition de ses appareils un « *bon* » ou « *reçu de réquisition* » pièce essentielle, puisqu'elle représente la seule justification de leurs droits à l'indemnité de réquisition.

Aussi les médecins qui n'ont jamais eu en leur possession un reçu régulier de réquisition, doivent se mettre immédiatement en rapport avec le service de Santé militaire de leur région, afin de régulariser leur situation, car ils risquent de se voir refuser toute indemnité.

Les réquisitions d'appareils de radiologie pouvaient être faites soit à titre de réquisition définitive, soit sous forme de location-amortissement.

a) Réquisition définitive

Dans ce cas, le propriétaire de l'appareil est définitivement dépossédé au profit du service de Santé militaire, mais il reçoit en contre-partie une indemnité représentative de la valeur de l'appareil ou de l'installation au jour de la réquisition.

Une circulaire du Ministre de la Défense nationale, adressée le 11 mai 1940 aux directeurs régionaux du service de Santé, a déterminé le mode de calcul de l'indemnité de réquisition.

Les appareils construits antérieurement à l'année 1930 ainsi que les appareils à bobines et interrupteurs, n'étaient pas réquisitionnables.

Pour les autres, l'indemnité de réquisition est basée sur la valeur d'achat diminuée d'un certain pourcentage proportionnel à l'ancienneté de l'appareil, et ce, conformément au barême suivant :

— appareils construits de 1930 à 1935, diminution de 30 à 40 % ;

— appareils construits de 1935 à 1937, diminution de 15 à 20 % ;

— appareils construits postérieurement à 1937, 10 à 12 %.

b) Location-amortissement

Dans ce cas le médecin reste propriétaire des appareils qu'il loue simplement au service de Santé militaire moyennant une rentete nant compte d'un certain amortissement.

Cette rente annuelle est égale à 10 % de la valeur des appareils (estimés comme dans le cas de réquisition définitive), plus un intérêt de 3 % sur la valeur restant due.

Soit, par exemple, une installation ayant, en 1938, coûté 100.000 francs à son propriétaire :

La valeur de réquisition est égale à 100.000 francs moins 10 % pour tenir compte de l'ancienneté des appareils, soit 90.000 francs.

Si les appareils ont été réquisitionnés à titre définitif, le propriétaire a droit à une indemnité de 90.000 francs.

Si la réquisition a été faite sous forme de location-amortissement, le médecin, qui en reste propriétaire, a droit annuellement :

1° A une rente égale à 10 % de la valeur de réquisition de 90.000 francs soit 9.000 francs.

2° A un intérêt de 3 % sur la valeur restant due, c'est-à-dire sur la partie du prix de réquisition non amorti. Pour la première année cet intérêt sera donc égal à 3 % de 81.000 francs, soit 2.430 francs. Pour la deuxième année, 3 % de 72.000 francs, soit 2.160 francs.

Au moment de la restitution, les appareils sont remis en état et le médecin propriétaire peut même être contraint au versement d'une indemnité s'ils ont été améliorés.

Tel est le mode d'établissement des indemnités de réquisition.

Les médecins qui auraient été taxés à des sommes inférieures peuvent, s'ils n'ont pas encore donné leur accord sur l'indemnité proposée par l'Administration, s'adresser à la Commission départementale de taxation, en lui demandant un relèvement de l'indemnité qui leur a été allouée conformément aux dispositions ci-dessus.

Signalons enfin qu'une seconde circulaire du 28 juillet 1940 a préconisé la reddition à leurs propriétaires des appareils réquisitionnés chaque fois que cela était possible.

Les médecins qui désirent rentrer en possession de leurs appareils doivent en faire la demande au service de Santé militaire de leur région.

Nous espérons que ces quelques précisions pourront, au moment où le règlement des indemnités de réquisition soulèvent tant de difficultés, apporter à nos lecteurs une aide précieuse.

Brice Maurel.

LIBRES OPINIONS SUR LA RETRAITE

C'est plus que jamais, pour les médecins français, un devoir impérieux d'étudier les questions professionnelles et de se faire à propos de chacune d'elles une opinion.

Voici, en effet tracé à grands traits, le programme de la refonte de la profession. Les Conseils départementaux de l'Ordre sont désignés ou vont l'être. Le travail constructif va donc incessamment commencer.

Les prochains mois décideront peut être pour une longue période du statut qui nous sera applicable. Lorsque les textes seront adoptés, il n'y aura plus qu'à s'y conformer puisque nous souhaitons avoir une règle de conduite ferme et sans ces retouches successives qui ôtent à un règlement la simplicité souhaitable et la confiance des assujettis.

Raison de plus, en cette phase d'attente, pour confronter les opinions diverses et d'abord pour les exprimer.

La seule façon d'élaborer un texte valable, en pareille matière, est de tenir compte de tous les avis, même et surtout s'ils sont contradictoires. Car la contradiction a toujours ce mérite d'arrêter l'attention sur le point où elle porte et d'obliger à modifier ou à fortifier sa propre position.

La question de la retraite corporative doit tellement influencer la vie du médecin qu'elle nous semble actuellement être parmi les plus dignes de provoquer les méditations de nos lecteurs.

C'est pourquoi nous publions les deux lettres ci-dessous inspirées par le récent article du Dr Jean Boullard.

Je suis d'accord avec la majorité de mes confrères pour applaudir à la création de l'Ordre des Médecins dans l'espoir d'assister à la réorganisation morale et matérielle de notre profession. Ainsi disparaîtront, espérons le tout au moins, ces lamentables cabales basées souvent sur des intérêts personnels et qui étaient entretenues à dessein par certains de nos dirigeants syndicalistes.

Mais si notre confrère, le Docteur Jean Boullard trouve normal une cotisation annuelle obligatoire de 2.000 francs, je me permets de prendre ici la défense des jeunes médecins installés, mobilisés pendant un an et plus aux armées, et qui, dans les circonstances actuelles très pénibles, trouvent tout juste dans leur profession la possibilité de faire face aux dépenses médicales (assurances ou autres) et celles de leur foyer. D'autre part, est-il juste d'admettre que ces jeunes médecins seraient dans l'obligation de verser la même somme en vue de l'obtention d'une retraite annuelle de 20.000 francs à partir de 60 ans, que leurs confrères plus âgés qui ne verseront que pendant quelques années seulement ; ces derniers ont pourtant pour la plupart une situation enviable, ont pu exercer leur art en des circonstances particulièrement faciles, sans oublier ceux d'entre eux, et ils sont un certain nombre, qui mobilisés sur place comme officiers ou officiers supérieurs, ont accumulé les bénéfices, se souciant bien peu du sort des jeunes confrères partis aux armées.

Il me paraît donc juste d'accorder aux jeunes médecins certains privilèges.

Enfin, a-t-on pensé au grave préjudice causé à nos confrères anciens ou jeunes par le temps passé aux Armées ? J'en connais pour ma part, qui, par suite des deux guerres 1914-1918 et 1939-1940, totalisent jusqu'à 6 ou 7 ans de présence sous les drapeaux ; d'autres, jeunes, rappelés en disponibilité au mois de mars 1939, comptent déjà près de trois ans. Ne serait-il pas juste de leur accorder comme compensation d'exercer leur art au-delà de 60 ans et ceci pendant autant d'années qu'ils comptent de temps de présence aux Armées, en dehors de leur service militaire régulier ? Les médecins réformés, ou ceux qui n'eurent à souffrir d'aucune guerre, trouveront, je pense cette suggestion raisonnable.

L'Ordre des Médecins reconnaissant ainsi les services rendus au pays par chacun de ses membres, ne nous ferait rien regretter du sacrifice consenti hier et de celui à venir ».

***

Je viens de lire dans le *Concours* avec vif intérêt l'article du Docteur Jean Boullard, et plus particulièrement ce qui y concerne la Retraite du médecin.

Les chiffres qu'il donne, s'ils sont reconnus exacts (et ils pourraient même être encore améliorés si l'âge de l'entrée en jouissance était reporté de 60 à 65 ans), sont autrement réconfortants, pour le médecin d'âge moyen tout au moins, que ceux du projet d'avant-guerre Pomaret-Confédération.

La nouvelle « Corporation » lorsqu'elle reprendra la question (l'époque actuelle serait-elle, d'ailleurs, bien choisie et les versemets obligatoires ne risqueraient-ils pas, par ces temps de vaches maigres, de gêner peu ou prou un grand nombre d'entre nous ?) la corporation, dis-je, devra apporter un projet complètement remanié...

Mais je doute, quant à moi, qu'elle puisse faire quelque chose de « propre », d'acceptable, au moins pour « démarrer », sans le concours de l'Etat (mais oui !). Pourquoi celui-ci le refuserait-il ? Le point névralgique du projet n'est-il pas, en effet, l'obligation de cesser l'exercice professionnel pour jouir de la pension de retraite, obligation n'ayant d'autre but que « faire de la place aux jeunes » ? Or cette préoccupation, dont je ne discute pas le bien-fondé, est proprement affaire *nationale et non corporative* !

A moins, alors, que le système de la *répartition intégrale*, préconisé par le Docteur Boullard, n'arrive vraiment à nous octroyer à tous les chiffres intéressants cités dans son article : 20.000 fr. Pensez donc ! la retraite d'un instituteur, d'une receveuse des postes ! la « grande noce, » quoi !



CUISINE ET RESTRICTIONS

Que le Docteur Edouard de Pomiane dirige un laboratoire à l'Institut Pasteur et qu'il soit en même temps professeur à l'Institut scientifique d'hygiène alimentaire, ce sont là des titres qui, auprès du grand public, n'équivalent pas ceux qu'il s'est acquis par ses livres et ses causeries de gastronomie.

Les médecins, eux, estiment à leur valeur les situations scientifiques qu'occupe ce gastronome et sont particulièrement friands d'entendre un tel violon d'Ingres joué par les mains d'un savant.

Il ne s'agit pas, en effet, dans les ouvrages du Docteur Ed. de Pomiane de simples fantaisies et recherches gustatives où le gourmet imagine des formules à l'insu du médecin et en dérision de la médecine.

Les « 365 *menus*, 365 *recettes* », en même temps que d'utiles suggestions aux maîtresses de maison pour agrémenter leur table, leur donnaient aussi de non moins précieuses indications sur ce qui doit être le régime alimentaire et la façon de l'approprier à l'individu.

Et nos lecteurs n'ont pas perdu le souvenir de cette plaquette au titre humoristiquement paradoxal « *Vingt plats qui donnent la goutte* ».

En technicien qui n'en est pas moins homme, et qui l'est assez pour se sentir comme chacun de nous courbé sous les lois inexorables de la situation actuelle, le Docteur de Pomiane publie un nouveau volume (1) qui se trouve daté par son seul titre. Il ne manquera pas de connaître le plus vif et le plus légitime succès, venant en un temps où les choses de la bouche ont pris une importance primordiale et constituent pour tout le monde le premier et le plus passionnant des sujets de conversation.

« Il y a un an, manger était pour la plupart des gens une satisfaction artistique qui les faisait vivre à leur insu. Aujourd'hui, manger est devenu un problème grave, un problème vital à résoudre ».

En somme, dans ce naguère qui nous paraît déjà comme un lointain autrefois, les plaisirs de la table nous nourrissaient un peu par-dessus le marché et presque par mégarde. Aujourd'hui la recherche de la pitance est notre continuelle préoccupation et le principal plaisir est de la trouver, l'accessoire qu'elle soit délectable.

Du peu que nous accorde la carte d'alimentation, il nous faut tirer le maximum d'usage et parfaire notre ration au mieux de notre pouvoir d'achat et du hasard de nos trouvailles.

C'est plus que jamais le moment de savoir ce que contiennent d'assimilable les denrées alimentaires, de quoi notre organisme a besoin pour faire honneur à ses dépenses, la façon de savoir acheter et employer intelligemment les aliments, en somme d'accrocher à un piton de la cuisine un « livre de raison ».

Ce livre, le voici.

En physiologiste, le Docteur de Pomiane nous rappelle le rôle des aliments, leur classification, les caractéristiques de chaque catégorie et pourquoi, contrairement à ce que l'on a cru autrefois, les calories données par les protides, les glucides ou les lipides ne sont pas interchangeables.

En passant, il se donne l'élégance de fonder sur l'expérience de Pawlof la défense et justification de la gastronomie. « De ce fait, il faut conclure que la présentation agréable, artistique, des aliments joue un rôle capital dans leur utilisation ultérieure par l'organisme, car ils ne sauraient être digérés sans que soient sécrétés les sucs digestifs. »

Entrant ensuite dans un exposé de gastrotechnie, il en expose quelques principes primordiaux, tels que les cinq lois de la friture, les deux méthodes pour faire le pot-au-feu, l'une donnant une viande savoureuse et un mauvais bouillon, l'autre un bouillon excellent et un bouilli piteux ; les principes de la grillade, et le code de la cuisson à l'étouffée.

Ces quatre modes de cuisson ayant chacun ses avantages et ses revers y compris, pour certains, une prodigalité de combustible contre laquelle il faut savoir se défendre.

Voici, pour notre époque de disgrâce, des denrées de remplacement, de la pseudo-huile et du semble-café. Voici des façons d'accommoder les restes : croûtes de pain ou zestes de citron. Et voici même ce que nous devrons demander à manger lorsque nous irons au restaurant parce que nos tickets ne nous laissent pas la possibilité de le cuisiner chez nous.

En somme, le guide amical et expérimenté pour le citoyen rationné, le pauvre citoyen de 1941.

(1) *Cuisine et restrictions*. Editions Corréa, Paris.

EXTRAITS DU CODE DE DÉONTOLOGIE.....

en vigueur au XVIIIeme Siècle

On nous a promis un Code de Déontologie, et même on nous l'a annoncé. Il est prêt, il va paraître, il paraît. Et décidément non ! Il ne paraît pas. C'est un grand personnage et qui sait se faire désirer.

Il semblerait pourtant qu'il dût se presser un peu. Car enfin, il va falloir, cela encore on nous l'a promis, procéder incessamment à la constitution du Tableau de l'Ordre. Or, les médecins qui demanderont à y être inscrits seront censés connaître ce Code puisque, par un serment solennel, ils jureront de l'observer. Nous faudra-t-il jurer soumission et fidélité à un texte inconnu ? Certes, nous avons grande confiance en ces Messieurs du Conseil supérieur ; mais de là à leur donner un blanc-seing et à engager entre leurs mains toute notre carrière professionnelle... Il y a de quoi hésiter un peu.

Dans l'impatience où nous trépignons que nous soit enfin révélé ce morceau d'actualité, le seul recours est de se rabattre sur des grimoires. Après tout, nos anciens n'étaient pas plus bêtes que nous et il n'y a pas de raison pour que les lois fondamentales de la profession leur aient échappé. Peut-être les rédacteurs du Code 1941 ont-ils été bien heureux d'aller chercher dans les archives quelques suggestions.

* * *

Dans un ouvrage resté inachevé, un certain Jean Verdier, à la fois docteur en médecine et avocat au Parlement, prit occasion, en 1763, de sa double formation de juriste et de médecin pour faire paraître un volume intitulé « *Jurisprudence particulière de la médecine* » (1).

Dès le début, il justifie en ces termes, qui, deux cents ans plus tard, n'ont rien perdu de leur valeur, l'organisation rigoureusement réglementée et privilégiée de la profession médicale :

« La nécessité des lois apparaît comme l'utilité du bien public, et non pour celui des particuliers.

« La raison et l'ordre demandent qu'on s'assure, comme dans les professions les plus indifférentes, par des épreuves convenables, des qualités de ceux qui veulent professer des Arts aussi délicats pour la conscience, aussi étendus dans leurs connaissances, aussi incertains dans leurs événements, aussi dangereux par les abus, aussi inconnus du vulgaire et par conséquent aussi susceptibles d'erreurs ou d'impostures que le sont ceux qui ont la médecine pour objet. »

« Le second point de vue qui touche directement ceux qui exercent la médecine avec droit n'intéresse pas moins le public quoique médiatement.

« En effet, sans faire apercevoir ici que c'est un principe d'équité que de soutenir dans l'exercice d'une profession ceux qui l'ont acquise avec beaucoup d'argent, d'étude et de travaux, à l'exclusion de tous autres, sans alléguer qu'on ne pourrait sans une injustice qui répugnerait à la raison, au bon ordre et à la nature, forcer des communautés obligées de contribuer seules au payement des impôts, charges et dettes de l'Etat, qui leur est imposé à raison du produit qu'on estime résulter de leur talent et de leur industrie, de forcer, dis-je, de partager avec des étrangers les émoluments de leur état, sans, en un mot, faire parler ici l'intérêt particulier, serait-il difficile de prouver que le public ne retirera de l'avantage de la médecine qu'autant que ses artistes seront soutenus dans les privilèges que cet art mérite ? »

Dès cette époque, les médecins étaient en proie à la déloyale concurrence des charlatans, et avisaient aux moyens de se défendre. La Corporation du XVIIIe siècle était d'avis que « si les lois rendues pour la police des Arts et Professions différentes n'avaient été soumises qu'à l'ordre commun et général, la transgression en aurait été facile et elles seraient bientôt tombées dans l'oubli. Cette considération a engagé le ministère des nations policées à réunir les Maîtres de chaque profession en corps et communautés afin qu'ils puissent eux-mêmes veiller à l'observance de cette police intestine et nécessaire entre ceux qui professent le même art et réclamer l'autorité des tribunaux contre les contraventions et la lésion de leur droit. »

Il faut bien dire que la « police intestine et nécessaire » fut impuissante contre les charlatans. Ceux-ci continuèrent à sévir et même à se perpétuer. C'est pourquoi le prochain Code aura à reprendre la question et à forger, si possible, de nouvelles armes qu'il nous faut souhaiter plus efficaces.

Verdier dépeint ainsi le cérémonial des consultations entre confrères :

« Les articles 16 et 17 de l'appendice à la réformation de l'Université de Paris portent conformément à l'usage ancien que, dans les consultations de médecine, les jeunes porteront honneur et respect aux anciens et que les anciens traiteront les jeunes avec amitié et bienveillance ; que les jeunes donneront leur avis les premiers, suivant la coutume et chacun selon son rang dans l'ordre de leur promotion au Doctorat.

« L'article 18 dit ensuite que le plus ancien rapportera après la consultation au malade à ses parents ou à ses assistants, ce qui aura été conclu

(1) *Lyon Médical*, 24 novembre 1940.

à la pluralité des suffrages comme étant le sentiment unanime de tous les consultants.

« L'article 30, que les médecins appelés à ces consultations auront soin de se trouver précisément à l'heure qui aura été fixée par le plus ancien pour ne point faire impatienter le malade et gêner ses collègues. »

Toutes ces prescriptions, issues, aux dires de ce texte, de « l'usage ancien », nous ont été pieusement et intégralement transmises. Et nous nous y sommes soumis avec exactitude. Y aura-t-il quelque chose de changé prochainement ? Parions que non et que l'usage ancien sera transmis à nos descendants.

L'auteur rappelle, à propos des relations entre médecins, que l'arrêt du Parlement de 1558 visait des discussions pénibles et il était demandé à la Faculté de médecine « de se conduire en sorte que Dieu et la République ne soient plus offensés ». Vœu que l'on croirait formulé d'hier et à propos de certaines réunions syndicales, de divers meetings ou banquets professionnels où le saint nom de Dieu, la défunte et pauvre gueuse de République et le bon ton étaient outrageusement vilipendés. L'arrêt du Parlement de 1558 pourrait trouver un lointain écho en 1941.

Enfin, dans la question des honoraires, Verdier explique fort longuement pourquoi il sied de les proportionner aux ressources du client :

« La même taxe, quelle qu'elle fût, pourrait gêner ceux qui sont bornés au nécessaire, être un témoignage infiniment trop léger de la reconnaissance des gens riches et tirer en même temps la substance des pauvres honteux, et ceux-ci qui abondent méritent encore plus d'égards que les pauvres avoués et publics ».

Le prochain Code contiendra certainement de substantiels chapitres consacrés à la médecine des collectivités, cette forme envahissante de notre exercice quotidien, cet aspect caractéristique de notre époque.

Mais, dans la pratique de la clientèle privée, est-il sûr qu'il innove beaucoup sur les usages de la Corporation aux environs de l'an *1763, tels* qu'ils apparaissent au travers de ces quelques extraits.

G. Lavalée.



Variétés

❖ ❖ ❖

HOMMAGE A MONSIEUR PURGON

Les médecins du XVIIe siècle ont eu de la chance en tant que Français et un véritable guignon en tant que médecins.

La chance c'est d'avoir vécu au temps où la France rayonnait sur l'Europe et sur le monde, où son prestige lui faisait plus de conquêtes encore que ses armes.

Le guignon, c'est que ce siècle de gloire française se complètà en donnant le jour à Molière et que Molière fut de santé assez chétive.

Il eut ainsi l'occasion de consulter probablement de nombreux médecins, de les observer et de concevoir qu'au prix de quelques retouches de caricature, ils feraient d'excellents personnages de comédie.

Et comme les comédies de Molière sont passées à la postérité, celle-ci n'imagine pas les médecins du XVIIe siècle autrement que sous les oripeaux burlesques de Sganarelle ou de Diafoirus. Si philosophe soit-on, il est des accoutrements qu'on n'endosse malgré tout qu'à son corps défendant, et nos confrères du XVIIe siècle seraient en droit d'adresser d'outre-tombe une pétition au Conseil de l'Ordre pour obtenir de ne pas être quotidiennement ridiculisés dans toutes les écoles de France et de Navarre.

Il y aurait pour un érudit, un joli plaidoyer à prononcer en défendant leur mémoire. Molière est pardonnable de leur avoir voué une si solide rancune : sa poitrine douloureuse n'était soulagée par aucun remède et il enrageait de dépit chaque fois qu'il avait consulté un nouveau médecin. Mais il n'en continuait pas moins sa vie exténuante de comédien ambulant et s'il s'est trouvé quelqu'un pour lui conseiller du repos, probablement l'a-t-il envoyé au diable en redoublant ses imprécations contre la médecine. Un malade indocile est d'ordinaire plus exigeant encore qu'un autre ; il entend être guéri malgré les règles et malgré lui. C'est beaucoup demander même encore aujourd'hui.

Et même aujourd'hui, sommes-nous beaucoup plus heureux que nos anciens contre la tuberculose ? Ne laissons-nous pas partir prématurément des génies qui manquent à leur siècle autant que Molière manqua au sien ?

Il est temps d'en appeler de l'écrasant témoignage à charge qu'il a laissé contre les médecins de son temps, et maintenant que le recul nous permet de les juger en bloc, de leur rendre justice.

***

Ce n'était pas commode, c'était même dange-

reux, au grand siècle, d'être un médecin intelligent. Car un médecin intelligent ne peut se contenter d'être un érudit. S'il ne fait pas crédit à sa propre intelligence autant qu'à celle des augures, il se condamne à vivre en sous-ordre et à passer cent fois à côté du fait nouveau, de l'exception qui ne confirme pas la règle mais l'infirme et marque la bifurcation vers une route inexplorée. Le XIXe siècle a été le siècle des iconoclastes ; c'est pourquoi il a transformé la médecine.

Le XVIIe , lui, fut le siècle des orthodoxes, ancrés malgré vents et marées sur Hippocrate et sur Galien. Et cela non plus ne peut être porté *au passif des médecins*, ou du moins d'eux seuls. Toute la pensée humaine était, depuis la Renaissance, empêtrée dans l'antiquité. Les poètes s'inspiraient d'Hésiode ou d'Horace ; les tragiques obéissaient aux règles d'Aristote, les peintres se vouaient aux aventures de l'Olympe, les architectes revenaient aux colonnades grecques. Et les médecins, pour faire chorus, pouvaient-ils faire autrement, au chevet d'un malade, qu'invoquer tel livre de Galien? Ce n'est pas calomnier Galien de dire que cependant il n'avait pas tout su ni tout vu et qu'il restait, après lui, un certain nombre de points à préciser.

Mais au XVIIe siècle, on était d'avis contraire ; c'est pourquoi se confiner dans un respect idolâtre de la tradition était non seulement raisonnable mais encore prudent ; car l'on risquait, à s'en écarter, de perdre sa clientèle et de passer pour un charlatan, voire un sorcier. Et le bûcher avait vite fait de mettre un terme à une carrière d'innovateur. Le moindre risque était qu'intervint un arrêt du Parlement, condamnant (on se demande en vertu de quoi) la nouveauté thérapeutique. Et celle-ci plongeait dans un oubli d'autant plus inexorable que le Parlement était ombrageux concernant ses prérogatives.

C'est pourtant dans une ambiance aussi peu favorable, en 1667, qu'un médecin de Paris, un certain Denis, eut l'idée de la transfusion du sang et mit cette idée à exécution. Il ne pratiquait très probablement pas la transfusion par voie veineuse ; sinon, comme il ignorait, et pour cause, le problème des incompatibilités, les résultats de cette louable initiative n'eussent pas manqué d'être catastrophiques. Peut-être advint-il néanmoins quelques incidents inattendus de l'inventeur puisque la transfusion fut bientôt interdite par le Parlement, pour cette fois assez bien inspiré. N'empêche que Denis avait conçu et exécuté une intervention nouvelle pour son temps et que le XXe siècle devait reprendre à grand bruit. Il est juste de lui en reconnaître le mérite.

Par ailleurs, c'est aussi sous Louis XIV que la thérapeutique s'enrichit de trois médicaments de premier choix : l'antimoine (déjà connu mais condamné par le Parlement), le quinquina et l'ipéca, celui-ci ayant conquis ses lettres de noblesse pour son action contre les « flux de sang », indication qui persiste de nos jours et de laquelle nous sommes donc redevables à nos anciens du XVIIe siècle.

Enfin, il est piquant de constater que les médecins du grand roi ont, bien à leur insu et sans y prendre garde, posé la question de l'eau potable complètement perdue de vue depuis l'antiquité. Comme ils avaient, en effet, prescrit à leur auguste patient de boire un verre d'eau chaque matin à jeun, Colbert s'adressa à l'Académie des Sciences, récemment fondée, et prescrivit d'examiner la qualité des sources environnantes. Le rapporteur désigné par l'Académie, le chimiste Bourdelin, se prononça pour les sources de Carpaux et de Ville-d'Avray, faisant ainsi figure de précurseur dans les annales de l'hygiène.

***

Tout ceci pour montrer que Molière a été un peu injustement rancunier à l'égard des médecins de son temps.

Cette entreprise de réhabilitation manquerait d'accent, si n'y figuraient quelques « citations » personnelles qui mettent en valeur la figure de quelques confrères de ce temps lointain.

C'est, on le sait, un médecin de Port-Royal, Hamon, qui se fit le précepteur de Racine et qui fut si grand aux yeux du poète que celui-ci, dans son testament, demanda à être inhumé au pied de la fosse de son vieux maître.

Lorsque Fouquet fut arrêté et conduit à la Bastille, ses familiers s'éparpillèrent vite et se hâtèrent de l'oublier. Il ne se trouva que de rares fidèles : Madame de Sévigné, Mlle de Scuderi, quelques gens de lettres et Vallot, le plus méritant de tous, parce qu'il risquait ainsi sa charge de premier médecin du Roi. Celui-ci, du reste, fit sentir à Vallot qu'il aurait pu lui garder rancune.

Un autre médecin, Chicoineau « arrive plein d'audace et de confiance au milieu de la peste de Marseille où tout un peuple égaré n'attend que la mort ; il calme tout par sa présence ; l'espérance et la santé renaissent dès qu'il se montre avec plusieurs de ses confrères, non moins décidés que lui » (1).

Reste enfin Fagon, le plus cruellement malmené par Molière, puisqu'à l'apparition du « Malade Imaginaire », la Cour et la Ville furent unanimes à penser que Molière l'avait visé en campant le personnage de Monsieur Purgon, trop transparent pseudonyme. Or Fagon (2), promu au

(1) Th. de Bordeu. — *Recherches sur l'Histoire de la médecine.*

(2) J. A. Le Roi. — *Journal de la Santé du Roi Louis XIV.*

poste important de premier médecin du Roi, donna à la Cour le spectacle d'un rare désintéressement et, à tous les coureurs de places, un exemple rarement imité : il diminua les revenus de sa charge.

Fagon n'était pas seulement un très bon médecin ; il exerçait la médecine avec le plus grand désintéressement et les malheureux le trouvaient toujours prêt à leur donner des soins. Toutes les thèses qu'il soutint successivement pour arriver au doctorat présentent le plus grand intérêt. Mais il se distingua surtout en osant soutenir dans une de ses dissertations la circulation du sang, alors qu'Harvey était encore vilipendé par la plupart. Il ne reste comme écrit de Fagon qu'un petit livre intitulé : « *Les admirables qualités du quinquina confirmées par plusieurs expériences avec la manière de s'en servir, dans toutes les fièvres, pour toutes sortes d'âges* ». Le quinquina n'a-t-il pas prouvé, depuis, que Fagon n'avait pas tort de le proclamer « admirable ».

Il estimait et admirait les savants et les artistes ; il les recherchait et les protégeait, et, étant lui-même un botaniste distingué, ne perdait pas une occasion de favoriser les progrès de la botanique. Grâce à son influence , Armand de Montvillain, Tournefort et de Jussieu se succédèrent au Jardin du Roi. Il recommanda à Louis XIV, Plumier qui fut envoyé en mission en Amérique, Feuillée qui partit au Pérou, cependant que Lippi parcourait l'Egypte et la Grèce et Tournefort l'Asie. Celui-ci, en témoignage de reconnaissance, appela « Fagoia », une certaine rosacée qu'il avait rapportée de ses voyages.

Enfin, l'on peut sans doute, pour se faire une opinion sur Fagon, s'en rapporter au plus lucide des contemporains, à celui qui, à propos des plus illustres personnages, y compris le Roi, garde son franc parler, et ne pèche point par souci exagéré des convenances ; à Saint-Simon. . . . .

« Fagon, dit celui-ci, était un des beaux et des bons esprits de l'Europe, curieux de tout ce qui avait trait à son métier, grand botaniste, bon chimiste, habile connaisseur en chirurgie, excellent médecin et grand praticien. Il savait d'ailleurs beaucoup ; point de meilleur physicien que lui ; il entendait même les différentes parties des mathématiques. Très désintéressé, ami ardent, mais ennemi qui ne pardonnait point, il aimait la vertu, l'honneur, la valeur, la science, l'application, le mérite et chercha toujours à l'appuyer sans autre cause ni liaison, et à tomber rudement sur tout ce qui s'y opposait autant que si on lui eût été personnellement contraire. Dangereux aussi parce qu'il se prévenait aisément de toutes choses, quoique fort éclairé, et qu'une fois prévenu, il ne revenait presque jamais. Mais s'il lui arrivait de revenir, c'était de la meilleure foi du monde et faisait tout pour réparer le mal que sa prévention avait causé. Il était l'ennemi implacable de tout ce qu'il appelait charlatans, c'est-à-dire des gens qui prétendaient avoir des secrets et donner des remèdes, et sa prévention l'emporta beaucoup trop loin de ce côté-là. Il aimait la Faculté de Montpellier et en tout la médecine jusqu'au culte » (1).

Ne voilà-t-il pas un portrait qui donne l'envie de connaître le modèle ? Les lignes de Saint-Simon n'ont pas eu le retentissement du « Malade Imaginaire » et le grand public, amusé de percer l'identité d'une caricature, continuera à tenir Fagon pour un cuistre ridicule.

Du moins que les médecins ne s'en tiennent pas aux outrages d'une comédie et qu'ils apprennent à saluer le véritable Monsieur Purgon comme l'une des grandes figures de leur mémorial professionnel.

G. Lavalée.

L'HYGIÈNE CORPORELLE CHEZ LES ANCIENS

Dans les *Essais* de Montaigne (Livre I, chapitre L.) nous trouvons de curieux renseignements sur la toilette des anciens et les soins hygiéniques qu'ils donnaient à leur corps. Montaigne pour prouver l'authenticité des coutumes qu'il rapporte, coutumes qu'on pourrait croire le fruit de son imagination, les étayent de quelques citations d'auteurs latins, notamment du poëte Martial :

« Aux bains que les anciens prenoyent tous les jours avant repas et les prenoye aussi ordinairement que nous faisons de l'eau à laver les mains, ils ne se lavoyent du commencement que les bras et les jambes, mais depuis, et d'une coustume qui a duré plusieurs siècles et en la plupart des nations du monde, ils se lavoyent tout nuds d'eau mixtionnée et parfumée de manière qu'ils emploioyent pour tesmoignage de grande simplicité de se laver d'eau simple. Les plus affetez et délicats se parfumoyent tout le corps bien trois ou quatre fois par jour. Ils se faisoyent souvent pinceter (2) tout le poil, comme les femmes Françoises ont pris en usage, depuis quelque temps de faire leur front.

Quid pectus, quod crura tibi, quod brachia vellis (3) quoy qu'ils esssent des oignements propres à cela :

(1) Saint-Simon. — *Mémoires.*

(2) Epiler.

(3) S'épilant la poitrine, les bras et les jambes (Martial).

Psilatra nitet, aut arida latet oblita creta (1).

. . . .

Ils mangoyent comme nous le fruite à l'yssue de table. Ils se torchoyent le cul (il faut laisser aux femmes cette vaine superstition des parolles) avec une esponge : voyla pourquoy *spongia* est un mot obscène en latin ; et en effet cette esponge attachée au bout d'un baston, comme témoigne l'histoire de celuy qu'on menoit pour estre présenté aux lestes devant le peuple qui demanda congé d'aller à ses affaires et, qui, n'ayant d'autres moyens de se tuer, il se fourra ce baston et esponge dans le gosier et s'en estouffa. Ils s'essuyoient le catze de laine parfumée, quand ils en avoient faict.

Ac tibi nil faciatu, sed lata mentula lana.

Il y avoient aux carrefours de Rome des vaisseaux et demy-cuves pour y apprester à pisser aux passans,

Pusi sape lacum propter, se ac dolia curta (1).
Sumno devincti credunt entollere vestem.

Ils faisoient collation entre les repas. Et y avoit des vendeurs de nege pour rafréchir le vin . . . .

Les Dames estant aux estuves, y recevoyent quant et quant les hommes, et se servoyent là même de leurs valets à les frotter et oindre,

Inguina succinctus nigra tibi servus aluta
Stat, quoties calidis nuda foveris aquis (2).

Elles se saupoudroient de quelque poudre pour réprimer les sueurs. Les anciens Gaulois, dict Sidonins Appolinaris, portoyent le poil long par le devant, et le derrière de la teste tondu, qui est cette façon qui vient à estre renouvellée par l'usage efféminé et lâche de ce siècle. » . . . .

Pour copie conforme : J. Noir.

(1) Elle se oint d'onguents ou la frotte avec de la craie (Martial).

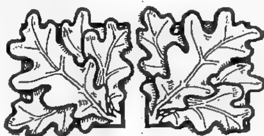
(1) (Les enfants) durant leur sommeil rêvent qu'ils lèvent leur vêtement devant la cuve où l'on urine (Lucrèce).

(2) Un de tes esclaves, ceint d'un tablier noir, se tient près du bain chaud dans lequel tu reposes toute nue (Martial).

LA FILLE D'UN CHIRURGIEN DE VERSAILLES, MAITRESSE DU GÉNÉRAL BONAPARTE EN ITALIE

Le 21 septembre 1794, Bonaparte, général de brigade, commandant l'artillerie de l'armée d'Italie, rencontra et plut à l'envoyé de la Convention, Tureau de Lignières et à sa femme très volage dont il devint l'amant. Cette femme, Félicie Gautier, était la fille d'un *chirurgien de Versailles*. Elle rencontra Bonaparte à Cairo en Piémont. Tureau recommanda Bonaparle et, avec Barras, le fit nommer commandant des troupes de la Convention qui intervinrent au 13 vendémiaire. Tureau mourut garde-magasin de l'armée d'Italie. Sa femme dont l'inconduite causa peut-être sa mort, retourna à Versailles. Napoléon, plus tard, qui avait repoussé ses demandes incessantes, céda cependant grâce à l'intervention de Berthier qui connaissait Félicie Tureau et lui accorda ce qu'elle demandait.

C'est un des exemples nombreux de la générosité dont toujours fit preuve Napoléon envers ses maîtresses passagères longtemps après les avoir quittées.



Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

Pensions militaires

Arrêté du 30 décembre 1940 portant nomination des médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions (*J. O.*, 6 janvier 1941.)

Secrétariat général à l'information

Par décret du 4 janvier 1941, M. le Professeur Georges PORTMANN est nommé secrétaire général à l'information.

(*J. O.*, 5 janvier 1941.)

Hôpitaux psychiatriques

Mlle le Docteur Petit médecin, directeur de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire, est nommée, sur sa demande, médecin chef de service de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Guillant, nommé médecin directeur.

M. le Docteur Rallu, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1939, est nommé, à titre intérimaire, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de la Roche-sur-Yon (poste créé).

Il bénéficiera d'un traitement annuel de 31.000 fr., à compter de son installation.

M. le Docteur Leclerc, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1939, est chargé à titre intérimaire, des fonctions de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec.

Il recevra à ce titre un traitement annuel de 31.000 francs.

M. le Docteur Le Guillant, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire, est nommé médecin directeur de cet établissement, en remplacement de Mlle le Docteur Petit, nommée médecin chef de service, sur sa demande.

Sanatorium

M. le Docteur Schouller, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est affecté, à titre temporaire, au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

M. le Docteur Schouller, qui appartient à la 1re classe de son grade, recevra, en cette qualité, un traitement annuel de 36.000 francs et bénéficiera gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

(*J. O.*, 10 janvier 1941.)



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

67. — Soins à des agriculteurs victimes d'accidents du travail

Dans votre numéro du 22 décembre dernier, j'approuve la lettre 4.087 sur les soins aux agriculteurs victimes d'accidents de travail, couverts par une assurance individuelle. Moi aussi j'ai toujours essayé de leur faire payer directement ma note au tarif syndical, en échange d'un reçu leur permettant de se faire rembourser au tarif prévu par leur police. Mais le représentant local de la compagnie en dissuadait toujours ses clients. Maintenant j'envoie à l'Assurance ma note établie au tarif syndical et je suis réglé correctement car j'ai noté en *post-scriptum* sur le certificat initial : « Il ne s'agit pas ici d'un accident de travail survenu à un ouvrier au service d'un patron. Le tarif accident de travail ne saurait donc être appliqué ».

Ce procédé réussit : en cas contraire, il faudrait que les agriculteurs soient avertis que leur police ne couvre qu'une partie des frais médicaux, de même que leur indemnité pour incapacité n'égale pas leur gain normal quand ils travaillent.

Dr L.

62. — Accidents survenus à des Français employés par les Allemands

J'ai l'occasion, à ma clinique, de soigner comme accidentés du travail les ouvriers français employés par l'armée allemande.

On m'a dit qu'une convention était intervenue entre l'armée allemande et les Caisses d'assurances sociales.

Celles-ci doivent payer les honoraires et frais médicaux, au tarif des accidentés du travail, aux médecins et chirurgiens traitants.

Je vous serais reconnaissant de me dire si vous connaissez cette convention et si d'autres affaires ont été réglées dans ces conditions.

En outre, y a-t-il un remboursement des articles de pansement, ou ceux-ci sont-ils fournis en nature après ordonnance, comme cela se passe avec les Compagnies d'assurances privées ?

Dr G.

Réponse

A la demande des autorités d'occupation, un régime spécial englobant les Assurances sociales, les Accidents du travail et les Impôts sur les salaires, a été établi par les Caisses d'assurances sociales en faveur du personnel civil français ou allemand, employé par l'armée allemande.

Ce régime résulte d'une circulaire ministé-

rielle du 9 octobre 1940, aux termes de laquelle tout individu, quels que soient son âge et son gain, employé par l'armée allemande, est affilié tant pour les risques maladie, maternité, que pour les accidents du travail, à la Caisse d'assurances sociales qui devient débitrice des sommes qui peuvent être dues à ces différents titres.

Les médecins soignant des accidentés du travail rentrant dans cette catégories de travailleurs, doivent donc adresser leurs notes de frais et honoraires à la Caisse d'assurances, qui les leur remboursera au tarif des Accidents du travail.

Les articles de pansement sont remboursés au même tarif ; ils ne sont pas fournis en nature.

Nous publions d'ailleurs dans le présent numéro les principales dispositions de cette circulaire.

---

220. — Le « tout compris » reste applicable aux accidents agricoles

J'ai opéré en février 1940 un accidenté du travail (bûcheron ayant eu une contusion abdominale avec lésions intestinales) à l'hôpital dont j'étais chirurgien. Persuadé que le « tout compris » ne jouait plus, j'ai envoyé ma note à la Compagnie d'assurances comprenant l'acte opératoire et les consultations qui suivirent. Cette compagnie commença par me demander des justifications de mes consultations puis elle invoque maintenant le « tout compris », disant qu'elle n'avait qu'à payer les journées d'hôpital. Voudriez-vous me donner votre avis sur cette affaire ?

D D.

Réponse

Si la loi du 1er juillet 1939 a supprimé la disposition dite du « tout compris », elle ne l'a fait qu'en ce qui concerne les accidents survenus aux ouvriers du commerce et de l'industrie, aux domestiques et employés des professions libérales, mais non en ce qui concerne les ouvriers agricoles, car cette loi contient une disposition qui remet à plus tard son application à l'agriculture.

Par suite, la Compagnie, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, semble être dans son droit en vous opposant le fameux « tout compris » et vous ne pouvez que vous incliner.

---

72. — Le durillon forcé est-il un accident du travail.

J'ai opéré récemment, sur un ouvrier, un phlegmon de la main par complication à un durillon : « durillon forcé du quatrième doigt » chez un travailleur à la pelle.

Ma facture est refusée.

Je pensais avoir lu quelque part, dans les commentaires de l'arrêté du 5 mai 193), que désormais le « durillon forcé » était admis comme accident du travail.

Me suis-je trompé ?

Dr V.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus au lieu et au temps du travail, et non point aux maladies professionnelles, à moins qu'elles ne figurent dans la liste des maladies bénéficiant par exception de la protection légale, liste dressée par la loi du 25 octobre 1919.

Comme tel n'est point le cas des durillons forcés, votre client ne peut prétendre au versement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898, que s'il est à même d'établir qu'il a été victime d'un accident et non d'une maladie.

D'après la jurisprudence, il faut entendre par accident toute atteinte violente ou soudaine portée à l'intégrité du corps humain, provenant d'une cause extérieure.

Est, au contraire, maladie, toute lésion à caractère morbide, provenant de l'exercice continu et régulier de la profession.

Il est probable que le durillon, origine de votre intervention, provient de la manipulation prolongée d'un outil et ne constitue pas en lui-même un traumatisme.

Mais la lésion qui a motivé vos soins est due à ce que le durillon primitif a été forcé au cours du travail par suite sans doute d'une piqûre septique ou autre.

Cette piqûre présente bien au regard de la jurisprudence, les caractères d'un accident et les prédispositions morbides de la victime ne devant pas entrer en ligne de compte, cette dernière est juridiquement fondée à réclamer à son patron des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898.

Tel a bien été d'ailleurs l'avis du Tribunal civil de Clermont (Oise) qui a decidé par un jugement du 19 novembre 1924, publié dans le *Concours Médical* du 19 juillet 1925 page 1751 et suivantes, qu'un durillon enflammé par un traumatisme brusque et soudain survenu au cours du travail et s'accompagnant de douleur immédiate doit être considéré comme un accident du travail.

Nous conseillons donc à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé, et de poursuivre son patron devant le Juge de paix du lieu de l'accident en versement de l'indemnité prévue par la loi sur les risques professionnels.

Mais d'autre part, nous croyons qu'il y aurait lieu de déclarer l'accident à la Caisse d'assurances sociales de l'intéressé, et d'invoquer à l'égard de cette caisse les dispositions de l'art. 20, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, aux termes duquel l'assuré victime d'un accident du travail et dont le droit aux prestations prévues par la loi du 9 avril 1898 est contesté par l'employeur ou l'assureur substitué, reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance maladie s'il a engagé à l'encontre de l'employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation.

En cas d'echec de l'action entreprise, les prestations versées resteraient acquises à l'assuré.

ASSURANCES SOCIALES

31. — Paiement des prestations de l'assurance-maternité

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je viens solliciter votre avis pour une de mes clientes : Assurée sociale depuis le 1er novembre 1937 à la Caisse départementale de X, elle a payé régulièrement sa cotisation (j'ai vu les reçus), elle se marie en novembre 1938, elle cesse de travailler un mois elle réembauche le 1er décembre 1938, change de patron, travaille chez un gros agriculteur. On la change de Caisse, de la départementale on la met à la Caisse agricole, et bien qu'elle ait commencé le travail le 1er décembre, on la met le 1er janvier 1939.

Au début du mariage elle tombe enceinte. Je lui fais le premier certificat, le deuxième certificat elle l'envoie à sa première Caisse, la départementale, qui reçoit sans répondre.

Septembre ; la guerre ; je pars, elle accouche le 25 septembre 1939. La Caisse départementale refuse les prestations parceque dans les quatre trimestres qui ont précédé l'accouchement il n'y a pas eu les 120 francs de versements légaux effectués.

La Caisse agricole refuse les prestations parce qu'il n'y a que 8 mois et 25 jours que l'assurée y est affiliée.

Et cependant voilà une malheureuse femme (dont le mari est prisonnier) qui, au moment de son accouchement, est inscrite aux Assurances sociales depuis près de deux ans, qui a effectué dans les quatre derniers trimestres plus de 120 francs de versements.

Est-il vrai que la loi permette une telle injustice ? Que doit faire cette femme ?

Dr C...

Réponse

Conformément à l'art. 114 du règlement d'Administration publique du 11 juin 1939, les prestations maternité sont dues par la Caisse à laquelle l'assurée était affiliée au moment de la demande, c'est-à-dire par la Caisse régionale de secours mutuels agricoles. Cette Caisse effectuera les versements pour le compte de la Caisse départementale de X, puisque les conditions légales ne sont pas remplies vis-à-vis de la première Caisse.

C'est donc à tort que l'assurée a envoyée les certificats prescrits à son ancienne Caisse.

Il faut qu'elle fasse immédiatement une nouvelle demande à la Caisse agricole en expliquant sa situation, et surtout en précisant son ancienne affiliation.

---

223. — Soins donnés à un employé de chemin de fer

1° Ai-je le droit, alors que je ne suis pas médecin des chemins de fer, de soigner un employé de la S. N. C. F. pour une maladie aiguë ; la famille ne voulant pas prendre le médecin de la compagnie, est venue me chercher, sachant bien que les frais seraient à son compte ?

2° Si je puis soigner un cheminot, ne peut-il être autorisé à prendre une feuille de soins de la S. N. C. F. (feuilles analogues aux feuilles d'assurances sociales), comme il est en usage lorsqu'on soigne un membre de la famille ; ces feuilles assurent un remboursement partiel des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Dr B...

Réponse

1° Vous avez le droit de soigner un employé de la S. N. C. F., bien que n'étant pas médecin de la Compagnie, dès lors qu'il accepte que les honoraires et les autres frais de traitement restent à sa charge.

2° Aux termes du décret du 30 juin 1931, portant coordination du régime d'assurance des agents des grands réseaux de chemin de fer avec les assurances sociales, les agents commissionnés et confirmés des grands réseaux restent soumis, en ce qui concerne le risque maladie notamment, aux dispositions de la règlementation particulière qui les regit.

Or, cette règlementation leur accorde notamment la gratuité des soins donnés par le médecin du réseau. Ils n'ont donc pas droit aux prestations des Caisses d'assurances sociales

auxquelles, par contre, leurs femmes et leurs enfants ont droit.

Par suite, l'agent de la S N. C. F. qui se fait soigner par vous, vous devra vos honoraires et ne pourra les récupérer, même partiellement, en aucune façon.

QUESTIONS DIVERSES

129. — Paiement de la solde d'un médecin militaire en captivité

Fait prisonnier le 17 juin 1940, et interné à la citadelle de X. jusqu'au 11 juillet, j'ai été placé à cette date, comme beaucoup de mes camarades dans un village du Nord, manquant de médecin. Ma solde de juin, m'a été réglée les premiers jours de novembre : quant au reste l'autorité militaire française m'a répondu que n'étant plus sous son contrôle à partir du 11 juillet 1940, je n'avais droit à la solde que du 1er juillet au 11 juillet exclu.

Or du 11 juillet 1940 date de mon retour chez moi au 14 novembre, j'ai tout de même dû subvenir à mes besoins. Les honoraires qui j'ai pu toucher pendant les deux premiers mois étaient en fonction d'un prix de base dérisoire, fixé par la mairie du pays, cinq francs la consultation et dix francs la visite, et les deux mois suivants j'ai pu obtenir la somme de cinquante francs par jour, ce qui était déjà un peu mieux. Vous me direz que cela est encore mieux que d'être dans un camp et je suis le premier à le reconnaître ; ce que je ne peux admettre, c'est le désintéressement complet dont fait preuve l'autorité militaire, qui malgré tout, m'a mobilisé et qui du jour où je suis prisonnier m'ignore complètement.

Ma femme a cependant touché la délégation de solde jusqu'à mon retour le 15 novembre 1940.

Je suis en effet rentré le 15 novembre, mais toujours pas libéré, simplement en congé illimité, mais encore prisonnier.

Dr R

Réponse

Votre réclamation doit être adressée au corps ou service qui vous payait votre solde au moment où vous avez été fait prisonnier (avec toutes pièces justificatives à l'appui, au besoin déclaration sur l'honneur).

Si vous l'avez déjà fait, et que la réponse soit suffisamment explicite, adressez-vous directement à l'Intendant Militaire de votre Région, en joignant une copie certifiée conforme de ladite réponse. Demandez l'application des dispositions du *Bulletin Officiel*, volume 88, sur le paiement de la solde des officiers en captivité.

---

114. — L'avancement des médecins militaires en captivité

Mon mari le Docteur G... est actuellement prisonnier en Allemagne. Il a fait toute la guerre en zone avancée comme médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie. Depuis septembre 1939, je dois donc subvenir à ses besoins et aux miens grâce à nos économies. Nous désirons garder notre maison afin qu'il retrouve sa clientèle à son retour ; aussi si cet état de choses se prolonge, ma situation deviendra très précaire.

Je m'adresse donc à vous avec l'espoir que vous pourrez peut-être me dire s'il n'y a pas eu depuis avril dernier de nominations de médecins auxiliaires au grade de sous-lieutenant ; ou en tous cas à qui je dois m'adresser désormais pour obtenir ce renseignement ou tenter quelques démarches.

Mon mari a fait son service militaire d'octobre 1932 à octobre 1933. (Il avait fait de la préparation militaire supérieure pendant l'année scolaire 1931-1932, mais comme tous ses camarades, à l'exception d'un seul, avait été refusé à l'examen). Après avoir été envoyé à Bordeaux comme simple soldat pendant six mois, il passe un examen et est nommé médecin auxiliaire en avril 1938. Libéré en octobre, il est reçu à ses deux dernières cliniques, présente sa thèse en mars 1934 et s'installe immédiatement à C... En octobre 1936 il fait une période de trois semaines au camp de C... et compte ensuite être nommé sous-lieutenant, mais son espoir est déçu. Enfin au début de cette guerre il réclame plusieurs fois mais n'obtient rien.

Je m'excuse, Monsieur, de vous importuner ainsi, mais espère cependant que vous voudrez bien vous intéresser à notre cas et m'aider de vos conseils.

Mme G.

Réponse

Nous n'avons pas trouvé trace de la promotion de votre mari au grade de médecin sous-lieutenant.

Mais une loi, en date du 5 septembre 1940, dispose que les militaires de tous grades, prisonniers de guerre, conservent leurs droits à l'avancement.

Toutefois, chaque cas individuel fera l'objet d'une décision du secrétaire d'Etat à la Guerre, cette décision étant prise après rapatriement.

Les avancements seront concédés avec effet rétroactif, comme si les intéressés avaient bénéficié d'un avancement normal. Il y aura donc un rappel de solde depuis le jour où votre mari aura été promu au grade supérieur.



Soixante-troisième année — No 5 — 2 Février 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — **Etudiants**............ **50 fr.**

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 27. — A céder sans indemn. deux postes méd. à la camp. dont l'un av. propharm. S'ad. Dr Verrier à Labergement-Ste-Marie (Doubs).

N° 28. — Conf. cherche client. avec pavill. Seine ou gr. banlieue, ou assist. dans cliniq. médico-chirurg. S'ad. M. Mauclaire, 12, rue Abel-Peray, Paris.

N° 29. — Jne méd. act. anc. int. hôp. précédem. installé dans rég. dévastée, cherche reprend. excell. poste méd. génér. si possib. à proxim. ville. S'ad. M. G. Fluteaux, pharm. à Crépy-en-Valois (Oise).

N° 30. — Dr cherche poste méd. génér. ville ou campag. région Centre-Ouest de préfér. Dr Caillault, 5, rue Lazare-Carnot, Cognac (Char.).

N° 31. — Connaiss. bien la publicité médic., longues années de pratique, dem. dans mais. de spécial. pharmac., emploi chef de publicité ou assimilé. S'ad. Arger Ed., 11, rue Guillaume-Tell, Paris (XVIIe).

N° 32. — Infirmier 30 ans très au cour. soins à donner aux mal., cher. empl. ds hôpit. ou sanat., accepter, serv. de nuit. Diplômé secouriste Cr. Rge Franç., très bon. réf. de méd.-chef. M. Bourtayre, Arc-sur-Tille (Côte d'Or).

N° 33. — Visit. méd. depuis 1923. franç. d'orig. réf. les plus sér., représenter. pr Paris, spécialité d'intérêt réel. M. Roy, 56, rue St-Lambert, Paris (XVe).

N° 34. — On offre très imp. poste méd. à jne méd. franç. célibat. se trouv. en zone interd. Faible compt., grand. facil. Pressé. Mme Vve Roussel, à Coussey (Vosges).

N° 35. — Jne fille, excell. famille, ayant pratiqué secrétar. et assist. auprès son père méd. décédé, ch. sit. anal. S'ad. J. Marchal, 6, rue d'Athènes, Paris (IXe).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Paris. Cabinet Electro-radiologique, ancien, à céder, 8 pièces, belle installation. Bonne situation. Loyer 10.700 fr. Prix modéré.

Côtes du Nord. Propharmacien. Belle installation. Petit loyer. Gros rapport à céder d'urgence.

Banlieue proche. Cabinet ancien repris il y a dix-huit ans. 8 pièces, tout confort. Loyer 13.000 fr. Gros rapport même actuellement. Prix à discuter.

Avis concernant les déclarations fiscales

Ceux de nos adhérents qui désireraient faire rédiger leurs déclarations par M. Martinot, notre Conseil fiscal, devront lui écrire personnellement et le plus tôt possible, 6, rue de l'Isly, à Paris (VIIIe), avec tous renseignements et s'entendre avec lui au sujet des honoraires de faveur que nécessitera ce travail.

Renseignements

Les conséquences de la guerre

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasténie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le gargarisme le plus agréable pour le syphilitique, c'est la TABLETTE DE **Mangaïne.** Grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier. 71, rue Sante-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Hôtel du Parc, **Saujon (Charente-Marit.)** Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neurodigestives. Dr Dubois.

AVIS

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Seine

Voir dans le corps du journal, pages 231 et 232, le communiqué et le questionnaire à remplir.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le titre de Professeur honoraire est conféré à MM. Balthazard, Nobécourt et Mulon, admis à la retraite.

M. Cordier, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'anatomie (M. Hovelacque, Professeur, décédé).

— **Cours de thérapeutique.** — M. le Professeur Charles Aubertin a repris le 3 janvier son cours de thérapeutique et le continue au Petit amphithéâtre, les lundis, mercredis, vendredis, à 16 heures.

3 février 1941 : médication cholagogue et cholérétique.

5 février 1941 : Traitement de l'insuffisance hépatique et des cirrhoses.

7 février 1941 : Traitement des ictères.

— **Clinique des maladies mentales.** — M. Jean Delay, agrégé, médecin des hôpitaux, fait les lundis, à 9 heures, à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, salle des cours du Professeur G. Dumas, un cours sur la *Psychopathologie de la mémoire.*

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine,** (Professeur Maurice Loeper ; Docteur André Lemaire, agrégé). — *Réunions médicales mensuelles sur des sujets d'actualité,* avec le concours des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, le dernier jeudi du mois à 11 heures, amphithéâtre Hayem.

Jeudi 27 février : Quelques points particuliers de la maladie de Hodgkin. — Anatomie pathologique par M. Huguenin ; Maladie de Hodgkin et Tuberculose par M. Herrenschmidt ; Résultats de la radiothérapie par M. Cottenot.

Jeudi 27 mars : Sémiologie et thérapeutique de l'avitaminose nicotinique. — Avitaminose et Porphyrinurie par M. Hernando ; Le syndrome de l'Avitaminose par M. Justin-Besançon.

Jeudi 24 avril : La maladie de Hanot est-elle bien une entité morbide. — Les caractères cliniques par M. Chabrol ; Anatomie pathologique par M. Cain.

Jeudi 29 mai : L'insuline retard dans le diabète. — Les bases physiologiques du Traitement par M. Perrault ; Conduite de la cure et résultats par M. Roulin.

Jeudi 26 juin : Les phases initiales du cancer de l'estomac. — Les premiers signes cliniques par M. Debray ; Les images radiologiques suspectes par M. Ordioni ; Les premières phases anatomiques par M. Yvan Bertrand.

— **Ecole d'anthropologie** (chaire d'hérédité et de génétique). — M. le Docteur Briand, professeur, fera son cours le mardi à 16 heures, à la Faculté de médecine de Paris, salle des Thèses, n° 2.

Sujet du cours : Notions élémentaires de génétique. Les chromosomes, l'espèce et la race.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. le Professeur Petges.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. Boularan, agrégé, est chargé provisoirement de l'enseignement de la pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. Caubet, admis à la retraite).

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** — Le bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris est ainsi composé pour 1941 : président, M. le Prof. Loeper ; vice-président, M. le Prof. Rathery ; secrétaire général, M. Claude Gautier ; trésorier, M. Noël Péron ; secrétaires annuels, Mme Roudinesco et M. Marcel Perrault.

— **Hôpitaux de Paris.** — Deux services, à la Clinique Piccini, viennent d'être mis à la disposition de l'Assistance publique de Paris : un service de médecine (M. de Gennes, chef de service) ; un service d'oto-rhino-laryngologie (M. le Professeur Lemaître, chef de service),

— **Hôpitaux de Paris**.— *Consultations de stomatologie*. — Mutations dans le personnel médical (stomatologistes) par suite des vacances survenues en 1939-1940 :

A la Salpêtrière (remplacement de M. Guilly, atteint par la limite d'âge) : M. L'Hirondel, de Beaujon.

A Beaujon (remplacement de M. L'Hirondel) : Néant (Consultation fermée).

A Brévannes (remplacement de M. Nespoulous, atteint par la limite d'âge) : M. Hénault.

A Saint-Louis (remplacement de M. Schaeffer, atteint par la limite d'âge) : M. Richard, de Lariboisière.

A Lariboisière (remplacement de M. Richard) : Néant (Consultation fermée).

A la Pitié (remplacement de M. Gérard-Maurel) : Néant (Consultation fermée).

A Vaugirard (remplacement de M. Vilensky : M. Lebourg.

Organisation des consultations de stomatologie à compter du 26 décembre 1940. — *Consultations quotidiennes*. — Hôtel-Dieu : chef de service, M. Raison ; adjoint, M. Friez ; assistant, Mme Cernéa. — Pitié : (consultation fermée). — Saint-Antoine : ch. de s., M. Thibault ; adj., M. Marie ; ass., M. Géré. — Necker-Enfants-Malades : ch. de s., M. Gornouec ; adj., M. Lepoivre ; ass., M. Mesnard. — Cochin : ch. de s., M. Lattes ; adj. M. Vrasse ; ass., M. Valtat. — Beaujon : (Consultation fermée). — Lariboisière : (consultation fermée). — Tenon : ch. de s., M. Lacronique ; adj., Mme Chaput ; ass., M. Fromaigeat. — Laënnec (prov.) : ch. de s., M. Darcissac ; adj., M. Maleplate ; ass., M. Parant. — Saint Louis : ch. de s., M. Richard ; adj., M. Hénault ; ass., M. Hennion. — Enfants-Assistés : ch. de s., M. Dechaume ; adj., M. Cauhêpe ; ass., M. Malingre. — Trousseau : ch. de s., M. Lemerle ; adj., M. Bornet. — *Centre de prothèse*. — Salpêtrière : ch. de s., M. L'Hirondel ; adj., M. Gencel ; ass. MM. Mercat, Chuffart. — *Consultations bi ou tri hebdomadaires*. — Bichat (policlinique du boulevard Ney), ch. de s., M. Fleury. — Broussais : ch. de s., M. Crocquefer. — Boucicaut : ch. de s., M. Houzeau. — Vaugirard ; ch. de s., M. Vilensky. — Bretonneau : ch. de s., M. Izard. — Hérold : ch. de s., M. Lebourg. — Bicêtre : ch. de s., M. Lacaisse. — Brévannes : ch. de s., Mme Papillon-Léage ; ass. MM. Franck, Cancanas. — Ambroise Paré : ch. de s., M. Béliard (honoraire). — Garches : service assuré par M. le Docteur Marie, de l'Hôpital Saint Antoine.

— **Ecole de médecine de Caen.** — M. Desbouis est nommé directeur de l'Ecole de médecine de Caen, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er décembre 1940.

— **Commissariat général à l'Education et aux Sports.** — *Un cours sur le contrôle médical de l'éducation physique et sportive* aura lieu du 10 février au 26 mars 1941. Destiné aux médecins des écoles de la Seine, il pourra être suivi, suivant les possibilités, par d'autres médecins. Nous en donnerons le programme dans notre prochain numéro.

Pour renseignements s'adresser 11, rue Scribe, au Commissariat à l'Education générale (Bureau médical), téléph. Opéra 61-66.

— **Ecole de médecine de Nantes.** — M. Auvigne, professeur de clinique urologique, est nommé directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er novembre 1940.

—**Bordeaux.** — *Médecins-inspecteurs scolaires.* — Par arrêté du maire de Bordeaux sont nommés médecins-inspecteurs scolaires : MM. les Docteurs : Dupin, ancien chef de clinique infantile ; Audit ; Bessière et Ferron (ophtalmologie) ; Pierre Verger médecin des hôpitaux (neurologie) ; Dufrêche, chef de clinique (stomatologie) ; Beausoleil et Berger (oto-rhino-laryngologie).

— **Mariages.** — Dans la plus stricte intimité a été célébré le 31 décembre 1940, en l'Eglise Saint-Pierre de Limoges, le mariage de Mademoiselle Odette Amsler, fille du Docteur J. Amsler, officier de la Légion d'Honneur, avec Monsieur Jean Lamblin, aspirant au 6e cuirassiers, fils du sous-directeur des Beaux-Arts, officier de la Légion d'Honneur.

— Nous apprenons le mariage de Monsieur Henri Le Loc'h, interne des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Jacqueline Parent.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le jeudi 19 décembre 1940, en l'Eglise Saint-Etienne-du-Mont.

— Madame Eugène Benderitter, Monsieur Alfred Benderitter, pharmacien à Vendôme, directeur des Laboratoires du Gastrocaol, et Madame, nous font part du mariage de Mademoiselle Marie-Madeleine Benderitter, leur petite-fille et fille, avec le Docteur Jean Avrilleaud, de Varennes-sur-Loire, fils du Docteur Emile Avrilleaud, de Montsoreau (Maine-et-Loire).

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le jeudi 30 janvier 1941, en l'église de la Madeleine, à Vendôme.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Albert Fournier, directeur technique des Laboratoires Fournier frères.



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du mardi 7 janvier 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.052 Blanchet, Granville (Manche). Parrains : Docteurs Ort et Denis.
14.053 Brault, 2, place du Théâtre, Chartres (Eure-et-Loir). Parrains : Docteurs de Fourmestraux et Fredet.
14.054 Carric, Loguivy-Plougras (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Périchaud et Richard.
14.055 Charpiot, Saint Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or). Syndicat de la Côte-d'Or.
14.056 Galand, 27, boulevard Diderot, Paris (12e). Syndicat des O. R. L.
14.057 Galmot, Bretteville-sur-Laize (Calvados). Syndicat de Caen.
14.058 Gaudeul, Bayonne (Basses-Pyrénées). Association générale des Médecins de France.
14.059 Greze, 29, rue de Darnetal, Rouen (Seine-Inférieure). Association des Internes des hôpitaux de Paris.
14.060 Guillaumat, 22, rue Galvani, Paris (17e). Syndicat des Médecins de la Seine.
14.061 Holtzhauer, 226, boulevard Raspail, Paris (14e). Parrains : Docteurs Martineau et Debec.
14.062 Jacquemin, Saint-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône). Parrains : Docteurs Adnet et Hoffmann.
14.063 Joffroy (Mme), Nemours (Seine-et-Marne) Parrains : Docteurs Henri et Marcel Mignon.
14.064 Lecler, 21, rue Epoigny, Fontenay-sous-Bois (Seine). Parrains : Docteurs Gaucher et Laymond.
14.065 Legardez, 136, rue Saint-Hilaire, Rouen (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Ternon et Recart.
14.066 Le Seac'h, La Roche-Bernard (Morbihan). Parrains : Docteurs Picaud et Victor Lepage.
14.067 Loiseau, 128, rue de Vaugirard, Paris (6e). Parrains : Docteurs F.-L. et F.-F. Loiseau.
14.068 Louarn, 97, rue Jean-Jaurès, Brest (Finistère). Parrains : Docteurs Cudennec et Kerboul.
14.069 Mignon, 389, rue des Pyrénées, Paris (20e). Parrains : Docteurs Gibert et Rousseau.
14.070 Moreau, Mougon (Deux-Sèvres). Syndicat des Deux-Sèvres.
14.071 Neau, Chizé (Deux-Sèvres). Syndicat des Deux-Sèvres.
14.072 Negreanu (Mme), Ablon-sur-Seine (Seine-et-Oise). Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.
14.073 Perret, 1, rue des Gouverneurs, Bayonne (Basses-Pyrénées). Membre du Conseil Départemental de l'Ordre.
14.074 Philippe, Treboul (Finistère). Parrains : Docteurs Moncany et Dassonville.
14.075 Plouvilt, Mortagne (Nord). Syndicat de l'arrondissement de Valenciennes.
14.076 Richard, Saumur (Maine-et-Loire). Syndicat du Maine-et-Loire.

Voir la suite page XXXIX-233

PROPOS DU JOUR

IL Y A CORPORATION ET CORPORATION !

L'analyse très détaillée et très claire que notre ami G. Lavalée a publiée ici sur l'ouvrage sur la profession médicale de MM. les Docteurs R. Bernard, Barret et Brunier où est envisagé le régime corporatif appliqué à la médecine, nous incite à faire quelques réflexions. Nous avons depuis longtemps réfléchi et étudié l'histoire des corporations ; nous avons même, il y a une quinzaine d'années au moins, publié dans ces colonnes, plusieurs articles intitulés : *De la Corporation au Syndicat*. Les Corporations qui, au Moyen-Age, se sont développées et étaient nécessaires, n'ont pas suivi aux XVIIe siècle et XVIIIe siècle, l'évolution de la vie sociale et économique de la Nation. Elles s'opposaient, défendant leurs intérêts égoïstes, à tous les progrès. Comme le Roi et ses ministres ne voulaient rien bouleverser, ils ne les supprimèrent pas, mais s'efforcèrent de leur créer une concurrence par la création de manufactures royales (les Gobelins, Beauvais, Saint-Gnbain, etc.) ou des Académies royales (Académie de peinture) dont les membres échappaient à la tyrannie corporative.

D'ailleurs, quelques années avant la Révolution, les corporations furent plusieurs fois dissoutes et reconstituées. Un exemple des défauts de la Corporation de l'Ancien régime nous est donné par l'ancienne Faculté de médecine de Paris.

Cette Faculté, bien que faisant partie théoriquement de l'Université, était en fait indépendante et autonome, c'était la Corporation des médecins de Paris et de la région. Elle réussit assez bien jusqu'au XVIIIe siècle à maintenir l'ordre et la dignité dans le Corps médical, mais par ses exigences et son esprit étroit, elle finit par se rendre odieuse et ridicule. Rappelons ses procès et ses luttes sans fin avec les chirurgiens, les apothicaires, les démêlés continuels qu'elle eut avec les médecins du Roi et des maisons princières qui, choisis ordinairement parmi les docteurs de Montpellier, exerçaient leur art à Paris, malgré les statuts de la Faculté. Seule la haute influence de Fagon, premier médecin du Roi et docteur de Paris, réussit par des concessions réciproques à amener une période de paix relative entre la Faculté et les médecins de la Cour.

Toute innovation était systématiquement condamnée par la Faculté : le quinquina, l'émétique, la circulation du sang, etc. Elle fit si bel et si bien qu'elle suscita l'animosité générale. La Société royale de médecine se fonda malgré elle, comprenant un certain nombre de ses membres, sous la protection de Lassonne premier médecin du Roi, et dirigée par Vicq d'Azyr, le médecin de la Reine. Elle établit un lien entre elle et les médecins de province. L'Académie royale de chirurgie, jouissant de la faveur royale, se développa ; de sorte que la vieille Faculté, déconsidérée, sans appui, sans ressources, resta pendant plusieurs années, avant la Révolution, sans délivrer de diplôme.

Que cet exemple soit pris en considération, si l'on organise une Corporation des médecins.

Certes le système corporatif présenterait des avantages. Le Corps médical jusqu'à présent était pourvu de toutes les institutions nécessaires pour le faire prospérer : Enseignement dans les Facultés, les Ecoles, les Hôpitaux, Sociétés Savantes, Sociétés de Défense professionnelle, de Secours mutuels, d'Entr'aide, Assurances contre la maladie, les décès, retraites, maisons de retraite, aide familiale, etc. Mais toutes ces institutions étaient dispersées et fragmentaires.

Le rôle de la Corporation pourrait être d'établir un lien entre elles, sinon de les unifier, d'en généraliser l'action, de contrôler et de faciliter l'enseignement, non pas en s'ingérant dans la manière dont il serait donné, ce qui doit rester la tâche des professeurs et de la Faculté, mais en intervenant dans les commissions qui fixent la durée des études et les programmes ; en exigeant de chaque jeune médecin un stage obligatoire avant d'avoir le droit d'exercer, soit par un internat dans un hôpital important, soit par un stage auprès d'un praticien dont il serait l'auxiliaire, praticien désigné par la Corporation et agréé par la Faculté ou l'Ecole.

La corporation pourrait, en outre, organiser la médecine rurale, en créant ou favorisant la

création, en contrôlant le fonctionnement de petits centres médicaux dans les bourgs de quelque importance, centres dont nous avions fait l'esquisse du projet, il y a une trentaine d'années dans ce journal.

Nous ne voudrions pas aujourd'hui faire l'énumération détaillée de tous les avantages de la nouvelle Corporation, qui serait en quelque sorte un Syndicat très élargi.

Elle gagnerait à être régionale dans la limite des régions administratives ou tout au moins du ressort des Conseils de l'Ordre, des Facultés et des Ecoles avec lesquelles elle serait tenue d'être étroitement en contact.

Son caractère régional n'empêcherait pas les ententes avec les autres Corporations médicales françaises, notamment pour les œuvres de mutualité, de bienfaisance, de retraites, d'assurances, qui gagneraient à une plus grande diffusion.

Mais il faudrait à tout prix éviter l'ingérence de la Corporation dans la pratique individuelle du médecin. Il conviendrait qu'elle ne se croît pas obligée d'imposer à ses membres telle ou telle méthode de traitement, ni d'en interdire certaines. Il faudrait qu'elle fasse preuve d'une large compréhension dans ses rapports avec les confrères des autres corporations et qu'elle ne crée pas une barrière infranchissable entre les diverses circonscriptions corporatives de l'Etat.

Il faudrait qu'elle évitât les querelles, les conflits avec les autres corporations sanitaires qui, fatalement, seraient en rapport avec elle : chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmières, orthopédistes, etc., etc.

Il faudrait surtout qu'elle ait des rapports fréquents, confiants et courtois avec les pouvoirs sanitaires publics, les administrations hospitalières et qu'elle devienne pour eux une collaboratrice dévouée.

Nous croyons avoir sommairement exposé ce que nous souhaiterions voir réaliser comme organisation future du Corps médical.

Loin d'être l'adversaire du mouvement corporatif dans notre profession, nous en serions partisan, mais IL Y A CORPORATION ET CORPORATION.

J. NOIR.

LES LAITIERS ASSERMENTÉS

C'est un titre, et même une dignité ! nouvellement créé et qui confère au titulaire une considération exceptionnelle.

Il s'agit en réalité de médecins, assermentés en tant que médecins, et pourvoyeurs de lait par une lubie de l'administration.

L'on sait que notre misérable destin nous contraint à n'user des biens de la nature qu'avec parcimonie. L'appétit ni le caprice n'ont plus désormais rien à voir avec notre statut alimentaire ; seuls les tickets gouvernementaux ont voix au chapitre. Ainsi ont-ils décidé que nous n'aurions plus de lait à moins d'être enfants en bas-âge, vieillards cacochymes ou malades. C'est par ce biais que les médecins assermentés sont intervenus dans la question du lait.

Non assermenté un quelconque médecin pouvait tout aussi bien discerner ce genre spécial de fragilité organique et en proclamer les nécessités. Mais sa parole est incertaine et révocable au doute. Seul le médecin assermenté, jouit d'un crédit assez éprouvé pour assumer d'aussi redoutables responsabilités.

En réalité nous savons ce qu'est un médecin assermenté et ce que cette qualification a d'artificiel et de choquant. L'administration le désigne généralement pour de menues besognes de surveillance sur les fonctionnaires ; ils pourraient disparaître sans creuser au sein de l'Etat un insondable abîme.

Comment a pu naître l'idée de les employer à la répartition du lait ? Nous avons voulu en avoir le cœur net et avons compulsé tous les textes relatifs au rationnement des denrées alimentaires. Pas un mot ne faisait allusion aux médecins assermentés.

Il nous a fallu conclure que l'idée biscornue avait germé dans le cerveau de certains préfets.

La Seine-et-Oise et les Vosges, en particulier, semblent posséder des préfets (disons par euphémisme des autorités préfectorales) soupçonneux et amis de la forme.

Dans ces deux départements (peut être y en a-t-il d'autres) un malade, pour obtenir du lait, doit solliciter le visa d'un médecin assermenté. Si le plus proche de ces augustes personnages habite à 25 kilomètres de distance, la perspective d'obtenir une ration quotidienne de lait, alors que chacun en est strictement privé, constitue une prime suffisante, estime-t-on en haut lieu, pour donner aux fébricitants une vigueur de globe-trotter.

Les règlementations trop strictes ont toujours de ces à côtés ridicules.

G. L.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'INFILTRATION TISSULAIRE ANTISEPTIQUE SULFAMIDÉE SUIVIE D'ASPIRATION OU D'EXCISION DANS LA DÉSINFECTION DES PLAIES CONTUSES

par le Docteur Marcel CHATON

Professeur de Clinique Chirurgicale de l'Ecole de médecine de Besançon

Le résultat de la désinfection de toute plaie contuse infectée reste incertaine, qu'il s'agisse de la plaie contuse de la pratique civile souvent plus ou moins souillée de terre, ou de sa proche parente la plaie par arme à feu.

Depuis un certain temps, nous procédons à la désinfection de ces plaies, et en particulier des plaies aggravées d'infection tellurique, par une infiltration sulfamidée méthodique et rigoureuse des tissus de toute l'étendue de cette plaie. Nous la faisons suivre souvent d'une simple *aspiration*, d'autre fois, dans des cas plus graves d'une aspiration associée, à une *excision*. Nous terminons ces manœuvres par une réunion primitive.

Nous avons traité ainsi, toute une série de lésions de gravité variable, allant de la plaie simple des parties molles aux plaies avec lésion tendineuse, osseuse, articulaire, ostéo-articulaire.

Sans aucun incident, nous avons obtenu de si bons résultats que nous croyons devoir exposer cette méthode, aisément réalisable par tous les chirurgiens praticiens.

L'aspiration et l'infiltration sulfamidée

Aspiration et infiltration étant les deux éléments originaux de cette méthode, pour bien juger de son intérêt il convient au préalable de préciser l'action de l'une et de l'autre.

Si, en matière de plaie contuse plus ou moins souillée, l'excision est d'un usage courant, l'aspiration, qui en est en quelque sorte un degré élémentaire, l'est moins. Elle débarrasse évidemment le foyer traumatique de tout ce qui est étranger et des éléments anatomiques voués à la mort, appels l'un et l'autre pour l'infection.

Sous l'influence de l'aspiration, rapidement la région prend cet aspect de plaie fraiche par *instrument tranchant, qui satisfait notre œil* chirurgical. Non seulement sont enlevées toutes souillures (sable, graviers, etc...) mais aussi le sang, les caillots et tous les tissus semi-détachés.

Fait très important, sur lequel il convient d'insister, elle fait disparaître les *zones œdémateuses locales* post-traumatiques, qui masquent les formations anatomiques, qu'il est essentiel de reconnaître pour réaliser une correcte réparation. Maintes fois, par exemple, après aspiration, il nous est devenu aisé de reconnaître (jusqu'alors invisibles) des tendons plus ou moins rétractés, hauts à l'intérieur d'une gaine partiellement déshabitée.

L'idée de *l'infiltration tissulaire* sulfamidée préliminaire nous est venue à la suite de l'observation de ce qui se passe au cours des infiltrations anesthésiques pratiquées dans le tissu cellulaire ou dans les masses musculaires, où l'on voit le liquide, injecté sous pression dans les tissus distendus, les gonfler, puis s'échapper en petits jets par des failles invisibles à l'œil nu et sourdre en rosée en suintant de partout dans les autres points.

Technique opératoire

Le liquide injecté par nous jusqu'ici a été le rubiazol, en raison de sa coloration. Il est possible de suivre sa progression dans les tissus et il en sort à leur surface sous la forme d'une rosée rouge facilement observable. Nous utilisons à cet effet le contenu d'une ampoule de ce produit, destinée à l'injection intra-musculaire. Selon l'étendue des surfaces à infiltrer, nous la diluons dans une quantité d'eau distillée variant de 20 à 50 centicubes.

Comme instrumentation, avec une seringue de 10 à 20 centicubes, il suffit d'un jeu d'aiguil-

✦✦

les de diverses longueurs permettant d'infiltrer sous les trajets et toutes les infractuosités d'une plaie. Deux canules à œil terminal sont nécessaires pour l'aspiration. Les instruments courants sont suffisants pour l'excision.

La technique proprement dite est des plus simples.

a) dans un *premier temps*, ayant nettoyé excentriquement à l'alcool ou à l'éther les alentours immédiats de la plaie, nous pratiquons un badigeonnage à la teinture d'iode ou au mercurochrome. Nous disposons les champs opératoires. Nous procédons alors par aspiration à un premier nettoyage soigné de toutes les parties de la plaie. La canule qui vient de servir, infectée, est mise de côté.

b) dans un *second temps*, avec la solution de rubiazol préparée comme il a été dit, nous réalisons l'infitration méthodique de toutes les parties cruentées, en les distendant sous pression jusqu'à la sortie à leur surface de la *rosée rouge* caractéristique du liquide rubiazolé.

c) dans un *troisième temps*, avec une canule nouvelle, nous pratiquons une seconde aspiration des surfaces cruentées actuellement totalement infiltrées de rubiazol.

Ici, deux alternatives se présentent. S'il s'agit d'une plaie assez nette se rapprochant du type plaie par instrument tranchant, nous nous en tenons là. Si, au contraire, nous sommes en présence d'une plaie à caractères très contus, trés infectée à la simple vue, irrégulière, avec des parties manifestement exposées à la mortification, nous épluchons aux ciseaux. Si ces parties exposées à la mortification sont plus étendues, nous excisons largement au bistouri en passant en plein tissus infiltrés de rubiazol.

d) dans un *dernier temps*, nous avons pour objectif de réunir plan par plan en laissant, selon les cas, un drainage filiforme ou tubulaire caoutchouté. Dans cette alternative dernière, nous terminons encore par la manœuvre suivante :

Si le drain est transfixant, ayant fait obstruer une des extrémités par l'aide, nous injectons par l'autre orifice, sous pression, le reste du liquide rubiazolé jusqu'à ce qu'il ressorte en jet entre les points de suture. En distendant par lui le foyer traumatique fermé, cette manœuvre en réalise un dernier lavage et une dernière infiltration générale antiseptique.

Les dangers

Deux précautions sont à prendre :

L'une est minime et d'ordre psychique. Avec le rubiazol pour éviter au sujet une inquiétude injustifiée, il convient de ne jamais oublier de le prévenir qu'il ne doit pas s'inquiéter si, dans la suite, il présente des urines rouges d'apparence sanglante.

L'autre est plus importante. Un danger résultant de l'aspiration est *a priori* à redouter. Cette dernière, ramenant la plaie à son état immédiat post-traumatique en enlevant notamment les menus caillots obstruant les capillaires, les veines, les artères de tout calibre, fait parfois saigner en nappe ou en jet. Comme conséquence, dans le cas de plaie étendue surtout, l'opérateur devra surveiller du regard le réservoir de l'aspirateur pour se rendre compte à chaque instant de l'importance et de la quantité de sang perdu et soigner très particulièrement l'hémostase.

Conclusions

La méthode que nous venons d'exposer nous paraît présenter dans le traitement de la plaie contuse, infectée du temps de paix et pour la plaie de guerre sa proche parente, une importance de premier ordre.

Elle est inoffensive comme l'injection intramusculaire du produit sulfamidé elle-même. D'après notre pratique, les plus grands espoirs peuvent être fondés sur elle.

De l'infiltration, il est logique d'admettre deux choses favorables. Créant (nous insistons sur ce point) une hyperpression intra-tissulaire, elle fait refluer concentriquement à la surface des zones cruentées par le traumatisme, les agents microbiens en voie de diffusion dans les tissus et que l'action mécanique qui va suivre (aspiration, épluchage ou excision) enlèvera plus complètement encore. Mais aussi cette infiltration créé en quelque sorte, si nous pouvons nous exprimer ainsi, un périmètre transitoire de défense antiseptique. Ce périmètre dure le temps de la résorption, qui est au moins celui de l'acte opératoire.

Dans la suite, l'antiseptique résorbé étant entré dans la circulation générale, jouant un rôle de protection, de toute évidence, crée un milieu sanguin défavorable à la généralisation même de l'infection. Ce milieu sanguin défavorable, il est aisé d'ailleurs, comme nous le faisons systématiquement, de l'entretenir en continuant pendant plusieurs jours une thérapeutique classique sulfamidée par ingestion et par injection.

En ce qui concerne le cas particulier de la plaie par arme à feu, de la plaie de guerre, dont le traitement a été l'idée inspiratrice de ces recherches, cette méthode nous apparaît encore comme susceptible de présenter un grand intérêt. D'une part, lorsqu'on épluche une plaie de guerre en milieu septique, comme c'est toujours, on crée de fraîches et larges surfaces cruentées susceptibles de s'infecter à leur tour. On peut

se demander alors, semble-t-il, s'il n'est pas de bonne pratique préventive, avant tout épluchage, comme avant toute excision, de procéder à une infiltration antiseptique locale. D'autre part, si, exciser une plaie des parties molles est à la portée de toutes les mains, même les plus précocement spécialisées, il est des excisions moins simples, plus dangereuses, parce que dans la poursuite d'un trajet contus infecté ou d'un projectile, elles devront se passer dans des régions profondes, au voisinage d'organes nobles (vaisseaux, nerfs importants, conduits), où le chirurgien de carrière même le plus expérimenté ne restera pas sans appréhension. Il devra même parfois (*primum non nocere*) savoir avec prudence faire de la tactique opératoire et réprimer son instinct de faire large. Si ce n'est pour le traitement de l'ensemble de toute plaie de guerre, c'est du moins, à un certain moment du traitement chirurgical de cette plaie et au niveau de certaines de ses zones, que cette méthode peut avoir un bienfaisant intérêt.

UNE CURIOSITÉ NEUROLOGIQUE

Le signe de Romberg permanent

par E. WOLINETZ (de St-Brieuc)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Bien que ne constituant pas ce qu'il est convenu d'appeler une nouveauté, le cas suivant vaut, croyons-nous, d'être rapporté à titre de curiosité.

En mars 1939, conduit par sa femme, un aveugle vient nous consulter pour des troubles nerveux. Cet homme âgé de 49 ans est un mutilé de la grande guerre. Il a perdu ses deux yeux dans un éclatement d'obus. Il présente une énucléation de l'œil droit et une mutilation grave de l'œil gauche, avec cécité totale.

Or, cet homme, qui, intelligent et adroit, avait très rapidement acquis les techniques à sa portée (travaux de vannerie, Braille, etc...), qui pouvait se promener seul dans un assez grand rayon autour de sa demeure, accuse depuis quelques mois des phénomènes fort gênants, qu'il qualifie de « vertiges ».

En réalité, en l'interrogeant, on constate qu'il ne présente pas de vrais vertiges rotatoires, mais plutôt un ensemble de troubles qui lui donnent une constante impression de déséquilibre, de chute imminente. Il exprime ces troubles d'une façon pittoresque en disant « qu'il ne sait plus où il en est ». Il ne peut plus descendre les escaliers, il craint de s'asseoir et vérifie plusieurs fois si la chaise est bien là, derrière lui, car, dit-il, il ne peut plus se rendre compte du mouvement nécessaire pour passer de la station debout à la station assise. De même il n'ose plus sortir seul, et même, ces derniers temps, il doit se cramponner à la personne qui l'accompagne. D'autre part, il se plaint de quelques maux de tête et d'une certaine pollakiurie.

A l'examen, que nous orientons tout de suite dans le sens neurologique, on constate que le malade debout, présente des oscillations spontanées assez larges et, en particulier, il ne peut joindre les talons, sans perdre l'équilibre. Toutes ces manœuvres s'accompagnent d'une véritable frayeur, qui est visible sur son visage. La démarche est hésitante et titubante.

Le reste de l'examen, et nous abrégerons, montre l'existence d'un tabès typique, avec signes de Westphall, anesthésie de la sensibilité profonde, ataxie légère. Tous troubles ne dépassant pas les lombes. Les M. S. sont indemnes. Le B. W. est fortement positif dans le sang, et la P. L. ramène un liquide contenant 40 lymphocytes et à B. W. fortement positif.

Le seul intérêt de ce cas, bien banal par conséquent en tant qu'affection nerveuse, est la coexistence d'une cécité accidentelle antérieure à la maladie. Les troubles ressentis par le sujet doivent être considérés comme des expressions spontanées d'un signe de Romberg permanent. Chez notre sujet, la perte de la sensibilité profonde des membres inférieurs, non compensée par la correction visuelle, était devenue une véritable infirmité, puisque le malade n'avait plus, ni sensation de contact avec le sol, ni notion nette de sa position, ni connaissance du terrain sur lequel il évoluait.

On pourrait nous objecter que la cécité est fréquente chez les tabétiques ; c'est vrai, mais il s'agit, dans ces cas, de tabès haut situé, et la dégénérescence n'intéresse pas, en général, les cordons postérieurs correspondant aux membres inférieurs ; aussi à notre connaissance ces malades ne présentent-ils pas, tout au moins aussi nettement, l'ensemble symptomatique ci-dessus.

C'est à ce titre que nous avons cru pouvoir rapporter ce cas, curieux, sinon original, dont l'épilogue consiste en une nette amélioration biologique et fonctionnelle par un traitement intensif.

FORMATION DES PORPHYRINES DANS L'ORGANISME LEUR ACTION BIOLOGIQUE. LEUR DOSAGE (1)

Par M. Dérot,
Médecin des Hôpitaux de Paris

M. Rangié, et P.-M. de Traverse,

Chef des Travaux de Chimie à la Faculté de Médecine de Paris

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris

Par quels processus pathologiques, l'hémoglobine donne-t-elle naissance à des porphyrines, au lieu de suivre la voie que nous venons de tracer en quelques lignes ; ouverture oxydative du cycle de l'hémoglobine, puis libération de globine et de fer (démartialisation), enfin formation de biliverdine et de bilirubine.

On peut envisager deux cas :

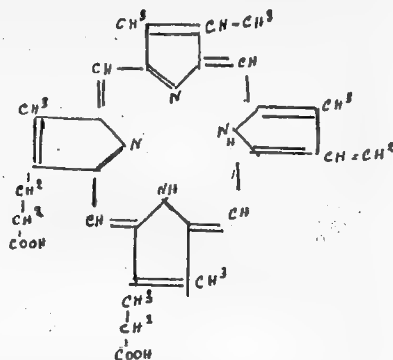
1° *Par défaut de synthèse.* — On conçoit aisément qu'au cours des processus synthétiques au niveau des organes hématopoiétiques, qui donnent naissance à l'hémoglobine, il puisse y avoir : *a*) soit excès de production de porphyrines, soit défaut de martialisation ; dans les deux cas, la protoporphyrine ainsi produite passe dans la circulation, puis est éliminée par les urines ; *b*) formation en même temps que de protoporphyrine qui aboutira à l'hémoglobine ; viciation partielle de l'anabolisme porphyrique avec formation de porphyrine différente et non transformable en hémoglobine ;

2° *Par dégradation.* — L'ouverture ne se produit plus et, au lieu d'y avoir formation de biliverdine et de bilirubine, le départ de la globuline et du fer donnera naissance à de la protoporphyrine, qui pourra subir certaines modifications au niveau de ses chaînes latérales.

Voyons d'abord quelles sont les porphyrines qui ont été décrites, soit dans les urines, soit dans les différents organes.

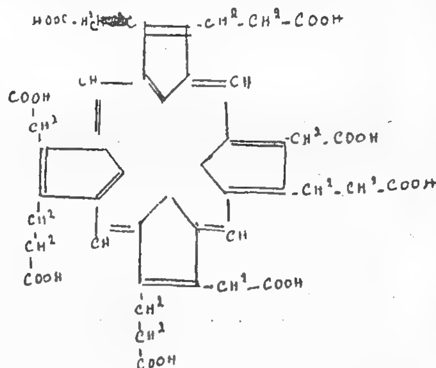
D'abord des porphyrines dites du type III. Le terme « type III » est un terme de nomenclature motivé par la présence de stéréoisomères dans cette série de composés chimiques, nous n'aurons à nous occuper que des types I et III, qui seuls ont été rencontrés en biologie, les autres étant seulement des produits de synthèse.

La protoporphyrine du type III, que l'on appelle encore coproporphyrine du type III, ce qui complique quelque peu la nomenclature, peut être représentée par la formule suivante :



Elle a été trouvée dans les ganglions lymphatiques des leucémiques et dans les fèces, où elle provient de l'action des bactéries intestinales sur l'hémoglobine. Elle a été signalée au cours de l'intoxication saturnine.

L'uroporphyrine du type III aurait pour formule :



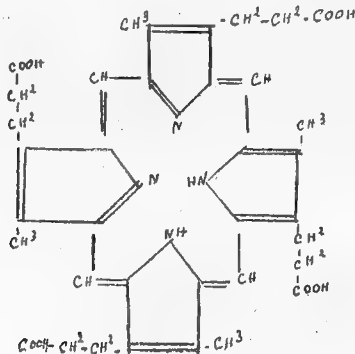
Dans ce cas, le processus de formation par synthèse ne saurait être mis en doute, car Duesberg l'a rencontrée dans les états d'anémie avec hyperactivité des organes hématopoiétiques. Elle peut aussi se former par dégradation, l'ouverture de la chaîne ne se produisant plus ;

(1) Voir notre article précédent : Origine et constitution des porphyrines. *Concours Médical*, n° 4 du 26 janvier 1941.

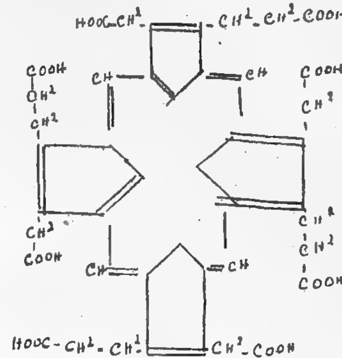
c'est ce qui a lieu dans certains cas d'insuffisance hépatique, en particulier dans l'atrophie jaune et le carcinome.

D'autres porphyrines ont encore été décrites, dans ce groupe ; les porphyrines observées sont du type III, c'est-à-dire peuvent être considérées comme dérivant de la protoporphyrine par des modifications des chaînes latérales. La synthèse de toutes les porphyrines a, du reste, été réalisée par le chimiste allemand H. Fischer.

A côté des porphyrines du type III, on a aussi rencontré en biologie des porphyrines dites du type I ; la coproporphyrine du type I et l'uroporphyrine du type I, qui peuvent être représentées par les formules suivantes en sont des exemples.



coproporphyrine (type I)



uroporphyrine (type I)

Or, si nous comparons la formule de la coproporphyrine du type I à celle de la coproporphyrine du type III et, si nous nous reportons au début de cet exposé, nous voyons qu'il s'agit là de deux stéréoisomères. Chimiquement, on ne conçoit pas que la coproporphyrine du type I puisse dériver par transformation de la coproporphyrine du type III, qui est la protoporphyrine de l'hémoglobine normale. Dans ces conditions, M. Fischer et Duesberg, ne pouvant admettre un processus de dégradation, pensent que ces porphyrines du type I prennent naissance par viciation du métabolisme synthétique, phénomène partiel, car il y a toujours production de protoporphyrine qui donnera de l'hémoglobine.

Les porphyrines du type I ont été trouvées par H. Fischer dans la moelle osseuse, le foie de fœtus et les porphyries congénitales ou aiguës à côté des porphyrines du type III, qui donneront de l'hémoglobine. Il s'agirait donc là, d'après les auteurs, d'une persistance des fonctions fœtales.

D'une manière générale, les porphyriques sont sensibilisés à la lumière du jour par leurs porphyrines. Ce fait, chimiquement, ne doit pas nous surprendre, car nous savons que la chlorophylle, dont la constitution chimique est identique à celle de l'hémoglobine et dans laquelle le fer est remplacé par le magnésium joue un rôle fondamental dans les processus synthétiques, qui s'effectuent dans le règne végétal sous l'influence de la lumière solaire. Indépendamment des signes cliniques observés au cours des porphyries (symptômes abdominaux, spasmes intestinaux, etc.), les malades présentent après exposition aux rayons solaires des accidents cutanés graves, dans le détail desquels nous entrerons dans un article ultérieur.

Il existe à côté de porphyries du type III (anémies, insuffisances hépatiques, carcinomes, etc.), ou du type I (porphyries congénitales), des formes cliniques aiguës, qui ont été décrites dans l'intoxication saturnine et l'intoxication par le sulfonal, qui produisent des troubles de l'hématopoïèse avec production de porphyrines du type III.

En somme, comme nous le disions au début de cet exposé, nos connaissances actuelles manquent de précision, non seulement en ce qui concerne le mécanisme par lequel prennent naissance les porphyries, mais aussi sur leur lieu de formation. On a remarqué récemment que le chien en avitaminose antipellagreuse P. P. présentait de la porphyrinurie et que l'affection était améliorée par le traitement vitaminique. D'autre part, la vitamine P.P. améliore certaines porphyrinuries toxiques (plomb, sulfonal) ou d'origine hépatique. On connaît aujourd'hui la constitution chimique de cette vitamine qui est l'amide de l'acide nicotinique et qui rentre dans la composition de la cozymase de Von Euler et Warburg ; elle joue un rôle important dans les phénomènes d'oxydation au cours du métabolisme glucidique. Cette vitamine interviendrait-elle dans les phénomènes d'oxydation, qui produisent l'ouverture du cycle de l'hémoglobine en α avec production de biliverdine ? S'il en était ainsi, on pourrait expliquer les modes de

formation de porphyrines du type III, qui prennent naissance aux dépens de la protoporphyrine par dégradation.

***

Les porphyrines agissent-elles par leur présence, pour provoquer les symptômes que nous voyons, ou sont-elles seulement les témoins d'un trouble du métabolisme cellulaire ? Il est probable que les deux facteurs existent.

En effet, les nombreux travaux de physiologie effectués à l'aide de l'hématoporphyrine ont montré que c'était un sensibilisateur photodynamique. Les globules rouges ou les paramécies, en présence de ce corps à l'obscurité, ne subissent aucune altération, alors qu'il y a hémolyse et mort de l'organisme à la lumière. Fabre et Simonnet ont reconnu que toutes les radiations n'avaient pas un effet identique, et que les radiations violettes et jaunes étaient particulièrement actives.

Chez les animaux supérieurs, l'introduction de l'hématoporphyrine par voie parentérale provoque des troubles après insolation, mais non à l'obscurité. Ces troubles rappellent ceux qui accompagnent certaines porphyries aiguës, en particulier les porphyries toxiques (dyspnée, gonflement des extrémités, rougeur, prurit intense, photophobie, etc.).

Meyer Betz a reproduit par injection à l'homme certains accidents, que l'on observe au cours des porphyries (photosensibilité).

Par contre, on n'est pas arrivé à reproduire, chez des intoxiqués par le plomb, des coliques, en leur administrant de fortes quantités de porphyrine.

Cependant Reitlinger et Klee ont réussi à produire sur l'intestin isolé de fortes contractions à l'aide de diverses porphyrines.

Il semble en conséquence que l'élimination de porphyrines par les urines puisse constituer un symptôme, soit d'un trouble de l'hématopoïèse (cas du plomb), soit d'un trouble de la désintégration de l'hémoglobine (cas des porphyrines d'origine hépatique) ; en cette deuxième occurence, on rencontrera uniquement des corps du type III. D'autre part, l'élévation des porphyrines dans le milieu intérieur peut provoquer par elle-même des troubles se rapprochant des phénomènes expérimentaux, sans que, jusqu'à présent, nous en saisissions bien le mécanisme. La variété des troubles observés pourrait relever en partie du fait que toutes les porphyrines ne possèdent pas le même pouvoir photosensibilisateur.

D'après J. Thomas, l'action photosensibilisatrice des porphyrines porterait principalement sur les ferments respiratoires de la cellule, qui seraient rapidement détruits. Chez les organismes supérieurs, l'altération locale de certains systèmes enzymatiques entraînerait la formation de substances toxiques, dont la production peut persister après élimination de la porphyrine.

***

Pour clore ce rapide exposé, donnons deux techniques qui, si elles ne peuvent fournir qu'une approximation très vague de la quantité de porphyrines existant dans les urines, sont remarquables par leur simplicité et peuvent rendre service, étant donné que les quantités de porphyrines éliminés dans les syndromes pathologiques sont importantes : 100 /1 par exemple au cours de l'intoxication saturnine.

Il est bien entendu que, pour une détermination précise, en quantité et en qualité, il faudra avoir recours à la spectrographie et à la photospectrométrie.

La première technique due à Fischer est classique : elle a l'inconvénient, que ne présente pas la seconde, de n'isoler que mal la porphyrine des autres pigments.

Technique de Fischer. — L'urine chargée de porphyrine est généralement colorée en rouge acajou plus ou moins prononcé ; on doit utiliser les urines de 24 heures, elles sont acidifiées par l'acide acétique ; épuisées par 80 à 100 c.c. d'éther en plusieurs fois, les porphyrines sont alors entraînées par l'acide chlorhydrique à 5 %, auquel elles communiquent une fluorescence rouge, visible sous la lumière de Wood, proportionnelle à la quantité de porphyrines.

Technique chromatographique de Waldenström. — Elle consiste à retenir en milieu acétique les porphyrines sur l'alumine activée et, après lavage acétique, à les éluer par l'ammoniaque dilué ; on obtient ainsi la totalité des porphyrines à un état de pureté très satisfaisant, ce qui permet une étude spectrographique.

Bierry et Gouzon ont proposé, comme réaction très sensible, la formation d'un complexe stanneux de la protoporphyrine.

Nous avons obtenu de très bons résultats en utilisant, comme mode de purification, la chromatographie de la solution extractive éthérée, procédé de Fischer sur l'alumine activée et l'élution par une solution chlorhydrique, la mesure de la fluorescence étant faite à l'aide d'une lampe de Wood.

A PROPOS DES NARCOSES AU CHLORURE D'ÉTHYLE

Par le Docteur Raoul PALMER

Chef des travaux de gynécologie à la Faculté de médecine de Paris

Le *Concours Médical* a publié, dans son numéro du 17 novembre 1940, un intéressant article du Professeur Vanverts sur les anesthésies du praticien.

Il y préconise, pour les interventions de courte durée, le chlorure d'éthyle, mais insiste sur la nécessité d' « une inhalation *continue à doses faibles* (c'est lui qui souligne) en utilisant les tubes à jet fin dits à anesthésie locale, et une compresse de toile pliée en plusieurs épaisseurs et disposée en cornet que l'on fixe par des épingles anglaises ; un tampon de coton hydrophile est placé au fond de ce cornet, et le tube, introduit au niveau du sommet dudit cornet, pulvérise le chlorure d'éthyle d'une façon continue ». Il signale toutefois : « 1° que l'agitation est parfois grande, et qu'il est prudent de s'assurer le concours d'un ou même de plusieurs aides si l'individu est vigoureux ; 2° qu'après l'intervention, une sudation abondante se produit, ce qui nécessite quelques précautions pour éviter le refroidissement ».

Il me paraît indispensable d'ajouter que, même avec les tubes à jet fin, une concentration toxique peut être obtenue par l'administration continue chez certains sujets, et qu'il faut absolument suspendre l'administration au moindre signe d'alerte : pâleur accentuée du visage, — brusque augmentation de la mydriase, — respiration haletante avec des pauses et de la cyanose, — secousses musculaires d'apparence convulsive. Sinon, on risque *la syncope bleue aggravée d'un état de contracture généralisée* rendant impossible l'ouverture de la bouche (trismus) et inefficace la respiration artificielle (contracture des muscles inspiratoires et probablement spasme glottique associé). Cette syncope bleue avec contracture généralisée, insuffisamment décrite par les ouvrages classiques, est extrêmement impressionnante : toutes les manœuvres qu'on tente contre elle sont pratiquement inefficaces tant que dure la contracture ; ce n'est que quand elle cède, au bout de minutes qui paraissent terriblement longues, que l'ouverture de la bouche, la protraction de la langue, la respiration artificielle deviennent possibles, mais il est parfois trop tard, et tout le monde a entendu rapporter des cas mortels. Quand on a vu quatre ou cinq de ces accidents, heureusement non mortels, survenir entre les mains d'externes instruits, ou supposés tels, on ne se sent guère tenté au premier abord de faire du chlorure d'éthyle l'anesthésique du praticien, car celui-ci n'a pas le droit de faire courir un tel risque à ses malades.

Et cependant c'est le chlorure d'éthyle qui m'a donné le plus de satisfaction pendant la guerre pour les interventions ne demandant pas une résolution musculaire complète.

D'études entreprises à Saverne sous la direction de notre chef le capitaine Dulac, nous avions en effet abouti, la question des éventuels blessés gazés mise à part, à rejeter l'évipan, ou plus exactement ses succédanés du moment, comme anesthésique de guerre. Et peu à peu nous avions dressé nos anesthésistes à l'emploi de plus en plus fréquent du chlorure d'éthyle, pour des interventions de plus en plus prolongées.

Le chlorure d'éthyle nous a ainsi été d'un particulier secours dans le service de gangrènes de l'H. O. E. 2 de Bar-le-Duc, que le Docteur Robert Monod avait confié au G. C. M. 32.

J'y ai fait et fait faire, notamment par mon sergent-infirmier Colin, séminariste dans le civil, de très nombreuses narcoses prolongées au kélène pour des résections musculaires larges et des amputations, et même deux désarticulations de la hanche, ces diverses opérations ayant duré de dix à trente minutes.

De même, *tous les grands pansements douloureux* que nous étions obligés de faire tous les deux jours, ou même tous les jours dans les cas suspects d'évolution gangréneuse, étaient faits sous narcose au chlorure d'éthyle, car, comme l'a écrit Leriche dans sa préface à l'édition de guerre de sa chirurgie de la douleur, « l'heure du pansement ne doit plus être précédée d'une longue nuit d'angoisse ». Certains blessés ont ainsi subi sans aucun inconvénient, et même sûrement avec de sérieux avantages, jusqu'à cinq ou six narcoses, sans que nous ayions constaté de différences lors des dernières.

Tous ces blessés étaient endormis de façon douce et progressive, en les faisant compter à haute voix, puis en surveillant la pupille, et surtout, fait capital d'après notre expérience, en vérifiant de façon fréquente le réflexe cornéen, *en ne le laissant jamais se supprimer complètement, mais en le maintenant très diminué.*

La narcose était administrée — soit avec une compresse de toile pliée en quatre, — soit en tassant une compresse de gaze dans le fond du masque de l'appareil d'Ombrédanne, le kélène (*en tubes à jet fin avec clapet*) étant projeté à mesure des besoins par le cylindre supérieur

sans soulever le masque, en s'efforçant de réaliser une inhalation aussi égale que possible.

Nous n'avons jamais eu la moindre alerte, ni le moindre incident (ni aucune conjonctivite, malgré la recherche répétée du réflexe cornéen).

La seule chose gênante dans certains cas a été l'insuffisance de la résolution musculaire, et la nécessité dans ce cas, d'un infirmier supplémentaire pour maintenir le membre dans la position désirée.

Le réveil se faisait en quelques instants ou au plus en quelques minutes, et le blessé était immédiatement pleinement conscient, n'ayant pas besoin d'être surveillé spécialement, comme c'est par exemple le cas après l'évipan. Enfin, le pouls et le faciès étaient meilleurs à la fin de l'intervention qu'avant celle-ci.

Le chlorure d'éthyle, donné jusqu'à forte diminution du réflexe cornéen, était à notre avis le meilleur anesthésique de guerre pour les opérations ne demandant pas une résolution musculaire complète ; que si une découverte d'opération rend celle-ci désirable, on a vite fait de passer à l'éther ou au chloro.

Il n'y a pas de raison valable pour que le chlorure d'éthyle ne soit pas plus utilisé dans la pratique civile, pour les interventions ne nécessitant pas une résolution musculaire complète. Mais, *pour être bénigne, la narcose au chlorure d'éthyle doit être très bien donnée,* et notamment, comme l'a dit le Professeur Vanverts, l'administration doit en être aussi continue que possible, ce que réalise très bien le masque dosimétrique de Houzel, mais ce que de l'attention et du soin peuvent réaliser presqu'aussi bien avec des moyens de fortune.

Car ici encore, comme pour toutes les narcoses, *seule compte l'observation attentive et continue du sujet endormi, et, en cas de doute sur le degré réel de sa narcose, l'étude de son réflexe cornéen.*

VITAMINES ET CONSERVES ALIMENTAIRES

Les questions d'alimentation sont aujourd'hui plus que jamais, et par nécessité, à l'ordre du jour.

Est-il possible d'obtenir, avec des conserves, un régime complet et convenable pendant une longue période de temps ? Les conserves alimentaires peuvent-elles fournir une ration normale de protéines variées, graisses, hydrates de carbone, sels minéraux, acides aminés et toutes vitamines en quantité suffisante ? Pour les vitamines, en particulier, le problème mérite d'être envisagé avec soin, l'impression première apparaissant plutôt défavorable aux conserves à ce point de vue.

Or, cette opinion préconçue est démentie par l'expérimentation chez les animaux et par l'expérience humaine.

Toutes les vitamines sont maintenues dans leur totalité ou presque dans les conserves, dit M. le Professeur A. Bernard (1), à condition toutefois que certaines précautions soient prises pendant la préparation et la stérilisation. Le fait est surtout net pour la vitamine C ou acide ascorbique qui est détruite rapidement par l'oxygène de l'air et l'oxygène qui existe normalement dans les plantes ou les fruits. Par différents procédés on est arrivé à enlever tout l'oxygène contenu dans l'aliment et dans la boîte avant la stérilisation. La pomme, par exemple, pelée et découpée en quartiers, est immergée dans l'eau salée un temps suffisant pour que l'oxygène passe dans le liquide avant la stérilisation. Le jus de tomate (autre exemple) est chauffé pendant quelques instants pour éliminer son oxygène.

L'expérimentation a montré que des rats nourris uniquement avec des conserves depuis cinq ans, sont en parfaite santé : cet élevage atteint actuellement la quatorzième génération sans présenter aucun signe d'avitaminose. D'autres expériences faites par Lecocq concernent des rats, des pigeons, des cobayes soumis à un régime artificiel chauffé trente minutes à 112° en récipient clos : les vitamines A, D et E ne sont pas sensiblement modifiées. Ces vitamines résistent bien à la chaleur.

D'ailleurs, une véritable expérience humaine a été réalisée en 1932-1933 par une mission française au pôle Nord. Au cours de cette expédition, quinze hommes vécurent pendant quinze mois au Groënland en de parfaites conditions, malgré une alimentation où les produits frais faisaient complètement défaut. Le régime quotidien avait été établi avec soin, en tenant compte des divers équilibres alimentaires indispensables ; c'est ainsi qu'une large part avait été réservée aux conserves de légumes et de fruits qui devaient apporter entre autres la vitamine C dont ils constituaient la seule source. A ce sujet, il est intéressant de remarquer que des citrons et des conserves de tomates avaient été mis de côté comme vivres de réserves pour le cas où le scorbut apparaîtrait mais qu'ils ne furent pas touchés.

Le rapport signale qu'à aucun moment, malgré le contrôle le plus minutieux, on n'a pu observer le moindre symptôme d'une carence alimentaire quelconque chez aucun des membres de l'expédition. Cette expérience montre bien, conclut le Professeur A. Bernard, qu'un régime, dépourvu d'aliments frais et basé principalement sur des conserves en boîtes, semble se prêter sans inconvénient à l'alimentation de l'homme, même pendant une période assez longue, à condition d'être convenablement équilibré et suffisamment varié, et en particulier que les conserves de légumes et de fruits de bonne qualité contiennent une quantité suffisante de vitamines.

P. LACROIX.

(1) Conférence aux Journées médicales de la Faculté libre de Lille (1939), et Journal des sciences médicales de Lille.



LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Comment concevoir la Maladie hypertensive de A. Dumas

Considérations générales

La maladie hypertensive tire son individualité avant tout de ses caractères cliniques et de son évolution. C'est au Professeur agrégé A. Dumas (de Lyon) que revient le mérite de l'avoir distinguée : 1° de l'hypertension-symptôme, qui s'observe au cours des affections les plus diverses ; 2° de l'hypertension-syndrome, où le trouble d'hypertension artérielle fait partie intégrante d'un ensemble, sans toutefois commander les autres symptômes.

Certaine est son individualité clinique ; il s'agit d'une hypertension artérielle chronique progressive. Ce n'est certes pas une affection nouvelle ; elle englobe à la fois une partie des affections cardio-rénales et aussi de ce qu'on appelait naguère l'artério-sclérose. Débutant par un état d'hypertonie, dont l'unique symptôme est alors l'élévation tensionnelle, cette affection évolue, en effet, secondairement vers la sclérose artérielle, qui pénètre par la voie vasculaire les différents organes (reins, cerveau, myocarde), à des degrés divers, et y crée des lésions infarctoïdes plus ou moins accusées.

Cependant sa pathogénie propre reste encore discutable ; on ne lui a pas encore reconnu une formule humorale caractéristique et constante. Ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour lui refuser une individualité clinique dans le chapitre des maladies diathésiques ; « n'en a-t-il pas été longtemps ainsi pour le diabète, qui présente avec la maladie hypertensive une parenté certaine. Souhaitons que, comme lui, cette hypertension, dite aujourd'hui essentielle, puisse reconnaître un jour une pathogénie exactement définie, et bénéficier, de ce fait, d'une médication analogue, à ce qu'est, pour le diabète, l'insuline » (1).

La maladie hypertensive comporte trois phases successives d'évolution : une phase précoce d'hypertension solitaire d'apparence purement fonctionnelle ; une phase d'état, où les symptômes organiques s'agrègent successivement au niveau du rein d'abord, au niveau du cœur ensuite avec retentissement possible sur les autres viscères ; une troisième phase enfin, ou phase de déclin, ou phase d'involution tensionnelle.

On voit, d'après cette description, que l'auteur est loin d'attribuer à la néphrite chronique la responsabilité de l'hypertension chronique progressive, mais qu'au contraire, il considère les lésions rénales et les lésions viscérales comme la conséquence d'une *affection vasculaire primitive*, intéressant le système artériel dans sa totalité, affection commandée elle-même par une étiologie mystérieuse encore, mais s'apparentant aux états diathésiques, dits arthritiques.

Son aspect clinique

Phase d'hypertension solitaire.

Elle correspond, à son début, sans aucun trouble apparent, à une simple dénivellation tensionnelle en hauteur. Au lieu d'être de 12/8, la tension artérielle se trouve à 20/12, à 24/14, à 28/16. Cette élévation tensionnelle est globale, c'est-à-dire qu'elle porte aussi bien sur la minima, et que la courbe oscillométrique conserve, malgré son amplitude plus grande, les mêmes proportions. Le sujet, porteur de cette anomalie peut ne pas s'en douter. Le cœur n'est pas hypertrophié. Il n'existe aucun trouble de déficit des fonctions rénales. Cet état d'hypertension reste souvent une surprise d'examen, pratiqué en vue d'une police d'assurance ou pour toute autre raison, puisque, à ce stade, le symptôme reste absolument latent.

Bien qu'elle puisse se rencontrer entre vingt et trente ans, l'hypertension solitaire s'observe dans la grande majorité des cas autour de la quarantaine. Elle intéresse le plus souvent des sujets à antécédents entachés de diathèse vasculaire.

Généralement néanmoins, on est appelé à découvrir l'ascension tensionnelle à la fin de cette première phase, au moment où celle-ci touche au stade organique de la maladie, qui va s'accompagner de lésions viscérales multiples.

Un sujet, âgé de cinquante ans, présentant quelques légers symptômes d'hypertension, vient nous consulter. Il souffre de céphalées matinales, le cœur est un peu rapide, légèrement hypertrophié, les urines contiennent de façon intermittente un peu d'albumine. La tension artérielle

(1) La maladie hypertensive (Masson, édit. Paris 1939) nouvelle édition entièrement refondue.

est de 22/13. Nous apprendrons peut être qu'une dizaine d'années auparavant, alors que le sujet avait à peine quarante ans, la tension artérielle prise incidemment avait déjà été trouvée haute de 18 ou de 20, car il est très habituel que le malade se rappelle seulement la tension maxima. Ce renseignement de la première prise tensionnelle est capital à connaître avec sa date précise chez tout hypertendu, à quelque stade qu'il soit de sa maladie. On sera parfois assez heureux pour apprendre que la tension artérielle a été reprise d'année en année. Et c'est ainsi qu'on saura qu'elle s'est élevée progressivement pour atteindre à 45 ans 26/15, c'est-à-dire un degré plus élevé qu'elle ne le comportera à cinquante ans, au début de la phase organique de la maladie, période à laquelle il nous est donné d'observer le malade pour la première fois.

Exceptionnellement, l'hypertension peut rester indéfiniment solitaire ; il ne s'agit plus alors de maladie hypertensive proprement dite. Le plus souvent *l'état évolue*, et, au bout de quelques années en général, on retrouve les symptômes bien connus de l'hypertension artérielle : céphalées matinales, polyurie nocturne, crampes vasculaires principalement nocturnes. Ces quelques symptômes sont encore d'ordre *strictement vasculaire*, et ne relèvent pas de lésions organiques, mais ils permettent d'en prévoir l'apparition prochaine.

Malheureusement, à cette période, nous ne pouvons guère recueillir de documentation utile pour nous renseigner sur l'état des vaisseaux et surtout des capillaires, ce qui importerait surtout. La courbe oscillométrique n'est pas déformée ; elle est simplement, en plus grand, la représentation exactement proportionnelle d'une courbe oscillométrique normale en dôme, c'est dire qu'elle n'aura ni la forme d'un clocher, ni celle d'un plateau, formes qu'elle sera susceptible d'acquérir plus tard, au cours des différentes phases d'évolution de la maladie hypertensive. Ceci indique que la circulation n'est pas troublée ; elle se fait régulièrement dans toute l'étendue du réseau circulatoire, contrairement à ce que l'on observe si souvent dans la phase avancée de la maladie.

Pour ce qui est des capillaires, c'est l'examen ophtalmoscopique de la rétine, qui révèle immanquablement des anomalies circulatoires dans les cas les plus précoces d'hypertension solitaire : élévation de la tension de l'artère centrale, notée au moyen de l'appareil de Bailliard ; modifications de la coloration de l'artère ; caractère sinueux des artérioles ; légère dilatation des veines ; au niveau des croisements artério-veineux, la veine est aplatie sous l'artère devenue rigide. A ces aspects circulatoires troublés s'ajoutent des symptômes fonctionnels : mouches volantes, éblouissements passagers.

Quand tous les symptômes décrits persistent et s'accentuent, la phase solitaire touche déjà presqu'à la phase organique. Mais avant leur apparition, il sera souvent très difficile d'éliminer l'hypertension transitoire des jeunes sujets, l'hypertension liée à l'hypersympathicotonie, à l'hyperthyroïdie, autant de syndromes hypertensifs, qui diffèrent essentiellement de la maladie hypertensive proprement dite. On éliminera plus facilement l'hypertension légère de la ménopause, l'hypertension liée à un utérus fibromateux, l'hypertension des obèses, l'hypertension des lésions rénales, etc.

Tous ces diagnostics doivent être envisagés et pris en considération, avant d'admettre la maladie artérielle, destinée à évoluer vers les scléroses viscérales multiples.

Phase organique de la maladie hypertensive.

Avant que s'établissent définitivement les lésions viscérales, l'hypertension solitaire passe par une phase pré-organique. Elle n'est plus alors une surprise d'examen. Le malade en souffre, accuse des symptômes qui, pour fonctionnels qu'ils soient, n'en sont pas moins liés à des perturbations vasculaires.

Tel sujet entre dans la phase organique par une thrombose ou une hémorragie rétinienne. Chez d'autres, l'hémorragie aura pu se produire au niveau des méninges. Une brusque céphalée persistante incitera à pratiquer une ponction lombaire, qui décèlera la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Dans d'autres conditions, il s'agira d'un épistaxis présentant souvent une tendance marquée à la répétition. Plus rarement, il s'agira d'hémoptysie ou d'hématurie.

Tous ces accidents peuvent être précoces, et, malgré leur gravité, ces hémorragies précoces restent parfois un *symptôme d'alarme*, destiné à ne pas se reproduire de longtemps et à précéder, de loin, la confirmation des lésions viscérales.

La *phase organique* proprement dite se reconnaîtra principalement à des symptômes cardiaques et à des symptômes rénaux.

Aux troubles fonctionnels de la phase préorganique (palpitations, intermittences, extra-systolie, angoisse) feront place des symptômes témoignant de la participation du cœur à l'hypertension artérielle : signes d'hypertrophie cardiaque, dilatation de l'aorte. Souvent l'hypertrophie progressive du cœur s'accompagne de manifestations symptomatiques suffisantes pour attirer l'attention du malade et du médecin. A cette période, une légère dyspnée d'effort traduira la fatigue du cœur. Dans d'autres conditions, il s'agira de crises de dyspnée nocturne. Tous ces symptômes peuvent être exagérés momentanément par des crises hypertensives transitoires, dont chacune exagère les symptômes réactionnels accusés par le cœur.

Les symptômes d'insuffisance rénale sont loin d'être très précoces, ni d'évoluer parallèlement avec l'hypertension elle-même. L'albuminurie est la première en date ; elle peut apparaître de façon intermittente ; plus tard, elle deviendra permanente. Il s'agit de doses légères n'atteignant pas un gramme, et il en sera généralement ainsi pendant le cours de la maladie.

L'azotémie, d'abord légère, marche souvent de pair avec l'albuminurie. Elle anticipe parfois cependant sur elle. On doit la rechercher et l'apprécier avec soin, car toute hypertension ne peut être déclarée solitaire qu'en l'absence d'hyperazotémie. Chez un sujet de quarante ans ne présentant pas d'albuminurie, l'hypertension, quelque soit son degré, peut être taxée de solitaire, si l'azotémie ne dépasse pas 0 centigr. 35 pour 1.000. A la phase organique cependant l'azotémie, de 0,50, peut s'élever progressivement jusqu'à 0,70 ou 0,80.

A la phase organique, on peut observer des troubles pulmonaires soit par déficit cardiaque, soit par lésions de l'organe. Les symptômes hépatiques et digestifs sont rares.

Très importants sont les symptômes vasculaires, puisque ce sont les lésions artérielles progressives qui commandent l'évolution de la maladie. La courbe oscillométrique a tendance à prendre le type en dôme allongé et à se rapprocher du plateau. La maxima n'est plus aussi élevée ; l'amplitude des oscillations est souvent plus marquée qu'à la phase précédente. Les artères revêtent l'aspect qu'on leur reconnaît habituellement au cours de l'artério-sclérose. A l'ophtalmoscope, les artères rétiniennes prennent un aspect franchement métallique, filiforme ; leur calibre se modifie, elles sont parfois fusiformes.

On observera des variations de la tension maxima seule, ou bien des variations équilibrées, où les trois tensions (maxima, moyenne et minima) varieront dans une égale proportion.

Phase d'involution tensionnelle.

Lorsque les malades réussissent à franchir, sans succomber à ces accidents, la seconde phase ou phase organique de la maladie, ils aboutissent insensiblement à la troisième phase, dite d'involution tensionnelle. C'est celle, au cours de laquelle l'hypertension artérielle, restée à peu près stable, va *décliner progressivement* pour aboutir à une hypotension relative. Alors apparaîtront des symptômes que l'hypertension avait jusqu'alors masqués : déficit cérébral, moteur, intellectuel, troubles circulatoires accusés au niveau de chaque organe par le fléchissement de la tension sanguine. La marée tensionnelle se retire, découvrant les ruines qu'elle a provoquées : affaiblissement général, amaigrissement, cachexie artérielle de Vaquez. Ces malades, bien que leur tension reste relativement haute, ne devront pas être soumis à des traitements hypotensifs abusifs (jeûnes excessifs, purgations), et encore moins à des saignées ; ils bénéficieront plutôt d'un usage judicieux de médicaments toniques.

Les causes de cette involution sont multiples. Ce sont d'abord des sujets ayant dépassé la cinquantaine, mais se montrant prématurément séniles, et dont l'appareil endocrino-sympathique entre en défaillance et apparaît incapable de maintenir l'état tensionnel, auquel depuis bien des années l'organisme du malade était accoutumé.

D'autres sujets ressentent les effets d'un certain nombre de causes provocatrices à effets immédiats, et parfois heureusement temporaires. C'est d'abord la fièvre, qui abaisse d'autant plus facilement la tension que celle-ci était antérieurement plus élevée ; d'où l'apparition, à l'occasion d'une pneumonie, de prostration, hébétude, impotence, monoplégie ou hémiplégie, aphasie, etc. Ces phénomènes, parfois temporaires, amèneront à un état de déchéance et de caducité les patients, qui sont au seuil de l'involution tensionnelle, et ne sont plus capables de réagir. Parmi les autres causes favorisantes, on cite l'infection, certaines conditions climatiques (grosses chaleurs, dépression atmosphérique des orages), les intoxications, le surmenage physique ou intellectuel, l'usage inopportun de certaines médications.

Les symptômes de déchéance, observés à cette période, intéressent les vaisseaux, le cœur, le rein, le cerveau (hémiplégie, ramollissement). C'est au cours des accidents de cette phase, que le malade pourra succomber par suite d'hémorragie cérébrale, de collapsus cardiaque, ou encore de maladies aiguës.

Formes cliniques.

La maladie hypertensive évolue habituellement en trois phases, qui viennent d'être décrites. Cependant, certaines formes particulières méritent d'être connues.

Il existe une forme à évolution rapide, connue sous le nom d'hypertension maligne ; une forme périphérique à manifestations principalement artérielles ; une forme cardiaque, dans laquelle le cœur se montre précocement en jeu ; une forme rénale, et enfin une forme d'hypertension solitaire indéfiniment prolongée. Mais, dans toutes ces variétés, si dissemblables qu'elles puissent paraître, à première vue, on reconnaît toujours les caractères primordiaux de cette maladie : l'hypertension artérielle, la première en date, puis, suivant les diverses modalités d'évolution, la participation rapide des vaisseaux, du cœur ou des reins. L'angio-sclérose évolue soit vers la néphro-angio-sclérose, soit vers la cardio-sclérose ; elle peut rester uniquement localisée sur les vaisseaux.

G. Fischer.



LES ATMOSPHÈRES CONFINÉES

L'atmosphère du Métropolitain de Paris

On a dit beaucoup de mal de l'atmosphère du Métropolitain, du « Métro » de Paris. Que faut-il en penser ? Telle est la question à laquelle le Docteur A.-L. CAULA a consacré sa thèse inaugurale (Paris, 1939) et que nous allons envisager avec lui.

Le Métropolitain de Paris, ce long tunnel de plus de 150 kilomètres, est une vaste cavité close offrant des orifices de communication avec l'extérieur au niveau des stations et en certains points particuliers d'aération. Son atmosphère est essentiellement une atmosphère confinée, par sa capacité réduite, son aération nécessairement restreinte, le grand nombre de voyageurs qui y circulent, avec l'encombrement des quais et des trains dont ce moyen de transport a le secret à certaines heures de la journée.

L'atmosphère du Métro est altérée par différents facteurs.

Le premier ne lui est pas particulier. Il est le propre des habitations souterraines, des habitations humides, favorisant le développement des moisissures et constituant un des éléments de ce que l'on a pu appeler l' « odeur du Métro ». Il n'y a d'ailleurs pas une odeur Métro, mais des odeurs Métro, compromis des odeurs du souterrain, de celles du corps humain, des émanations d'acroléine dues aux huiles surchauffées des freins, etc.

Le second facteur est représenté par les poussières et les apports de diverse nature des voyageurs : boue attenant aux chaussures, expectoration, etc.

Les poussières du Métro sont minérales ou organiques. Ces dernières comportent des spores de champignons, des levures, des bactéries. D'une façon générale, plus l'humidité de l'atmosphère du Métropolitain est grande, plus le nombre des bactéries est faible et plus celui des moisissures est élevé (Cambier). Les bactéries et les levures en question ne sont pas, en général, à l'état végétatif et ne trouvent habituellement pas, dans le Métro, le substratum les amenant à passer de la vie latente à la vie active.

Le troisième facteur — il n'est pas le moins important — tient à la présence même, en espace confiné, d'un grand nombre de personnes. La respiration et les émanations humaines interviennent ici.

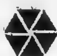
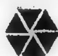
L'air expiré est chargé d'acide carbonique et c'est là une des sources du CO^2 trouvé, en proportion variable, dans l'atmosphère du Métropolitain. Une autre source humaine de ce gaz est la perspiration ou respiration cutanée, qui rejette une quantité de CO^2 variable avec la température, l'activité digestive, etc.

A la vérité, l'acide carbonique, dans les proportions où il est alors rencontré, n'est pas en lui-même un gaz bien à redouter et n'offre pas de toxicité. Mais dans les deux cas (respiration pulmonaire et respiration cutanée), il est accompagné d'un grand nombre de produits gazeux émanés des poumons et des glandes cutanées (acides gras volatils et produits odorants), sans parler des gaz intestinaux et autres (hydrogène sulfuré, acides butyrique, acétique, formique, ptomaînes, phénol, scatol) et des composants volatils de la sueur (éthers butyrique, valérique, caproïque, etc.). Comme ces substances sont rejetées en même temps que CO^2 ou sont fonction du temps de séjour et de respiration en milieu clos, l'acide carbonique devient ainsi indirectement l'indicateur de la plus ou moins grande abondance de ces produits nuisibles. Cela explique l'importance que l'on a attachée au titrage de CO^2 dans l'air pour connaître la valeur hygiénique d'une atmosphère de ce genre.

Pour lutter contre lesdites viciations de l'atmosphère, d'importants remèdes ont été apportés : lavages du sol, pulvérisations antiseptiques faibles, et surtout ventilation et aération régulières.

La ventilation du Métro se fait par deux moyens : par des baies d'aération (au nombre de 300) et par des postes d'aspiration, dont l'idée revient à M. Fauconnier. Ces postes, placés entre deux stations, comportent un appareil puissant de ventilation qui aspire l'air du tunnel (air qui entre par les baies voisines des deux stations) et le rejette dans la rue. Grâce à cette aération, l'atmosphère du Métro — nous dit le Docteur Caula — est finalement d'une qualité supérieure à celle de l'atmosphère de nombre de salles de spectacle et de réunion.

P. LACROIX.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Epidémiologie et prophylaxie de la poliomyélite antérieure aiguë

Endémique dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique, la poliomyélite antérieure aiguë prend de temps à autre la forme d'épidémies plus ou moins sévères et étendues. Le type épidémique de cette maladie est bien particulier. Il ne réalise pas une vaste et rapide diffusion comme, par exemple, la grippe, la rougeole, la coqueluche ou la varicelle. Même dans ses formes les plus intenses, la paralysie infantile ne frappe que quelques individus d'une collectivité, et non la presque totalité de ses membres. Il est rare de voir deux membres d'une même famille, atteints simultanément.

La contagion existe, puisque la filiation des cas a pu souvent être démontrée ; mais elle n'a pas un grand pouvoir de diffusion, ou plutôt un grand nombre de sujets, même de jeunes enfants, ne semblent pas réceptifs; exposés à la contagion, ils ne contractent pas de maladie apparente. Les épidémies surviennent presque toujours l'été ou au début de l'automne et, c'est à la même époque, que s'observent les cas sporadiques.

Si la théorie de la contagion interhumaine et de la pénétration du virus par voie respiratoire rallie la majorité des auteurs, d'autres admettent l'origine hydrique ou alimentaire de l'infection et la contamination par voie digestive ; certains enfin soutiennent que la maladie est transmise par un insecte vecteur.

La théorie de la pénétration de l'agent pathogène par voie rhino-pharyngée est solidement basée sur des faits cliniques et expérimentaux. Si cette voie, comme la transmission de la maladie par des porteurs de germes sains ou malades, semble être le mode de contagion habituelle, celui-ci n'est peut être pas exclusif.

R. Clément rappelle que les méthodes prophylactiques, à mettre en œuvre lors de l'apparition d'un cas de poliomyélite, pour prévenir l'éclosion d'une poussée épidémique, sont plus générales que spécifiques. Les vaccinations au moyen de virus partiellement inactivé ont montré qu'elles n'étaient pas sans danger. La prophylaxie au moyen de sérum immunisé n'a pas été faite sur une échelle suffisante, pour qu'on puisse en apprécier la valeur. Elle serait logique en temps d'épidémie, mais n'aurait, comme toutes les séroprophylaxies passives, qu'une durée d'une vingtaine de jours jusqu'à élimination du sérum. Le sérum humain de convalescents serait celui à utiliser. Injecté à doses suffisantes au cours de la phase préparalytique de la maladie, il a à son actif quelques beaux succès dans la prévention des maladies. Mais, le plus souvent, il a surtout servi à atténuer la gravité de la maladie, à raccourcir l'évolution ou à limiter son extension. Malheureusement, la prévention de la maladie par le sérum de convalescent n'est pas aisément réalisable, en raison des difficultés que l'on a pour se procurer ce sérum. A défaut de celui-ci, on a proposé le sérum ou le sang total citraté d'adultes normaux.

Le sérum de Pettit, *sérum de cheval ayant reçu* une série d'injections de moëlle broyée de singe poliomyélitique pour créer chez lui des immunisines, malgré la faveur dont il a joui à son début, possède une action discutée. On connaît l'action prophylactique chez le singe de l'administration de 0 gr. 10 de chlorate de potasse par kilogramme et par jour.

En attendant que des documents sérieux aient permis de juger la valeur préventive de cette méthode chez l'enfant, ce sont surtout les mesures d'hygiène générale, qui semblent les plus efficaces. Javellisation de l'eau de boisson à la dose de 4 milligr. par litre. Isolement de tout enfant malade ou suspect pendant trois semaines. Interdiction, en période épidémique, de toute agglomération d'enfants ou déplacement d'enfant d'une région contaminée dans une autre indemne. Tout temps gagné pour limiter, sinon arrêter la dissémination, est précieux, car presque toujours l'épidémie s'arrête au début de la saison froide. (*La Presse médicale*, 28 septembre 1940.)

Un traitement du zona par le sang d'anciens zonateux

Le Professeur Carnot rapporte l'observation de trois cas de zona, efficacement traités par le sang d'anciens zonateux. Un plus grand nombre de cas serait nécessaire pour apprécier à sa juste valeur cette méthode, car cette affection guérit seule et sans séquelles dans la majorité des cas.

Le principe en repose sur la nature immunisante de l'infection zonateuse, qui est de notion ancienne. Il est cependant utile de posséder ainsi un nouveau traitement, très simple et facile à appliquer, pour une affection parfois si douloureuse et qui, jusqu'ici, échappe complètement à une thérapeutique efficace. D'ailleurs, il n'est point difficile de se procurer du sang d'anciens zonateux. (*Paris Médical*, 23 novembre 1940.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Modification de la technique de la symphyséotomie à la Zarate

(M. Devraigne ; 8-10-1940)

La symphyséotomie, chère au professeur Pinard, n'a pas eu dans sa technique initiale, beaucoup d'adeptes en France. Zarate, de Buenos-Ayres, eut le mérite de la simplifier par son procédé élégant de section sous-cutanée incomplète de la symphyse.

Zarate coupe l'arcuatum et ne touche pas au ligament supérieur. M. Devraigne pense qu'une section totale du ligament supérieur est sans danger et facilite l'écart pubien en haut, où siège l'obstacle qui empêche le passage de la tête.

La place de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale

(M. Le Lorier ; 8-10-1940)

La question de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale a donné lieu à de nombreuses controverses. Un accord relatif s'est fait sur l'utilité de l'hystérectomie : 1° pour supprimer un foyer permanent et menaçant d'infection localisé à l'utérus (rétention de débris placentaires avec infection, hémorragies, dont l'ablation *tardive* par curetage comporte plus de dangers que l'hystérectomie ; abcès utérin) ; 2° pour drainer au mieux la cavité péritonéale en cas de péritonite puerpérale. En dehors de ces circonstances, l'hystérectomie retrouverait son indication dans une catégorie, très rare il est vrai de cas, celle d'infections graves prolongées, où la septicémie est entretenue par un foyer utérin persistant, sans rétention de débris ovulaires, déversant journellement de nouveaux essaims de microbes anaérobies dans la circulation, jusqu'au jour où l'on supprime l'utérus infecté.

C'est une observation typique de ce genre que rapporte M. Le Lorier.

Effets de l'ingestion de sucre sur la résistance à l'anoxémie et à l'acapnie aux grandes altitudes

(M. Michel Polonovski ; 15-10-1940)

L'ingestion de glucose en caisson ou en vol élève notablement la résistance du sujet. Ayant fait absorber 80 grammes de glucose cristallisé, ou plus simplement 8 à 10 morceaux de sucre (saccharose) durant le temps de séjour en altitude, l'auteur a vu les graphiques témoigner du rétablissement à la normale des principaux tests chimiques utilisés (glycémie, indice chromique résiduel, etc.) Les autres tests psychophysiologiques et les symptômes subjectifs concordaient d'ailleurs pleinement avec ces résultats d'analyse.

Académie de chirurgie

De la chlorurémie post-opératoire en urologie

(MM. Wolfromm, Bernard Fey et Mlle Lebert ; 3-7-1940)

Dans 50 p. 100 des accidents inquiétants qui font suite à une opération urologique de quelque gravité, il y a une hypochlorémie se traduisant par un abaissement du rapport des chlores.

Ces phénomènes d'hypochlorémie sont moins fréquents et moins graves depuis quelques années, où l'on use préventivement du sérum physiologique dans les heures qui suivent l'opération et où l'on s'assure avant l'opération que le malade a une chlorurémie plasmatique normale.

Presque tous les malades en hypochlorémie guérissent rapidement de leurs troubles par un traitement de rechloruration, mais à condition que l'hypochlorémie soit le phénomène dominant et ne soit pas éclipsée par d'autres accidents dont le plus fréquent est l'infection.

Névralgie du grand nerf occipital d'Arnold traitée par l'opération d'Ody

(M. Funck-Brentano ; 10-7-1940)

La névralgie du grand nerf occipital d'Arnold ne le cède en rien, en intensité et en permanence, à la névralgie faciale, avec laquelle elle est souvent associée. Elle peut toutefois se manifester isolément et c'est un cas de ce genre que rapporte M. Funck-Brentano.

Le malade, un homme de 77 ans, se plaignait de douleurs à la région de la nuque et de l'endocrâne occipital gauche, déclenchées d'abord par les mouvements de rotation de la tête, puis spontanées ; au début intermittentes, puis continuelles avec crises paroxystiques irradiées vers l'oreille et la région sus-orbitaire gauches.

Le traitement efficace de cette névralgie a été préconisé en 1934 par Ody. C'est l'opération d'Ody (section radiculaire rétro-ganglionnaire) que M. Funck-Brentano pratiqua chez son malade avec succès.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'évolution à longue échéance de la sensibilité tuberculinique humaine

MM. G. CANETTI et H. LACAZE
(4-10-1940)

On admet que lorsqu'un sujet est infecté par le bacille tuberculeux, il acquiert une sensibilité spéciale à la tuberculine, qui persiste sans grands changements jusqu'à la fin de l'existence. On admet aussi que seules certaines maladies intercurrentes, ou certains épisodes de la vie endocrinienne, peuvent notablement modifier la sensibilité tuberculinique — et encore, passagèrement seulement. Or, il n'existe pas une seule observation d'être humain dont la sensibilité tuberculinique ait été suivie d'un bout à l'autre de l'existence.

Il faut exclure les inoculations expérimentales, presque toujours sévères, qui offrent des conditions très différentes de celles de l'infection occulte de l'homme. Pour connaître l'évolution à longue échéance de la sensibilité tuberculinique humaine, il faut pratiquer chez des sujets de tout âge un bilan tuberculinique précis, et confronter les bilans des différents âges ; il faut encore mesurer l'intensité de la réactivité éventuellement présente. C'est ce qu'ont tenté de réaliser les auteurs.

Ainsi, ils se sont aperçus que la sensibilité tuberculinique de l'homme évoluait constamment. On note ainsi, du jeune âge à l'âge mûr, un continuel accroissement du pourcentage des réactions positives ; c'est vers quarante, cinquante ou soixante ans que la réactivité tuberculinique de l'espèce humaine atteint son acmé ; celle-ci décroît, par contre, entre l'âge mûr et la vieillesse ; on relève aussi la disparition tardive d'un certain nombre de réactions positives.

Chez l'homme, la sensibilité tuberculinique est à son point culminant, vingt ou trente ans seulement après l'âge de la primo-infection, ce qui peut s'expliquer par la notion des réinfections successives dans le courant de la vie ; leur rôle n'est pas exclusif, mais déterminant.

M. MARFAN. — La loi de la persistance indéfinie du bacille de la tuberculose dans l'organisme humain est trop absolue ; une guérison complète et durable de la tuberculose est possible. Pendant plus de vingt ans, l'auteur n'a pas fait une seule autopsie sans en confronter le résultat avec celui de la cuti-réaction, il n'a jamais rencontré un cas de désaccord entre les deux.

Toutes les fois que la cuti-réaction avait été positive, il a trouvé des lésions tuberculeuses ; lorsque le sujet avait succombé à une affection non tuberculeuse, les lésions étaient parfois minimes, mais nettes. Par contre, lorsque la cuti-réaction avait été plusieurs fois négative, il n'y avait aucune lésion appréciable à l'œil nu.

Le virage définitif d'une cuti-réaction positive à une négative est démontré ; quoique ne l'ayant jamais observé personnellement, M. Marfan estime qu'il peut être en rapport avec une élimination totale du bacille de la tuberculose et exprimer une guérison complète et durable.

L'acidose d'origine intestinale, cause fréquente d'erreur dans l'interprétation du coefficient de Maillard

(MM. GERMAIN et MORAND ; 20-9-1940)

Le coefficient de Maillard n'est pas à proprement parler un test d'imperfection uréogénique ; on a établi, en effet, l'origine presque exclusivement rénale de l'ammoniaque urinaire, qui n'est donc pas un produit uréifiable. Il doit être interprété en fonction de toutes les causes physiologiques ou pathologiques, susceptibles de modifier l'équilibre acido-basique du sang. En particulier, toute acidose exaltant la fonction ammonio-productrice du rein peut élever le coefficient de Maillard sans que le foie présente la moindre déficience. C'est là une cause d'erreur importante. Or, il semble que dans la pratique journalière, si l'on pense couramment aux acidoses diabétique et rénale, on néglige souvent l'acidose d'origine intestinale, le plus souvent latente cliniquement. Celle-ci peut suffire à expliquer une élévation de ce coefficient, sans qu'intervienne la moindre insuffisance hépatique.

Pour déceler cette cause d'erreur, il suffit en pratique, chaque fois qu'on se trouve devant un coefficient de Maillard élevé, de faire systématiquement le dosage des acides organiques de fermentation dans l'urine ; leur augmentation au delà de 60 c. c. par vingt-quatre heures témoignera d'une acidose intestinale, que l'on pourra confirmer par le dosage de l'azote ammoniacal urinaire et par un examen chimique des selles. Un traitement diététique et médicamenteux des fermentations intestinales jugera la question, en même temps que la recherche des autres tests de fonctionnement hépatique.

Tuberculose myocardique par extension de tuberculose pleurale

(M. P. AMEUILLE ; 27-9-1940)

Dans le cas présenté, la tuberculose du myocarde est limitée à une petite partie de la paroi ventriculaire gauche, mais l'intéresse dans toute son épaisseur. Elle paraît provenir d'une tuberculose pleurale gauche, qui a caséifié toute la plèvre pariétale, et la propagation paraît s'être faite de proche en proche, sans que les deux feuillets du péricarde aient contracté d'adhérences ; au contraire, ils sont séparés par un épanchement.

Les modes de dispersion du bacille tuberculeux dans l'organisme sont variés. La doctrine actuellement classique indique les voies sanguine, lymphatique, canaliculaire, et l'extension par contact. La présente communication traduit un exemple de ce dernier mode, qui semble assez curieux et peu répandu.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 28 décembre 1940

M. Louis Leroux. — **Fractures de la mastoïde**

Elle peut être une propagation de fracture de la base due à une compression bilatérale ou simplement à une chute de faible hauteur. Ce dernier cas (chute de bicyclette), risque de devenir moins rare maintenant. Les signes classiques : plaie ouverte, ecchymose immédiate, enfoncement osseux, qui font d'emblée le diagnostic, peuvent manquer. L'auteur rapporte un cas où après une otorragie courte, apparut une surdité nette et, tardivement, une paralysie faciale. Aucun signe physique extérieur, ni douleur. Seul l'examen otoscopique aidé de la radiographie put établir la réalité de la fracture, mais non sa gravité. L'intervention montra des dégâts profonds considérables et une infection juxta-méningée.

La gravité des fractures de la mastoïde est due à la fréquence de l'infection secondaire au contact de la dure-mère et du sinus latéral. On ne doit donc pas immobiliser une mastoïde comme un membre fracturé, mais dans une expectative armée, se tenir prêt à intervenir largement dès l'apparition du plus minime symptôme.

M. Georges Luys. — **L'importance considérable des spermatocystites dans la pathologie urinaire**

Les sécrétions adultérées des vésicules séminales qui viennent s'accumuler dans la fossette prostatique engendrent des troubles importants dans tous les organes avoisinants.

Du côté de la prostate, elles sont constamment à l'origine de l'hypertrophie de la prostate. Elles produisent aussi des prostatites, des abcès chroniques de la prostate, des diverticules, des cavernes prostatiques. L'urètre subit aussi les contre-coups des spermatocystites sous la forme d'écoulements urétraux interminables et de rétrécissements périnéaux de l'urètre qui récidivent souvent. Elles tiennent sous leur dépendance les testicules et elles engendrent des épididymites. Elles influencent la vessie où elles entretiennent la cystite et la pyurie, et, plus souvent qu'on ne le croit, la rétention d'urine complète. Du côté du rein, on note la pseudo-colique néphrétique et la pseudo-phosphaturie.

Du côté du rectum, on observe des perforations simulant des néoplasmes rectaux.

Du côté du péritoine, il peut exister de la péritonite et l'on doit penser aussi à faire le diagnostic différentiel avec l'appendicite.

Enfin, le système nerveux est aussi influencé par les spermatocystites qui engendrent la «neurasthénie sexuelle », laquelle peut aboutir parfois au suicide.

En conclusion, les vésicules séminales doivent être obligatoirement interrogées, dans tous les cas de pathologie urinaire.

M. A. Bécart et Mlle Saboul. — **Techniques hématologiques éprouvées**

Les techniques hématologiques sont nombreuses et il est bien difficile de choisir la plus pratique. Les auteurs, après avoir étudié les différentes méthodes, décrivent la technique qui leur a paru la plus appropriée, pour les différents examens de la pratique hématologique courante. Ils étudient avec détails :

1° La numération des globules rouges et blancs indiquent en passant les différentes causes d'erreurs si fréquentes pour un examen qui paraît poutant si facile à première vue ;

2° L'évaluation du taux de l'hémoglobine ;

3° La recherche et la numération des réticulocytes ;

4° La numération des plaquettes ;

5° Enfin, l'étude de la formule leucocytaire.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 8 novembre 1940

M. P. Séjournet. — **Perforation de l'utérus par manœuvres criminelles**

Grossesse de deux mois interrompue par l'introduction d'une tige de fer. Intervention *in extremis*, au troisième jour : aucune réaction péritonéale de défense. Odeur putride. Perforation à la corne droite Apoplexie du fond et bord droit de l'utérus, propagée aux ovaires. Infarcissement total de la muqueuse. Hystérectomie. Suites mortelles.

M. Le Gac. — **Résultat anatomique déplorable dans une fracture du cou-de-pied, avec excellent résultat fonctionnel.**

A titre de curiosité, sont présentées les radiographies et les photographies d'un blessé qui a le plus mauvais résultat anatomique que l'on puisse imaginer. Grâce au varus et à une courbure de compensation, ce blessé marche bien et a pu faire, depuis le début de la guerre, son service comme pionnier... Il ne demande même pas sa réforme, alors qu'il n'y a pas un seul conseil de réforme qui hésiterait à le réformer sur pièces.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

● ●

LA SPÉCIALITÉ « ÉLECTRO RADIOLOGIE » DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA MÉDECINE

Par le Docteur A. LAQUERRIERE,
Ancien professeur d'électroradiologie à l'Université de Montréal

Il fut un temps où, malgré le glorieux parrainage de Duchenne, de Boulogne, les confrères électrologistes qui utilisaient en médecine les courants alors connus étaient considérés comme des charlatans. Le savant électroradiologiste que fut le Docteur Oudin (l'inventeur du résonnateur qui porte son nom, l'introducteur des rayons X en France, etc.) aimait à raconter que quand il avait annoncé à ses maîtres sa décision de se consacrer à l'électrothérapie, ceux-ci furent d'accord pour l'en dissuader : pour un brillant interne des hôpitaux, ils estimaient que c'était « mal tourner ».

Depuis, nos confrères nous ont consenti la considération morale à laquelle nous avons droit ; mais au point de vue matériel, ils n'ont pas cessé de nous traiter comme des parents pauvres dont on se désintéresse. Il nous a fallu lutter durant de bien longues années pour que la radiographie figure au tarif des accidents du travail, et pendant plus de vingt ans pour que soit enfin votée la loi réservant aux seuls médecins la pratique médicale des rayons X. Les Syndicats s'occupaient si peu de nous, pour cette loi, que durant une période je fus obligé de faire intervenir, à leur défaut, la Confédération des Travailleurs intellectuels.

Il me semble bien, en rentrant en Europe après neuf ans d'absence, que le Corps médical conserve une fâcheuse tendance à négliger les intérêts des électro-radiologistes.

Il y a évidemment à cela une raison ; les spécialistes ne forment qu'une minorité et les plus faibles ont toujours tort. Puis « qualifier » les spécialistes est, croit-on, porter atteinte au prestige du diplôme qui théoriquement doit rendre son possesseur apte à tout ce qui concerne notre art.

Mais je veux envisager surtout la situation des électro-radiologistes, car les autres spécialistes seraient plus volontiers acceptés que nous.

En effet, leur spécialisation porte sur un organe particulier ; l'omni-praticien ne se sent aucune envie d'examiner un œil ou un larynx. Nous, par contre, avons, comme l'omni-praticien, pour champ d'action, la médecine toute entière ; le médecin qui aurait prescrit à tel malade un produit pharmaceutique et qui sait que son collègue du coin de la rue aurait ordonné une autre drogue, ne comprend pas, quand il nous voit appliquer les agents physiques, pourquoi nous serions considérés comme différents de lui.

D'ailleurs, nombreux sont ceux qui utilisent eux-mêmes une ou l'autre des méthodes de notre spécialité. Celui-ci possède dans son cabinet une lampe à ultra-violets, celui-là un appareil de diathermie. Beaucoup, soit d'omni-praticiens, soit de spécialistes en maladies du poumon, du tube digestif, etc., se servent d'une installation plus ou moins complète de rayons X.

Il est donc naturel qu'on considère à première vue, que rien ne nous désigne pour être traités à part. C'est cette opinion que je voudrais discuter.

Posons d'abord en principe que nous n'avons nullement la présomption d'interdire aux praticiens des incursions dans notre domaine. Quand Babinski se livrait à des électrodiagnostics, les spécialistes allaient y assister afin de s'instruire ; quand Sergent fait des radioscopies du poumon, loin de protester, nous prenons bien volontiers des leçons auprès de lui. Mais nous demandons que l'on reconnaisse que quand un des maîtres de la médecine française utilise avec maëstria une des branches de notre spécialité, c'est que d'abord il s'est donné la peine de l'apprendre et qu'ensuite, il n'a nullement la prétention de connaître toutes les autres branches.

Ceci posé, voyons pourquoi nous croyons nécessaire de conserver comme classe particulière les électro-radiologistes.

Considérons en premier lieu, l'intérêt de la science pure. L'esprit humain n'est pas sembla-

ble à l'église Saint-Pierre de Rome qui est si vaste que, paraît-il, plusieurs orateurs peuvent y parler ensemble sans se gêner ; il n'est capable de réaliser une œuvre utile qu'en se cantonnant dans des besognes déterminées. Les agents physiques n'échappent, pas, plus que toute autre activité humaine, à cette règle. Celui qui les manie a besoin, s'il veut les faire progresser, de les connaître parfaitement et de les étudier sans cesse. C'est ainsi que notre matériel, si divers et si multiple, n'a pu être conçu que par des gens consacrant toutes leurs activités à la spécialité. C'est ainsi encore que nos techniques compliquées et minutieuses n'ont pu voir le jour que grâce à des praticiens se livrant sans relâche à cette spécialité. C'est ainsi enfin que les applications médicales si nombreuses et si différentes ne se sont perfectionnées que parce qu'il existait des médecins confinés dans leur étude. Compter sur les praticiens pour faire avancer notre science serait aussi présomptueux que de se fier à eux pour découvrir de nouveaux alcaloïdes. Nous sommes donc des spécialistes nécessaires. La science électroradiologique ne progressera que s'il persiste des électro radiologistes.

Passons maintenant à la pratique : il est indispensable, proclamons-le sans hésitation, d'avoir fait des études spéciales, pour ne pas exposer soit sa propre personne, soit celle du client, aux dangers réels que présentent, aussi bien que les agents chimiques, les agents physiques. Le banal courant faradique appliqué de façon intempestive peut, en certains cas, provoquer des contractures et des attitudes vicieuses ; les ultra-violets sont capables de causer non seulement de l'érythème , mais aussi des réactions funestes de tout l'organisme ; la diathermie, — même sous forme d'ondes courtes — a déterminé assez souvent des brûlures locales et plus rarement des sphacèles étendus nécessitant l'amputation de tout un membre. Bref, au risque de passer pour un timoré, j'avoue que je n'utiliserais qu'en tremblant nos méthodes courantes si je n'avais été initié minutieusement par un long apprentissage à leur technique

Il est vrai que nombre de spécialistes improvisés peuvent éviter toute surprise en se contentant de séances anodines ; ils emploient des intensités faibles et des durées très courtes ; seulement qui ne voit que ces doses homéopathiques ont de fortes chances de ne pas donner de résultats. Un malade — j'ai vu le fait plusieurs fois — a subi sans amélioration vingt applications de tel courant. Ces applications faites par son médecin ne dépassaient pas cinq minutes ; prolongées jusqu'à une demi heure par un électro-thérapeute, elles procurent la guérison en quelques jours. Cette ignorance d'une technique satisfaisante explique les doléances de confrères consciencieux qui s'étant laissés séduire par un placier ont fait les frais de l'achat d'un appareil quelconque et finissent, après des essais infructueux, par renoncer à son emploi. S'ils avaient commencé par passer durant quelques semaines leurs matinées dans un service d'hôpital, ils n'auraient pas éprouvé ces déboires.

Fort heureusement, grâce à leur mauvaise réputation, le radium et la radiothérapie ne tentent pas en général ceux qui ne sont pas initiés à leur emploi.

Mais il n'en est pas de même pour le radiodiagnostic qui est largement utilisé sans préparation et parfois au grand dam du médecin et du patient.

Il faut craindre d'abord les brûlures, toujours possibles, si l'on commet une erreur de technique. J'en citerai seulement un exemple typique en m'excusant, n'ayant pas ma bibliothèque à ma disposition, de ne pouvoir citer la source où je l'ai puisé : un médecin colonial reçoit dans son bled un appareil de radiodiagnostic. Il procède à un examen de tube digestif et est intéressé par ces images, qu'il ne connaît pas, au point qu'il dépasse les temps raisonnables et cause à son malade une très grave radiodermite.

Il faut ensuite redouter, ce qui est beaucoup plus fréquent, les erreurs de diagnostic. J'ai, avec mes collègues, insisté à maintes reprises sur les abus des interprétations en scopie pulmonaire : c'est un jeune homme parfaitement sain qui renonce à un mariage, ou ne prend pas une situation inespérée, parce qu'un « coup d'écran » l'a fait déclarer tuberculeux ; c'est un malade porteur de grosses lésions bacillaires que ce même « coup d'écran » a reconnu indemne. Il n'y a pas très longtemps, je lisais dans un journal médical qu'un médecin avait dû payer de forts dommages et intérêts à un client auquel il avait affirmé qu'il n'avait rien en lui remettant une radiographie qui montrait une indiscutable fracture de la hanche. Mon ancien assistant Robert Lehmann a, il y a une dizaine d'années, publié l'histoire amusante d'une de ses clientes. Cette dame dont la radiographie était normale, fut déclarée atteinte de luxation de l'épaule par le radiographe non médecin de la Compagnie d'assurances ; moyennant la signature d'une déclaration qu'elle refusait de laisser réduire cette luxation, elle touche une indemnité inattendue et quelques jours plus tard, elle ne conservait aucune trace de sa banale contusion.

On pourrait à l'infini multiplier les exemples, car ce n'est que grâce à une longue éducation que l'on sait lire les images. Pour ne parler que de la radiographie osseuse, qui paraît la plus facile, même si l'on évite les fautes de technique comme les incidences défectueuses qui créent des apparences de luxation, même si l'on connaît les anomalies osseuses, comme les os surnuméraires qui prêtent à confusion avec des fractures, il

existe une quantité de chausse-trappes dans lesquelles tombe fatalement un observateur non averti.

Un médecin, adonné à l'étude de tel ou tel organe et qui a travaillé quelque temps avec un radiologiste de carrière est parfaitement capable de ne pas se tromper, mais sa compétence ne s'étend qu'au champ qu'il a l'habitude d'explorer ; si, par exemple, il est versé dans l'examen du tube digestif, il n'a pas pour cela, le droit d'avoir une opinion sur un orthodiagramme du cœur.

En somme, pour se livrer au radiodiagnostic, il est indispensable de l'avoir appris.

Cette nécessité de savoir son métier est bien fâcheuse pour ceux qui, possédant des capitaux et ne voulant pas être soumis aux dérangements nocturnes et autres inconvénients de la vie de l'omni-praticien, s'imaginent que des appareils nombreux et une installation luxueuse leur permettront de mener une existence facile. Ceux-là font de la mauvaise besogne et discréditent la réputation du Corps médical ; ils risquent d'être d'autant plus funestes qu'ayant dépensé beaucoup d'argent, ils sont fatalement entraînés à chercher à ce que leur mise de fonds leur rapporte.

A ce sujet, je ne puis que déplorer que le Conseil de l'Ordre, nouvellement nommé, *ne comporte pas un électro-radiologiste*. Il eût été bon qu'une autorité compétente soit là pour faire le départ entre les mauvais spécialistes et les bons spécialistes et puisse, en même temps, défendre ces derniers. Le Conseil devrait s'assurer un droit de regard sur le fonctionnement de certaines officines. Durant les dernières années que j'ai passées en France, j'ai eu l'occasion de revoir, pour la Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre, toute une série de malades examinés par un institut qui posait le diagnostic radiologique de tuberculose avec une facilité... déconcertante.

De ces considérations un peu longues, je me permets de conclure qu'il est nécessaire de « qualifier » les électro-radiologistes , tant en ce qui concerne le progrès scientifique que la pratique courante. Et pour cela, voici les mesures que je propose de mon propre chef, car je n'ai pu consulter mes collègues.

I. Il ne faut pas toucher aux situations acquises. Que ceux qui, actuellement, se dénomment spécialistes, ou qui tout en étant omni-praticiens pratiquent accessoirement la spécialité, continuent à exercer comme ils l'ont fait jusqu'ici.

II. A l'avenir, un médecin ne sera en droit de s'installer comme électro-radiologiste que s'il est pourvu du *diplôme* d'électroradiologiste délivré par une Faculté exigeant pour ce diplôme des études sérieuses, comme le fait par exemple la Faculté de Paris.

Seuls ces électro-radiologistes seront autorisés à fournir les pièces médico-légales de leur spécialité.

III. A l'avenir également, les médecins non qualifiés électro-radiologistes, sans avoir le droit de prendre ce titre, pourront se livrer dans leur clientèle à tel ou tel usage de notre spécialité, mais pour cela, ils devront prouver qu'ils ont fait les études nécessaires, études constatées par un *certificat* délivré par une Faculté. Il serait même bon que ce certificat soit exigé pour l'achat des appareils nécessaires.

De telles mesures peuvent paraître draconiennes, car je sais bien que la « qualification » des spécialistes ne jouit pas d'une bonne presse. Mais pour appuyer mon opinion , je citerai l'exemple du Canada.

En Amérique, les constructeurs qui vous vendent un appareil mettent à votre disposition durant deux ou trois jours (rarement une semaine) un ingénieur qui, en ce court laps de temps, se fait fort de vous initier au fin du fin de la spécialité. Pour les radiographes, on ajoute de temps à autre, un cours de huit jours destiné à leurs manipulateurs. Il en résulte une pléthore de spécialistes incompétents qui, naturellement, font rendre à leur installation tout ce qu'ils peuvent en tirer.

Au Canada, les vrais spécialistes ont réagi : pour une fois Canadiens français et Canadiens anglais se sont entendus pour tâcher d'obtenir qu'on ne puisse se dire électro-radiologiste qu'après avoir fourni des preuves de compétence. Les organisations de médecine générale parurent d'abord assez mal disposées. Mais, quand la guerre a éclaté, l'entente paraissait sur le point de se faire de la façon suivante : la dignité du Corps médical exigeait que : *a*) les médecins exerçant soient qualifiés *après enquête* ; *b*) les médecins non encore installés ne puissent se dire électroradiologistes qu'après *des examens sérieux*.

En France, aussi bien qu'au Canada, la bonne réputation de la profession comme l'intérêt des malades exigent que le public puisse être assuré de la compétence de celui qu'il consulte et pour cela, il nous faut arriver à la qualification du spécialiste.

Je prie les omni-praticiens de méditer cette opinion d'un ancêtre qui est maintenant trop vieux pour se soucier personnellement de ce que sera désormais la place des électro-radiologistes et qui n'a en vue que l'intérêt général du Corps médical.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Cette question, que de nombreux correspondants ont déjà traitée dans nos colonnes, semblait avoir été examinée sous toutes ses faces.

Mais une autre contribution nous est parvenue qui nous a paru projeter sur ce sujet si actuel quelques lumières nouvelles et mériter un moment d'attention.

L'auteur y examine l'influence de l'alcool sur le comportement des Français en tant que peuple ; il accuse le toxique d'avoir été l'inspirateur de notre politique impulsive et velléitaire de ces dernières années.

Le point de vue est original. Il intéresse dès l'abord ; ensuite il inquiète.

La politique d'un peuple n'est pas en effet une abstraction pure. Elle trahit les modes de penser, de réagir, de décider des gouvernants que ce peuples s'est donné.

Nos gouvernants récents ne se sont pas signalés par un excès d'austérité et de rigorisme dans leurs mœurs. Les Français s'entretenaient de leurs frasques sur un ton amusé et parfois légèrement méprisant. Tel homme d'Etat était réputé un ivrogne, tel autre un dissolu, celui-ci un efféminé et cet autre un chevalier d'industrie. Bien peu jouissaient d'une notoriété de bon aloi.

Un peuple a besoin de dirigeants d'autre sorte. A défaut de saints il lui faut au moins des hommes capables d'une certaine tenue. Car l'intelligence n'excuse pas tout ; et même elle ne mérite pas une bien grande considération si elle ne se fortifie pas sur du caractère.

Le moment est venu d'éliminer les toxiques.

C'est pourquoi il nous a paru opportun de faire accueil à la lettre ci-dessous, lettre d'un citoyen « conscient » (pour reprendre un terme d'autrefois qui valait surtout par antiphrase) et d'un médecin avisé.

Je suis avec intérêt votre campagne contre l'alcoolisme. Je me suis particulièrement occupé de ce problème, non à la façon des buveurs d'eau, mais comme un homme qui sait apprécier un bon vin, qui a vécu une bonne partie de sa vie parmi les vignerons et qui, par conséquent, juge la question sous différents aspects : du point de vue national, commedu point de vue médical, sans oublier celui du connaisseur que j'ai la présention d'être un peu. Les graves constatations que j'ai pu faire cet hiver m'ont persuadé *qu'il n'était pas de problème plus urgent* que celui de la lutte contre l'alcoolisme ; je crois y avoir songé d'une façon réaliste et c'est pourquoi je me permets d'ajouter mon avis à celui d'autres confrères.

L'alcoolisme est le grand fléau français ; tout le monde, le monde médical du moins, est d'accord sur ce fait. Scientifiquement il est démontré que l'alcool est un poison *et que le vin en est un* (même coupé d'eau) au même titre que les liqueurs et les apéritifs. Voilà un point sur lequel ceux qui font semblant de vouloir réprimer l'alcoolisme jetent pudiquement un voile tissé de mille intérêts qui n'ont rien à voir avec la santé publique. Il me semble également que nos correspondants n'ont pas vu un aspect de l'alcooi lisme qui, pourtant, constitue le syndrome le plus généralement observé et le plus redoutable : je veux parler de l'état d'intoxication permanente et latente de la grande masse des Français et qu'on pourrait appeler : *le syndrome d'intoxication collective permanente.* Le delirium tremens est une rareté (toute relative d'ailleurs) comme aussi la cirrhose type Laennec, par exemple, dont il n'est pas démontré qu'elle est entièrement tributaire de l'alcool. Les gastrites, les entéro-névroses, les phlébites, les névrites, etc., sont des faits d'ordre trop strictement médical pour toucher le grand public. Qui n'en souffre peut se croire indemne d'imprégnation éthylique. Mais le syndrome d'intoxication collective permanente me semble autrement important à signaler. Qu'est-il ? *C'est l'ensemble des signes qui fait une nation fébrile, bavarde, anxieuse, emportée pour de petites causes, privée de sens critique, d'équilibre et de mesure.* Le grand alcoolique orateur de comptoir n'est sensible que s'il trouve un auditoire sans résistance et modérément imprégné d'alcool. La politique, les affaires publiques et privées, le commentaire des lois dont chacun annonce les effets (pour les dénigrer) avant qu'elles soient entrées en action, tout en France se traite le verre en main. Voilà qui est autrement grave que ces cas térotologiques et presque caricaturaux sur lesquels on insiste trop et qui permettent de dire à bien de mes clientes : « Mon mari ne boit pas ; je ne l'ai jamais vu saoul » et à certains rapporteurs, qu'il n'y a pas d'alcoolisme dans les départements viticoles. Voilà ce qui explique aussi que les innombrables cafetiers de notre pays fassent fortune, on ne sait trop comment, puisqu'à écouter mes contemporains, à les observer superficiellement, je peux avoir l'impression que tous sont des modèles de tempérance. C'est ce syndrome mineur que nous devons dénoncer aux pouvoirs publics, le temps n'étant plus où le « beau cas » de tuberculose c'était une caverne géante ; le dépistage des maladies étant devenu pour nous plus une question d'intuition que d'observation de gros signes.

Nous avons perdu la guerre avec une armée d'alcooliques (les officiers n'étaient pas indem-

nes et donnaient trop souvent le ton), d'alcooliques et de fils d'alcooliques. Beaucoup de ces mêmes hommes avaient été d'admirables soldats, énergiques, tenaces, volontaires et *pondérés* de 1914 à 1918. Je veux bien qu'il y ait d'autres causes à notre défaite ; mais si l'on admet que les événements de ces derniers mois n'ont été que l'aboutissement inéluctable de vingt ans d'instabilité psychique il faut bien en revenir à accuser le grand fautif : le vin, le hideux roi pinard.

Au rebours de toute raison il semble qu'on ait une fois de plus compté sur lui pour tendre un ressort qu'il avait déjà brisé. Puis-je dire ? De quoi ne va-t-on pas m'accuser ? L'armée est une école d'alcoolisme. J'ai connu et suivi beaucoup de jeunes soldats qui n'ont appris à boire que pendant leur service militaire. Dans la marine en particulier, ces jeunes engagés de 17 à 18 ans qui souscrivent un engagement de trois ou cinq ans, on ne les surveille absolument pas. Par un pacte tacite, leurs officiers (trop souvent buveurs habituels eux-mêmes) les laissent libres de faire ce qui leur plait à condition que le service et la discipline n'en souffrent pas Un jour sur deux (grâce au régime babord-tribord) ces malheureux désœuvrés que retiennent mal des œuvres et foyers où la bonne volonté l'emporte sur l'intelligence et le tact vont traîner dans ces infâmes bistrots, sollicités par leurs camarades et les tenanciers à boire ces vins frelatés que je tiens pour des poisons violents. L'alcoolisme, l'ivresse même, sont jugés avec une indulgence très bienveillante dans l'armée. Ne pas boire c'est ne pas être un homme. Je parle de faits que je sais bien. En voici un dont j'ai reçu récemment une lettre. Il a « tiré » 5 ans dans la marine. Il a maintenant 30 ans, il est père de quatre misérables avortons ; lui qui était si robuste autrefois, il achève sa vie dans un sanatorium. La cause de sa phtisie ? Son intempérence, rien qu'elle, apprise pendant son temps d'engagement.

Quelle efficacité peut avoir en regard de tels encouragements à peine déguisés, l'attitude un peu ridicule qu'on nous impose en nous ordonnant d'organiser des « causeries » sur les dangers de l'alcool ? D'une part une intempérence tolérée, jugée avec bienveillance, encouragée par le régime des distributions supplémentaires qui n'ont d'exceptionnel que le nom, car elles se répètent à la moindre occasion ; de l'autre un médecin-clergyman qui embête ses hommes avec des conférences et des remontrances qui font rire tout le monde, chefs compris ? Vous connaissez le stupide régime du boni. En avoir c'est être un bon gestionnaire ; l'employer à autre chose qu'à « améliorer » l'ordinaire est interdit. Améliorer l'ordinaire, c'est mettre en perce force barriques supplémentaires. Partout où je me suis trouvé chacun avait à cœur de constituer un solide boni qui s'en allait infailliblement en beuveries interminables et répétées. En face d'un tel régime un malheureux médecin qui prêche la tempérance: la partie n'est pas égale !

Vous me direz que j'aurais dû être plus énergique, protester, faire des rapports ? Hum ! ; Les rapports, les protestations, n'insistons pas! Je me suis simplement efforcé de toucher mes hommes un à un, dans leurs sentiments paternels, par exemple, en prenant texte de leurs « gosses » que je connaissais mal portants, rachitiques, candidats à toutes les maladies et, en tous cas, mal partis pour faire des individus capables de se bien défendre dans la vie. Qu'en est-il resté ? probablement pas grand'chose. Et le plus désespérant, c'est l'impression que j'avais d'être écouté et que j'aurais réussi, avec l'appui de bonnes lois de restriction s'entend, et au moins celui des chefs qui les commandaient.

J'ai pénétré dans bien des *antres* de paysans-montagnards (je ne peux appeler autrement ces masures sordides où j'arrivais parfois après plusieurs heures de marche). La bouteille d'eau de-vie rayonnait en permanence au centre d'une table poisseuse. Des verres ébréchés, des tasses étaient posées autour et chacun, parents et enfants se servait une rasade quand l'envie lui en prenait. C'est là le terrible méfait de l'abominable privilège des bouilleurs de crus. Je n'exagère rien, je parle de faits constants et que j'ai vus. Et l'on était fâché de ce que je m'en allais sans avoir consenti à prendre part à ces libations.

Voici qu'une grande offensive semble avoir été déclanchée par le Gouvernement. Ce n'est qu'une apparence. Ne compte-t-elle pas parmi ses meilleurs jouteurs un homme, célèbre ex-député du midi (je dis ex, à cause de l'incertitude où je suis de la situation actuelle de nos parlementaires). C'est lui qui a magistralement orchestré la grande campagne du « vin chaud pour nos soldats » (la seule qui ait été un triomphe de notre propagande radiophonique) ; lui qui, en juillet 1940 alors que nous pouvions croire que d'autres sujets de soucis tourmentaient nos chefs, se démenait quotidiennement en faveur des propriétaires et commerçants de nos départements méridionaux ; lui qui a trouvé l'impayable formule : « Buvez nos bons vins de France ». Il sort grand vainqueur de ce combat, ayant obtenu la prohibition des seuls apéritifs et une prime à la consommation des fameux « Bons vins » — qu'il dit. En même temps, était maintenu, avec des restrictions toutes formelles, le privilège des bouilleurs de crus. Voilà où nous en sommes. Dire, en France, qu'on lutte contre l'alcoolisme pendant qu'on favorise les privilèges permettant une consommation accrue de vins et d'alcools c'est avoir des habiletés de souffleur et d'escamoteur. Ce n'est un secret pour personne que

l'alcoolisme français est dû à s'excessive consommation du vin et à la possibilité qu'ont les producteurs de posséder à bas prix des alcools extraits de marcs et de fruits. Les apéritifs ne viennent qu'après. Engager la lutte de cette façon c'est prohiber le hachich en Chine et y encourager la consommation de l'opium.

J'ai presqu'envie de prendre la défense des « anis » que je crois beaucoup moins dangereux qu'on ne le dit. Les buveurs d'apéritifs avisés sont avant tout de grands buveurs de vins. L'anis a l'avantage non négligeable de pouvoir être plusieurs fois coupé d'eau, ce qui permet à qui en boit de « tenir » plus longtemps à une terrasse ou à un comptoir avec un seul apéritif. Je crois aussi qu'à faibles doses il a des propriétés digestives et rafraîchissantes, peut-être même un peu toniques. Je n'aime pas son goût, mais c'est là question purement personnelle. Il en est tout autrement avec la bière, le vin et l'alcool qui se boivent purs. Vidé le verre, il n'y a plus qu'à recommencer.

Que conclure ? D'abord que la lutte contre l'alcoolisme devrait être entièrement confiée aux médecins. On ne nous discute pas la lutte contre la syphilis qui est un danger bien moins menaçant. Qui en est atteint en a peur et se soigne (bien ou mal, mais se soigne) ; le traitement en est efficace et surtout le nombre des « élus » qui en sont atteints est beaucoup moins nombreux que celui des alcooliques qui s'ignorent. On ne nous discute pas non plus l'organisation de la lutte antituberculeuse qui est très liée au problème de l'alcoolisme. C'est à nous qu'il faut confier la dictature anti-alcoolique. Nous pourrons mieux que quiconque nous évader de certains intérêts qui méritent d'être pris en considération mais qui sont absolument secondaires lorsqu'il s'agit d'un péril national.

2° Reviser entièrement le problème de la production vinicole et revaloriser le terme « Bon vin français ». Les riches plaines de l'Hérault, de l'Aude et du Bordelais peuvent produire toutes sortes d'autres choses que du vin. La terre y est grasse, bien irriguée, ensoleillée. On peut envisager d'y faire pousser tout ce que l'on voudra, tout de suite et à un prix très rémunérateur. Si l'on attend le bon vouloir des grands propriétaires de ces régions on va à un échec. C'est un ordre qu'il faut sonner. Le Vaucluse vivait de la culture de la garance. Finie cette culture il semblait que ce département ne s'en relèverait jamais ; il est aujourd'hui le plus riche de France grâce aux primeurs et aux arbres fruitiers.

Il faut rendre au vigneron sa place privilégiée dans l'aristocratie rurale, supprimer la culture industrielle, les vins de coupage (1) et de caves coopératives. Rendre sa primauté au propriétaire cultivateur de clos, délimiter très exactement les terroirs, interdire les appellations abusives et qu'on récolte encore du vin de Bordeaux à 100 kilomètres de l'entre-deux-mers. Interdire également les soit-disant bonifications au moyen de produits chimiques.

3° Enfin, il faut vendre le vin *cher* ; et que cette augmentation de son prix bénéficie aux seuls propriétaires et ne soit pas simplement une élévation des droits de régie. Il serait simple, par exemple, que des Commissions fixent chaque année un prix imposé. On reprochera à cette mesure d'être antidémocratique, comme si l'on ne trouvait pas tout naturel de ne manger qu'un beau fruit à la fin d'un repas, un poulet de temps à autre et une langouste dans les grandes occasions ! Le vin est un produit de luxe réservé aux sages et aux gourmets. Qui n'est pas capable d'en boire modérément et de le déguster on doit le lui interdire. Pour moi, j'ai pris l'habitude de m'offrir une bouteille de bon vin par semaine ; je me désaltère avec de l'eau et je déguste une ou deux fois par jour un petit verre de Bordeaux vrai ou d'excellent Bourgogne, ou d'un petit Sancerre ou d'un étonnant Muscadet qui me réserve des surprises à chaque bouteille. On voit par cette description que ce n'est pas un ennemi du vin qui part en guerre contre l'alcoolisme, bien au contraire.

Reste la question des alcools et des apéritifs. Eh bien, pour ceux-ci pourquoi n'établirait-on pas le régime des tickets ou des cartes de consommation, réservé aux seuls adultes et retiré même à ceux-ci lorsqu'ils seraient surpris en état d'ivresse ? tickets personnels et ne pouvant être cédés. Ce système me semblerait plus intelligent que celui qui consiste à modifier périodiquement le degré en alcool des anis, amers et gentianes. Outre que c'est là système qui gâche une marchandise agréable et pas plus offensive que le vin si on en boit peu, nous savons ce qu'il advient de cette délimitation et le passé nous permet d'augurer un jour où sournoisement la loi haussera le ton d'un degré puis de quelques autres. Qu'on ne me dise pas : « jamais plus », je ne pourrais m'empêcher de sourire.

Enfin abolition pure et simple du privilège des bouilleurs de crus. De deux choses l'une, ou bien ce privilège cache un commerce illicite et alors la loi est la loi, ou bien il encourage l'alcoolisme des récoltants et invite à l'intoxication en famille et cela est encore plus condamnable.

Voilà ce que je pense. Mes suggestions méritent des retouches de détail. C'est possible ; dans l'ensemble elles tiennent compte de tous les intérêts qui méritent qu'on les soutiennent. Pour finir, je concluerai que le problème de l'alcoolisme est directement lié à celui de l'amé-

(1) Le coupage est un non sens : il tue le bouquet cette finesse du vin français, varié à l'infini selon le cépage, l'sole, l'année et la minutie de la cueillette et de la vinification.

lioration du sort des paysans. La vie des paysans est misérable. Pour continuer à cultiver certains coins de France il faut être ou un ignorant ou abruti d'alcool, ou un saint. Beaucoup de paysans sont des saints ou si l'on préfère des héros. J'ai lu bien des articles étonnants de bêtise sur la désertion des campagnes. Parce qu'on a donné aux campagnards l'électricité on croit avoir tout fait pour eux. Leur vie est misérable, ils vivent comme des bêtes (je parle surtout des paysans-montagnards et la France est un pays montagneux). Les distractions leur manquent, la proportion des illettrés qu'on s'obstine à faire voisiner autour de 10 % atteint, en réalité, 90 % au moins. Les ouvriers agricoles et leurs propriétaires-fermiers sont logés dans des taudis. Je conserve le souvenir d'une visite dans une étable : dans un lit de fer, sur une paillasse, sans draps, un homme jeune était couché, malade. Dans l'ombre, sur un vieux lit-bateau j'aperçus une forme inerte ; en m'approchant je pus voir le cadavre de la grand'mère attendant d'être mis en bière. Des enfants sales et malingres jouaient tout bonnement sur le lit de la morte. Le premier hameau était à deux heures de marche. Je n'invente pas, j'ai vu cela. Quand on écrit que ces gens abandonnent la terre parce qu'ils n'ont plus la foi, je ne peux m'empêcher de penser que peut-être ils s'en vont plutôt parce qu'ils ne sont pas plus bêtes que nous et qu'ils savent très bien la différence qui sépare leur existence de notre confort et qu'un ouvrier en ville gagne bien sa journée et qu'on fait pour lui mille fois plus qu'on ne fera jamais pour eux. Je ne vois pas pourquoi ils seraient plus héroïques que nous.

Mais ceci est une autre question qui nous entraînerait trop loin.

Dr R. MAIRE.

Et enfin une lettre qui, tout en reconnaissant la difficulté de la tâche qui incombe aux dirigeants, ne les en tient pas quittes pour cela et même les invite à s'y mettre sans retard.

Y a-t-il meilleure preuve de la gravité du mal que cet écho prolongé éveillé dans le Corps médical français par les premières mesures gouvernementales ?

Déjà close votre enquête sur l'alcoolisme ? Déjà épuisé, à votre avis, le sujet ? Pardonnez-moi donc d'arriver si tard, et de vous adresser quand même mes suggestions...

Votre conclusion comporte deux points :

« 1° La limitation... des débits de boissons. »

Ne voyez-vous pas que cette limitation est ABSOLUMENT inopérante ? Que ce n'est pas le nombre des débits, mais le nombre de litres absorbés qui SEUL compte ? Que la diminution du nombre des débits coïncidera — si l'on n'y met ordre — à l'augmentation de leurs salles, de leur confort, de l'attirance qu'ils exercent sur les habitants des taudis ? Qu'ils ne perdront ainsi pas un seul client ? Et que, si des clients étaient perdus, c'est tout simplement qu'ils auraient trouvé des débits « clandestins » tels que les caves de nos paysans, pour ne citer qu'un exemple qui crève les yeux.

Par contre, on ne peut être que tout à fait d'accord sur votre deuxième point :

« 2° L'abolition totale du privilège des bouilleurs de crû ». Parce qu'ici, il y a là SUPPRESSION du produit consommé par la bouche. A condition bien entendu que cette suppression soit RÉELLE.

Malheureusement, cette suppression ne porte que sur l'eau-de-vie. Restent — je mets la bière à part — le vin et le cidre, dont dérive d'abord l'eau-de-vie susvisée — l'alcool industriel étant lui aussi à étudier à part — S'il y a des bouilleurs de cru, c'est parce qu'il y a (laissons de côté les lies et les marcs) beaucoup de vin et de cidre non bu en nature, tout simplement parce que la complaisance des estomacs a ses limites, et « qu'on ne peut tout d' même pas le j'ter à la rue « Alors, on le fait bouillir, et l'eau-de-vie, on ne peut pas non plus la j'ter à la rue, n'est-ce pas ?

Ne voit-on pas que la SEULE solution, c'est de supprimer l'EXCÈS de vin et de cidre ?

Oui, mais, d'abord où est l'excès ? Je répondrai que ce n'est pas à des confrères que j'ai à le dire.

Et comment supprimer l'excès ?

Je me contenterai d'énumérer les moyens, sans choisir :

a) Arracher les vignes et les pommiers en excès Ou mieux, car on ne détruit bien que ce qu'on remplace, remplacer les raisins à vin par des raisins de table, les pommes à cidre par des pommes à couteau. Cela est d'ailleurs déjà en train de se faire.

b) Comme le propose un confrère, établir la carte de vin. Pourquoi pas ? Mais là aussi, il faudra remplacer. Car le fort travailleur a besoin d'être soutenu. Et il faut bien reconnaître qu'à part la caféine, la cocaïne et la morphine, il n'y a que l'alcool et le sucre qui permettent l'effort qui sans eux serait impossible. Donc, pousser à la consommation du sucre AVANT de supprimer le vin, dont le besoin décroîtra aussitôt.

Les buveurs de vin n'ont pas besoin de sucre, et les mangeurs de sucre n'ont pas besoin de vin. Du moins, pas autant besoin de vin. Car dans le vin, il n'y a pas seulement de l'alcool, mais aussi des sels et des vitamines indispensables. Et il faut ajouter des fruits au sucre pour remplacer le vin. Les buveurs de vin n'aiment pas les fruits, dont ils n'ont pas besoin, les buveurs d'eau en sont friands.

c) Mais la carte de vin, c'est du vin qui va rester en trop, car dans notre France bénie, nous faisons du vin assez pour abreuver toute l'Europe. Et nous avons en plus l'Algérie ! Alors exportons, A TOUT PRIX. Faisons établir un pipe-line qui conduise directement notre pinard en excès chez les voisins. Après cela, ils seront moins qualifiés pour nous reprocher notre alcoolisme.

— Tout cela, c'est très joli. Mais ce n'est pas fait — c'est même TRES DIFFICILE à faire. Et je ne pense pas comme le confrère de Montréal que « l'opération est faite » que nous pouvons nous réjouir, que « nous sommes délivrés d'un véritable cancer ».

Car en admettant qu'on nous délivre de l'alcool des bouilleurs et de l'alcool industriel, il restera celui du vin et du cidre. N'oublions pas — on l'oublie trop — qu'au point de vue de l'alcool, et de l'alcoolisme, 4 litres de vin à 10° = 1 litre de rhum à 40°.

Et que l'alcoolisme n'est pas un état statique, mais un état terriblement dynamique. L'ivrognerie date de loin, mais l'alcoolisme (éthylisme, vinisme) date de cinquante ans, comme maladie nationale.

Et qu'IL PROGRESSE, ET A QUELLE ALLURE !

MÉDECINS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

Faut-il souhaiter la création d'un statut des infirmières diplômées ?

Notre courrier nous a apporté récemment la lettre suivante d'un de nos correspondants de vieille date. Il nous a semblé que la question posée présentait un intérêt suffisant pour la soumettre à l'examen de l'ensemble de nos lecteurs.

Voici le texte de la lettre :

« A propos d'un incident soulevé par les Assurances sociales, j'ai grand besoin de renseignements précis que je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner :

1° Existe-t-il un texte légal limitant et précisant les actes médicaux susceptibles d'être pratiqués par des « infirmières diplômées » ?

2° Les infirmières diplômées peuvent-elles pratiquer notamment des piqûres hypodermiques, des piqûres intra-musculaires, des piqûres intra-veineuses ?

3° La prescription d'un docteur en médecine est-elle nécessaire et suffisante pour qu'une infirmière diplômée puisse pratiquer ces actes médicaux ?

4° Ne pensez-vous pas qu'il serait indispensable, en raison du nombre toujours croissant des infirmières diplômées, que celles-ci soient astreintes au dépôt de leur diplôme et que, chaque année, la Préfecture établisse la liste des infirmières diplômées autorisées à exercer dans le département, comme elle le fait pour les Docteurs en médecine, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes et même les herboristes ? »

Dr C.

Prenons, dans l'ordre, les différents points qui y étaient traités.

1° Il n'existe pas de texte légal spécial limitant et précisant les actes médicaux susceptibles d'être pratiqués par des infirmières diplômées ;

2° Celles-ci peuvent donc légalement pratiquer des piqûres hypodermiques intra-musculaires. Rien ne leur interdit expressément les intra-veineuses. Mais, pour cette dernière catégorie de piqûres, aucun médecin sérieux n'abandonnerait à une infirmière le soin de les pratiquer, à moins qu'elle ne présente des garanties de compétence tout à fait particulières. En fait, dans certains dispensaires ou hôpitaux, des infirmières spécialisées, sont appelées à faire des intra-veineuses.

Nous croyons qu'il y a là une imprudence et nous nous demandons si la jurisprudence, assez sévère sur ce point, ne sanctionnerait pas, en cas d'accident, la responsabilité de l'infirmière et du médecin, comme ayant procédé et fait procéder à l'exécution de soins sortant de la compétence habituelle des infirmières ;

3° Pour ne pas être irréguliers, les soins donnés par les infirmières doivent l'être *sur prescription et sous le contrôle* d'un docteur en médecine.

Il convient de remarquer que ces différents actes peuvent être accomplis aussi bien par des infirmières non diplômées que par des infirmières diplômées.

Ceci résulte de ce qu'à l'heure actuelle, la profession d'infirmière est libre et que, si un décret du 27 juin 1922 a créé un diplôme d'Etat d'infirmière, la possession de ce diplôme n'est pas exigée pour l'exercice de la profession et qu'aucun monopole, sauf exceptions que nous verrons plus loin, n'est assuré aux infirmières diplômées.

La seule règle à laquelle doit s'astreindre l'infirmière est de ne pas sortir de son rôle subalterne d'auxiliaire médical. Si elle en sort, c'est la sanction générale de la loi de 1892 sur l'exercice illégal qui s'applique, alors qu'au contraire, dans les limites à elle assignées par son titre d'aide du médecin, elle est exonérée, par l'article 16 de la loi de 1892, de toute présomption d'exercice illégal.

Il est certain qu'actuellement, le nombre des infirmières diplômées va croissant et que leur champ d'activité a tendance à augmenter. Mais si elles mordent surtout sur le terrain jusqu'alors prospecté par des infirmières non diplômées, où est le mal pour le médecin ?

La lettre de notre correspondant semble manifester un double souci : d'abord défendre le domaine de l'activité médicale ; ensuite, assurer l'administration correcte de certains soins.

Sous ce double aspect, la question dépend beaucoup des médecins eux-mêmes.

Qu'ils se défendent en *limitant le nombre des interventions* pour lesquelles ils font appel aux infirmières. Combien de médecins ne condescendent plus à l'heure actuelle à faire eux-mêmes une piqûre !

Qu'ils veillent de près, par ailleurs, à ce que les infirmières ne sortent pas de leur rôle et ne jouent pas celui du médecin, en prenant la direction d'un traitement. C'est beaucoup au médecin qu'il appartient de faire la police du métier d'auxiliaire médical et de faire sanctionner sévèrement, s'il y a lieu, chaque défaillance et chaque abus.

Qu'ils surveillent enfin fréquemment les applications de soins faites par les infirmières, en se

souvenant que leur responsabilité personnelle peut être engagée par une faute de l'infirmière. La jurisprudence en fournit de nombreux exemples.

Faut-il considérer ces mesures d'auto-défense comme insuffisantes et souhaiter, comme le suggère notre correspondant, que *soit promulgué un statut de la profession d'infirmière diplômée* analogue à celui de la profession médicale et de beaucoup de professions para-médicales ?

Cette idée a déjà pris corps puisqu'elle a fait l'objet d'une proposition de loi adoptée par la Chambre des Députés le 28 janvier 1937, aux termes de laquelle l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière serait réservé aux possesseurs du diplôme d'Etat « *qui ne pourraient exercer que sous le contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative* ». (Par infirmier ou infirmière, cette proposition de loi entend celui ou celle de toutes spécialités exerçant à l'hôpital ou à domicile : masseur et masseur aveugle, hospitalier, d'asiles d'aliénés, d'hygiène sociale, métropolitaine et coloniale).

Qu'adviendra-t-il de cette proposition de loi qui dormait dans les cartons du Sénat ?

Si elle était adoptée, elle aurait pour effet certain d'*élever la valeur professionnelle des auxiliaires médicaux* et peut être aussi de *limiter l'exercice illégal de la médecine par les infirmières*, en permettant de frapper les délinquantes de sanctions disciplinaires telles que la suspension.

Mais elle présenterait pour le Corps médical cet inconvénient de donner à la profession d'infirmière diplômée un prestige qui rejaillirait, au détriment des médecins, sur tous les auxiliaires médicaux. Réglementer ceux-ci serait les officialiser. N'est-ce pas précisément ce qu'ils ont cherché eux-mêmes, en militant pour l'institution des diplômes comme première étape ; et ensuite, pour la création d'un statut légal. Gare à la troisième étape qui leur confèrerait certaines fonctions à titre de monopole, et en ferait véritablement des médecins de seconde zone.

Les services des auxiliaires médicaux diplômés sont déjà officiellement agréés et réglementés dans les cas suivants :

1° *En matière d'accidents du travail*, entrent dans la catégorie des frais médicaux supportés par le chef d'entreprise, les honoraires « des praticiens visés par le décret du 26 juin 1922 », c'est-à-dire des *infirmières diplômées* « pour les soins donnés par ces dernières uniquement d'après les prescriptions du médecin et sous son contrôle ». (Loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 1er janvier 1938).

2° *En matière d'Assurances sociales, le règlement intérieur-type des Caisses,* institué par arrêté ministériel du 30 janvier 1937, dispose que ne peuvent être remboursés à l'assuré les honoraires payés à un « auxiliaire médical », dont le médecin traitant a estimé l'intervention nécessaire, qu'après acceptation de prise en charge de ces soins par la Caisse, préalablement au traitement.

Or, le *Conseil supérieur des Assurances sociales*, auquel, bien entendu, obéissent scrupuleusement les médecins contrôleurs des Caisses, a, dans son avis du 5 juillet 1938, précisé que, pour être remboursés les soins devaient être « appliqués sur prescription du médecin par *des auxiliaires médicaux diplômés.* »

3° Enfin, *en matière hospitalière et de médecine sociale* le décret du 18 février 1938, instituant un *diplôme* simple ou supérieur d'*infirmier ou d'infirmière hospitaliers* et d'assistant ou d'assistante d'un service social de l'État a donné aux titulaires de ces diplômes un *monopole d'emploi dans les établissements publics ou dans les établissements privés subventionnés par les fonds publics.*

Là se limite à l'heure actuelle l'activité officiellement réglementée — et protégée — des auxiliaires médicaux diplômés. Il ne faut pas se dissimuler que la tendance qui s'accuse de jour en jour davantage est d'accroître le domaine de ces auxiliaires médicaux, en conséquence du développement de la médecine sociale. Il n'est pas de l'intérêt des médecins d'aider cet accroissement.

Nous croyons du reste que la question de la défense du champ d'action médical contre les entreprises des professions extra ou paramédicales, va se poser avec acuité dans les jours qui vont venir, car elle est essentiellement du ressort de l'Ordre des médecins. Chargé de réglementer l'exercice de la profession, il lui appartiendra aussi d'en assurer l'intégrité par des accords avec les organisations professionnelles voisines, à l'intérieur du groupement plus vaste que sera la corporation sanitaire. Des suggestions analogues à celle que nous publions aujourd'hui l'orienteront, il faut l'espérer, vers des mesures de protection efficace.

Pierre Douriez.

LES INTÉRÊTS CONTRADICTOIRES DES MÉDECINS DÉMOBILISÉS ET DES MÉDECINS PRISONNIERS DE GUERRE

Un des privilèges du *Concours Médical*, privilège qui lui constitue en même temps une très grave responsabilité, c'est de représenter aux yeux des praticiens français un centre vers lequel ils se tournent d'instinct dès qu'ils ont à exprimer une appréhension, un espoir, une revendication.

Lorsque quelque chose va mal dans une région on en appelle au *Concours* pour protester et souvent au « *Sou* » pour défendre. Si le mal s'étend à toute la profession c'est alors une confluence ininterrompue de lettres et de visiteurs.

Tel est le cas en ce moment : quelque chose va mal pour les médecins français. La situation est si paradoxale qu'en prenant le parti de certains on se fait l'adversaire de certains autres, et que tous méritent pourtant d'être défendus.

Il s'agit une fois de plus, on l'a deviné, du décret du 20 mai. Malencontreux décret ! Comme l'enfer il était pavé de bonnes intentions, mais n'avait pas prévu le tour que prendrait la campagne 1940. Entre le 20 mai, date de sa publication et environ le début d'août où il commença à faire parler de lui, la France a eu le temps d'être envahie, occupée, dévastée. Il a suffi de ces quelques semaines pour qu'il n'y eût plus de médecins mobilisés, ceux-ci s'étant partagés en démobilisés et en prisonniers et qu'il y eût beaucoup de médecins chassés de chez eux. Lorsque les uns et les autres eurent repris leurs esprits et certaines préoccupations professionnelles le décret du 20 mai leur apparut en premier lieu. C'était un inconnu : personne ne savait d'où il sortait. Mais d'emblée il se tailla, ce décret de guerre, une situation de premier rang parmi les actualités de l'après-guerre. Telle est en effet sa disgrâce que, véritable anachronisme, il encourt le ridicule de n'avoir pas bronché d'une ligne alors qu'une tempête sans précédent bouleversait le pays, et de protéger mordicus des intérêts qui n'aspirent plus qu'à se défendre eux-mêmes.

***

Pour ceux de nos lecteurs qui ne connaîtraient pas ce texte, rappelons en l'essentiel (1).

ART. I. — Jusqu'à une date qui sera fixée par décret et sans préjudice de l'application des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, la création ou l'extension de tout cabinet médical ou dentaire est subordonnée à une autorisation du préfet du département dans lequel la création ou l'extension est envisagée.

Cette autorisation est accordée après avis du syndicat départemental intéressé.

....

ART. II. — Les cabinets créés depuis le début de la guerre et antérieurement à la date du présent décret ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation prévue à l'article précédent.

....

D'où il appert aujourd'hui que les médecins dont la maison est écroulée et la localité en cendres, que les médecins non installés avant la guerre et qui auraient, au sortir de cette année consacrée au devoir militaire, bien besoin de gagner leur vie, ne peuvent exercer leur profession qu'après demande adressée au Préfet lequel consulte lui-même le syndicat local.

Et comme le syndicat local estime généralement qu'il y a déjà bien assez de médecins sur place il refuse son assentiment et le Préfet son autorisation.

Sur quoi le médecin malchanceux n'a plus qu'à aller voir plus loin le temps qu'il fait.

Depuis août dernier, s'élève un concert de protestations écrites et verbales contre le funeste décret du 20 mai. Et nos lecteurs savent à combien de reprises nous en avons dénoncé la nocivité. Nous avons publié des lettres navrantes de médecins sinistrés qui ne peuvent rentrer dans leur clientèle d'origine, de vieux médecins ruinés qui voudraient améliorer leurs maigres ressources en reprenant le collier, de médecins jeunes non enrichis par une année de solde de médecins auxiliaires et qui ont hâte de vivre de leur profession.

Tous se heurtent au même obstacle imbécile. Et toujours revient la même question : Que faire ? Va-t-on délibérément nous laisser mourir de faim ?

A quelques-uns nous avons eu la joie de pouvoir signaler une occupation permanente ou temporaire. Mais le remède est infime au regard du mal. Et nous demandions à cor et à cris l'abrogation du décret du 20 mai.

***

Nous ne méconnaissions pas la situation particulièrement poignante et digne de sollicitude des médecins prisonniers. Pour eux le décret était une sauvegarde et jouait au moins le rôle pour lequel il avait été conçu.

Des femmes de confrères prisonniers, des prisonniers eux-mêmes nous avaient écrit. Et tout dernièrement nous est parvenu, d'un « Stalag » perdu quelque part en Allemagne, une carte écrite au crayon et qui nous disait :

(1) Lire le texte intégral dans *Concours Médical* du 29 septembre 1940 page 946.

« Les confrères internés dans ce camp et moi nous vous demandons de prendre en main nos intérêts. Que le décret du 20 mai soit intégralement maintenu au moins jusqu'à notre retour. Faites comprendre notre angoisse aux pouvoirs publics. Nous sommes ici sans défense et ne pouvons que remettre notre sort entre les mains d'amis fidèles ».

Cet appel nous a vivement émus. Investis d'une telle marque de confiance nous nous devons d'y faire honneur et de réclamer avec force que les droits de nos confrères prisonniers ne soient pas sacrifiés. Personne du reste ne songe à contester que le pays ait contracté une dette envers eux.

Ceci dit, il n'en demeure pas moins que les médecins chassés de chez eux, sinistrés et Alsaciens-Lorrains, ainsi que les jeunes, démobilisés et actuellement sans gagne-pain, ont aussi droit à vivre. Il serait inique de persister à faire peser sur eux un tel interdit alors qu'on clame à qui veut l'entendre le droit de tous au travail. Il serait indécent de laisser se constituer un prolétariat au sein d'une profession qui se dit composée de confrères. Si, après une guerre, existe une solidarité nationale, n'en existera-t-il pas une professionnelle ?

Il semble que non. D'un peu partout l'on nous signale que les syndicats locaux (et, depuis novembre, ceux qui assurent l'intérim en attendant la constitution des Conseils de l'Ordre). repoussent avec acharnement toute demande d'installation nouvelle, même s'il y a des vides par mort ou cessation d'exercice à combler, même si la région a vu sa population augmenter par reflux de réfugiés.

En conséquence il nous semble que deux mesures immédiates s'imposent :

1° La constitution dans chaque départemens d'une carte où seront pointées les résidencet des médecins prisonniers. Dans les localités rurales et, pour les villes, dans un périmètre à déterminer, l'interdiction du 20 mai subsistera.

2° Partout ailleurs liberté doit être rendue de s'installer comme auparavant.

Au demeurant nous savons que le Conseil national de l'Ordre a déjà envisagé la question et que les conseils départementaux, maintenant désignés, ne tarderont pas à s'en emparer.

Qu'il nous soit permis de leur dire que le temps presse.. A qui voit ses ressources fondre de jour en jour l'hiver est plus rude encore.

Et d'autre part il est tout aussi urgent de calmer les appréhensions de nos prisonniers et les assurer qu'au retour ils retrouveront préservée leur zône de travail.



Variétés

❖ ❖

UN PHÉNOMÈNE PHYSIOLOGIQUE RELATÉ DANS MONTAIGNE ET SAINT-AUGUSTIN

Les hommes de notre génération se souviennent peut être du succès qu'eut à Paris un phénomène physiologique qui servit pendant quelques mois d'attraction dans les music-hall, qui donna lieu à des examens et à des discussions dans nombre de sociétés savantes et fut produit, *horresco referens*, dans quelques salons à la mode. Nous voulons parler du *pétomane*, qui, perfectionnant par une éducation spéciale des dispositions sans doute naturelles des muscles qui commandent les fonctions de l'organe ano-rectal, pouvait à volonté remplir d'air ou d'eau la dernière partie de son gros intestin et les expulser en modulant des rythmes variés.

Or le pétomane n'est pas un phénomène unique de notre époque, témoin le passage suivant que nous empruntons aux *Essais* de Montaigne (Livre I, chapitre XXI. *De la force de l'imagination*).

Au cours de considérations sur l'influence de l'imagination et du moral sur le physique, Montaigne cite certains cas du pouvoir de la volonté sur nos organes les moins disposés à toujours lui obéir :

« Les utils qui servent à descharger le ventre « ont leurs propres dilatations et compressions « outre et contre notre advis, comme ceux-ci « destinés à descharger les roignons. Et ce « pour autoriser la toute puissance de notre « volonté. *Sainct Augustin* allègue avoir veu « quelqu'un qui commandoit à son derrière « autant de pets qu'il en vouloit, et que *Vives*, « son glossateur, enchérit d'un autre exemple « de son temps, de pets organisez suivant le « ton des vers qu'on leur prononçoit, ne suppose « non plus pure l'obéissance de ce membre : car « en est-il ordinairement de plus indiscret et « tumultuaire. Joint que j'em scey, un si turbulent et revesche qu'il y a quarante ans qu'il « tient à son maistre à peter d'une haleine et « d'une obligation constante et irrémittente et « le menne ainsi à la mort. »

J. Noir.

MISE EN ROUTE ET ENTRETIEN D'UN VÉHICULE A GAZOGÈNE

par Henri PETIT

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique
Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

La mise en route d'un véhicule à gazogène est sensiblement plus compliquée quand on veut démarrer directement sur le gaz que lorsqu'on se sert d'essence. Nous allons donc envisager deux cas, suivant qu'on dispose d'essence pour la mise en route ou qu'au contraire on soit obligé de partir directement sur le gaz.

Dans les deux cas on doit provoquer un courant d'air dans tout le système du gazogène et de ses appareils accessoires, afin d'amener le comburant au charbon et d'emmener le gaz combustible vers le moteur.

Si l'on dispose d'essence, on aura placé sur le mélangeur un carburateur qui peut d'ailleurs être de petite dimension et qui est alimenté par un petit réservoir spécial.

On commence par fermer, au mélangeur, le papillon d'arrivée d'air et le papillon d'arrivée de gaz, ce qui permet d'effectuer la mise en route à l'essence par les moyens ordinaires connus. Dès que le moteur tourne on ouvre très légèrement le papillon d'arrivée de gaz, lequel, pour le moment, n'amène que de l'air. On doit naturellement doser son ouverture de façon à ne pas provoquer le calage du moteur. Dès qu'un régime de rotation stable est établi, on présente une torche enflammée dans l'orifice d'allumage du gazogène : le charbon s'allume sous l'influence du courant d'air et la combustion se trouve rapidement avivée par l'aspiration du moteur.

Le conducteur revient sur son siège, attend quelques instants et essaie de marcher au gaz pour voir si celui-ci est combustible. Pour cela il ouvre progressivement le papillon d'arrivée de gaz et en même temps celui d'arrivée d'air tout en fermant l'essence. Si le moteur paraît vouloir marcher au gaz on arrête complètement l'essence et le problème est résolu. Dans le cas contraire on attend encore quelques instants et on recommence jusqu'à obtention du résultat poursuivi.

Pour partir directement sur le gaz il faut naturellement disposer d'un ventilateur généralement commandé par la batterie d'accumulateurs, ventilateur qui aspire le gaz dans le gazogène. A la sortie du ventilateur se trouve généralement disposé un robinet ou une vanne de sortie de gaz dans l'astmosphère.

Dans ces conditions, pour la mise en route, on ferme le papillon d'arrivée de gaz au mélangeur ; on ouvre la vanne d'échappement de gaz dans l'atmosphère et on met le ventilateur en route. On présente la torche d'allumage et quand on estime que le gaz est devenu combustible, on fait un essai en présentant la torche à la vanne d'échappement.

Si l'on opère dans un garage il est d'ailleurs prudent de maintenir constamment une flamme à la sortie de gaz pour brûler l'oxyde de carbone susceptible de se dégager et qui autrement viendrait se mélanger à l'atmosphère du local et la rendrait plus ou moins irrespirable.

Quand le gaz brûle d'une façon continue et sans extinction à l'orifice de sortie, on juge qu'il est bon et l'on peut alors procéder à la mise en route du moteur. Pour cela, on arrête le ventilateur, on ferme la sortie de gaz, on ouvre le papillon d'arrivée de gaz au mélangeur et on agit sur le démarreur. Le moteur doit partir immédiatement. Ensuite on règle les papillons de prise d'air de façon convenable et on peut faire démarrer le véhicule.

Toutes ces opérations ne sont naturellement utiles que pour la première mise en route du matin, ou bien après un arrêt assez long pour que le gazogène se soit éteint. Si l'arrêt n'a duré que quelques minutes, la mise en route est instantanée sur le gazogène. Si l'arrêt a été un peu plus long et que le gazogène, sans s'être éteint, brûle seulement en veilleuse, il faut ou repartir à l'essence comme indiqué tout à l'heure, ou donner un coup de ventilateur pour raviver la combustion.

Quand on arrête définitivement le véhicule, on ferme l'arrivée de gaz au mélangeur de façon à étouffer le générateur qui s'éteint alors assez rapidement.

Les soins d'entretien

On voit que la mise en route est somme toute un peu compliquée, mais le principal inconvénient du gazogène réside dans l'entretien assidu qui est indispensable pour une marche convenable.

Il y a naturellement et avant tout, l'obligation de faire le plein de combustible avant le départ : pour cela, on verse le charbon (qui est généralement engerbé dans des sacs en papier) dans l'orifice de remplissage supérieur du gazogène en ayant soin de bien assurer l'écoulement du charbon, mais sans le tasser : on courrait autrement le risque de le voir former voûte

dans la trémie, ce qui provoquerait l'extinction de l'appareil.

Il faut ensuite fermer soigneusement la porte de remplissage en s'assurant que le joint est bien étanche.

Après une étape, il faut procéder à un nettoyage sommaire du cendrier en dessous de la grille. On ne peut généralement effectuer cette opération qu'une heure environ après l'extinction du gazogène qui garde sa température pendant un temps assez long. Souvent les conducteurs préfèrent réserver le nettoyage pour le lendemain matin, afin que le gazogène soit bien froid. En même temps on aura soin de faire couler un peu de charbon de façon à amener devant les tuyères et plus généralement devant l'orifice d'allumage du charbon frais qui s'enflammera plus facilement que le charbon demi brûlé qui s'y est accumulé au cours de l'étape précédente.

Ce n'est qu'après ce nettoyage qu'on procèdera au remplissage de la trémie.

Le dépoussiéreur qui possède des portes de nettoyage doit être en principe nettoyé tous les jours. Le nettoyage est assez rapide, puisqu'il suffit d'enlever les éléments mobiles, de les secouer et de les remettre en place. Le ramonage du dépoussiéreur s'effectue automatiquement par l'enlèvement des éléments mobiles.

Le filtre doit être nettoyé à des intervalles réguliers qui varient suivant les systèmes entre 500 et 1.000 kilomètres.

Quand le système du gazogène comporte le refroidissement des tuyères par l'eau on doit s'assurer que l'eau existe en quantité suffisant soit dans le radiateur quand c'est l'eau du radiateur qui assure le refroidissement, soit dans le réservoir spécial s'il y a une circulation séparée.

On vérifiera de même le niveau de l'eau dans l'alimentation du gazéificateur si le gazogène en comporte.

***

L'entretien du gazogène constitue l'une des sujétions la plus désagréable surtout dans l'utilisation d'une voiture légère. C'est d'abord une opération sale et qu'on ne peut effectuer en tenue de ville. C'est aussi une opération assez longue. Nous sommes habitués, avec nos voitures à essence, à démarrer en quelques secondes sans aucune préparation préalable de la voiture.

Avec le gazogène, il est prudent de compter au moins 1/2 heure et mieux 3/4 d'heure avant chaque mise en route du matin. Cela nous changera certainement beaucoup de nos habitudes. Et c'est une des raisons pour lesquelles le gazogène n'est pas très indiqué pour l'équipement des voitures légères conduites par leur propriétaire, lorsque, ce qui est le cas général, celui-ci utilise sa voiture pour les besoins d'une profession libérale.

ORDRE DES MÉDECINS

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

28, Rue Serpente, Paris (VIe)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine communique ce qui suit aux médecins de ce département :

La loi du 26 octobre 1940, instituant l'Ordre des Médecins, stipule que « nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité par un Conseil professionnel, dit Conseil de l'Ordre des Médecins » (article premier), et que « dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des Médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art » (article huit).

Vous êtes prié, pour solliciter votre inscription au tableau, de remplir préalablement le questionnaire ci-après en donnant toutes les précisions demandées.

Veuillez faire suivre ce questionnaire de la formule suivante : « Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des Médecins de la Seine, je jure sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité ; j'autorise toutes les vérifications nécessaires et je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes ». Veuillez enfin dater, signer et adresser votre demande avant le 1er mars 1941.

au Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine
28, rue Serpente Paris (VIe)

Toute fausse déclaration entraînerait le refus de l'inscription au tableau de l'Ordre sans préjudice des sanctions judiciaires.

QUESTIONNAIRE

1. Nom :

2. Prénoms :

3. Nom de naissance (en cas de changement de nom) :

4. Date et lieu de naissance :

5. Nationalité :

   Est-ce votre nationalité d'origine ?

   Sinon, est-elle acquise par le mariage ou par naturalisation, et à quelle date ?

6. Nationalité du père et de la mère :

   Ont-ils été naturalisés, et à quelle date ?

7. Etes-vous marié ?

8. Votre conjoint (ou conjointe) possède-t-il la nationalité française à titre originaire ?

9. Domicile actuel :

10. Date et lieu de soutenance de la thèse :

11. Titres universitaires et hospitaliers :

12. Distinctions honorifiques :

13. Spécialité :

14. *Où exercez-vous ?*

15. Avez-vous exercé en d'autres endroits ?

    où ?

    et quand ?

16. Etes-vous attaché à un service hospitalier public ou privé ?

    Lequel ou lesquels ?

    et à quel titre ?

17. Quels sont les organismes qui font appel à vous régulièrement ?

    (Tribunaux, assurances, compagnies, établissements privés, dispensaires, cabinets d'affaires.)

18. Avez-vous un associé ou assistant dans l'exercice de votre profession ?

    Quels sont son nom, ses titres, et sa nationalité d'origine ?

19. Avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise touchant les professions médicale ou para-médicales ?

20. Avez-vous encouru des peines judiciaires ou syndicales concernant votre activité professionnelle?

    Lesquelles ?

    A quelle date ?

21. Avez-vous encouru des condamnations de droit commun ?

    Lesquelles ?

    A quelle date ?

22. Quel est l'état de vos services militaires ?

23. Etes-vous en règle avec la Caisse des Allocations familiales ?

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

14.077 Rone, Naveil (Loir-et-Cher). Société amicale des Elèves et Anciens Elèves du Val-de-Grâce.
14.078 Savina, Pont-Croix (Finistère). Syndicat de Quimper.
14.079 Seguin, Meulan (Seine-et-Oise). Association des Internes des Hôpitaux de Paris.
14.080 Simon, Plouay (Morbihan). Parrains : Docteurs Leclerc et Buqueu.
14.081 Vermersch, Aytré (Charente-Inférieure). Syndicat de Tourcoing.
14.082 Vincent, 32, rue d'Antin, Lille (Nord) Association générale des Médecins de France.

Ces admissions deviendront définitives, si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

Le Livre d'Or du Corps médical Français

Légion d'honneur

Inscriptions au tableau pour Officier

Guérin (Marcel), **médecin commandant au 8e rég. de tirailleurs marocains ; médecin chef du régiment, d'un dévouement sans bornes et d'un courage à toute épreuve. Blessé par éclats d'obus à la poitrine et au pied, s'est refusé énergiquement à se faire évacuer et a continué à assurer son service au cours de deux combats successifs. Isolé au passage de la Loire, a réussi, au prix d'un effort surhumain, à regagner son régiment.**

Pour Chevalier

Gonnet (Charles-Auguste-Clément-Emile), **médecin capitaine au 4e rég. de tirailleurs marocains : le 14 juin 1940, le service médical du régiment étant absorbé par les secours urgents donnés à une colonne d'artillerie qui avait subi de lourdes pertes par suite du bombardement allemand, a assuré les premiers soins et les évacuations des nombreux blessés du régiment, sous un feu meurtrier, malgré de furieuses attaques ennemies, alors que le régiment isolé et presque encerclé se défendait héroïquement. A déjà été cité pour sa bravoure en Lorraine.**

***

Les citations

Briand, *Médecin-lieutenant au 4e hussards.*

Oficier d'un dévouement absolu, le 5 juin, au combat de Tailly-l'arbre à Mouche, s'est dépensé avec un courage tranquille et un mépris absolu du feu des tirailleurs et des chars ennemis pour soigner les blessés et assurer les évacuations.

Citation à l'ordre de l'armée 29 juin 1940, ordre général n° 5.

Husson André, du G. S. D. 57. *Pharmacien-lieutenant.*

« Toujours volontaire, le 16 juin 1940 s'est joint volontairement à l'officier chargé d'assurer la régulation des convois civils et militaires affluant au pont de Sully. A de plus sous le bombardement violent de l'aviation ennemie, donné un bel exemple de sang-froid et de courage, en pansant des blessés laissés sans secours ».

« Citation à l'ordre du régiment 57e division d'infanterie. » 7e armée.

LA MAISON DU MÉDECIN

(*Communiqué*)

Le Dr P. A. Digeon, trésorier de « La Maison du Médecin » prie instamment ses confrères de lui adresser sans retard leur cotisation annuelle s'ils veulent que l'œuvre, à travers les difficultés présentes, puisse continuer à vivre et secourir les vieux et les déshérités de la profession.

Il leur demande d'envoyer le montant de cette cotisation (membres titulaires : 30 francs, membres adhérents : 20 francs).

Soit par chèque bancaire au nom de : « La Maison du Médecin » ;

Soit par chèque postal : Paris 391-46.

Il leur rappelle en outre l'adresse :

La Maison du Médecin
51, rue de Clichy, Paris.

Le rapatriement des Médecins prisonniers va désormais se poursuivre activement

De notre correspondance spéciale, nous extrayons deux lettres : l'une d'un médecin prisonnier, l'autre de l'épouse d'un confrère prisonnier.

10-XII-40. Monsieur, membre du « Sou Médical » et aussi du *Concours*, je vous prie de prendre la défense des médecins de réserve, prisonniers en Allemagne, dont le sort si malheureux semble bien méconnu des confrères. Notre gouvernement devrait demander aux autorités allemandes un accord réglant le service médical des prisonniers suivant ces suggestions : 1° Utilisation des médecins de « l'active » et des jeunes médecins n'ayant pas terminé leur service militaire ; 2° Libération des médecins de réserve prisonniers selon l'âge, la situation de famille, la position sociale (installé ou non) ; 3° Relever les médecins prisonniers (souvent du fait d'avoir fait leur devoir jusqu'au bout au lieu de fuir), par ceux affectés aux formations de l'intérieur pendant toutes les hostilités ; 4° Fixer le nombre des médecins absolument indispensables aux soins des prisonniers (dans certains endroits pour 100 travailleurs). Nous donnons nos soins aux prisonniers depuis 6 mois, il serait juste que l'idée d'une relève soit envisagée le plus rapidement possible. Pensez que beaucoup d'entre nous sont âgés de plus de trente ans, mariés, pères de famille, établis depuis quelques années déjà. Si l'idée d'une relève nous parvenait, nous pourrions espérer que notre vie ne serait pas brisée. Si la libération des médecins a lieu sans tenir compte de ces facteurs, les pires injustices seront commises. Un mouvement rapide dans ce sens nous montrerait que la grande famille médicale existe encore et n'oublie pas ses membres prisonniers de guerre. Tous les médecins de réserve prisonniers remettent tous leurs espoirs en vous et votre *Concours*, pour assurer une juste libération, en soumettant à notre gouvernement ces suggestions. Recevez, cher Confrère, etc.

Docteur J. L.

***

Le 10 décembre 1940. Je lis avec un vif intérêt vos articles dans votre journal. Je croyais que d'après la con-

vention de Genève 1929, le corps sanitaire, n'étant pas union combattante, devait être libéré. Cette question est tout à fait injuste : les hommes qui se sont rendus payent pour les fuyards... ; vous me répondrez il faut des médecins pour soigner les prisonniers ? et ceux de l'active ? ne pourraient-ils pas prendre la place de ceux qui sont internés depuis 6 mois en Allemagne, comme mon mari qui a 40 ans avec ses deux enfants, il a été mobilisé depuis le premier jour et toujours au front dans un régiment d'artillerie de 75. Ces hommes souffrent physiquement et moralement, ne pourrait-on pas faire un effort pour mettre cette question au point. La situation de ces pauvres prisonniers est handicapée pendant que les autres dorent leur blason ; si la guerre dure plusieurs années, leur clientèle ira chez le médecin voisin ?

Je compte sur vous pour être l'interprête auprès des autorités compétentes pour défendre une cause juste ?

Madame D.

***

A nos correspondants, nous avons répondu que, depuis les premiers jours d'octobre, nous nous étions intéressés à cette importante question du rapatriement de nos confrères prisonniers de guerre, en vue d'en hâter l'exécution.

D'après la Convention de Genève, en effet, les médecins ne peuvent pas être faits prisonniers. On doit, soit les échanger, nombre pour nombre avec ceux des autres armées belligérantes, soit les libérer purement et simplement ; une seule réserve est constituée pour les soins, qu'il faut assurer aux autres militaires prisonniers.

C'est ce dernier point, qui faisait un premier obstacle à un rapatriement immédiat. Comme on le sait, nombreux étaient les captifs ; nombreux aussi dispersés les camps d'internement. Une organisation complète, et relativement compliquée, s'était imposée tout d'abord ; il s'agissait d'un véritable regroupement de tous les captifs dans des centres, qui devaient être aménagés.

Ce premier stade ne put être dépassé que vers le milieu de novembre. Mais, nous nous tenions en contact avec les autorités compétentes, et, dès le début, nous avions recueilli l'assurance d'une relève de nos confrères, dès que les circonstances le permettraient. Nous l'avions d'ailleurs annoncé dans les réponses personnelles faites à nos correspondants.

Comme détail d'exécution, une commission médicale internationale fut nommée, et, dès la fin novembre, elle se mit à parcourir les différents camps d'internement. Sa mission était double : 1° contrôler l'organisation de ces camps ; 2° prendre des renseignements individuels sur tous les médecins en captivité, afin d'organiser éventuellement une relève parmi eux.

Nous avons toujours partagé les idées de notre correspondant, en ce qui concerne les principes directeurs, qu'il fallait admettre pour cette relève.

Dernièrement encore, les renseignements recueillis ne nous laissaient pas un espoir immédiat ; les choses trainaient en longueur.

Aujourd'hui, nous savons que nos désirs com-

mencent enfin à se réaliser. Sur un total de 1.400 médecins prisonniers en Allemagne, 650 sont aujourd'hui progressivement rendus à leur famille et bientôt à leur clientèle, à la cadence de 60 par jour. Libérés par les Allemands à Chalons-sur-Marne, les confrères sont démobilisés dans la Région. Il semble que l'on ait fixé à un confrère pour 2.000 prisonniers les besoins médicaux des camps de captivité définitivement organisés ; on garderait aussi les spécialistes, dont le manque se fait sentir.

G. Fischer.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Loyers

Loi du 29 *décembre* 1940 *reportant au* 1er *juillet* 1941 *l'expiration des prorogations de jouissance et les majorations de loyers prévues par la loi du* 1er *avril* 1926, *modifiée par les lois des* 29 *juin* 1929 *et* 31 *décembre* 1937, *venant à échéance au* 1er *janvier* 1941.

(*J. O.*, 17 janvier 1941.)

Médecins Inspecteurs de la santé

M. le Docteur Armand Benech, médecin inspecteur adjoint de la Santé à titre temporaire de l'Indre, non installé, est affecté dans la Haute-Vienne.

Sont nommés, à titre temporaire, médecins inspecteurs adjoints de la santé :

M. le Docteur Boy, dans le département des Landes.

Mme veuve Darnaud, dans le département de la Saône-et Loire.

M. le Docteur Sauzet, dans le département de la Haute-Savoie.

Mlle le Docteur Liégeois, dans le département du Puy-de-Dôme.

Mme le Docteur Bonnafous, médecin chef de service à l'hopital psychiatrique d'Alençon (Orne), est mise en disponibilité, sur sa demande, à dater du 10 décembre 1940, pour une durée d'une année, renouvelable.

Mme Frezouls, née Marthe Weisbecker, sous-chef de bureau à l'administration centrale (secrétariat général de la famille et de la santé), est admise d'office à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er janvier 1941.

(*J. O.*, 11 janvier 1941.)

Pharmacie

Décrets du 9 *janvier* 1941 *portant création d'un Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques et nommant les membres de ce Comité.*

Sont nommés : Président : M. Maurice Leprince

Membres : MM. Marcel Bo, André Cormar, François Prevet, Marcel Lantenois, Louis Pappillaud.

(*J. O.*, 14 janvier 1941.)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

4.931. — Régularisation et suture de plusieurs moignons de doigts

J'ai encore recours à vous pour une question de tarif d'accident du travail.

Il s'agit d'un blessé à qui j'ai fait :

1° Régularisation, esquillectomie, suture d'un moignon du pouce droit ;

2° Régularisation dernière phalange, index droit ;

3° Suture primitive d'une plaie de la deuxième phalange médius droit.

Le blessé présente à l'heure actuelle un moignon du pouce droit au tiers inférieur de la première phalange.

Une amputation du tiers inférieur de la troisième phalange de l'index, médius normal.

Dr C.

Réponse

D'après vos explications, vous auriez régularisé des écrasures du pouce droit et de l'index droit (régularisation et sutures des moignons) plus fait la suture d'une coupure du médius. Auquel cas, je compterais en bloc (art. 17) : Amputations partielles de plusieurs doigts : 200 francs.

Dr F. Decourt.

4.949. — Majorations dominicales

Au sujet d'une tarification accident du travail : une intervention, (réduction d'une luxation de l'épaule), pratiquée le dimanche, cas urgent : est-elle tarifiée 170 × 2 P (Titre Ier, art. 3 du tarif du 5 mai 1939).

Dr D.

Réponse

La majoration dominicale n'est notée (art. 3-5), que pour la visite seule, même pas pour la consultation, « qui ne dérange guère le médecin » nous a-t on déclaré à la Commission. Il n'y a de majoration pour les interventions que pour celles effectuées de nuit. (Art. 8). Auquel cas, cette majoration est de 25 % ; mais il n'y a aucun tarif spécial pour les interventions pratiquées les dimanches et jours de fête.

Dr F. Decourt.

97. — Brossage et tannage de brûlures

Pourriez-vous m'indiquer le tarif d'accident de travail d'un traitement de brûlure grave (deux cuisses plus deux fesses) par tannage sous anesthésie générale à l'évipan sodique = un dimanche ?

J'ai fait l'intraveineuse, la malade étant surveillée par un pharmacien.

J'ai décapé les surfaces brûlées.

J'ai pratiqué le tannage par pulvérisation. Cette intervention était postérieure à l'établissement du tarif en vigueur, il me semble avoir vu qu'elle fut tarifée l'an dernier, mais je ne retrouve pas la référence.

D: B.

Réponse

a) Vous trouverez, Art. 20 a), « traitement spécial de brûlures étendues ou multiples sous anesthésie générale, par brossage et tannage ou procédé analogue : 45 francs. »

b) Il n'y a de majoration dominicale que pour la *seule* visite, même pas pour la consultation « qui ne dérange guère le médecin » nous a-t-on objecté à la Commission du tarif.

c) Pourquoi prendre comme anesthésiste, non un confrère, mais un pharmacien, d'ailleurs incompétent, mais, en outre, qui ne peut rien réclamer comme « aide », lequel doit être un « médecin » pour pouvoir se faire payer 80 francs. ? (Art. 12).

Dr F. Decourt.

202. — Les honoraires pour anesthésies

L'article 12 du tarif indique que pour les opérations « comportant l anesthésie générale ou régionale, le « médecin anesthésiste reçoit les honoraires fixés « à l'article 11 ci-dessus.

Article 11 : « Pour les interventions chirurgica- « les, la rémunération de tout aide docteur en « médecine ou officier de santé est fixée à 80 francs, « etc.. » ce qui voudrait dire que la rachi-anesthésie ne serait payée qu'au cas où elle ne serait pas faite par le chirurgien lui-même.

On peut affirmer que dans la régle, les rachi-anesthésies sont toujours pratiquées par les opérateurs.

De ce fait donc, les honoraires de rachi ne seraient pas à réclamer par le chirurgien.

Dr M.

Réponse

L'art. 12 est très net : « L'anesthésie générale donne lieu à un honoraire de 80 francs à condition qu'elle soit pratiquée par un médecin *autre* que l'opérateur ».

Donc si l'opérateur pratique lui-même l'anesthésie, celle-ci « ne donne pas lieu » à un honoraire, quel qu'en soit le mode.

170. — Luxation du genou

J'ai eu l'occasion d'être appelé auprès d'un malade qui avait une luxation du genou (y compris luxation de la rotule). J'ai fait la réduction et une immobilisation provisoire à l'aide d'attelles en vue de son transport à l'hôpital.

A l'hôpital on a maintenu l'immobilisation trois semaines et on l'a renvoyé.

Que dois-je demander à l'assurance ? (Aucune intervention n'a été faite à l'hôpital). D'autre part il était 21 heures, (heure allemande), suis revenu plus d'une heure après. Ai-je droit à une indemnité supplémentaire tant kilométrique que pour mon intervention ?

Dr F.

Réponse

Si vous avez fait une « réduction et contention de luxation du genou », et surtout si aucune intervention n'a été faite à l'hôpital concernant cet accident, il ne peut y avoir doute sur les honoraires qui sont de 220 francs (Art. 19). Et cela d'autant mieux que « le tarif de l'opération ne comprend que le tarif opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte (Art. 10) ». Le médecin d'hôpital n'aura à réclamer en l'espèce que les honoraires journaliers de 6 francs (Art. 30-b).

Dr F. DECOURT.

---

b) Tarifs divers

132. — Injections intramusculaires en série

Je fais actuellement à une malade à mon cabinet une injection intramusculaires de Quinby.

Quel est le tarif à appliquer ?

Dr L.

Réponse

a) Vous ne dites pas s'il s'agit d'accident de travail, d'Assurances sociales ou de clientèle ordinaire. Vu l'espèce de médication, je vous réponds en matière d'assurances sociales,

b) L'injection intramusculaire en série est indiquée sur la « Nomenclature nationale de pratique médicale courante (Edition d'avril 1940) par P. C. 0,75, donc moindre que le prix de la consultation simple. Si celle-ci dans votre département est de 20 francs, ce serait donc pour chaque injection 15 francs.

c) Vous ne pouvez mettre sur la feuille de visite que P. C, 0,75 et rien de plus puisque

« cet acte doit être noté sur la feuille de maladie, à l'exclusion de la consultation ou de la visite ». (Voir au début de la Nomenclature, à observations générales 1°).

Dr F. DECOURT.

ALLOCATIONS FAMILIALES

360. — Exemption de paiement des cotisations

Je viens de lire dans le *Concours Médical* du 12 janvier votre intéressant article sur les « Allocations familiales » et je me permets d'avoir de nouveau recours à vos lumières.

Dans votre réponse du 6 décembre vous m'avez fait savoir que, père de trois enfants âgés de 21, 18 et 13 ans, je n'avais plus droit à l'allocation familiale — soit — mais je voudrais bien savoir si le fait d'avoir élevé trois enfants ne me donne pas le droit au moins à une réduction de cotisation.

Un « nota » de votre article dit que les travailleurs indépendants qui ont élevé quatre enfants au moins jusqu'à l'âge de 14 ans, peuvent être dispensés, sur leur demande, du paiement de toute cotisation aux Caisses d'allocations familiales.

Donc ceux qui n'ont élevé que trois enfants, comme moi, doivent payer quelque chose ; mais cette cotisation est-elle la même pour ceux qui n'ont pas eu d'enfant ou qui n'en ont eu qu'un, que pour ceux qui ont eu et qui ont encore trois enfants à charge ? Cela me paraîtrait tellement injuste que je ne le conçois pas !

D'autre part, voudriez vous me dire jusqu'à quel âge ou jusqu'à quel moment les travailleurs sont tenus au versement des cotisations ?

Dr E.

Réponse

Le décret du 1er décembre 1940 n'accorde d'exemptions qu'aux parents ayant élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans. Ce texte ne prévoit aucune réduction de cotisation pour les familles ayant moins de quatre enfants.

Vous êtes donc tenu au paiement intégral des cotisations, ce qui va peut-être vous paraître injuste, mais le législateur n'a pas cru devoir étendre le cas d'exemption.

Les médecins ne sont tenus de s'affilier à une Caisse d'allocations familiales que tant qu'ils exercent leur art. Le jour où vous abandonnerez l'exercice de la médecine vous pourrez donc démissionner de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales.



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro............. 2 fr. 50

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 36. — Chirurg. 34 a., sér. réf. cherche poste assist., associat. ou success. Capitaux dispon. Accepter. remplacem. longue durée, toutes régions. Ecr. Madilhac, 84, boulev. de la Madeleine, Marseille (B.-du-R.).

Nº 37. — Manipulatrice radio diplômée, 5 ans pratique, sténo-dactylo, cherche place. Mme Marillier, 10, rue du Pré, Saint-Claude (Jura).

Nº 38. — A vend. appar. portat. pour électro-coagul. et diathermie-Coagulix A. Etabl. Duflos. Ecr. Dr G. Bons, 31, boul. Carnot, Montluçon (Allier).

Nº 38. — Villa à louer, à Cusset-Villeurbanne, 325, Cours E.-Zola, 7 p., salle bains, chauf. cent. eau, gaz, élec. garage, jardin. Arrêt tram Perrache-Cusset. Prix : 9.000 par an. Ecr. à Roche, 15, rue Thiers, Grenoble (Isère).

Nº 40. — Pas-de-Calais, zone interd., jeune doct. en méd. franç. recher. utilisat. diplôme, occupat. médic. ou para-méd., associat. ou assist. en vue success. Dr Rogez, Avesnes-le-Comte (P.-de-C.).

Nº 41. — Cherche à vend. ou à échanger, poste zone non occupée, contre poste zone occupée. Pressé. Dr Caillault, 5, rue Lazare-Carnot, Cognac (Charente)

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS

Belle banlieue. — Client. stable et anc. Prix : 40.000.

Radiologie. — Deux très importants cabinets. Prix à déb.

Normandie. — Gros poste rural. Région riche. Prix : 60.000.

Ouest. — Seul méd. Bon rapp. Mais. conf. Ind. : 55.000.

Urgent. — Après décès. Cabinet dermato-vén.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe)

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'ABSORBTION PERLINGUALE. Donnez donc du manganèse sous forme de Tablettes de **Mangaïne**, dans les dyspepsies par auto-intoxication. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (*Morbihan*).

Héliothérapie. Maison santé Héllos. Dr BRODY, Grasse.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La Médaille du Professeur Nobécourt** lui a été remise le dimanche 19 janvier au cours d'une réunion intime qui s'est tenue au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du Professeur Baudouin, Doyen de la Faculté. De nombreux membres du Corps professoral de la Faculté s'étaient joints aux élèves et aux amis du professeur Nobécourt pour témoigner au savant Maître leur haute estime pour son brillant enseignement pendant vingt-cinq années à la Clinique médicale des enfants.

Le *Concours médical* est heureux d'adresser à son éminent collaborateur, M. le Professeur Nobécourt, ses plus sincères félicitations.

— **Faculté de médecine de Paris**. *Cours de thérapeutique*. — M. le professeur Aubertin fait son cours au Petit amphithéâtre à 16 heures.

12 février : Médication diurétique. — 14 février : Traitement des néphrites aiguës et des néphrites chroniques albuminurique et hydropigène. — 19 février : Traitement de la lithiase rénale et des infections rénales.

— **Clinique Gynécologique**. (Hôpital Broca, 111, rue Broca), Professeur : M. Pierre MOCQUOT. *Cours de perfectionnement* (*Gynécologie*). — M. le Professeur

Pierre Mocquot, assisté de M. R. C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; MM. Picard-Leroy et Coldefi, chefs de clinique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; Mlle S. Gothié, préparatrice du laboratoire, fera ce cours du 3 au 15 mars 1941.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Droit : 300 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures ou à la salle Béclard, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après midi.

— Hôpital Broussais-la Charité. — Le Dr Ameline, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, fera tous les dimanches, à 10 h. 30, une série de leçons sur : *La tactique opératoire en chirurgie abdominale d'urgence* (Amphithéâtre, service du Professeur Donzelot). Deuxième leçon, le dimanche 9 février, à 10 h. 30.

— Commission de réforme des études médicales. — La Commission de réforme des études médicales, instituée par arrêté ministériel, a commencé ses travaux le 13 janvier 1941 à la Faculté de médecine de Paris.

Cette commission est composée de onze membres : MM. les professeurs Pierre Duval, président, Baudouin, Maurain (doyen de la Faculté des sciences), Mondor, Pasteur-Vallery-Radot (de Paris) ; Lépine (de Lyon) ; Mauriac (de Bordeaux) ; Cornil (de Marseille) ; MM. les professeurs agrégés Alajouanine et Jean Delay (secrétaire de la Commission).

— Institut Pasteur de Paris. — Le conseil d'administration de l'Institut Pasteur a nommé : directeur de l'Institut, M. Tréfouël ; sous-directeur, M. Noël Bernard ; secrétaire général, M. Dujarric de la Rivière.

— Commissariat général à l'Education générale et aux sports. — Comme nous l'avons annoncé, un cours d'information comprenant vingt conférences concernant plus spécialement les questions touchant au contrôle médical de l'éducation physique et sportive commencera le 10 février 1941.

Ce cours est, en principe, destiné aux médecins des lycées et aux médecins-inspecteurs des écoles de Paris et du département de la Seine. Toutefois, suivant les possibilités, un certain nombre d'autres médecins pourront être admis à le suivre.

Les trois premiers cours auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. A partir du lundi 17 février, ils se feront à l'Institut

d'éducation physique de l'Université de Paris (1, rue Lacrételle) où ils seront suivis de démonstrations pratiques. Les deux dernières séances auront lieu à la Faculté. Durée des conférences : trois quarts d'heure ; durée des démonstrations pratiques : une demie-heure. Chaque séance commencera à 9 heures du matin.

Les droits d'inscription (50 francs) sont reçus au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 16 h., ou tous les jours, de 15 à 18 h., à l'Institut d'éducation physique.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser de 15 à 18 heures à l'Institut d'Education physique ou au Commissariat général à l'Education générale et aux sports (bureau médical), 11, rue Scribe. Téléph. : Opéra : 61 66.

Programme des cours : 10 février : Organisation scolaire, nouvelle doctrine de l'Education physique (M. Loisel). — 12 février : La puberté chez la jeune fille. Ses rapports avec l'éducation physique et le sport. (M. Béclère). — 14 février : L'éducation physique au cours de la croissance (M. Richard.) — 17 février : L'appareil respiratoire, ses rapports avec l'éducation physique et le sport. (M. Richard.) — 19 février : L'appareil circulatoire ; ses rapports avec l'éducation physique et le sport. (M. Chailley-Bert.) — 21 février : Physiologie thoraco-abdominale. (M. Huc.) — 24 février : Facteurs de croissance (M. Binet.) — 26 février : Anomalies pondérales et staturales du développement somatique. (M. Decourt.) — 28 février : Education des fonctions musculaires ; attitude, automatisme, coordination. (M. Huc.) — 3 mars : Fatigue, surmenage, repos, sommeil, entraînement. (M. Chailley-Bert.) — 5 mars : Tuberculose, éducation physique, sports. (M. Pélissier.) — 7 mars : L'alimentation dans l'éducation physique et le sport. (M. Lesné.) — 10 mars : La fixation du calcium. Dystonie végétative (M. Decourt.) — 12 mars : Examen de la colonne vertébrale. (M. Huc.). — 14 mars : Examen de la colonne vertébrale (cyphose, lordose, etc.). Physiologie du pied. (M. Huc.) — 17 mars : Statique et dynamique du membre inférieur ; la marche. (M. Huc). — 19 mars : Historique et confrontation des méthodes d'éducation physique. (M. Richard.) — 21 mars : Les différents sports ; indications et contre-indications. (M. Collet.) — 24 mars : Respiration artificielle et méthode de sauvetage. (M. Binet.) — 26 mars : Conclusions pratiques ; la fiche physiologique. (M. Cathala.)

— Hôpitaux de Paris. — *Mouvements et mutations* dans le personnel médical, par suite des vacances survenues en 1939-1940.

Services de médecine :

A Boucicaut (remplacement de M. le Dr Courcoux, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Ravina.

Aux Enfants-Malades (remplacement de M. le Dr

Armand-Delille, atteint par la limite d'âge), M. le Dr HUBER, médecin de l'hôpital Hérold ;

A Hérold (remplacement de M. le Dr Huber), M. le Dr TURPIN, de l'hôpital Beaujon ;

A Beaujon, (remplacement de M. le Dr Turpin); Néant (service fermé).

A la Pitié — chaire de Clinique médicale transférée provisoirement à l'hôpital Cochin — (remplacement de M. le Prof. Clerc, atteint par la limite d'âge) : M. le Prof. HARVIER, de l'hôpital de la Pitié;

A la Pitié (remplacement de M. le Prof. Harvier, nommé professeur de clinique) : Néant (service fermé).

A Cochin (remplacement de M. Marcel Pinard, décédé) : Néant (service occupé provisoirement par la Clinique médicale de la Pitié).

A *l'Hôtel-Dieu,* (remplacement de M. le Prof. Carnot, atteint par la limite d'âge) : Prof. FIESSINGER, de Necker.

A Necker (remplacement de M. le Prof. Fiessinger, nommé professeur de clinique médicale) : Prof. AUBERTIN, de la Pitié.

A la Pitié (remplacement de M. le Prof. Aubertin) : Néant (service fermé).

Aux Enfants-Malades (remplacement de M. le Prof. Nobécourt, atteint par la limite d'âge) : Prof. DEBRÉ, de Hérold.

A Hérold (remplacement de M. le Prof. Debré, nommé professeur de clinique) : M. JANET, d'Ambroise-Paré.

A Ambroise-Paré (remplacement de M. Janet) : M. LEVESQUE, de la Salpêtrière.

A la Salpêtrière (remplacement de M. Levesque) : M. LEMAIRE, délégué dans les fonctions de chef de service.

Aux Enfants-Malades (remplacement de M. Weill-Hallé, atteint par la limite d'âge) : M. Ch. RICHET, de Beaujon.

A Beaujon (remplacement de M. Ch. Richet) : Néant (service fermé).

A Boucicaut (remplacement de M. Trémolières, atteint par la limite d'âge) : M. TINEL, de Beaujon.

A Beaujon (remplacement de M. Tinel) : Néant (service fermé).

A Broussais (remplacement de M. le Prof. Villaret) : M. DONZELOT, de Beaujon, délégué en qualité d'agrégé par la Faculté de médecine.

A Beaujon (remplacement de M. Donzelot) : Néant (service fermé).

A Lariboisière (remplacement de M. Rivet) : Néant (service fermé).

A Saint-Louis, [annexe Grancher] (remplacement de M. Babonneix, *qui a demandé son admission à* l'honorariat) : M. STÉVENIN, de Beaujon.

A Beaujon (remplacement de M. Stévenin) : Néant (service fermé).

A Tenon (dédoublement du service de M. MAY : M. Gautier, de Lariboisière.

A Lariboisière (remplacement de M. Gautier) : Néant (service fermé).

A Bichat (transfert du service des tuberculeux et du centre de triage de l'hôpital Beaujon) : M. NICAUD de Lariboisière,

A Lariboisière (remplacement de M. Nicaud) : (service fermé).

A Hérold (ouverture d'un nouveau service) : M. WEISMANN, de Raymond-Poincaré, titularisé.

A Raymond-Poincaré, à Garches : M. BOUGUÈS, délégué dans les fonctions de médecin en chef.

A Bretonneau (remplacement de M. Pichon, chargé de la consultation générale, décédé) : M. CHEVALLEY, de Brévannes.

A Brévannes (remplacement de M. Chevalley) : M. BOURGEOIS, de Brévannes [mutation intérieure].

A Brévannes (remplacement de M. Bourgeois) : M. GUY ALBOT, délégué dans les fonctions de médecin en chef.

A Brévannes (ouverture d'un nouveau service) : Mme ROUDINESCO, déléguée dans les fonctions de médecin en chef.

A Broussais (remplacement de M. Benda) : M. LENÈGRE, délégué dans les fonctions de chef de service.

A la Clinique Piccini (ouverture d'un service de médecine) : M. DE GENNES, de Lariboisière.

A Lariboisière (remplacement de M. de Gennes) : Néant (service fermé).

— **Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés.** — *25.000 livres d'étude viennent d'être envoyés aux étudiants et universitaires prisonniers.* — Sur l'initiative du Secours universitaire de l'Académie de Paris et du Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers (Comité supérieur des œuvres sociales en faveur des étudiants), un très important envoi de livres d'étude et de culture générale vient d'être fait à destination des camps de prisonniers en Allemagne.

Grâce à cet envoi, un fonds de bibliothèque d'étude et de culture générale sera constitué pour chacun des 108 camps d'Allemagne.

Le Centre d'entr'aide a fait aussi parvenir individuellement à des étudiants et des universitaires des ouvrages d'étude, des manuels, des cours qui lui avaient été demandés. Il a pu également transmettre des livres remis par les familles ou par les grandes écoles.

Le Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers, 5, place Saint-Michel (Ve), compte avoir la possibilité de nouveaux envois. On peut lui faire parvenir les livres d'étude destinés à nos prisonniers et l'aider dans sa tâche en lui adressant des dons de livres ou en espèces.

Ajoutons que le Centre envoie régulièrement des colis de lainages, linge, vivres, tabac, etc., aux étudiants privés de famille ou dont la famille ne peut assurer entièrement cette dépense. Ces colis, toutefois, ne viennent pas en surplus des paquets réglementaires, tandis que les livres peuvent être expédiés à part grâce aux autorisations obtenues.

Voir la suite page LI-289

PROPOS DU JOUR

CIVISME ET POLITIQUE

Les régimes totalitaires réclament de tout individu qu'il fasse de la politique ; autrement dit que chacun de ses actes, chacune de ses pensées ou de ses paroles s'inspire d'une préoccupation collective et milite pour un point de vue national. Nous, citoyens d'une démocratie, pensions à l'inverse que manquait de retenue et de savoir vivre celui qui, à propos de tout, faisait une profession de foi politique. Et nous avions si peur de passer pour des forcenés que nous avions à peu près totalement perdu le goût, dans une conversation, d'aborder le sujet des intérêts de l'Etat.

C'est que chez nous la politique était domaine, non de raison, mais de passion. Nos opinions ne s'inspiraient pas de la logique, mais de sourdes résonances venues de l'atavisme, d'une inclination sentimentale, de conceptions philosophiques. Quiconque s'inscrivait en faux contre elles nous faisait la même offense que s'il avait calomnié une femme aimée. Et nous répliquions en cherchant d'instinct le défaut de la cuirasse. Une conversation sur la politique tournait ainsi à la passe d'armes et parfois à la bataille rangée. Le Français était pacifique en politique extérieure et belliqueux en politique intérieure. C'est pourquoi, plus ou moins consciemment, il cherchait un parti où s'agréger ; c'est aussi pourquoi un parti avait d'autant plus de cohésion que ses ennemis étaient mieux déclarés. Quiconque ne se proclamait pas anti-quelque chose passait pour un dilettante aux convictions labiles et incertaines. L'homme réservé et réfléchi qui ne pouvait se résoudre à haïr pleinement les droites et pas davantage à approuver totalement les gauches devait, en conséquence, se sentir égaré et ahuri dans une telle bagarre. Il y tenait le rôle comique du paysan fourvoyé dans les couloirs du métro. Il se sentait d'autant plus mortifié que les voyageurs pressés qui le bousculaient rudement et le distançaient sans peine, ne pouvaient lui en imposer. Il les connaissait bien, parbleu, et depuis longtemps, pour les avoir vus passer en jouant des coudes sur tous les chemins qui menaient à quelque chose ; où que soit la curée la même meute s'y précipitait et réclamait pour elle les plus savoureux morceaux. Ce qu'elle dédaignait , revenait à la plèbe aussi avide mais plus stupide, et qui se satisfaisait de bâfrer des reliefs. L'homme réservé se tenait à l'écart, le cœur soulevé par cette ripaille de ribauds, unissant dans une commune répulsion les molosses et leur clique de corniauds. Et il se disait « Si c'est là faire de la politique, ce n'est pas besogne pour moi ».

***

On a appelé cela : la démission des élites, la désertion de l'intelligence. Pourquoi de si grands mots, qui se donnent les airs de stigmatiser un parti pris de caste, alors que l'attitude de l'homme réservé était purement individuelle, aussi individuelle qu'un réflexe physiologique ? On ne se met pas à table tant qu'on a envie de vomir. En ces dernières années, il fallait, pour faire de la politique en France, ne pas être dégoûté : c'était simplement une affaire de vago-sympathique plus ou moins susceptible.

Notre malheur est venu de ce que notre système politique allait comme un gant aux rustres les plus endurcis. Il n'est du reste pas sûr qu'il soit en cela tellement exceptionnel : un petit nombre de formules gouverne les hommes : celles qui sont le mieux adaptées à leur nature. Comme la nature humaine est grossière et foncièrement éprise de ce qui est le moins noble, ce ne sont pas les beaux sentiments qui la mènent et si les religions ont su lui imposer un rudiment de discipline morale, c'est en évoquant des châtiments futurs pour les contrevenants. N'importe qui se trouvera de plein pied avec les hommes et se fera facilement écouter d'eux s'il prêche la haine et leur trace un programme de revendications. Il est certain d'être bafoué et plus ou moins littéralement crucifié s'il s'adresse à eux en collecteur d'impôts, même si ces impôts ne sont qu'obligations morales et définitions de devoirs. C'est pourquoi, que le pouvoir soit exercé par n'importe qui et sous n'importe quelle forme, il recèle toujours en lui de la compromission et de la complicité. S'il domine trop inexorablement la médiocrité qui plait aux foules, celles-ci se sentent rapetissées et se disent opprimées par cette dénivellation : elles s'apprêtent à la révolte.

Chez nous cependant, il faut en convenir, la dictature des masses avait été la plus mesquine de toutes et la plus apte à étriquer les perspectives terrestres. Totalitaire à sa façon, elle prétendait régir non seulement les affaires de l'Etat, mais aussi les modes d'agir et de penser de l'individu. Au nom d'une certaine liberté qu'elle avait elle-même définie (et fort mal du reste), elle confisquait toutes les autres, de sorte qu'elle avait réalisé cet exploit d'être une anarchie tyrannisante.

La faute des hommes de bonne volonté a peut-

être consisté, dans cet énorme esbrouffe où ni les mots, ni les gens n'avaient plus le sens commun, à demeurer trop conséquents avec eux-mêmes et à penser qu'un peuple, un grand enfant de peuple, a bien droit de se montrer turbulent et de s'attirer une leçon. C'est qu'en eux subsistait cette notion virile : Nos actes nous suivent, et que, revendiquant pour eux-mêmes la responsabilité de leurs propres actes, ils estimaient équitable et moral que même ceux qui ne la revendiquaient pas prissent, bon gré mal gré, la leur.

Ils ne se sont pas avisés qu'ils confondaient deux termes d'apparence assez voisins et, en réalité fort différents : un peuple et une nation. Un peuple est une entité matérielle, transitoire et périssable ; dans cent ans, le peuple français actuel aura disparu totalement. Une nation est une abstraction, douée de pérennité où se fondent le passé et l'avenir, les traditions et les aspirations, l'histoire et la géographie, les défauts et les vertus du pays. Dans un pays, la Nation est le propriétaire, le peuple est le locataire. Que le locataire d'un appartement casse les vitres, souille les parquets, arrache la tapisserie et brûle les portes, il se fera tort à lui-même en nuisant à son propre confort ; mais il lèse en même temps les intérêts du propriétaire à qui incombera de tout remettre en état. Et il n'est pas question ici de dommages-intérêts. Les générations qui nous suivront sentiront longuement peser sur leurs épaules nos fautes passées et récentes. Et nous aurons depuis longtemps démissionné par extinction naturelle de la collectivité française que celle-ci en sera encore à redouter les échéances obérées par notre incapacité.

Si donc la plèbe a pêché par bêtise et les politiciens par vice, les hommes de bonne volonté, ceux que, d'un terme qui sent le pharisaïsme et la vanité épanouie, on appelle les élites, ont péché par légèreté et par excès irréfléchi de libéralisme. Il est temps, s'ils veulent que la France soit sauvée, qu'ils reprennent le mot de Veuillot, ce mot cynique d'un homme qui entend, à travers tous les obstacles, poursuivre l'accomplissement de son dessein : « Je vous demande la liberté puisqu'elle est dans votre programme ; mais moi, je vous la refuse, car elle n'est pas dans le mien ». Qu'ils prennent donc dans l'héritage de la République, la liberté d'agir, et qu'ils refusent à la plèbe la liberté de ne pas se laisser mener.

***

Voici justement venir le temps où les partis qui s'entredéchiraient ont perdu le droit à l'existence puisqu'ils n'ont plus ni raison d'être, ni mot d'ordre. Notre détresse est assez grande pour que, à côté d'elle, toutes les variations philosophiques sur les prérogatives de l'individu, la liberté de conscience, la répartition des biens de ce monde soient considérées comme des propos de morte-saison. Aujourd'hui, nous avons tous à nous occuper d'abord de ce qui ne souffre pas de délai et qui, par son urgence même, nous met tous d'accord.

C'est au moins, l'un des bienfaits de cette défaite de nous avoir brutalement replacés face à face avec notre destin. Il nous appartient maintenant puisque personne d'autre ne peut y pourvoir pour nous ; nos jours seront désormais tels que nous les aurons nous-mêmes, et un à un, forgés. Par la force des choses nous voici expulsés de notre individualisme et embarqués sur un commun radeau, contraints à vivre solidairement ou bien à mourir conjointement.

Il n'est plus permis à la plèbe de faire sa politique de caprices, aux politiciens, leur politique de cupidité, aux hommes probes leur politique de tour d'ivoire. De gré ou de force, et de bon gré si nous avons assez le sentiment du devoir, il nous faut participer à la vie de la Nation, il nous faut à la fois œuvrer pour elle de nos bras et de notre cerveau, la promouvoir et la diriger. L'intelligence n'a plus qu'à reprendre sa démission et s'élancer à corps perdu.

Médecins, mes frères, nous avons trop, au temps de la République, froncé les narines au seul mot de politique et manifesté que nous étions trop délicats pour patauger dans la fange. La fange nous a rejoints par une autre voie et elle nous a submergés. Il s'agit d'en sortir.

Mettons-nous y bravement. Agissons par nous-mêmes en signalant les fausses manœuvres et, si cela dépend de nous, en en conjurant les effets. Agissons par l'exemple, par la propagande. Nous qui sommes exceptionnellement favorisés du fait de notre profession et introduits dans tous les milieux, faisons-nous les commis-voyageurs de la rénovation française, sans discrétion, sans pudeur, et surtout sans faux-orgueil.

Consentons à être, dans les familles, autre chose que des techniciens de la santé du corps et veillons aussi à l'assainissement des idées.

Occupons-nous de ce qui ne nous regarde pas.

Nous payons assez cher de ne pas nous en être occupés plus tôt.

Le civisme du médecin consiste aujourd'hui dans cette France qui émerge à grand peine des affres de l'agonie, à se porter à son chevet et à y prendre d'autorité une place prépondérante.

Il s'agit ici d'une personne chère et à qui, parce qu'elle ne demandait rien, nous n'avons rien donné. Car c'était une grande dame.

Maintenant qu'elle est dans le dénument et en grand danger, prenons sur nous de nous faire ses garde-malade et de lui imposer son régime. Entre tous ceux de sa race, ne sommes-nous pas, en définitive, précisément désignés pour cela ?

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE



ÉTUDE DES TROMPES STÉNOSÉES PAR L'INSUFFLATION TUBAIRE KYMOGRAPHIQUE.

Mesure du calibre de ces trompes et de celui des trompes normales

par Louis Bonnet

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Ce sujet est entièrement original, et, en particulier, aucune étude sur la mesure du calibre des trompes normales ou rétrécies n'avait été tentée jusqu'à maintenant. Il soulève un certain nombre de problèmes physiques assez complexes, (exposés en détails dans trois articles de gynécologie et obstétrique (1) et dans la thèse récente de Jugiau (2) ; mais, je me propose de n'en donner ici que les principes généraux, avec l'espoir d'intéresser les lecteurs, tout en leur évitant trop de rappels physiques ou mathématiques.

Dans un article précédent (8 mai 1938), j'ai exposé aux lecteurs du *Concours Médical* l'insufflation tubaire kymographique, méthode de Rubin, que j'ai rapporté d'Amérique en 1934 et que j'ai cherché, depuis, à répandre (3). Je rappelle rapidement qu'au point de vue *diagnostique*, ce procédé d'exploration tubaire renseigne non seulement sur l'état de perméabilité des trompes, mais encore sur leur valeur fonctionnelle, par l'enregistrement des contractions tubaires. Quant à son action *thérapeutique*, dans la stérilité tubaire, si fréquente, elle est démontrée par le grand nombre de grossesses consécutives (20 % environ). Enfin, j'ai perfectionné la méthode par la construction d'un appareil donnant des précisions, que ne permet pas l'appareil de Rubin. Dans l'article précédent, j'ai exposé les caractéristiques des tracés obtenus avec des trompes perméables, imperméables, avec spasme ou sténosées, c'est-à-dire celles qui, sans être imperméables, présentent cependant une lumière plus ou moins rétrécie. Dans les travaux de Rubin, l'étude de ces dernières était à peine ébauchée ; c'est pourquoi j'ai cherché à la reprendre complètement avec les précisions que me permettait mon appareil, et c'est ainsi que j'ai été amené à mesurer le calibre de ces trompes.

I. — *Etude des trompes sténosées*

Les trompes sténosées, dont la paroi manque de souplesse, d'élasticité par infiltration inflammatoire ou par lésions péritubaires, ne présentent, contrairement aux trompes normales, qu'une motilité très atténuée ou même presque toujours absente. Ceci est extrêmement important car, dans ces conditions, elles se comportent comme de simples tubes étroits, rigides, et il en résulte que j'ai pu faire une étude expérimentale sur l'écoulement des gaz à travers des sténoses artificielles (fragments de tubes capillaires servant à fabriquer les thermomètres de précision). La légitimité de la transposition des conclusions expérimentales à la clinique est démontrée par le fait que les tracés obtenus *cliniquement* sont absolument comparables à ceux obtenus *expérimentalement*.

Examen clinique d'une trompe sténosée

Voici comment se présente l'examen clinique des trompes sténosées avec mon appareil (à suivre sur le tracé schématique 1).

1) Après ouverture du gaz avec un débit déterminé (en général 30 c. c. par minute), on enregistre une montée de pression suivant une ligne obliquement ascendante, jusqu'au moment où le gaz force le tonus de l'ostium uterinum. Je rappelle que si la trompe était perméable, c'est à partir de ce moment qu'on enregistre la série d'oscillations traduisant les contrac-

(1) Gynécologie et obstétrique, t. 38, nº 4, oct. 1938 et t. 40, nº 5, 1939-1940. Le troisième paraîtra dans le premier numéro de 1941.

(2) J. Jugiau. Thèse de Paris 1939. Travail du centre de stérilité de l'hôpital Lariboisière. (Service du Docteur Devraigne).

(3) Insufflation tubaire kymographique. Préfaces des Professeurs J.-L. Faure et Rubin. G. Doin, éditeur, 1938. Sté d'obs. et de gyn. de Paris, 9 novembre 1936. Gyn. et Obs. t. 37, nº 4 ; t. 38, nº 4 ; t. 40, nº 5. Sté des chir. de Paris, 15 mai 1936, 4 mars 1938. *Presse Médicale*, 12 mai 1937. *Concours Médical*, 8 mai 1938. *Archives hospitalières*, juin 1938. *Archives Serbes de Médecine générale*, juillet 1938. VIIe Congrès français de gynécologie, Nice, avril 1938. Congrès international de gynécologie, Amsterdam, mai 1938. XXXVe Congrès italien d'obstétrique et de gynécologie, Pérugia, octobre 1938 (invité). Conférence à l'Université d'Erlangen (Allemagne), juin 1939 (invité par le Recteur, le Professeur Wintz), *in-extenso* dans le tome 72 de la Société de physique médicale d'Erlangen.

◆◆

tions tubaires, et que si la trompe était complètement imperméable, la pression continuerait à monter *régulièrement*, jusqu'au moment où l'arrivée du gaz est arrêtée. Dans le cas de trompes sténosées, au moment où le gaz commence à passer par l'ostium uterinum, on enregistre un changement de direction du tracé, qui devient ainsi plus oblique et fait avec le prolongement du tracé primitif un certain angle (α).

2) En poursuivant l'examen, on constate bientôt, qu'après avoir changé de direction, le tracé s'incurve suivant un trajet paraboloïde, c'est-à-dire rappelant une parabole, sans en être cependant une, puisqu'il arrive effectivement à l'horizontale.

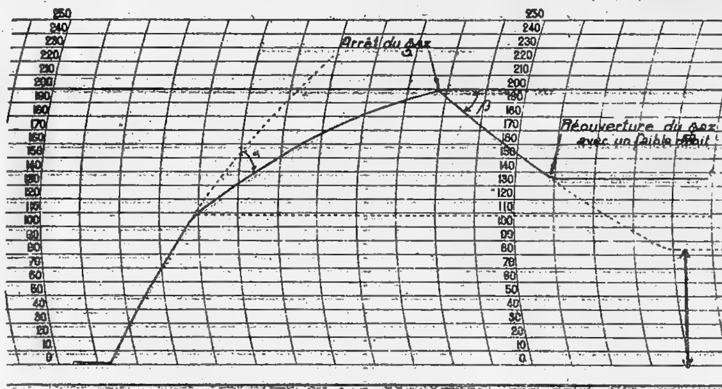


Fig. 1.

a) Si la sténose est large par rapport au débit utilisé, le tracé arrive, en effet, bientôt à l'horizontale (*tracé* 2). L'enregistrement de cette ligne horizontale traduit ce que j'ai appelé le « stade d'équivalence », parceque, à ce moment, il y a équivalence entre la quantité de gaz qui *arrive* à la sténose et celle qui *s'échappe* par le pavillon. Ceci est possible, parce que la quantité de gaz, qui *arrive* est *constante* et *mesurable* caractéristique de mon appareil), et que la quantité qui *s'échappe augmente* avec la pression, comme le montre l'étude expérimentale. Nous verrons bientôt l'importance des conclusions que nous pourrons en tirer.

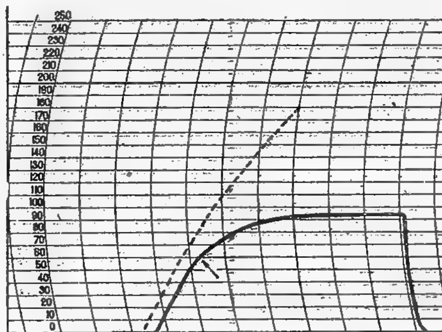


Fig. 2.

b) Si la sténose est étroite par rapport au débit utilisé, la ligne horizontale ne peut être obtenue dans nos limites d'enregistrement. On pourrait l'enregistrer en recommençant l'examen avec un débit plus petit, mais il est préférable d'avoir recours à deux nouvelles manœuvres, qui vont d'ailleurs confirmer le passage discret du gaz (*tracé* 1).

1º Lorsque la pression arrive à 200-250 mm. (cette dernière pression ne devant pas être dépassée), on arrête l'arrivée du gaz. Si l'imperméabilité était complète, on obtiendrait à ce moment l'enregistrement d'une ligne horizontale, mais comme un peu de gaz s'écoule par le trajet sténosé, il en résulte que la pression baisse plus ou moins vite, suivant un trajet qui forme d'abord avec l'horizontale un certain angle (β), puis devient paraboloïde expérimentalement et cliniquement (tout au moins jusqu'à la fermeture de l'ostium uterinum).

2º Avant que la pression ne soit arrivée à celle correspondant à l'ouverture de l'ostium uterinum, on ouvre à nouveau le gaz et, en *réglant* le robinet débit métrique, on trouve rapidement un *certain* débit, avec lequel on enregistre la ligne horizontale traduisant le « stade d'équivalence » à cette pression.

Mesure des dimensions de la sténose

Trois éléments du tracé précédent sont susceptibles d'être utilisés pour la mesure de la sténose.

1) Le premier, par la mesure de l'angle α, est peu précis, parce que cet angle (qui varie d'ailleurs avec le débit utilisé) est relativement petit.

2) Le deuxième est plus intéressant. En effet, l'angle β varie dans des limites plus grandes. Cet angle (nul en cas d'imperméabilité) peut donner immédiatement une notion sur l'ordre de grandeur de la sténose. En réalité, au lieu de mesurer l'angle, on compare le tracé clinique avec une série de tracés obtenus expérimentalement avec des sténoses calibrées (fig. 3). On obtient ainsi une mesure du diamètre de la sténose au centième de millimètre.

3) Quant au troisième, basé sur le stade d'équivalence, il est d'ordre plus général et d'une précision plus grande, puisqu'il permet d'apprécier le millième de millimètre.

L'écoulement des gaz dans un tube étroit est un problème physique extrêmement complexe. Il a été repris récemment par

Fortier (1) dans sa thèse de Doctorat ès sciences, et ce dernier m'a fait l'honneur de s'intéresser à cette étude et de m'aider de ses conseils. Dans cet article, ne pouvant entrer dans des détails trop compliqués, je dirai seulement que lorsque l'écoulement est régulier — comme cela se trouve réalisé au moment du « stade d'équivalence » — il est régi par une formule mathématique. J'ai donc pu établir des tracés (fig. 4) avec lesquels, connaissant le *débit* et la *pression* du « stade d'équivalence », il est possible de connaître, par simple lecture, le diamètre de la sténose en millièmes de millimètre.

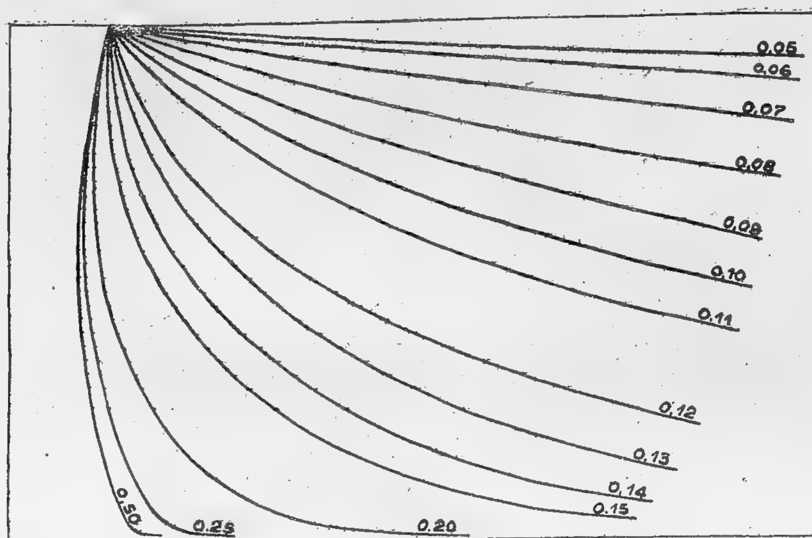


FIG. 3.

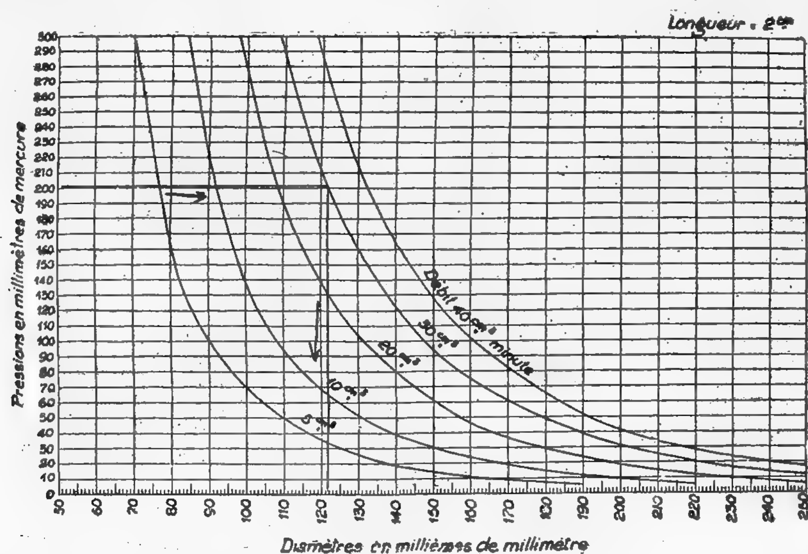


FIG. 4.

La précision de ce procédé, qui peut surprendre, est cependant facile à démontrer, lorsqu'il s'agit de sténoses artificielles, en comparant le chiffre ainsi obtenu avec celui donné par le microscope. Lorsqu'on passe aux sténoses tubaires, le problème est plus compliqué. Sans insister sur tous les détails, je dirai seulement que le calibre indiqué pourrait se répartir sur les deux trompes, mais, nous savons que si une trompe seule est imperméable ou sténosée et l'autre normale, on obtient un enregistrement normal, et il semble que, lorsqu'on enregistre une sténose, celle-ci porte sur la trompe la moins altérée, l'autre étant en général complètement imperméable.

Enfin, je tiens bien à préciser qu'en parlant de

---

(1) FORTIER. Contribution à l'étude de la viscosité de l'air et des gaz. *Publications scientifiques et techniques du Ministère de l'Air*, nº 111.

diamètre, ***je n'envisage pas le*** diamètre anatomique ***de la sténose (ce qui n'aurait d'ailleurs aucun sens en raison de la très grande irrégularité de la lumière, déterminée en particulier par la présence des plis tubaires), mais le*** diamètre ***du tube*** cylindrique ***avec lequel on peut obtenir*** expérimentalement ***un tracé analogue à celui enregistré*** cliniquement.

Résultats obtenus

1° Diagnostic des sténoses

Etant donné qu'un gaz passe plus facilement à travers un canal étroit qu'un liquide huileux (comme on peut facilement s'en rendre compte à l'aide d'une seringue et d'une aiguille fine), il ne faut pas s'étonner si l'insufflation kymographique permet de déceler des sténoses de trompes, qu'un examen antérieur au lipiodol avait pu montrer imperméables, comme j'ai pu en trouver un certain nombre de cas absolument typiques.

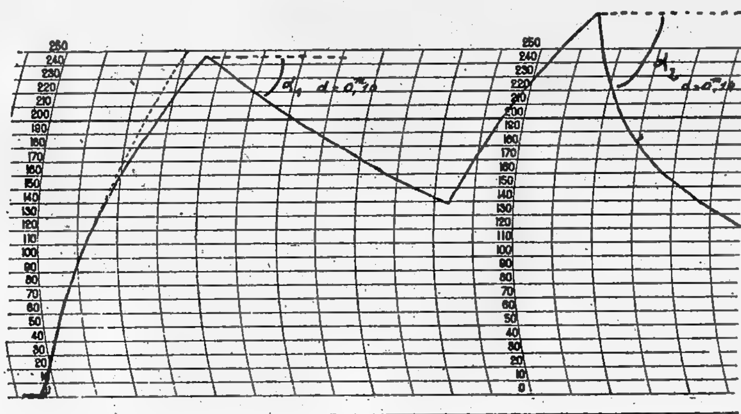


Fig. 5.

Diamètre de ces sténoses. — Le diamètre de ces sténoses, déterminé comme ci-dessus, varie entre 50 et 150 μ.

2° Améliorations

a) *Améliorations au cours de l'insufflation.* — Au cours d'essais successifs pendant une même insufflation, il est parfois possible de constater une augmentation du calibre de la sténose. Par exemple, sur le tracé 5, cette augmentation du calibre apparaît facilement : l'angle, que forme le tracé au cours du deuxième essai, est nettement plus grand qu'au premier.

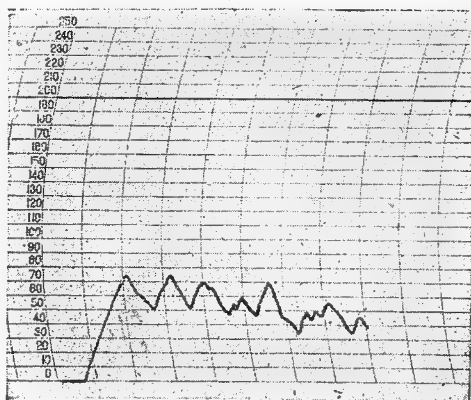


Fig. 6.

b) *Améliorations après traitement.* — Après traitement par diathermie ou par ondes courtes, on peut constater, au cours d'examens ultérieurs, une amélioration de la sténose, avec augmentation de son calibre. L'amélioration, allant jusqu'à la perméabilité normale avec enregistrement de contractions tubaires, est possible, mais apparaît très rare.

3° Grossesses

Dans l'article précédent, j'ai montré l'action thérapeutique de l'insufflation kymographique, par le nombre important de grossesses consécutives.

Par contre, aucune grossesse n'a été observée dans les nombreux cas de trompes sténosées, que j'ai étudiées. Ceci est en rapport avec le fait précédent, à savoir que les trompes sténosées, malgré les améliorations relatives obtenues, restent malheureusement presque toujours des trompes sténosées. Or, tant qu'une trompe reste sténosée, elle reste en principe inapte à la fécondation. Il ne faut pas s'étonner de cette conclusion ; j'ai montré, en effet, que le diamètre de ces trompes varie entre 50 et 150 μ, et, on comprend que l'ovule, qui a un diamètre de 200 μ, ne puisse y passer, d'autant plus qu'il s'agit dans ce cas, comme nous l'avons vu, de canaux sans élasticité, ni souplesse, et sans motilité.

II. — Etude du calibre des trompes normales

L'étude précédente sur le calibre des trompes sténosées aurait été incomplète si je ne l'avais étendue à la mesure du calibre des trompes normales, ou plus exactement de la partie étroite de ces dernières, longue de 5 centimètres environ, formée par l'union des portions interstitielles et isthmiques ; c'est ce que j'ai fait ultérieurement.

Le problème est différent, car il ne s'agit plus, comme dans le cas des trompes sténosées, de canaux rigides, mais, au contraire, de canaux qui sont le siège de contractions enregistrées sous la forme d'oscillations (fig. 6). Sur chacune

de ces oscillations, la partie descendante traduit une baisse de pression ; mais, il n'est pas possible de comparer ces tracés de baisse de pression avec ceux de la figure 3, obtenus à l'aide de tubes calibrés. En effet, les conditions sont très différentes, en particulier parce que les tracés de la figure 3 sont obtenus *après arrêt de l'arrivée du gaz.* Or, pendant l'enregistrement des contractions des trompes normales, le gaz *continue à arriver,* avec un certain débit (en général 30 c. c. par minute), et, si on enregistre une baisse de pression, c'est que la quantité de gaz qui s'échappe par les pavillons est plus grande que celle qui arrive aux trompes. Tenant compte de ce fait, de nouveaux tracés ont donc été nécessaires.

Quoiqu'il en soit, étant donné que les contractions sont irrégulières, et que l'enregistrement obtenu représente une résultante des contractions des deux trompes, j'ai pris, pour chaque tracé, l'indication qui correspond au plus grand calibre, c'est à dire à celui qui a pu être obtenu à un moment donné, même s'il ne l'est pas toujours.

En examinant, dans ces conditions, les tracés cliniques obtenus, j'ai pu constater que le diamètre du calibre *total* varie entre 230 et 500 μ. Je rappelle encore, qu'étant donné l'extrême irrégularité de la lumière tubaire, j'entends par là qu'avec un tube *cylindrique* de 5 centimètres de long et d'un diamètre de 230 à 500 μ ; on peut obtenir expérimentalement un tracé absolument analogue à ceux enregistrés cliniquement, en imitant les contractions à l'aide d'un tube de caoutchouc placé immédiatement avant le tube capillaire.

Existence de deux trompes. — Mais le calibre précédent représente un calibre *total* ; or, il y a deux trompes, et, au premier abord, on pourrait se demander si le diamètre de *chacune* des deux trompes ne doit pas être la moitié du diamètre total. Il n'en est rien. En effet, si on tient compte que l'écoulement d'un gaz dans un tube étroit varie en raison directe de la quatrième puissance du diamètre, il en résulte, par un calcul simple, que le diamètre de chacun des deux tubes analogues jumelés se comportant, au point de vue écoulement gazeux, comme un tube unique plus gros, est avec le diamètre de ce dernier tube dans le rapport de 1 à $\sqrt[4]{2}$, soit de 1 à 1,19 environ, c'est-à-dire que la différence est relativement peu marquée. Ce fait, très intéressant, se vérifie expérimentalement à l'aide de deux tubes montés sur un raccord en Y, et on constate, par exemple, que deux tubes de 270 μ se comportent comme un tube unique de 320 μ.

Dans ces conditions, si le diamètre *total* varie entre 230 et 500 μ il en résulte que le diamètre de *chacune* des deux trompes varie, en chiffres arrondis, de 200 à 400 μ. Remarquons que ce diamètre représente un diamètre minimum, car il suppose les deux trompes égales, alors que l'une peut être plus grande (et l'autre évidemment plus petite ou même imperméable), et que, d'un autre côté, en raison de la souplesse et des contractions des trompes normales, le diamètre ainsi déterminé est vraisemblablement plus petit que celui qui peut être fonctionnellement utilisable.

Finalement, et ce sera la conclusion de cet article, cette étude nous permet de comprendre pourquoi le passage de l'ovule (d'un diamètre de 200 μ) impossible dans les trompes sténosées, est au contraire possible dans les trompes normales. Cette confirmation des faits physiologiques et cliniques nous montre que les chiffres précédents — *sans vouloir leur donner une rigueur trop absolue* — doivent cependant serrer la vérité de près.

ANOMALIES MORPHOLOGIQUES DE LA RATE

Les anatomistes ont signalé l'existence d'un certain nombre d'anomalies morphologiques de la rate. Sappey a trouvé des rates doubles, triples, etc. Otto a rapporté le cas d'un sujet porteur de vingt-trois rates. En fait, on trouve quelquefois au voisinage de la rate des petites masses arrondies ou ovalaires, à structure splénique, qui ont reçu le nom de rates surnuméraires. Leur volume varie de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un œuf. On les rencontre au niveau du hile de la rate principale, dans le ligament pancréatico-splénique, dans la masse graisseuse péri-rénale (Poirier), etc.

MM. P. Lande, P. Dervillée et G. Prud'homme ont présenté à la société anatomo-clinique de Bordeaux une pièce anatomique, qu'ils ont trouvée à l'autopsie d'une jeune fille de 18 ans, ayant succombé à une septicémie *post-abortum.* La pièce en question était constituée par la coalescence partielle de deux rates, l'une principale, l'autre accessoire et de plus petit volume. Cette dernière était irriguée par des branches vasculaires venues de la rate principale.

Rappelons que de telles anomalies s'expliquent aisément par l'embryologie. Chez l'homme, la rate résulte de la fusion intime de trois lobes : antérieur, moyen, postérieur.

P. L.

PROBLÈME DE L'HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE

M. L. Babonneix, membre de l'Académie de médecine, vient de poser catégoriquement le problème de l'hérédité tuberculeuse telle que, depuis une dizaine d'années, l'a conçue et affirmée Aug. Lumière, en opposition à la théorie contagionniste. Après avoir présenté méthodiquement les arguments de ce savant biologiste, il conclut, en se gardant bien de nier la contagion, « qu'elle n'explique pas tout et demande à être « remaniée grâce aux conceptions modernes » (1).

Cette initiative, libérale et mesurée, ne peut qu'être accueillie favorablement par tous ceux qui ont le culte de la vérité et de la clarté d'une façon pure et désintéressée.

La question, d'ailleurs, s'était imposée à l'esprit depuis longtemps ; elle avait devancé les travaux expérimentaux sur l'hérédité. Je lui apporte ma contribution et vais confronter, d'après les faits connus et contrôlés, les deux théories que l'on présente comme contradictoires. Les arguments de M. Aug. Lumière seront examinés chemin faisant. Pour leur exposé didactique, je renvoie aux publications de l'auteur (2) ou à l'article de M. Babonneix.

Mais avant d'aborder le sujet, et pour que la discussion puisse être claire et profitable, commençons par nous entendre sur le sens des mots. Aug. Lumière met en parallèle ce qu'il nomme hérédo-tuberculose avec l'hérédo-syphilis, et montrant leurs analogies, s'étonne que l'une étant admise, on refuse d'accepter l'autre. Or, le terme hérédo-syphilis désigne une contamination fœtale et n'a rien à voir avec l'hérédité ; c'est un abus de langage que l'usage a consacré. Il en est de même de la tuberculose héréditaire, telle que la présente Aug. Lumière, qui affirme une imprégnation fœtale, d'où l'hérédité vraie est absente. En effet, il relève les constatations de transmission placentaire et, du côté paternel, suppose une symbiose entre le spermatozoïde et le bacille (3), ce dernier vivant en saprophyte jusqu'au jour où il pourra développer une virulence demeurée latente.

Cette conception repose, quant à l'origine maternelle, sur des témoignages positifs, et, paternelle, sur une hypothèse ingénieuse, mais qui est en désaccord avec ce que nous savons de l'innocuité, des injections pauci-bacillaires. En tout cas, il s'agit là de *contamination et non pas d'hérédité*. Cette remarque préliminaire indispensable laisse d'ailleurs intact le problème posé par M. Lumière, qui se résume en deux propositions :

1° Toute évolution tuberculeuse est due à un germe transmis dès la conception ou pendant la vie fœtale ;

2° La contagion directe post-natale est très rare et il n'y a pas lieu d'en tenir compte au point de vue prophylactique.

Les arguments présentés à l'appui sont des interprétations positives ou négatives, basées presque toutes sur des concordances, des statistiques et des possibilités ; très rares sont les faits ayant par eux-mêmes une valeur directe. Beaucoup peuvent être indéfiniment sujets à controverses, parce que sans précision : telles la négation des contagions conjugales et autres, des primo-infections, réinfections et surinfections, les considérations sur la différence d'évolution de la tuberculose humaine et des maladies contagieuses, ainsi que la plupart des déductions tirées de statistiques. Il y a là des objections plus ou moins plausibles contre l'absolutisme des idées régnantes sur la contagion ; elles peuvent mettre l'esprit en défiance contre une orthodoxie moutonnière, mais il n'en ressort aucune conclusion pour appuyer la thèse même d'Aug. Lumière

En admettant que ces considérations ne soient pas sans valeur, elles ne pourraient plaider en faveur de la thèse opposée que si l'on était tenu réellement de choisir entre les deux, s'il était impossible de trouver d'autres interprétations.

Toute cette partie du travail de M. Lumière est une espèce de déblayage du terrain, une mise en place d'étais provisoires, mais non pas une construction. Celle qu'il a voulu élever est-elle équilibrée et solide ? Peut-elle se passer de ces béquilles ? A-t-elle, pour se tenir seule, des raisons logiques, vigoureuses, intimement liées à sa substance ?

Voyons de quels matériaux positifs est constitué l'édifice. D'abord la constatation du passage de bacille de Koch par le placenta. Puis les faits cliniques, bien mis en relief prouvant l'existence de familles tuberculeuses, c'est-à-dire de lignées où les descendants sont comme les ascendants victimes de la tuberculose, et souvent avec des formes évolutives semblables.

A la première constatation, on a répondu que, si la transmission maternelle au fœtus est prouvée, ce qui est une cause de mort dans les premiers mois de la vie, il s'agit de faits peu fréquents.

Pour la tuberculose familiale, les nombreuses observations recueillies par Aug. Lumière for-

ment un faisceau impressionnant, mais elles ne donnent pas la preuve que la contagion post-natale n'y soit pour rien. Ce sont des arguments de possibilité qui obligent, comme le dit M. Babonneix, à penser que la contamination n'explique pas tout, mais qui n'appuient pas davantage l'hypothèse de la contamination fœtale. D'autant plus qu'il y a une troisième conception avec laquelle ils s'harmonisent merveilleusement, celle du terrain sensible, héréditaire ou acquis.

D'ailleurs, il faut bien noter que la théorie d'Aug. Lumière d'une contamination *in utero*, expliquant et justifiant seule l'évolution tuberculeuse à tous les âges, est en désaccord avec ce que nous savons de la puissance de multiplication des micro-organismes. L'étude de la pathologie montre les microbes virulents capables de coloniser les organismes supérieurs, lorsque ces derniers ne sont pas en état d'immunité. Cette loi universelle ne s'applique-t-elle pas au bacille de Koch ?

Mais si ce bacille peut traverser le placenta, il peut aussi passer par les organes sécréteurs et vecteurs du lait. Les observations de tuberculose à bacille bovin, dans les pays ùo le lait se consomme cru, prouvent bien l'existence de la contamination par la voie digestive.

Et, puisqu'il donne la preuve de son activité pathologique par cette voie, il n'est pas logique de dénier aux autres sécrétions et excrétions des tuberculeux, qui contiennent le microbe, de lui permettre de coloniser et se multiplier en pénétrant par toutes les portes possibles jusqu'aux cellules dont la résistance est insuffisante, ce qui est la condition nécessaire.

Le fait que l'évolution de la tuberculose diffère de celle de certaines maladies contagieuses ne saurait constituer une objection valable. En réalité, Aug. Lumière ne refuse pas absolument d'admettre la contagion, mais il affirme son peu d'importance : « Nous n'avons point prétendu, dit-il, que la contagion était inexistante ; nous l'avons parfaitement admise chez l'enfant, surtout chez le nouveau-né, et même, *peut-être très exceptionnellement, et dans des circonstances particulières*, à tous les âges. « Mais il maintient que « le mode habituel de transmission n'est pas la contamination chez l'adulte » (4).

Pour étayer objectivement ses affirmations doctrinales et prouver leur réalité, il lui manque d'avoir entrepris et réussi des expériences de fécondations par mâles tuberculisés de femelles saines, lesquelles, séparées des malades, auraient donné naissance à des générations tuberculeuses.

En résumé, malgré la différence présumée fondamentale entre les deux théories, — l'une attribuant le rôle capital à la contagion post-natale, l'autre à l'imprégnation fœtale, — toutes deux se posent sur le plan de la contagion. Et par suite, ni l'une, ni l'autre ne peuvent répondre à la question posée par M. Babonneix.

Au surplus, à l'encontre de la thèse d'Aug. Lumière, on doit relever certains faits incontestables. Telles sont les observations de tuberculoses évolutives chez les Noirs des régions tropicales transplantés dans nos climats. Comme leur pays natal ignorait la tuberculose, celle-ci ne saurait avoir une origine fœtale. De même les bacilloses, en apparence spontanées, de singes hébergés dans nos jardins zoologiques. Où sont les géniteurs responsables ?

Assurément, c'est peut-être ce qu'il appelle « circonstances particulières et exceptionnelles ». Mais est-il équitable d'écarter du procès les documents dont la valeur positive, quant à la contagion ordinaire, est lumineuse, alors que les arguments contre elle n'ont qu'une valeur relative ?

M. Lumière fait remarquer que la quasi-constance de la morbidité tuberculeuse ne plaide guère pour la contagion ordinaire, et il l'interprète en faveur de sa théorie. Mais on peut répondre que cette constance est, en réalité, sujette à variation. De plus, les faits bien connus de la grande morbidité et mortalité tuberculeuse des populations devenues misérables, tels nos concitoyens en 1914-1918, ont comme unique explication les contaminations favorisées par la déficience organique ; là est intervenu le rôle du terrain, héréditaire ou acquis, tout à fait différent de celui assez étroit où s'est cantonné Aug. Lumière, lequel semble méconnaître cette loi biologique universelle, résumée en deux mots dans la genèse : « Croissez et multipliez ! » C'est la loi qui mène tous les êtres. Pour les infiniment petits, l'étude des maladies montre combien ils lui obéissent. Est-il admissible que seul, le bacille de Koch ne réponde pas à cette loi et qu'il n'ait le droit de proliférer que s'il entre dans l'organisme par la voie fœtale ?

Il existe encore, en opposition avec cette hypothèse, un fait biologique qui ne semble pas avoir attiré l'attention ; c'est l'importante immunité naturelle de l'utérus à l'égard de la tuberculose. Nous savons quel soin prend la nature pour la conservation des espèces et la protection du germe. Toujours les organes récepteurs et nourriciers de l'œuf sont pourvus d'une autodéfense, qui, sans être absolue, présente une remarquable régularité. Ainsi la matrice remplissant sa fonction normale de nourrice du fœtus, à moins de blessure accidentelle, se défend bien contre les microbes virulents, malgré un col perméable, et c'est au bacille de Koch qu'elle est le moins sensible, comme le prouvent journellement les tuberculeuses gravides. Cette constatation clinique n'est pas sans force pour contredire la théorie d'Aug. Lumière.

Cependant la documentation considérable, si

probante, réalisée par ce savant, quant à l'existence de lignées tuberculeuses, ne saurait être mise à l'écart ; sa valeur de témoignage persiste, mais son interprétation doit être modifiée. Celle qui s'impose à l'esprit peut être résumée dans les deux propositions suivantes qui répondent au desideratum exprimé par M. Babonneix

1° La contagion semble la première condition pour l'existence de la tuberculose ;

2° Ses possibilités et ses limites dépendent de la résistance organique individuelle, c'est-à-dire de l'immunité et de la sensibilité, héréditaires ou acquises, variables selon les âges et les conditions de la vie.

Ces conclusions sont d'accord avec l'observation clinique aussi bien qu'avec les plus récents travaux sur la génétique, tels (5) qu'ils sont exposés dans un livre tout récent de Mme H. Hirszfeld, préfacé par le Professeur Robert Debré, qui s'exprime ainsi :

« Ma conviction absolue est que la médecine entre dans une ère nouvelle..... « ...Venue de la chimie, la bactériologie a révolutionné la médecine. La génétique issue de recherches biologiques entreprises sur « les végétaux, puis sur les « animaux, doit modifier profondément notre « étude de la maladie humaine... On ne saurait « concevoir une étude d'êtres vivants qui ne « s'imprégnerait pas des connaissances sur l'hé« rédité... «... Combien est riche la notion « d'une prédisposition et d'une résistance trans« mises selon les lois héréditaires et faisant par« tie des qualités du gêne ! »

Le dictionnaire défini l'hérédité — « trans« mission aux descendants des caractères physi« ques et moraux des ascendants ». — On peut accepter cette définition comme suffisante, à condition de considérer que le mot « caractère » ne désigne pas seulement des états donnés, mais conjointement des tendances évolutives selon un rythme préconçu. Nous savons d'ailleurs que ces tendances sont modifiables et ne se présentent pas avec un caractère de fatalité absolue, au moins dans la race humaine.

Car, chez les animaux d'expériences, vivants dans des conditions peu normales, les caractères héréditaires visibles semblent d'une rigidité plus marquée, surtout par la transmission de sensibilités et d'immunités aux germes infectieux ; ce qui favorise beaucoup la facilité des démonstrations.

Dans le livre de Mme Hirszfeld, extrêmement touffu, se trouve une foule de documents expérimentaux, dont il serait difficile de nier la force et l'enchaînement. Relativement à mon sujet, voici quelques-unes des conclusions :

1° Par sélection et croisement, il est possible de créer des races dont l'immunité par rapport à un germe infectieux soit absolue, et inversement, des races dont la sensibilité est totale (page 11) ;

2° Il peut exister une immunité spécifique naturelle qui ne soit pas dûe à une atteinte que les ascendants ont surmontée (page 14) ;

3° La sensibilité et la résistance s'héritent d'après les lois de Mandel, mais ces qualités vis-à-vis des microorganismes et des virus sont indépendantes l'une de l'autre (pages 15 et 16) ;

4° L'école ancienne opposait à la population sensible et relativement peu infectée la menace du germe qui, ayant une fois pénétré, provoquait toujours la maladie. L'école nouvelle oppose le germe disséminé dans la population qui se défend contre lui par l'arme la plus forte dont dispose l'organisme, c'est-à-dire son immunité physiologique sélectionnée dans la lutte pour l'existence des générations passées (page 68).

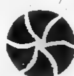
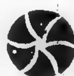
Ces citations suffisent à prouver que, d'après les recherches nouvelles, le problème de la maladie, donc de la tuberculose, rejoint avec précision les conclusions cliniques que je viens de formuler, et qui existaient déjà avant que j'eusse pris connaissance de ces études de génétique.

Les nombreuses et remarquables observations d'Aug. Lumière, sur les tuberculoses *familiales* doivent s'interpréter d'après les lois prouvées de l'hérédité vraie.

Dani HERVOUET.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 30 mars 1940.
(2) Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose, Lyon, 1939.
(3) *Avenir Médical*, mars 1940, page 73.
(4) *Avenir Médical*, mars 1940, page 65.
(5) Rôle de la constitution dans les maladies infectieuses. Hanna HIRSZFELD, librairie Masson et Cie, 1939.

REVUE DES TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE (1939-1940) (1)

Par H. VIGNES
Prof. agrégé, accoucheur des hôpitaux

et L. BIGEY
Assistant à la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Avortement

NISSIM rapporte l'existence d'aménorrhée et de douleurs chez une femme curetée quatre mois auparavant. On fait une hystérométrie et, huit jours après, la menstruation réapparaît et se rétablit à date fixe. Ces aménorrhées peuvent avoir une origine mécanique, mais, aussi, une origine endocrinienne, l'ovaire étant sensible à tout traumatisme de la muqueuse utérine. (Aménorrhée par obstruction de l'orifice interne du col. *Revista de Obst. Gin. Pueric.*, oct.-déc. 1938, p. 287). — MIRCEA JONESCO rapporte l'observation de trois femmes jeunes primitivement bien réglées, qui ont subi plusieurs curettages. Depuis, elles présentent de l'aménorrhée, de l'oligoménorrhée, parfois de la bradyménorrhée, avec troubles nerveux et vago-sympathiques par carence folliculinique. (*Soc. de Gyn. de Bucarest*, séance du 31 mai 1938). — STANCA et STUPARIU relatent cinquante cas de perforations utérines au cours de l'avortement. On fit d'urgence une laparotomie avec ou sans hystérectomie suivant les lésions et la septicité. (Les perforations utérines au cours de l'avortement. *Revista de Obst. Gin. Puer.*, janv.-mars 1939, t. XIX, p. 15.) — Pour les perforations utérines, VINTILA préconise de pratiquer une hystérotomie et un curettage de la cavité utérine par l'abdomen. On suture, ensuite, comme dans les césariennes. (Sur une nouvelle méthode de traitement conservateur des perforations utérines. *Rev. de Obst. Gin. Pueric.*, 1939, t. XIX, p. 123). — EVROFF, chiffres à l'appui, essaie de montrer que, d'une part, le parcellement des biens, d'autre part, les complications de la vie moderne avec ses exigences de plus en plus nombreuses, forcent les gens à éviter les conceptions et à se débarrasser des grossesses. (*Revue Bulgare d'hygiène*, n° 6, 1938). — On sait qu'un grand nombre d'avortements spontanés est dû au déséquilibre du couple folliculine-progestérone. Or, s'il est facile de comprendre d'où vient l'hyperfolliculinémie, le mécanisme intime de l'insuffisance lutéinique semble plus obscur à F. WEISS. Quoiqu'il en soit, de nombreux auteurs ont obtenu d'excellents résultats dans le traitement des avortements répétés par l'administration d'extraits de corps jaune. (Sur le traitement de l'avortement habituel par l'extrait de corps jaune. *Bull. et Mém. de la Société Roumaine d'Endocrinologie*, 1939, n° 7-8-9, p. 310). — SHUTE, dont on sait les importants travaux sur la vitamine E, suppose que certains avortements sont dûs à une résistance de la déciduale contre la fixation des villosités ; cette résistance étant due, elle-même à une augmentation de la folliculine et une déficience de vitamine E. Le sérum, dans ces conditions, acquiert une propriété antiprotéolytique. SHUTE propose d'étudier cette propriété par un procédé de digestion tryptique. On peut ainsi apprécier l'importance de la folliculinémie. (Dosage de la substance œstrogène du sang par la mesure du pouvoir antiprotéolytique du sérum. *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1938, p. 970).

Accouchement normal

Le moment d'apparition de la sensation douloureuse au cours de l'accouchement dépend principalement de l'état de tonicité du muscle utérin à l'état de repos, c'est-à-dire entre les contractions. Les observations de SANDOR LORAND a l'aide de tokogrammes montrent, en effet, que le seuil de la douleur ne correspond nullement au début de la courbe de la contraction, mais se situe plus ou moins loin, quand l'utérus est hypo ou normotonique, et qu'il est au-dessous de la courbe des contractions lorsque l'utérus est hypertonique : dans ce dernier cas, la douleur est continue entre les contractions. La tokographie associée à l'observation du phénomène « douleur » rendent des services importants pour reconnaître l'état de tonicité de l'utérus et, par conséquent, pour la conduite à tenir pendant l'accouchement. (Sur la sensation de douleur dans l'accouchement. *Magyar Norvosok Lapja*, 1939, n° 4, p. 155).

Pour DAVIDESCU et ATANASIU-VARGU, le pronostic de l'accouchement pour les primipares âgées est souvent difficile à établir et il faut élargir dans ce cas, les indications de la césarienne. (Considérations sur la marche du travail

(1) V. *Concours médical*, n° 4 du 26-1-1941.

chez les primipares âgées. *Revista de Obst., Gyn., Puer.*, 1939, t. XIX, p. 97).

La présentation du siège a été relevée 455 fois de 1930 à 1937 à la Clinique du Professeur FUCHS par son assistant ERLSLOH, soit 3,36 % des cas. La mortalité maternelle fut de 0,9 % et la mortalité fœtale de 9,8 % (que l'on peut ramener à 6,3 si l'on déduit les fœtus de moins de 2.000 gr.). (L'accouchement par le siège. *Arch. fur Gyn.*, t. 168, p. 393.)

Accouchement pathologique

L. DIGONNET pense que les hématomes vulvo-vaginaux du post-partum sont rares ; ils peuvent survenir alors que l'accouchement s'est déroulé normalement. Ils ne sont pas le fait de gros enfant. Les causes générales qui peuvent être retenues sont l'albuminurie avec hypertension, les maladies hémorragipares. L'hématome vulvaire se manifeste aussitôt après l'accouchement ; il évolue habituellement vers la résorption spontanée, mais il peut suppurer. L'hématome vaginal est d'un diagnostic moins facile ; il guérit spontanément dans la majorité des cas, mais très lentement. Il peut se rompre, primitivement par éclatement ou secondairement par sphacèle de la paroi. L'hématome pelvi-abdominal se manifeste par des signes d'anémie aiguë et de choc ; il est mortel dans 50 % des cas. En général, il convient de s'abstenir de thérapeutiques actives. L'abstention est de règle quand aucun signe d'anémie grave ou d'infection ne force la main. Le tamponnement, l'incision suivie de tamponnement, l'hystérectomie avec MICKULICZ, la colpotomie ou l'incision abdominale sous-péritonéale de POZZI sont les principales interventions auxquelles on aura recours suivant le cas. (L. DIGONNET. Les hématomes vulvo-vaginaux du post-partum. *Bulletin Médical*, 15 avril 1939, p. 275). — LENCZOWSKI relate plusieurs observations d'hématomes des organes génitaux de la femme. Dans l'observation d'un hématome vulvaire survenu au cours de l'accouchement, le périnée fut incisé et le fœtus expulsé par expression. Le traitement conservateur a été suffisant dans les hématomes de la vulve ; ceux du paramètre nécessitent, le plus souvent, l'intervention chirurgicale. (*Gin. Polska*, nov.-déc. 1938, p. 933).

MIRCEA CONSTANTINESCO, NICOLAU et STOENESCO, d'après deux cas bien étudiés, ont essayé de souligner l'importance de l'anémie gravidique comme facteur pathogénique dans le déterminisme du choc obstétrical. Ils attirent l'attention sur l'utilité de la formule hématologique dans l'examen prénatal pour prévenir ces états morbides si dramatiques. (Considérations sur le choc obstétrical. *Revista de Obst. Gin.-Puer.*, 1939, p. 207).

Thérapeutique obstétricale

Anesthésie et analgésie. — J. LEROUGE a mesuré la contraction utérine après emploi de bromure d'éthyle à la reine ; les effets furent comparables à ceux du protoxyde d'azote et du cyclopropane. L'auteur employa cet anesthésique en diverses interventions obstétricales et lui reconnaît, sur le chlorure d'éthyle, l'avantage de ne pas présenter de phase d'excitation. (L'emploi du bromure d'éthyle en pratique obstétricale. *Anesthésie et Analgésie*. avril 1939, t. V, p. 303). — Après avoir créé une hypertonie par injection d'hypophyse, H. VIGNES et J. LEROUGE administrent à une secondipare (qui, jusque là, avait un travail long avec œdème du col) un lavement d'évipan. Ce médicament a pour effet d'accélérer le travail, le col s'assouplit et se dilate très vite et la malade accouche normalement. Mais la femme a été très agitée, ce qui est fréquent dans l'emploi des barbituriques. (Action exercée par le lavement d'évipan sur la contraction utérine. *Anesthésie et Analgésie*, novembre 1938). — Pendant treize années, ASSIM ONUR (d'Istanbul) a eu l'occasion d'appliquer la rachianesthésie a plus de 600 cas avec sept insuccès et deux insuccès partiels. Il n'y a eu que cinq cas de mort dus à des causes indépendantes du mode d'anesthésie (2 placenta prævia, 2 embolies, 1 éclampsie). Il n'y a pas eu de décès d'enfants du fait de la rachianesthésie. (Treize années de rachianesthésie en gynécologie et obstétrique. *Turk Ginekologi Arsivi*, n° 16, 1938).

Ocytociques. — NAGEL et BACHMANN ont traité par la folliculine (120 mille unités intramusculaires d'une solution huileuse de progynon) des anomalies de la contraction utérine qu'ils nomment inertie utérine. Excellents résultats. (Die Behandlung des primären Wehen. Schäväche mill Follikelhormon. *Zent. für Gyn.*, 1939, p. 598). KUBOTA rapporte le cas d'une multipare présentant de très faibles douleurs, à qui l'on donne dix centigr. de chlorhydrate de quinine. Les douleurs se renforcent. Vingt-quatre heures après, on donne dix-neuf centigrammes. Les douleurs se rapprochent et sont longues. On cesse de percevoir les bruits du cœur. L'enfant nait mort. (Un cas de mort du fœtus par l'administration d'une petite dose de quinine, *Japanese Journal of Obst. and Gyn.*, mars 1939, vol. XXII, n° 2, p. 128).

Césariennes. — L. DIGONNET a publié une statistique personnelle de 299 cas d'opérations césariennes basses conservatrices. Après avoir rappelé la technique employée et les indications de ces opérations (viciations pelviennes, anomalie de la dilatation ou de la présentation,

tumeurs), il donne la mortalité globale qui est de 4.68 %. Il divise tous ces cas en trois catégories : *a*) cas purs où la mortalité fut de 2,83 % et la morbidité de 14,89 % ; *b*) cas impurs où la mortalité fut de 5,60 % et la morbidité de 21,60 % ; *c*) cas infectés où la mortalité fut de 9,09 % et la morbidité de 45,45 %. La lecture de ces chiffres indique clairement l'aggravation du pronostic, lorsque l'infection ovulaire se développe ; il y a donc lieu de restreindre au maximum les césariennes tardives. Le risque de mort doit toujours être présent à l'esprit de l'accoucheur avant toute intervention et le choix de l'une d'elle ne doit être fait qu'après discussion minutieuse des indications et mise en balance des risques auxquels est exposée la femme. (Une statistique personnelle de 299 cas de césarienne basse. *Gyn. et Obst.*, 14 mars 1939, p. 169). — L. DIGONNET présente treize cas d'insertion basse du placenta traités par césarienne basse conservatrice. Ne négligeant ni le danger d'infection ni les difficultés techniques réelles de la césarienne basse dans ces cas, l'auteur préfère cette opération à la césarienne mutilatrice, toujours pénible chez une femme jeune. Ses résultats sont excellents, puisque, sur 13 cas, il eût 13 guérisons, dont 8 guérisons simples. Ces chiffres confirment la notion de l'extrême prudence avec laquelle on doit se résoudre à pratiquer la césarienne mutilatrice. (La césarienne basse conservatrice dans le traitement de l'insertion basse du placenta. *La Gynécologie*, mars 1939, p. 144). — L. DIGONNET publie quatorze observations de césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et drainage de Mickuliez. Il s'agissait de cas infectés avec température au-dessus de 38° et liquide amniotique altéré ; il y avait, en outre, des anomalies de la dilatation et de la contraction utérine. Sur les quatorze cas, il y eut une seule mort ; encore s'agissait-il d'une femme à l'état général déficient. Il semble, donc, que cette technique opératoire puisse prendre place parmi celles destinées à terminer les accouchements s'accompagnant d'infection ovulaire. (Quatorze observations de césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et drainage de Mickulicz. *Gyn. et Obst.*, t. XXXIX, n° 2, février 1939, p. 105). — O. ALFANDARY présente l'observation d'une troisièmepare qui a eu de légères métrorragies dans le premier trimestre de sa grossesse et qui, vers sept mois, se met à saigner très abondamment en même temps que le fœtus succombe. On pratique une césarienne corporéale et on trouve une insertion basse du placenta. Grossesse ultérieure. (Césarienne sur un fœtus mort. *Rev. de Obst. Gin., Puer.*, Oct.-déc. 1938, p. 306). — Une malade de 34 ans enceinte de sept mois a deux fortes hémorragies ; on diagnostique un placenta prævia et on pratique une césarienne corporéale ; on trouve un fibrome pédiculé gros comme une noix verte. Quatre ans après, la malade accouche spontanément d'un enfant à poids normal. (ALFANDARY. Accouchement rapide après une césarienne corporéale. (*Rev. de Obst., Gin., Puer.*, 1939, t. XIX, p. 104).

Suites de couches

Sécrétion lactée. — Pour PRAMATAROFF, la quantité de vitamine C est en moyenne de 5,40 milligrammes dans le colostrum. Le colostrum des femmes en ville est plus riche en vitamine C que celui des paysannes. La quantité de vitamines C diminue pendant l'hiver. Après les couches, la vitamine C diminue peu à peu dans le colostrum. (L'analyse de la quantité de vitamine C dans le colostrum de la mère bulgare. *Medicinsko Spésanie*, 1938, n° 3).

Infection puerpérale — Pour CÉSAR (de Bucarest) la péritonite représente 55 % des morts par infection puerpérale. Les germes pathogènes ont été, surtout, le streptocoque dans la forme post-partum et une flore microbienne mixte dans le post-abortum. Le pronostic est assez sombre, mais non désespéré : pourcentage global de guérison, 12,23 % ; et, si l'on se limite aux cas opérés, 24,64 %. Dans les cas de l'auteur, les péritonites post-partum opérées ont eu un meilleur pronostic (35,80 % de guérisons) que les post-abortum (14,28 % de guérisons) contrairement à l'opinion classique. La seule possibilité de guérison est l'intervention chirurgicale : plus elle est précoce, plus le pourcentage de guérison est plus élevé (dans les péritonites post-partum opérées dans les vingt-quatre premières heures, il y a eu 77,70 % de guérisons), les cas non opérés sont tous mortels. La laparotomie médiane simple ou accompagnée de contre-incision, suivie de drainage et associée à la colpotomie postérieure, toutes deux exécutées dans la même séance, donnent le plus grand pourcentage de guérisons : 37,50 % au lieu de 24 % de guérisons dans la laparotomie simple. Dans tous les cas, on a associé un traitement médical : sérothérapie, transfusions, sérum glucosé, tonicardiaques. (Traitement et pronostic des péritonites puerpérales généralisées. *Rev. de Obst., Gin., Puer.*, 1939, p. 213).

Dans 80 % de décès par fièvre puerpérale, on a noté une méiopragie du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les femmes avaient présenté des signes d'asthénie et d'infantilisme avec asthénie progressive. Il faut tenir compte de ces états de moindre résistance de l'organisme dans la conduite de l'accouchement. (Rôle du facteur constituant dans l'infection puerpérale. *Gynekologja Polska*, t. 17, nov.-déc. 1938, p. 960).

Hémorragies. — SEIDLER relève, sur 9.800 accouchements, 24 hémorragies tardives cau-



sées par des débris placentaires (soit 0,24 % et 6 cas par défaut d'involution de l'utérus (soit 0,1 %).

Il divise ces cas en :

1° sans fièvre avant et après l'intervention : 10 ;
2° fièvre avant l'intervention et non ensuite : 5;
3° sans fièvre avant et fièvre après l'intervention : 3 ;
4° fièvre avant et après : 6.

Dans le premier groupe, le curettage fut exécuté sans complications à la quatrième et cinquième semaines. Dans le deuxième groupe, l'hémorragie abondante persistante conduisit à un curage manuel entre les sixième et dix-huitième jour après l'accouchement. Dans le troisième groupe, curage manuel des débris à la fin de la deuxième semaine, suivi d'un curettage dans un cas grave. Dans le quatrième groupe, trois revisions utérines suivies d'un curettage. Après ces interventions l'auteur introduisait dans l'utérus de petits bâtonnets de charbon. Il se prononce en faveur de la conservation de l'organe (Hémorragies tardives à la suite de l'accouchement. *Ginèkologja Polska*, tome 17, nov.-déc. 1938, p. 976).

Inversion. — Lucas Machado rapporte quatre cas d'inversion de l'utérus:

1° Femme de 48 ans présentant une inversion de l'utérus consécutive à l'accouchement survenu à 27 ans ; hystérectomie vaginale.

2° Femme de 37 ans présentant une inversion remontant à huit mois et de même cause ; on place un ballon de Voorhees auquel on substitue le lendemain un tamponnement à la gaze iodoformée qu'on supprime le cinquième jour et l'inversion persiste ; on dispose alors un ballon rempli de mercure, il est retiré le quatrième jour et l'inversion ne se reproduit plus.

3° Multipare (25 grossesses) de 50 ans ; l'inversion est causée par un myome sous muqueux en nécrobiose. Morcellement, hystérectomie vaginale.

4° Femme de 23 ans, présentant une inversion complète de 3 mois, consécutive à une extraction manuelle du placenta ; hémorragies profuses, transfusions anté et post-opératoires ; on commence par le procédé de Küstner qui est abandonné en raison de la friabilité du tissu utérin et on termine par un hystérectomie (Sur quatre cas d'inversion chronique de l'utérus. *Rev. de Gyn. et d'Obst.*, p. 295, avril 1937).

— Lima, Figueredo et Sarmento ont suivi un cas d'inversion puerpérale aiguë de l'utérus, qui est entré dans leur service quand l'utérus présentait déjà quelques points en putréfaction. Le taxis ne pouvant être tenté à cause de l'œdème et de l'infection, on s'est borné à prendre des mesures pour protéger l'utérus inversé (pansements aseptiques). Au bout de quelques jours l'organe rentra dans le vagin. Deux mois plus tard, la malade guérie présenta une petite perte ayant le caractère des règles ; au dernier jour de ses pertes, la malade ressent de vives douleurs et se rend compte que la tumeur retourne à sa place. L'examen pratiqué ensuite montra qu'en effet l'inversion s'était spontanément réduite. (Réduction spontanée d'inversion utérine puerpérale. *Annaes Brasileiros de Gin.*, juillet 1939, p. 1). — Infantozzi relate l'observation d'une patiente de 17 ans, deux fois gravide, qui est admise en raison d'une hémorragie grave causée par une inversion utérine partielle. Sa mère et sa sœur ont également fait de l'inversion en semblable condition. La réduction ayant été essayée sans résultat, on procède au tamponnement de l'utérus. Il est renouvelé deux jours après, soit le sixième jour après la délivrance. Au neuvième jour, l'inversion, de partielle, est devenue complète, le corps entier de l'utérus est descendu dans le vagin où il est solidement étranglé par le col. Devant l'échec des palliatifs habituels, il est procédé à la colpohystérotomie postérieure que l'auteur considère comme préférable au procédé par laparotomie. (Inversion de l'utérus puerpérale ; colpohystérotomie postérieure. *Annaes Bras. de Gyn.*, p. 225, sept. 1937).

Chimiothérapie de l'infection puerpérale. — Speert confirme les travaux de Lee, Anderson et Chen. Il a constaté le passage, à travers le placenta humain à terme, de la sulfanilamide ; il y a équilibre entre le taux des deux sangs en cinq heures ; dans le liquide amniotique le taux est comparable. Aucun effet nocif pour l'enfant. (Passage transplacentaire de la sulfanilamide. *Johns Hopkins Hosp. Bul.*, tome 63, nov. 1938, p. 337). — Chaque jour 3,88 de néo-protonsil sont administrés *per os* pendant cinq jours par Foster ; dosage de sulfanilamide dans le sang 0,021 % ; dans le lait : 0. On donne, alors, 3,88 de sulfalinamide pendant trois jours ; sang 0.043 et lait 0,024. Ultérieurement on atteint respectivement 0.055 et 0,028. Cela peut-il être dangereux ? La dose thérapeutique pour un enfant d'un mois est de 0.45 à 0.90 par jour ; mais une administration prolongée peut devenir nocive. — Hall, à propos de cette communication, insiste sur la nocivité possible des sulfamides sur le système hémopoiétique dont il rapporte une observation tragique chez un enfant de neuf ans. Il insiste sur ce que la moelle des nourrissons et des jeunes est très sensible aux intoxications. Même si la dose qui passe dans le lait est minime, il convient de se méfier et de surveiller très attentivement les nourrissons dont les mères utilisent la sulfanilamide. (*Proceedings of the Staff meeting of the Mayo-Clinic*, tome 14, n° 10, 8 mars 1939, p. 153). — Machella et Higgins ont donné de la sulfanilamide à la dose de 0,25 ou 0,50 ou 1 gr. ou 2 gr. par kilogramme de poids à des rats de 300 grammes. Ils constatent une diminution des érytrocytes et un

développement de l'anisocytose. L'anémie est mois rapide à la fin qu'au début de l'expérience. C'est au deuxième jour que la situation est la plus critique (cyanose, stupeur, perte de poids marquée et tumeurs abdominales énormes). Mais la guérison hématologique et clinique, après cessation du traitement, a été observée chez des rats qui avaient reçu 2 gr. par kilogramme de poids pendant dix jours consécutifs. (Anémie provoquée chez le rat par l'administration de sulfanilamide. *Proc. of the Staff meetings of the Mayo Clinic*, 22 mars 1939, p. 183.)

Suites de naissance

Anatomie et physiologie. — FOPP étudie le taux et la répartition du glycogène chez le nouveau-né dans 80 cas. Il trouve des taux très différents qu'il semble devoir expliquer par différents facteurs : travail prolongé, décollement prématuré du placenta, infection fébrile, etc. (Glycogène hépatique chez le nouveau-né. *Helvetica Medica Acta*, 1939, t. 6, p. 466).

Pathologie du nouveau-né. — MARTINIANO FERNANDEZ a donné une étude intéressante de la paralysie obstétricale. Sans exclure la possibilité d'une lésion articulaire de l'épaule et d'une malformation congénitale, il considère les lésions nerveuses comme beaucoup plus fréquentes. La guérison spontanée a lieu dans 80 % des cas, ce qui doit rappeler à la modestie les inventeurs de traitement. (Paralysie obstétricale. *Arquivos brasileiros de cirurgia e ortopedia*, tome VI, p. 46). — ROSENFELD et SNYDER ont consacré une très intéressante étude expérimentale au facteur anesthésique dans la pathogénie de l'asphyxie du nouveau-né. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1939, t. 38, p. 465). — SLOBOZIANU et HERSCOVICI rapportent deux cas d'urétrite survenus le premier chez un enfant quatorze jours après sa naissance, le second chez un enfant d'un peu plus de deux ans. Le premier a été traité au rodilon, par voie interne (1 gr. par jour), le second à l'ulîron en commençant par deux pastilles par jour et diminuant jusqu'à une demi-pastille. A ces deux cas, on associe également le traitement classique externe. (Traitement de l'urétrite gonococcique chez les nouneau-nés et chez les petits enfants, avec les dérivés organiques du soufre. *Revista de Obst. Gin. Puer.*, janv.-mars 1939). — Pour Mme Jeanne HENRI MONTLAUR, quelle que soit la forme d'infection tréponémique, l'arsenic doit être rejeté s'il y a hépatomégalie. Dans les autres cas, les injections arsénicales sont bien supportées, à condition que les doses initiales soient, selon la qualité de la syphilis et l'âge de l'enfant, de l'ordre de un, deux ou trois mmg. pour dépister les premiers signes d'intolérance. Pour atteindre la dose thérapeutique, mieux vaut pratiquer quelques injections complémentaires que d'augmenter trop rapidement la valeur de chacune. (*Archives Hospital.*, mars 1938, p. 223). — KURT SCHULTZE, sur 683 accouchements prématurés (dont 15 % de mort-nés et 17 % de morts néo-natales) a pu retrouver de 8 à 13 ans, 160 enfants avec renseignements valables. Dans l'ensemble, ces enfants étaient normaux. Cependant 4,8 % avaient des troubles encéphaliques et 22 % une dystrophie du tissu conjonctif. (Das Schicksal von 683 Frühgeburten, *Zeitsch f. Geb. und Gyn.* 1939, t. 118, p. 405).

Obstétrique légale et sociale

GARDINER et YERUSHALMY ont exécuté de très intéressantes recherches statistiques sur le risque, pour une mère, d'avoir un enfant mort-né ou mourant peu après la naissance ou naissant prématurément. Ils ont, pour cela, étudié toutes les naissances de l'Etat de New-York à l'exclusion de la ville de New-York pendant l'année 1936. Ils ont établi qu'une femme ayant eu auparavant un enfant de ces catégories à plus de risques qu'une femme ayant eu un enfant vivant, d'avoir à nouveau une telle catastrophe et que ce risque est d'autant plus élevé qu'elle a été plus de fois éprouvée. D'où nécessité d'une surveillance anténatale plus stricte pour ces femmes. (Susceptibilité familiale à la mortinatalité et à la mortalité prénatale. *Am. Journ. of Hygiene*, juillet 1939, t. 30, p. 11).

C'est une erreur de réduire le problème de la dénatalité à celui de la stérilité, celle-ci n'ayant qu'un rôle secondaire. COTTE a examiné 130 femmes sans enfants dont 23 seulement étaient venues consulter pour leur stérilité primitive (malformation, arrêt de développement et surtout infections génitales). Dans certains cas, il s'agissait de femmes ayant employé pendant des années des moyens anticonceptionnels et ne pouvant par la suite devenir enceintes. Si la stérilité entre pour une petite part dans le problème de la dénatalité, celui-ci reconnaît des causes plus profondes, morales, économiques et sociales. (*Lyon Médical*, 5 mars 1939.)

DE L'INTOXICATION PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE EMPLOYÉ COMME AGENT RÉFRIGÉRANT

Docteur Jules VAUTIER

Le chlorure de méthyle, dérivé halogéné du méthane est un gaz stable, utilisé comme réfrigérant. Sa toxicité, pour rares que soient les accidents, mérite de retenir l'attention, d'autant que ces accidents, s'ils sont souvent bénins, sont parfois mortels. Etudiée dans plusieurs pays étrangers où l'industrie frigorifique est très développée, cette toxicité mériterait d'être mieux connue en France où l'industrie du froid est appelée à prendre une extension croissante.

Remarquons que le chlorure de méthyle, employé en thérapeutique comme réfrigérant et anesthésique local dans le traitement de certaines névralgies et notamment de la sciatique, soit sous forme de jet liquide sur le trajet du nerf douloureux, soit sous forme de stypage par applications locales, n'a jamais provoqué d'accidents en tant qu'agent thérapeutique.

C'est dans son usage industriel, où il est utilisé concurremment avec d'autres gaz dans les installations frigorifiques, que l'on a pu avoir à déplorer des intoxications. Ce n'est pas seulement d'ailleurs une intoxication professionnelle atteignant les ouvriers des installations frigorifiques, mais encore une intoxication accidentelle dont peuvent être victimes les habitants des locaux où sont installés les frigidaires.

Les deux cas d'intoxication par le chlorure de méthyle observés par M. DUVOIR et que nous avons rapportés, ne sont certainement pas les seuls qui se soient produits en France autour des machines frigorifiques.

Le diagnostic de cette intoxication nécessite la connaissance de sa symptomatologie et celle-ci n'a guère été décrite en France. Par la symptomatologie, le diagnostic de l'intoxication est facile et, s'il est précoce, il permet une intervention médicale.

Cette symptomatologie est faite d'accidents d'ordre nerveux présentant :

a) un début caractérisé par un état ébrieux, de l'assoupissement, des vertiges, des nausées, des vomissements ;

b) une période de latence peu constante ;

c) une période d'état pouvant durer de trois à quinze jours où il y a réapparition des premiers symptômes, redoublement des vomissements, un sommeil prolongé voisin du coma, des convulsions, du coma, une oligurie constante avec présence d'acétone et de formiates, une anémie primaire du type aplastique.

Pour prévenir les accidents, une surveillance sérieuse du matériel et des conditions de travail est indispensable, ainsi que la mise en garde de l'ouvrier contre une imprudence possible.

Il serait également intéressant d'étudier la possibilité de remplacer, comme réfrigérant, le chlorure de méthyle par le dichlorodifluorométhane, gaz stable, ininflammable, non corrosif, dont la toxicité semble moindre.

La déclaration de l'intoxication par le chlorure de méthyle n'est pas obligatoire et cette intoxication n'est pas rangée parmi celles qui sont indemnisables. La liste des intoxications à déclaration obligatoire indique les dérivés halogénés des hydrocarbures de la série grasse et en cite notamment un certain nombre. Elle ne nomme pas le chlorure de méthyle, mais signale par contre le bromure de méthyle qui provoque des accidents sensiblement analogues et le chlorure de méthylène, produit dont l'emploi est très limité. Nous voulons voir là, avec M. le Professeur Pollet, une confusion entre les deux termes : méthyle et méthylène.

Cependant, il ne semble pas qu'en ce qui concerne l'indemnisation, il y ait là une lacune grave, car il s'agit le plus habituellement d'un accident de travail (1).

(1) Thèse de Paris, 1940.



L'ALCOOL CONTRE LES DÉLIRES ALCOOLIQUES

Sur les manifestations à allure lente de l'alcoolisme chronique se greffent assez fréquemment des épisodes, des troubles mentaux aigus, des délires qui sont graves pour le malade et particulièrement pénibles pour l'entourage. L'alcoolique, déjà déficient hépatique, rénal et cardiaque, peut en effet succomber au cours d'un délire aigu, d'une attaque de delirium tremens. Le délirant alcoolique, d'autre part, peut commettre des actes dont il a bien des fois à répondre devant la justice et qui sont redoutés par sa famille et son entourage. Le délire aigu est donc une manifestation sérieuse de l'alcoolisme chronique.

Les médecins praticiens sont souvent appelés à soigner des délirants alcooliques. Dans les villes, le praticien a la ressource de faire transporter ces sujets dans un service hospitalier, dans un hôpital psychiatrique. A la campagne, en raison de l'éloignement et des difficultés de transport d'un malade agité, c'est une thérapeutique sur place qu'il devient nécessaire d'appliquer dans bien des cas.

Les traitements proposés contre les délires alcooliques sont nombreux. Certains auteurs ont préconisé la suppression brusque de toute boisson alcoolique, alors que d'autres, au contraire, recommandaient la potion de Todd, le vin, les grogs. On a prescrit les calmants à haute dose, l'opium, le chloral, le gardénal, le somnifène en injections sous-cutanées ou intra-veineuses.

La camisole de force, qui a ses nécessités, a été critiquée, comme méthode de violence. On a pratiqué aussi la ponction lombaire.

Actuellement, deux thérapeutiques nouvelles retiennent plus spécialement l'attention : l'emploi du sulfate de strychnine (Luton, Combemale, Pagniez, Flandin et Bernard), porté aux doses massives (J. Decourt, Siradon et Chaillet) et le traitement de Bruel, les injections intraveineuses d'alcool éthylique à 30 %. Cette dernière méthode est longuement décrite dans un opuscule du Docteur Bruel (Vigot, édit., 1939) et dans l'intéressante thèse du Docteur Jean MAUREL, ancien interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye (1).

Le Docteur Bruel, médecin de l'hôpital de Saint-Germain, a été conduit à cette méthode par une observation princeps, qui date d'août 1938. Elle concerne un homme de 45 ans, porteur d'un corps étranger intra-pulmonaire non extrait et, de plus, alcoolique de longue date.

Il entre à l'hôpital de Saint-Germain, se plaignant de dyspnée, avec une température à 40° et le diagnostic d' « abcès du poumon en formation, chez un porteur de corps étranger pulmonaire ». M. Bruel prescrit, comme à tous les abcès du poumon soignés dans son service, des injections intra-veineuses d'alcool éthylique à 30 p. 100, à raison de 40 c. c. le premier soir, de 20 c. c. le lendemain matin et le lendemain soir.

Le résultat est d'une rapidité surprenante. Les sueurs disparaissent, les grands frissons et l'insomnie régressent dès la deuxième injection. Quarante-huit heures après l'admission, la température ne dépassait pas 37°8. Au cinquième jour, il n'y avait ni fièvre, ni frissons, ni hémoptysies. Le malade demande, le douzième jour, à rentrer à son domicile. En une semaine, 300 c. c. d'alcool éthylique à 30 % avaient été injectés dans les veines. Depuis ce traitement, le sujet a cessé de faire des abus de boisson.

Cette première observation a incité l'auteur à appliquer la même thérapeutique chez d'autres malades, comme cure de l'alcoolisme chronique et comme traitement des crises de délire éthylique aigu. Les cas favorables à cette médication, recueillis par le Docteur Bruel et ses élèves, sont aujourd'hui très nombreux.

***

L'injection intra-veineuse d'alcool éthylique a été préconisée par un médecin polonais, le Docteur Landau, pour le traitement de certaines pneumopathies, en particulier des abcès du poumon. Depuis, elle a été couramment employée, sans jamais présenter d'inconvénients. Elle a donné de bons résultats dans les septicopyohémies et dans l'intoxication barbiturique (Carrière et Huriez). Avant de commencer l'éthylothérapie intra-veineuse, chez les alcooliques, il est bon, ainsi que le recommande le Docteur Maurel, de faire l'inventaire de l'état du foie, des nerfs périphériques, de l'acuité visuelle, de manière à éviter d'imputer à tort à la thérapeutique, des accidents de cirrhose, de névrite, de démence, déjà constitués. Les quantités d'alcool employées restent d'ailleurs loin des doses toxiques.

On peut se demander comment agissent ces injections chez les alcooliques chroniques et dans les délires éthyliques aigus. Un premier fait peut déjà orienter le problème : il concerne le délire *a potu suspenso*. Si l'absorption d'une



(1) Docteur J. MAUREL. Le traitement des délires aigus de l'alcoolisme chronique par les injections intra-veineuses d'alcool (Thèse de Paris, 1940).

dose excessive d'alcool peut déclencher une crise de délirium tremens chez un alcoolique, cette crise apparaît souvent aussi dans d'autres circonstances, à la suite d'une suppression, d'un sevrage brusque de l'alcool, chez un éthylique hospitalisé par exemple, ou encore dans les commissariats de police où la suppression de l'alcool est obligatoire. Bien des fois des individus en état d'ivresse sont conduits au poste de police et y sont gardés, dans une chambre de sûreté, un jour, une nuit, jusqu'à la fin de leur ivresse. Or, il n'est pas rare de voir ces sujets, qui réclament d'ailleurs volontiers impérieusement du vin ou des boissons alcoolisées qui leur sont refusés en application du règlement, faire au déclin de leur ivresse une crise de délire aigu.

M. le commissaire Turbié a pu fournir au Docteur Bruel d'assez nombreuses observations de ce genre. Quelquefois, ce délire est d'une extrême violence et peut s'accompagner de tentatives de suicide ou de troubles généraux graves.

Il y a quelques années, à Paris, des agents de police emmenaient à l'hôpital Bichat deux hommes qui s'étaient querellés. Il n'étaient ni ivres, ni blessés, et pour ce motif l'interne de garde ne chercha pas à hospitaliser les deux querelleurs. L'un de ceux-ci fut conduit au poste et placé dans une chambre de sûreté pendant que l'on procédait à la vérification de son identité et de son domicile. Le lendemain matin, il fut trouvé mort, couvert d'ecchymoses. Il avait succombé à une crise de délire aigu alcoolique. Les renseignements recueillis sur cet homme établirent qu'il était d'une intempérance notoire. Cette mort dramatique — dénouement d'une crise de sevrage d'alcool — donna lieu à des polémiques de presse où le Commissariat et l'Assistance publique furent pris à partie.

L'existence du délire alcoolique *a potu suspenso* fournit déjà un argument pathogénique pour le traitement de ce délire par l'administration de l'alcool. Nombre d'auteurs admettent, chez ces délirants, l'utilité des boissons alcooliques. M. Bruel préfère ne pas obliger le foie et le tube digestif à supporter de nouvelles libations et il s'est adressé à l'alcool intra-veineux, suivant la méthode de Landau.

Il est possible cependant que l'alcool intraveineux intervienne ici à titre de médicament. Quoiqu'il en soit, les promoteurs de ce traitement ont vu, en l'appliquant, la mortalité par alcoolisme aigu tomber à zéro, les délirants hallucinatoires n'avoir plus besoin de liens et de camisoles, le delirium tremens s'apaiser. L'éthylothérapie est pour eux le traitement le plus sûr de l'intoxication alcoolique chronique et de ses accidents aigus. L'action est immédiate. Dès le premier jour, le délire diminue. Même si le transport à l'hôpital a nécessité le camisolage, le malade ne se défend plus dans sa camisole.

Ce traitement, aussi simple que la strychnine à haute dose, a des effets très supérieurs à ceux de l'alcool par voie buccale, de l'opium, des barbituriques. Il est à la portée des praticiens.

***

Technique du traitement :

Au début, Bruel injectait des doses plus faibles qu'actuellement : 40 c. c. matin et soir, d'alcool à 30 % intraveineux, puis diminuait peu à peu de manière à n'injecter que 20 c. c. le sixième jour, moment où il cessait les injections, sans dépasser un total de 250 c. c. Il complétait par de la strychnine et des barbituriques. Quelques cas de délirium tremens ayant résisté à cette thérapeutique, il éleva les doses.

Avec une seringue de 50 c. c., il injecte le premier jour 150 c. c., le deuxième jour 120 c. c., le troisième jour 100 c. c., le quatrième jour 75 c. c., le cinquième jour 50 c. c., le sixième jour 40 c. c., le septième jour 20 c. c. Il n'utilise plus la strychnine, ni les calmants. Avec ces doses, il a vu la mortalité et les internements tomber à zéro. C'est à peine si dans les cas les plus graves, il eut besoin d'isoler 24 ou 36 heures ses malades.

M. Maurel recommande les aiguilles (à biseau court) d'un assez gros calibre (11 à 12 dixièmes de millimètre). L'injection est faite dans les veines au pli du coude et poussée assez rapidement. Il n'a pas été observé de sclérose des veines.

Cette thérapeutique est applicable, même à domicile, par le medecin praticien. Il est préférable toutefois, les premiers jours, s'il est possible, de l'employer à l'hôpital ou en maison de cure.

P. LACROIX.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le tétanos de guerre ; action des infiltrations anesthésiques du sympathique

MM. R. SIMON et G.-A. PATEY tirent de leur observation clinique d'intéressantes conclusions :

Le tétanos de guerre mérite d'être individualisé ; il se caractérise par le terrain individuel du soldat blessé, intoxiqué par les facteurs exogènes inhérents à la fatigue musculaire, aux carences alimentaires, au surmenage nerveux. En règle, il survient chez un blessé porteur d'une plaie étendue ou d'un moignon d'amputation. A l'intoxication tétanique se surajoute presque toujours une algie périphérique, point de départ des réactions tétaniques générales, explicables par l'hypersensibilité exquise du système nerveux du malade. A lui seul, *a fortiori* intriqué au tétanos dans sa forme aiguë, ce syndrome réactionnel peut entraîner la mort : le blessé meurt de douleur.

La thérapeutique ordinaire, aussi intense soit-elle, ne peut arriver à calmer ces malades ; l'augmentation de la dose des hypnotiques peut être dangereuse ou mortelle.

Le traitement doit comporter, outre une thérapeutique sérothérapique et anesthésiante régulière, une mise au repos physiologique du centre réactogène périphérique. L'infiltration novocaïnique du sympathique atteint ce but. Celle-ci trouve son indication :

Formelle, lors de l'apparition d'algie du moignon ou d'algie périphérique chez les tétaniques à la phase d'amélioration du syndrome toxique, ou lorsque celui-ci paraît se prolonger ;

Très probable : en présence de tétanos suraigu avec état de mal, chez des blessés porteurs des mêmes lésions que précédemment, car il est difficile de faire la part qui, dans leur état, revient à l'action de la zône irritative périphérique. Il est même vraisemblable qu'il soit bon de recourir à l'injection préventive novocaïnique chez tous les tétaniques porteurs de blessures étendues ou de récents moignons d'amputation.

Aucun accident n'a été relevé lors de ces injections, qui ont pu être répétées deux fois par jour ; des séries de quatre ou six infiltrations sont parfaitement inoffensives. Bien plus, le résultat semble durable. La dose à injecter paraît devoir être assez forte, de 20 c. c. de la solution à 1 p. 100 de novocaïne. (*La Presse Médicale*, 23 novembre 1940).

Traitement de la péritonite aiguë appendiculaire

R. CLÉMENT fait une revue générale de la question ; il met en parallèle les vues des auteurs américains et celles des auteurs français. Faut-il d'abord relever l'état général profondément touché des sujets atteints de péritonite appendiculaire, afin de les mettre dans les meilleures conditions possibles pour supporter une anesthésie et une intervention, qui sont une rude épreuve pour un organisme en état de déséquilibre ? Faut-il, au contraire, d'urgence supprimer la cause, en l'espèce l'appendice gangrené ou perforé, quitte à soutenir l'organisme et à corriger les troubles fonctionnels et humoraux aussitôt après l'opération ?

En réalité, l'opposition entre les deux méthodes n'est pas tellement grande, puisque Wright et ses collaborateurs estiment que deux ou trois heures au plus suffisent pour corriger les troubles fonctionnels et préparer le malade à l'intervention.

Jusqu'à présent, l'Ecole française dans son ensemble est restée fidèle à l'opération immédiate, et la gravité de l'état général du péritonitique appendiculaire ne permet guère d'envisager une longue temporisation. Mais, opérer d'urgence ne semble pas s'opposer à quelques soins préopératoires, et il semble possible de consacrer les quelques instants, pendant lesquels le chirurgien et ses aides se préparent, à réchauffer le malade, le réhydrater par des injections de sérum, lui administrer tonicardiaques et morphine, etc. L'aspiration, au moyen d'un tube duodénal, semble une pratique très recommandable avant et pendant l'opération, qu'elle facilitera en diminuant le météorisme et la distension intestinale.

L'ablation systématique de l'appendice paraît logique dans la péritonite diffuse, et elle ne présente pas alors beaucoup de difficultés. Dans la péritonite localisée, lorsque le chirurgien tombe sur une poche de pus, et que l'appendice est difficile à localiser et atteindre, sans rompre des adhérences, la question reste discutée, et elle est souvent d'opportunisme. (*La Presse médicale*, 1er juin 1940.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La ration alimentaire du travailleur manuel

(Au nom de la Commission du rationnement alimentaire ; M. Léon Binet ; 12-11-1940)

La ration alimentaire du travailleur manuel a été fixée à des chiffres un peu différents selon les auteurs. Armand Gautier l'évaluait à 4.500, 5.000 calories, et même au-delà suivant le travail fourni (la ration d'entretien étant de 2.200 calories). Landouzy et Labbé donnaient les moyennes suivantes : 2.750 calories pour l'employé de bureau, 3.250 calories pour le menuisier et près de 4.000 calories pour le terrassier. M. Léon Binet et la Commission interalliée du ravitaillement de 1918 concluaient à une ration alimentaire de 3.000 calories. Cathcart (Bureau international du travail), Rubner, Aykroyd (Société des Nations) arrivaient à des données analogues. En Russie, l'Institut national d'alimentation admet les chiffres suivants : 3.250 à 3.600 calories pour les travaux moyens et 4.800 calories pour les gros travaux.

Telle est, rapidement esquissée, la valeur énergétique de la ration du travailleur manuel. Reste à en préciser les constituants.

Les hydrates de carbone (500 gr. par jour) doivent occuper une grande place dans cette ration alimentaire. Les graisses sont indispensables (50 gr., pour Voït et Pettenkoffer ; 70 à 80 gr. pour d'autres auteurs). Quant aux albuminoïdes nécessaires à ladite ration, ils ont été évalués à 120 gr. (Voït), à 70 gr. (Richet et Lapicque). Parmi ces albuminoïdes, les produits carnés tiennent la première place. Pour faire du muscle d'homme, rien ne vaut le muscle de bœuf (Ch. Richet). Sur les athlètes des Jeux Olympiques (4.500 athlètes de 42 nations différentes), réunis à Berlin il y a quatre ans, Schenk a constaté que dans la ration alimentaire figuraient 400 gr. de viande (poids brut) deux fois par jour. Dans l'athlétisme de force, on consomme de grandes quantités de viande tandis que dans l'athlétisme léger, on utilise davantage le pain, le sucre, le miel et les fruits.

Il convient de souligner l'importance de certaines substances dans la ration du travailleur : le chlorure de sodium (les travaux pénibles aboutissent à la transpiration cutanée et à une perte de chlore) ; les préparations phosphorées, qui influencent favorablement l'activité physique et psychique ; les vitamines (la vitamine B1 semble intervenir heureusement dans la prévention de la fatigue).

M. Léon Binet termine par la relation d'un fait observé dans une usine américaine, il y a quelques années. Dans cette usine, 350 femmes travaillaient aux pièces, sur des machines munies de compteurs. Parmi elles, près de la moitié avaient un poids inférieur à la normale et certaines étaient convalescentes de maladie. On leur donna deux grands verres de lait supplémentaires, en dehors des repas. Le résultat ne se manifesta pas seulement par un gain de poids, mais aussi par un rendement supérieur de travail, allant de 50 à 75 % comme augmentation.

L'alcoolisme des buveurs de vin en Loire-Inférieure

(MM. Auvigne et Perrin, de Nantes. — Présentation par M. Binet ; 22-10-1940)

Les deux tiers des hommes et le tiers des femmes hospitalisés dans les services de médecine de l'Hôtel-Dieu de Nantes présentent des signes d'imprégnation alcoolique. Dans le service des aliénés, le délirium tremens et la démence alcoolique représentent le tiers des admissions.

L'enquête de la société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes a mis en évidence une particularité très importante de cet alcoolisme régional : il est presque exclusivement dû à l'abus du vin.

L'ouvrier boit du vin, qu'il considère comme une boisson inoffensive. Trois litres par jour représentent la dose quotidienne habituelle. Les débits sont d'ailleurs de 1 pour 132 habitants, de 1 pour 11 adultes dans certains quartiers. Le paysan boit davantage. Il boit le vin de sa récolte dont la sincérité garantit pour lui l'innocence. Une petite commune s'enorgueillit d'un champion qui a réalisé l'exploit de boire à lui seul dans une année toute sa récolte : 18 barriques, soit une moyenne de 11 litres par jour ! Les enfants accompagnent volontiers leur père au cellier et l'on comprend les ravages ainsi causés à la famille par l'alcoolisme.

La loi récente contre l'alcoolisme n'a malheureusement pas visé la consommation du vin. Le danger reste entier. Il faudrait, au moyen d'une propagande active faite à l'école et par la presse, montrer que le vin cesse d'être inoffensif quand il est pris en excès et que cet excès commence au-dessus des doses quotidiennes de : un litre pour les adultes, un demi-litre pour les femmes et les adolescents.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Allergie et réinfection tuberculeuses

Jean PARAF

(11-10-1940)

De cette communication, il convient de retenir quelques points.

Dans une collectivité bien isolée de tout contact, comme le révèlent les membres de ce groupement à réaction négative et qui reste négative, l'auteur a toujours trouvé que les réactions positives demeuraient positives (cuti-réactions refaites correctement et régulièrement tous les quatre mois pendant plus de dix ans), sans que l'on puisse expliquer cette persistance des réactions positives par des réinfections nouvelles, puisqu'il existe des témoins exposés aux mêmes causes de contagion, et qui restent négatifs.

D'autre part, on a trop souvent tendance à confondre l'allergie cutanée révélée par la cuti et l'intra-dermo-réaction avec la sensibilité tuberculinique générale, qui lui est parfois dissociée : une simple irradiation par les rayons ultra-violets, une rougeole peut modifier la dermo-allergie, alors qu'elle ne change pas la sensibilité générale du sujet. A côté de ces faits connus, combien de facteurs encore ignorés doivent jouer un rôle ?

Essai de traitement de l'hypertension artérielle par l'usage combiné du bromure et de l'iodure de magnésium.

M. QUISERNE

(11-10-1940)

Parmi toutes les méthodes thérapeutiques employées pour réduire les troubles dus à l'hypertension artérielle, les traitement iodés occupent à juste titre une place de premier plan. Les composés chimiques les plus employés jusqu'à ces temps derniers étaient l'iodure de sodium et l'iodure de potassium ; l'iodure de magnésium était peu prescrit en raison de l'instabilité de ses préparations. Aujourd'hui, on est arrivé à stabiliser ces préparations, ainsi que celles de bromure de magnésium. D'autre part, la proportion de l'iode et du brome dans les composés magnésiens halogènes est plus forte que pour ceux du sodium et du potassium. Leur toxicité est plus faible ; enfin le magnésium n'est pas hypertensif comme le potassium ; il est nettement hypotenseur en raison de son action inhibitrice sur la fonction surrénale, et son action diurétique est plus accusée.

Chez ses malades, l'auteur a constaté par l'emploi de l'association de l'iodure de magnésium et du bromure de magnésium : 1° une diminution assez appréciable des chiffres de la tension maxima et minima ; 2° une stabilisation de la tension artérielle malgré la reprise d'une vie tendant à la normale et également la reprise de la marche et de l'effort. Ces patients ont reçu des doses quotidiennes de 1 à 4 grammes d'iodure de magnésium et de 2 grammes de bromure de magnésium en solutions stabilisées à la dose de XX gouttes de chaque solution deux fois par jour. Ce traitement a été continué pendant des périodes variant de dix à quinze jours ; chez deux malades, après ces périodes de médication, à la suite d'un arrêt de six à sept jours de traitement, la tension, qui était restée stable et abaissée, avait une tendance à s'élever de nouveau ; mais la reprise du traitement a rapidement ramené la stabilisation.

En même temps, la médication magnésienne a exercé une action très nette sur l'état général, sur l'état digestif et sur la sécrétion rénale, qui ont été nettement améliorés. Le peu de toxicité de ces composés halogènes magnésiens permet d'en continuer l'emploi pendant un temps prolongé, sans craindre aucun accident ; il est même possible que la stabilisation de la tension artérielle, qui en résulte, offre sur les états hypertensifs une action hypotensive, qui soit de plus en plus marquée et durable, à cause de l'action antispasmodique si marquée du magnésium.

Syndrome de Brown-Séquard atypique par méningo-myélite syphilitique

MM. GERMAIN et PICARD

(18-10-1940)

Les circonstances d'apparition sont assez curieuses. Au cours d'une syphilis latente chez un sujet jeune (24 ans), se révèle assez brusquement une méningo-myélite qui, sans véritable claudication intermittente initiale, réalise en une quinzaine de jours un syndrome de Brown-Séquard atypique. Ce syndrome s'écarte du tableau classique par : la persistance de la sensibilité profonde à gauche, côté de la lésion, avec absence de bande supérieure d'anesthésie ou d'hyperesthésie ; du côté opposé, la superposition de signes d'irritation pyramidale à une simple hypoesthésie superficielle, qui ne surmonte aucune bande d'hyperesthésie. Il y a donc pratiquement hémisection spinale gauche presque complète, avec légère atteinte pyramidale droite.

Ce syndrome semble avoir été déclenché par les violents excès génitaux, qui ont immédiatement précédé son apparition : la congestion médullaire brusque ainsi causée à dû provoquer la rupture de quelques vaisseaux rendus fragiles par un processus latent d'artérite spécifique ; l'hémorragie consécutive a peu à peu dissocié et détruit le tissu noble de la moelle à gauche et s'est légèrement infiltrée à droite. Il paraît probable que, sans cet apport congestif brutal, l'artérite aurait continué son évolution plus ou moins silencieuse, aboutissant au ramollissement ischémique.

G. F.

Les Livres

MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris-VIe

M. VIRENQUE. — **Chirurgie réparatrice maxillo-faciale.** AUTOPLASTIE. PROTHÈSE. RESTAURATION. Un vol. 18,5 × 27; 260 pages, 234 fig. 1940. Prix broché : 225 francs ; cartonné : 250 francs.

C'est un très beau livre que le Docteur M. Virenque vient de publier à la Librairie Maloine.

Ancien interne médaille d'or de chirurgie des hôpitaux de Paris, Virenque était particulièrement désigné pour écrire un ouvrage sur la réparation des blessures maxillo-faciales. Attaché pendant la guerre 1914-1918 à un grand centre spécialisé, il est revenu en 1939, après vingt années de chirurgie générale, à ce même centre comme chef de service.

La chirurgie réparatrice des « gueules cassées », pour employer le qualificatif adopté par les blessés de la face eux-mêmes, est délicate, difficile et patiente. Elle est doublement utile puisqu'à la fois elle procure la guérison et permet aux malades la vie sociale. Il suffit de jeter un coup d'œil sur quelques-unes des figures et des photographies — faites avant et après le traitement — reproduites dans l'ouvrage de Virenque pour voir quels services sont ainsi rendus aux blessés.

Le livre est divisé en trois parties : la première étudie l'urgence maxillo-faciale, la suture des plaies, les greffes, les plasties, la symbiose chirurgie-prothèse ; la deuxième aborde plus particulièrement les autoplasties de l'étage inférieur et moyen de la face ; la troisième concerne la réparation des mutilations des mâchoires : chirurgie et prothèse demandent ici souvent des mois, parfois des années.

Présenté avec un grand luxe de figures inédites (234 figures) le beau livre de Virenque intéressera non seulement les chirurgiens et les prothésistes qui y trouveront toutes techniques détaillées, mais aussi les stomatologistes, les oto-rhino-laryngologistes et également les praticiens qui peuvent avoir à conseiller les blessés désireux d'obtenir une réparation esthétique de leur mutilation faciale.

P. LACROIX.

MASSON ET Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. MAURER, chirurgien des Hôpitaux de Paris. — **Les plaies vasculaires récentes et leur traitement.** Un vol. de 116 pages avec 37 fig. 1940. Prix : 32 francs.

On trouvera dans ce livre des notions sur les premiers stades de l'évolution des plaies vasculaires ainsi que des indications sur le traitement qu'il faut leur opposer.

Ce travail est basé sur l'observation de plus de 400 plaies vasculaires, toutes traitées, pendant la guerre 1914-1918, dans un même service et suivant une même directive ; elles se rapportent à des lésions vasculaires de la face, du cou et des membres.

Des difficultés de technique se rencontrent dans le traitement des plaies de certains vaisseaux ; elles ont incité l'auteur à préciser quelques temps opératoires, particulièrement dans les plaies des vaisseaux de la base du cou, des vaisseaux fémoraux profonds, des fémoraux poplités, du tronc tibio-péronier, de la crosse de la tibiale antérieure, des vaisseaux huméraux profonds, des vaisseaux cubitaux au tiers supérieur de l'avant-bras.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Emile SERGENT. — **Suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et médiastinales.** ETUDE CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. Un vol. de 312 pages avec 78 figures. 1940. Prix : 85 francs.

Cette étude médico-chirurgicale est divisée en deux parties :

La première partie est un exposé général des bases fondamentales de l'étude clinique et thérapeutique, comportant principalement les donnécs relatives à l'exploration et aux constatations radiologiques, avec une importance particulière donnée aux résultats de l'opacification artificielle par le lipiodol que l'auteur a été l'un des premiers, avec Cottenot, à appliquer à l'examen radiologique de l'appareil respiratoire.

La deuxième partie comporte l'étude successive des suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et médiastinales. L'auteur s'est attaché à réunir les résultats des constatations et des recherches personnelles qu'il a poursuivies avec ses collaborateurs. Il convient de signaler tout particulièrement les chapitres consacrés à la dilatation des bronches, aux suppurations secondaires de lésions pulmonaires excavées tel le cancer, aux suppurations primitives et, notamment, aux abcès, dont les formes anatomo-cliniques et le traitement ont, durant de longues années, retenu l'attention de l'auteur, et enfin au traitement des pleurésies purulentes et à l'exploration des trajets fistuleux pariétaux.

PARTIE PROFESSIONNELLE



Bulletin de l'Actualité

❖ ❖ ❖

LA QUALIFICATION DU CHIRURGIEN ET L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE

Par les Docteurs J.-P. LAMARE et Maurice LARGET,

Chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Associés nationaux de l'Académie de Chirurgie

Les pouvoirs publics se préoccupent à juste titre, à l'occasion de la réorganisation de la profession médicale, de définir la qualification des « spécialistes » en général, des chirurgiens en particulier.

Quels sont les tests qui sont susceptibles de servir de base à cette qualification ?

Ils sont de deux ordres : Les titres universitaires et hospitaliers, et la valeur chirurgicale réelle du candidat au moment de la qualification.

Nous nous proposons d'examiner successivement ces deux ordres de tests, et de rechercher la valeur qu'il convient de leur attribuer.

I. — Titres universitaires et hospitaliers

Les titres universitaires chirurgicaux sont souvent ceux d'un enseignement de l'anatomie. Ils attestent que celui qui les porte possède des connaissances anatomiques réelles et ont une grande valeur. Aucun titre universitaire valable ne confirme la valeur des connaissances d'un étudiant en pathologie. Celle-ci est enseignée surtout à l'hôpital (1).

Les *titres hospitaliers* n'ont de valeur qu'en fonction de l'éducation réelle qu'ils ont procurée.

Celle-ci dépend :

A. De la qualité de l'enseignement.
B. De la qualité de l'élève.

A. — La qualité de l'enseignement.

Au premier abord, il semble logique de baser la qualification sur le titre d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de Faculté, où le stage d'internat comporte quatre années d'études pratiques.

Il faut cependant reconnaître que la qualité des internats est loin d'être égale dans toutes les villes, même de Faculté, dans les différents hôpitaux d'une même ville, dans les différents services d'un même hôpital. En revanche, elle peut être bonne dans certains services de certains hôpitaux de villes où ne siège aucune Faculté de médecine.

La valeur d'un tel enseignement dépend en effet de trois facteurs :

— Les capacités théoriques de l'interne apprenti chirurgien.

— Les possibilités d'enseignement pratique du service.

— La volonté d'enseignement du chef de service.

a) *Les capacités théoriques de l'interne* sont mises en évidence par le concours qui l'a nommé. Ces capacités sont d'autant plus grandes que les candidats au concours étaient plus nombreux, ou plus exactement que le choix des internes fut plus réduit, c'est-à-dire qu'il y avait une disproportion plus grande entre le nombre des candidats et le nombre des places d'interne à pourvoir. Or, dans certaines Facultés de province, il y a souvent à peine plus de candidats que de places et, afin d'assurer le fonctionnement des services de l'hôpital, le jury se voit obligé de nommer des candidats qu'il évincerait volontiers si le choix pouvait porter sur un plus grand nombre de candidats.

b) *Les possibilités d'enseignement du service.* — A Paris, si l'accession au titre d'interne nécessite des qualités théoriques indiscutables, l'enseignement pratique en revanche s'y trouve d'autant plus réduit que le service choisi par le nou-

(1) Et dans les conférences d'internat. Mais, dans la plupart de celles-ci, les questions de pathologie sont actuellement distribuées dactylographiées par le chef de conférence aux élèves dont la mémoire seule entre en jeu au détriment de l'effort personnel de recherche et de classification.

veau promu est un plus grand service. Nous savons bien que cette qualité de service est choisie le plus souvent par des internes qui se destinent aux concours supérieurs, et qui sont disposés à sacrifier dans une certaine mesure leur entraînement chirurgical pratique à leur avenir. Mais il y a aussi des internes qui travaillent dans ces services, parce qu'ils n'ont pu trouver de place ailleurs.

Ils doivent alors renoncer à opérer souvent, car actuellement à côté du chef de service, un agrégé, un chef de clinique, un chef de clinique adjoint, qui y sont chargés de l'enseignement, ne négligent pas d'ajouter à ces fonctions universitaires la pratique opératoire qui entretient et développe leurs propres qualités manuelles. En outre, il est fréquent qu'un ou deux anciens internes du chef de service y soient chargés de certaines recherches scientifiques, qui nécessitent elles aussi l'activité opératoire de ces chercheurs.

Aussi l'interne ne participe-t-il aux interventions du service que comme aide en premier ou en second, parfois seulement comme anesthésiste.

Nos savons bien qu'il est bon que l'interne *apprenne à donner correctement une anesthésie*, qu'il en connaisse les difficultés, qu'il sache plus tard en surveiller pertinemment l'administration.

Nous n'ignorons pas qu'en aidant, en aidant beaucoup, l'interne acquiert une connaissance étendue de son métier. Il y gagnera des disciplines excellentes qui ne le quitteront plus. Mais l'assistance opératoire exclusive, si elle démontre à l'aide la nécessité de la précision, de la douceur du geste, si elle lui apprend la manière de pratiquer les décollements, l'art d'insister sur les points susceptibles de céder, si elle lui enseigne l'horreur des mouvements brusques ou des manœuvres de force mal appliquées, elle lui présente en revanche l'opération sous un angle qui n'est pas celui de l'opérateur.

A l'heure où il devra s'installer, soit qu'il en ait eu toujours l'intention, soit qu'il ait échoué aux concours supérieurs, il n'aura acquis qu'une pratique très réduite. Il devra donc s'éduquer seul, sans guide, ni contrôle et, sans que l'on puisse prétendre qu'il se fera « l'œil et la main aux risques et périls des opérés vivants de ses premières années d'exercice » (1), nous pensons qu'il devra cependant redresser son point de vue d'aide et adopter, non sans peine souvent, la vision tactique d'un opérateur.

Aussi beaucoup d'aspirants chirurgiens, en raison de l'amour qu'ils portent à leur profession, préfèrent-ils l'étudier dans un milieu qui sans être celui d'une ville universitaire, leur procurera toutes les possibilités et facilités de s'éduquer théoriquement et pratiquement d'une manière qui fera d'eux de véritables chirurgiens. Ceux-là n'auront aucun de ces titres qui jouissent d'une si grande faveur et pourtant ils apprennent correctement leur métier.

Dans les Facultés de province, si les qualités théoriques à l'entrée sont parfois inférieures à celles d'un interne de Paris, en anatomie surtout, l'interne a des chances d'opérer beaucoup, car il y a moins d'assistants dans les services, à la condition toutefois que le mouvement des malades y soit suffisant et capable de satisfaire largement l'appétit opératoire du chef de service.

Et puis intervient un troisième facteur :

c) *La volonté d'enseignement du chef de service.* Dans nombre de services de province, le chef de service n'éprouve pas le désir impérieux d'enseigner à son interne la pratique de la grande chirurgie, alors qu'il voit en lui, ayons le courage de l'écrire, un concurrent de demain.

Si les internes de Paris en effet s'installent habituellement hors de la capitale, dans leur pays d'origine souvent, d'où ils sont partis pour compléter leurs études à Paris, les internes de province en revanche s'installent volontiers à proximité de leur centre d'études. Leur famille, leurs relations les y attachent. Le patron de tels internes a une tendance à ne faire d'eux que des demi-chirurgiens, qui devront plus tard avoir recours à lui pour les interventions importantes dont il ne leur a pas enseigné la pratique. Ainsi se constituent de véritables fiefs chirurgicaux.

Une telle pratique s'oppose à la décentralisation chirurgicale, ou tout au moins à la qualité de cette décentralisation, au détriment des populations qu'elle devrait servir. Il en est, en effet, parmi celles-ci qui, sans être très éloignées d'un centre chirurgical, n'ont cependant avec ce centre que des moyens de communication difficiles. Ces populations devraient bénéficier d'un secours chirurgical sur place pour les grandes comme pour les petites interventions d'urgence. Si le chirurgien local n'a pas été éduqué à pratiquer celles-ci, le malade peut mourir avant l'arrivée du consultant.

B. Les qualités de l'élève.

Le fait même qu'il fut capable de franchir avec succès les premiers échelons des concours prouve assez qu'il est doué de certaines qualités qui l'élèvent au-dessus de ceux qui ont échoué (nous voulons négliger l'influence de la recommandation, du favoritisme). Mais sommes-nous assurés par là-même qu'il possède en germe toutes celles qui feront de lui un chirurgien capable de remplir exactement sa fonction et d'une manière telle qu'il puisse être qualifié chirurgien ?

Cela dépend justement des qualités pour les-

(1) Farabeuf. — Préface du « Manuel opératoire ».

quelles il a été élu, donc de la forme du concours dont il est sorti l'un des vainqueurs. Or, la plupart des concours reposent sur le jeu de capacités théoriques et ne font point état des capacités manuelles du candidat, de sa sensibilité tactile, de sa dextérité, de sa force aussi.

Si les premières sont indispensables pour que soit convenablement orientée l'action du chirurgien, les secondes ne sont pas moins utiles pour que cette action soit pleinement efficace. L'exercice du chirurgicat est aussi, ne l'oublions pas, un travail des mains. Devraient en être exclus ceux qui n'ont pas la main suffisante, ceux qui n'ont pas « le pouce opposable ». Avant de briguer de telles études ceux-là devraient s'appliquer à en acquérir les possibilités physiques.

Si maintenant nous voulons bien ne pas oublier que, dans les services à nombreux personnel opérateur, l'interne a peu d'occasion de parfaire ou de développer les dispositions physiques qu'il pouvait avoir congénitales ou acquises, nous sommes obligés de conclure que c'est un médiocre chirurgien que va créer ce concours essentiellement théorique, qui ne tient pas compte de l'habileté manuelle, suivi d'un internat où cette habileté ne pourra ni apparaître, ni se développer suffisamment.

II. — La valeur chirurgicale du candidat au moment de la qualification

Ce test serait sans doute le meilleur s'il était pleinement applicable. Les capacités théoriques pourraient être mises en évidence par le moyen d'un examen, les capacités pratiques par l'exécution, non pas d'un acte de médecine opératoire, mais d'une intervention chirurgicale véritable, qui, bien que pratiquée sur le cadavre, devrait comporter toutes les manœuvres d'asepsie réglementaire.

La difficulté de mise en pratique de ce test réside surtout dans le mode de composition du jury d'examen.

Un jury composé de membres du corps enseignant d'une Faculté aura tendance à favoriser les universitaires au détriment de ceux qui n'ambitionnent aucun titre d'enseignement même s'ils en croient posséder les capacités, et qui, passionnés pour leur art, sont disposés à aider à la décentralisation chirurgicale et à multiplier les centres chirurgicaux dans les pays montagneux ou à communications interurbaines difficiles.

Un jury local favorisera toujours ceux qui sont issus de la Faculté à laquelle appartient le jury.

Un jury national, c'est-à-dire composé de chirurgiens choisis dans différentes localités de France, sièges ou non de Facultés, paraît la solution la meilleure. S'y rencontreraient des professeurs qui jugeraient pertinemment des capacités théoriques et techniques, et des chirurgiens praticiens qui apprécieraient plus particulièrement la spontanéité, l'imagination, l'esprit ingénieux ou inventif, toutes qualités qui sont utiles dans un petit centre qui ne comporte pas toutes les facilités des grands services d'un centre d'enseignement.

Une telle épreuve se transforme évidemment en concours dans le cas où est institué un *numerus clausus*.

***

Nous venons d'examiner les modes possibles de la qualification des étudiants en médecine désirant pratiquer la chirurgie. Il nous reste à envisager la situation des docteurs en médecine qui pratiquent actuellement la chirurgie soit d'une manière exclusive, soit conjointement avec la médecine.

Il nous paraît tout d'abord qu'un chirurgien, s'il lui faut posséder des connaissances médicales étendues, doit, en revanche, limiter son activité professionnelle à la pratique de la chirurgie, à l'exclusion de toute clientèle médicale. Cette opinion, qui est aussi celle de la majorité des médecins et des chirurgiens, puisque ces derniers se refusent à admettre dans leurs collèges les chirurgiens qui pratiquent également la médecine, s'appuie sur cette idée assez juste qu'un chirurgien, qui ne peut satisfaire aux besoins de son existence par la seule chirurgie, ne possède pas toutes les qualités chirurgicales que requièrent les besoins de la clientèle.

D'autre part, certains se disent chirurgiens qui n'en possèdent ni l'éducation, ni les qualités. La guerre de 1914-1918, celle de 1939 aussi, ont révélé la réalité de ce fait extraordinaire. Elles ont permis aux chirurgiens consultants d'éliminer un certain nombre de ces faux ou mauvais opérateurs. En temps de paix, ceux-ci sont facilement découverts à condition qu'on veuille bien s'en donner la peine. Les temps de facilité sont révolus : désignés par la rumeur publique, par le monde médical, par les chirurgiens qualifiés, ces faux chirurgiens doivent être soumis à une enquête précise et subir au besoin un examen théorique et pratique, dont les modalités seront bien différentes de celles que nous avons envisagées pour les élèves aspirants chirurgiens, mais doivent être fixées avec précision.

Les titres des chirurgiens établis ainsi que leurs travaux scientifiques seront pris en sérieuse considération. Ils acquièrent ici toute leur valeur s'ils se trouvent confirmés par la pratique qui a suivi l'installation du chirurgien.

Quant à ceux qui ne possèdent pas le titre d'ancien interne d'une ville de Faculté et qui exercent la chirurgie à titre exclusif depuis plusieurs années, il faudra pour ceux-là considérer l'intensité de leur travail opératoire, la réputa-

tion qu'ils se sont acquise là où ils exercent et l'opinion de ceux qui les ont éduqués, les ont observés, guidés au cours de leurs études chirurgicales. Si ces éducateurs sont eux-mêmes qualifiés le jugement qu'ils fourniront de leurs élèves, engageant leur responsabilité, doit peser d'un grand poids pour établir la qualification.

***

De l'examen que nous avons fait des résultats et des méthodes de l'enseignement actuel de la chirurgie, il ressort que celui-ci n'est pas parfait, même dans les villes de Faculté, et que les conditions en doivent être changées pour qu'en soient améliorés les produits.

L'internat, par le travail préparatoire qu'il exige, par la nécessité qu'impose le concours d'un exposé condensé, est une excellente école non seulement de la mémoire, mais aussi du jugement et de la rapidité de la pensée. Il reste la base essentielle des connaissances théoriques indispensables à la formation du chirurgien, à la conditions toutefois que les jurys n'accordent pas trop d'importance à la mémoire au détriment de la clarté de l'exposition, à la condition aussi qu'ils apportent une attention particulière au caractère et à l'allure du candidat.

Mais on peut s'étonner que le programme du concours d'internat soit resté le même depuis l'origine de cette institution qui date de 1810. Au cours de ce long siècle, la chirurgie en effet a singulièrement évolué. En marge de l'anatomie et de la pathologie, la physiologie est apparue, a grandi et gagné une importance capitale. Il est temps que les futurs chirurgiens, appelés à créer, à chacun de leurs gestes, la maladie opératoire, soient informés avec exactitude des réactions de l'organisme.

La préparation de l'internat ne devrait-elle pas comporter l'étude très poussée de la physiologie, peut-être même des exercices pratiques de physio-pathologie, le tout sanctionné, à l'occasion du concours, par épreuve spéciale ?

L'internat reste aussi la meilleure école pour l'éducation pratique. La vie constante à l'hôpital permet à l'interne d'observer les malades à toute heure du jour et même de la nuit, s'il est nécessaire ou utile. Elle lui offre, en outre, l'occasion de connaître toutes les urgences, que celles-ci viennent du dehors, qu'elles apparaissent parmi les malades hospitalisés déjà. Et puis, c'est à l'hôpital, au cours de l'internat, que se fait avec le plus d'efficacité l'apprentissage pratique manuel, dirigé par des maîtres chirurgiens ayant le goût et la possibilité d'un tel enseignement et disposés à en assumer la charge.

Sans doute la dissection et la médecine opératoire sont choses indispensables. Mais ne devient souvent qu'un piètre chirurgien celui qui ne possède que cette formation-là. Les gammes, les études de virtuosité ne font pas l'artiste musical. Elles lui donnent seulement la possibilité de le devenir. L'interprétation artistique s'acquiert ensuite en écoutant les maîtres, en se soumettant jour après jour à leurs conseils. Il en va de même en chirurgie : le maître exécute et l'élève qui l'aide regarde et retient. Plus tard, l'élève opère aidé par le maître. Enfin ce dernier se borne à regarder et à conseiller. Il y faut beaucoup de patience de la part du patron, un grand désir de toujours mieux faire de la part de l'apprenti qui, entre temps, continue « ses gammes » sur le cadavre.

Ainsi apparaissent deux ordres d'enseignement : celui du Professeur ou de l'Agrégé, surtout théorique, celui du chef de service chirurgical, surtout pratique. Ces deux fonctions sont d'ailleurs assumées dans certains services par les mêmes personnalités. Mais si l'enseignement théorique peut être donné à la fois à un grand nombre d'élèves, comme il l'est actuellement dans les grands services de clinique, l'enseignement pratique n'est possible avec fruit que s'il est donné à un petit nombre d'élèves à la fois. Or, il y a beaucoup de chirurgiens dans les grands hôpitaux qui pourraient être qualifiés pour l'enseignement, en raison de leurs titres et de leur notoriété scientifique. Le nouveau régime d'études justement prévoit des stages pratiques de sixième année pour les étudiants dans certains hôpitaux, hors du domaine des Facultés. Pourquoi ne pas admettre dans les mêmes conditions l'enseignement pratique de la chirurgie ?

Une telle décentralisation, en éparpillant les apprentis chirurgiens dans de nombreux services, réduirait leur masse pour chacun d'eux (au besoin même dans les limites d'un *numerus clausus*) et permettrait un enseignement singulièrement efficace. Et puis, elle ferait s'épanouir des vocations d'enseigneurs avec les fructueuses disciplines personnelles que comporte une si noble tâche, pour le plus grand bien de la chirurgie française.

OPINIONS SUR LA DICHOTOMIE

Les chirurgiens n'ont pas manqué de réagir dès que le sujet a été abordé dans nos colonnes et un nombreux courrier nous est parvenu.

Car ils sentent bien que la dichotomie est un gros nuage planant sur leur profession et qu'elle y fait régner un clair-obscur éminemment désagréable et périlleux. Ils pensent, et ils ont raison, que puisque tout le monde, et y compris le public, a eu l'attention attirée par certains propos retentissants et sait de quoi il retourne, mieux vaut empoigner une bonne fois la question et la traiter de bout en bout.

Le Conseil national de l'Ordre va avoir sous peu à s'en occuper et même à la résoudre. C'est du reste cette imminence d'un règlement qui incite chacun à exposer son avis afin que l'Ordre prenne un parti juste et acceptable pour tous.

Le Docteur Richard, dont nous avons publié récemment l'article, est probablement d'une rigueur exagérée en prétendant qu'un praticien n'a pas droit à une rétribution spéciale pour avoir fait un diagnostic délicat et essentiel à la vie du malade, et que la difficulté d'un côté est compensée par l'extrême facilité d'un autre. Une hernie inguinale, diagnostic tout fait, compenserait un kyste de l'ovaire tordu, diagnostic de finesse et dont la rectitude ou l'erreur met en jeu une vie humaine.

Il y a tout de même des éléments qui diffèrent : d'abord le temps employé dans un cas ou dans l'autre, ensuite l'application et l'art de constituer le faisceau de symptômes qui mènera à la décision, enfin la responsabilité attachée à cette décision qui va mettre une famille dans l'alarme et déclancher la venue à domicile d'un chirurgien ou l'envoi du malade dans une clinique.

En telle occurrence le praticien joue tant soit peu sa réputation, donc sa situation, et se découvre aux feux conjugués des reproches, des dénigrements et des actions en justice.

Il est juste que tout cela se paie.

Sinon pourquoi rétribuer différemment le chirurgien suivant qu'il opère une appendicite à froid ou fait une néphrectomie ? La diversité n'est, là aussi, que dans le temps, la peine et le savoir-faire.

Et, plus généralement, pourquoi faire des tarifs ? Nous retombons dans le forfait, formule parfaite du « l'un compense l'autre ».

Du reste la plupart des chirurgiens ne combattent dans la dichotomie que sa clandestinité et son caractère de pourcentage, souvent exagéré, prélevé sur les honoraires du chirurgien.

En fait, ainsi que nous l'écrit un lecteur, le fond du problème est purement moral ; c'est le sentiment de la probité professionnelle qui est à refaire chez nous, car il est totalement oblitéré.

Nous attendons du prochain Code de déontologie que, ce « fond du problème », il l'aborde de façon décisive, péremptoire et définitive et qu'il commence par là de refaire l'esprit de la profession.

En attendant qu'il nous soit révélé, voici l'avis de deux chirurgiens qui se rencontrent dans un commun souhait.

***

Une des premières préoccupations du nouvel ordre des médecins a été de préciser les règles essentielles de la profession, celles qui doivent être respectées sous peine de sanctions sévères, pour lutter contre des erreurs comme la publicité, le charlatanisme sous toutes ses formes, l'usurpation des titres et la dichotomie.

Ce sont là des questions qui reviennent périodiquement sous notre plume, dans les colonnes de ce journal et, dernièrement encore, la publicité excessive et l'usurpation des titres faisait l'objet d'un de nos entretiens.

La lecture dans un des derniers numéros du *Concours Médical* d'une note de mon vieil ami Métivet sur la dichotomie, où il expose une idée qui lui est chère et que je lui ai déjà entendu défendre au Syndicat des chirurgiens français, montre l'actualité de cette question à laquelle il va falloir pourtant s'attaquer.

Actuellement l'autorité que possède l'ordre des médecins rend possible la suppression pure et simple du partage des honoraires entre médecins et spécialistes. La dichotomie aura vécu et celui qui sera pris à la pratiquer s'exposera aux sanctions sévères du Conseil de l'Ordre.

C'est une solution radicale qui ne comporte pas de demi-mesure et qui pour beaucoup d'entre nous, semble la seule susceptible de faire disparaître à tout jamais une pratique fort mal jugée par la très grande majorité du public.

Cependant, la voix du bon sens qui parle par la bouche de Métivet mérite d'être entendue. L'autorité que lui donne une situation solide qui le met au-dessus des contraintes, des concessions, lui permet justement de nous mettre en garde contre une décision qui par sa rigueur même, va apporter un grand trouble dans l'exercice même de la chirurgie.

Il faut reconnaître que c'est à la participation du médecin aux honoraires opératoires qu'a été dû l'essor extraordinaire pris par la chirurgie, en permettant la construction de cliniques, dans les plus petites villes. On ne voyait

pour ainsi dire plus, même dans les plus lointains villages, des malades mourir, faute d'avoir pu être opérés, dans de bonnes conditions, de temps ou de lieu.

Le médecin, participant aux honoraires, devenait pour le chirurgien un véritable collaborateur. Cet argument vaut qu'on y réfléchisse. Songeons avant tout à l'intérêt des malades. Il est à craindre que le jour où le médecin traitant qui a sa part de responsabilité n'aura plus sa part d'honoraires, il est à craindre que ce jour-là, son réflexe à avoir recours au spécialiste soit moins prompt, qu'il essaie de soigner son malade par les moyens dont il dispose, qu'il hésite, qu'il tergiverse et laisse ainsi passer l'heure favorable à de bonnes conditions opératoires. Et ceci en toute bonne foi, car je n'envisage ici que la médecine honnête, scrupuleuse et je songe à ces mieux trompeurs, auxquels on s'accrochera, au lieu d'intervenir et qui aboutiront à la mort du malade.

Le réformateur doit se rendre exactement compte de la manière dont la médecine s'exerce en tous lieux ; il doit savoir se mettre à la place du praticien qui vit modestement de sa profession, qui n'a ni rentes, ni retraite, ni prébendes et auquel chaque client apporte le pain quotidien. Chaque malade dont il se dessaisit au profit d'un autre, c'est un peu de son bien-être qui s'en va et pour peu qu'il aiguille l'un, vers l'otorhino ou l'ophtalmo ou le radiologue ou vers le chirurgien, il ne lui restera plus, d'une clientèle importante, que des miettes insuffisantes pour le faire vivre.

Dans l'état actuel de la science et dans l'intérêt même du malade, le médecin omni-praticien doit faire appel souvent à de très nombreux collaborateurs, mais si cette collaboration se réduit pour lui à un rôle d'aiguilleur dont il ne peut tirer aucun avantage, la médecine ne sera plus pour lui d'aucun profit. On verra ainsi peu à peu disparaître ce bon conseiller des familles, ce gardien de la santé et il se trouvera remplacé par un type infiniment dangereux, le *spécialiste en tout.* Ce spécialiste aura ses appareils de radio, de physiothérapie, il aura sa clinique où il fera la phtisiologie, la chirurgie, toutes les spécialités et ce nouveau docteur Knock, parfaitement en règle avec la loi, utilisant au maximum les droits que lui confère son diplôme fera une médecine déplorable, productive pour lui, dangereuse pour le malade, car l'étendue même des sciences médicales dépasse la compétence d'un seul homme.

C'est cette tendance qui se manifeste déjà qu'il faut craindre, car elle aurait pour aboutissant des soins médiocres et des conséquences funestes.

C'est tout cela que j'entends derrière le cri d'alarme de Métivet et que tant d'autres qui ne le réalisent que mal et ne l'expriment pas, sentent aussi profondément.

En supprimant la dichotomie déplorable il faut établir et codifier la manière dont spécialistes et praticiens doivent collaborer ; en faisant disparaître la dichotomie et sa clandestinité, il faut fixer équitablement ce qui est du à chacun.

Le traitement d'une maladie grave exige toujours la collaboration de plusieurs et un partage des responsabilités ; au Sou Médical, de temps à autre, nous devons apporter notre appui à des confrères qui sont poursuivis pour des fautes professionnelles et nous constatons que bien souvent le tort du confrère inculpé a été d'avoir trop voulu faire seul, d'avoir dépassé la limite de ses possibilités et d'avoir gardé pour lui seul une responsabilité qu'il aurait du partager. C'est cette idée de collaboration qui doit dominer les rapports futurs du praticien et du spécialiste, elle doit se substituer à la coutume de confier son malade à la clinique, sans plus s'en soucier et ainsi se justifie pleinement le droit de participer aux honoraires.

On ne saurait se contenter de proscrire la dichotomie sans codifier ce que doit être la collaboration médicale, sans préciser que des honoraires sont légitimement dus à celui qui facilite cette collaboration et que ces honoraires doivent toujours être *calculés proportionnellement* à ceux que demande le consultant. Ainsi réglée une fois pour toutes, l'odieuse dichotomie aura perdu son caractère clandestin et il ne sera plus possible d'assister à ces surenchères et à cette espèce de foire où le chirurgien le plus recherché finissait par être le plus offrant.

Le jour où sera enfin réglée cette question qui a fait couler tant d'encre, l'ordre des médecins aura fait une œuvre bien utile ; il suffira de quelques sanctions sévères contre ceux qui continueraient à persévérer dans les erreurs du passé pour qu'on n'entende jamais plus parler de dichotomie.

Dr Raphaël MASSART.

Sur ce même sujet nous avons reçu la réponse suivante à un précédent article.

L'article de notre confrère Richard est parfait.

Son argumentation peut d'ailleurs se résumer dans cette formule, que l'on m'a toujours appris à considérer comme un axiome : « En médecine les honoraires ne sont pas destinés à rémunérer le service rendu — parfois incommensurable et parfois nul — mais la peine, le dérangement et les capacités du médecin, et ceci selon les possibilités du client ».

Ceci suffit à déconsidérer définitivement et

sans appel la dichotomie « commission », qui doit disparaître.

Les honoraires du médecin assistant ou collaborant à l'intervention sont normaux, et doivent être normalement perçus. Que le chirurgien aide à les percevoir, on peut l'admettre, à condition que cette pratique *ne soit pas clandestine*, et ne comporte pas l'attribution d'un *pourcentage sur ses propres honoraires.*

Comment empêcher la dichotomie ?

On nous dit : « C'est impossible ». Je ne le crois pas, et je ne veux pas le croire, parce qu'*être sceptique, c'est déjà être complice.*

D'abord, il y a *l'engagement d'honneur*, solennellement pris. Confrère, ne haussez pas les épaules. Pour un malhonnête homme, ce n'est pas une barrière. Mais il y a assez de médecins honnêtes qui, par faiblesse ou par routine acceptaient de se plier à un usage douteux, et qui reculeront devant un parjure.

Ensuite, *il faut édicter des sanctions très sévères* : interdiction temporaire de l'exercice de la médecine. Je ne crois pas qu'il sera très facile de découvrir et de punir le médecin ou le chirurgien défaillant. Je pense que ce ne sera pas impossible si on le veut vraiment. Et je pense surtout que cette menace permettra à tous les chirurgiens qui répugnent à cette pratique — et j'ai l'impression qu'ils sont plus nombreux qu'on ne le croit — de se dérober légitimement aux exigences de leurs « rabatteurs ». Ils y perdront des clients : mais on verra bien où iront ceux-ci. Et, si l'on veut vraiment sévir, il y aura là des présomptions qui vaudront bien celles sur lesquelles s'appuient, par exemple, pour pénaliser le contribuable, les agents du fisc. On nous dira : « Des présomptions ne sont pas des preuves. Nous n'aurons jamais de preuves ». Je répondrai qu'il y a, pour faire une révolution, nécessité *d'employer des moyens révolutionnaires.* Sommes-nous, oui ou non, en pleine révolution nationale ?

Enfin, il faut faire, non pas de la dichotomie, mais de la rémunération légitime du médecin-traitant dans l'acte opératoire, une *notion tellement officielle et publique* — au besoin par des campagnes dans la grande presse —, qu'elle soit tout naturellement acceptée par la clientèle. Il faut l'insérer dans les tarifs officiels (assurances sociales, accidents du travail, etc...). Il faut la faire entrer dans les mœurs dans la mesure où elle est justifiée, la pourchasser impitoyablement quand elle ne vient rémunérer aucun acte médical, quand elle prend le caractère d'une commission et d'un pourcentage.

C'est difficile. Oui, mais veut-on une médecine honnête ?

Il y a six mois, après l'armistice, tous les médecins qui étaient partis, et qui revenaient, disaient : « Oui, nous avons compris nos erreurs, notre part de responsabilité dans la débâcle. Oui, il faut purifier la médecine, et nous sommes prêts à le faire ».

Aujourd'hui, ils ont repris leurs habitudes antérieures. Les conditions d'exercice sont plus difficiles, la lutte plus dure. Les sentiments sont moins beaux.

Seulement, tous ne sont pas rentrés. Il y a ceux qui ne rentreront que plus tard, de leurs camps lointains. Eux, auront encore bien plus souffert, bien plus médité. Eux, auront su prendre de plus fermes résolutions que nous. Eux sauront exiger, à leur retour ; et ils en auront le droit. Pensez-y, vous tous qui désirez que la médecine soit, *avant-tout*, une profession propre.

Je me sépare de notre confrère Richard sur deux points.

Le premier, c'est lorsqu'il dit que tout le monde ou à peu près est prêt à abandonner la dichotomie. Il n'en est rien. Quelques-uns l'abandonneront volontiers. Beaucoup l'abandonneront parce qu'ils y seront obligés. Quelques-uns ne l'abandonneront pas.

Le second, c'est lorsqu'il intitule son sujet : un « dada ».

Non, la question de la dichotomie n'est pas un dada. C'est *la question la plus importante* de celles qui se posent à l'Ordre des médecins, car c'est celle où les Syndicats ont toujours dû avouer leur totale impuissance.

Si l'ordre vaut mieux que les Syndicats, *c'est à cela qu'on le verra.* Son Code ne vaudra que par l'application qui en sera faite. Mais lui, il est armé, alors que les Syndicats ne l'étaient pas.

S'il ne réussit pas, il n'aura pas d'excuses.

Nous non plus, d'ailleurs. Et nous mériterons bien, une fois de plus, le régime qui, en cas d'échec, nous sera tôt ou tard infligé ? Croyez le bien, chers confrères, il sera beaucoup plus rude que la disparition de quelques « facilités » inventées par les générations qui nous ont précédés, et dont à nous, les jeunes, il nous faut avoir le courage de jeter par dessus bord le pesant et douteux héritage.

Dr Louis Pouyanne.
Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux,
Professeur agrégé à la Faculté.

LES MÉDECINS ET LE FISC



I. Le rôle de l'Ordre dans le contrôle fiscal
Projets de réforme de la procédure de taxation

Peu avant septembre 1939, nous avions commencé, dans le *Concours Médical*, à étudier, d'accord avec M. Martinot, notre conseil fiscal, les réformes qu'il nous paraissait urgent d'apporter au régime du contrôle en matière d'impôt sur les bénéfices des professions libérales. Les évènements ont empêché nos projets d'aboutir, mais la question n'en reste pas moins posée, et nous croyons qu'il est temps de la reprendre aujourd'hui.

***

Avant d'entrer dans l'exposé de ces projets, nous voulons rappeler rapidement l'aspect du problème.

D'après le Code des impôts sur les revenus, le contrôleur peut demander au contribuable de justifier sa déclaration ; s'il y a lieu, en redresser le montant en indiquant les motifs de sa décision, et en invitant l'intéressé à présenter ses observations dans les vingt jours. S'il y a désaccord, le soin d'établir la base de l'imposition est transféré à la Commission de taxation. Le contribuable peut ensuite contester la décision de la Commission, par voie de réclamation après l'établissement du rôle, en saisissant successivement le Directeur des Contributions directes, le Conseil de Préfecture et le Conseil d'Etat.

Tel est le fonctionnement théorique de la procédure. Voyons maintenant comment les choses se passaient en pratique. Il est dépourvu de toute originalité d'observer que le contrôleur ne tenait généralement aucun compte des justifications fournies par le contribuable et réhaussait les déclarations en invoquant des motifs tellement vagues qu'ils ne constituaient que des affirmations gratuites (réputation professionnelle, activité du médecin, etc.). Un second stade non prévu par la loi, mais officialisé par une circulaire de l'Administration, intervenait alors, avant la dissolution des Syndicats médicaux : nous voulons parler de la préconciliation fiscale par le président du Conseil de famille départemental. En fait le préconciliateur manquait généralement d'une autorité morale suffisante pour imposer sa décision à l'égard de l'Administration. La Commission de taxation entrait alors en scène.

Il suffit d'examiner la composition légale de cette juridiction pour s'apercevoir qu'elle ne constitue qu'un instrument entre les mains du fisc. Rappelons qu'elle comprend en effet à côté d'un contribuable médecin désigné par « la chambre de discipline professionnelle », et d'un juge du tribunal, quatre agents du fisc et un répartiteur désigné par le directeur des Contributions directes. La pratique a d'ailleurs confirmé ce qu'il était facile de prévoir, et le médecin qui comparait devant la Commission sait par avance sa cause jugée et perdue.

Le second stade de la procédure, c'est-à-dire les voies de recours normales devant les juridictions administratives, n'offre guère de garanties supplémentaires au contribuable. Celui-ci se heurte en effet à un obstacle en fait insurmontable, dressé devant lui par l'art. 89 du Code des impôts sur le revenu. Aux termes de cet article, le contribuable ne peut contester la décision de la Commission par voie de réclamation après établissement des rôles qu'à *charge pour lui d'apporter la preuve de son bénéfice réel.* Autrement dit, il lui appartient d'établir *qu'il n'a pas fait le chiffre de bénéfices retenu par la commission.* Cette disposition a donc pour le fisc l'extrême avantage de renverser la charge de la preuve et cette charge est si lourde qu'elle fait le plus souvent succomber le réclamant.

La jurisprudence du Conseil d'Etat a, d'autre part, fait tomber successivement tous les autres moyens de défense que nous avions envisagés. Un arrêt du 20 janvier 1936 a déclaré que la juridiction administrative n'avait point à contrôler l'appréciation faite par la Commission de taxation des circonstances de la cause. Un arrêt du 14 mars 1938 a refusé enfin d'attacher toute valeur probante, en faveur du médecin, au livre-journal dont la loi lui impose cependant la tenue. Il n'en doit pas moins « fournir, à l'appui des mentions qui y figurent, tous les renseignements de nature à établir le chiffre exact de son bénéfice ». Pour tout moyen de

preuve, il restait donc l'expertise, onéreuse, aléatoire, et dont on ne sait pas bien sur quoi elle pourrait porter. Il n'est donc point exagéré de dire, comme nous l'avons déjà avancé, qu'en fait le médecin se trouvait livré entièrement à l'arbitraire du fisc.

***

De quelle manière peut-on faire respecter à la fois la mission de contrôle de l'administration fiscale, et les droits du contribuable, qui peut prétendre légitimement à être garanti contre tout arbitraire et tout abus de pouvoir ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner de plus près.

1° *Préconciliation fiscale.* — Cette phase amiable et officieuse de la procédure de contrôle et de réhaussement, assez analogue au préliminaire de conciliation de la procédure civile, présente à notre avis un grand intérêt, car elle pourrait, dans nombre de cas, éviter toute procédure ultérieure. Mais il y aurait lieu de lui donner dès maintenant un caractère officiel et, reprenant la circulaire du 28 décembre 1934, d'en inclure le principe dans la loi.

Le préconciliateur est évidemment tout désigné : ce serait le *président du Conseil départemental de l'Ordre* ou son délégué. Le caractère public de sa fonction, et l'autorité morale qu'elle lui confère ne manqueraient pas de donner maintenant à ses décisions le poids qui faisait défaut autrefois à celle de son prédécesseur.

2° *Composition de la commission de taxation.* — La loi prévoit expressément que l'un des membres est un contribuable désigné par la chambre de discipline professionnelle, parmi les représentants de la profession intéressée. Les Conseils départementaux de l'Ordre devront donc déléguer l'un de leurs membres dans les commissions de taxation. Là encore on peut espérer que la nouvelle qualité du représentant de la profession médicale augmentera le poids de son avis dans les délibérations. Peut-être serait-il encore préférable de rétablir l'égalité entre les représentants du fisc et de la profession, sous l'arbitrage du président, et de prévoir quatre contribuables, dont trois nommés par l'Ordre, et un par le directeur des contributions directes parmi les répartiteurs.

3° *Fonctionnement de la Commission de taxation.* — Tout d'abord il est important qu'aucune décision ne soit rendue sans que le représentant de la profession du contribuable n'ait été entendu. Nous proposons donc que sa présence soit une des conditions de validité de délibération de la commission.

D'autre part les faits nous ont enseigné, et le ministre des finances a officiellement reconnu à la tribune du Sénat (séance du 30 décembre 1938), que les contribuables, traduits devant la commission, sont généralement condamnés sur production de *dossiers secrets qui ne leur sont pas communiqués.*

Une telle procédure, si contraire à tous les principes généraux de notre droit, constitue une monstruosité juridique. La commission de taxation est une juridiction et elle doit suivre toutes les règles qui s'imposent normalement à toute juridiction. Nous demandons donc que les contribuables puissent avoir communication dix jours au moins à l'avance de toutes les pièces pouvant servir de base à la décision de la commission.

Parmi les documents utilisés par la commission pour taxer le bénéfice du contribuable, nous voudrions voir figurer en bonne place la comptabilité que la loi lui impose, c'est-à-dire le *livre journal fiscal.* La jurisprudence admet que la comptabilité du commerçant constitue un *commencement de preuve en sa faveur.* Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les médecins ? On nous dira, certes, que le livre-journal ne possède guère de force probante, à cause du peu de mentions qui y figurent. Pour augmenter celle-ci, nous proposons d'obliger le contribuable à y indiquer la *nature des prestations de services* ayant motivé chaque recette (par exemple, consultation, visite, opération, soins A. M. G.), aux pensionnés de guerre, aux accidentés du travail).

Enfin il ne nous paraît pas suffisant de prévoir, comme le texte actuel, que la décision de la commission doit être motivée. Les commissions se sont cru autorisées par là à émettre n'importe quelle appréciation vague et ne reposant sur aucun fait précis. Nous croyons nécessaire que la décision rendue, qui a une si grande importance pour la suite de la procédure, énumère et vise les motifs et les pièces qui ont entraîné sa conviction. De la sorte un contrôle ultérieur ~~de~~ la procédure suivie sera rendu possible.

4° *Procédure devant la juridiction administrative.* — Nous avons vu plus haut comment la commission de taxation en renversant la charge de la preuve était arrivée à annihiler pratiquement le recours au Conseil de Préfecture et au Conseil d'Etat, ouvert théoriquement par la loi au contribuable après l'émission du rôle.

Le Conseil d'Etat avait dû décider en effet, dans l'état actuel de la législation qu'il ne lui appartenait pas de contrôler la procédure et les motifs de la décision de la commission.

Cette absence de contrôle ne pouvait qu'entraîner des abus et la manière efficace de les faire cesser est de rétablir dans leur rôle normal

les juridictions administratives. Si ces dernières relèvent des irrégularités dans la procédure de la commission, la déclaration du contribuable reste la base d'imposition, à moins que l'Administration ne puisse faire la preuve d'un bénéfice supérieur.

Si au contraire la décision de la commission ne contient aucun vice de forme, il appartiendra au Conseil d'apprécier souverainement l'affaire, d'après les pièces et les motifs apportés tant par l'Administration que par le contribuable.

***

Une telle réforme, en un moment où les charges fiscales ne peuvent que s'accroître et où l'injustice est par suite d'autant plus à craindre, apaiserait certainement bien des inquiétudes soulevées par les anciens procédés de l'administration fiscale. Elle ne peut d'autre part être considérée en aucune manière comme dirigée contre l'accomplissement du devoir fiscal par les membres des professions libérales, car elle tend uniquement à introduire dans la procédure de contrôle et de réhaussement fiscal les règles de bonne justice déjà consacrées par nos autres codes français.

A notre exposé, nous joignons le texte d'une lettre adressée récemment par notre Conseil fiscal, M. Martinot, à Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre des médecins, à propos d'un cas où l'abus de pouvoir était particulièrement net. Nous publions enfin le texte des modifications qu'il y aurait lieu d'apporter, à notre sens, à l'actuel code des impôts sur le revenu pour opérer les réformes que nous préconisons.

Jean MIGNON.

II. Lettre ouverte à Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins

Jusqu'en 1933, l'administration des Contributions directes était complètement désarmée contre la fraude des professions non commerciales, dispensées de tenir une comptabilité.

D'autre part, les tarifs des impôts sur les revenus augmentant chaque année, certains contribuables n'hésitèrent pas à se livrer à des dissimulations de bénéfices qui attirèrent l'attention des pouvoirs publics. Ceux-ci mirent l'administration en demeure de sévir.

Nous vîmes le danger et fîmes une active campagne dans le *Concours Médical*, pour démontrer aux fraudeurs qu'ils causaient un préjudice considérable au Corps médical en soulevant contre lui l'opinion publique.

L'administration fut obligée, pour remplir sa mission, en raison du peu de moyens dont elle disposait, de recourir à des expédients qui, en d'autres circonstances, auraient été indignes de son caractère.

Les contrôleurs, ne pouvant procéder utilement à des vérifications en l'absence de documents, furent invités à motiver les rehaussements à l'aide de clichés passepartout tels que : l'importance de la clientèle, la notoriété, etc., laissant aux intéressés le soin de s'expliquer devant la Commission de taxation.

Cette situation fut aggravée par l'article 89 de la loi du 28 février 1934 exigeant du contribuable, dont le réhaussement du contrôleur était approuvé par la commission, qu'il prouve n'avoir pas touché la somme qui lui était attribuée.

Cette *preuve négative* est impossible à administrer. Il en résulte que la commission de taxation décide en dernier ressort. Le Conseil de préfec*ture* et le Conseil d'Etat se trouvent ainsi supprimés.

Cet abus de pouvoir est d'autant plus intolérable que lesdites commissions comprennent cinq représentants du ministère des finances sur sept membres et que, même de bonne foi, ces fonctionnaires subissent la déformation professionnelle.

Si ces abus étaient, non pas justifiés, mais excusés à un moment où les contrôleurs étaient complètement désarmés pour combattre la fraude possible dans les professions libérales, il n'en est plus de même aujourd'hui, puisque tous les actes des contribuables font l'objet de constatations (bordereau de coupons, achats d'immeubles, train de vie, etc.).

L'administration ne saurait, sans nuire à son caractère, autoriser ses agents à remplacer un contrôle effectif, permettant de redresser les déclarations erronées en s'appuyant sur des motifs concrets et précis, par un cliché passepartout.

Elle ne peut davantage continuer à demander une preuve *négative* qu'elle *avoue impossible* à fournir.

Il est indispensable et urgent de réformer, sur ces deux points, la législation qui aboutit à une iniquité et de remplacer les textes actuels par des formules comme celles-ci :

Les contrôleurs seront tenus de justifier le réhaussements par des motifs précis et personnels, possibles à discuter.

Pour obtenir l'annulation des réhaussements, les contribuables devront prouver l'inexactitude des motifs sur lesquels ils seront basés.

Il serait désirable que les fraudeurs convaincus de mauvaise foi fussent, par contre, très lourdement frappés.

A. et S. MARTINOT.

III. Proposition de loi

Tendant à modifier les articles 86, 87, 88 89 et 92 du Code général des contributions directes (Décret du 27 décembre 1934)

ARTICLE 1er. — L'article 86 est modifié ainsi qu'il suit :

....

Si le désaccord persiste, il est soumis, sur la demande du contribuable, **au président de l'organisme de discipline professionnelle dont il relève, à titre de préconciliation.**

ARTICLE 2. — L'article 87 est modifié ainsi qu'il suit :

« La Commission, prévue à l'article précédent, comprend les membres ci-dessous :

Le président du tribunal civil, ou, dans les arrondissements où il n'y a pas de tribunal, un juge délégué par le président du tribunal du chef-lieu du département, président ;

Un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions directes ;

Un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions indirectes, un receveur de l'enregistrement et un percepteur des contributions directes, désignés par leur chef de service parmi les agents en fonctions au chef-lieu de l'arrondissement :

Quatre contribuables désignés, l'un par le directeur des contributions directes parmi les répartiteurs du chef-lieu de l'arrondissement, **les trois autres par les chambres de discipline ou associations professionnelles, parmi les représentants de la profession intéressée.** Ces quatre membres sont, comme les agents de l'administration, soumis aux obligations du secret professionnel, prévues par l'article 143 ci-après.

A Paris, il est constitué une commission dans chaque arrondissement. Dans la banlieue de Paris, une commission fonctionne dans la circonscription de chaque conseiller général de la Seine. »

ARTICLE 3. — L'article 88 est modifié ainsi qu'il suit :

« La commission délibère valablement, à condition qu'il y ait au moins quatre membres présents, y compris le président et **un représentant de la profession intéressée.** En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

La Commission se réunit sur la convocation de son président.

Convoqués **dix jours au moins avant la réunion,** les contribuables intéressés **devront avoir communication de toutes les pièces versées au dossier et pouvant servir de base à la décision de la Commission.** Ils sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites et les pièces justificatives dont ils peuvent disposer. **La production du livre-journal, tenu conformément aux prescriptions légales, constituera par elle-même la preuve des résultats que ce document fait apparaitre, à moins de présomptions graves précises et concordantes apportées à son encontre par l'Administration.**

Les contribuables peuvent se faire assister par une personne de leur choix ou déléguer un mandataire dûment habilité.

Après avoir entendu les explications du contribuable et pris connaissance de ses observations et des pièces justificatives produites, la commission fixe la base de l'imposition, par décision **énumérant et visant de façon complète les motifs et les pièces ayant entrainé sa conviction.** Elle statue également sur l'application de la majoration prévue à l'article 90 ci-après.

ARTICLE 4. — L'article 89 est modifié ainsi qu'il suit :

« La décision de la commission est notifiée au contribuable qui peut la contester par voie de réclamation après l'établissement du rôle.

Dans le cas où le contribuable exerce le recours prévu à l'article 368 du présent code, **il appartient au Conseil de Préfecture de contrôler la régularité de la procédure suivie devant la commission de taxation et l'existence dans la décision attaquée des énonciations prévues à l'art. 88, parag. 5 ci-dessus.**

Si le Conseil relève un vice de forme soit dans la procédure, soit dans le libellé de la décision, il devra retenir comme **base d'imposition la déclaration du contribuable, sauf à l'Administration à établir la réalité du chiffre retenu par elle.**

Si au contraire la décision de taxation est régulière en la forme, le Conseil établira la base de l'imposition par une **appréciation souveraine des circonstances de fait** et des motifs et pièces invoqués ou produites tant par l'Administration que par le contribuable.

ARTICLE 5. — L'article 92 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente jour par jour le détail des recettes professionnelles ainsi que **l'indication de la nature des prestations des services qui y sont donné lieu.** Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge.

Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date et de la nature des prestations, que le détail des sommes encaissées.

Le contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives. »

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Professeur Achard, dont on ne peut qu'admirer le zèle pour l'Académie dont il est le secrétaire, a donné à ses collègues, pour leur Noël, un satisfecit général. Loin de nous la pensée de le critiquer. Tout au contraire, considérant qu'elle représente, aussi bien que possible, l'élite de la médecine française, que son statut en fait le conseiller sanitaire du Gouvernement, que son indépendance est absolue, qu'elle est composée de grandes compétences dans toutes les branches du service de la santé publique, ce qui en fait, en réalité, une assemblée corporative, qu'elle possède de puissants moyens d'action, — je voudrais voir l'Académie mériter plus que tous ces éloges, élargir son rôle, et remplir l'objet pour lequel elle a été créée, la protection de la santé nationale.

Dans son exposé, M. Achard invoque la nécessité du relèvement de notre pays. N'aurait-il pas eu là l'occasion de battre un *mea culpa*. et de reconnaître que l'Académie, comme tous les Français, n'a pas rempli tout son devoir ? Sans pleurer, comme disent les Anglais, sur le lait qui est renversé, il faut chercher les causes de la catastrophe, et, au lieu d'en accuser une race ou une société secrète, reconnaître le coupable où il est, c'est-à-dire en nous-mêmes, qui avons refusé de comprendre et qui avons tous toléré le pire. L'Académie a quelques responsabilités dans cet oubli volontaire de nos obligations, dans cette abdication générale. Il est encore permis de le reconnaître, mais à condition que ce soit l'origine d'un changement profitable.

Si « le public », comme le dit M. Achard, « fait un accueil morose et même hostile, aux conseils qu'on lui donne et aux mesures qu'on lui impose », s'il « confond hygiène avec gêne », si « l'autorité elle-même met peu d'empressement à prendre des mesures... qui contrarient les habitudes » des citoyens, la faute en est peut-être à cette déplorable pratique des hautes administrations françaises, des chefs, de considérer que, quand ils ont établi et transmis un rapport, leur tâche est terminée, et la question résolue, en ce qui les concerne. L'Académie, qui est le chef de de notre santé, a suivi fâcheusement l'exemple de tant d'autres autorités qui abdiquaient devant des responsabilités pourtant sacrées. Autoriser des eaux minérales, dénombrer des vaccinés, enregistrer les cas de maladies infectieuses, décerner des prix, et puis faire l'éloge des membres décédés et en nommer d'autres, c'est bien ; communiquer des recherches et des découvertes, enrichir la science, c'est mieux encore. Mais ce n'est pas tout : à côté du malade, il y a la prévention, il y a la santé du pays. Et cela n'a pas échappé à M. Achard.

Ses excellents conseils pour l'avenir, pourquoi n'y a-t-on pas pensé avant le coup de foudre de la catastrophe ? Comment, malgré les avertissements dont beaucoup ont été donnés du haut de sa chaire même, la haute assemblée n'a-t-elle pas réagi, avec une énergie inlassable, contre la dénatalité, contre l'alcoolisme, contre tant d'autres fléaux qui ont épuisé la France ? Oui, je le sais, il y a eu des rapports, des commissions, des enquêtes : tout le monde, à l'Académie, est d'accord sur la nécessité d'agir. Mais l'action consista à transmettre des vœux au Gouvernement ; après quoi, l'Académie retombait dans l'impuissance, sans se douter qu'elle se faisait ainsi complice de toutes les autres impuissances et de toutes les autres erreurs. Sur d'autres points essentiels, elle n'a jamais dit mot. Elle se plaint aujourd'hui, par exemple, de n'avoir pas été consultée sur l'Ordre des médecins : mais ne pouvait-elle spontanément se saisir de la question ?

* * *

M. Achard, dans sa communication, montre la voie. Non seulement il signale le danger, mais il propose les moyens de l'éviter. Il décrit, une fois de plus, les vices de l'organisation sanitaire française, et expose comment le Ministère de la Santé publique (dont il ne suffit pas de changer le nom pour corriger les défauts) pourrait tout améliorer. Il a, notamment, préconisé la distinction nécessaire entre le médecin traitant et le médecin fonctionnaire. « Le praticien », dit-il, « est le vrai médecin de l'individu : l'hygiéniste médecin doit être le médecin de la collectivité. Ne pouvant se nuire sur le terrain de la pratique, ils doivent collaborer au bien général ». Cette distinction est une des bases de l'organisation de la médecine conçue par les Soviets ; on peut les approuver sur ce point. Elle est également, dans les faits, la conception médicale américaine. Médecine préventive, médecine curative, l'hygiéniste dans le vaste champ de la prophylaxie, le médecin dans celui de la guérison des malades.

M. Achard a fait une longue énumération des tâches qui incombent à l'hygiéniste : elles sont nationales et locales, internationales, générales et locales ; elles concernent le travail, le commerce, l'assistance, la prévoyance sociale, la maternité, la famille, les sports ; elles intéressent mainte profession, toutes les professions sanitai-

res : vétérinaires, sages-femmes, infirmières, assistantes sociales. Elles requièrent non seulement des connaissances médicales, mais aussi un entraînement administratif. En prévenant la maladie, et soulageant le budget qui doit lui être consacré, elles paieront largement leurs frais.

Que des vues aussi sages et aussi fécondes amènent la réalisation des grandes réformes désirées par M. Achard et par beaucoup d'autres, cela dépend en grande partie de l'Académie elle-même. M. Achard a rappelé qu'elle avait émis, dès 1881, le vœu que la vaccination soit rendue obligatoire : il a fallu vingt ans pour que la loi l'impose. Combien ce retard a-t-il coûté de morts ? Combien de morts faudra-t-il encore pour que l'organisation que souhaite M. Achard soit réalisée dans sa pleine efficacité ? Est-ce possible, si l'Académie ne s'y intéresse pas, sans jamais se lasser ?

Je m'associe, avec la majorité des médecins, aux éloges que M. Achard répand sur sa compagnie : « le prestige dont elle jouit... la stabilité que lui confère son recrutement, l'indépendance de son jugement », lui font un devoir éminent d'exiger par tous les moyens en sa possession, qu'une réorganisation efficace de la médecine soit réalisée vite et bien. « Les mots élite, valeur, mérite, travail, semblent reprendre un sens dans le langage politique et dans l'opinion », ajoute M. Achard, le seul vrai sens de ces mots est qu'ils soient dorénavant la loi de tous nos actes, qu'ils soient des mots-forces.

Ph. DALLY.

UN INSTANT ! MONSIEUR LE PRÉFET

Une préfecture, assez proche de Paris, vient d'adresser aux médecins de son département la circulaire suivante :

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous informer qu'une loi rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose pulmonaire ouverte est actuellement en préparation.

Conformément aux instructions de M. le Secrétaire général à la Famille et à la Santé, je vous recommande de me déclarer dès maintenant tous les cas de tuberculose ouverte de votre clientèle.

Veuillez agréer,

Ce texte singulier mérite un instant d'attention. Qu'une loi soit promulguée rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose pulmonaire ouverte, et les médecins, bien évidemment, n'auront plus qu'à s'y conformer.

Mais il appartiendra du moins à cette loi de leur notifier en même temps qu'elle les délie, en ce qui concerne cette déclaration, du secret professionnel.

Une loi « en préparation » n'est pas une loi ; nul n'a à s'y conformer.

On s'étonne qu'un fonctionnaire de l'Etat induise les médecins en erreur et, le cœur léger, les expose aux foudres de cet autre fonctionnaire de l'Etat qu'est le procureur de la République.

Car, l'article 378 du Code pénal est toujours en vigueur, énonçant aux médecins de très particuliers devoirs et de très précises menaces au cas où ils s'en libéreraient.

C'est pourquoi les confrères touchés par la circulaire préfectorale feront bien de répondre à Monsieur le Préfet que, tenant compte avant tout du Code pénal et de ses prescriptions non abrogées, ils ne tiendront compte ni de sa circulaire ni, jusqu'à nouvel ordre, de la loi « en préparation ».



QUELQUES NOTIONS PRATIQUES SUR UN PROBLÈME D'ACTUALITÉ : LE BENZOL

Par

Le Docteur A. Gros,

Médecin-Conseil de pathologie du travail et d'hygiène industrielle de la Mutualité de la Seine.
Vice-président de l'Association nationale de Médecine du travail.
(Société Médicale des Hygiénistes du travail et de l'industrie).

Le Docteur J. Ménétrier,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et chargé des consultations des maladies professionnelles de l'Hôpital Saint-Louis.
Secrétaire Gal adjoint de l'Association nationale de Médecine du travail.
(Société médicale des Hygiénistes du travail et de l'industrie).

Bien que la littérature médicale abonde en articles prenant pour objets le benzol (c'est-à-dire les hydrocarbures dérivés de la houille) et ses accidents, nous croyons que les circonstances présentes justifient les quelques *notes pratiques* qui vont suivre, notes uniquement tirées de notre expérience de tous les jours.

En effet, l'*état actuel* de la production et du ravitaillement en matières premières a limité singulièrement le nombre et la variété des produits de remplacement moins toxiques, notamment les dérivés de l'essence et de l'éthylène, en matière de solvants, et il est de toute évidence que *le benzol* est et sera, pour quelques temps encore, *un élément essentiel de la production industrielle.*

Si nous pouvions espérer le voir plus rarement employé dans les usi es en 1938, en 1939, si nous pouvions penser à ce moment, que le problème de la prévention des graves accidents dûs à cet hydrocarbure, serait simplifié par la suppression ou la limitation de ce toxique, les évènements actuels nous imposent, maintenant, des mesures immédiates et générales de prévention, sans tenir compte de possibilités de remplacement, bien aléatoires.

La médecine et l'hygiène du travail se trouvent en présence d'*un fait : le benzol.* Elles se doivent d'apporter des *mesures pratiques, efficaces et rapides* qui nous ont été demandées par de nombreux industriels.

***

Qu'est-ce que le benzol, ou plutôt les benzols, et dans quelles industries est-il employé ?

Nous ne rappellerons ici que ses PROPRIÉTÉS ESSENTIELLES à connaître dans la *Pratique industrielle.*

— *Hydrocarbure* obtenu par distillation de la *houille,* il fait partie de la série aromatique, cyclique, comprenant les b nzols, tolmols, xylols et homologues.

— *Les benzols* industriels sont *un mélange* en proportions variables à l'infini, d'hydrocarbures de la même série, obtenus par distillation des goudrons au-dessous de 200°. On emploie en pratique, *le benzol* 90, dont 90 % distillent au-dessous de 100°, *le benzol* 50 dont 50 % distillent de la même façon, *le benzol* 0 qui ne distille pas au-dessous de 100°.

— En pathologie, certains auteurs ont attribué au benzol C_6H_6 un *pouvoir toxique* supérieur à ceux de ses homologues, cette discrimination ne paraît pas se justifier actuellement dans la pratique courante.

— Les hydrocarbures cycliques que nous désignerons sous le terme générique de benzol, ont pour propriétés essentielles :

leurs points d'ébullition bas ;
leurs vapeurs trois fois plus lourdes que l'air ;
leurs inflammabilités ;
leurs qualités de *solvants.*

Pour fixer les idées, voici *une liste des principales preuves d'intoxication* :

Vernis pour avion, cuir artificiel, distillation des benzols, mélange de benzols (moteurs), garniture de frein, cémentation du caoutchouc, mélanges (caoutchouc), dégraissage, séchage (caoutchouc), nettoyage à sec, fabrique de teinture, fabrication d'émaux, émaillage, gravure, fabrique d'explosifs, fabrique de colle, travail de la laque, laquage, linoléum, fabrication du nitrobenzène, fabrication de la nitro-cellulose, vêtements huilés, enlèvement de peinture, travail de la paraffine, fabrication du phénol, photogravure, travaux plastiques à la pyroxyline, récupération du caoutchouc, vêtements de protection, finissage des chaussures, fabrication des vernis, vernissage, vulcanisation, héliogravure, parfums, etc...

Il s'agit d'un nombre important d'industriels de tous ordres, allant de l'*usine* employant des milliers d'ouvriers à l'*artisanat* en chambre, et nous attirons l'attention sur le fait que l'effort a surtout porté sur les usines *utilisant* des pro-

duits à benzol, alors que l'effort doit aussi s'appliquer aux industries *fabriquant* ces produits.

***

Nous ne voulons pas non plus faire ici une étude approfondie des *accidents pathologiques* provoqués par le benzol, car il existe de nombreux travaux, fort documentés sur la question, mais seulement attirer l'attention sur quelques faits essentiels.

Si, en effet, des troubles nerveux généraux peuvent se rencontrer, si un grand nombre d'ouvriers, travaillant en présence de benzol, présentent une phase d'adaptation générale, durant parfois un mois, et se resumant essentiellement en vertiges, maux de tête, état nauséeux, inappétence, le danger véritable, celui que l'on doit redouter, rechercher et prévenir reste l'*altération du sang* de l'ouvrier ou de l'artisan, c'est-à-dire la tendance aux hémorragies et surtout l'*anémie* dont on ne peut plus ignorer l'exceptionnelle gravité.

— *la tendance hémorragique* est souvent précoce, parfois isolée, elle se traduit en général par des saignements de nez, des gencives, une langueur et une abondance anormale des règles, une facilité extrême aux ecchymoses, « aux bleus », à propos du moindre contact. Elle doit être un signe d'alarme, un avertissement qui impose des examens sur lesquels nous reviendrons.

— quant à l'*anémie*, elle présente des caractères particuliers, qu'il est indispensable de connaître, pour la combattre avec le maximum d'efficacité et de précocité.

— elle est *sournoise*, et n'atteint véritablement la capacité de travail de l'ouvrier que lorsqu'elle est déjà grave et difficile à guérir, — on ne peut donc compter sur l'examen clinique isolé.

— elle est *rapide* et donne en quelques jours ou quelques semaines des taux extrêmement bas.

— elle est *grave*, car le benzol atteint les centres régénérateurs du sang et les lèse profondément.

— elle est *difficile à traiter* et laisse le malade même guéri en apparence, dans un état de fragilité générale et de réceptivité vis-à-vis des infections banales qui compromettent sérieusement son avenir.

— Enfin, elle ne frappe que certains individus parmi tous les autres soumis aux mêmes conditions d'intoxication ; mais, on ne peut préjuger de cette aptitude particulière, tout ouvrier travaillant en presence du benzol étant *susceptible* de faire à un moment quelconque, si *tardif* soit-il, de graves accidents.

— Nous ne saurions trop insister sur les caractères particuliers de l'anémie benzolique, car ils mettent en question l'*avenir* et la *vie* même de l'individu, un malade atteint l'est pour longtemps, et si les cas mortels immédiats sont heureusement devenus peu nombreux par rapport aux atteintes décelées par les médecins, nous connaissons trop bien ces anciens anémiques enlevés en quelques jours par un incident grippal banal.

***

Il est donc indispensable de mettre tout en œuvre pour DÉPISTER de tels accidents et intervenir avant qu'il ne soit trop tard.

Ce DÉPISTAGE repose sur un examen essentiel, nécessaire et systématique : L'EXAMEN DU SANG.

Il existe, grâce aux travaux de nombreux cliniciens et hygiénistes, des signes d'alarme suffisamment évocateurs pour imposer des mesures prophylactiques.

Nous ne ferons que rappeler ici l'intérêt et l'importance des variations, même légères en apparence, de la formule sanguine, du nombre des globules rouges et blancs, des tendances hémorragiques. Il nous paraît plus important de préciser autant que possible les *caractères pratiques* qui doivent imposer une surveillance attentive, un changement de poste, voire un changement de profession ; ils peuvent être révélés par des examens très simples, sur la généralisation desquels nous reviendrons.

— *La numération des globules rouges, des globules blancs* et l'*évaluation du taux de l'hémoglobine* peuvent donner des indications préalables intéressantes ; elles doivent être faites dans tous les cas.

— L'établissement d'*une formule sanguine* renseignera sur le nombre et la qualité des éléments polynucléés et mononucléés, et sur leurs rapports.

Quant à l'étude des caractères du sang, elle sera systématique lorsqu'il existe des signes même discrets, de tendance aux hémorragies ou aux ecchymoses. Certaines épreuves sont simples et de pratique courante, tels le signe du *lacet*, les *temps de saignement et de coagulation*. D'autres sont plus délicats, l'étude des plaquettes sanguines en particulier.

Ainsi le praticien a-t-il en main deux armes excellentes et pratiques dans le dépistage des accidents benzoliques : la numération et la formule sanguine d'une part, les recherches cliniques d'un syndrome hémorragique de l'autre. La numération et la formule constituent le *moyen le plus employé* et presque *suffisant*, de dépistage à l'heure actuelle, si l'on se souvient des caractères insidieux, frustes et tardifs des manifestations cliniques.

Pourtant nous ne pouvons pas ignorer les efforts actuellement tentés pour obtenir d'*autres tests* de l'atteinte benzolique et des prédispositions individuelles.

— Pour certains auteurs (Fréman-Hagen), le problème des anémies benzoliques serait celui des *hypovitaminoses C*. Ces auteurs préconisent en pratique, d'une part le traitement par la vitamine C, d'autre part, l'étude du métabolisme de cette vitamine sous forme d'acide ascorbique dans les urines, le sang, les tissus sous-épidermiques.

— Pour d'autres (Yant), le problème du benzolisme se résumerait en des troubles *du métabolisme des sulfates*, vérifiable dans les urines.

— Nous ne voulons pas actuellement préjuger de l'application pratique de telles conceptions, et nous poursuivons, pour l'instant, leurs études sur différents individus, mais dès à présent, nous tenons à souligner l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude de la *réceptivité organique* du benzol, étude qui pourrait aboutir à une prévention véritable et par là même d'une efficacité sans égale.

Si nous nous sommes étendus sur des notions déjà connues et souvent vérifiées, nous basant sur l'étude faite par nous de six mille formules pratiquées en usine, c'est pour montrer que les caractères mêmes du benzol et des accidents sanguins qu'il provoque, les techniques hématologiques et les recherches d'ordre général, peuvent *dès maintenant fournir des bases solides à la* PRÉVENTION INDUSTRIELLE de ce toxique d'actualité.

Le décret du 16 *octobre* 1939 rend obligatoire dans toute industrie à benzol, l'examen du sang à l'embauche et durant le travail.

Il complète très heureusement dans ce cas particulier, les *lois du* 9 *avril* 1898, *du* 25 *octobre* 1919 et celle du 14 *décembre* 1939 prévoyant l'*indemnisation* des accidents benzoliques. Il organise, en effet, le dépistage et par là même la prévention de ces accidents dont nous venons de signaler la fréquence et la gravité.

Son application pratique est donc réalisée ou doit l'être absolument, elle doit être poursuivie si l'on veut aboutir à des résultats.

L'un de nous a déjà précisé dans plusieurs articles ce que doit être l'*hématologie en pratique industrielle* ; nous voulons à nouveau insister sur certains points.

Le seul moyen pratique actuel, d'usage simple et facile, dont les résultats sont admis par tous est l'*examen de sang* systématique : sans préjuger des recherches sur la vitamine C ou les sulfates urinaires et de leur mise en pratique. Nous avons une *technique simple* qui a fait ses preuves.

Quand et comment doit-elle être appliquée ?

— Tout d'abord les numérations et formules sanguines doivent être faites chez *tous* les ouvrier et ouvrières qui sont susceptibles d'être en contact avec le benzol ; elles doivent être renouvelées avec une fréquence suffisante pour déceler l'apparition toujours possible de troubles sanguins, les cas après 10 et 15 ans de métier sont bien connus, c'est-à-dire tous *les six mois*.

— Des recherches préalables doivent être faites à l'*embauche*, tant pour dépister des atteintes antérieures que pour déceler des modifications ultérieures de la formule sanguine.

— les individus soumis à un *contact permanent* avec le benzol devront être particulièrement suivis et étudiés, tous les mois si besoin en est.

— les médecins traitants ayant dans leur clientèle ouvrière des travailleurs de cet ordre devront demander des examens sanguins à la moindre manifestation anormale et pourront, en général, en confronter les résultats avec les dossiers médicaux de l'usine.

Une telle pratique peut et doit être entreprise dans l'industrie, elle peut se faire rapidement à l'*usine* même, elle est parfaitement acceptée par l'ouvrier ainsi que nous l'avons toujours constaté et elle ne prend que quelques minutes de son travail. Elle doit avant tout s'adresser à ceux qui sont en principe, les plus en danger, mais elle ne doit pas se restreindre à ceux-ci, car des doses minimes de toxique répandues dans l'air d'un atelier peuvent provoquer chez certains de graves accidents. Signalons à ce propos le danger possible des mélanges de dérivés d'essence avec du benzol ; toutefois Arbeitschutz(Ing. dipl. Koldehoje-Hanovre) semble admettre, dans un travail sur l'emploi du benzol dans les dissolutions de caoutchouc, que les coupages comprenant moins de 12 pour 100 ne seraient pas toxiques.

Les *résultats de l'enquête hématologique*, résultats scientifiques unanimement admis, fournissent des conclusions pratiques suivant les différents cas :

— Il n'y a pas de modifications de la formule : l'ouvrier peut continuer son travail, le benzol n'a actuellement aucun effet toxique sur lui. Mais il reste à s'assurer par des examens *tous les six mois* que cette immunité persiste.

— Il existe une *légère anémie*, avec faible baisse des globules blancs et tendance à la mononucléose : le *changement de poste* s'impose ainsi que des mesures d'hygiène locale que nous reverrons et un contrôle sanguin renouvelé de *un à trois mois*.

— Il existe un *état hémorragipare*, même léger, les mêmes mesures s'imposent.

— Il existe une *anémie nette*, bien que peu importante, une leucopénie, une neutropénie et des signes du syndrome hémogénique, même discrets : le *repos* et l'*éloignement* devront être immédiats. Ils sont la meilleure thérapeutique, à laquelle pourraient s'adjoindre les extraits hépatiques, l'autohémothérapie, la vitamine C. La reprise du travail ne se fera pas dans le même poste, et si possible, hors de toute présence du benzol ; l'ouvrier sera surveillé de très près dans ses nouvelles fonctions, et examiné *tous les mois*.

— Enfin, on peut constater la *classique anémie*

benzolique avec ses caractères d'intensité, de gravité et de ténacité. Un tel malade sera *immédiatement* retiré de son travail, traité énergiquement pendant des mois. La maladie prend alors un caractère véritablement professionnel et doit être déclarée et indemnisée comme telle. De toute façon, il ne pourra *jamais* plus être question d'un contact avec le benzol, si faible soit-il.

Ces derniers *cas* doivent être *exceptionnels* si l'on applique correctement des principes simples de *dépistage*. Ils doivent être d'autant plus rares que l'apparition de symptômes, même minimes, d'atteintes sanguines doivent imposer, par la collaboration étroite du personnel technique et du médecin d'usine, une *révision du système de protection de tel ou tel poste.*

En effet, un *système général de protection* doit exister dans *tous les locaux* et ateliers où se manipule le benzol : les caractères physiques de ces vapeurs *trois fois plus lourdes* que l'air rendent la technique réalisable.

Nous savons, par expérience, que, sur bien des points, des progrès sont à réaliser dans cet ordre d'idée et nous savons aussi que les industriels sont souvent prêts à faire un effort dans ce but. C'est donc au *médecin d'usine* de signaler les faits et d'intervenir personnellement dans l'*hygiène* de tels ou tels ateliers qui lui sembleront particulièrement toxiques à l'expérience ; le médecin d'usine a un rôle d'hygiéniste à remplir, c'est un de ses moyens d'action essentiels.

Quant *à la prévention du travail en chambre,* de cet artisanat qui paye un lourd tribut au benzol, elle est plus difficile à réaliser. Ici, il ne peut s'agir de médecins spécialisés et particuliers. Nous croyons donc à l'intérêt de *centres de dépistage,* centres médicaux, groupant les petites industries et possédant des moyens de contrôle hématologique, où les chefs des petites entreprises pourront s'adresser et recevoir des conseils et avis. *La déclaration systématique* de tout accident benzolique devra alors déclancher des enquêtes d'inspection du travail et l'intervention de médecins conseils compétents, tant pour le traitement et l'indemnisation des malades que pour l'hygiène des locaux incriminés. C'est, dans ces cas sporadiques mais hélas fréquents que nous aimerions voir les praticiens de ville attirer l'attention des pouvoirs publics sur des cas pouvant relever d'intoxication benzolique.

***

Conclusions

— La *prévention* des accidents benzoliques est donc basée sur des notions et *réglementations* solides. Les *lois d'indemnisation* et le *décret du 16 octobre* 1939 ont prévu la protection de l'ouvrier et son indemnisation en cas d'atteintes organiques.

— Il existe d'autre part des techniques simples de dépistage dont la meilleure actuellement est celle de l'*examen de sang.*

— Nous savons par expérience que le dépistage peut être fait facilement, qu'il donne des indications pratiques dans la prévention tant générale que particulière et qu'il est admis par le patron et par l'ouvrier.

La médecine du travail doit donc consacrer une partie de ses efforts à supprimer les anémies dont la gravité n'est que trop connue. Certaines usines, employant le benzol ont déjà *un médecin* qui assure le contrôle des ouvriers et l'hygiène des locaux de travail. Des chefs de petites entreprises s'adressent à des centres spécialisés pour la surveillance de leur personnel. Nous savons que l'*Union des Industries chimiques,* dont l'intérêt a été particulièrement attiré par la question du benzol, recommande aux industries fabriquant des produits contenant du benzol d'en signaler la *présence* par une *étiquette* particulière ; cette mesure est absolument indispensable pour mettre en garde les usagers et leur faire prévoir les mesures à prendre.

Il a donc été fait *beaucoup,* dans ce domaine ; nous ne croyons *pas* que *tout* a été fait.

Certes, dans chaque entreprise, des *efforts de prévention* générale sont encore à *perfectionner* ou à *entreprendre,* et nous avons vu que les circonstances présentes vont augmenter considérablement l'emploi du benzol et provoquer son apparition dans des productions où il était à peu près inconnu.

Mais il reste aussi des points essentiels à préciser et à établir :

— *L'appel,* le plus fréquent possible, dans l'industrie à des *médecins spécialisés* dans la médecine et l'hygiène du travail. Ils éviteront des erreurs et même des fautes qui peuvent avoir pour conséquences des morts et des intoxications nombreuses, ainsi qu'en témoigne un cas récent, présent à tous les esprits.

— La mise au point de *possibilités* de *dépistage* pour les petites entreprises et l'artisanat.

— La généralisation, pour les usines ayant un personnel important, des *possibilités d'examens de sang,* offrant une garantie scientifique suffisante et pouvant être faits en grande série sans déranger pratiquement l'ouvrier de son travail, c'est-à-dire fonctionnant *à l'usine.*

— La possibilité d'un *Centre général de recherches* qui perfectionnerait les études pathogéniques actuelles et rendrait pratique l'étude de la réceptivité au benzol.

***

Des résultats sont donc acquis, d'autres viendront les compléter pour supprimer un des problèmes les plus graves de la pathologie du travail : l'anémie benzolique.

LAISSERA-T-ON BRIMER LES FAMILLES NOMBREUSES ?

Un lecteur nous adresse une lettre indignée qu'il nous demande de publier.

Nous le faisons d'autant plus volontiers que cette indignation est légitime et communicative car elle nous a gagné nous-mêmes à la lecture des faits rapportés.

Le Gouvernement a inscrit dans sa devise à triple label : la Famille. Et il a annoncé qu'il entendait rendre à la famille son rôle essentiel de cellule sociale et le prestige dont elle doit être entourée.

Cette promesse est réconfortante pour les parents de familles nombreuses et ils attendent avec confiance le Gouvernement à ses actes.

Tout ne peut pas être fait en un jour et de multiples imperfections de l'ancien régime continueront un certain temps, il faut s'y attendre, à déparer le nouveau.

Mais il est des attitudes qui devraient être, dès maintenant, remises à l'ordre et des gens à qui il faudrait faire prendre conscience de l'évolution en cours. Pour cela un court texte de loi serait suffisant.

Le Gouvernement n'est pas chiche de textes de défenses et d'injonctions. La suprême puissance concentrée entre ses mains lui en donne la facilité et, qui mieux est, le devoir.

Les citoyens ont compris qu'il ne convient plus d'ergoter ni de palabrer et qu'un acte s'affirme et se définit mieux que cent paroles.

Mais parmi tant d'obligations qui lui échoit les familles nombreuses verraient avec joie intervenir quelques gestes de protection et, en définitive, d'accord avec les promesses données.

C'est pourquoi nous nous joignons à notre lecteur pour dénoncer et stigmatiser comme elle le mérite la conduite indigne d'une personne (une entre tant d'autres !) qui ignore tout des devoirs élémentaires incombant à l'heure actuelle aux Français.

L'on regrette qu'aujourd'hui comme au temps des émigrés de Coblentz il se trouve des gens pour « n'avoir rien appris ni rien oublié ».

Je lis dans le n° 49 du *Concours Médical* un parfait article intitulé « *Comment refaire la France* » ; je partage le point de vue de notre confrère, le Docteur Larère, sur la place que doit tenir la famille française dans la rénovation future ; je suis d'accord avec lui lorsqu'il estime que les familles nombreuses doivent être encouragées. Mais ne croyez-vous pas que certains faits, comme le suivant, devraient être bannis définitivement de France

Voici de quoi il s'agit :

J'ai vingt-huit ans ; j'ai déjà, grâce à Dieu, trois enfants âgés de 3 ans 1/2, 2 ans et 3 mois. C'est vous dire que je ne me contente pas d'admirer les familles nombreuses chez le voisin.

Installé, un an et demi avant la guerre, dans l'Orléanais, j'y ai été bombardé, pillé et finalement « occupé ». J'ai perdu presque tout ce que nous possédions, notamment les objets de valeur. Je me suis réinstallé à B..., ma ville natale.

Or, pour mon malheur, je n'ai trouvé d'autre logement dans toute la ville, qu'un grand — et assez convenable — appartement dans un immeuble du centre. Je dis « *pour mon malheur* » car, au premier étage de l'immeuble (je suis au deuxième) demeure une femme acariâtre du genre « vieille chipie » ; je ne vous dis pas son nom, pourtant célèbre depuis l'affaire Stavisky ; bornez-vous à savoir que son mari joua un rôle dans cette affaire.

Eh bien, cette dame (Mme G. pour simplifier) s'oppose à ce que nous laissions notre voiture d'enfant dans le couloir d'entrée de l'immeuble. Ce couloir a 1 m. 40 de large, et la voiture 52 centimètres ; ce qui vous montre qu'un gros obèse passerait assez aisément dans un tel « encombrement » Il n'y a pas de cour intérieure.

Quand je pris possession de l'immeuble, il y a deux mois, Mme G. nous manifesta son désir de voir le couloir débarrassé ; par correction nous cherchâmes un local proche où l'on pourrait garer l'indésirable voiture ; le seul local trouvé était un garage qui, huit jours après, fut réquisitionné par les allemands Nous dûmes ramener la voiture. Par lettre, Mme G. nous somma de la retirer.

Je fus voir un homme de loi qui, navré, me déclara que « la jurisprudence était telle que je devais obtempérer »

Et voilà. Je n'en veux pas à Mme G. qui est et demeurera une chipie (et vous savez que c'est incurable), mais j'en veux à un régime qui tolère de semblables énormités. Car, comme je viens de l'écrire au « Ministère de la FAMILLE (on verra !) et de la jeunesse », je n ai plus que deux solutions : *ou bien* proscrire les sorties de mes deux derniers ; *ou bien* obliger ma femme, à chaque sortie, de descendre et de remonter à la force des poignets une voiture de 30 kilos et deux mioches de 20 kilos (au total) et ceci jusqu'au deuxième étage.

Le « Ministère de la FAMILLE (nous verrons !, et de la jeunesse » me répondra-t-il ? Dans l'hypothèse négative je m'adresse à vous pour savoir si, dans notre IVe République, je ne puis pas espérer un meilleur traitement des familles françaises, et si un seul locataire (tous les autres sont consentants même Monsieur G. !) peut continuer à brimer impunément un jeune ménage plein de bonne volonté.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE   Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

Désireux d'étendre toujours davantage son action, le Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés, 5, place Saint-Michel, Paris (Ve), souhaite recevoir les adresses des étudiants prisonniers qui ne lui ont pas encore été communiquées.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur BAGOT père, de Saint-Pol de-Léon (Finistère), décédé le 12 janvier 1941 à l'âge de 78 ans. Président du syndicat de Morlaix, fondateur directeur de l'Institut marin de Roscoff, il était membre correspondant de la Société d'hydrologie.

Le Docteur Bagot fut un des pionniers de la cure marine dont il étudia sur de nombreux malades la valeur thérapeutique.

Praticien très estimé, ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une grande affluence d'anciens malades reconnaissants ; des discours émus ont été prononcés sur sa tombe par M. de Guébriant, maire de Saint-Pol-de-Léon et par le Docteur Lejeune, maire de Morlaix, sénateur, qui ont rappelé les étapes de la vie de devouement de notre regretté confrère.

Nous adressons à Madame Bagot, sa veuve, à ses enfants, au Docteur L. Bagot, son fils, nos plus sincères condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur LAFOND-ORÉ, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux ; de Mme le Docteur EDVARDS-PILLIET, de Paris ; du Docteur LELEU, de Quarouble (Nord), Président de la délégation municipale de cette ville, décédé le 18 janvier 1941.

Le Livre d'Or du Corps médical français

Quelques citations

Médecin-lieutenant GROSBOIS JEAN, groupe 1/22.

« Médecin-chef d'un groupe de Reconnaissance, joignant à l'amour de son métier un courage tranquille et un dévouement qui lui ont valu l'admiration de tous. S'est dépensé sans compter au cours des mois de mai et de juin, dans les circonstances difficiles traversées par son unité. A contribué par son action personnelle à maintenir le moral de la troupe pendant la période délicate des replis et en particulier au cours du violent bombardement auquel le personnel a été soumis le 21 juin 1940 dans le port de Marseille ».

Ordre de la brigade aérienne n° 25 du 20 août 1940 ; croix de guerre, étoile d'argent.

Médecin-lieutenant BARTHES MAURICE *médecin chef du groupe chirurgical mobile n° 28.*

« Officier plein d'allant ; chirurgien de talent qui s'est « fait remarquer par son calme et son courage au cours « des opérations de mai et juin 1940, donnant, par son « bel exemple, foi et confiance à son personnel et à ses « blessés. A opéré ses blessés sous le bombardement, « jusqu'à la dernière minute du repli de la formation ».

(Ordre n° 349 C du 10 octobre 1940 ; citation à l'ordre, échelon régiment).

LACOSTE GÉRARD, *médecin lieutenant.*

« En dépit de toutes les fatigues, a tenu contact étroit avec la troupe dans tous les déplacements à pied les plus difficiles et les plus risqués. A puissamment soutenu le moral de tous par ses soins immédiats et inlassables ».

(*Ordre du régiment n° 143 du 27 juin 1940*).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Décret du 10 janvier 1941 relatif à l'extension à l'Algérie de la loi du 16 août 1940 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et de pharmacien

Art. 1er. — La loi du 16 août 1940 relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de pharmacien et le décret du 28 octobre 1940 relatif à la procédure d'instruction des demandes de dérogation prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940 susvisée, sont rendus applicables à l'Algérie, sous réserve des modifications ci-après.

Art 2. — L'article 3 de la loi du 16 août 1940 est complété de la façon suivante :

« La condition prévue par l'article 1er n'est pas exigée :

« 1° (Sans changement) ;

« 2° (Sans changement) ;

3° Des praticiens français d'origine étrangère nés en Algérie ».

Art. 3. — Le délai fixé par l'article 6 du décret du 28 octobre 1940 commencera à courir à dater de la publication du présent décret au *Journal Officiel* de l'Algérie.

(*J. O.*, 18 janvier 1941).

Définition de la qualité de combattant

Décret du 27 décembre 1940 définissant la qualité de combattant de la guerre 1939-1940

(*J. O.*, 24 janvier 1941).

Assurances sociales

Arrêté du 20 décembre 1940 relatif aux indemnités journalières de maladie et de maternité des assurances sociales

Art 1er. — Les indemnités journalières de maladie et de maternité prévues aux articles 7 (§ 1er) et 9 (§ 6) du décret-loi du 28 octobre 1935 fixant le régime des Assuranees sociales applicables aux travailleurs du commerce et de l'industrie ne pourront, quel que soit le montant des cotisations versées pendant la période de référence, être inférieures aux taux suivants ;

RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	MINIMUM de l'indemnité journalière
	francs
Paris et communes de Seine et Seine-et-Oise	8 »
Communes de plus de 15.000 habitants	7 »
Communes de plus de 5 000 habitants	6 »
Autres communes	5 »

Art. 2. — Les dispositions du présent arrêté seront applicables aux indemnités afférentes aux jours ouvrables postérieurs au 1er janvier 1941.

(*J. O.*, 17 janvier 1941).

Médecine vétérinaire

Loi du 31 décembre 1940 sur la création et l'extension des cabinets ou clientèles vétérinaires

Cette loi applique aux cabinets vétérinaires des dispositions analogues à celles que le décret du 20 mai 1940 applique aux cabinets médicaux.

(*J. O.*, 25 janvier 1941).



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

391. — Accident survenu à un ouvrier se rendant à son travail

Un ouvrier d'une entreprise voisine de chez moi, au mois de décembre, *en se rendant*, à pied *à son travail*, tombe, victime du verglas. Il va jusqu'à son usine déclare son accident et on me fait appeler. Il présente une fracture de deux côtes. Le patron me fait parvenir le certificat de constatation de l'accident, je délivre mes deux certificats, il y a de cela un mois et demi.

Actuellement la Compagnie d'Assurances refuse d'accepter l'accident qui n'est pas, dit-elle, survenu au cours du travail. Je n'ai pas été averti de ce refus, le Patron seul m'en a entretenu.

La Compagnie est-elle dans son droit ? En cas de refus de sa part le blessé et moi-même pourrons-nous réclamer à l'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques.

Réponse

La Compagnie d'assurance paraît avoir raison.

L'accident qui survient à un ouvrier lors-

que ce dernier se rend à son travail n'est pas en fait qualifié « accident du travail » s'il se produit *en dehors du lieu du travail.*

Deux exceptions à ce principe :

La première, dans le cas où l'ouvrier se rend, sur l'ordre de son patron, pour travailler à un endroit donné.

La seconde, dans le cas où le transport pour arriver au lieu du travail est effectué par les soins du patron.

Mais le cas que vous nous soumettez ne paraît pas pouvoir rentrer dans l'une ou l'autre de ces exceptions.

Si le patron refuse de prendre *personnellement* en charge les frais médicaux et pharmaceutiques que sa Compagnie refuse, à juste titre, de payer, l'ouvrier devra supporter ces frais et ce, au tarif « clientèle ».

---

434. — Honoraires d'expertise accidents du travail

J'ai recours à vos bons offices pour me signaler quel tarif appliquer dans le cas suivant :

Expertise accident du travail ordonnée par le Juge de Paix sur la requête de la Compagnie d'assurances.

En l'espèce il s'agissait de rechercher la responsabilité et les conséquences qui en ont résulté par le refus de la victime de subir une intervention chirurgicale légère (incision d'un phlegmon de la gaine).

D[r] D.

Réponse

Il n'existe aucun tarif officiel pour les honoraires d'expertise accidents du travail. Ils doivent être fixés suivant l'importance et les difficultés des opérations et le travail fourni.

En cas d'inacceptation par les parties des honoraires demandés par le ou les experts, c'est au magistrat ou au tribunal qui les ont commis de tarifer lesdits honoraires ; en l'espèce, ce serait donc au Juge de paix.

En fait, vous pourriez demander 100 ou 150 francs d'honoraires à la Compagnie d'assurances qui a requis l'expertise, sauf à faire tarifer votre mémoire par le Juge de paix, si la Compagnie refuse de le payer.

---

712. — Le demi-salaire d'un accidenté du travail après 33 jours d'incapacité

J'ai certainement vu dans un article annexe du *Concours Medical* que l'ouvrier blessé, après le trente-troisième jour, touche une indemnité de 75 % jusqu'à consolidation Je ne retrouve pas ; pourriez-vous me documenter et je pense me confirmer ; je vois que beaucoup de blessés n'obtiennent pas ce qui leur est dû sur cet article.

D[r]. F.

Réponse

Aux termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 1er juillet 1938, le taux de l'indemnité journalière due pendant l'incapacité temporaire dont est atteint un accidenté du travail, est, à partir du trente troisième jour après celui de l'accident, porté de 50 à 66, 66 (et non 75) pour 100 du salaire.

ASSURANCES SOCIALES

143. — Rapport entre les Caisses et les Hôpitaux Publics

Je fais appel aux lumières du *Concours Médical* pour savoir s'il existe un texte de loi qui met les hôpitaux publics dans l'obligation de passer convention avec les Caisses d'assurances sociales. Dans l'affirmative pourriez-vous me donner copie de ce texte ?

Je croyais que cette convention était *facultative*, et pensais que les rapports des hôpitaux publics de petites villes avec les Caisses d'assurances sociales s'établissaient comme suit :

1° Les hôpitaux publics ayant passé convention avec les Caisses.

2° Les hôpitaux publics n'ayant pas passé convention avec les Caisses, mais agréés par elles.

3° Les hôpitaux publics n'ayant pas passé convention, ni agréés par les Caisses, mais se soumettant à leur contrôle.

Je vous serais reconnaissant de me dire si je suis dans le vrai, et de me communiquer toute documentation détaillée que vous jugerez opportune.

Dr R.

Réponse

Il y a dans votre esprit une confusion, au sujet des conventions à passer avec les Caisses d'assurances sociales, entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.

En ce qui concerne les hôpitaux privés, l'énumération que vous nous avez faite dans votre lettre est exacte. Les conventions étant facultatives pour ces établissements avec les Caisses d'assurances sociales, les hôpitaux privés peuvent se ranger en quatre catégories :

1° Les hôpitaux privés ayant passé convention avec les Caisses,

2° Les hôpitaux privés n'ayant pas passé convention avec les Caisses mais agréés par elles,

3° Les hôpitaux privés n'ayant pas passé convention, n'étant pas agréés par les Caisses mais se soumettant à leur contrôle général,

4° Les autres hôpitaux privés.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, la

situation est différente. Ils n'ont pas, en principe, de convention à passer avec les Caisses car leurs rapports sont réglés directement par les textes, c'est-à-dire par l'arrêté du 7 octobre 1938. Deux questions sont à envisager, le tarif de l'hôpital, (c'est-à dire le prix demandé par l'hôpital aux assurés) et le tarif de la Caisse (c'est à-dire le prix remboursé par la Caisse).

En ce qui concerne le tarif de l'hôpital, l'arrêté du 7 octobre spécifie que l'assuré social ne peut être traité dans un hôpital à un prix supérieur (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux compris) au tarif appliqué par ledit hôpital au malade payant.

En ce qui concerne le tarif de la Caisse, c'est-à-dire le prix remboursé par la Caisse, il est fixé d'une façon générale à 80 % du tarif de l'Assistance médicale gratuite de l'année en cours pour le prix de journée. En ce qui concerne les honoraires médicaux, il varie suivant la situation de l'hôpital (ville de faculté ou non) et suivant qu'il s'agit de médecine ou de chirurgie.

Une convention n'est donc pas nécessaire entre l'hôpital public et la Caisse d'assurances sociales puisque leur situation est réglée pratiquement par la loi. Néanmoins elle peut exister pour abaisser le cas échéant le taux des tarifs établis par l'hôpital et par la Caisse.

Soulignons que ces dispositions ne s'appliquent qu'aux hôpitaux publics eux-mêmes mais que dans le cas où il existe dans l'hôpital un quartier spécial analogue à une clinique privée, les règles qui régissent les tarifs applicables dans ce quartier spécial sont celles des hôpitaux privés.

LOYERS

57. — Réduction du loyer d'un mobilisé

Je me permets de solliciter l'appui du « Sou Médical » à propos de certaines difficultés soulevées par mon propriétaire.

Celui-ci me réclame les 3/4 du loyer depuis le début de la guerre jusqu'à la date d'évacuation de S... (25 mai 1940) et 1/4 du loyer pendant la période d'évacuation.

J'occupe depuis le mois d'août 1936 un appartement de 6 pièces et une cuisine avec garage. Le loyer total s'élève à 5.500 francs.

J'ai résilié le bail en 1939 à son expiration. Depuis cette époque, je loue à l'année.

Je suis parti le premier jour dans une unité combattante comme médecin-lieutenant et je ne fus démobilisé que le 21 septembre 1940.

Ma famille avait quitté S... le 26 mai 1940 et nous ne sommes rentrés en zone occupée que le 7 octobre 1940.

J'admets, à la rigueur, de payer 1/4 du loyer

pendant la période qui s'étend de la date d'évacuation à celle du retour de ma famille en zone occupée (quoique jusqu'au 1er octobre 1940 mon appartement ait été occupé par une formation sanitaire allemande). Il me paraît logique de refuser de payer les 3/4 du 2 septembre 1939 au 25 mai 1940 puisque pendant ce temps je n'ai pas exercé (mobilisé très loin de ma résidence). D'autre part il y a lieu de noter que je me suis installé en 1936. Sans fortune, j'ai mis toutes mes possibilités dans l'achat d'une installation onéreuse de spécialiste. Cette installation dont le prix n'était même pas amorti, fut pillée et en partie saccagée. Pendant que certains non mobilisés (tel mon propriétaire pouvaient évacuer à temps leurs biens les plus précieux, je me trouvais à Dunkerque. Et là, en embarquant pour l'Angleterre j'ai abandonné par ordre mes bagages et cantines.

J'ajoute que marié, j'ai un enfant de 3 ans 1/2. Ma femme, avec les onze cents francs de délégation de solde mensuelle, n'a gardé un appartement aussi important que pour conserver ma clientèle, dans la mesure du possible.

Sur un ensemble de 6 pièces, quatre sont professionnelles et ne lui furent d'aucune utilité au cours de cette guerre.

D^r X.

Réponse

Le décret-loi du 26 septembre 1939, modifié par le décret du 1er juin 1940, accorde de plein droit à tout mobilisé une réduction égale aux 3/4 de son loyer principal, sauf au propriétaire à apporter la preuve en justice de ce que le locataire peut acquitter une quote-part de loyer supérieure au quart.

Les charges sont dues en totalité, à condition toutefois que les prestations en nature qu'elles représentent (chauffage, service de l'eau chaude) vous aient été effectivement fournies.

Pour le paiement des sommes dues pendant votre mobilisation, vous bénéficiez de plein droit également d'un moratoire de six mois à dater du jour de votre démobilisation, pendant ce temps le propriétaire ne peut vous réclamer aucune somme, ni engager aucune poursuite.

Nous vous conseillons donc de demander à votre propriétaire l'application pure et simple de ces mesures légales. Toutefois, à titre transactionnel et pour éviter de courir le risque d'une décision judiciaire défavorable, vous pourriez consentir à payer un loyer qui, de toute manière, ne devrait pas dépasser 50 % du taux normal.

Pour la période d'évacuation, la réduction des 3/4 est de droit.

Si votre propriétaire maintient son point de vue, notifiez lui par écrit votre offre, et attendez qu'il vous assigne. A ce moment, nous

pourrons demander à notre Conseil de vous accorder son appui moral et pécuniaire, et prendre en charge votre défense.

FISCALITÉ

316. — Retenues d'impôts sur les salaires

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir ce que je dois faire au point de vue impôts pour ceci :

I. J'ai pendant l'année 1940 employé comme assistant un médecin pendant plusieurs mois (mars, avril, mai, juin) en lui versant un traitement mensuel.

Que dois-je lui retenir comme impôts cédulaire et contribution nationale ?

Où et à qui dois je verser cet argent ?

II. J'ai depuis le 1er novembre un autre assistant que j'honore dans les mêmes conditions :

Que dois-je faire pour ces deux mois (novembre et décembre) ?

Que dois-je faire à partir du 1er janvier ?

D'. X.

Réponse

I. Vous deviez retenir à votre assistant :

a) l'impôt cédulaire à 8 % ;

b) la contribution nationale de 5 ou de 15 % suivant son âge et sa situation militaire.

Ces retenues sont effectuées chaque mois et doivent être versées à votre Percepteur en ayant soin de remplir au préalable une fiche spéciale demandée aux contributions directes, où vous pourrez également consulter les barêmes spéciaux des retenues d'après le montant brut des salaires et d'après le mode de déduction des frais professionnels de votre assistant (soit 10 %, soit frais réels).

N'ayant encore rien fait, régularisez votre situation vis-à-vis de votre assistant, et verser à votre percepteur les retenues des quatre mois : mars, avril, mai et juin 1940.

Régularisez également votre situation vis-à-vis de votre autre assistant pour les mois de novembre et décembre 1940 pendant lesquels vous deviez lui retenir :

a) l'impôt cédulaire à 8 % ;

b) la contribution nationale à 5 %.

Procédez ainsi chaque fois, en effectuant le versement au percepteur dans les dix premiers jours du mois suivant.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers Fiscaux.



Soixante-troisième année · No 7 · 16 Février 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants............. **50 fr.**

Le Numéro.............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

N° 41. — Méd. radiolog. cherche success. radiolog., client. et appareil, à Paris ou proche banl. Ecr. Mme Delaye, poste rest., bur. 43, Paris, qui transmettra.

N° 42. — Cherche à vend. ou à échanger, poste zone non occup. contre poste zone occupée. Pressé. Dr Caillault, 5, rue Lazare-Carnot, Cognac.

N° 43. — Méd. électro-radiol. pourrait reprend. poste Normandie. Conditions intéress. Ecr. Petit, 211, rue Caponnière, Caen.

N° 44. — Pas-de-Cal. Zone interdite jne doct. franç. cherche utilisat. diplôme, occupat. médic. ou para-médic., associat. ou assist. en vue success. Dr Rogez, Avesnes-le-Comte (P.-de-C.).

N° 45. — A vend. appar. portat. pour électro-coagulat. et diathermie Coagulix A. Etabl. Duflos. Ecr. G. Bons, 31, Bd. Carnot, Montluçon (Allier).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Seine-et-Oise. Petite ville, très anc. client. reprise en 1919. Belle habitation avec confort, gros rapport même actuellement. Prix modéré.

Manche. Poste fondé en 1930, jolie maison, beau parc, loyer 4.000. Bon rapport, à céder rapidement.

Paris. Quartier moyen, pour cause double installation, à céder cabinet avec installation médicale parfaite 5 pièces, loyer 7.500, rapport moyen, prix minime.

AVIS

I. Réforme du code des impôts sur le revenu

Une loi du 13 janvier 1941, publiée il y a quelques jours à l'Officiel, vient d'apporter des modifications importantes au Code des Impôts sur le revenu. Nous avions publié les dispositions les plus spécifiquement médicales de ce Code dans notre dernier supplément mensuel (n° 6 *Les Impôts du Médecin*) et n'avions pu tenir compte à ce moment des réformes en cours.

Nos lecteurs voudront bien découper la page 331 du présent numéro et l'insérer dans notre supplément, afin de lui conserver toute sa valeur d'actualité.

II. — Ordre des Médecins

Conseil départemental de la Seine

Le Docteur J. Regaud, secrétaire général, nous prie de rappeler aux médecins du département l'obligation où ils se trouvent d'établir sans délai une demande d'inscription au tableau.

Ils ont à remplir le questionnaire publié dans notre numéro du 2 février 1941, page 232, et, à cet effet, peuvent soit utiliser cette page soit demander une formule au secrétariat du Conseil de l'Ordre, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane,** donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure **une sédation** et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer les tablettes de **Mangaïne** c'est saliver abondamment, une salive digestive antiseptique et agréable, 71, rue Sainte-Anne.

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasténie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés **d'*Aeïne*** indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de **l'Aeïne,** 6, place Clichy, Paris (9e).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

60, Bd de Latour-Maubourg, Paris (VIIe)

COMMUNIQUÉ

Le Conseil supérieur de l'Ordre a tenu sa quatrième session du 1er au 7 février 1941.

Après expédition des affaires courantes de l'ordre administratif, le Conseil a spécialement envisagé quelques grands problèmes.

Il a, en particulier, réglé la question urgente des installations des médecins de pays dévastés et des jeunes, et des instructions précises sont envoyées aux Ordres départementaux à cet effet.

Il a continué l'étude approfondie de la retraite.

Il a envisagé un projet de réforme de l'enseignement médical, dont l'étude sera poursuivie. et un projet de réorganisation de la chirurgie et des spécialités.

Il a mis au point le projet de règlement intérieur auquel le conseiller juridique doit donner son approbation avant qu'il puisse être appliqué.

Le premier *Bulletin officiel de l'Ordre* est actuellement sous presse ; il contiendra entre autres :

Le Code de déontologie.

La liste des médecins des différents Conseils départementaux.

Il est rappelé que le *Bulletin de l'Ordre* sera l'organe non seulement du Conseil supérieur, mais aussi des Conseils départementaux.

COMMUNIQUÉ
de l'Ordre des Médecins du Département de la Seine

Certificats médicaux et Rationnement

Le Conseil de l'Ordre des médecins du Département de la Seine communique la note suivante :

A dater du 6 février les médecins ne pourront délivrer aux malades de certificats leur permettant de demander soit des rations de denrées réservées, soit des rations supplémentaires de denrées rationnées, qu'aux conditions suivantes :

1° Les médecins ne porteront jamais aucun diagnostic sur les certificats. Le secret professionnel, à cette occasion comme à toute autre, doit être rigoureusement respecté ;

2° Ils tiendront compte de ce fait que la situation actuelle modifie profondément les indications du lait. Il ne s'agit plus de savoir si le lait est indiqué dans tel ou tel cas, mais seulement si le lait représente, pour tel malade, une alimentation absolument irremplaçable et une nécessité vitale ;

3° Ils garderont, par devers eux, la justification médicale de tous les certificats qu'ils délivreront. Leur bien fondé pourra être l'objet d'enquêtes et de vérifications de la part du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine. En cas d'abus, des sanctions seront appliquées.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Conférences de physiologie médico-chirurgicale.* — Le Professeur Léon BINET, avec l'aide de ses collaborateurs, fera une série de conférences théoriques et pratiques, sur les questions suivantes : *L'hémorragie, le choc et l'asphyxie.*

Les séances auront lieu tous les jours, à partir du 20 février jusqu'au 27 février. L'aspect théorique de chaque question sera traité à 14 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté ; les démonstrations pratiques seront faites au laboratoire de physiologie à 15 heures.

Ces conférences s'adressent surtout aux internes en médecine et aux internes en chirurgie.

— **Prix de l'Académie des Sciences décernés en 1940.** — SECTION DE MÉDECINE ET CHIRURGIE. *Prix Montyon.* Trois prix de 2.500 francs sont décernés : à MM. le Prof. Léon BINET, Moïse STRUM et Mlle Madeleine BOCHEL (Paris) pour leur travail sur l'anoxémie. Son traitement. L'oxygénothérapie. — A MM. le Prof. Georges JEANNENEY, et Guy RINGENBACH (Bordeaux) pour leur Traité de la transfusion sanguine. — Au Prof. Jean ROCHE (Marseille), pour ses travaux relatifs à la biochimie normale et pathologique de l'ossification et des fractures.

Prix Barbier (2.000 francs). — Prof. RATHERY (Paris) : Néphropathies et néphrites. Leçons cliniques.

Prix Bréant. — Un prix de 5.000 francs est décerné au Prof. Ch. CHAMPY (Paris), pour ses travaux sur la gelure des pieds.

Prix Godard (1.000 francs). — Prof. André HOVELACQUE (Paris) et M. Jean TURCHINI (Montpellier) : Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme.

Prix Bellion (1.400 francs). — M. Paul FLEURET, vétérinaire, pour ses recherches sur le problème de la gélification et la pratique des conserves de viande dans l'armée.

Prix du Baron Larrey (1.000 francs). — Médecin général inspecteur SIEUR : Le service de santé pendant la guerre 1914-1918.

Prix Jean Dagnan-Bouveret (15.000 francs). — Prof. LISBONNE (Montpellier), pour l'ensemble de ses travaux relatifs à la fièvre ondulante.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Mouvements et mutations dans le personnel médical* par suite des vacances survenues en 1939-1940 (services de médecine).

Remplacements provisoires et services temporaires :

Aux Enfants-Malades (remplacement de M. Darré en congé pour raison de santé) : M. HEUYER, de la Consultation de neuro-psychiatrie infantile.

A la Consultation de Neuro-psychiatrie infantile (remplacement de M. Heuyer) : Néant (consultation fermée).

A la Salpêtrière (ouverture d'un service temporaire d'adultes) : M. MOLLARET.

A la Salpêtrière (ouverture d'un service temporaire d'enfants) : M. PERRAULT.

A Ivry (ouverture d'un service temporaire d'enfants) : M. COSTE, médecin chef de service de l'hospice d'Ivry.

Consultations générales (adultes)

A l'Hôtel-Dieu : M. MERKLEN (remplacement provisoire de M. Gutmann) ; — *A la Pitié* (consultation transférée provisoirement à la Salpêtrière) : M. ESCALIER ; — *A Saint-Antoine* : M. BOLTANSKI ; — *A Necker* : M. LAMBLING ; — *A Cochin* : M. POLLET ; — *A Beaujon* : M. HAMBURGER ; — *A Lariboisière* (consultation transférée provisoirement à *Saint-Louis*) : M. DEGOS ; — *A Tenon* : M. DECOURT ; — *A Laennec* : M. CÉLICE ; — *A Bichat* : M. LAYANI ; — *A Broussais* : M. JUSTIN BESANÇON ; — *A Boucicaut* : M. RACHET ; — *A Ambroise-Paré* : M. PÉRON ; — *A Broca* : M. DEROT ; — *A Bicêtre* : M. MOREAU.

Consultations générales (enfants)

Aux Enfants-Malades : M. LAMY ; — *A Bretonneau* : M. CHEVALLET ; — *A Trousseau* : M. CLÉMENT ; — *A Hérold* : M. Julien MARIE ; — *A la Policlinique du boulevard Ney* : M. Clément LAUNAY ;

— *Aux Enfants-Assistés* : Prof. LEREBOULLET ; — *A Saint-Louis* (annexe Grancher) : M. STÉVENIN.

Laboratoires de bactériologie de secteur :

A Trousseau (remplacement de M. Rouquès passé à Raymond-Poincaré, à Garches : M. DUCHON, ancien interne des hôpitaux (à titre provisoire).

A Boucicaut (remplacement de M. Lévy Bruhl) : M. MOUSSOIR.

A Bichat (remplacement de M. Layani) : M. MAURIC, (bi-admissible à titre provisoire).

— **Ecole de médecine de Grenoble.** — Sont renouvelés les cours et travaux pratiques suivants :

Cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile : Prof. LATREILLE. — Cours complémentaire de clinique infantile et médicale : M. ROGER, professeur suppléant. — Cours complémentaire de parasitologie : M. CARRAZ, chargé de cours. — Cours complémentaire de chimie médicale : M. MASSOT, chef de travaux, — Travaux pratiques d'anatomie : M. CONTAMIN, professeur suppléant. — Travaux pratiques d'histologie : M. FLANDRIN, médecin chef des hôpitaux de Grenoble. — Travaux pratiques de physiologie et bactériologie : M. PERRIN, chef de travaux à la Faculté des sciences.

— **Le « déjeuner des Externes » à l'hôpital Tenon.** — Sur l'initiative de M. Serge Gas, Directeur général de l'Assistance publique à Paris, et du Docteur Girode, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de M. Folgoas, directeur de l'hôpital Tenon, le « Déjeuner des Externes » vient d'être réalisé à cet hôpital. Pour un prix modeste, les externes de Tenon peuvent ainsi prendre, à l'hôpital, un repas aussi confortable que le permettent les circonstances. La même réalisation pourra sans doute être faite dans d'autres hôpitaux.

— **Cité universitaire.** — L'administration de l'Assistance publique à Paris se préoccupe d'organiser un centre hospitalier au Pavillon Deutsch de la Meurthe de la Cité universitaire, pavillon qui a été mis à sa disposition.

— **La lutte contre l'alcoolisme.** — Un de nos lecteur, le Docteur Julien, 3, place du Panthéon, Paris, suggère de grouper pour une lutte efficace contre le fléau qui mine notre pays toutes les bonnes volontés, et de proposer l'étude en commun des mesures propres à maîtriser l'alcool ainsi que des moyens capables d'en assurer l'exécution.

Les confrères que cette judicieuse proposition intéresse voudront bien s'adresser au Docteur Julien que nous félicitons et encourageons dans son action de défense nationale.

— **Légion d'honneur.** — Le Docteur Fège, médecin capitaine de réserve, ancien Président des « Médecins parisiens de Paris », vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— **Naissances.** — Michel de FOURMESTRAUX est heureux d'annoncer que le 27 janvier 1941 est née sa petite sœur *Françoise*, petite fille du Docteur J. de Fourmestraux, chirurgien en chef de l'Hôtel Dieu de Chartres, et du Médecin Général G. Fischer, notre Rédacteur en chef.

La Direction et la Rédaction du *Concours Médical* ont le plaisir d'adresser au Docteur G. Fischer, au Docteur J. de Fourmestraux et à leurs familles leurs plus cordiales félicitations.

— Le Docteur A. Thépénier, Directeur des laboratoires pharmaceutiques Thépénier, et Monsieur J. Plé, Directeur des laboratoires Plé, ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit-fils et fils, *Philippe* PLÉ.

Nous adressons aux heureux parents et grand-père nos plus sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur LÉON BIZARD, ancien médecin de Saint-Lazare ; du Docteur RICHARDIÈRE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; du Docteur HENRY BLANC, de Bordeaux, ancien assistant du professeur Marion.

— **Homonymie.** — Le Docteur Pierre Caillard, 53, rue de Rome, Paris, nous prie de faire connaître qu'il n'a aucun lien de parenté avec le médecin sous-lieutenant Pierre Caillard dont nous avons annoncé la mort au champ d'honneur, dans notre numéro du 29 décembre dernier.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

VOICI QUELQUES CITATIONS :

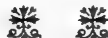
JACQUEL (Maurice), médecin-lieutenant au 152e rég. d'infanterie : officier de la plus haute valeur morale et d'un courage légendaire frisant la témérité. S'est fait remarquer pendant toute la campagne par son mépris absolu du danger et sa ténacité à sauver tous ses blessés, en allant au besoin les chercher lui-même aux endroits les plus exposés. S'est particulièrement distingué au cours de la manœuvre en retraite du 12 au 16 juin 1940, en restant le dernier pour soigner ses blessés sous le feu de l'ennemi. Déjà cité pour sa belle conduite au feu.

(*Citation à l'ordre de l'Armée.* (*J. O.* du 22 janvier 1941).

***

« *Médecin s. lieutenant* COCHART, Médecin d'une haute valeur morale et du plus beau sang-froid. A assuré la relève des blessés dans des conditions particulièrement difficiles au cours des combats des 12 et 13 mai 1940 ».

Ordre du régiment 204e R. I. 28 mai 1940. 7 mois en captivité dont 5 en Allemagne.



Voir la suite page XLVII-345

PROPOS DU JOUR

LA RÉORGANISATION DE L'EXERCICE MÉDICAL

En attendant que soient connues les directives qui vont régir la Santé publique, il nous est permis de concevoir les grandes lignes de ce que devra être l'organisation nouvelle à laquelle nous devrons nous adapter.

Avant tout, persuadons-nous bien qu'il faut tirer un trait sur tout ce qui a existé jusqu'ici, où tout était désordre, anarchie, où chacun envisageait à sa manière l'exercice de sa profession, profitant ou non de circonstances favorables pour se tailler vite une clientèle aux dépens des confrères déjà établis.

La nécessité de se débrouiller vite, aggravée chaque jour par la pléthore, a faussé l'exercice de la médecine en y introduisant les pratiques déplorables empruntées au commerce, telles que la publicité, la surenchère et dont l'aboutissant fatal a été un certain discrédit jeté sur l'ensemble de notre profession.

Du point de vue social, le médecin est un rouage dont l'importance peut être comparée à celle de l'éducateur et on a pu justement établir des comparaisons entre la médecine et l'instruction.

L'Etat ne peut pas se désintéresser plus de l'une que de l'autre et il doit, en contrôlant la valeur de ceux qui donnent leurs soins, garantir aux malades, surtout aux collectivités, la qualité des soins qui leur sont dispensés.

Sans établir une hiérarchie rigoureuse analogue à celle de la médecine militaire il faut envisager parmi les médecins des degrés, des classes répondant aux différentes possibilités d'exercice.

Une des erreurs des Syndicats a été de ne pouvoir concevoir qu'une discipline égalitaire où le titre de docteur, restant le même pour tous, conférait, avec l'omniscience, les mêmes droits pour chacun.

Plusieurs fois, d'ailleurs, sans succès, une endance s'est manifestée, toujours combattue, de réagir contre cet ordre de choses. Les groupements d'anciens internes, puis les essais de créer dans les facultés un certificat d'études supérieures, furent toujours combattus par la masse qui ne voulait point que des privilèges soient attachés au fait d'avoir une instruction plus étendue et d'avoir fait la preuve de la compétence.

Faute d'avoir voulu reconnaître des avantages liés au savoir, nous avons assisté à des nominations faites sans se soucier des mérites respectifs des candidats mais en tenant uniquement compte de ses amitiés, de ses protections, des influences qu'il peut faire agir.

Dans le moindre hôpital-hospice de province, la nomination des chefs de service était faite par des commissions administratives incapables d'apprécier exactement les titres de chacun et où la valeur médicale pesait peu à côté d'un solide appui. Dès qu'une place se trouvait vacante chacun, sans même se demander s'il avait la compétence voulue pour assurer le service, faisait jouer les relations de tous ordres dont il disposait et ainsi nous voyons aujourd'hui des hôpitaux dont les chirurgiens n'ont jamais appris la chirurgie, des médecins dont les médiocres études ne permettent aucun crédit dans les soins qu'ils donnent, des spécialistes hâtivement formés et dont les techniques sont incertaines. Au bout de quelques années et après maintes expériences malheureuses que la terre recouvre, ils ont acquis, à défaut de savoir, une assurance qui peut en imposer. Je n'aurais que l'embarras du choix pour appuyer ce que j'avance sur des faits que j'ai pu moi-même vérifier et qui ne sont pas sans être déplorables lorsque l'on réalise que chacun de nous peut en être la victime.

L'organisation rationnelle de la médecine telle que nous désirons la voir se réaliser doit faire cesser de tels abus.

Au point de vue de l'exercice médical il faut séparer deux ordres de faits selon que la médecine est individuelle ou collective.

La Médecine des Individus peut rester entièrement libre, ou laisse chacun libre de se soigner à sa guise, de choisir le médecin de son goût, à la seule condition qu'il soit autorisé à exercer en France.

Il reste cependant bien entendu, que dans la médecine des individus, le contrôle des titres doit être rigoureux. Des mesures sévères doivent être prises pour qu'il soit impossible de tromper le client en se parant de titres illusoires qui, quoique bien sonnants, n'ont aucune valeur. Il faut établir une liste de titres, en dehors de laquelle il sera interdit de puiser et ainsi on ne verra plus de ces en-têtes de papier ou des ces cartes de visite dont le seul but est d'attraper le client au passage.

Je pense qu'à ce point de vue l'Ordre des

médecins pourra avoir une action utile, car il sera l'organisme qualifié pour faire les observations nécessaires et pour soumettre à sa juridiction les confrères qui se laissent aller à de pareilles erreurs.

La Médecine des collectivités doit être rigoureusement contrôlée, elle ne saurait être livrée au premier venu ; comme elle impose ses médecins, elle doit offrir aux malades une réelle garantie de compétence.

Songeons que dans le plus petit hôpital, les accidents de la route peuvent conduire vers ses lits des vies humaines précieuses à conserver et on ne saurait confier au premier venu de telles responsabilités.

Il faudrait que dans chaque hôpital les médeins soient choisis avec soin, que la protection et la politique n'aient pas à intervenir, qu'au choix par les commissions administratives locales on préfère des désignations faites en haut lieu par des médecins compétents.

Que de fois avant la guerre, j'ai reçu des lettres de confrères ayant une valeur certaine qui, candidats à l'hôpital, ont été évincés au profit de moins qualifiés. On craignait en leur confiant des services, de leur voir prendre de l'importance, développer leurs clientèles au détriment d'amis, de parents, d'obligés de membres de la Commission appelée à choisir.

Il est des villes où les portes de l'hôpital sont si bien gardées que nul ne les pourrait forcer sans l'assentiment d'une ou deux personnalités locales influentes.

Ces chasses gardées doivent disparaître si ceux qui en sont les bénéficiaires n'ont pas d'autre science que celle des combinaisons et des intrigues.

Sans doute pareille réorganisation va révolutionner notre monde médical, mais le tout est de savoir si dans le remaniement général du pays, on veut réformer l'institution médicale pour lui redonner une vie nouvelle, ou si on préfère la voir s'écrouler derrière une belle façade masquant sa vétusté.

On ne saurait parler d'exercice médical sans étudier la question délicate des clientèles, bases de toutes les jalousies, de bien des mésententes et de pas mal de procès.

Les qualités qui font la clientèle ne sont pas forcément le savoir, l'expérience, la compétence; il est des qualités individuelles telles que la manière d'être, la façon de se présenter, l'ascendant qui font préférer à un plus instruit un médecin dont l'abord est plus sympathique, qui parle plus volontiers, paraît moins distant. Ce savoir-faire joue un rôle important dans l'exercice de la clientèle ; sans le méconnaître il ne faut cependant point qu'il prenne le pas sur le réel savoir.

Je crains fort que ce soit l'importance prise par les qualités secondaires dans l'exercice de la clientèle qui ait faussé depuis pas mal d'années l'esprit des jeunes générations.

De toutes parts, dans les milieux scientifiques, on entendait dire que le goût de la recherche désintéressée disparaissait, que les maîtres trouvaient de moins en moins ces jeunes collaborateurs guidés seulement par le désir de s'instruire. C'est que de plus en plus le médecin instruit ne trouvait plus dans les travaux qu'il faisait un avantage suffisant, c'est qu'il voyait de plus en plus le succès aller à de moins instruits et que de fois n'ai-je point entendu de plus jeunes confrères m'expliquer le marché de dupes que faisait celui qui volontairement prolongeait ses études au lieu de se lancer tôt dans l'exercice professionnel.

A peine reçu docteur le seul soin était d'augmenter sa clientèle et comme pour obtenir les places enviables, il fallait beaucoup d'amis, de relations, de protecteurs, il devenait préférable de sortir, de se faire voir, de fréquenter des amis puissants qu'on rencontre plus facilement dans les clubs, ou autour des bonnes tables, que dans les endroits où l'on travaille, dans les laboratoires où l'on fait des recherches, dans les bibliothèques où l'on prépare les grands concours.

A l'ascension rapide et verticale du jeune médecin il faut substituer l'ascension lente et raisonnée permettant une vie de travail, il faut que le savoir soit la seule clé susceptible de donner accès aux places importantes et que le futur maître gravisse les échelons successifs sans avoir des soucis matériels qui entravent les recherches personnelles et les travaux désintéressés.

C'est par une véritable remise en place des valeurs, en allant chercher *là où ils sont* ceux qui honorent notre profession, sans attendre leurs réclamations, leurs demandes, l'expression de leurs désirs, qu'on donnera à la réorganisation médicale toute sa valeur et qu'ainsi elle aura une répercussion heureuse sur tout l'avenir du pays.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Leçon du 1-4-1939

Par le Professeur *Nobécourt*

I. — Myxœdème congénital chez une fille de 3 ans et demi

Denise à pour père un alcoolique, mort de congestion pulmonaire ; sa mère, âgée de 33 ans, est bien portante ; elle a sept frères et sœurs également bien portants.

Elle est née le 3 septembre 1935, à terme, après un accouchement normal. Elle est élevée au sein jusqu'à 5 mois, puis au lait de vache, plus tard avec des bouillies. Elle est toujours anorexique. Elle a ses premières dents à un an et commence à se tenir sur ses jambe à 2 ans.

A 2 ans et demi, elle a la coqueluche.

A partir de 6 mois, on est frappé par ce fait qu'elle se développe mal du point de vue physique et intellectuel.

Elle entre à la salle Parrot le 19 mars 1939. Elle est âgée de 3 ans et 6 mois.

Ses caractères anthropométriques sont les suivants :

Sa taille est de 77 centimètres, au lieu de 88 cm. 5, moyenne de son âge ; la réduction staturale est de 11 cm. 5, soit 12,9 %. Elle a la taille d'une fille de 2 ans. C'est donc avec une fille de cet âge qu'il faut comparer ses mesures :

	Denise	Fille de 2 ans
B	47 cm. 5	45 cm.
S	29 cm. 5	32 cm.
$\frac{S}{B}$	0,621	0,711
Gde envergure	71 cm.	—
Poids	11 kgr. 800	11 kgr. 500
$\frac{\text{Poids}}{\text{Taille}}$	153	150
Périmètre thoracique au niv. de l'app. xiphoïde	55 cm. 5	47 cm.
$\frac{Pt}{T}$	0,720	0,610
Coeff. Pignet	14,2	18,5
Périm. crânien	45,5	48 cm.

Ses caractéristiques anthropométriques sont donc : une taille réduite pour son âge, et, par rapport à une fille de 2 ans, dont elle a la taille, un buste trop long, des membres inférieurs trop courts ; un rapport $\frac{S}{B}$ rop faible, un poids à peu près semblable, un périmètre thoracique trop grand, un coefficient de Pignet trop faible ; quant au périmètre crânien, ce qui est assez rare, il est plus petit.

Denise est petite ; elle présente une hypotrophie staturale moyenne (réduction de 10 à 14 %). Elle est brachyskèle. Sa corpulence est forte. Son habitus général est d'ailleurs caractéristique.

Sa peau est blanche, avec un peu de rougeur sur les pommettes, et sèche. Ses téguments sont épais, infiltrés, mais ne gardent pas l'empreinte du doigt. Ses cheveux sont assez abondants et ne sont pas secs ; ses sourcils sont assez marqués. Son crâne n'est pas gros, sa fontanelle antérieure est encore large. Son front est un peu étroit, son nez épaté ; ses paupières sont gonflées ; sa bouche est grande, sa langue grosse. D'une façon générale, son faciès est un faciès lunaire.

Son cou est court, épais ; les creux susclaviculaires sont effacés.

Le tronc est volumineux avec des bourrelets épais. Le thorax et le ventre sont gros et saillants.

Les membres inférieurs sont courts et épais, la main et les doigts sont boudinés.

Les dents ne sont qu'au nombre de 16 au lieu de 20 ; les deuxièmes prémolaires ne sont pas sorties ; elles sont mal plantées, irrégulières et beaucoup sont cariées ou usées jusqu'à la gencive.

La respiration naso-pharyngée est gênée, bruyante ; les amygdales sont un peu grosses.

L'examen de l'appareil respiratoire et du cœur ne décèle rien de particulier. Le pouls est à 120, la pression artérielle au Vaquez est de 10-8. Le foie, la rate ne présentent rien de particulier. Les selles sont normales.

Le regard est sans expression. Denise ne comprend rien, reste apathique, immobile, calme. Elle ne sait pas mastiquer, ne réclame pas à manger, ne parle pas, émet quelques grognements inarticulés ou des cris rauques, désagréables. Elle ne reconnaît personne, pas même sa mère ; elle ne fait preuve d'aucune intelligence, d'aucun sentiment affectif.

Elle peut se tenir debout quand on la soutient, mais



ne marche pas seule ; soutenue, elle fait quelques pas chancelants.

L'examen du système nerveux périphérique ne présente rien de particulier ; les réflexes sont normaux.

La cuti-réaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

Dans le sang on a dosé et numéré :

Cholestérol par litre de sérum...	2 gr. 20
Hématies par mm³	4.660.000
Hémoglobine %	70
Valeur globulaire..............	0,75
Leucocytes par mm³	5.800
Polynucléaires neutrophiles %..	58
Grands nononucléaires	6
Moyens mono	27
Lymphocytes	3
Cellules primordiales	2
Monocytes	4

Il existe donc une légère anémie hypochrome.

Le métabolisme de base n'a pu être étudié, car l'enfant s'agite continuellement.

Les radiographies de la main et du poignet ont montré les particularités suivantes : aucun noyau épiphysaire au niveau des épiphyses inférieures du radius et du cubitus, ni au niveau des métacarpiens et des phalanges ; au niveau du carpe un petit noyau gros comme une tête d'épingle à peine visible. C'est une main d'enfant de 2 ou 3 mois.

Au niveau de l'épiphyse supérieure du fémur, aucun noyau ; au niveau de l'épiphyse inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia, noyau très grêle ; au niveau de l'épiphyse inférieure du tibia, aucun noyau.

Le crâne n'offre rien de particulier au niveau de la voûte, sauf que la grande fontanelle est encore large ; à la base, la selle turcique paraît normalement constituée.

Voilà l'état, dans lequel Denise est entrée à l'hôpital. Il ne pouvait y avoir aucune hésitation pour porter le diagnostic de *myxœdème congénital.*

Nous avons commencé le traitement. Je vous en parlerai dans ma prochaine leçon, consacrée à l'*Opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème congénital.*

***

Le MYXŒDÈME CONGÉNITAL est une maladie bien connue.

Il a été décrit d'abord chez l'adulte par Gull, en 1873, sous le nom d'*état crétinoïde*, par Ord, en 1877, sous celui de *myxœdème*, par Charcot, en 1879, sous celui de *cachexie pachydermique.* C'est plus tard, en 1880, que Bourneville, médecin de Bicêtre, a décrit chez l'enfant l'*idiotie myxœdémateuse*, l'idiotie étant une des manifestations du myxœdème congénital.

Chez les enfants, le myxœdème congénital n'est pas rare. J'ai eu l'occasion d'en présenter des observations dans des leçons publiées dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance*, dans mes livres sur *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*, en 1923, dans *Les enfants trop petits*, en 1929, dans une leçon sur *le myxœdème dans la petite enfance*, parue dans *Le Concours Médical* du 3 juillet 1927.

Le myxœdème chez les enfants est généralement *congénital* ; il est causé par une *agénésie du corps thyroïde*, parfois par une *atrophie.*

Il est quelquefois *acquis.* Quand il est précoce, installé dans les mois qui suivent la naissance, il revêt les mêmes caractères que le myxœdème congénital. Quand il est tardif, on observe surtout des *myxœdèmes frustes*, dégradés.

Dans certains pays de montagne, on rencontre une variété particulière de myxœdème congénital associé au goitre, c'est le *myxœdème* ou *goitre endémique.*

Les symptômes du myxœdème relèvent de l'absence des fonctions thyroïdiennes, de *l'athyroïdie* ; quand il s'agit de myxœdème fruste, il y a simplement déficience ou viciation des fonctions thyroïdiennes, *hypothyroïdie* ou, plus exactement, *dyshypothyroïdie.*

Les symptômes du myxœdème sont, les uns, *communs à tous les âges* et se rencontrent chez l'enfant comme chez l'adulte ; les autres, *propres au jeune âge* : ce sont des troubles de la croissance staturale et de l'accroissement du corps, des troubles de l'évolution des dents, des troubles du développement intellectuel, et, à une période donnée, des troubles de l'évolution sexuelle.

Un fait intéressant est que, bien que congénital, le myxœdème n'existe, ni chez le fœtus, ni chez le nouveau-né. Généralement, il commence à se manifester vers le milieu de la première année. Lange, en 1899, a, le premier, publié deux cas où il a fait le diagnostic chez des enfants de 4 et de 11 mois.

Le myxœdème est reconnu par le médecin, tantôt au hasard d'un examen, tantôt parce que les parents lui amènent l'enfant qu'ils trouvent anormal ; il ne grandit pas, son intelligence ne s'éveille pas, il ne commence pas à marcher, à se servir de ses mains.

Au bout de quelque temps, les symptômes sont caractéristiques et le diagnostic ne prête pas à discussion.

Voyons d'abord les SYMPTÔMES COMMUNS AU MYXŒDÈME CONGÉNITAL ET AU MYXŒDÈME ACQUIS.

La peau est pâle, d'un blanc crayeux ou jaunâtre, sèche, souvent ichtyosique. Les téguments sont épais, fermes, infiltrés, bouffis, comme œdématiés ; cependant, il ne s'agit pas d'œdème vrai ; la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte comme dans ce dernier. La peau forme des bourrelets plus ou moins gros en différents points du tronc et sur les membres.

Souvent on attribua l'épaississement des tissus sous-cutanés, les bourrelets, à l'hypertrophie du

tissu graisseux, et on parle d'obésité. Cette interprétation n'est pas justifiée ; il s'agit non de surcharge graisseuse, mais d'une infiltration des téguments par une substance spéciale, que l'on compare à la mucine et qui est particulière à la maladie myxœdémateuse. Il est parfois difficile de dire la part du tissu graisseux et celle de l'infiltration. En tout cas, ces enfants trop gros ont une mauvaise graisse ; leurs téguments n'ont rien d'analogue avec ceux des obèses florides.

Le visage est en pleine lune. Les joues sont grosses, le nez est épaté. La bouche est grande, largement ouverte ; la langue est grosse et fait souvent saillie entre les lèvres : la salive coule sur le menton. Les paupières sont gonflées, la fente palpébrale est rétrécie ; les sourcils sont peu apparents ; le front est bas, étroit, le crâne gros, la fontanelle persiste jusqu'à un âge plus ou moins avancé ; les cheveux sont souvent peu fournis, secs, un peu gros, raides ; il y a des plaques d'alopécie.

Le cou est épais, les creux sus-claviculaires sont remplacés par des saillies. Il y a. dans la région cervico-dorsale, un épaississement des téguments qui donne l'aspect d'un lipome.

Le thorax est gros, le ventre volumineux. Les membres sont courts, épais, boudinés.

Je n'insiste pas.

Je préfère m'arrêter plus longuement sur les SYMPTÔMES PROPRES AU MYXŒDÈME CONGÉNITAL.

L'*insuffisance de la croissance staturale*, la *petitesse de la taille* sont la règle.

A la naissance, l'enfant a une taille moyenne ; puis, peu à peu, généralement à partir de 5 ou 6 mois, sa croissance staturale est de plus en plus faible ; elle devient inférieure à la croissance moyenne des enfants de même âge. Il en résulte que la taille devient de plus en plus petite, et que sa réduction sur la taille moyenne de l'âge est d'autant plus forte que l'enfant est plus âgé. Suivant le degré de la réduction, il s'agit soit d'hypotrophie staturale légère, moyenne ou forte, quand la réduction est de 6 à 19 %, soit de nanisme, quand la réduction atteint et dépasse 20 %.

Voici quelques exemples :

Troisième année :

Roger : 2 ans 2 mois.
Taille : 62 cm. Moyenne 81 cm. 5 ; Réduction : 23 %. T. de 4 mois.

Suzanne : 2 ans 2 mois.
Taille : 70 cm. Moyenne : 78 cm. 5. Réduction : 10 %. T. de 1 an.

Quatrième année :

Denise B... : 3 ans 7 mois.
Taille 78 cm. Moyenne : 89 cm. Réduction 12 %. T. de 2 ans 1 m.

Denise D..., notre malade d'aujourd'hui : 3 ans 6 mois.
Taille 77 cm. Moyenne 88 cm. 5. Réduction : 12,9 %. T. de 2 ans.

Septième année :

Louise : 6 ans 7 mois.
Taille : 82 cm. moyenne 107 cm. 5. Réduction : 23 %. T. de 2 ans 7 mois.

Onzième année :

Henriette : 10 ans 3 mois.
Taille 90 cm. Moyenne 128 cm. Réduction : 29 %. T. de 3 ans 9 m.

Quatorzième annee :

Lucienne : 13 ans 4 mois.
Taille 103 cm. Moyenne 147 cm. Réduction 29 %. T. de 5 ans 10 mois.

Chez les jeunes gens et chez les adultes, le nanisme devient très important. Bourneville cite le cas du Pacha de Bicêtre, qui, à 19 ans, mesure 90 cm., au lieu de 165 cm., a une réduction staturale de 45 % et la taille d'un garçon de 3 ans. Francotte cite le cas d'une fille de 21 ans, qui mesure 84 cm. au lieu de 156 cm., a une réduction staturale de 46 % et la taille d'une fille de 2 ans 11 mois.

Les myxœdémateux congénitaux ont donc des tailles très réduites. Il faut, par suite, les comparer non pas à des sujets du même âge, car la différence est évidemment grossière, mais les comparer à des sujets plus jeunes, dont ils ont les tailles ; on constate alors des différences très grandes avec les sujets de même taille.

Envisageons les *croissances segmentaires*, c'est-à-dire, la hauteur du *buste* (B), distance entre le vertex et le plan du siège ; la hauteur des *membres inférieurs*, évaluée en soustrayant le buste de la taille (T—B). On fait ainsi des constatations intéressantes. Le tableau suivant en fournit la preuve.

	Myxœdémateux			Enfants de même taille		
	B	S	$\frac{S}{B}$	B	S	$\frac{B}{S}$
				cm.	cm.	
Roger...	40 cm.	22 cm.	0,55	»	»	0,59
Suzanne.	44	26	0,59	42	28	0,66
Denise D.	47,5	29,5	0,62	45	32	0,71

Ces nombres montrent que les hauteurs des bustes sont supérieures, les longueurs des membres inférieurs aux moyennes ; que les rapports de Manouvrier $\frac{S}{B}$ sont inférieurs aux rapports moyens. Les myxœdémateux ont un buste proportionnellement très long, des membres inférieurs proportionnellement très courts ; ils sont *brachyskèles*, ont des membres courts.

L'insuffisance de la croissance staturale relève

donc d'un allongement insuffisant des os des membres. L'allongement de l'os long des membres se fait par une prolifération ordonnée des cellules du cartilage épiphysaire ; il y a, à la limite de l'os, une zone dite cartilage d'accroissement, où les cellules cartilagineuses prolifèrent. Chez les mxyœdémateux, l'activité proliférative de ce cartilage est très réduite.

Ce n'est que secondairement que se produit le processus d'ossification.

On peut, sur les *radiographies du squelette*, apprécier l'activité des processus d'ossification. Le poignet et la main permettent de s'en rendre compte très facilement. On peut y observer, en effet, l'apparition et l'évolution des noyaux épiphysaires du radius, du cubitus, des métacarpiens et des phalanges, ainsi que des os du carpe. Ces phénomènes sont très anormaux chez les myxœdémateux. Voici des exemples.

Dans la quatrième année :

Pierre est un garçon normal de 4 ans. Le noyau épiphysaire du radius est assez bien développé et le cartilage de conjugaison en partie constitué ; les noyaux épiphysaires des métacarpiens et des phalanges sont pour la plupart bien développés ; le carpe comporte 4 os, dont 2, le grand os et l'os crochu, sont bien développés.

Par contre, chez Denise B., il n'y a aucun noyau épiphysaire ; la carpe ne possède que deux points osseux très grêles. Chez Denise D., il n'y a qu'un point osseux au carpe.

Dans la onzième année :

Yves est un garçon normal de 11 ans. Tous les noyaux épiphysaires du radius, du cubitus, des métacarpiens, des phalanges sont bien développés, tous les os du carpe sont formés et assez volumineux.

La myxœdémateuse Henriette a seulement au radius un noyau épiphysaire grêle et, au carpe, deux points osseux grêles ; elle a la main d'un bébé d'un an.

Somme toute, chez les myxœdémateux, il existe un grand retard dans les processus de prolifération cartilagineuse et d'ossification.

Sur les autres os, nous constatons un retard de même ordre, comme nous l'avons vu pour Denise D.

Le *poids* doit être comparé au poids moyen pour la taille. Je me borne à relater, sous forme de tableau, les écarts pour cent entre le poids des myxœdémateux et le poids moyen des sujets de même taille.

Denise D.	0
Denise B.	+ 10 %
Henriette	+ 16 %
Louise	+ 19 %
Suzanne	+ 31 %
Roger	+ 31 %
Lucienne	+ 37 %

Le poids est donc rarement conforme au poids moyen pour la taille, le plus souvent supérieur à ce poids moyen. Les écarts peuvent être de 10 à 16 % et plus habituellement de 19 à 37 %.

Quand j'ai étudié l'obésité des enfants, j'ai admis, avec le Professeur Marcel Labbé, que les excès sur les poids moyens peuvent atteindre 15 %, sans qu'on puisse parler d'un état pathologique, qu'à partir d'un excès de 16 %, on est en droit de parler d'obésité.

On peut admettre les mêmes limites pour les myxœdémateux. Aussi les compare-t-on volontiers à des obèses. Ce ne sont pas, en réalité, des obèses, mais des infiltrés ; il s'agit d'une fausse obésité.

Le *périmètre thoracique*, mesuré au niveau de l'appendice xyphoïde, est supérieur au périmètre thoracique moyen pour la taille. Exemple :

Roger	: 48 cm.	au lieu de 38 cm.	soit + 26 %
Suzanne	: 52 cm.	au lieu de 44 cm.	soit + 18 %
Denise D.	: 55 cm. 5	au lieu de 47 cm.	soit + 18 %

Il y a donc une exagération du périmètre thoracique. Elle est due à deux ordres de facteurs : d'abord à l'épaississement des tissus, ensuite à l'accroissement des organes intrathoraciques, qui se développent, grossissent et distendent le thorax.

Le *coefficient de Pignet* s'obtient avec la formule : T — (P + Pt). Pour une même taille, le coefficient de Pignet est d'autant plus faible que le poids, le périmètre thoracique ou les deux sont plus forts. Il ne faut donc pas s'étonner de trouver un coefficient de Pignet faible pour les myxœdémateux.

	Pignet des myxœdémateux	Pignet pour T	Réduction %
Roger ...	6,2	18	65
Suzanne ..	6	17	64
Denise D.	14,2	18,5	22

Les écarts sont donc importants. Ces faibles coefficients ne signifient pas, comme on l'a avancé, que les myxœdémateux soient robustes : Pignet a, en effet, appelé son coefficient le coefficient de robusticité ; or les myxœdémateux ne sont évidemment pas des sujets robustes. Il signifie que ces malades ont une forte corpulence, autrement dit que le volume du corps est trop fort pour la taille.

Le coefficient de Pignet permet d'évaluer l'excès de corpulence, que la simple inspection du corps permet déjà de constater.

L'anthropométrie précise les caractères du corps des myxœdémateux congénitaux. Ils sont de très petite taille, et ont des membres inférieurs très courts ; ils sont brachyskèles . Ils ont

des poids et des périmètres thoraciques trop forts pour leur taille ; leur corpulence est très forte. Il en résulte un *aspect dysharmonique* que complète l'épaississement de leurs tissus et leur facies.

Ils réalisent le type des *hypotrophies* et des *nanismes complexes*, qui s'opposent aux *hypotrophies* et aux *nanismes simples*. Dans ceux-ci, le corps reste *harmonieux* ; la taille, le poids, le périmètre thoracique sont conformes.

Il importe de distinguer ces deux grandes variétés des insuffisances de croissance.

Les myxœdémateux présentent un *retard de la dentition* : les dents de la première dentition, comme celles de la deuxième, apparaissent longtemps après l'âge habituel, et les différents groupes de dents sortent à des intervalles plus longs que normalement.

Par exemple :

Roger, à 2 ans 2 mois, n'a que deux incisives inférieures ;

Suzanne, au même âge, a deux incisives supérieures, quatre inférieures.

Denise D., notre malade d'aujourd'hui, à 3 ans 6 mois, n'a pas les deuxièmes prémolaires, alors que celles-ci paraissent entre 2 ans et 2 ans et demi.

Lucienne, à 13 ans 3 mois, n'a pas ses dents de 12 ans.

De plus, les dents sont généralement mal implantées, irrégulières ; beaucoup sont altérées, abrasées jusqu'à la gencive du fait des caries ou de l'usure.

Les *fonctions cérébrales* restent rudimentaires, Les enfants présentent les caractères de l'*idiotie myxœdémateuse*, décrite par Bourneville et par Jules Voisin.

L'idiotie est complète. L'enfant est inerte, a le regard sans expression, ne s'intéresse à rien, ne reconnaît personne, ne réclame rien, pousse des cris inarticulés ou des plaintes, est souvent sujet à des colères. Il ne parle pas ou apprend seulement quelques mots. Il essaie tardivement à se tenir sur ses membres inférieurs, n'apprend pas à marcher ou marche mal.

D'après Bourneville cependant, les enfants myxœdémateux sont moins touchés que les idiots par encéphalopathie. A la longue, ils font quelques progrès, sont capables de quelque attention et ont un peu de mémoire ; ils peuvent devenir propres, manger à peu près seuls, se lever, s'habiller, ils peuvent acquérir quelques sentiments affectifs. Mais ces acquisitions restent rudimentaires.

Sur 25 myxœdémateux observés par Bourneville, 24 étaient idiots, un seul l'était un peu moins et pouvait être classé parmi les arriérés.

Le cerveau des idiots myxœdémateux a été peu étudié. D'après Bourneville, qu'on cite toujours à ce propos, le cerveau a un aspect gélatiniforme et luisant ; les circonvolutions sont petites, sinueuses, avec des plis de passage nombreux, des sillons relativement profonds. Certaines circonvolutions cependant sont volumineuses, surtout la frontale et la pariétale ascendantes, les temporales ; à ce niveau, les sillons sont peu profonds et les plis de passage sont rares.

Enfin, quand le myxœdémateux arrive à la fin de l'enfance, la *puberté* ne se produit pas, les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas, les organes sexuels ne grossissent pas. A l'âge adulte, il reste un *infantile*, au nanisme s'intrique l'*infantilisme*.

Il faut distinguer ces deux faits : le nanisme est une chose, l'infantilisme en est une autre. On ne peut parler d'infantilisme que pour un sujet parvenu à la période de la jeunesse ou à l'âge adulte.

Je serai bref sur les SYMPTÔMES DIVERS qu'on rencontre à tous les âges.

La *température* est généralement normale ou même un peu basse ; il y a de la monothermie ; celle-ci tient probablement à ce que ces enfants restent immobiles, de même que les petits enfants monothermes jusqu'à 5 ou 6 mois.

Le *sang*. On peut trouver une anémie simple, plus ou moins accentuée, avec abaissement plus ou moins grand de la valeur globulaire. Quelquefois, on observe les faits signalés par Henri Vaquez : diamètre fœtal des hématies et hématies nucléées. Le nombre des leucocytes par millimètre cube est normal, diminué ou un peu augmenté ; le taux des polynucléaires est normal, ou abaissé. Les particularités du sang témoignent des modifications, dans certains cas, de l'activité de la moelle osseuse, qui peut être lésée comme les divers organes.

Chez les myxœdémateux adultes, il existe une élévation de la *cholestérolémie*, signalée par divers auteurs. Ce fait a été étudié, chez les enfants, par MM. Lesné, Briskas et Larde, en 1935, puis par M. Briskas dans les *Archives de Médecine des Enfants* de septembre 1938 : *Myxœdème avec anémie hypochrome et hypercholestérolémie chez une enfant de quatre ans. Guérison rapide par le traitement uniquement thyroïdien.*

Ce dernier, chez quatre enfants de 4 à 8 ans, trouve dans le sang :

Cholestérol ‰	
2 gr. 90	moyenne 3 gr. 76 ‰
3 gr. 38	
3 gr. 90	
4 gr. 10	

Chez notre malade, Denise, nous avons trouvé 3 gr. 20 de cholestérol ‰.

Par contre, les protides totaux et la globuline sont normaux. Pour d'autres auteurs, les protides totaux et la séreuse sont augmentés, la globuline est diminuée.

Le *métabolisme de base* est abaissé, comme l'ont montré Magnus Lévy, en 1895, et M. Henri Janet, mon ancien interne, dans sa thèse de 1922. L'abaissement est généralement de 20 à 30 %, quelquefois de 50 à 60 %, par rapport aux moyennes de l'âge. Mais il faut comparer avec les moyennes pour la taille ; l'écart est alors plus grand, car le métabolisme de base est normalement d'autant plus élevé que les enfants sont plus jeunes.

Telle est, dans ses grandes lignes, la symptomatologie du myxœdème congénital. Comme je le disais tout à l'heure, chez les petits enfants, le *diagnostic* ne peut pas être fait ou est très difficile, car l'enfant ne naît pas myxœdémateux ; mais quand les symptômes sont apparus, le diagnostic ne prête à aucune hésitation.

***

Le myxœdème congénital est le TYPE DES MALADIES PAR DÉFAUT DE SÉCRÉTION D'UNE GLANDE ENDOCRINE.

L'ablation de la glande, chez un animal nouveau-né, lapin, chèvre, agneau, entraîne le nanisme et l'idiotie, comme l'ont vu beaucoup d'expérimentateurs, tels que Gley (1894), Hofmeister, von Eisesberg (1895), Moussu (1897), Jeandelize (1903).

Le nanisme et l'idiotie peuvent encore être réalisés en injectant du naphtol dans l'artère thyroïde, comme l'ont fait le Professeur H. Roger et M. Marcel Garnier. Cette injection entraîne une sclérose de la glande thyroïde.

Chez *les enfants goitreux,* quand on faisait l'extirpation totale du goitre, on voyait apparaître un myxœdème opératoire qu'ont décrit autrefois Reverdin, de Genève, et Kocher, de Berne.

Comme l'aplasie thyroïdienne, la thyroïdectomie entraîne l'absence des fonctions thyroïdiennes.

La glande thyroïde apparaît chez l'embryon du 19e au 21e jour, sous forme d'un bourgeon épithélial médian né du plancher de la cavité bucco-pharyngée.

Chez le fœtus de 6 mois, la glande thyroïde est volumineuse, formée de lobules contenant une substance colloïde, la thyromucoïne de Jules Renaut.

La glande thyroïde du nouveau-né pèse 2 ou 3 grammes. Pendant l'enfance, elle grossit et, chez l'adulte, atteint 25 à 30 grammes.

On doit se demander à quel moment apparaît la sécrétion thyroïdienne. On ne sait rien de précis à ce sujet. Nous avons vu que l'aplasie du corps thyroïde n'empêche pas le fœtus et le petit enfant de se développer, sans présenter de symptômes de myxœdème. Ce fait permet de penser que la sécrétion thyroïdienne de la mère, parvenant au fœtus par la circulation placentaire, suffit à assurer son développement.

Par contre, une femelle thyroïdectomisée, avant ou pendant la gestation, a des petits, qui se développent mal, qui présentent des dystrophies osseuses et parfois même du myxœdème.

Il est donc difficile de dire si la glande thyroïde du fœtus sécrète des produits actifs.

Pour expliquer la non apparition du myxœdème pendant les premiers mois de la vie, on a pensé que l'enfant recevait avec le lait de sa mère des hormones thyroïdiennes suffisantes pour assurer son développement. C'est possible, mais le myxœdème n'apparaît pas, non plus, pendant les premiers mois, chez les enfants élevés au lait de vache stérilisé.

Dans ma leçon de 1927, j'ai réuni six cas de myxœdème congénital apparu à l'âge habituel ; cinq de ces enfants avaient été élevés au sein pendant 4 à 22 mois ; un avait été alimenté au lait condensé.

L'absence des sécrétions thyroïdiennes suffit à réaliser le myxœdème. Le myxœdème est un *syndrome uniglandulaire.*

A un moment donné, peuvent s'intriquer des manifestations dues à des troubles d'autres glandes endocrines. Alors, on se trouve en présence, suivant MM. Claude et Gougerot, d'un *syndrome uniglandulaire avec lésions pluriglandulaires.*

Les *glandes sexuelles* sont particulièrement intéressées. Elles ne se développent pas. A la période de puberté, elles ne subissent pas les transformations caractéristiques. Il n'y a pas évolution vers la maturité des cellules de la lignée séminale aboutissant au spermatozoïde ou à l'ovule, ni des cellules interstitielles assurant les fonctions endocrines et notamment l'apparition des caractères sexuels secondaires. Au syndrome myxœdémateux dû à l'athyroïdie, s'ajoute un syndrome d'insuffisance sexuelle, qui est l'infantilisme.

Pour les autres glandes endocrines, il n'y a rien de bien précis.

L'*hypophyse.* Les animaux soumis à la thyroïdectomie présentent une hypertrophie et des signes d'hyperactivité de l'hypophyse, surtout du lobe antérieur.

On a fait des constatations de même ordre dans l'hypophyse des myxœdémateux. On a parlé d'une suppléance fonctionnelle.

Le lobe antérieur de l'hypophyse secrète une hormone somatotrope, qui stimule la croissance, et une hormone gonadrope, qui stimule le développement des glandes sexuelles.

L'intervention de l'hypophyse chez les myxœdémateux paraît peu importante. Elle ne paraît pas suffisante pour la stimulation de la croissance staturale et de la maturation des glandes sexuelles.

Les *glandes surrénales*. La thyroïdectomie paraît entraîner un amoindrissement de l'activité des surrénales ; la teneur de la médullaire en adrénaline est abaissée. Il est possible que la déficience des fonctions surrénales intervienne chez le myxœdémateux.

Le *thymus*. La thyroïdectomie détermine tantôt l'atrophie du thymus, tantôt son hypertrophie. Dans le myxœdème, on a noté assez souvent l'hypertrophie du thymus, mais on l'a trouvée également dans le goitre exophtalmique. Il n'y a donc aucune conclusion à tirer de ces constatations.

Actuellement, le thymus peut être considéré comme un organe de réserve, où s'accumulent les nucléo-protéines, qui servent à l'édification des tissus et à la production d'énergie. Il est possible que la suppression des hormones thyroïdiennes entraîne un trouble dans le métabolisme de ces substances.

Le *foie*, le *pancréas*. La thyroïdectomie élève la limite d'assimilation du sucre ; chez un animal privé du pancréas, elle diminue ou supprime la glycosurie.

Somme toute, toutes ces interventions endocrines restent au second plan. Seule l'insuffisance sexuelle tient une place importante. Le myxœdème congénital est bien une maladie uniglandulaire et non pas une maladie pluriglandulaire.

***

Telles sont les manifestations cliniques principales du myxœdème congénital, lequel dépend d'une aplasie de la glande thyroïde.

Notre malade, Denise, est un exemple de cette maladie.

Les considérations, qui précèdent, établissent l'*avenir lamentable*, qui lui est réservé ; elle est destinée au nanisme, à l'idiotie, à l'absence de vie sexuelle ; l'aboutissement est une véritable cachexie, la cachexie pachydermique, dont parlait Charcot.

La *mort* des sujets atteints de myxœdème congénital survient à un âge variable. Sur les 25 sujets cités par Bourneville, 12 sont morts avant 35 ans. La survie ne dépasse guère 40 à 50 ans.

Ils meurent soit de cachexie, soit du fait d'infections intercurrentes, notamment d'infections des voies respiratoires.

Ces considérations étaient vraies autrefois. Elles sont grandement modifiées par l'*opothérapie thyroïdienne*, qui fera l'objet de ma prochaine leçon.

CORPS ÉTRANGER SONORE DE L'INTESTIN

M. Paul Thiéry a relaté à l'Académie de chirurgie l'histoire d'un enfant de sept ans et demi, qui avait avalé un petit jouet, sorte de sirène en forme de court cylindre de 18 millimètres de diamètre environ sur 7 millimètres d'épaisseur. Le moindre souffle rendait sonore cette sirène.

Une radiographie, faite le soir même de l'ingestion, révèle la présence de l'objet dans la fosse iliaque droite. Une deuxième radio, faite le surlendemain, situe le corps étranger à la même place. On ignorait, à cette époque, les bienfaits de la méthode du Professeur Ombrédanne (« l'asparaginisation »). M. Paul Thiéry prescrit des panades et, trois jours plus tard, la sirène fait sa rentrée dans le monde par voie rectale, soit cinq jours et demi après avoir été déglutie.

L'expulsion naturelle de cette sirène fut due sans doute à ce qu'elle avait été amputée de branches divergentes qu'elle comportait normalement, sinon le corps étranger serait probablement resté fixé dans l'intestin. En ce cas, il est infiniment probable que les passages de gaz intestinaux un peu violents eussent fréquemment, et à des heures souvent inopportunes, déclanché sa sonorité.

Les corps étrangers sonores doivent être fort rares dans l'intestin. Il peut en exister aussi au niveau des voies respiratoires. Sébileau a signalé le cas d'un sifflet resté inclus dans la trachée, et dont on entendait les modulations.

P. L.



COMMENT ENVISAGER ACTUELLEMENT LE PROBLÈME DE LA CARIE DENTAIRE

d'après le Docteur DECHAUME (1)

Stomatologiste des Hôpitaux

La carie n'est pas une simple perte de substance, un trouble local des tissus dentaires, mais une affection qui doit être incorporée dans le cadre général de la pathologie, comme ayant des relations étroites avec l'état général par ses causes, ainsi d'ailleurs que par ses répercussions.

La dent est labile comme le tissu osseux ; c'est dire qu'elle subit toutes les influences du milieu intérieur. La chose est évidente pour les dents de lait, qui se révèlent particulièrement fragiles. La dent permanente est, de même, labile pendant toute la durée de sa calcification, puisqu'elle a une circulation pulpaire abondante, au fur et à mesure que le sujet avance en âge, la vie intrapulpaire se ralentit ; mais, si la dent devient moins labile, elle n'est jamais stabile.

Ceci laisse entrevoir toute l'influence de l'état général dans l'étiologie de la carie. Certes, la race, les influences géologiques (terrains non calcaires), l'âge, le sexe (grossesse), l'hygiène générale, l'alimentation, la lumière solaire sont autant de causes favorisantes. Le milieu buccal exerce aussi son influence : carie des confiseurs, fonte des dents chez les ouvriers travaillant aux acides, etc... Mais il existe également des facteurs dentaires, qui ne sont pas négligeables ; certaines dents (prémolaires, molaires, incisives supérieures) sont frappées plus souvent ; sur chaque dent, la carie se développe plus volontiers en certains points : collets, faces interdentaires, etc. ; les malpositions, les traumatismes, l'usure sont aussi des causes favorisantes.

Enfin, et surtout, le problème de l'alimentation mérite de retenir l'attention. Tout d'abord, les matières hydro-carbonées se transforment en acide lactique sous l'influence des fermentations, lorsqu'elles séjournent dans la bouche ; les matières albuminoïdes se putréfient. Quant à la valeur des aliments, après assimilation, il est nécessaire de souligner le rôle important des vitamines, notamment de la vitamine D, qui exerce une action essentielle sur la calcification, et stimule le fonctionnement des parathyroïdes en rapport avec l'apport calcaire.

D'autre part, si l'action spéciale des hormones n'est pas encore bien définie, il est, dès à présent, certain que le système endocrino-sympathique doit régir le trophisme de la dent.

On connaît aussi le rôle néfaste de la grossesse et de l'allaitement.

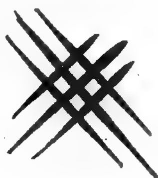
Citons pour mémoire l'intervention de certaines intoxications, infections (tuberculose) ou toxi-infections, des dyspepsies et diarrhées chez les jeunes enfants.

Bref, les troubles de la nutrition qui résultent de tous ces facteurs, ont une importance capitale dans l'étiologie et l'évolution des caries.

Cette conception doit désormais nous inspirer une thérapeutique un peu différente de celle qu'il est classique d'appliquer aujourd'hui. Il ne s'agit plus seulement d'obturer une cavité ou de prescrire un traitement récalcifiant. Le traitement de la carie dentaire doit associer l'habilité manuelle du technicien et le sens biologique autant que clinique du médecin.

G. F.

(1) *La Presse Médicale*, 23 novembre 1940.



UN PETIT APPAREIL DESTINÉ A FACILITER LA RECHERCHE CHIRURGICALE DES CORPS ÉTRANGERS PROFONDS



L'échelle de repérage

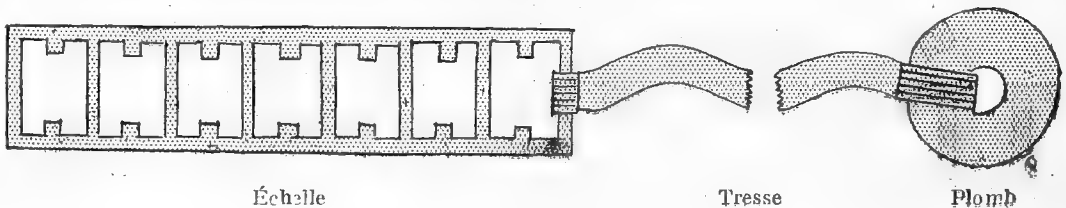
Docteur Pierre CAMUSET

Ancien assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris

Dans un certain nombre de pays, la chirurgie de guerre est toujours d'actualité. Il est souvent nécessaire d'extraire des projectiles profondément situés, dans des masses musculaires importantes, le crâne, le thorax ou l'abdomen. Cela n'est pas toujours facile.

L'échelle de repérage, que nous avons mise au point, est destinée à faciliter cette recherche, au cours même de l'intervention. Son emploi nécessite l'utilisation d'une table radio-chirurgicale, munie d'un dispositif de Stolh ou de le blessé pour des raisons de technique ou de voie d'accès..

L'opérateur peut ainsi se trouver désorienté. La radioscopie simple est incapable d'améliorer la situation, puisqu'elle ne donne aucune notion de profondeur. L'emploi d'un rayon oblique s'impose ; grâce à lui, on peut avoir cette notion de profondeur par rapport à un repère convenablement placé : par exemple l'extrémité d'une pince. Malheureusement, le champ opératoire est souvent encombré par un certain nombre



Echelle de repérage en vraie grandeur.

Patte. Il ne dispense pas du repérage géométrique, qui devra être pratiqué, comme à l'ordinaire, avant l'opération chirurgicale.

L'échelle de repérage est une petite échelle en métal opaque aux Rayons X. Elle comprend un petit nombre de barreaux placés à un centimètre, d'axe en axe, les uns des autres et assemblés au moyen de montants distants de un centimètre et demi environ. Les montants portent, entre chaque barreau, un petit repère placé à égale distance de chacun d'eux. De sorte qu'il est facile d'apprécier, par la pensée, le quart d'un intervalle. L'équipement est terminé par l'addition d'une tresse de cinquante centimètres environ, plombée à son extrémité libre. Le tout tient peu de place, et se stérilise parfaitement à l'autoclave avec le reste de l'instrumentation.

L'appareil s'utilisera dans les cas de recherches difficiles. En effet, il arrive qu'en cours d'intervention, les rapports entre les repères préalablement marqués sur la peau et le corps étranger se modifient considérablement, soit du fait de l'incision, soit parce qu'il a fallu déplacer d'instruments, et des confusions sont à craindre. De toute façon, il est impossible d'obtenir ainsi un renseignement chiffré en centimètres.

L'échelle de profondeur comble cette lacune. L'opérateur la dispose dans le fond de la plaie, bien horizontalement, son grand axe parallèle à celui de la table, au-dessus du gîte probable du projectile. Un premier coup d'écran permet de s'assurer de sa bonne disposition. Le corps étranger doit se projeter à l'intérieur de l'échelle ou dans son voisinage immédiat. S'il n'en était pas ainsi, il conviendrait de la déplacer dans le sens convenable. On note alors la position de l'image du projectile par rapport aux barreaux. Supposons qu'elle se projette en face de l'espace compris entre le troisième et le quatrième échelon à partir de la gauche, et plus précisément entre le troisième échelon et le petit repère. Nous retiendrons la notation trois et un quart, ou 3,25. Inclinons l'ampoule de l'angle de Patte, de telle façon que le rayon principal s'éloigne du bout de l'échelle choisi comme origine. Dans le cas particulier, puisque nous avons compté les échelons à partir de la gauche, nous incline-

rons l'ampoule vers la droite. Notons la nouvelle position de l'image du projectile par rapport à l'échelle. Nous trouvons par exemple : quatre et demi, c'est-à-dire 4,50. L'image du corps étranger s'est donc déplacée de 4,50 moins 3,25, c'est-à-dire 1,25. Cette valeur multipliée par deux, donne, en centimètres, la profondeur du corps étranger au-dessous du plan de l'échelle.

En effet, le rayon vertical, le rayon oblique émis sous l'angle de Patte, et l'échelle placée horizontalement, déterminent un triangle rectangle dont le côté vertical est le double du côté horizontal.

Il est à remarquer que la position de l'écran radioscopique n'est astreinte à aucune règle, et qu'elle peut être modifiée entre les deux lectures. Seule, la position de l'échelle est importante : il faut veiller à ce qu'elle soit bien horizontale et parallèle à l'axe de la table. Si ces conditions ne sont pas réalisées, un déplacement de une division ne correspond plus à une profondeur de deux centimètres. Pratiquement, l'échelle n'est jamais placée très loin du corps étranger et l'erreur absolue, qui peut résulter d'une légère inclinaison, n'est pas considérable.

éclairé en lumière blanche, l'opérateur dispose de deux données précises :

1° La trace de la projection verticale du corps étranger dans le plan de l'échelle. Cette trace est marquée avec une pince avant de retirer l'échelle.

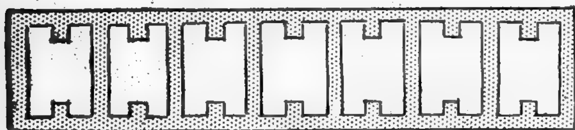
2° L'indication de profondeur du corps étranger au-dessous du repère précédent.

La recherche peut ainsi se poursuivre avec le maximum de précision.

L'avantage de ce procédé nous paraît résider dans ce fait qu'il n'exige aucune inscription, ni aucune mesure sur l'écran radioscopique. La position de ce dernier étant quelconque, il est possible d'utiliser une bonnette. Il ne demande aucun calcul compliqué. Enfin il est rapide. Les quelques minutes passées à sa mise en œuvre sont largement rattrapées grâce aux renseignements qui en découlent.

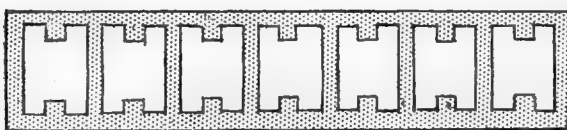
L'appareil est facile à fabriquer avec des moyens de fortune. Les petits repères latéraux ne sont pas indispensables. Les seuls échelons centimétriques donnent déjà un ordre de grandeur souvent très suffisant. C'est ainsi que dans





Première lecture : 3,25





Seconde lecture : 4,50

Une autre précaution est encore à observer : c'est de bien centrer le rayon principal, en direction verticale, puis en direction oblique, sur le corps étranger ; on le vise pour cela avec un pinceau très étroit de rayons. On immobilise l'ampoule et on n'ouvre le diaphragme plus largement, pour compter les barreaux, qu'après cette immobilisation. Il est à noter aussi qu'au cas où l'image du corps étranger se rapprocherait de l'extrêmité de l'échelle prise comme origine, cela indiquerait qu'on le cherche trop profondément et qu'il se trouve dans un plan situé au-dessus de celui de l'échelle. La distance entre ce plan et le corps étranger serait toujours égale à deux fois la valeur du déplacement.

Le champ opératoire étant alors à nouveau

une ambulance du front, les manipulateurs en ont réalisé sans difficulté deux exemplaires, taillés dans une lame de laiton de un millimètre d'épaisseur et de 1 centimètre et demi de large. Depuis, nous avons également fait établir une échelle simple, ayant un barreau tous les demi-centimètres. Dans ce cas, un déplacement d'un échelon correspond directement à une profondeur de 1 centimètre. Cette échelle est un peu plus minutieuse à réaliser ; en outre ses nombreuses divisions nous semblent plus difficiles à repérer sur l'écran radioscopique.

Il reste maintenant à souhaiter que l'état de guerre entre les divers Etats prenne fin rapidement et que ce petit appareil ne soit utilisé que très occasionnellement, en pratique civile.

L'INSTRUMENTATION DE BADAL MODERNISÉE

Par le Docteur Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

Le Professeur Badal a doté l'Ophtalmologie de toute une série d'instruments dont la simplicité de construction et de maniement n'exclut pas la précision mathématique des renseignements qu'ils fournissent.

Cette instrumentation de conception géniale est,aujourd'hui, un peu trop tombée dans l'oubli ; elle figure encore, il est vrai, dans les traités de physique comme exemple typique des applications des données optiques, mais le praticien méconnaît le profit qu'il pourrait en tirer dans ses mensurations et observations cliniques.

A vrai dire, cela tient non à l'imperfection de la méthode, qui demeure excellente par la précision mathématique qui en constitue le principe, mais plutôt à ce fait que les instruments du Professeur Badal, imaginés et construits en 1878-1882, sont demeurés ce qu'ils étaient à cette époque sans avoir subi aucun des perfectionnements de l'outillage moderne.

Nous nous sommes attaché à perfectionner, à moderniser cette instrumentation, de rigueur théorique indiscutable, afin de la rendre d'utilisation pratique.

Notre vénéré maître a connu nos premiers essais. Il les a aidés, encouragés jusqu'aux dernières années de sa vie. Nous entendons rendre à sa mémoire, un pieux hommage de reconnaissance.

***

L'OPTOMÈTRE DE BADAL

L'optomètre métrique international de Badal a été présenté sous ce nom le 16 février 1876 à la Société de Chirurgie de Paris, par Giraud-Teulon, qui l'apprécia en ces termes :

« Cet appareil réalise, sur tous ceux du même « ordre, un progrès tel que l'on peut considérer « comme résolue par lui la question de l'opto- « métrie ».

Dans cette communication, Badal avait établi deux propositions d'optique physique :

1° Une lentille étant séparée du centre de réfraction (point nodal) de l'œil par une distance égale à sa puissance focale, un objet, quelle que soit sa position, est vu à travers cette lentille sous un angle visuel invariable, le même que si cet objet occupait la place de la lentille ;

2° A des déplacements égaux de l'objet, correspondent des variations égales dans la réfraction de l'œil examiné.

Ces deux mémorables propositions constituent le principe de Badal.

Sur elles, il basa la construction de son optomètre...

Cet instrument se compose d'un tube cylindrique en cuivre de 30 centimètres de longueur, contenant à une distance de l'œilleton égale à sa distance focale, une lentille convergente de 63 millimètres de foyer. En arrière de cette lentille, se meut une plaque de verre dépoli portant, à gauche, une réduction photographique d'une échelle de Snellen ; à droite, des figures de cartes à jouer pour les illettrés, vues par transparence. Selon sa position, les rayons lumineux réfractés, en arrivant à l'œil, présentent tous les degrés de convergence ou de divergence qui correspondent aux différents états de réfraction statique ou dynamique, dont la valeur est indiquée par la simple lecture d'une graduation de l'instrument.

La pratique de l'instrument, des plus simples et à la portée de tous, permet avec rapidité et précision mathématique d'obtenir, en une seule épreuve :

1° L'acuité visuelle ;
2° La réfraction ;
3° L'accommodation.

C'est là ce qui fait de l'optomètre de Badal, sa grande supériorité sur les appareils similaires, et il demeure, par la valeur indiscutable des mensurations qu'il fournit, un instrument de choix.

Dans le récent *Traité d'ophtalmologie*, parlant de l'optomètre de Badal, Emile Haas a pu reconnaître que « son mécanisme si simple et si « élégant mérite de ne pas tomber dans l'ou- « bli... ».

Pourquoi donc, alors, est-il trop souvent, en clinique, — là où il pourrait rendre de si grands services — d'utilisation si rare ?

L'optomètre, tel que le conçut Badal à une époque où il ne disposait pas d'autres moyens, utilisait, pour l'éclairement de l'échelle typographique d'acuité, la lumière naturelle du jour. Suivant le mode d'emploi qu'il a indiqué, l'instrument était placé sur une table, près d'une fenêtre bien éclairée, afin d'obtenir par transparence la visibilité de l'échelle. Est-il besoin de faire ressortir la défectuosité d'un pareil mode d'éclairage ? Il était variable suivant l'état de luminosité du ciel et, par temps obscur, rendait impossible toute visibilité et lisibilité des caractères.

« Avant de rechercher dans de telles épreuves, « la base d'un système de comparaison, dit « Giraud-Teulon, la première condition à rem- « plir eût été de se procurer préalablement une « source lumineuse constante ».

Au moment où Giraud-Teulon opposait ainsi à l'imprécision des épreuves l'inconstance des sources lumineuses, il proclamait aussi son impuissance à y remédier car, ajoutait-il :

« ni l'industrie, ni la science appliquée ne sont « encore en mesure de réaliser pratiquement « cette unité ».

Cela était vrai alors, mais ne l'est plus de nos jours.

Dans un de ses derniers écrits (1920), le Professeur Badal le reconnaît en ce style juvénile qui fut jusqu'à la fin de ses jours sa caractéristique :

« Le temps a marché, les progrès de la science, « un développement prodigieux de l'industrie « ont soulevé une infinité de problèmes nou- « veaux ».

Comme tout autre, son optomètre construit en 1876 devait en bénéficier.

Plusieurs tentatives furent faites pour remédier à l'insuffisance d'éclairage de l'échelle.

Sous (1), dans ses recherches de photométrie, avait placé devant l'optomètre de Badal, une forte lampe à pétrole. C'était avant l'éclairage électrique, et c'était peu. Charpentier (2) également dans des recherches de même ordre, associa son photomètre différentiel à l'optomètre de Badal. Aubaret (3), chef de clinique de Badal en 1901, essaya de munir l'optomètre d'une petite lampe à incandescence de 8 volts, alimentée par accumulateurs. Quelques années plus tard, Camille Fromaget et Bichelonne (4) suggérèrent « qu'une petite lampe électrique serait très avantageusement adaptée à l'instrument. »

Dans une communication précédente (1er février 1929) nous avons présenté, sous le nom d'*optophotomètre*, une modification de l'*optomètre de Badal*.

La partie supérieure de l'appareil est enfermée dans un manchon métallique. Dans cette sorte de boîte est placée, devant l'objectif, une puissante lampe Philix qui éclaire aussi avec intensité l'échelle typographique. A l'aide d'un rhéostat nous pouvons diminuer et augmenter progressivement l'intensité de l'éclairage et un voltmètre échelonné nous indique en lux le degré de l'éclairement. Enfin, une manette permet de faire passer successivement entre la source lumineuse et l'échelle d'acuité une série d'écrans colorés dont le monochromatisme est assuré par analyse spectroscopique.

Par cette dernière disposition peuvent être pratiqués, sous un éclairement connu, les examens optométriques en lumière colorée.

Le Professeur Badal a connu et approuvé les modifications apportées à son optomètre métrique international.

***

Le périmètre portatif de Badal

S'inspirant d'un instrument, le *diopsimètre de Robert Houdin*, lequel ne fut pas seulement un étonnant prestidigitateur, mais encore un ingénieux oculiste, Badal a imaginé un *périmètre portatif* qu'il présenta à la Société de chirurgie de Paris le 11 avril 1875.

Le périmètre portatif de Badal se compose d'un quart de cercle de 15 centimètres de rayon, d'un centimètre de largeur et d'un millimètre d'épaisseur, placé de champ à l'extrémité postérieure d'un tube de cuivre de 12 millimètres de diamètre de l'arc principal pour pousser au besoin la mesure du champ visuel jusqu'à 105°.

En arrière du quart de cercle, et perpendiculairement au tube, se trouve un disque mobile de 7 centimètres de diamètre, sur lequel est tracée la direction des méridiens de 15 en 15°. Un fil à plomb assez lourd maintient ce disque en place pendant le mouvement de rotation de l'appareil, de telle sorte que le point zéro corresponde toujours à la partie supérieure du méridien vertical.

Au-delà du disque, est un tube de 2 1/2 centimètres de diamètre et de 14 centimètres de longueur, destiné à saisir l'instrument.

L'examen se pratique de la façon suivante : le malade assis près d'une fenêtre, la tête droite et bien de face, saisit l'instrument en arrière du disque mobile, assez loin pour que la main ou la manche de l'habit ne puisse en rien gêner la mobilité de ce disque. L'extrémité évasée du tube est appliquée contre l'œil à examiner, l'autre œil restant fermé. L'extrémité antérieure de ce tube évasée en cupule, s'applique contre les paupières, de telle sorte que le tube ayant 14 centimètres de longueur, la distance du centre de rotation du globe en un point quelconque de l'arc de cercle est exactement de 15 centimètres.

La partie du tube qui regarde le quart de cercle présente une fente de 3 millimètres, assez

(1) Sous. Traité d'optique considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil, p. 51.

(2) Charpentier. Expériences relatives à l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle. (*Arch. d'Opht.*, 1883, p. 37.)

(3) Aubaret. De l'emploi de la lumière électrique en ophtalmologie. (*Gaz. Hebd. Sc. Méd. de Bx*, 10 mai 1901.)

(4) Camille Fromaget et Bichelonne. Précis théorique et pratique de l'examen fonctionnel de l'œil, 1911, p. 181.

large pour que la vision périphérique puisse s'exercer librement dans cette direction, assez étroite pour s'opposer à la vision des objets voisins pouvant tromper l'attention du malade.

Le quart de cercle est gradué de 5 en 5°, jusqu'à 90°. Sur lui glisse à frottement doux un cube d'ivoire, dont quatre côtés de couleur blanche et rouge, verte ou violette, peuvent successivement être présentés au regard, si l'on désire mesurer l'étendue du champ visuel propre à chacune des couleurs fondamentales. Le cube d'ivoire est porté sur un arc de cercle de 15°, qu'il suffit de retourner à l'extrémité.

L'examinateur se place derrière le malade et appuyant l'extrémité de l'indicateur sur la tige du curseur, pousse lentement ce dernier d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'il soit averti par le patient du moment où le cube d'ivoire apparaît dans le champ de la vision. Lisant les chiffres inscrits sur le quart de cercle, à ce niveau, et sur le disque mobile au point correspondant, on a le méridien sur lequel a eu lieu l'examen et l'étendue de la vision périphérique dans ce méridien. En continuant à pousser l'objet d'épreuve, on constate la présence des lacunes (scotomes) du champ visuel, s'il en existe, et on mesure leur étendue.

La même épreuve répétée de 15 en 15°, plus souvent même, donne la mesure complète du champ visuel.

Badal a donné à son instrument le nom de périmètre *portatif*. Ce titre indique son premier avantage : par le fait qu'il est léger, *portatif*, il facilite l'examen à la chambre ou au lit du malade.

La principale supériorité que présente le périmètre de Badal sur les autres instruments de même ordre est la faculté que procure la *fente* du tube de maintenir la fixité du regard et l'obligation de voir constamment le point de mire au bout du tube. La tendance à s'écarter de la ligne de visée est ainsi prévenue à l'avance.

Au moment où, en 1875, Badal construisait son périmètre, on ne tenait pas compte de la nature du test, de ses dimensions, de son éclairement. La périmétrie est devenue la photopérimétrie, et la périmétrie des couleurs, la chromopérioptométrie. Il fallait donc donner au test, une disposition correspondante aux exigences de l'observation clinique actuelle.

Dans ce but, nous avons remplacé le cube d'ivoire qui, dans le périmètre de Badal, constituait le test, par un curseur métallique avec diaphragme dont les dimensions d'ouverture peuvent être modifiées et présenter les principales couleurs blanc, rouge, vert. Une lampe de 4 volts en assure l'éclairement.

Les mensurations peuvent être ainsi faites, soit à la lumière du jour, soit à la lumière artificielle, par transparence sous un éclairement connu.

***

L'Échiquier de Badal

pour l'examen de la Vision des couleurs

Sous le nom d'*échiquier pour l'examen de la vision des couleurs*, le Professeur Badal a présenté à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, le 6 juillet 1880, un instrument destiné à faciliter en clinique le dépistage des anomalies du sens chromatique.

Cet appareil se compose d'une planchette percée d'un certain nombre d'ouvertures circulaires de deux centimètres et demi environ de diamètre, dans lesquelles se placent de petits cylindres de buis qui débordent la planchette de un centimètre environ et peuvent être placés à volonté dans l'une ou l'autre des ouvertures. Ces cylindres présentent à leur face supérieure une dépression qui reçoit un disque d'étoffe ou de papier de couleur découpé à l'emporte-pièce. Les cylindres, et par conséquent les couleurs, sont au nombre de 20 ; les ouvertures pratiquées à la planchette sont au nombre de 21. La vingt-et-unième est une ouverture supplémentaire dont l'usage sera expliqué plus loin.

L'examen peut se pratiquer de plusieurs manières différentes :

1° Les cylindres étant placés dans n'importe quel ordre, l'examinateur désigne du doigt telle ou telle couleur que le sujet examiné doit nommer ;

2° L'examinateur prie le sujet de lui désigner les couleurs qu'il lui nomme ;

3° Tous les cylindres étant changés de place et par conséquent, toutes les couleurs étant brouillées, un cylindre quelconque est placé dans l'ouverture supplémentaire. Le sujet doit alors placer dans l'ouverture devenue vide, le cylindre portant la couleur indiquée par la petite rondelle qui surmonte cette ouverture.

L'*échiquier de Badal* permet d'obtenir avec rapidité, en clinique, des renseignements sur l'intégrité du sens chromatique. A ce point de vue, il est tout au moins égal, sinon supérieur, au procédé si couramment employé des *laines de Holmgren* ou des *planches de Daae*. Il permet surtout, et c'est là sa principale caractéristique, qui fait sa supériorité, de modifier — nous dirions aujourd'hui de brouiller — la disposition des cylindres tests de l'échiquier, et d'empêcher ainsi toute supercherie de la part de l'examiné.

Les critiques que l'on peut adresser à l'échiquier de Badal s'appliquent tout autant aux autres procédés le plus couramment employés — comme les laines de Holmgren, les planches de

Daae, même les tests actuellement en vogue de Itsihara, Schaaf et Blum. Aussi bien les uns que les autres, tous utilisent des couleurs pigmentaires, et le plus grand reproche qu'on puisse leur faire c'est de ne pas fournir des couleurs pures et de cacher sous une apparence trompeuse la réalité du chromatisme vrai que seul peut assurer l'analyse spectrale.

Nous inspirant des principes de l'échiquier de Badal, nous avons construit, avec la même disposition, un cadran photochromatique.

Il est constitué par une planchette percée de 21 trous disposés dans le même ordre que ceux de l'échiquier. Aux petits cylindres de buis avec tests en papier de couleur, nous avons substitué des *écrans transparents colorés* qui oblitèrent les orifices. Une manette permet d'obtenir en un instant, plusieurs combinaisons dans l'ordre des tests colorés, opérant ainsi un véritable brouillage.

Il en est de même pour le vingt-et-unième orifice latéral qui peut être successivement oblitéré par une série d'écrans colorés.

La planchette — *cadran photo-chromatique* — est placée sur une petite caisse dont elle constitue le couvercle. Dans l'intérieur de cette caisse se trouve une lampe électrique de 40 watts, qui éclaire les écrans colorés oblitérant les orifices et les rend lumineux.

Les écrans chromatiques que nous avons utilisés sont sélectionnés, c'est-à-dire qu'ils ne laissent filtrer chacun que des radiations de longueur d'onde déterminée, réalisant ainsi un véritable monochromatisme. Ces écrans échappent de la sorte aux reproches adressés aux autres tests en papier ou en étoffe de fournir des couleurs trompeuses.

Nous pouvons ainsi pratiquer toutes les épreuves de l'*échiquier de Badal*. Le cadran est éclairé et il est ainsi procédé aux différentes épreuves :

Première épreuve. — L'examinateur désigne du doigt telle ou telle couleur que le sujet examiné doit nommer. L'épreuve est renouvelée avec chacune des dispositions des tests.

Deuxième épreuve. — L'examinateur prie le sujet de lui désigner les couleurs qu'il lui nomme. L'épreuve est également renouvelée avec chacune des dispositions des tests.

Troisième épreuve. — Un test quelconque est introduit dans l'ouverture latérale. Le sujet doit alors placer successivement son doigt sur les couleurs correspondantes du cadran photochromatique.

VITAMINES POUR HÉPATO-BILIAIRES

Nous donnons ci-dessous, d'après le Professeur Parturier et M. Ed. Pozerski (*Journal des Sciences médicales de Lille*), la liste des aliments riches en vitamines classés d'après leur degré de convenance pour les hépatiques.

Aliments riches en	Recommandés à l'hépatobiliaire	Autorisés éventuellement	Généralement interdits
Vitamines A	*Beurre*	*Huîtres* *Foie*	*Crème-Jaune d'œuf* *Huile de foie de morue*
Vitamines B	*Germe de blé* *Levure de bière*	*Foie*	*Jaune d'œuf*
Vitamines C	*Orange* et, à moindre dose, *raisin* *Citron, légumes verts*	*Tomates*	*Choux*
Vitamines D	Faible dose dans *beurre et poudre de lait dégraissé*	Faible dose dans *Huîtres*	*Huile de foie de morue* et faible dose dans *jaune d'œuf*
Vitamines E	*Germe de blé* et à moindre dose dans *salade*	*Foie*, dose moyenne *Amandes* faible dose	
Vitamines P	*Levure*	*Foie*	*Jaune d'œuf*

P. L.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR



COMMENT TRAITER LA MALADIE HYPERTENSIVE DE A. DUMAS (1)

Les bases d'un traitement rationnel

L'individualité de la maladie hypertensive ne fait plus de doute actuellement. Cliniquement, elle se différencie nettement de l'hypertension purement symptomatique, comme de l'hypertension —syndrome, qui fait partie intégrante d'un ensemble symptomatique, mais sans toutefois en commander les autres symptômes.

Il s'agit ici d'une diathèse, qui, comme la plupart des maladies chroniques, intéresse l'organisme tout entier et prend rang dans le cadre des maladies de la nutrition.

Malheureusement, nous sommes encore incapables de reconnaître actuellement le trouble organique, qui préside à l'éclosion et à l'évolution de la maladie hypertensive. Nous en sommes si l'on veut, à son égard, au point où l'on était à l'égard du diabète avant la découverte de l'insuffisance pancréatique et du rôle des îlots de Langherans dans la production de l'insuline.

C'est une affection du système artériel et artériolaire tout entier, qui débute par un simple état d'hypertonie pour aboutir à la sclérose.

A remarquer que la sclérose artérielle n'est pas seulement limitée au rein, comme on pourrait le supposer *a priori*, mais qu'elle est généralisée aussi bien au niveau du cerveau que du cœur dans l'épaisseur du myocarde. Là où il est possible de l'observer directement, c'est au niveau de la rétine ; on peut y voir évoluer des processus vasculaires, tout à fait semblables à ceux que l'on retrouvera ailleurs.

Et puis, nous ne sommes pas du tout certains que cette affection, débutant par un état d'hypertonie pure et simple, trouve sa cause dans le système artériel lui-même. Il semble plutôt que cette cause dépende d'un trouble de l'appareil sympathique ou de l'appareil endocrinien, commandant l'état d'hypertonie.

L'hyperactivité des glandes surrénales et la formation exagérée de l'adrénaline hypertensive en est peut-être la cause pathogène, comme diverses expériences le laissent supposer ; mais, l'adrénaline n'étant pas pratiquement dosable à l'heure actuelle dans le sang circulant, la preuve matérielle ne peut en être donnée.

D'autre part, nous ne savons rien encore du mode d'action du sympathique, du splanchnique en particulier, sur les glandes vasculaires sanguines et sur les surrénales en particulier. Le sympathique ne serait pas indispensable à leur vitalité, ni à la modalité *courante* de leur fonctionnement.

Il existe cependant un dérèglement de l'appareil régulateur de la tension sanguine, ainsi que le prouve l'hypertonie observée à la phase du début, qui est indépendante de tout facteur de sclérose artérielle ou viscérale. Mais, jusqu'à présent, nous n'avons pu préciser quelle était la glande vasculaire sanguine, la première responsable de cette hypertonie artérielle. Nous ne savons pas davantage si c'est la glande elle-même ou le secteur du système sympathique préposé à son fonctionnement, en d'autres termes s'il s'agit d'un facteur chimique, hormonal ou d'un facteur purement nerveux. Mais, ce que nous savons bien, c'est que l'élévation tensionnelle de la maladie hypertensive est bien due à l'*hypertonicité des vaisseaux périphériques*, comme un examen du fond d'œil est capable de le préciser, mieux que tout autre procédé d'investigation, et qu'elle n'est imputable *ni à une néphrite, ni à une aortite, ni à une lésion cardiaque*, comme cela s'observe, non plus dans les cas de maladie hypertensive, mais dans ceux d'hypertension symptomatique relevant soit d'une aortite, soit d'une néphrite, soit d'une lésion cardiaque, autant de cas qui n'ont aucune parenté avec l'hypertension essentielle de la maladie hypertensive.

En résumé, on peut affirmer que la maladie hypertensive est commandée par la souffrance d'un ou de plusieurs organes solidaires, mais qu'il est encore impossible de préciser . On sait que la surrénale d'une part, le rein de l'autre, y jouent certainement un rôle important ; que le sympathique, qui relie entre elles les glandes vasculaires sanguines et transmet leurs ordres à l'appareil vasculaire, y est intéressé au premier chef ; mais, quant aux relations entre elles des perturbations de ces différents appareils, on est encore bien loin de les connaître.



(1) La maladie hypertensive. (Masson, édit., Paris 1939). Voir aussi *Le Concours Médical* n° 5, du 2 février 1941.

LES ÉLÉMENTS DU TRAITEMENT

Le fait de concevoir l'hypertension artérielle, non plus comme un symptôme, mais comme une maladie de nature diathésique, règlera l'orientation thérapeutique.

Tout d'abord, il ne faudra pas chercher à traiter simplement et uniquement l'hypertension : saignées, diététique, purgation, médications dites hypotensives. Ces moyens, d'ailleurs inefficaces, pourraient parfois ne pas être sans inconvénients. On évitera de s'adresser uniquement à la néphrite, on permettra l'usage modéré de la viande au repas de midi. On restreindra, par contre, l'ingestion des liquides, du lait, les cures thermales non surveillées. Ici, le traitement anti-syphilitique n'a pas sa place, sauf chez les suspects d'infection syphilitique, chez lesquels on pourra ainsi enrayer heureusement l'évolution d'une syphilis cardio-vasculaire débutante.

A la phase solitaire du début, sans complications avérées ou menaçantes, sans cœur défaillant, on est autorisé à mettre en œuvre la plupart des traitements qui, à une période plus tardive, risqueraient d'être mal supportés. On a donc les mains libres pour agir sur l'hypertension, et uniquement sur l'hypertension : médications vaso-dilatatrices, diurétiques, ou destinées à réfréner l'hyperactivité sympathique et endocrinienne.

L'ignorance, où nous sommes de toute étiologie précise, nous prive de toute médication spécifique, telle l'insuline dans le diabète. Cependant l'utilisation des extraits pancréatiques et des extraits hépatiques est souvent favorable.

L'insuline donne des résultats heureux dans certains cas d'hypertension solitaire présentant, comme cela est assez fréquent, de l'hyperglycémie. Cependant, les extraits pancréatiques désinsulinés paraissent mieux adaptés et plus nettement spécifiques ; ils agissent, comme la plupart des hypotenseurs, par action vaso-dilatatrice sans effet dépressif sur la tonicité myocardique. En attendant mieux, cette médication reste la plus appropriée aux nécessités thérapeutiques, que pose la maladie hypertensive à sa thèse d'hypertension solitaire. Il en est de même des extraits hépatiques, dont on connaît les effets cardio-vasculaires.

D'autre part, la maladie hypertensive, étant une affection diathésique voisine du diabète, de la goutte, de l'arthritisme, on se trouvera bien de prescrire les alcalins, les cholagogues, les diurétiques, propres à activer les émonctoires. Mêmes mesures diététiques que pour les précédentes maladies.

Par les médications pathogéniques, on recherchera une action sur l'hypertonicité artérielle, soit directement par les vaso-dilatateurs, soit indirectement en agissant sur le sympathique et sur les glandes vasculaires, notamment sur les surrénales.

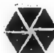
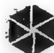
Ainsi, on recommandera : les iodures, et notamment l'iodure de sodium ; la nitrite de soude l'actétylcholine ; les bains carbo-gazeux et peut-être l'irradiation des surrénales.

En périodes troublées, le traitement ne devra plus s'adresser à l'hypertension elle-même, mais bien aux complications, auxquelles cette hypertension a donné lieu ; il variera suivant la nature de ces troubles : insuffisance cardiaque, phase de défervescence tensionnelle, accidents pulmonaires. Il ne faudra pas toujours chercher à abaisser une tension qui, d'elle-même tend à décliner ; mais, au contraire, on devra chercher à la rétablir.

Quant à une intervention chirurgicale, c'est au cours de l'hypertension maligne chez les sujets jeunes que celle-ci, si elle était reconnue efficace, aurait évidemment son maximum d'application. Dans certaines autres formes de la maladie hypertensive à évolution lente, qui épargnent plus ou moins complètement le rein, la splanchnectomie ou la surrénalectomie pourra soulager les malades de nombreux accidents vasculaires : céphalées, vertiges, crampes. La tension artérielle ne s'abaisse, en général, que passagèrement. Avant d'intervenir, il sera bon de pratiquer une infiltration novocaïnique dans la région des splanchniques, et d'en observer les résultats ; on n'opèrera qu'à la condition d'obtenir ainsi une amélioration.

Si l'on doit remarquer tout d'abord que les intervention chirurgicales ne sont pas encore en état de remédier à l'évolution d'une maladie à allure générale, il est bien certain qu'il ne suffit pas, comme par la section des splanchniques, de paralyser l'activité d'une glande. Les nerfs de la vie végétative ne sont pas comparables à ceux de la vie de relation, dont la section provoque la paralysie du département musculaire énervé. C'est pourquoi la surrénalectomie paraît être l'intervention la plus justifiée.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle

Au cours de cette mise au point, le Professeur LOEPER envisage principalement l'action de l'hyposulfite de soude. Comme l'hypertension artérielle représente une réaction parfois utile, même indispensable, mais qui peut être dangereuse, due à des causes dont l'organisme, sans elle, est incapable de triompher, — elle doit être traitée dans sa cause, autant et plus que dans ses effets. On retrouve le plus souvent, à son origine, une atteinte rénale, glandulaire, nerveuse. Mais, quelle que soit son origine apparente, la cause dernière de l'hypertension réside en la présence dans les humeurs de substances chimiques ou de substances toxiques, les « hypertensines », qui sont presque toutes des phénylamines, et son traitement doit, en dernier ressort, viser la neutralisation de ces substances.

Rien de particulier à signaler sur le traitement d'urgence, à condition d'activer le fonctionnement rénal, — ni sur le traitement préventif où entrent en jeu les médicaments du muscle artériel (nitrites, trinitrine, histamine, teinture d'ail) et les médicaments de son système nerveux (acétylcholine par voie sous-cutanée à la dose quotidienne de 10 à 20 centigr., parfois associée à l'yohimbine).

Plus important est le traitement de fond. On abaissera la tension superficielle du sang par l'octonal, alcool en C8, dont on injectera dans la veine 5 à 10 cent. cubes . Mais, c'est surtout sur l'artère, que devra porter l'effort, par l'iode et le soufre. L'iode est le médicament classique de la sclérose vasculaire ; mais c'est le soufre, qui est le véritable médicament de fond de l'hypertension artérielle permanente, sous la forme à préférer d'hyposulfite de soude, à la dose quotidienne de 2 à 3 grammes, par voie veineuse si possible. Ce n'est pas que le soufre soit, par lui-même, un hypotenseur ; il n'amène l'abaissement de la tension artérielle qu'à la longue.

La tyramine semble bien être, sinon l'unique, du moins l'une des plus importantes hypertensines. Elle existe chez les hypertendus rouges comme chez les pâles ; mais ceux-là, et non ceux-ci, y réagissent par une riposte vaso-dilatatrice, car la tyramine est vaso-constrictive périphérique. La tyramine, de 1 à 3 milligr. p. 1.000 chez les sujets normaux, s'élève à 10, 12 et 17 milligr. dans les néphrites et l'imperméabilité rénale de l'homme. Elle est produite par le rein lui-même ; elle provient aussi de l'intestin par apport alimentaire.

Puisque la tyraminémie joue un rôle dans l'hypertension, la thérapeutique doit consister d'abord à l'éliminer par les cholérétiques et les diurétiques, à prévenir sa formation par les alcalins, et surtout à la neutraliser par sa conjugaison avec le soufre. Ce corps exerce dans le milieu sanguin un véritable blocage des phénylamines hypertensives. Ce blocage a lieu également dans la paroi artérielle, qui est l'un des tissus de l'organisme les plus riches en soufre.

L'hyposulfite de soude est le produit soufré le plus simple à administrer : on le donnera par la bouche en capsules glutinisées à la dose de 3 à 4 grammes par jour, ou même en injections intraveineuses de 1 à 2 grammes par jour. Les résultats obtenus, non en un jour, mais en un mois, sont souvent remarquables et durables ; ils sont dus à la surthionisation de l'organisme, à la décharge de substances toxiques provoquées dans le foie, à la surthionisation aussi des vaisseaux, à l'amortissement exercé sur l'action de la tyramine, au blocage de cette tyramine dans la paroi vasculaire même. (*Paris Médical*, 30 novembre 1940.)

Influence des injections de folliculine sur la glycémie des femmes diabétiques ayant dépassé la ménopause

On savait déjà qu'après ablation des ovaires la production d'hormone gonadotrope par le lobe antérieur de l'hypophyse augmentait, tandis que l'injection de grandes quantités de folliculine empêchait cette augmentation. Il semble cependant que l'inhibition de l'activité du lobe antérieur de l'hypophyse par la folliculine puisse s'étendre à d'autres hormones qu'à l'hormone gonadotrope. Or, l'hyperglycémie fait souvent partie du tableau clinique de syndromes, dûs à un hyperfonctionnement hypophysaire. A cet égard, l'effet d'injections de folliculine dans les états diabétiques a été étudié au cours d'expériences sur les animaux ainsi qu'en clinique humaine.

G. GESSLER rapporte à ce sujet les résultats de ses travaux personnels.

De fortes doses de folliculine (benzoate d'œstradiol) ont été injectées à quatre femmes diabétiques, ayant dépassé la ménopause. Dans deux cas, où le diabète datait de la ménopause, les injections de folliculine ont provoqué une diminution de la glycémie à jeun ; cet abaissement n'a persisté que quelques jours après la dernière injection. Dans deux autres cas, où le début du diabète et la ménopause n'étaient pas simultanés, une pareille constatation n'a pas été observée. (*La Presse Médicale*, 5 oct. 1940).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Accidents de choc mortels après vaccination anti-typho-paratyphique

(M. P. HARVIER ; 22-10-1940)

De graves accidents de choc, entraînant la mort en quelques heures, peuvent suivre la vaccination antitypho-paratyphique. M. Harvier en rapporte deux cas. Ils concernent des hommes de 34 et 30 ans qui, à la suite d'une vaccination au T A B, faite dans des conditions entièrement normales, furent pris d'accidents de choc caractérisés par un collapsus à développement brutal, grave d'emblée (perte de connaissance, pâleur, pouls filant), rebelle aux analeptiques vasculaires, en particulier à l'adrénaline (injection intra-cardiaque d'adrénaline). Ils moururent l'un et l'autre, de huit à dix heures après l'injection vaccinale.

Ces manifestations de choc grave, rapidement mortel, qui rappellent celles du choc peptonique expérimental, se différencient par leurs caractères de tous les autres accidents post-vaccinaux, bénins pour la plupart ou qui, s'ils affectent une certaine gravité, n'entraînent jamais la mort aussi rapidement.

Le déterminisme de ces accidents ne paraît pouvoir être rattaché ni à une faute de technique, ni à une dose excessive de vaccin, ni à la concentration, ni à la toxicité propre du vaccin. Ils sont possibles même après une primo-vaccination. L'âge a été incriminé comme cause favorisante mais il ne semble pas que les sujets jeunes soient à l'abri de tels accidents. Dans quelques cas, une tare viscérale a été reconnue à l'autopsie. Chez les deux malades de M. Harvier, l'autopsie a montré l'existence d'une hypertrophie persistante du thymus.

Quoiqu'il en soit, certains sujets peuvent ainsi mourir, en quelques heures, et d'une façon imprévisible, de choc grave consécutif à une injection de vaccin antitypho-paratyphique. L'auteur n'a observé ces chocs mortels que deux fois sur un total de plus de 150.000 vaccinations ; c'est dire qu'ils sont extrêmement rares. Malgré leur gravité, ils ne diminuent en rien la valeur de cette admirable méthode de prophylaxie des infections typhoïdiques qui, depuis plus de vingt ans, a fait ses preuves.

Action des nitrites sur les cardiospasmes du mégaœsophage

(MM. R. LEDOUX-LEBARD et NEMOURS AUGUSTE ; 5-11-1940)

Dans le méga-œsophage, existe constamment, plus ou moins accusé et plus ou moins persistant, un spasme de la portion terminale de l'œsophage ou du cardia, spasme qui, pour le moins, cause une partie de la symptomatologie dont se plaint le malade. Ce spasme, d'autre part, occasionne une gêne sérieuse à l'examen radiologique dans cette affection.

Les antispasmodiques et la belladone en particulier n'apportent pas toujours le soulagement souhaité. La morphine et la papavérine n'ont pas donné non plus de résultats bien satisfaisants. S'appuyant sur les études de Holmes, Dresser, Ritvo et Mac Donald concernant les effets des nitrites dans le cardiospasme, MM. Ledoux-Lebard et Nemours Auguste ont eu recours au nitrite d'amyle. Ayant fait respirer le contenu d'une ampoule de ce médicament à un malade atteint de méga-œsophage et cardio-spasme, ils ont vu sous l'écran, le cardiospasme céder en quelques secondes et la bouillie opaque passer rapidement dans l'estomac.

Quoique le resultat ne soit malheureusement pas durable, il offre néanmoins un gros intérêt au point de vue de l'examen radiologique. MM. Ledoux-Lebard et Nemours-Auguste se proposent dans le même but d'expérimenter prochainement la nitroglycérine.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Emploi d'un sulfamide comme antiseptique local dans les traumatismes ouverts

(M. E. MARTIN (de Casablanca). — Rapport de M. SORREL ; 23-10-1940)

M. Martin communique quatre observations de traumatismes ouverts traités par applications locales (trois cas) et par injection intra-artérielle (un cas) de soludagénan. Elles concernent des blessures récentes et des blessures anciennes et déjà sévèrement infectées. Les lésions ont évolué très favorablement.

— M. LENORMANT demande que la question du traitement des plaies récentes et anciennes par les sulfamides soit mise en discussion à l'Académie de chirurgie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur l'origine pancréatique de certains ictères prolongés avec hépatomégalie chez les enfants

MM. J. CATHALA, M. BOLGERT et R. WALTHER. (20-9-1940)

Cette observation paraît établir l'existence d'un type spécial d'ictère prolongé, indépendant de toute hépatite primitive, et d'origine pancréatique.

Il s'agit d'un ictère par rétention du type cholostatique. Il a les caractères positifs habituels de celui-ci : ictère intense prolongé, de teinte jaune vert, avec forte décoloration des matières, prurit, hépatomégalie, rétention pigmentaire et saline, variations spontanées et surtout provoquées par le tubage duodénal, et ce caractère négatif fondamental : réponse normale aux épreuves d'exploration fonctionnelle de la cellule hépatique. Les épreuves fonctionnelles pancréatiques sont par contre nettement déficitaires. La maladie primitive est donc au pancréas. Ceci est un accord avec l'intensité du syndrome abdominal préictérique : intolérance gastrique, douleurs sus et préombilicales, et avec l'importance de l'amaigrissement rapide et précoce.

Etude d'un cas d'avitaminose nicotinique

MM. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON, INBONA et COURCHET (4-10-1940)

Il s'agit d'un cas hospitalisé avec le diagnostic de stomatite aphteuse. Celle-ci comprenait une glossite (langue rouge et sèche) et surtout des ulcérations aphtoïdes, qui se distinguaient des aphtes vrais par leur fond grisâtre, leur multiplicité, leur ténacité, leur caractère récidivant depuis des mois. Depuis sept mois, la malade avait perdu 10 kilogrammes de poids. Mais, en outre, elle présentait un état d'hébetude très prononcé, confinant à la stupeur, avec mélancolie.

La nicotinamidémie était abaissée à 6 milligr., 2 par litre, chiffre qui, sans être très bas, était néanmoins au-dessous du chiffre normal, et compris dans la zone d'alarme.

L'étiologie était caractéristique : pauvreté de l'alimentation en viande, lait, œufs.

L'action de l'amide et de l'acide nicotinique fut rapide : pendant deux jours, la malade reçut 0 gr. 60 d'acide nicotinique pris en injection ; à partir du troisième jour, ce fut 0 gr. 25 d'un mélange à parties égales d'amide et d'acide nicotinique donné par la bouche. En moins de trois jours, tous les symptômes mentaux avaient disparu. La stomatite aphtoïde guérit aussi vite et complètement ; il fut intéressant de voir ainsi céder l'infection fuso-spirillaire, sans aucun traitement local, sous l'influence de la seule thérapeutique du terrain carentiel.

Le démembrement clinique et pathogénique de la pellagre

MM. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et INBONA (4-10-1940)

Nous savons maintenant que la pellagre est une multicarence ; c'est une avitaminose complexe par défaut de plusieurs facteurs.

Les troubles cliniques, qui relèvent d'une carence nicotinique sont de beaucoup les plus importants, à telle enseigne que les vitamines nicotiniques ont été qualifiées de vitamines P.P. (Prévention de la Pellagre). C'est l'encéphalopathie par carence nicotinique, qui est presque entièrement responsable des accidents mortels. La polynévrite est une avitaminose B1 ; l'asthénie musculaire, la myopathie, une avitaminose B6.

Quant aux troubles cutanéo-muqueux, la glossite, la stomatite aphtoïde, la rectite, la vaginite, l'uréthrite, relèvent d'une avitaminose nicotinique ; les érythèmes et pigmentations cutanées, d'une avitaminose nicotinique également ; la chéilite, la perlèche, d'une avitaminose B2 ; les lésions cutanées accessoires, d'une avitaminose B2 ; l'hydroa vacciniforme d'une porphyrinurie, liée à l'avitaminose nicotinique, d'où sensibilisation par ces porphyrines à la lumière solaire.

Actuellement, en présence d'une pellagre, on ne doit plus se contenter d'une description clinique, mais s'attacher à faire le bilan des principales carences, pour les traiter chacune par la vitamine spécifique.

Le plus fréquemment, on fait le diagnostic de « neurasthénie », ou de « dyspepsie ». En fait, tout clinicien doit pouvoir rassembler les éléments d'un diagnostic positif, en se basant sur des éléments cliniques, étiologiques, biologiques et thérapeutiques.

Arguments cliniques. — L'association chez un même malade de symptômes digestifs et mentaux et plus encore la symbiose torpeur-stomatite aphtoïde doit faire évoquer systématiquement l'avitaminose nicotinique.

Arguments étiologiques. — Deux notions doivent orienter vers l'avitaminose nicotinique :

a) L'existence d'une carence alimentaire en viande, œufs ou lait depuis quelques semaines ou quelques mois ; *b)* la notion des facteurs prédisposants : avant tout l'alcoolisme, les infections chroniques, la grossesse, le travail au soleil.

Arguments biologiques. — Le principal est fourni par la constatation d'une hyponicotinamidémie. L'existence d'une porphyrinurie va ordinairement de pair avec une avitaminose nicotinique.

Enfin, l'épreuve du traitement constitue le fondement du diagnostic.

Extinction des réactions tuberculiniques après une primo-infection

M. Chevalley
(11-10-1940)

L'auteur communique une observation clinique, d'autant plus démonstrative qu'elle a été suivie de près en milieu familial. Il s'agit d'une primo-infection tuberculeuse occulte, puis du retour à l'état antérieur des réactions cutanées et intra-dermiques à la tuberculine au bout de cinq ans.

Douleurs tabétiques améliorées par les injections de vitamine B1

MM. H. Gougerot et Burnier
(18-10-1940)

L'amélioration obtenue chez trois malades montre que l'action de la vitamine B1 n'est pas une coïncidence. Ce semble le meilleur traitement actuel des douleurs fulgurantes du tabes. D'ailleurs, la pathogénie de ces douleurs n'en est pas modifiée ; elles sont le témoin de lésions scléreuses et parenchymateuses, les unes en activité syphilitique, les autres (les plus fréquentes) étant des reliquats cicatriciels. Il est difficile de voir dans les douleurs tabétiques, une avitaminose ; l'action de la vitamine B1 ne semble pas spécifique de telle ou telle maladie, puisqu'elle est efficace dans des névrites d'origine différente.

Méningocèle rachidienne à développement intrapleural

MM. P. Ameuille, Wilmoth et Kudelski
(4-10-1940)

C'était une malade, âgée de 48 ans, qui, depuis cinq ans, se plaignait constamment de petits malaises, céphalées, angoisses, défaillances, avec tant de monotonie et de ténacité, qu'elle était considérée comme une cénestopathe. Les hasards d'un examen radiographique approfondi firent découvrir à la base droite du thorax une opacité arrondie à contours bien délimités, d'environ 80 millimètres de diamètre, affleurant le diaphragme par en bas, le rebord costal latéralement, et tenant en dedans à l'ombre médiastinale. Un pneumothorax, établi dans un but de diagnostic, établit : l'indépendance de l'ombre circulaire et du poumon ; son adhérence au médiastin postérieur et particulièrement à la colonne vertébrale ; son caractère lobé.

Une intervention chirurgicale ultérieure prouve qu'il s'agissait bien d'une méningocèle (et non d'un kyste hydatique) ; celle-ci, à développement intrathoracique, avait pris naissance au niveau du canal rachidien aux dépens des méninges.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 29 novembre 1940

M. Roederer.— **Un cas probable de maladie de Paget mono-ostéitique. Fractures spontanées multiples. Dégénérescence sarcomateuse.**

La malade, actuellement âgée de 75 ans, a fait trois fractures spontanées de son humérus gauche, en différents points, depuis 25 ans.

L'aspect radiologique n'est pas nettement celui du Paget, en ce sens que les reconstructions sont moins importantes qu'il n'est coutume, mais l'allongement, la coudure, la morphologie générale sont bien d'un Paget et la dégénérescence sarcomateuse, à marche exceptionnellement rapide, qui vient de se produire, chez un vieillard, paraît signer le diagnostic d'un Paget mono-ostéitique du membre supérieur (ce qui est rare).

M. Le Gac. — **Double erreur de diagnostic, erreur de siège et erreur de nature, dans une tumeur du côlon.**

Il s'agit d'une malade qui présentait une tumeur, perceptible au toucher rectal, à 12 cent. de l'anus, tumeur donnant à la rectoscopie l'impression d'être un néoplasme. L'opération a montré que la tumeur, en apparence rectale, était une tumeur du côlon pelvien, servant de tête d'invagination. Quant à la nature histologique, il s'agissait d'une tuberculose.

A propos de cette observation, l'auteur a fait une étude de l'invagination causée par les tumeurs coliques et rappelle la rareté des tuberculoses isolées du côlon sigmoïde.

M. Le Gac.—**Torsion d'un kyste de l'ovaire chez une fillette.**

L'auteur publie l'observation d'une enfant de 11 ans qui présentait un kyste de l'ovaire — dermoïde — kyste tordu, dont la torsion ne s'est manifestée que par de vagues douleurs ; le seul signe était la présence du kyste, d'ailleurs volumineux (un petit melon).

L'examen de l'autre ovaire fait craindre qu'il ne soit porteur d'un kyste dermoïde encore peu développé.

A propos de cette observation, l'auteur étudie la symptomatologie habituelle de la torsion du kyste chez l'enfant, rarement discrète comme dans le cas présenté, plus souvent dramatique. La bilatéralité du kyste dermoïde n'est pas une exception, mais il faut être conservateur ; la présence d'un double kyste dermoïde n'est pas un obstacle à une bonne menstruation, à l'ovulation et à la grossesse.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ●

L'ORIENTATION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Par le Professeur P. Guillaume-Louis

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours

Le Professeur Vanverts (de Lille), avait, au début de l'année dernière, fort opportunément ouvert une enquête sur la Réforme des Etudes médicales. Il avait sollicité l'opinion de ses collègues professeurs, des doyens et des directeurs, et aussi sans doute des étudiants (car les usagers en pareille matière ont peut-être leur mot à dire). Les circonstances m'ont empêché de répondre à ce référendum. Je m'en excuse, mais je voudrais qu'il me fût encore permis de donner mon modeste avis sur ce que doit être l'*orientation des études médicales.* Il y a là un problème d'autant plus passionnant qu'il s'agit de l'avenir d'une profession qui joue dans l'ordre moral et social, un rôle de premier plan.

***

Et d'abord, on ne devrait pouvoir s'inscrire à une Faculté ou Ecole de médecine que muni du baccalauréat latin-grec philosophie, et du baccalauréat mathématiques. Ce serait une solide garantie de culture, qui déjà éliminerait bien des non valeurs, et cela seul dispenserait du concours d'entrée, réclamé par de nombreux médecins, mais qui est contraire à l'esprit même des règlements universitaires. En exigeant des titres liminaires plus sérieux, on ne laisserait aborder les études médicales qu'à ceux qui y ont été préparés par un solide enseignement. Et le P. C. B., qui serait véritablement appliqué aux sciences médicales, établirait lui aussi une utile barrière à l'entrée des facultés et écoles de médecine. Mais pour aujourd'hui, la question n'est pas là.

Vis-à-vis de l'étudiant en médecine, vis-à-vis du futur praticien, au sens noble de ce mot, le corps enseignant a une mission nette à remplir : l'instruire, l'avertir de ce que sera plus tard sa vie médicale pratique. Comment, dès lors, remplir cette mission ? Comment orienter les études médicales ?

***

A mon sens, l'enseignement de la médecine doit être *avant tout pratique.* La tendance actuelle est de vouloir faire des médecins de faux savants, capables de jongler avec les problèmes les plus complexes de la biologie ou de la physiologie. Tout au contraire, les Facultés et les Ecoles ont le devoir de donner aux étudiants une solide culture et de ne pas perdre de vue que le but à atteindre est de soigner et de guérir. Sans doute est-il intéressant de savoir la physique et la chimie. Sans doute faut-il, encore plus, savoir l'anatomie, l'histologie, la physiologie : c'est l'étude des pièces du moteur, et nous ne comprendrons les ratés que si nous sommes pénétrés de l'allure normale. Mais encore, ici même, ne faut-il pas exagérer. Combien de médecins, et non des moindres, — voire des professeurs — savent encore, je ne dis pas les quatorze branches de la maxillaire interne, mais simplement les ligaments du genou ? Combien de praticiens distingués seraient capables d'expliquer la physiologie du pancréas ? Certes, ils ont su tout cela et il est indispensable qu'ils l'aient su, non seulement par besoin d'une culture générale, mais aussi parce que les sciences biologiques ou morphologiques sont la base même de la médecine. Sans elles, nous ne serions que de mauvais empiriques. Ces acquisitions scientifiques ont servi aux médecins qui ont, par la suite, oublié. A l'occasion, ils pourraient se ressouvenir : c'est l'essentiel. Mais ce qu'ayant appris ils n'ont plus le droit d'oublier, c'est la pathologie, c'est la thérapeutique. Un médecin qui ne sait pas reconnaître une rupture de grossesse tubaire — ou diagnostiquer une appendicite au début, n'est pas seulement un

ignorant : c'est un être dangereux. Un médecin qui laisse passer sans la voir une fièvre typhoïde ou une scarlatine fruste est un être néfaste. Un médecin (et combien ai-je vu de cas semblables) qui ne sait pas reconnaître de volumineux abcès pottiques de la fosse iliaque, ou qui, les ayant reconnus, les ouvre au bistouri, est indigne de son diplôme et nuisible à son prochain.

Et pourtant, réfléchissons : nous les professeurs, nous qui sommes chargés de distribuer la manne bienfaisante, avons-nous tout fait pour empêcher ces catastrophes ? Non, car, avouons-le, nous sommes les victimes des programmes qui mettent toutes les disciplines sur le même plan. Qu'il s'agisse de physique, de chimie, d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de pathologie, ou de clinique, tout a une égale valeur et comporte les mêmes sanctions.

Que chaque matière comporte un examen, soit ! Mais combien devrait-on être plus sévère pour des examens de pathologie et de clinique ; je dirai d'ailleurs tout à l'heure comment.

Cet enseignement, que je voudrais pratique, comportera des interrogations fréquentes faites par le professeur ou ses assistants. L'étudiant sera initié à tout ce qui constituera plus tard sa vraie vie médicale. Mais ici surtout qu'on ne me prenne pas pour un iconoclaste et qu'on ne me fasse pas dire ce qui n'est pas dans mes intentions. Je ne nie pas du tout l'utilité des cours magistraux, qui ne sont pas seulement utiles, mais indispensables, à condition qu'ils ne répètent pas un livre, et qu'ils essaient d'expliquer et d'éclairer les grands problèmes obscurs dans les ouvrages didactiques. Combien ceux de ma génération parisienne ont-ils écouté avec enthousiasme la parole chaude et claire d'un Dieulafoy, d'un Poirier, d'un Tuffier. Combien se sont inscrits aux cours d'un Farabeuf, d'un Mathias-Duval. Et les maîtres actuels sont bien dignes de leurs prédécesseurs.

Oui, les cours théoriques sont utiles, mais ils ne valent qu'en fonction de la pratique, et la pratique ce sont les laboratoires de travaux. C'est surtout et avant tout l'*hôpital*. Je suis de ceux qui pensent fortement que c'est à l'hôpital qu'on apprend son métier. Rien ne peut être plus utile, ne peut être plus instructif qu'une matinée d'hôpital. Le cas clinique qu'on observe n'est jamais tout à fait celui qu'exposent les livres : en médecine, c'est la pratique et c'est l'observation qui comptent. Ce qui fait la valeur incontestable et incontestée de l'internat, ce n'est pas seulement la grande difficulté du concours d'admission ; celui-ci, en réalité, fait une sélection de candidats ayant plus ou moins de connaissances théoriques. Mais nommé interne, l'étudiant vit à l'hôpital, monte des gardes, prend des responsabilités et acquiert ainsi une compétence pratique qu'aucune autre école ne peut donner. Il ne peut pas s'agir de faire pour tous les étudiants ce qu'on réalise pour les internes. L'internat doit être réservé à une élite. Mais ceux-là mêmes qui ne sont pas ouvriers doivent être instruits des détails de l'ouvrage. Et pour cela, non seulement le stage hospitalier doit être *rigoureusement et réellement obligatoire avec contrôle des présences*, mais encore, en sixième année, l'étudiant devrait être associé aux gardes de l'hôpital : voilà le fait essentiel des études médicales.

Et ainsi, qu'on ne voie plus ces services hospitaliers où 150 étudiants se bousculent et se pressent autour d'un malade sans rien voir, ni rien entendre. Trente étudiants par service : voilà un maximum. Si les modestes écoles pêchent peut-être par le moindre brio de quelques enseignements théoriques, je suis convaincu, pour ne pas dire certain, que leurs étudiants sont bien plus avertis des faits de la clinique. Pourquoi ? Parce qu'ils ont plus de facilité pour examiner les malades : en chirurgie, ils prennent des observations qu'on discute au lit du malade ; ils font des pansements, ils mettent la main à la pâte. En médecine, ils palpent, percutent, auscultent, sans crainte de gêner ou de fatiguer les malades. Et si ces étudiants (je parle de ceux qui ne suivent pas la route des concours) ne deviennent pas des savants capables de discuter *de omni re scibili et quibusdam aliis*, ils font du moins d'honnêtes et distingués praticiens qui savent leur métier, guérissent souvent et n'aggravent jamais la maladie. C'est le postulat même de la raison médicale.

En résumé, il me semble que les études médicales devraient être résolument orientées vers le côté pratique. A ceux qui voudraient suivre la difficile voie des concours (externat, internat, agrégation, médicat ou chirurgicat des hôpitaux), d'autres moyens seraient laissés. Mais le but que doivent poursuivre les facultés et écoles est de donner à ceux qui se confient à elles la possibilité d'être plus tard des médecins avertis de tous les détails de la pratique médicale. Cet enseignement, c'est l'hôpital, ce sont les laboratoires qui le donneront, et c'est cette éducation même que je voudrais voir placer au premier rang. C'est cet enseignement pratique qui devrait être sanctionné par des examens sévères ou des interrogations éliminatoires, tout au long des années d'études. Les stages hospitaliers devraient être encore plus rigoureusement contrôlés et les notes insuffisantes obtenues à l'hôpital empêcheraient strictement la prise de l'inscription correspondante. Sans doute tout cela est-il inscrit au règlement, mais tout cela n'est jamais exactement appliqué. Il faut que l'étudiant sache que c'est à l'hôpital qu'il sera initié aux secrets de sa future profession, et que cet enseignement ne doit subir aucune défaillance. Il m'apparaît qu'ainsi les résultats obtenus seraient bien meilleurs.

LES MÉDECINS ET LE FISC

Une nouvelle réforme du Code des impôts sur le revenu

(*Loi du 13 janvier 1941*)

Cette réforme imminait depuis quelque temps. Nous savions qu'elle devait se produire, mais le mystère le plus grand régnait sur sa portée et il semblait qu'on prit plaisir à la faire attendre. La déclaration, elle, n'attend pas, et, pressé par le temps, nous avons dû faire paraître notre supplément fiscal avant de pouvoir y intégrer les nouvelles dispositions. Rendue publique le 7 février, la loi du 13 janvier a apporté des modifications nombreuses et importantes à l'ancien Code des impôts sur le revenu. Elle a, d'autre part, prorogé des mesures transitoires dont celles sur la patente touchent directement le médecin. Nous étudierons rapidement ces mesures et publierons les principaux textes que nos lecteurs pourront insérer à titre d'erratum dans notre supplément de janvier, afin de lui conserver son actualité. Ces textes sont, en effet, applicables à compter du 1er janvier 1941.

Mesures transitoires sur la patente

On sait qu'un art. 9 de la loi de finances du 31 décembre 1939 avait décidé que la patente serait due par quarts selon la durée d'ouverture de l'établissement, mais avait limité à l'exercice 1940 cette indispensable mesure d'assouplissement. Il est certain que l'exercice 1941 ne verra pas, pour beaucoup, le retour à un mode d'exercice normal et stable. Nous ne pouvons donc qu'applaudir à l'art. 10 de la loi du 31 janvier qui a étendu à 1941 le calcul trimestriel de la patente. Une précision est en outre apportée quant au mode d'application de l'article : la réduction d'un quart sera accordée pour chaque trimestre durant lequel l'établissement sera resté fermé. Il faut donc bien un minimum d'un trimestre de non exercice pour ouvrir droit au dégrèvement. Si, le trimestre suivant, l'exercice n'est repris qu'après un ou deux mois d'attente, le quart afférent à ce trimestre n'en sera pas moins dû en totalité.

Réforme du Code

1° CÉDULE DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES

a) *Bénéfice imposable.* — Une importante addition est faite aux éléments qui composaient autrefois les recettes professionnelles imposables. Contrairement à la jurisprudence bien établie du Conseil d'Etat et à la doctrine administrative elle-même, la loi du 13 janvier fait dorénavant entrer dans l'assiette de l'impôt « *toutes indemnités reçues en contre-partie de la cessation de l'exercice de la profession ou du transfert d'une clientèle* ». Cette innovation, faite certainement à l'imitation de la cédule des bénéfices commerciaux, apporte une notable entorse à la notion civile de revenu. Comme contre-partie, il faut naturellement en déduire que le prix d'achat d'une clientèle pourra figurer dans les dépenses déductibles. Il reste à apprécier s'il devra être amorti sur plusieurs exercices, et quelle sera la durée normale de cet amortissement.

b) *Contrôle des déclarations.* — Ce chapitre auquel nous aurions souhaité voir apporter d'importantes modifications n'a guère progressé dans le sens d'une bonne justice fiscale. La trop fameuse commission de taxation change de nom et s'intitule désormais *commission départementale.* Sa *composition* est, au reste différente, la présidence passe du président du tribunal au Directeur des Contributions directes. Une satisfaction partielle nous est donnée, les représentants des contribuables font désormais équilibre aux représentants de l'Administration : « la Commission comprend : ... *quatre titulaires ou quatre suppléants* (*au lieu d'un*) désignés par la chambre de discipline (*Conseil de l'Ordre*) ou organisations professionnelles les plus importantes groupant dans le département les contribuables passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales ».

Nous regrettons par contre qu'il ne soit toujours point fait officiellement mention de la préconciliation fiscale, rôle que l'Ordre eût pu remplir officiellement avec autorité. Enfin aucune règle de procédure, et notament de communication de pièces, n'est instituée pour permettre une garantie des droits de la défense et éviter les décisions prises d'avance sur dossier secret. Bien plus, nous assistons à un recul : il n'est *même plus spécifié que la décision de la commission doit être motivée.* Elle est notifiée au contribuable en même temps que la taxation retenue par le contrôleur, *qui peut être supérieure.* Dans ce cas, la preuve de l'excédent incombera à l'Administration devant les juridictions contentieuses. Mais si décision de la Commission et taxation du contrôleur coïncident, le contribuable ne pourra obtenir de réduction devant le Conseil de préfecture et le Conseil d'Etat qu'*en apportant la preuve que son bénéfice est inférieur à celui retenu.* Les errements et les abus anciens trouvent toutes les conditions réunies pour se perpétuer.

d) *Cessation de l'exercice de la profession.* — Innovation de la réforme actuelle, l'article 91 *bis*

du Code contient de bien curieuses et singulières dispositions. En cas de cessation de l'exercice de la profession, la déclaration annuelle doit être faite dans les dix jours de cette cessation et comprendra non seulement les recettes, mais encore les honoraires dus et non encore recouvrés. L'impôt est immédiatement exigible pour la totalité. S'il y a eu cession de clientèle à titre onéreux, le *successeur peut être rendu responsable* solidairement avec son prédécesseur *du paiement de l'impôt* afférent au bénéficede l'année en cours, ainsi que de l'année précédente s'ils n'ont pas encore été déclarés, ce jusqu'à concurrence du prix de cession et pendant un délai de trois mois. Ces dispositions sont applicables au cas de décès.

e) *Déclaration des honoraires, commissions, ristournes.*— L'ancien article 68-2°, qui prévoyait l'obligation pour les contribuables relevant de la cédule des professions libérales de déclarer toutes ristournes de ce genre lorsqu'elles dépassaient 1.000 francs par an pour un même bénéficiaire, a disparu du nouveau Code. Il faut donc en conclure que cette déclaration n'est plus nécessaire, et que le silence gardé par le contribuable ne saurait lui interdire de les déduire pour l'établissement de ses propres impositions.

2° CÉDULE DES TRAITEMENTS ET SALAIRES

a) *Bénéfice imposable.* — Il comprend désormais les avantages en nature accordés en sus du traitement, évalués d'après le barême des Assurances sociales pour ceux qui en dépendent et à leur montant réel pour les autres. Cette disposition peut créer toute une nouvelle couche de contribuables, parmi lesquels notamment les domestiques et gens de maison.

b) *Frais professionnels déductibles.* — Sous l'ancien régime, les *retenues* supportées et les *versements* effectués en vue de la constitution d'une *pension de retraite* étaient déductibles sous la condition que la pension soit à capital aliéné et dans la limite d'un montant annuel de 10.000 fr. Cette disposition est à la fois rétrécie et élargie. Rétrécie tout d'abord en ce que les retenues seules et non plus les versements viennent en diminution du traitement imposable. Elargie en second lieu, les limites quant au montant de la retenue ayant disparu.

D'autre part, l'*impôt cédulaire de l'année précédente* cesse de pouvoir être déduit en sus du forfait représentatif des frais professionnels. Ce *forfait* reste établi à 10 % ou au taux fixé par arrêtés ministériels pour certaines professions (internes des hôpitaux par exemple, taux de 30 %). Cette intégration de l'impôt dans le forfait constituerait un tour de vis fiscal supplémentaire si le contribuable ne continuait à pouvoir comme par le passé justifier du montant de ses *frais réels*. Toutefois, le mode spécial de perception de l'impôt oblige à effectuer cette déduction des frais réels sous forme de réclamation, ainsi que nous allons le voir ci-dessous.

d) *Mode de perception de l'impôt.* — Les nouvelles modalités de perception par voie de *retenue à la source*, instituées l'an dernier à l'occasion de la contribution nationale extraordinaire, ont été intégrées à titre permanent dans le Code. Le montant de la retenue est déterminé au moyen de barêmes qui ne peuvent tenir compte que des déductions forfaitaires pour frais. C'est pourquoi *la déduction des frais réels, en y comprenant notamment l'impôt cédulaire* de l'année précédente, et plus généralement toute *rectification* quant au montant de la base imposable ou du calcul de l'impôt doivent être effectuées par voie de *réclamation* au directeur des Contributions directes *dans les trois premiers mois de l'année.*

3° IMPOSITION DES CONTRIBUABLES CUMULANT TRAITEMENTS ET BÉNÉFICES PROFESSIONNELS

(*art.* 101)

On sait que l'ancien article 101 du Code des impôts sur le revenu établissait en cette matière un principe de justice fiscale fort approximative et discutable. L'accessoire entraînait le principal, ce qui revenait dans la majorité des cas à faire perdre aux médecins le bénéfice de la cédule avantageuse des traitements et salaires pour tous les traitements reçus par eux. De nombreuses et fort légitimes réclamations se sont élevées à l'encontre de cet article, qui viennent aujourd'hui de recevoir satisfaction.

Le nouvel article 101 revient en effet au principe primitif, et *chaque catégorie de revenus reste imposée au taux qui lui est propre.* Cette règle était d'ailleurs appliquée en fait depuis que l'impôt cédulaire était perçu par voie de retenue et indépendamment par conséquent des autres revenus du contribuable.

Mais chacune des deux cédules comporte un abattement à la base de 10.000 francs. Pour éviter que cet abattement ne soit effectué deux fois, il est stipulé que les bénéfices professionnels, dans la limite des dix premiers mille francs, sont rapportés à la somme devant servir au calcul de l'impôt sur les traitements et salaires.

Prenons un exemple pour nous éclairer : soit un médecin dont le bénéfice professionnel s'élève à 30.000, et le traitement à 10.000 francs. Imposé pour 30.000 à la cédule des professions non commerciales, il le sera pour 20.000 à la cédule des traitements et salaires.

Nous conclurons cette rapide revue en rappelant les réformes que nous avions esquissées dans un précédent article. La loi du 13 janvier contient encore en germe la plupart des abus de taxation que nous avons déjà dénoncés.

Jean MIGNON.

RÉFORMES OPÉRÉES PAR LA LOI DU 13 JANVIER 1941

Nouveau Code des impôts sur le revenu

(*à insérer dans le Supplément n° 6 sur les impôts du médecin*)

1° Impôts sur les bénéfices non commerciaux

Bénéfice imposable

Art. 79. — L'impôt est établi chaque année à raison du bénéfice net de l'année précédente.

Ce bénéfice est constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession. Il tient compte des gains ou des pertes provenant soit de la réalisation des éléments d'actif affectés à l'exercice de la profession, soit des cessions de charges ou d'offices. Il tient compte également de **toutes indemnités reçues en contre-partie de la cessation de l'exercice de la profession ou du transfert d'une clientèle.**

(*Supplément n°* 6, page 8 et 11).

Contrôle des déclarations. — Droit de communication

Art. 86. — Le contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés. S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours.

Si le désaccord persiste, il est soumis à l'appréciation de la **commission départementale des impôts directs** prévue à l'article 352 du présent code.

L'avis de la commission est notifié au contribuable par le contrôleur, qui l'informe en même temps du chiffre d'après lequel il se propose de le taxer.

Si cette taxation est conforme à l'appréciation de la commission, le contribuable ne peut obtenir de réduction par voie de réclamation devant la juridiction contentieuse **qu'en apportant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices.**

Dans le cas contraire, la charge de la preuve incombe à l'administration, en tant que le bénéfice retenu pour l'assiette de l'impôt excède l'appréciation de la commission.

(*Supplément*, n° 6, page 12).

Commission départementale des impôts directs

Art. 352. — 1. Il est institué au chef-lieu de chaque département une commission départementale des impôts directs dont la composition et le fonctionnement sont réglés par la disposition ci-après.

2. Cette commission comprend :

Le directeur des contributions directes et du cadastre ou son délégué, président.

Un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions directes, un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions indirectes, un inspecteur principal ou un inspecteur, ou un receveur-contrôleur de l'enregistrement désignés par leur chef de service.

Des membres titulaires et des membres suppléants représentant les contribuables justiciables de la commission, savoir :

. . . .

Quatre titulaires et quatre suppléants, désignés par les chambres de discipline ou organisations professionnelles les plus importantes groupant dans le département les contribuables passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Tous les membres ainsi désignés doivent être du sexe masculin, de nationalité française à titre originaire, être âgés de vingt-cinq ans au moins et jouir de leurs droits civils.

. . . .

Les membres désignés par les chambres de discipline ou par les organisations des professions non commerciales du département sont appelés à siéger à la commission lorsque le différend soumis à celle-ci concerne un redevable de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

. . . .

Un inspecteur des contributions directes remplit les fonctions de secrétaire et assiste aux séances avec voix consultative.

Dans le département de la Seine, le nombre des membres suppléants est doublé.

4. Les membres non fonctionnaires de la commission sont nommés pour un an et leur mandat est renouvelable. Ils sont soumis aux obligations du secret professionnel prévues à l'article 143 du présent code.

5. La commission se réunit sur la convocation du directeur des contribution directes.

En cas d'empêchement, le directeur délègue un agent supérieur des contributions directes pour présider la commission.

La commission délibère valablement à condition qu'il y ait au moins quatre membres présents, y compris le président. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Convoqués dix jours au moins avant la réunion les contribuables intéressés, ou le maire de la commune intéressée en matière d'évaluation des propriétés non bâties, sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites. Ils peuvent se faire assister par une personne de leur choix ou déléguer un mandataire dûment habilité.

(*Supplément*, n° 6 page 12).

Cessation de l'exercice de la profession

Art. 91 *bis*. — Dans le cas de cessation de l'exercice de la profession, l'impôt sur les bénéfices des

professions non commerciales dû en raison des bénéfices qui n'ont pas encore été taxés — y compris ceux qui proviennent de créances acquises et non encore recouvrées — est immédiatement établi.

Les contribuables sont tenus de faire parvenir au contrôleur, dans un délai de dix jours déterminé comme il est indiqué ci-après, la déclaration prévue à l'article 84.

Le délai de dix jours dont il est question commence à courir :

Lorsqu'il s'agit de la cessation de l'exercice d'une profession, autre que l'exploitation d'une charge ou d'un office, du jour où la cessation a été effective ;

....

Si les contribuables ne produisent pas la déclaration visée au deuxième alinéa du présent article, les bases d'imposition sont arrêtées d'office et il est fait application de la majoration de droits prévue à l'article 90.

En cas d'insuffisance d'au moins un dixième dans les bénéfices déclarés ou d'inexactitude constatée dans les documents et renseignements écrits fournis à l'appui de la déclaration, les contribuables sont passibles, suivant le cas, de l'une ou de l'autre des majorations prévues à l'article 91.

Les cotes établies dans les conditions prévues par le présent article sont immédiatement exigibles pour la totalité.

En cas de cession à titre onéreux le successeur du contribuable peut être rendu responsable solidairement avec son prédécesseur du payement des impôts afférents aux bénéfices réalisés par ce dernier pendant l'année de la cessation jusqu'au jour de celle-ci, ainsi qu'aux bénéfices de l'année précédente lorsque, la cessation étant intervenue pendant le délai normal de déclaration, ces bénéfices n'ont pas été déclarés avant la date de la cessation.

Toutefois, le successeur du contribuable n'est **responsable que jusqu'à concurrence du prix de cession** et il ne peut être mis en cause que pendant **un délai de trois mois** qui commence à courir du jour de la déclaration prévue par le deuxième alinéa du présent article, si elle est faite dans le délai imparti par ledit alinéa, ou du dernier jour de ce délai, à défaut de déclaration.

Les dispositions du présent article sont applicables dans le cas de décès du contribuable. Dans ce cas, les renseignements nécessaires pour l'établissement de l'impôt sont produits par les ayants droit du défunt dans les six mois de la date du décès.

(*Supplément* n° 6 page 14).

2° Traitements et salaires

Art. 64. — Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés :

1° Les retenues faites par l'employeur en vue de la constitution de pensions ou de retraites ;

2° La cotisation ouvrière aux Assurances sociales ;

3° Les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales.

La déduction à effectuer du chef des frais professionnels est forfaitairement fixée à 10 p. 100 du revenu brut, après défalcation des retenues visées aux paragraphes 1° et 2° ci-dessus, sans pouvoir excéder 20.000 fr. par an.

Toutefois, en ce qui concerne les catégories de professions qui comportent un pourcentage de frais notoirement supérieur à 10 p. 100, un arrêté ministériel fixe le taux de la déduction dont les contribuables appartenant à ces professions peuvent bénéficier en sus de la déduction forfaitaire visée à l'alinéa précédent.

Les intéressés sont également admis à justifier du montant de leurs frais réels sous forme de **réclamation adressée** au directeur départemental des contributions directes dans les **trois premiers mois de l'année** suivant celle au cours de laquelle ils ont supporté l'impôt.

Art. 67. — 1. L'impôt est perçu par voie de retenue opérée pour le compte du Trésor sur chaque payement effectué, lorsque l'employeur ou le débirentier est domicilié ou établi en France.

Les retenues portent sur le montant net des payements imposables, ce montant étant déterminé dans les conditions indiquées à l'article 64 ci-dessus.

Les retenues à effectuer sont fixées par des barèmes établis dans les conditions qui sont prévues par le décret visé à l'article 73 *ter* ci-après.

(*Supplément* n° 6, page 15).

3° Impositions des contribuables

disposant de revenus professionnels provenant de sources différentes

Art. 101. — 1.................................

2. Lorsqu'un contribuable dispose à la fois de bénéfices de professions non commerciales autres que les charges et offices et de revenus provenant, soit de traitements, salaires, pensions ou rentes viagères, soit d'une profession artisanale ou assimilée (art. 23 du présent code), chaque catégorie de revenus est **imposée d'après le taux qui lui est propre.**

Toutefois, la fraction des bénéfices de la cédule non commerciale qui est couverte par l'abattement y afférent est rapportée à la somme devant servir au calcul de la taxation cédulaire applicable aux revenus des deux autres catégories.

(*Supplément* n° 6, page 18).

4° Impôts des patentes

Loi du 13 *janvier* 1941

Art. 10. — **Pour l'année 1941**, la contribution des patentes continuera à n'être due que **par trimestre** dans les conditions prévues par l'article 9 de la loi du 31 décembre 1939.

Pour chaque trimestre durant lequel les établissements donnant lieu à l'application de cette contribution seront restés fermés, il sera accordé une **réduction d'un quart** sur le montant des cotisations afférentes à ces établissements.

(*Supplément* n° 6, page 8).

SUR LA QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES

Un de nos lecteurs nous adresse la lettre suivante :

En ma qualité de vieil abonné, je me permets de vous envoyer quelques réflexions sur des questions à l'ordre du jour :

1° Au sujet de la répartition des médecins, on se base toujours sur la quantité d'habitants, alors qu'il faut surtout tenir compte de leur qualité. J'ai cité autrefois dans le *Concours* de nombreux exemples, aujourd'hui je n'en donnerai qu'un, pour ne pas encombrer vos colonnes : Limoges, 90.000 habitants, 105 médecins ; Angers, 81.000 habitants, 115 médecins.

Cette différence s'explique très bien pour qui sait qu'à Limoges, il y a 35.000 mutualistes et que la capacité de paiement de l'Angevin n'est pas la même que celle du Limousin. Quant à l'agrément, il y a entre les deux villes une différence considérable.

Tous les médecins ne sont pas besogneux : les uns ont une certaine aisance, d'autres, une retraite, une pension et ils n'ont besoin que d'une demi clientèle, il sera donc tout naturel qu'ils s'installent dans des localités agréables à habiter.

En tenant compte de tous ces détails, je peux dire que, d'une façon générale, la répartition est bien faite ;

2° Qu'il y ait trop de médecins partout, c'est chose évidente et cela s'accentuera tant qu'il n'y aura pas un concours à l'entrée de la Faculté.

Il devrait, d'ailleurs, y avoir un concours à l'entrée de tout l'enseignement supérieur aussi bien pour la médecine, que pour le droit, les lettres, les sciences, etc.

Enseignement secondaire libre, puis concours entre les bacheliers pour passer à l'enseignement supérieur.

Le concours est essentiellement démocratique et peut seul constituer une élite ;

3° Le Docteur Massart revient dans un des derniers numéros sur le diplôme de chirurgien. Après quelles épreuves ce diplôme serait-il décerné ? Ce ne pourrait être que des épreuves théoriques, car je ne crois pas que des sujets bénévoles acceptent de se faire opérer par des candidats.

Or, nous connaissons tous des chirurgiens officiels qui ont beaucoup de titres théoriques : adjuvat, prosectorat, bureau central, agrégation, voire même professorat, qui sont membres de très nombreuses sociétés savantes et qui opèrent... disons médiocrement.

Tandis que nous connaissons tous aussi d'excellents chirurgiens qui ont été simplement internes d'hôpitaux de province.

Alors ? ?

Il ne faut pas croire qu'il suffit de mettre sur sa plaque et ses ordonnances : « Chirurgie générale » pour que les clients se précipitent. Ceux-ci sont presque toujours envoyés au chirurgien par leur médecin qui se garde bien d'être le correspondant d'un mauvais opérateur.

Le praticien de médecine générale sait très bien que les fautes chirurgicales lui seront en grande partie imputées à lui-même et, par conséquent, avant d'adresser un malade à un chirurgien, il s'assure toujours que ce dernier est vraiment capable.

J'ai connu, dans ma carrière déjà longue, des docteurs qui ont essayé de s'installer comme chirurgiens sans en être dignes ; ils ont tous été obligés de se retirer très rapidement.

Pour les ophtalmologistes et O. R. L., il existait un excellent système : leurs Syndicats n'acceptaient les postulants que sur l'attestation d'un patron certifiant que le candidat avait accompli un stage normal et qu'il était capable d'exercer la spécialité.

Les Syndicats n'étaient pas *obligatoires*, mais maintenant l'Ordre des médecins l'est, **obligatoire** ; il suffira donc que cet Ordre exige des spécialistes (chirurgiens compris), un certificat de capacité signé d'un patron autorisé.

Le diplôme de docteur resterait donc le même pour tous et des autorisations de spécialisation seraient accordées par l'Ordre. Il serait souhaitable que les spécialités ne soient pas trop nombreuses.

Quant à « redonner au médecin l'auréole qu'il a perdue... » comme le demande le Docteur Massart, c'est à nos Maîtres qu'il faut le demander.

Le poisson pourrit par la tête, dit un proverbe chinois. Autrement dit, c'est la tête qui donne l'exemple et j'ajouterai pour terminer : les Maîtres ont les élèves qu'ils méritent.

De cette lettre où éclate une longue connaissance de la profession, c'est surtout le paragraphe relatif à la façon dont pourraient être qualifiés les spécialistes que nous voulons retenir aujourd'hui.

Notre confrère attache une valeur primordiale à l'attestation délivrée au candidat par l'un de ses maîtres et ferait plus de fond sur celle-ci, issue d'une pratique attentivement surveillée, que sur une brillante série de concours.

A notre avis il a entièrement raison, et nous croyons fort, du reste, que notre ami Massart, dont l'article a servi de thème à cette lettre, ne se ferait pas prier pour souscrire à une telle proposition.

Un truisme usé jusqu'à la corde enseigne que ce n'est pas dans les livres mais au lit du malade qu'on apprend son métier de médecin. En va-t-il autrement pour le chirurgien ?

Or, dans la série de concours qui donne issue à un chirurgien titré, seul le concours du bureau central fait accéder le candidat à une salle d'hôpital. L'évaluation de sa valeur professionnelle se joue ainsi sur trois ou quatre malades examinés dans la fébrilité et dans des conditions où le bon sens le plus rassis peut fort bien être annihilé par l'ambiance. Evaluation du reste partielle et fort imparfaite puisqu'il s'agit uniquement de faire un diagnostic et non pas de prendre l'outil en main. Or *la main* du chirurgien a bien son importance puisque c'est d'elle, étymologiquement, qu'il tient son titre et que ce sera d'elle, pratiquement, qu'il tiendra sa notoriété. Certes la palme appartiendra à celui qui joint à la dextérité manuelle l'érudition. Mais un érudit sera toujours déclassé par la pratique s'il est médiocre opérateur, et un excellent opérateur triomphera facilement d'une érudition imparfaite, d'autant que, le plus souvent, sa valeur manuelle est faite d'observation et que bon observateur il sera bon clinicien.

C'est donc, pour reprendre les termes de notre lecteur, un « excellent système » que celui des syndicats qui exigeaient du postulant-spécialiste le *dignus intrare*, signé de l'un de ses maitres. Au terme d'une collaboration d'une ou plusieurs années celui-ci connaît son élève dans toutes ses caractéristiques : instruction générale et professionnelle, bon sens, caractère, moralité, adresse. Il a pu évaluer en celui-ci non seulement les qualités qui font un bon chirurgien mais aussi les vertus qui font un homme ; et si de tout temps l'on ne fut réellement *bon* en quoi que ce soit qu'à la condition d'être un homme, cela n'est-il pas plus vrai aujourd'hui que jamais, et plus digne surtout d'être affirmé. Cela, en outre, n'est-il pas éminemment vrai d'un chirurgien, le secoureur d'urgence, le preneur de décisions rapides et capitales. N'est-ce pas en lui qu'apparaît le plus impérieusement la nécessité qu'à la base du savoir existe un soubassement de vouloir, de réflexion et de conscience ? Quelles épreuves scolastiques pourront jamais déceler ces éléments là dans un être ?

Nous apercevons en outre dans ce système une occasion nouvelle et excellente de restaurer dans notre société le sens obnubilé des responsabilités. Obnubilé, il l'est peut-être moins chez les médecins qu'ailleurs ; il l'est néanmoins.

Ne nous étalons pas vaniteusement comme de petits saints parmi une société que nous décririons comme indigne de nous. Nous sommes ses fruits et ne valons pas tellement mieux qu'elle.

Chaque fois qu'un professeur soupire « Tel candidat était nul ; mais je l'ai reçu parce qu'il se présentait pour la quatrième ou cinquième fois » ; chaque fois qu'un praticien signe par pure complaisance un certificat abusif de lait, nous faisons bon marché de la responsabilité que nous engageons ainsi. Le pire est que souvent nous n'apercevons même pas en quoi nous l'engageons. Or le professeur donne quitus à un mauvais médecin de son instruction insuffisante et dispose à la légère de la santé des futurs clients de ce mauvais médecin ; or le praticien dispose à la légère du demi-litre de lait qui, aliment de plaisir ici, serait plus loin aliment de nécessité.

Pour en revenir à notre sujet, le « patron » qui signera de son nom une pièce certifiant que le Docteur X... est digne de faire de la chirurgie engagera sa responsabilité de façon grave. Si le Docteur X... se révèle, à la pratique, incapable, le Conseil départemental de l'Ordre saura à qui reprocher une coupable faiblesse. En cas de faute grave et d'action en justice, l'avocat de la partie adverse ne sera pas sans aller rechercher le nom du parrain et lui faire une semonce publique.

Le jour où cet usage serait devenu général, nul ne voudrait donner son investiture à un médiocre. Il devrait être entendu sans équivoque que cet acte solennel équivaudrait à proclamer : « Mon élève est bon chirurgien, je l'ai vu à l'œuvre et n'hésiterais pas, plus que de signer ce papier, à lui confier l'un des miens. »

Et là est la pierre de touche suprême du sens des responsabilités : ne rien faire à autrui de ce que l'on ne voudrait pas endurer soi-même, faire à autrui tout ce dont on souhaite bénéficier soi-même.

En cette simple formule ne pourrait-on pas résumer tout le Code de déontologie ?



A PROPOS D'UN NOUVEAU STATUT DE LA PROFESSION

Réflexions d'un jeune médecin

C'est avec plaisir que je vois mes confrères accepter la réforme médicale en cours avec une sagesse et une soumission que leur esprit un peu frondeur et ennemi des innovations aurait pu ne pas laisser espérer. Nous voici loin, fort heureusement, du temps où trop de médecins, l'oreille constamment au guet et l'épiderme sensible comme des fourrures félines, se hérissaient au moindre mot qui pouvait faire craindre que l'un ou l'autre complotait de près ou de loin contre la vénérable médecine libre. De tels signes sont encourageants et le gage, je l'espère, d'un esprit nouveau. Souhaitons que ce changement à vue relève plus de la foi révélée que d'un tour de justification.

Je sais bien qu'on me dira que la médecine libre n'a jamais été si vivante ; que c'est pour la sauvegarder et la fortifier que nos Maîtres agissent comme ils font ; que dans leurs textes officiels, leurs discours et leurs interviews ceux qui ont accepté la tâche de nous réformer ne manquent pas une occasion, quoique du bout des lèvres, de l'évoquer et de s'en faire les discrets porte-flambeaux. Mais, je n'en crois rien. Contre les mots, les faits parlent et annoncent une médecine surveillée et dirigée ; les lois multiplient les emplois de médecins-fonctionnaires et, pour qui ne se paye de mots, une vérité est acquise : la médecine libre est morte ; mettons qu'elle soit entrée en agonie. Et je défie qui que ce soit de jamais la ressusciter.

Le chef de l'Etat, s'adressant récemment à la jeunesse, l'a exhortée à l'esprit d'équipe, au travail en commun, et a expressément condamné l'individualisme, fondement essentiel de nos actuelles méthodes de travail. Ce n'est ici ni le lieu, ni actuellement le temps, de discuter ce que donnera à la civilisation (?) future cette formation des esprits : il faut nous y plier. Je pense même, qu'à condition d'intelligence et de bonne volonté, elle peut faire gagner au pratique ce qu'elle reprendra partiellement au pur spiritualisme.

N'ayant jamais caché ce que je pensais de la médecine dite libre, on ne sera pas surpris d'apprendre que je me range résolument parmi ceux qui se réjouissent de la fin d'un régime dont la subsistance ne tenait plus qu'à la grâce d'un précaire malentendu. Je regrette pourtant que cette réforme nous ne l'ayons pas accomplie nous-mêmes, volontairement, à tête reposée et dans les temps de bonheur où notre décision eût pris figure d'un acte intelligent et généreux.

Nous aurions alors, tout en sauvegardant plus complètement nos droits, prouvé que la santé publique était notre seul souci. J'aime la servitude volontaire et je regimbe à celle qu'on m'impose. Cette fois, je dis : « C'est tant pis pour nous » — mais je regrette seulement que nous ayons laissé échapper l'occasion de demeurer les maîtres de notre destinée.

Pourtant, à la condition de nous mettre à l'ouvrage tout de suite, peut être pourrons-nous encore reconquérir une place honorable dans la grande réorganisation qui s'ébauche. Il apparaît, et ceci est fort inquiétant, que le Gouvernement actuel veuille délibérément se priver de nos conseils et de notre expérience. Les quelques lois qui ont déjà vu le jour éliminent presque totalement les médecins-praticiens du cadre qui se forge ; Conseils de l'Ordre, national et régionaux, Inspection générale de la santé, Comité consultatif d'hygiène (chaque terme de ce titre a, d'ailleurs, un sens restrictif assez curieux) sont presque exclusivement livrés à des médecins déjà nantis de situations officielles ou à des médecins-fonctionnaires. Cette décision, si elle ne cache pas une intention primitive qui serait, me semble-t-il, assez injuste, risque de priver M. le Sous-Secrétaire à la Santé publique d'avis basés sur une expérience acquise en cotoyant la réalié de chaque jour, expérience qui a sa valeur et donnerait de l'air à une organisation née dans l'atmosphère un peu confinée des salles d'hôpitaux et de laboratoires, un peu spéciale des Infirmeries du Dépôt, de Saint-Lazare ou de la Clinique Henri Rousselle.

Tout se passe comme si le Gouvernement organisait « *son* » corps de santé dont il a indiscutablement besoin et entendait, puisque nous faisons tant de bruit de notre imaginaire liberté, nous laisser nous débrouiller tout seuls. Cette attitude, si elle devait s'affirmer, ne laisserait pas de nous rendre bientôt la vie intenable ; elle mettrait quelques hauteurs supplémentaires au mur qui nous sépare déjà de la médecine d'hôpital, elle amoindrirait notre rôle et nous rejetterait fâcheusement hors des grands problèmes sociaux pour lesquels elle se réserverait une espèce de monopole.

Or, de plus en plus, la médecine est et deviendra *Œuvre sociale.*

Pour se conserver un caractère humain et concret la médecine sociale a besoin de ceux qui sont au contact, non d'êtres anonymes, fichés, numérotés et un peu truqués, mais de tel ou tel dont chacun de nous connaît, pour en avoir été le témoin et le conseiller, la famille, les conditions de vie et les secrets ressorts psychologiques. Voilà pourquoi je pense qu'il ne faut pas nous retrancher du système que l'on est en train d'articuler et qu'il est grand temps, au contraire, de nous y incorporer.

Si, pendant que certains ont la belle mission d'inventorier la santé de la France et de proposer des remèdes à ses maux, je devais rester un soigneur de coryzas et de grippettes, alors que je suis bien placé pour donner, moi aussi, mon avis, j'aimerais mieux tout de suite laisser là mes seringues, mon sthétoscope et mon marteau à réflexes, et chercher ma voie sous un autre climat. Non que je demande pour nous une place de choix, mais *notre place* qui doit être dans la réorganisation générale et non en dehors d elle.

Mais encore, pour que nous méritions la place que nous devons solliciter faut-il que nous admettions une *discipline* et de nous soumettre à des méthodes plus rigoureuses. Notre réforme doit donc être double : *morale* d'une part, *technique* de l'autre.

Ceux qui pensent que pour accomplir une réforme morale, il suffit de créer un Ordre des médecins sont aussi naïfs que s'ils s'imaginaient que la conscience d'une nation est fonction de sa Police et de ses Tribunaux. Le Conseil de l'Ordre, c'est, peut-être, fort bien, ce n'est jamais non plus qu'une police chargée de protéger les Bons et de traquer les malfaiteurs et les indélicats de notre profession. Beaucoup d'entre nous n'en auraient jamais eu besoin. A proprement parler, ce n'est pas une Réforme. Aussi souhaiterai-je que l'éducation du médecin soit prise beaucoup plus haut, *à son origine*, dès le moment des Etudes médicales.

L'étudiant, l'étudiant en médecine en particulier, ne reçoit pas une éducation non seulement professionnelle mais *générale* suffisantes. On ne lui apprenait pas assez, de mon temps, hier, que sa seule raison d'être c'était non de gagner de l'argent, mais de soigner des malades, d'enseigner les bien portants, d'éduquer à son tour ceux chez qui il serait appelé à pénétrer et ce, au risque même de ne pas plaire. En médecine, foin de la démagogie. Je n'ai pas trouvé à la Faculté, dans les hôpitaux, dans les salles de garde que j'ai fréquentées cette tenue exemplaire et cette austérité que j'y aurais souhaitées. Chacun de nous a, peut-être, le droit de se conduire comme il lui plaît dans le privé, mais ne doit pas ériger en principes les défectuosités de ses mœurs ni en faire une règle de conduite. Ce n'est pas là de l'hypocrisie, mais de la décence qui est un aspect de la délicatesse.

Sous prétexte d'aguerrir leur sensibilité, les étudiants sont chahuteurs, prêts à plaisanter des souffrances et des misères qu'ils approchent ; et, à force d'insensibilité voulue (qui est, paraît-il, le signe des caractères forts !) indifférents, sans tact, voire même cruels. Je ne dis pas que ce soit là une attitude générale, mais elle est fréquente. Pour se faire une constitution d'hommes forts trop d'étudiants en médecine optent pour cette insensibilité qui frôle le cynisme. D'autres, les meilleurs, voient dans la partie qu'ils jouent une espèce de sport : « je gagne, tant mieux, je perds, tant pis ». D'autres, très nombreux, se font médecins, tout simplement, pour gagner une fortune (les innocents !)

Cet hiver, dans une petite ville du Midi, chez mon tailleur, un petit garçon me dévisageait. « Il vous regarde comme çà, m'expliqua sa grand mère, parce qu'il veut, lui aussi être médecin ». Cet enfant n'avait pas douze ans ; je me méfie des vocations trop précoces. — « Et pourquoi, lui demandai-je, veux-tu te faire médecin » ? — « Pour gagner beaucoup d'argent ! »

Le *Concours Médical* a bien voulu, il y a bientôt trois ans, publier quelques réflexions qui m'étaient venues en assistant à un meeting des médecins de la Seine ; j'y avais exprimé mon écœurement de n'avoir entendu parler, ce soir-là, que de prix de revient et de manque à gagner. Qui aborde la médecine avec l'intention de s'y enrichir, bien plus, qui, dès le premier jour n'a pas l'idéal de n'être jamais un médecin riche, n'est pas digne d'exercer notre profession.

J'ai été en contact pendant douze mois avec des confrères mobilisés. Certains étaient des hommes agréables, cultivés, un peu trop épicuriens à mon sens (et, dans le sens dégénéré du terme).

Trop n'avaient pas cette délicatesse qui fait sentir à chaque instant qu'on a raison d'agir de telle façon et tort de se comporter de telle autre. Je ne veux pas être trop précis ; mais l'un, expert d'une Commission de réforme, un homme charmant, était conseiller général du pays. Malgré des ordres formels, il est resté à ce poste et je veux être persuadé que ses soucis électoraux n'ont eu aucune influence sur ses décisions d'expert. J'aurais aimé que spontanément, il refusât cette fonction. Tels autres, très nombreux, continuaient, sans penser à mal, de soigner leur clientèle civile et de s'en faire rétribuer. Ceci s'appelle toucher des deux mains et n'était jadis réservé qu'aux « fripons » de Molière et de la Comédie italienne. Ils pensaient en avoir le droit, jugeaient stupides les restrictions de la loi et passaient outre. Ils avaient tort et je ne peux leur trouver une excuse. Je pourrais ainsi raconter beaucoup de fautes de délicatesses que j'ai pu

observer depuis le jour où j'ai commencé d'exercer. Le plus pénible était qu'elles étaient commises presque inconsciemment par de braves gens ayant assez facilement la morale à la bouche et qu'on aurait surpris et peinés en les assurant qu'ils n'étaient pas honnêtes. L'un, sous prétexte qu'il s'agissait d'un accident du travail marquait deux visites où il n'en n'avait fait qu'une (l'Assurance peut payer !) ou en faisait deux où une seule eût suffi. L'autre vous rafflait gentiment un malade, parfois même, suprême scrupule, en vous couvrant de fleurs.

Si j'insiste si longuement sur des fautes que l'on appelle trop facilement des peccadilles, c'est que je crois toute réforme impossible, si elle n'est précédée d'un redressement des esprits jusqu'à l'absolu. En matière d'honnêteté, en médecine surtout, il n'y a pas de « mais », ni de « car ». Ce qui est bien est bien ; ce qui est mal n'est pas *presque* correct. Ce n'est pas tout d'avoir de beaux programmes (je ne crois pas qu'un programme soit bon à l'exclusion de tout autre), si l'on n'a pas des hommes à la conscience nette, et même un peu rocailleuse, pour les appliquer.

Côté *technique*, tout est à refaire. Les matériaux ne nous font pas défaut ; ils sont même excessivement abondants, mais en chantier. Nous ne manquons ni d'installations radiologiques, ni de laboratoires, ni de dispensaires, ni de services sociaux publics et privés, ni de fiches de recensement, ni d'hommes compétents pour manier tout cela. Mais quel désordre ! Quelle anarchie !...

Je ne prendrai qu'un exemple. Il y a à Paris environ 400 installations radiologiques privées et peut-être plus. Ce n'est un secret pour personne que le métier de radiologue, si dur, si dangereux, ne nourrit pas son homme. D'autre part, la grosse dépense que représentent l'installation et l'entretien d'appareils de radio oblige ces spécialistes à faire payer cher leur intervention ; il s'en suit que ce mode d'exploration qui lève souvent un doute n'est pas employé avec la souplesse et la fréquence qui conviendraient.

La même observation peut être faite pour les examens de laboratoire (examens humoraux en série, de sécrétions, de crachats, etc...), pour les traitements héroïques d'une efficacité indiscutée aujourd'hui : transfusions de sang, non seulement chez les hémorragiques, mais aussi au cours des maladies infectieuses... Sur un plan plus courant, chaque médecin praticien est tenu de posséder chez lui un matériel qui, pour être rudimentaire, n'en n'est pas moins coûteux et dont certains instruments ne lui servent que d'une façon exceptionnelle. Et, plus simplement encore, chacun de nous doit consacrer deux ou trois pièces de son appartement pour recevoir ses malades. Nous avons besoin d'une domestique, nous aurions besoin d'une infirmière. Quel gaspillage !

Au moment où le Gouvernement s'occupe de regrouper et d'unifier tous les moyens d'inspection, de recensement et de soins pour la santé publique ; au moment où, sur un plan plus général, il s'efforce de limiter notre appauvrissement en unifiant et simplifiant nos moyens de production, ne serait-il pas temps que nous médecins, renonçant à nos manies, à nos préjugés, à nos petites vanités de praticiens, à notre égoïsme, nous unissions notre effort en regroupant nos moyens d'action ?

Je connais des chirurgiens qui, déjà, ne reçoivent plus leurs malades qu'à leur clinique. Je voudrais obtenir que les médecins de chaque quartier se groupent ainsi dans une clinique médicale unique (un ancien dispensaire, par exemple) où ils auraient leur cabinet et leur salle d'attente particulière et où les malades viendraient consulter qui leur convient.

Au lieu de vingt installations médiocres et coûteuses, il n'y en aurait plus qu'une, mais, moderne, bien agencée, assistée d'un laboratoire, d'une installation de radiologie et d'agents physiques, d'un service social qui ne fonctionnerait, dans chaque cas, que sur avis formel du praticien choisi par le malade et avec le consentement de celui-ci. Un personnel infirmier peu nombreux nous rendrait autrement de services que les malheureuses « ouvre-portes » que certains affublent du titre de nurses. Je ne crois pas qu'il y aurait avantage à adjoindre à ce cabinet médical collectif des consultations de spécialistes (yeux, oreilles) et un chirurgien. Un tel apport risquerait de nuire au principe, que je crois bon, du libre choix et de transformer cet organisme en un caravansérail de soins, ce qui n'est pas dans ma pensée, au contraire.

Les frais généraux de ces cabinets médicaux communs seraient payés par chaque médecin au prorata du nombre de ses consultants. Le nombre des médecins, par quartier, serait strictement calculé d'après l'importance de la population. Un médecin prendrait-il sa retraite, ou viendrait-il à mourir, un successeur lui serait désigné selon un choix dont il faudrait fixer les modalités. Le successeur pourrait, par exemple, être astreint à payer une retraite à son prédécesseur ou une pension à sa veuve. Ceci est à étudier.

Pour les visites en ville, rien de changé. Le malade s'adresserait directement au cabinet médical commun (le C. M. C. pour parler le jargon moderne) qui se chargerait d'avertir de l'appel le médecin choisi. Celui-ci étant absent, un médecin de garde désigné à tour de rôle, le remplacerait qui lui rendrait compte le lendemain de ce qu'il a noté et ordonné et s'il a prévu une nouvelle visite pour tel jour fixé.

Je ne vois pas d'inconvénients notables à une

telle organisation. On respecte le libre choix dans la mesure où celui-ci ne tourne pas au caprice. On évite le risque d'indifférence qu'on peut reprocher au médecin fonctionnaire. On centralise ce qui est, actuellement, anormalement disséminé. On permet à moins de frais une installation plus moderne. On rend inutile le Centre de diagnostic qui a ses détracteurs, mais dont l'idée fait du chemin, et dont le médecin de famille ferait les frais en s'en trouvant éliminé.

Certes, elle dérange un peu nos habitudes, mais, bientôt, les plus réfractaires en apprécieraient les bienfaits. Quant aux malades, qu'on ne se fasse pas trop d'illusions ; du moment qu'ils ont la sensation d'être bien soignés par le médecin de leur choix, peu leur importe qu'il exerce ici ou là. La possibilité, dans de telles conditions, d'abaisser les prix des actes médicaux et des examens annexes feront vite oublier aux plus exigeants le côté pittoresque et quelque peu suranné du cabinet médical en appartement privé. Que n'avons-nous une telle installation cet hiver ! Le problème du combustible serait résolu pour nous !

Voici la maison installée. Comment peut-on y concevoir la médecine de demain ? Qu'y feront les médecins ?

Beaucoup de mes confrères ont, avec de la sincérité, une conception assez étroite de leur rôle. Celui-ci qu'il serait beau si nous dispensions notre activité partout où notre avis est le plus valable ! Lutte contre le taudis, urbanisme, hygiène sociale, prophylaxie collective, surveillance des chantiers, des équipes sportives, des écoles, de l'alcoolisme, maladies professionnelles, etc., etc... Dans tous ces compartiments de la vie moderne, le médecin a un rôle prépondérant à jouer. On m'objectera qu'un corps de médecins spécialistes sera chargé de ces travaux ; mais je ne pense pas qu'il puisse faire œuvre utile sans notre concours, pour cette raison que j'ai déjà exposée que, scientifiquement moins compétents que ces médecins, nous avons sur eux l'avantage de nous trouver sur le terrain, d'y être plus en confiance avec les populations qui nous connaissent jusqu'à la familiarité parfois, et que nous conseillons.

Nous avons cette connaissance qui est basée sur l'observation *in vivo*, directement et chaque jour. Nous risquons moins que les spécialistes, par conséquent, de fausser les conditions de l'expérience, et nous avons l'avantage de pouvoir juger immédiatement la valeur pratique de certaines théories, bonnes en principe, mais qui peuvent se révéler mauvaises ou inefficaces à l'usage.

Veut-on un exemple ? Le voici ! — Si l'on s'était inquiété de savoir ce que nous pensions de ces gigantesques cités en comprimés que la ville de Paris a fait édifier sur les terrains des fortifications, nul doute qu'on eût arrêté l'expérience avant qu'elle n'ait pris de telles proportions qu'il ne restait plus qu'à subir ses conséquences dans toute leur détestable erreur. Je suppose que des médecins spécialistes de l'urbanisme ont été consultés à l'origine de cette entreprise.

Ils ont donné leur avis sur des *plans* ; ils ont dû être enchantés qu'on ait prévu, pour chaque logement, la plupart des éléments de ce que l'on appelle un peu légèrement le confort moderne ; (comme si le confort ce n'était qu'un lavabo !). On a construit. Les ouvriers qui sont venus habiter dans ces buildings y ont trouvé des pièces de dimensions réglementaires et des cours qui ne les avaient pas si exactement, l'électricité, le gaz, des W. C., voire le chauffage central, une douche familiale, un vidoir à ordures, que sais-je ? Ces avantages n'ont pas compensé des inconvénients tels que ces logements à courants d'air se sont révélés, à l'usage, plus malsains de bien des façons que les barraques zonières d'où on avait expulsé ces malheureux et qui avaient, du moins, l'avantage d'être isolées les unes des autres par un embryon de jardinet.

Si on nous avait consultés, nous aurions dit, après une saison, qu'une rougeole ou une scarlatine au logement 407 de l'escalier 33 de la cour B, c'était automatiquement la rougeole ou la scarlatine à tous les étages de tous les escaliers qui débouchent dans cette même cour. Et, la rougeole, on n'a encore rien trouvé de mieux pour tuer massivement les enfants ! Nous aurions signalé les dangers moraux d'une promiscuité de tous les instants, nous aurions demandé, au lieu de ces cours lugubres et puisardes que dominent les huit étages des immeubles et les milliers de fenêtres des logements, de vrais jardins ensoleillés séparant des maisons moins hautes où les enfants auraient pu jouer et les parents venir se reposer après leur travail et comprendre vraiment le sens du mot « loisir ». — Nous nous serions opposés à ce qu'on remplace les fortifications qui, tout de même, étaient une soupape d'aération autour de Paris par une ville périphérique plus densément peuplée que le noyau central. Cette erreur, chacun de nous l'a mesurée en un hiver, sans courbes, ni schémas, tandis que les théoriciens n'ont pu se faire une opinion qu'une fois le désastre était entièrement consommé.

On pourrait multiplier à l'infini de tels exemples où le médecin de quartier est au premier rang pour critiquer une entreprise intéressant la santé publique.

Pour condenser ce travail social, les médecins devront obligatoirement se réunir une ou deux fois par mois sous la présidence de l'un d'eux, se communiquer leurs observations, discuter de traitements et de questions d'actualité, signaler

des situations intéressantes afin que compte en soit rendu à la mairie ou au bureau d'assistance publique. Ils traiteront, selon la saison, de la prophylaxie des maladies, du génie épidémique, de la vaccination, des visites avant départ en colonies de vacances, de l'analyse des eaux, de la désinfection, de problèmes de l'enfance, de ceux de l'alimentation, du chômage, etc., etc..., ; les réunions auxquelles pourront, dans certains cas être convoqués des « non médicaux » des services publics, ou des médecins fonctionnaires d'Etat, seront le point de départ d'enquêtes et serviront le législateur pour un travail d'information avant décision.

Quel travail, direz-vous. Eh oui ! quel travail ! mais les médecins sont-ils paresseux ou indifférents à leur profession ? D'ailleurs, le gain de temps que vaudrait l'organisation plus centralisée des soins et l'aide d'auxiliaires para-médicaux, leur donnerait le loisir de se consacrer à tous ces problèmes qu'ils ne peuvent, dans l'état actuel des choses, que dévisager d'un coup d'œil, sans jamais les approfondir.

On pourra craindre qu'une telle organisation ne fasse les médecins plus dépendants de l'Etat. D'abord, la médecine étant service national et *devant désirer de l'être*, il est tout naturel que l'Etat ait un droit de regard sur tous ceux qui l'exercent. En outre, la création d'un organisme de sauvegarde qu'est le Conseil de l'Ordre, nous donnerait une puissance suffisante pour éviter les empiètements arbitraires. J'ai prévu qu'à chaque cabinet médical commun, les médecins de l'équipe éliraient un président. Celui-ci aurait tous pouvoirs pour veiller au respect de notre indépendance et refuser, par exemple, de communiquer même à un autre C. M. C. tel renseignement qu'il préférerait ne pas devoir donner. C'est là une question de statuts assez facile à bien établir. Je ne m'attarde pas sur le côté budgétaire et juridique, sur la modalité de l'imposition (abolition de la patente, naturellement) sur une participation éventuelle de l'Etat aux frais de modernisation ; ce sont questions qui ne me semblent pas devoir rencontrer de grosses difficultés : je les laisse aux spécialistes du Droit médical.

Je tiens pour excellent le travail en équipes (à la condition que l'originalité individuelle subsiste) ; l'un peut éclairer l'autre de son expérience, le tirer d'une erreur où il s'embourbe, redresser sa confiance défaillante ; les aînés guident les nouveaux venus, chacun apprend à connaître son voisin. Vraiment, je ne vois pas ce que l'on peut sérieusement reprocher à ce projet ; sans compter, mes chers confrères, qu'enfin vous n'aurez plus la sensation pénible, chez vous, de vivre perpétuellement dans une arrière-boutique ! — Et puis, nous travaillons dans des conditions déplorables ; nous en sommes au même point qu'il y a un siècle, au temps où l'auscultation elle-même n'en était qu'à ses débuts.

Tout vaudra mieux que de continuer à donner nos soins comme nous le faisons actuellement : médiocrement et avec une fantaisie qui tient plus de l'anarchie que de l'art.

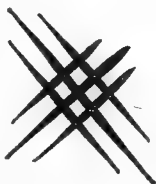
On ne trouvera pas, ici, mon opinion sur certaines questions qui semblent agiter beaucoup mes confrères, soit que je juge inopportun d'en discuter, soit qu'elles me paraissent secondaires ou sans objet. La pléthore, par exemple, n'est pas à mon avis, une question actuelle ; médicalement, je doute qu'elle existe et ne soit autre chose qu'une vérité strictement commerciale.

Quant au régionalisme, qu'on me permette de dire qu'en matière de médecine, il ne peut avoir qu'un intérêt administratif.

Toute question médicale a un caractère national qui ne saurait souffrir son morcellement. Qu'il s'agisse de tuberculose, d'alcoolisme, d'assainissement, de lutte contre le taudis, le problème est le même d'une région à l'autre, à de rares exceptions près (maladies tropicales des ports, par exemple). Une seule division du problème doit être retenue : rurale et citadine ; mais non régionale. Pour moi, le régionalisme dégage un fumet de cuisine, délectable souvent, mais peu en rapport avec le sujet qui nous occupe. Mais ceci est une autre histoire.

Voilà ce que je pense. On dira que je suis un utopiste : tant pis. Pourtant les locaux et le matériel sont là, à notre disposition, à portée de notre main. Notre emménagement ne demanderait pas un mois. Mais les choses sont plus dociles et plus sages que les esprits. Il faut se décider ; il en est encore temps. Organisons-nous nous-mêmes ; demain il sera trop tard. Alors *on* nous organisera, et prenez garde, mes camarades, que ce ne soit à nos dépens.

Dr MAIRE.



CLAUDE BERNARD

par Pierre MAURIAC (1)

Qu'on ne cherche pas dans ce livre une biographie de l'illustre physiologiste, le récit de ses découvertes ni l'appréciation de la place qu'elles tiennent dans la médecine contemporaine.

La « vie glorieuse et malheureuse » de Claude Bernard est retracée à grandes lignes en 24 pages, sa naissance paysanne, le temps de préparateur en pharmacie, les premiers essais littéraires, le mariage piteux, puis la marche en avant du génie et l'ascension aux honneurs. L'exposé de l'œuvre et de la méthode est fait de touches précises et rapides.

Le propos de Mauriac est autre : sur un type humain exceptionnellement grand et où sans conteste éclate le génie, saisir sur le vif les traits de l'infirmité humaine ; retirer de ce décevant constat l'instruction que les solides certitudes se cherchent ailleurs que chez l'homme, et que l'esprit humain, si robuste soit-il d'aspect, vacille en réalité comme un roseau au souffle de l'abîme.

A cette méditation austère dont il fournit le sujet Claude-Bernard perd-il son auréole ? Oui sans doute, si c'en était une d'avoir incarné le prophète de son temps, le temps du scientisme et de la foi forcenée en la Science. Mais c'était là une fonction qu'il détenait abusivement et peut-être, du reste, plus ou moins à son corps défendant. La figure du savant, en tous cas, demeure aussi haute, et plus attachante d'avoir cédé de sa majesté olympienne. Car pour émouvoir le cœur des hommes il faut avoir à lui montrer autre chose qu'un masque de sérénité.

C'est ce masque que Mauriac vient d'ôter à une figure digne d'être aimée.

***

D'emblée dans son sujet, Mauriac désigne les amitiés marquantes de Claude-Bernard : Marcelin Berthelot, Ernest Renan, Pasteur. Il situe l'homme dans son milieu.

Pasteur fut surtout le protégé et se considéra toujours comme élève de Claude-Bernard.

Berthelot, doctrinaire de la rénovation politique et sociale par la Science, avait son estime et son admiration ; mais au dedans de lui-même il protestait contre l'intransigeance du chimiste et, face aux affirmations péremptoires de celui-ci, gardait son doute de biologiste.

Le véritable ami ce fut Renan. Le démagogue le rebutait, le philosophe aristocrate l'enchanta. En retour il incarnait aux yeux de celui-ci le savant dont lui-même avait prophétisé la venue. Les résonnances complémentaires firent l'accord entre les deux hommes.

Comme maître, Claude Bernard rencontre Magendie, médecin sceptique, expérimentateur rigide pour qui seul valait *le fait* et qui, malgré un antagonisme intellectuel patent, imprégna son élève de sa pensée au point que, peut-on dire, maintes pages de l' «*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* » lui appartiennent en réalité.

***

L'œuvre scientifique de Claude Bernard est immense et impérissable.

En regrettant qu'une analyse, énonçant des faits, manque d'âme pour exprimer le principal : l'ingéniosité expérimentale, Mauriac se livre à une large esquisse dans les plans de laquelle on reconnaît des profils physiologiques illustres.

Et c'est l'action du curare avec la dissociation des nerfs en fibres motrices et sensitives ; la découverte du milieu intérieur, du rôle oxygénateur du globule rouge, de la contractilité des artères ; ce sont les recherches sur la corde du tympan, sur les sécrétions internes, le rôle du foie et la glycogénèse, la glycosurie nerveuse, ensemble qui fait de Claude Bernard un préfigurateur génial de ce que le XXe siècle a appelé le complexe neuro-endocrino-sympathique. Enfin il a éclairci les phénomènes de destruction organique qui se manifestent suivant trois types : fermentation, combustion, putréfaction ; et les phénomènes de création organique qui procèdent par synthèse chimique et synthèse morphologique.

« En trente années Claude Bernard fit plus à lui seul que cinq générations de savants..... Peut-être (cette œuvre) est-elle plus grande encore par l'intuition en éclairs qui illuminait son champ d'action et lui démasquait des horizons insoupçonnés. Ces terres inconnues, il ne les explorait pas lui-même, mais il les désignait, et c'est bien vers elles qu'aujourd'hui nous poussons notre sillon. Claude Bernard a annoncé la terre promise, et s'il ne l'a pas toujours foulée, il nous en a ouvert les portes. »

Pas plus que Pasteur confiné dans son réduit de la rue d'Ulm, Claude Bernard ne connut l'apparât et la commodité des laboratoires modernes. Pendant dix ans il n'eut même ni laboratoire ni préparateur. Et lorsqu'il fut au Collège de France on lui concéda un local humide, une « tannerie ».

(1) Bernard Grasset, éditeur, Paris.

Il n'était pas éloquent mais l'idée ou la contradiction l'inspirait et son exposé devenait alors vivant, ingénieux, clair, aisé.

A la différence de Magendie il s'intéressait moins au fait expérimental qu'aux lois qui le régissent. A ses yeux les plus grands savants ne sont pas ceux qui découvrent un corps nouveau, mais ceux qui « trouvent les lois des phénomènes ».

« C'est pour aider à la recherche de ces lois qu'il écrivit *l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* ». Cet ouvrage est l'un des grands classiques médicaux, et probablement est-il superflu, écrivant pour des médecins, de suivre Mauriac dans l'analyse qu'il en donne et qui est destinée au public.

***

Ayant ainsi campé l'Homme et l'Œuvre Mauriac tient sous ses yeux, et les nôtres, la matière de la leçon de philosophie qu'il veut nous faire entendre.

On a fait de l' « *Introduction* » le code de la Recherche scientifique, comme s'il pouvait y avoir une recette pour conduire aux grandes découvertes. « Il importe peu de savoir comment notre esprit raisonne, il suffit de le laisser raisonner naturellement ». Bergson a remarqué que l' « *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* est un peu pour nous ce que fut pour le XVIIe et le XVIIIe siècles le *Discours de la Méthode*. « Dans un cas comme dans l'autre, dit-il, nous nous trouvons devant un homme de génie qui a commencé par faire de grandes découvertes et qui s'est demandé ensuite comment il fallait s'y prendre pour les faire ».

Claude Bernard a écrit « La soumission à l'expérience est la loi suprême ». Et pourtant la valeur de l'expérience est contingente, elle n'est pas absolue puisqu'elle est subordonnée à notre raison et à l'appréciation de nos sens. L'idée, l'intuition (ce que Nicolle appelait l'illumination) peut être vraie et l'expérience fausse. Mauriac fait constater cette singulière discordance chez Claude Bernard lui-même et à propos de sa plus retentissante découverte : il a eu l'intuition que le foie fournit le sucre du sang et, à l'appui de son hypothèse, a imaginé une expérience qu'il déclare *fondamentale*. Or celle-ci, nous le savons maintenant, est fausse. Et c'est au nom d'une expérience fausse que Claude Bernard tint tête à d'autres savants, Schmidt, Figuier qui, eux, avaient vu juste et fit triompher une hypothèse exacte. On voit par quels détours paradoxaux se faufile la vérité.

« L'expérience peut nous tromper. Plus souvent elle nous éclaire en étalant sous nos yeux et en énonçant clairement le résultat ; et nous ne savons ni voir ni entendre. Claude Bernard, merveilleux observateur, expérimentateur hors pair, fut lui-même étonnamment sourd et aveugle ».

C'est ainsi que, l'ayant à portée de sa main, il n'a pas saisi la solution du problème du diabète.

C'est ainsi encore que, obsédé par le glycogène, sécrétion hépatique, il fait passer par lui tout le métabolisme des glucides et émet cette affirmation mensongère. « Il est prouvé que la nature de l'alimentation n'exerce pas d'influence sur la production du sucre dans le foie ».

Il eut dans l'expérience une foi trop vive ; le fait scientifique n'est pas le fait brut ; il est en partie l'œuvre du savant qui en choisit les conditions et les instruments de mesure. Et c'est pourquoi « il n'existe pas d'expérience cruciale ».

Léon Daudet a justement accusé Claude Bernard d'avoir été un « faux humble », comme tous les savants du XIXe siècle. Il avait pourtant écrit cette phrase admirable, si lourde de sagesse « Si nous connaissions d'une manière complète la vérité sur un seul point, ce serait la vérité absolue, et nous devrions la connaître également sur tous les autres, parce que, dans l'organisme comme dans l'univers, tout se tient et une connaissance entraîne l'autre ».

Et c'est cependant ce même homme qui fournissait à Taine les fondements de sa philosophie. D'un raisonnement qui rapprochait les échanges sucrés de l'organisme humain et le métabolisme du sucre de la betterave, H. Taine reçut un trait de lumière et la vertu ne fut plus qu'un produit de sécrétion glandulaire et de mouvements cellulaires.

Claude Bernard laissa faire. « Par cette abdication, par cet abandon il est un des grands responsables de l'erreur du scientisme ».

Le déterminisme physico-chimique des phénomènes vitaux dont on fait Claude Bernard le doctrinaire lui a-t-il été inspiré par Auguste Comte ? Certes celui-ci a bien exprimé le principe du déterminisme ; il en a entrevu les conséquences et les applications, et l'honneur de Claude Bernard est d'en avoir imposé la rigueur à la biologie. Pourquoi n'a-t-il jamais reconnu ce qu'il devait au philosophe ? Hillemand suppose à cette omission les raisons les moins nobles. Les notes intimes révèlent les véritables raisons : elles reprochent à la « religion d'A. Comte d'être aussi mystique et plus absurde que les autres ». Claude Bernard ne s'est pas soucié de se reconnaître le disciple d'un tel maître.

Ici Mauriac met nettement en accusation la doctrine du déterminisme et lui reproche d'avoir obnubilé Claude Bernard lui-même. « Comme le lui disait Littré, il s'en faut que l'étude d'un phénomène vital soit complète parce qu'on en a découvert tout le déterminisme ». La hantise

de trouver à tout phénomène une loi physico-chimique lui a sans doute coûté la gloire immortelle de découvrir le monde des microbes. D'une expérience que l'on pourrait dire, celle-là, cruciale et qui lui livrait de pied en cap la découverte capitale il ne tire qu'une conclusion où éclate son aveuglement.

Vingt ans plus tard Pasteur refait cette même expérience et, dégagé des entraves du déterminisme, il sait en lire les résultats.

Modèle hors de pair, saint patron des physiologistes, Claude Bernard fut un piètre médecin. Il écrit ces lignes qui font sursauter les cliniciens :

« La cause réelle efficiente d'une maladie doit être constante et déterminée, c'est-à-dire unique ; autrement ce serait nier la science en médecine ».

Il avait pourtant bien mis en évidence la complexité de la matière vivante et admis qu'on peut produire le même symptôme d'une foule de manières différentes ». Et, ainsi que le dénonce Mauriac d'un ton d'inquisiteur, « le péché suit immédiatement le sermon ».

La toute puissance du déterminisme devait peu à peu vaincre les obscurités de la thérapeutique, « guérir toujours et sans exception quand on se place dans des conditions expérimentales connues pour atteindre ce but ». Le « flair médical » était aux yeux de Claude Bernard une hérésie insupportable.

En définitive la médecine expérimentale, la seule qui comptât aux yeux de Claude Bernard, n'est qu'une mutilation de la médecine humaine, et n'avait pas l'âme d'un médecin celui qui a écrit : « Il n'y a jamais influence du moral sur le physique ; c'est toujours le physique qui modifie le moral ».

***

Il est dangereux pour un savant d'être traité en philosophe, surtout s'il est biologiste, c'est-à-dire pris dans l'étau de la contradiction entre le déterminisme physico-chimique, sa règle suprême, et la force métaphysique évolutive, l'ennemie jurée et immanente toujours prête à fausser l'expérience.

Claude Bernard suit à la lettre le principe de Descartes. « On pense métaphysiquement, mais on vit et on agit physiquement ». Mais la vie le presse et l'assiège dans ce retranchement de pure doctrine, bafouant le déterminisme par les phénomènes de création vitale, et le biologiste mis ainsi en échec « en arrive à une confusion, à un désordre attristant de la pensée », tantôt invoquant la force vitale créatrice et tantôt la rejetant comme une défaite indigne de lui. Et c'est pourquoi Littré, fermant *l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* déclarait : « Je ne me charge pas de concilier ce qui me paraît inconciliable ». C'est pourquoi aussi certains fidèles ne cachent pas leur étonnement douloureux. « Je suis convaincu que Claude Bernard, s'il était encore parmi nous, s'écrie Jean-Louis Faure, n'écrirait plus aujourd'hui ce qu'il écrivait il y a un demi siècle. Il ne voit pas qu'il s'inflige un démenti à lui-même ». Cette contradiction probablement le biologiste l'a-t-il sentie ; mais il était enchaîné et n'a pas osé regimber contre une discipline qu'il avait non seulement acceptée mais codifiée.

Mauriac, à propos de ce renoncement intellectuel, ne balance pas à taxer Claude Bernard de lâcheté philosophique.

Au fond celui-ci n'avait guère d'estime ni d'inclination pour la philosophie et, embarqué malgré lui sur la galère des philosophes, il ne leur donnait qu'un salut gourmé et un peu honteux.

***

Mauriac, en terminant, révèle « le tourment » du partisan qui a senti sa certitude ébranlée, tourment perceptible en certaines pages plus intimes. Malgré ses efforts toute son œuvre vibre d'une inquiétude refoulée à laquelle n'ont pas voulu compatir ceux qui le sacrèrent grand prêtre de la science triomphante et sereine. Mais elle éclate enfin et ne peut plus être niée dans certains papiers confiés au Professeur d'Arsonval et dans un manuscrit inédit. Papiers et manuscrit ont été récemment publiés. On y trouve des propos comme ceux-ci. « J'admets, quant à moi, une *cause initiale* du monde..... Peut-être, au-dessus de ces mondes habités y a-t-il un être conscient général, une conscience suprême : c'est Dieu la lumière universelle, qui règle tout ou qui a tout réglé..... Nous avons besoin de croire comme nous avons besoin de manger..... Ceux qui doutent, doutent malgré eux ; ceux qui croient, croient malgré eux... Je ne sais pas et je ne saurai jamais ; je l'accepte sans me tourmenter ; j'attends..... »

Que peut-on attendre de façon si tenace ?

Et Mauriac, avec une compassion qui gagne le lecteur cite ce mot de Claude Bernard à son lit de mort. « Je ne me plains pas de souffrir, mais de souffrir pour rien ».

Ainsi jusqu'à l'agonie « ce n'est qu'un grand savant, ce n'est qu'un pauvre homme ».

N'est-il pas vrai que voici une étude bien particulière et, malgré les apparences, bien affectueuse de Claude Bernard ?

N'est-il pas vrai que descendre de cette façon un grand homme de son piédestal c'est le réhausser aux yeux de ceux qui, plus que les idoles, aiment le pathétique et l'imparfait d'une âme humaine.

G. Lavalée.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE



Le typhus exanthématique de Louis XIV

Le samedi 29 juin 1658, alors que, ayant achevé la conquête de Dunkerque et de Bergues, le roi se trouvait à Mardyck « il se ressentit d'une chaleur extraordinaire, lassitude de tous les membres, furieuse douleur de tête, sans force, sans vigueur et sans appétit ».

Ainsi commence le récit de Vallot, premier médecin du roi à l'époque et qui, en cette qualité, rédigeait quotidiennement avec un soin scrupuleux, le *Journal de la santé du roi Louis XIV*. Ce journal constituait une sorte de document officiel et sa tenue entrait dans les devoirs de la charge. Le roi prenait d'ailleurs lui-même le soin de le parcourir de temps à autre afin de se remémorer les diverses circonstances de sa santé. C'est dire que le rédacteur n'avait pas les coudées entièrement franches et que, si persuasif soit le tableau tracé par lui de la blennorragie royale, il l'appellera « une délicatesse de naissance aggravée par l'équitation ». Mais la clinique, la thérapeutique et les doctrines pathogéniques des temps s'y trouvent fidèlement dépeintes. C'est en cela que ledit journal présente un puissant intérêt.

Un érudit, M. J.-A. Le Roi, conservateur de la Bibliothèque de la ville de Versailles, le fit éditer en 1862 (1), livrant au public ce premier modèle d'un carnet sanitaire et les précisions les plus intimes sur le comportement des organes royaux. La description du typhus de sa majesté, les anxciétés du premier médecin et les raisonnements à l'issue desquels il institue les diverses phases du traitement offrent un tableau des plus suggestifs de la médecine du XVIIe siècle

***

En ce samedi de juin 1658, le roi est donc fiévreux. La fatalité veut que Vallot ne se trouve pas à ce moment auprès de lui, ayant été envoyé à Calais pour donner ses soins au maréchal de Castelnault, mortellement blessé lors du siège de Dunkerque.

Comme le lendemain dimanche et la nuit suivante le malaise persiste « Monseur le Cardinal », c'est-à-dire Mazarin, décide de faire partir le roi pour Calais afin qu'il soit sous la surveillance de son médecin.

Celui-ci prélude par un lavement. « Et, en le rendant, S. M. eut de si grandes faiblesses que l'on appréhendait qu'elle ne put résister à ces accablements, se ressentant de faiblesses extraordinaires, langueurs et sueurs froides ».

On se demande quelle idée on se faisait en ce temps-là de la saignée et de ses effets, car Vallot poursuit, imperturbable : « Cela ne m'empêche point de lui faire tirer trois grandes poêlettes de sang du bras droit, et durant la saignée, les faiblesses avec tous les accidents augmentèrent de telle manière que cela donnait de l'épouvante à tous ceux qui le voyaient dans cet état. »

Les douleurs dans le dos et les lombes, les agitations continuelles, les « rêveries » apparaissent avec inégalités du pouls et refroidissement des extrémités. Vallot ordonne quelques frictions sur le dos, des cordiaux, puis se voit « obligé de faire tirer du sang de l'autre bras » et de réitérer le lavement. Cependant, les accidents continuent de la même force et même augmentant d'intensité : dès le soir est faite une troisième saignée et un nouveau lavement.

Les jours se succèdent avec augmentation de la fièvre, redoublement de tous les autres accidents et redoublement simultané des lavements et des saignées jusqu'à deux par jour, une au bras le matin, une au pied le soir. Comment nos pères pouvaient-ils résister à de tels assauts ?

Mais voici qu'apparaissent les mouvements convulsifs et l'enflure « marque indubitable d'une grande malignité, d'un venin qui ne peut s'exhiber ni sortir au dehors ».

« Je pris donc résolution, dans l'inquiétude où j'étais, de proposer deux remèdes qui ont si heureusement réussi que l'on peut dire avec vérité qu'ils ont sauvé la vie de S. M. ».

Ces deux remèdes c'étaient une purgation et l'application de vésicatoires aux bras et aux jambes.

L'état critique du malade avait fait appeler à son chevet plusieurs autres médecins et une consultation générale s'institue à propos des remèdes préconisés par Vallot. Les vésicatoires furent acceptés sans trop de difficulté. Mais la purga-

(1) Docteur E. Deguéret. — *Histoire médicale du Grand roi*, 1924.

tion donna lieu à de grandes controverses où Vallot soutint son point de vue de la façon suivante :

1° C'est que si l'on attendait, pour donner la purgation, le dixième jour de la maladie, jour où les humeurs bien préparées peuvent être expulsées (ne remuez que les humeurs cuites et non celles qui sont crues, disait Hippocrate), on risquait de trop attendre et de ne pouvoir donner cette purgation à S. M. qui, ou bien ne serait plus en vie, ou du moins ne serait pas en état de la prendre.

2° Qu'en effet, on allait bien purger le roi le septième jour de sa maladie, jour critique entre tous, jour considérable, mais qu'il fallait cependant intervenir à cause de la nature du mal et de la mauvaise qualité des humeurs et des accidents fâcheux qui menaçaient de ruiner si l'on ne soulageait promptement la nature, car il y a parfois nécessité de choisir les jours critiques pour donner des médecins, étant donné que c'est plutôt en ce temps-là que la nature fait le plus d'effort. »

L'idée du purgatif acceptée par les médecins, c'est Mazarin qui tranche le différend survenu sur la composition de celui-ci. Finalement, il est décidé que « la médecine sera composée de trois gros de séné, deux gros de crème de tartre, sel de tamarisque et cristal minéral, de chacun deux gros, vingt grains de nitre fixe, et deux onces de manne, dans une décoction de chicorée, buglosse et scorsonnère.

« S. M. fait une évacuation très copieuse d'une sérosité pourrie et très maligne et est visiblement soulagé ».

Cependant le mieux ne doit pas être bien considérable, car l'on est de nouveau « obligé » de soigner le roi au pied de grand matin.

Alors Vallot réunit Messieurs les médecins, dont Guénault et d'Aquin, arrivés la veille de Paris, et, cette fois, propose le « grand remède », à savoir l'antimoine. Trois onces de vin émétique sont mélangées à trois grandes prises de tisane laxative et la tierce partie du mélange est administrée au malade qui rend vingt-deux selles et « ne vomit que deux fois ».

L'effet est « prodigieux » : la fièvre et tous les accidents diminuent. Et l'on peut dire que le prodige nous semble encore plus frappant que ne l'estime Vallot.

« Le samedi treize du mois de juillet et quinzième de la maladie, S. M. demeure sans fièvre et délivrée de tous les symptômes, à la réserve de la faiblesse qui était si grande et si extraordinaire (*sic*), qu'elle me donnait de l'épouvante ».

Entre temps, les taches de la « fièvre pourprée » étaient apparues, affirmant le diagnostic. La fièvre pourprée de ce temps là c'est exactement le typhus exanthématique du nôtre. De sorte que l'on peut rétrospectivement inférer, de ce diagnostic vieux de trois siècles, cet autre diagnostic : le grand roi, si auguste qu'il fût, était soumis aux misérables contingences de la guerre et, tout comme un troupier, il avait attrapé des poux.

A la suite de l'émétique, une polyurie critique se déclanche et est un nouveau sujet d'alarme, car « le roi rendait quatre verres assez souvent sans quitter le pot de chambre ». Elle dure neuf jours et est « tellement avantageuse qu'elle achève la dite guérison de S. M. sans aucun accident et sans aucune rechute, et même sans aucun ressentiment de la moindre incommodité du monde ».

***

Que Vallot et ses confrères soient pour quelque chose dans cette guérison admirable, mieux vaut ne pas en douter ni même se le demander, afin de leur en laisser le mérite et la satisfaction.

Au demeurant la joie fut générale dans tout le pays. On frappa une médaille portant comme légende : *Salus imperii* et, en exergue : *Rege convalescente coliti.*

Les échevins de la ville de Paris firent le vœu solennel d'aller tous les ans en procession au Louvre, le jour de la Saint-Louis, avec les Pères Carmes, et d'assister à une messe chantée par les mêmes Pères, dans la Chapelle des Tuileries.

Les Muses même se mirent de la partie. Une ode, à la façon du temps, célèbra à la fois le médecin et le patient :

..... Et toi, vieillard entre tous sage
De notre amour garde le gage
Veille jalousement sur lui,
Car de sa santé souveraine
Naît notre joie ou notre peine
De tous il est le seul appui.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

A TRAVERS L'OFFICIEL

Secrétariat général de la Famille et de la Santé

Etablissements hospitaliers

Par arrêté en date du 8 janvier 1941, les tarifs de soins à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts ont été fixés comme suit :

Consultations. — Malades payants et assurés sociaux, 10 francs.

Hospitalisations. — Malades payants et assurés sociaux, 70 francs.

Petites opérations externes. — Malades payants et assurés sociaux, 50 francs.

Directeurs régionaux

Par décrets en date du 31 décembre 1940, ont été nommés directeurs régionaux de la Famille et de la Santé.

En résidence à Aix-en-Provence : M. le Docteur Goulley (René), médecin inspecteur de la Santé de Maine-et-Loire.

En résidence à Bordeaux : M. le Docteur Albertin (Auguste), médecin inspecteur de la Santé des Pyrénées-Orientales.

En résidence à Caen : M. Haag (Paul), ancien préfet.

En résidence à Grenoble : M. Taviani (François), ancien préfet.

En résidence à Montpellier : M. le Docteur Viette (Roger), médecin inspecteur de la Santé d'Eure-et-Loir.

En résidence à Orléans ; M. Lanquetin (Marcel), ancien préfet.

En résidence à Poitiers : M. Adam (Louis), ancien préfet.

En résidence à Rennes : M. le Docteur Lamy (Jean), médecin inspecteur de la Santé des Alpes-Maritimes.

En résidence à Toulouse : M. Jouany (Désiré-Louis), ancien préfet.

(*J. O.*, 25 janvier 1941).

La région dans laquelle M. le Docteur Goulley, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions comprend les départements des Bouches du-Rhône, de Vaucluse, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes et du Var.

M. le Docteur Goulley résidera à Aix-en-Provence.

La région dans laquelle M. le Docteur Albertin, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions, comprend les départements de la Gironde, de la Charente, des Landes et des Basses-Pyrénées.

M. le Docteur Albertin résidera à Bordeaux.

La région dans laquelle M. Haag, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions, comprend les départements du Calvados, de la Manche, de l'Orne et de l'Eure.

M. Haag, résidera à Caen.

La région dans laquelle M. Tavani, directeur régional de la famille et de la santé exercera ses fonctions, comprend les départements de l'Isère, de la Haute-Savoie, de la Savoie, de la Drôme et de l'Ardèche.

M. Taviani résidera à Grenoble.

La région dans laquelle M. le Docteur Grenoi leau, directeur régional de la famille et de la santé exercera ses fonctions, comprend les départements de l'Hérault, du Gard, de la Lozère, de l'Aude et des Pyrénées-Orientales.

M. le Docteur Grenoilleau résidera à Montpellier.

La région dans laquelle M. le Docteur Viette, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Mayenne, de Maine-et Loire, de la Sarthe et de l'Indre-et-Loire.

M. le docteur Viette résidera à Nantes.

La région dans laquelle M. Lanquetin, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions comprend les départements du Loiret, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et de la Nièvre.

M. Lanquetin résidera à Orléans.

La région dans laquelle M. Adam, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions comprend les départements de la Vienne, des Deux-Sèvres, de la Vendée et de la Charente-Inférieure.

M. Adam résidera à Poitiers.

La région dans laquelle M. le Docteur Lamy, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions comprend les départements d'Ille-et Vilaine, des Côtes-du-Nord, du Morbihan et du Finistère.

M. le Docteur Lamy résidera à Rennes.

La région dans laquelle M. Jouany, directeur régional de la famille et de la santé, exercera ses fonctions, comprend les départements de la Haute-Garonne, de l'Ariège, du Tarn, de Tarn-et-Garonne, de Lot-et-Garonne, du Gers et des Hautes-Pyrénées.

M. Jouany résidera à Toulouse.

(*J. O.*, 29 janvier 1941).

Médecins inspecteurs

M. le Docteur Gérard Monteux, dit Montus, médecin inspecteur de la Santé dans le département des Bouches-du-Rhône, est placé dans la position

prévue à l'article 7 de la loi du 3 octobre 1940 à la date du 20 décembre 1940.

Sanatoria

M. le Docteur Viallet est nommé, à titre provisoire, médecin adjoint au sanatorium F. Mercier, à Tronget (Allier).

Mlle le Docteur de Loeschnigg, médecin adjoint au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord), est affectée à titre provisoire, en la même qualité, aux sanatoria de la Seine, à Hauteville (Ain).

Mlle le Docteur Renie, médecin adjoint au sanatorium de la Bucaille, est affectée, à titre provisoire. en la même qualité, au sanatorium de la Chapelle-des Pots (Charente-Inférieure).

Inspection de l'hygiène

M. le Docteur Bataillon, inspecteur départemental d'hygiène du Jura, est rétrogradé et placé dans la 1re classe du cadre des inspecteurs adjoints.

(*J. O.*, 25 janvier 1941).

Hôpitaux psychiatriques

M. le Docteur Frey, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin), est affecté, à titre provisoire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Cayssiols (Aveyron), en remplacement de M. le Docteur Rougean, appelé à d'autres fonctions.

M. Benech (Jean-Emile) est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Rouen (Seine-Inférieure), en remplacement de M. Daniel, décédé.

M. le Docteur Devallet, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord), est affecté, à titre provisoire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne), en remplacement de Mme le Docteur Bonafous, mise en disponibilité sur sa demande.

M. Orcie, économe à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie), est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

Inspection de la santé

M. le Docteur Petitmaire, directeur du bureau municipal d'hygiène de Neuilly-sur-Seine, est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Marne, en remplacement de M. le Docteur Vidal, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Forestier, inspecteur départemental d'hygiène de la Gironde, est considéré comme démissionnaire d'office, en application des dispositions de l'article 5 de la loi du 13 août 1940.

(*J. O.*, 29 janvier 1941).

Hygiène Publique

M. le Professeur Louis-Pasteur Vallery-Radot est nommé représentant permanent de l'Etat Français au Comité International de l'Office International d Hygiène publique.

(*J. O.*, 29 janvier 1941).

Soins aux pensionnés de guerre

Décret du 22 janvier 1941 prorogeant les mandats conférés aux membres des commissions tripartites départementales.

Par dérogation provisoire aux dispositions des articles 25 et 40 du décret du 25 octobre 1922, sont prorogés au delà du 31 décembre 1940 et jusqu'à nouvel ordre les mandats conférés pour l'année 1940 aux membres des commissions tripartites départementales et de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits prévues par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

(*J. O.*, 25 janvier 1941).



CORRESPONDANCE

ALLOCATIONS FAMILIALES

708. — Exemption de paiement des cotisations à la Caisse de compensation

Membre du « Sou médical » depuis de longues années, je voudrais avoir quelques renseignements avant de donner mon adhésion à la Caisse d'Allocations familiales des professions médicales (section des travailleurs indépendants).

Je n'ai pas de domestique, j'ai une femme de journée qui vient 4 heures par jour le matin.

Est-ce que cela me force à adhérer ?

Par ailleurs, j'ai huit enfants (six mobilisés) ; le dernier qui a 21 ans, est actuellement soldat.

Mais j'ai eu le malheur d'avoir un de mes fils tué à T.... le 3 juin 1940. Il était agriculteur à F...

Au moment de l'avance des Allemands, fin mai 1940, la mairie a ordonné l'évacuation et sa femme a abandonné sa ferme de 55 hectares, et s'est sauvée avec ses trois petits enfants, 3 ans, 2 ans, 11 mois.

J'ai recueilli la malheureuse ruinée avec ses trois petits enfants.

Je désirerais savoir, au cas où je serais obligé de cotiser, si je ne pourrais rien toucher pour ces enfants qui sont absolument à ma charge.

Dr D.

Réponse

En ce qui vous concerne, vous pouvez solliciter le bénéfice du décret du 1er décembre 1940 qui dispense du paiement de toutes cotisations les adhérents à la Section des travailleurs indépendants des Caisses d'allocations familiales, qui ont élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans, ce qui est votre cas.

De plus, vos trois petits-enfants se trouvant à votre charge, vous avez droit de toucher pour eux les allocations mensuelles, soit 255 francs.

En ce qui concerne votre femme de journée, aucune affiliation n'est nécessaire pour l'instant.

Médecin à X... localité située dans la zone interdite, je suis à l'heure actuelle replié dans le département du Loiret.

J'ai six enfants qui ont dépassé 17 ans, sauf la dernière, âgée de 13 ans.

Dois-je m'affilier à une Caisse d'allocations familiales ?

Dr F.

Réponse

Vous n'êtes obligé de vous affilier à la Caisse d'allocations familiales des Professions médicales 66, rue de la Chaussée-d'Antin à Paris, IXe), que si vous exercez la médecine dans votre position de repli.

D'ailleurs, en raison du nombre et de l'âge de vos enfants, vous pouvez invoquer les dispositions du décret du 1er décembre 1940 qui exempte du paiement des cotisations trimestrielles le travailleur indépendant ayant élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans.

Vous êtes toutefois obligé de vous affilier à la Caisse d'allocations familiales et de payer les cotisations fixes.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

Intervention de nuit

Comment tarifer mes honoraires dans le cas suivant :

Ouvrier travaillant habituellement à un moteur dit à gaz pauvre, accidentellement il subit un début d'intoxication et ne doit la vie qu'à son fils qui le retire à temps de l'atmosphère viciée. Il revient chez lui, lipothymisme : on me fait appeler.

A mon arrivée, sujet conscient, somnolent, très pâle. Au cours de l'examen rapide, il fait une syncope blanche.

J'ai pratiqué une injection intraveineuse d'huile camphrée. Le malade reprend conscience.

Je reste deux heures à son chevet, et l'accident se passait à 11 heures du soir.

Actuellement le malade est en voie de guérison complète d'ailleurs.

Dr P.

Réponse

Vous pouvez compter : Traitement de l'asphyxie avec injection intraveineuse et séjour de deux heures près du malade durant la nuit : 55 francs (art. 16 *in fine*), plus pour nuit, majoration de 25 % (art. 8), donc :

55 + 25 % = 55 + 14 = 69 francs

Dr F. Décourt

---

536. — Fracture du bassin sans appareillage semble-t-il.

Membre du Sou, j'ai recours à votre expérience pour tarifer un accident du travail, survenu ces jours derniers.

Un ouvrier agricole, envoyé par son patron, tombe de bicyclette sur la route, il ne peut bouger et attend une heure que quelqu'un passe pour lui porter secours.

Mandé, je me rends à son domicile sis à 4 kilomètres. Le blessé se plaint de la hanche, pas de déviation du pied, impotence.

Douleur vive à la pression.

Je décide un examen radiologique : il faut l'emmener couché. Difficultés pour trouver auto et essence.

Dans une voiture d'emprunt je l'accompagne à environ 23 kilomètres chez un confrère qui fait de la clinique et de la radio.

Fracture de la branche ischio-pubienne gauche.

La voiture (qui est d'un pays voisin) passant par son domicile, je prends sa voiture et retourne mettre le blessé dans son lit.

Que dois-je compter ?

Certificat. . . 10 francs ;

Deux visites à 4 kilomètres.... 54 francs ;

Accompagnement du blessé à 23 kilomètres (2 heures 1/2).

Fracture du bassin (je n'ai rien fait).

Dr. S.

Réponse

a) On ne peut compter de « surveillance prolongée » que dans l'éventualité de complications menaçant la vie » (Art. 6), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Il m'apparaît donc difficile que vous puissiez compter le temps passé auprès du blessé pour le conduire chez le radiographe, soit 3 h. 1/2, suivant votre lettre.

Ou alors, vous ne le pourriez plus que par « entente amiable » avec le patron ou son

assureur substitué, en comptant par exemple : 4 heures à 17 francs = 68 francs, mais en dehors du tarif officiel.

b) Quant à la fracture de la branche ischio-rectale, vous dites « je n'ai rien fait ». Dans ce cas, je ne pense pas que vous puissiez compter « Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré ou silicaté, ou par extension continue : fracture du bassin = 275 francs. » (Art. 18).

Qu'a fait le confrère chirurgien en dehors de la radiographie ?

Enfin, quelle intervention a été effectuée pour cette fracture ?

Si aucun appareillage n'a été effectué par le chirurgien ni par vous, je ne vois pas comment une « Réduction et contention de fracture par appareil, etc... » pourraient être réclamées.

c) Il va de soi que vous avez personnellement à compter chacune de vos visites, et chaque kilomètre parcouru par vous à cet effet de votre domicile à celui du malade, et retour, suivant les art. 1 et 2 du tarif, ainsi que les visites consécutives après son retour de chez le chirurgien, celui-ci ayant à réclamer le prix de la radio qu'il a faite, naturellement, mais sans oublier d'en envoyer un cliché et un commentaire détaillé au patron ou à l'assureur substitué, et autant au blessé. (Voir art. 27 observ. B°) sans qu'il y ait eu besoin, vu l'urgence, d'un accord préalable avec le patron ou son assureur (Ibid. 4°).

Dr. F. DECOURT

222.— Suture de tendons à une phalange

Je vois un blessé qui, par coup de hâche, se sectionne le tendon extenseur de l'index et la phalange osseuse de la première phalange. La section de fracture étant en biseau, je conduis le blessé à un chirurgien qui pratique un cerclage de la phalange osseuse, une suture du tendon sectionné, puis la pose d'un appareil plâtré.

Je ne trouve au tarif que :

Art. 17 (5) « régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec suture tendons ou lésion ostéo-articulaire », 110 francs. Or, dans le cas particulier, il y a suture de tendon et lésion osseuse. En plus le prix de 110 francs me paraît bien modique.

Je serais votre obligé si vous vouliez bien m'indiquer quel tarif je dois appliquer.

Dr B.

Réponse

a) C'est le chirurgien opérateur et non vous-même qui pouvez demander des honoraires en l'espèce, suivant l'art. 37 *in fine*.

Vous ne pourriez réclamer, en votre cas, que

80 francs comme *aide* (Art. 12), si vous avez été « aide » de l'opérateur.

b) On ne pouvait mettre « suture des tendons extenseurs » *et* « lésions osseuses concomitantes », car il aurait fallu toujours les deux lésions *à la fois* pour pouvoir demander des honoraires.

En l'espèce (suture d'un tendon extenseur à une phalange) je ne crois pas que l'on puisse demander autre chose que les 110 francs indiqués à l'art. 17.

Dr F. DECOURT.

---

b) *Assurances sociales*

293. — Actes médicaux multiples simultanés

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer sur le point suivant : La nouvelle nomenclature de médecine sociale dit que :

« Lorsque plusieurs actes de pratique courante sont pratiqués au cours de la même séance, le plus important est coté avec son coefficient propre, le deuxième avec son coefficient réduit de moitié ».

Mais quand deux actes de même coefficient sont pratiqués au cours de la même séance, doit-on porter le premier avec son coefficient et le deuxième avec la moitié de son coefficient ?

J'ai en ce moment en soins un malade opéré depuis plus de trois semaines d'un testicule tuberculeux. Il persiste une plaie scrotale, le chirurgien m'a conseillé de faire au malade des injections sous cutanées de vaccin de Vaudremer.

Au cours de la même séance je fais au malade son pansement et sa piqûre, soit deux actes médicaux différents mais de même coefficient.

Puis-je marquer sur la feuille P. C. 0,75 + P. C. 0,75 : 2 (soit pansement petit en série + piqûre sous-cutanée en série).

Ceci me semble logique, le chirurgien préfère que les soins soient donnés par lui-même en raison des réactions possibles.

Dr P.

Réponse

Quand deux actes médicaux sont effectués au cours de la même visite ou consultation, l'un des deux est marqué avec une minoration de 50 %. Evidemment, le médecin choisit l'acte le moins payé. Mais s'il s'agit de deux actes d'un même coefficient, on minore l'un des deux en tous cas.

Dans votre cas, les deux actes sont marqués à la Nomenclature de pratique médicale courante P. C. 0,75. Vous avez donc à inscrire sur la feuille : P. C. 0,75 + P. C. 0,75 : 2.

C'est un petit problème d'algèbre à résoudre, dirait-on, mais je ne vois pas d'autre façon de faire.

Dr. F. DECOURT.

Soixante-troisième année | N° 8 | 23 Février 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

Dernières Nouvelles

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............. 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 46. — Ex. int. prov. Lille. Médecine et maternité, nombreux remplac. ville et campagne, cherche remplac. ou assist., toutes régions. Ecrire : M. Fromont à Chasseneuil-du-Poitou (Vienne).

Nº 47. — Docteur 52 ans cherche poste à créer ou à reprendre méd. ou chirurg. Paris ou banlieue. Ecrire : Dr de Parthenay, Villa Wek-end av. Victor Hugo, La Baule-les-Pins.

Nº 48. — 2 heures de Paris. Excellent poste Oto-Rhino-Laryngologie et Ophtalmologie à céder rapidement pour raison de santé. Ecrire : Gilles, 79 rue de la Fraternité à Romainville (Seine).

Nº 49. — Infirmière chirurgie, ayant pratique de tous emplois (gouvernante, économe, commerciale, habitude du personnel) en maison de santé privée et chirurgicale est demandée par Maison de santé Paris, âge 40 à 50 ans, libre de tout son temps, célibataire ou veuve, présence indispensable, nourrie, logée, références exigées. S'adresser : M. Boulanger, 37 rue de Bellefond, Paris, qui transmettra.

Nº 50. — Cherche à vendre ou à échanger poste zône non occupée contre poste zône occupée. Pressé. Ecrire : Dr Caillault, 5, rue Lazare Carnot à Cognac.

Nº 51. — Médecin électro-radiologiste pourrait reprendre poste Normandie. Conditions intéressantes. Ecrire : Petit, 211, rue Caponière, Caen.

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Seine-et-Oise. — Très ancienne clientèle, pavillon 8 pièces confort, loyer 10.000 fr. gros rapport, prix très moyen. A céder comptant.

Somme. — Zone occupée non interdite. Petit loyer, maison meublée, bon rapport. Prix moitié ; comptant à débattre.

Deux postes radiologiques en province et deux postes médecine générale à céder. Tous intéressants.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe)

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les dyspeptiques, par quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades. 71, Rue Ste-Anne. Paris.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

LE CONTRIBUABLE FRANÇAIS

A. Martinot, Directeur

Rédige les actes (baux, ventes, etc..), les déclarations, réclamations, etc., (foncier, impôts commerciaux, successions et enregistrement) tout ce qui regarde la partie commerciale des maisons de santé et cliniques.

Écrire, 6, rue de l'Isly, PARIS (VIIIe)

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE

Communiqué

L'Ordre des Médecins a été officiellement avisé :

1° de ce que la Commission pour l'examen des dérogations à la loi du 16 août n'a été nommée par décret que le 3 février 1941. Le premier arrêté retirant le droit d'exercer la médecine à 43 étrangers ou fils d'étrangers est daté du 6 février 1941.

Les autres arrêtés suivront au fur et à mesure des délibérations de la Commission. Etant donné l'ampleur et la complexité des demandes, il faut prévoir de dix à douze mois pour que ce travail soit complètement achevé.

2° de ce qu'un *numerus clausus* applicable aux Juifs à l'entrée des études médicales est envisagé. C'est le Secrétariat d'Etat à l'Instruction publique qui doit prendre une décision à ce sujet.

AVIS

Réforme du code des impôts sur le revenu

Erratum

Nous avons signalé dans notre précédent numéro la réforme du Code des impôts sur le revenu, et mentionné en particulier, à propos de la cédule des professions non commerciales, la disparition de l'ancien article 68 2° prévoyant pour les contribuables relevant de cette cédule, la *déclaration obligatoire des commissions, honoraires et ristournes dépassant* 1.000 *francs par an et par bénéficiaire*. En réalité, *cette disposition a été reprise textuellement par l'art. 103 bis* du nouveau Code, au titre des règles communes aux diverses cédules.

Nous prions nos lecteurs d'excuser cette erreur, et d'opérer ladite déclaration sous peine de ne pouvoir déduire ces versements pour l'établissement de leurs propres impositions.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *La sulfamidothérapie.*— Comme l'Académie de chirurgie, l'Académie de médecine a décidé de mettre à l'étude la question de la sulfamidothérapie. Elle a invité MM. Tréfouël et Legroux, de l'Institut Pasteur, à venir faire à sa tribune des communications sur ce sujet. Elle a désigné M. Lemierre pour le rapport sur la thérapeutique des affections médicales et M. Lenormant pour le rapport sur la thérapeutique des affections chirurgicales.

— **Académie de médecine.** *Le personnel médical devant les restrictions alimentaires.* — M. Rathery, au nom de la Commission du rationnement, a proposé les vœux suivants, qui ont été adoptés par l'Académie :

« 1° Parmi le personnel médical, celui qui est en contact direct avec les malades doit recevoir la carte T.

« 2° Tous les internes en exercice ou faisant fonctions doivent recevoir la double ration de viande et de graisse. Les internes de garde doivent recevoir, le jour de leur garde, un en-cas supplémentaire. La chambre de l'interne de garde doit toujours être chauffée.

« 3° Tous les internes en exercice doivent, à leur arrivée à l'hôpital, recevoir un casse-croûte composé d'un bol de lait, d'une ration de pain et de fromage.

« Il y aura lieu d'envisager, à titre temporaire tout au moins, la création de cantines qui leur seraient réservées et leur permettraient de déjeuner à l'hôpital.

« 4° Le personnel hospitalier, en contact avec les malades, doit recevoir une ration double de viande et de graisse et un casse-croûte le matin à l'arrivée.



« 5° Les mêmes mesures doivent concerner les maisons de santé soignant des malades contagieux, notamment les sanatoria, et les infirmières de ville appelées à donner leurs soins à des malades contagieux.

« 6° En cas d'épidémie, il y aurait lieu d'envisager des mesures plus étendues.

« 7° Le contrôle serait effectué, d'une part, par le directeur de l'hôpital ou de la maison de santé, sous sa responsabilité, et, d'autre part, par un certificat du médecin traitant en ce qui concerne les infirmières de ville, sous sa responsabilité.

« 8° L'Ordre départemental des médecins serait chargé d'exercer une surveillance rigoureuse en ce qui concerne les abus qui pourraient se produire.

« 9° Des mesures spéciales seraient prises pour tout le personnel spécialisé maniant les rayons X d'une façon continue : 1/2 litre de lait, casse-croûte le matin, double ration de viande et de graisse et carte de travailleur ».

— **Hôpitaux de Paris.** *Ophtalmologistes.* — Affectations des chefs de service (1941) : M. Coutela, à *Saint-Louis.* — Prof. Velter, à *l'Hôtel-Dieu.* — M. Bourdier, à *Laennec*, en remplacement de M. Cantonnet. — M. Bollack, à *Tenon.* — M. Monbrun, à *Necker-Enfants-Malades.* — M. Prélat, à *Bichat.* — M. Hartmann, à *Necker-Enfants-Malades.* — M. Lagrange, à *Saint-Antoine.* — M. Favory, à *Cochin.* — M. Parfonry, à *Ambroise-Paré.* — M. Renard, à *Hérold.* — M. Dollfus, à *Trousseau.* — M. Hudelo, à *Bicêtre.* — M. Voisin, à *Raymond-Poincaré*, à Garches.

— **Société française de gynécologie.** — La séance de rentrée de la société française de gynécologie a eu lieu le 20 janvier 1941 à la Faculté de médecine de Paris en présence de nombreux gynécologues et d'invités.

Le président, M. L.-M. Pierra, après avoir rappelé les deuils subis depuis la guerre et prononcé l'éloge de MM. Dartigues et Bender, félicita le secrétaire général, M. Maurice Fabre, dont l'activité a permis la reprise rapide des séances de la société.

Des communications ont été faites par MM. R. Palmer, E. Douay, Luthereau et Rognon, Cl. Béclère, Turpault et Barbellion.

— **Mutuelle d'assurances des médecins français et office coopératif d'achats des médecins français.** (*Communiqué*). — Les Assemblées générales extraordinaires de ces deux œuvres (ex-Mutuelle confédérale des Syndicats Médicaux français et ex-Office coopératif d'achats des médecins syndiqués) se sont réunies à Vichy pour voter les modifications des statuts rendues nécessaires par la dissolution des Syndicats médicaux.

Leur siège social est fixé à Brive (Corrèze), 1, rue Paul-de-Salvandy, Tél. 972, Compte de chèques postaux : Limoges 253.66, (zone non occupée).

Pour la zone occupée un bureau provisoire fonctionne à Paris, 60, boulevard de la Tour-Maubourg.

La Mutuelle a conservé ses différentes branches d'activité : assurances automobile, responsabilité civile et professionnelle, incendie.

La Caisse d'allocations dénommée retraite Pierre Dibos est réorganisée. L'Office coopératif d'achats, le contrat-groupe, Décès, Retraites, souscrit à la Paternelle continuent à fonctionner, ainsi que le contrat-groupe décès seul des anciens internes des hôpitaux de Paris.

L'Office coopératif s'occupe du recouvrement des primes relatives à ces contrats pour la zone non occupée, la Paternelle le fait pour la zone occupée.

— **Régimes et rationnement alimentaire.** — La circulaire ministérielle du 21 décembre 1940 relative à l'alimentation des malades vient d'entrer en vigueur, dans le département de la Seine du moins. Elle permet une adaptation du rationnement (la ration étant augmentée dans un sens et réduite dans un autre) pour quatre régimes : I. lacté ; II. lacto-végétarien ; III. restriction hydrocarbonée ;

IV. restriction carnée ; et la suralimentation. Pour en faire bénéficier un malade, le médecin délivrera une ordonnance indiquant : régime I, II, III ou IV, et sa durée ; ou : suralimentation.

Pour la catégorie suralimentation (tuberculose en activité, anémies graves, certaines convalescences), les médecins sont autorisés à accorder des suppléments dans la limite de 90 grammes de viande tous les deux jours et 15 grammes de matières grasses par jour.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Madame Georges HAUSSER, née Rosine Frey, décédée à Rouen le 3 février 1941. Elle était la mère du Docteur Guy Hausser, de Paris, à qui nous adressons nos bien vives condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur Pierre DUVAL, chirurgien de l'hôpital de Vaugirard, président de l'Académie de médecine ; du Docteur Georges LAURENS, oto-rhino-laryngologiste honoraire de l'hôpital Saint-Joseph ; du Docteur HAUTEFORT, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel-Secours ; du Docteur J. PESCHER ancien interne des hôpitaux de Paris, créateur de la gymnastique respiratoire et de la spiroscopie ; du Docteur Marcel BAUDOUIN, décédé à Croix-de-Vie (Vendée), où il s'était retiré.

Nous adressons un souvenir ému à la mémoire du Docteur Marcel Baudouin qui publia dans nos colonnes des articles documentaires très appréciés.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

I

Légion d'Honneur

Sont inscrits aux tableaux spéciaux :

POUR OFFICIER

SIMON (Jacques-René), *médecin-commandant (réserve), 20e région* :

Médecin de haut mérite professionnel et moral. Les 15 et 16 juin 1940, a assumé à lui seul l'organisation du service de santé d'une ville importante attaquée par l'ennemi. Avant, pendant et après l'attaque, s'est multiplié nuit et jour, animant de sa flamme ses subordonnés et donnant à tous le plus bel exemple d'activité méthodique et de calme courage.

MONOD (Robert), *médecin lieutenant-colonel (réserve), région de Paris, chirurgien consultant de l'H. O. E. 2 no 2* ;

Technicien de la plus haute valeur, animé d'une indomptable énergie et doué de qualités exceptionnelles d'organisateur. Après avoir mis sur pied une installation chirurgicale inégalée, a su la porter à

un rendement maximum pendant plusieurs semaines, au cours desquelles trois armées ont été desservies et 12.000 blessés opérés de jour et de nuit sans souci des bombardements. N'a quitté son poste qu'au tout dernier moment, sans abandonner un seul blessé transportable ou non opéré. A continué, au cours du repli, à donner à tous un magnifique exemple de courage persévérant.

***

POUR CHEVALIER

CAMOREYT (Georges-Henri-Jean), *médecin capitaine (réserve), 13e région, médecin adjoint au médecin chef de l'H. O. E. I. no 15 :*

Médecin doué des plus belles qualités techniques. Le 13 juin 1940, son médecin chef ayant été blessé au cours du bombardement de sa formation au cours de repli, a pris le commandement et a réussi à maintenir le calme et le sang-froid du personnel sous un bombardement aérien qui a duré quatre heures. Contusionné en donnant des soins à un évacué, très gravement atteint dans un immeuble dont le toit s'est effondré sur lui, n'en a pas moins continué à soigner les blessés et à diriger ensuite le repli. Grâce à son énergie et à son esprit de décision, a ramené à bon port sa formation sanitaire au complet, après avoir subi quatre bombardements en cours de route.

DOUVILLE (Jean-Jules-Emile), *médecin lieutenant (réserve), 2e région, ambulance médicale no 93 ;*

Médecin d'une abnégation et d'un courage exemplaires. Le 5 juin 1940, n'a pas hésité à se porter immédiatement au secours des victimes du bombardement aérien de Beauvais. A été atteint de très graves blessures par rafales de mitrailleuses des avions ennemis en accomplissant héroïquement son devoir.

***

II

Une Citation

Médecin lieutenant CHEVALLIER PIERRE, *8e régiment de chasseurs à cheval, 1re brigade de cavalerie, IIe armée.*

« A fait l'admiration de tous par son dévouement, sa compétence et son mépris absolu du danger au cours des journées de durs combats, le 11 mai à Chiny (Belgique) et le 15 mai à Chagny. S'est employé sans relâche assurant lui-même jusqu'à la ligne la plus avancée la relève et le transport des blessés. A largement contribué par son attitude et son moral au maintien de la confiance et au succès des opérations. »

(*Citation à l'Ordre du Corps d'armée, no 5 du 22 mai 1940*).

(*Suite page XLIII-397*)



PROPOS DU JOUR

NÉCESSITÉ D'UNE ORGANISATION SANITAIRE RURALE. NOTRE ANCIEN PROJET DE MAISON MÉDICALE

Si l'on veut faire bénéficier la population rurale des découvertes scientifiques médicales et des progrès de la technique médico-chirurgicale, il faut mettre localement à sa portée des institutions sanitaires auxquels elle aura recours, réservant pour les cas exceptionnels ou plus particulièrement graves le transport du malade dans un grand hôpital urbain plus complètement outillé.

Il y a une vingtaine d'années nous avions exposé ici sous le nom de Maison Médicale, une institution sanitaire de ce genre et avions publié un projet succinct de son organisation par les médecins praticiens d'une région, mais, si l'idée qui n'était pas du reste personnelle, ni neuve, plut à quelques-uns, elle se heurta à l'esprit individualiste du plus grand nombre, car cette institution exigeait la collaboration des praticiens d'une région pour un travail d'équipe. Nous comptions sur les syndicats médicaux pour créer et contrôler ces maisons médicales. Une fois de plus nous nous sommes bercés d'illusions ; la concurrence, la jalousie professionnelle ne permettaient pas cette collaboration indispensable. Ce fut, à notre avis, au détriment des malades, et une perte pour les médecins tant au point de vue moral que matériel.

Voilà comment nous avions conçu la Maison Médicale :

Dans une région, un canton plus ou moins étendu, les médecins praticiens, au nombre de cinq à dix, s'associaient et faisaient de concert les frais de la location, de l'achat ou de la construction d'un petit pavillon comprenant cinq à six pièces. Une assistante instruite, une infirmière, y était installée et logée. Une des pièces était destinée à l'examen des malades, une autre à la pratique de la petite chirurgie, une était consacrée au bureau administratif, enfin une ou deux pièces pouvaient servir de lieux de repos ou de courte hospitalisation pour permettre par prudence, la surveillance d'un opéré à la suite d'une petite intervention avant de lui faire gagner son domicile.

Sans être spécialistes, les médecins praticiens qui collaboreraient, se seraient mis au courant d'une spécialité : l'un ferait un stage dans un service d'ophtalmologie , l'autre dans un service d'oto-rhino-laryngologie , celui-ci aurait plus particulièrement fréquenté durant ses études des services de chirurgie , celui-là des services de maladies nerveuses ; cet autre se serait initié aux examens radiologiques. Chacun, en un mot, serait capable de donner un avis et de compléter utilement un de ses confrères. Il en résulterait que pour une affection peu grave, un malade pourrait être utilement soigné, localement, sans être obligé d'aller consulter un spécialiste dans la ville voisine ou être hospitalisé. Au surplus le malade pourrait y être envoyé en temps utile dans les cas de maladie grave ou aggravée. Nous ne saurions énumérer tous les cas où l'intervention de la Maison Médicale ainsi constituée, rendrait d'inestimables services. On ne reprocherait plus à un praticien de n'avoir pas surveillé avec le concours du radiographe la consolidation régulière d'une fracture. On ne verrait pas s'aggraver une bronchite, symptôme d'une tuberculose pulmonaire au début, etc. etc.

La Maison Médicale pourrait être pourvue d'un petit laboratoire où le pharmacien ou le vétérinaire de la localité, pourraient venir mettre à la disposition des médecins leurs connaissances en chimie, en bactériologie et sérologie.

La Maison Médicale pourrait éviter aux médecins l'achat d'un outillage coûteux , elle pourrait se développer et s'améliorer au fur et à

mesure de l'augmentation de ses ressources. Bascules et balances, toise, spiromètre, microscope, appareils de radioscopie, de rayons ultraviolets, etc., etc., pourraient faire face à de multiples nécessités.

La Maison Médicale pourrait devenir un centre sanitaire. Les consultations de nourrissons, les consultations prénatales y seraient données, les médecins, ou l'infirmière, sous la surveillance de ce dernier, pourraient régulièrement appliquer les traitements spéciaux. La médecine préventive (vaccinations de toutes sortes, examens spéciaux, etc.) pourrait y être *pratiquée*.

Chaque médecin praticien garderait néanmoins son indépendance. Il continuerait à voir ses malades à domicile et pourrait à son gré les faire venir dans son cabinet ou à la Maison Médicale. Un règlement, fait de concert, permettrait l'utilisation sans conflit de cette dernière et l'aide de l'infirmière qui en serait la gardienne. Un tarif serait élaboré et le prix de chaque acte pratiqué à la Maison serait versé à une caisse commune et réparti entre les associés, après prélèvement des frais généraux, au prorata de leur activité.

La Maison Médicale, en tant que société, pourrait traiter avec les communes, les sociétés de secours mutuels, les sociétés de bienfaisance, ou autres, pour assurer les services d'assistance, de bienfaisance, ou sanitaires, et les subventions reçues seraient versées dans la caisse et contribueraient à couvrir les frais généraux.

Tous les mois, ou plus souvent s'il y avait lieu, les membres de la Maison Médicale se réuniraient pour se concerter, feraient leurs observations et prendraient les décisions nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de l'institution. Un des membres élu serait chargé de l'exécution des décisions de la société dont il serait le président responsable.

Les conflits seraient réglés facilement à l'amiable. A la rigueur, on aurait actuellement recours à l'arbitrage du Conseil de l'Ordre des médecins.

Tel est le projet, *dans ses grandes lignes*, que nous avions émis sur l'organisation et le fonctionnement d'une Maison Médicale. Il nous semble qu'il serait plus facile de l'organiser actuellement, car l'individualisme paraît céder le pas à l'esprit d'équipe sans lequel rien de ce genre ne saurait être tenté.

J. Noir.

A VINGT ANS DE DISTANCE

Il est curieux, et certainement symptomatique d'un trouble dans la profession déjà patent il y a vingt ans et encore notable aujourd'hui, de constater l'étroite analogie entre les lignes ci-dessus où le Docteur Noir résume son projet vieux de vingt ans et la proposition exposée il y a huit jours dans nos colonnes par un jeune médecin, le Docteur R. Maire.

Les mêmes constats conduisent aux mêmes solutions : preuve évidente que le mal dont souffrait la médecine n'a pas disparu et qu'aucun remède n'y a, en outre, été apporté. Dans le fait que des esprits sincères et réfléchis partis isolément et à vingt ans d'intervalle du même point se rencontrent à l'arrivée il faut percevoir la probabilité que la solution proposée est plausible, équitable, qu'elle mérite, en tout cas, mieux que la fin de non-recevoir qui l'accueillit jadis.

La corporation est avant tout un organisme de coopération et d'entr'aide en milieu professionnel. Elle paraît donc idéalement désignée pour examiner le projet de Maison médicale du Docteur Noir et le projet de Cabinet médical commun du Docteur Maire ou, plus généralement, l'idée de travail en équipes.

Si elle a réellement quelque vitalité elle ne pourra manquer de prendre parti dans la nécessité où elle se trouvera, rénovant la profession, de l'adapter aux conditions matérielles et techniques du temps présent.

Attendons la donc à ce tournant, mais avec confiance et sympathie, non dans le malin espoir de l'y voir se fourvoyer.

G. L.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DES ENFANTS-MALADES

(Hôpital des Enfants-Malades)

Leçon du 22-4-1939

Par le Professeur Nobécourt

II. Opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème congénital

Dans une précédente leçon (1), je vous ai présenté Denise, âgée de 3 ans et demi, qui est atteinte de myxœdème congénital. Je vous ai donné une étude clinique de cette maladie et je vous ai dit quel était le pronostic lamentable qu'il fallait porter. Mais, j'ai ajouté que l'opothérapie thyroïdienne pouvait modifier dans une certaine mesure ce pronostic.

Aujourd'hui, je veux vous parler de l'opothérapie thyroïdienne et de ses effets dans le myxœdème congénital chez les enfants.

Quand on a découvert que le myxœdème était dû à l'absence des sécrétions de la glande thyroïde, à l'athyroïdie, on a pensé à son TRAITEMENT PAR L'INTRODUCTION DANS L'ORGANISME DE LA GLANDE THYROÏDE OU DE SES SÉCRÉTIONS.

Tout d'abord, on a essayé la *greffe de la glande thyroïde.* Schiff l'a réalisée chez le lapin éthyroïdé, Kocher et d'autres chez les myxœdémateux. On a obtenu ainsi des améliorations ; mais, au bout d'un certain temps, l'amélioration ne se poursuivait pas et le myxœdème reparaissait. L'explication de cette action passagère est facile à donner : le greffon ne prend pas racine et se résorbe petit à petit ; quand sa résorption est achevée, le processus reprend. On a abandonné la greffe.

Dans une deuxième étape, on a tenté des *injections sous-cutanées d'extraits des glandes thyroïdes.* C'est Murray qui a imaginé cette thérapeutique. Je me rappelle qu'en 1891, alors que j'étais bénévole dans le service de Charles Bouchard à la Charité, Bouchard et Charrin traitaient une myxœdémateuse par des injections sous-cutanées d'un extrait glycériné de glande thyroïde ; j'ai pu constater les effets favorables de ce traitement. Mais, d'une façon générale, à ce moment, la préparation des extraits n'était pas encore au point, on connaissait mal les doses thérapeutiques, on avait souvent des accidents.

Dans une troisième étape, on a utilisé l'*ingestion de la glande thyroïde crue* de mouton. Ce sont Howitz, de Copenhague, Hector Mackenzie et Fox, de Londres qui, en 1892, ont les premiers employé cette thérapeutique, qui était efficace, mais peu pratique.

Puis, la pharmacologie a fait des progrès et, dans une quatrième étape, on a employé des *préparations thyroïdiennes* : poudre de corps thyroïde desséché, qu'on appelle à tort extrait thyroïdien ; extraits liquides, les uns buvables, les autres injectables. Actuellement, il existe d'excellents produits opothérapiques.

D'autre part, on a introduit dans la thérapeutique des *substances chimiques* extraites du corps thyroïde ou fabriquées par synthèse.

Enfin, les *greffes* paraissent revenir en honneur ; les progrès de la technique ont permis dans certains cas d'obtenir des greffons qui ne se résorbent pas ; M. Serge Voronoff a obtenu quelques résultats intéressants.

Il faut bien connaître les PRODUITS OPOTHÉRAPIQUES que nous utilisons.

Le plus employé est la *poudre de glande thyroïde desséchée,* de mouton ou de bœuf. La glande fraîche est recueillie et pulpée aseptiquement, puis desséchée à froid par des procédés divers,

(1) Myxœdème congénital chez une fille de trois ans et demi. Le *Concours Médical,* nº 7 du 16 février 1939.

notamment dans le vide sur l'acide sulfurique, et enfin pulvérisée. On la prescrit sous forme de cachets, de tablettes ou de comprimés ; les tablettes et les comprimés sont préférables aux cachets.

La valeur de ces poudres est très inégale : suivant les produits, un gramme de poudre, correspond à 3 à 6 grammes de glande fraîche.

Les *extraits liquides* sont préparés par des procédés divers. Les uns sont des extraits buvables : notamment, il en est un, qui contient le suc total obtenu par exolyse de glandes fraîches, dont une cuiller à café correspond à 0 gr. 05 de glande thyroïde. Les autres sont des extraits injectables : 1 c. c. correspond généralement à 0 gr. 10 de glande fraîche ; un extrait préparé par exolyse correspond à 0 gr. 25 de glande fraîche par centimètre cube.

On emploie encore la *thyroxine*, substance cristallisable extraite de la glande thyroïde par Kendall, en 1914, qui contient 65 % d'iode, et fabriquée par synthèse par Harington et Barger, en 1927.

La thyroxine a, d'une façon générale, les propriétés de la glande thyroïde ; mais, pour beaucoup d'auteurs, elle serait moins active que la poudre de glande thyroïde ou les extraits totaux. Elle agit mieux par la voie intra-musculaire que par la voie digestive.

En France, nous avons une thyroxine qui se prescrit :

— en comprimé contenant 0 mgr. 5 de thyroxine ;

— en solution buvable dont 1 c. c. contient 2 mgr. de thyroxine ;

— en ampoule injectable par voie intra-musculaire, de 1 c. c. contenant 1 mgr. de thyroxine.

Suivant les produits, 1 mgr. de thyroxine correspond à 0 gr. 20 ou 0 gr. 40 de poudre

Il faut donc bien connaître les produits utilisés pour réaliser l'opothérapie thyroïdienne. On ne peut pas prescrire indifféremment tel ou tel produit, car ils ne sont pas tous comparables.

La *posologie* n'est pas univoque. Elle diffère suivant l'activité du produit employé, et suivant la sensibilité du malade ; certains malades sont particulièrement sensibles au corps thyroïde, d'autres le sont beaucoup moins. D'une façon générale, les enfants supportent bien l'opothérapie thyroïdienne, même à hautes doses.

Il convient tout d'abord de tâter la susceptibilité du malade ; on commence par des doses faibles, qu'on augmente graduellement.

Chez les enfants, la dose moyenne de poudre de glande thyroïde desséchée (pour une poudre, dont 1 gramme correspond à 4 grammes de glande fraîche) est de 0 gr. 02 par année d'âge, soit 0 gr. 08 de glande fraîche.

Pour les extraits buvables ou injectables, pour la thyroxine, on tient compte des équivalences.

***

Le TRAITEMENT DU MYXŒDÈME CONGÉNITAL doit être institué dès que le diagnostic est porté ; plus tôt, on le commence, meilleurs sont les résultats.

On peut diviser la conduite du traitement en deux périodes :

1° Le *traitement d'attaque* ;

2° Le *traitement d'entretien.*

Le TRAITEMENT D'ATTAQUE doit commencer par des doses faibles, pour tâter la susceptibilité de l'enfant ; puis, si la médication est bien tolérée, on augmente rapidement les doses jusqu'à la dose optima, qui est continuée.

Avec la *poudre de glande thyroïde,* on prescrit par exemple pour un enfant de 5 ans, quotidiennement :

Les 2 premiers jours, 0 gr. 05 (0 gr. 01 par année d'âge)
puis pendant 2 jours, 0 gr. 06,
2 jours. 0 gr. 07,
et ainsi de suite
à partir du 12e jour, 0 gr. 10 c'est-à-dire la dose moyenne (0 gr. 02 par année d'âge).

Si les résultats sont suffisants, on ne dépasse pas cette dose ; s'ils paraissent insuffisants, et si le médicament est bien toléré, on augmente de 0 gr. 01 tous les deux jours jusqu'à 0 gr. 15.

Si les effets sont trop rapides, on diminue la dose.

Comme souvent en thérapeutique, il faut procéder par tâtonnement.

La dose quotidienne est répartie en deux prises. On administre la poudre mélangée avec du sucre, en poudre ou avec des confitures.

Pour les *extraits injectables,* on suit la même technique.

Les injections sont généralement considérées comme n'étant pas plus actives que l'ingestion. Pour le traitement d'attaque, il m'a semblé dans certains cas qu'elles étaient plus efficaces.

La dose convenable étant atteinte, on doit continuer le traitement, soit d'une façon continue, tous les jours, soit d'une façon discontinue, par séries de 25 jours et repos de 5 jours.

Le traitement d'attaque doit durer assez longtemps, pendant 3, 4 ou 5 mois.

Il arrive un moment, où le malade ne progresse plus nettement. C'est alors qu'on institue le traitement d'entretien.

Pour le TRAITEMENT D'ENTRETIEN, il n'est plus utile d'avoir recours aux injections sous-cutanées ; la voie buccale est suffisante. On donne des doses plus faibles que pour le traitement d'attaque, par exemple : on donne 0 gr. 05 à la place

de 0 gr. 10. On peut varier la conduite du traitement :

ou : Cure de quinze jours,
Repos de quinze jours,

ou : Cure de dix jours,
Repos de dix jours,

ou : Cure quotidienne avec repos d'un ou deux jours chaque semaine,

ou une dose tous les deux jours.

Toutes les combinaisons sont valables. Mais il faut continuer le traitement indéfiniment,

Examinons maintenant les EFFETS DU TRAITEMENT :

L'opothérapie thyroïdienne est le type de l'*opothérapie substitutive*, c'est-à-dire qu'elle introduit dans l'organisme les substances contenues en réserve dans la glande. Cette action substitutive est très spéciale à l'opothérapie thyroïdienne, car la glande thyroïde est, parmi les glandes endocrines, celle qui a les réserves les plus importantes.

Les produits, que contient la glande thyroïde, ont une action *excitante fonctionnelle* ; on les appelle, depuis Starling, en 1905, des *hormones* (ορμάω, j'excite). Ils ont, en outre, une *action morphogène* ; ils président à l'édification des tissus, régissent le développement de l'individu : Gley les a appelés *harmozones* (αρμόζω, je règle, je dirige).

Les observations cliniques, quelques recherches de laboratoire permettent de suivre les effets du traitement. Ils sont simultanés ; mais il est nécessaire pour les décrire de les étudier successivement.

L'*habitus du corps* se modifie : l'infiltration des tissus, l'épaississement des téguments diminuent ; les traits deviennent moins grossiers ; le regard devient plus vif, l'enfant présente moins de torpeur, d'apathie ; il devient un peu plus actif.

Le *poids* demande à être étudié en tenant compte des indications, que je vous ai données samedi dernier. Il faut le comparer avec celui des sujets de même taille, et non avec ceux du même âge.

Il se comporte de façon variable.

Il y a des cas, où il diminue ; si *la baisse* est rapide, il faut penser à une tolérance défectueuse ou à une dose trop forte. Il faut alors diminuer les doses ou même interrompre.

Généralement, le poids augmente, soit après une baisse ou une stagnation initiales, soit d'emblée.

Cette augmentation n'est pas due à l'infiltration des tissus ; elle est due à l'amélioration de l'appétit et de la nutrition : l'organisme fabrique de la graisse, du muscle, de l'os ; les organes grossissent.

Voici les effets sur le poids chez les malades dont je vous ai parlé samedi dernier :

Louise. — Opothérapie : 13 mois. — Ses poids sont :

à 6 ans 7 mois, 15 kg. pour 82 cm. T = 2 ans 7 mois
à 7 ans 8 mois, 18 kg. 500 pour 89 cm. T = 3 ans 7 mois
Accroissement pondéral : 3 kg. 500. soit 23 %.

Henriette. — Opothérapie : 18 mois. — Ses poids sont :

à 10 ans 3 mois, 16 kg. pour 90 cm. T = 3 ans 9 mois
à 11 ans 9 mois, 19 kg. pour 95 cm. T = 4 ans 6 mois
Accroissement pondéral : 3 kg., soit 15 %.

Comparons ces poids avec ceux des filles normales de même taille :

Témoin de Louise :

à 2 ans 7 mois, le poids est de 12 kg. 150
à 3 ans 7 mois, le poids est de 13 kg. 300
Accroissement pondéral : 1 kg. 150, soit 9 %.

Témoin d'Henriette :

à 3 ans 9 mois, le poids est de 13 kg. 500
à 4 ans 6 mois, le poids est de 14 kg. 600
Accroissement podnéral : 1 kg. 100, soit 8 %.

Si on calcule l'excès pondéral pour la taille :

pour Louise, il passe de 19 % à 37 %
pour Henriette, il passe de 16 % à 31 %

Lucienne est traitée de 13 ans 4 mois à 21ans, pendant 7 ans 6 mois.

Ses poids sont :

à 13 ans 4 mois, 22 kg. 850 pour 103 cm. T. 5 ans 10 mois
à 21 ans, 45 kg. pour 132 cm. T. 10 ans 8 mois
Accroissement pondéral : 22 kg. 150, soit 96 %.

Les *filles normales* de même taille pèsent :

à 5 ans 10 mois, 16 kg. 600
à 10 ans 8 mois, 28 kg. 300
Accroissement pondéral : 11 kg. 700, soit 11 %.

L'*excès pondéral* pour la taille est :

à 13 ans 4 mois : 37 %
à 21 ans : 59 %

Ces myxœdémateuses ont donc augmenté de poids, beaucoup plus que les filles normales de même taille. L'excès pondéral pour la taille s'est accru dans de fortes proportions.

Somme toute : l'opothérapie thyroïdienne peut, au début, provoquer une chute du poids due à la résorption de l'infiltration. Mais, en règle générale, parfois dès le début et toujours dans la suite, elle entraîne l'augmentation du poids et celle-ci est supérieure chez ces malades à celle des sujets normaux de même taille.

Contrairement à une opinion très répandue, l'opothérapie thyroïdienne ne fait pas maigrir ;

elle fait engraisser. On dit qu'il existe une obésité par hypothyroïdie ; cette opinion ne me paraît pas soutenable, comme je l'ai montré en étudiant les obésités des enfants.

Pour étudier l'influence de l'opothérapie thyroïdienne sur la *croissance staturale*, il faut comparer la croissance du myxœdémateux avec celle des enfants de même taille pendant le même temps, et constater les modifications de la réduction staturale pour l'âge.

Voici quelques observations.

	Age	Taille cm.	Age correspondant	Taille moyenne cm.	Réduction staturale pour l'âge %
Roger..................	2 ans 2 mois	62	4 mois	62	23
	3 ans 6 mois	64	6 mois	76	31
croiss. stat. en 16 mois...		2		14	augmente
B. 459. Fille	2 ans 8 mois	72	1 an 2 mois	72	12
	3 ans 10 mois	80	2 ans	80	12
croiss. stat. en 14 mois....		8		8	ne change pas
Louise..................	6 ans 7 mois	82	2 ans 7 mois	82	23
	7 ans 8 mois	89	3 ans 7 mois	89,5	21
croiss. stat. en 13 mois ...		7		7,5	légère diminution
Henriette................	10 ans 3 mois	90	3 ans 9 mois	90	29
	12 ans 6 mois	96	4 ans 8 mois	104	32
croiss. stat. en 2 ans 3 mois		6		14	augmente

Particulièrement intéressante est l'observation de Lucienne :

	Age	Taille cm.	Age correspondant	Taille moyenne cm.	Réduction staturale pour l'âge %
Lucienne................	13 ans 4 mois	103	5 ans 10 mois	103	29
	21 ans	132	10 ans 8 mois	148	15
croiss. stat. en 7 ans 8 mois		29		45	diminue

Cette croissance staturale peut être divisée en 2 périodes :

	Age	Taille cm.	Age correspondant	Taille moyenne cm.	Réduction staturale pour l'âge %
1re période...............	13 ans 4 mois	103	5 ans 10 mois	103	29
	18 ans 4 mois	117	8 ans 3 mois	133,5	24
croiss. stat. en 5 ans.......		14		30,5	
2e période..............	18 ans 4 mois	117	8 ans 3 mois	133,5	24
	21 ans	132	10 ans 8 mois	148	15
croiss. stat. en 2 ans 8 mois		15		14,5	

Il y a donc une première période pendant laquelle l'accroissement a été très inférieur à l'accroissement moyen des filles de même taille ; une seconde, pendant laquelle l'accroissement a été semblable à l'accroissement moyen.

Somme toute, la croissance staturale des myxœdémateux soumis à l'opothérapie thyroïdienne, comparée avec celle des enfants de même taille, qui sont beaucoup plus jeunes, est tantôt parallèle, tantôt et généralement inférieure. La réduction staturale pour l'âge tantôt ne change pas, tantôt augmente, tantôt diminue. La différence tient, pour une part, aux différences de la croissance suivant les périodes de l'enfance et de la jeunesse. La croissance des filles est rapide avant 13 ans ; puis, à partir de cet âge, l'accroissement se ralentit de plus en plus, le myxœdémateux continue de grandir et sa taille se rapproche ainsi de celle des sujets de taille moyenne. Pour Lucienne, la réduction staturale pour l'âge a diminué de 13 à 21 ans, parce qu'elle a grandi de 29 cm., tandis que les filles de même âge grandissent seulement de 10 cm.

Je vous disais l'autre jour qu'il fallait tenir grand compte des *accroissements segmentaires*, c'est-à-dire du buste et des membres inférieurs, et que les myxœdémateux étaient brakyskèles.

Voici comment se comportent des myxœdémateux soumis à l'opothérapie thyroïdienne.

Roger	$\frac{S}{B}$	$\frac{S}{B}$ des enfants normaux de même taille
à 2 ans 2 mois	0,55	0,59
à 3 ans 6 mois	0,52	0,62

En 16 mois, sa taille s'est accrue de 2 cm. surtout par le buste.

L'observation de *Lucienne* est particulièrement intéressante à cause de sa longue durée :

	Lucienne				Fille normale de même taille		
	T	B	S	$\frac{S}{B}$	B	S	$\frac{S}{B}$
	cm.	cm.	cm.		cm.	cm.	
13 ans 10 mois	105	59,5	45,5	0,76	59,5	45,5	0,76
15 ans.......	108	59	49	0,83	60,5	47,5	0,78
16 ans 8 mois	114	65	49	0,75	64	50	0,78
19 ans 8 mois	126	68,5	57,5	0,83	66,5	59,5	0,89
21 ans.......	132	73,5	58,5	0,79	69	63	0,91

De 13 ans 10 mois à 21 ans l'accroissement statural est de 27 cm.

Les accroissements segmentaires, comparés avec ceux d'une fille de même taille, sont :

	Lucienne	*Fille normale*
Accroissement de B.	14 cm.	9 cm. 5
Accroissement de S.	13 cm.	17 cm. 5
Total	27 cm.	27 cm.

Chez Lucienne, les accroissements du buste et des membres inférieurs sont à peu près égaux. Au contraire, chez la fille normale, l'accroissement des membres inférieurs est supérieur à celui du buste. Le rapport $\frac{S}{B}$ de Lucienne est toujours inférieur à celui des filles de même taille.

La brakyskélie persiste ; elle est un caractère indélébile du myxœdémateux, même quand il est traité.

L'opothérapie thyroïdienne a une action stimulante sur la croissance staturale, mais celle-ci est anormale ; elle se fait peu par les membres inférieurs, surtout par le buste.

Notons cependant que, chez Lucienne, de 13 ans 10 mois à 15 ans, la croissance staturale s'est effectuée par les membres inférieurs, et qu'à ce moment $\frac{S}{B}$ a été supérieur à celui des filles de même taille.

Nous pouvons suivre l'action de l'opothérapie thyroïdienne sur le squelette. Voici les radiographies du poignet et de la main de quelques-uns de nos myxœdémateux, au cours du traitement.

Roger :

A 3 ans 6 mois, après un traitement de 16 mois ; il n'y a aucun point d'ossification épiphysaire au niveau du radius, du cubitus, des métacarpiens, des phalanges, aucun point osseux au niveau du carpe. L'ossification est celle d'un nouveau-né. Roger à la taille d'un garçon de 6 mois.

Henriette :

A 10 ans 3 mois, avant le traitement, on voit un seul point osseux dans l'épiphyse du radius ; il n'y a pas de point épiphysaire au niveau des phalanges et des métacarpiens ; il existe seulement deux points osseux à peine visibles, au niveau du carpe. L'ossifficetion est celle d'une fille d'un an. Henriette a la taille d'une fillette de 3 ans 9 mois.

Après 18 mois de traitement, à 11 ans 9 mois, on constate que le noyau épiphysaire du radius est un peu plus allongé, un peu plus épais et commence à dessiner le cartilage de conjugaison ; on ne voit pas encore de noyau épiphysaire au niveau des métacarpiens ni des phalanges ; au carpe, les deux points osseux, qui existaient déjà, ont un peu progressé et un troisième, très grêle, est apparu. L'ossification est celle d'un enfant de 3 ans au plus. La taille est celle d'une fille de 4 ans 6 mois.

Lucienne :

A 15 ans 4 mois, traitée depuis 1 an 9 mois : les noyaux épiphysaires du cubitus et du radius sont assez bien développés, allongés ; les cartilages de conjugaison sont larges ; tous les points osseux épiphysaires des métacarpiens et des phalanges sont assez bien développés.

Au carpe, il y a 7 os, dont 4 petits.

L'ossification est celle d'une fille de 7 ans. La taille est celle d'une fille de 6 ans 10 mois.

A 18 ans, traitée depuis 4 ans 6 mois : les os du carpe sont plus gros, les noyaux épiphysaires sont égaliment plus gros ; les cartilages de conjugaison sont toujours larges et très apparents.

L'ossification est celle de la dixième année. La taille est celle d'une fille de 8 ans 7 mois.

A 19 ans 7 mois, traitée depuis 6 ans : les os du carpe sont plus gros les cartilages de conjugaison sont toujours larges et très apparents.

L'ossification est celle de la douzième année. La taille est celle d'une fille de 10 ans.

Les cartilages de conjugaison ne sont pas soudés, alors qu'ils devraient l'être à cet âge ; il est permis de penser que les enfants peuvent être susceptibles de grandir à des âges, où la croissance staturale est arrêtée chez un sujet normal.

Somme toute : la radiologie permet de constater que l'opothérapie thyroïdienne stimule l'apparition et le développement des os du carpe, des os épiphysaires ; elle stimule également la prolifération du cartilage ; mais les processus ostéo-cartilagineux restent en retard pour l'âge ; l'ossification est approximativement celle des enfants dont les myxœdémateux ont la taille.

Le *périmètre thoracique* augmente davantage chez les enfants myxœdémateux que chez les enfants normaux. Le thorax est volumineux.

Coefficient de Pignet. — Ce coefficient, vous vous le rappelez, s'obtient par la formule T — (P + Pt). Il est très faible chez le myxœdémateux, parce que le poids et le périmètre thoracique sont forts pour la taille.

Voici quelques exemples :

	Ages	Coefficient de Pignet	Coefficient de Pignet pour la taille	Réduction %
Roger	3 ans 6 mois	4,2	40	89
Louise ...	7 ans 8 mois	12,5	24	47
Henriette .	11 ans 9 mois	7,5	28	73
Lucienne .	13 ans 9 mois	17,5	32,8	46
	15 ans	10,6	35,4	70
	16 ans 8 mois	6	38,2	84
	19 ans 8 mois	6,8	40,8	83
	21 ans	6,6	41,2	83

Pour la taille, le coefficient de Pignet est très faible et la réduction très forte. Cela tient non pas à ce que les myxœdémateux sont robustes ; cela veut dire qu'ils sont très corpulents. Lucienne, dont le coefficient de Pignet est très faible et se stabilise à partir de 16 ans, est très grosse. Elle l'est encore à 24 ans, comme le relate M. Pierre Carlet-Soulage, en 1832, dans sa thèse de Paris : *Histoire d'une myxœdémateuse congénitale.*

La *puberté,* chez les filles, débute à 12 ans, éclot à 13 ans et s'achève à 15 ans ; ces dates peuvent varier dans une large mesure chez les filles normales.

Voyons les myxœdémateuses :

Henriette, à 12 ans 6 mois, après 2 ans de traitement, ne présente aucun signe de puberté.

Chez *Lucienne,* l'opothérapie est commencée à 13 ans 4 mois.

— à 15 ans 5 mois : elle ne présente aucun signe de puberté ;

— à 17 ans 6 mois : les seins sont formés, mais on ne sent pas la glande mammaire ; ils sont graisseux ; il n'y a aucun poil pubien, ni axillaire ;

— à 18 ans 4 mois : surviennent les premières règles, avec des métrorragies abondantes ; puis les menstruations sont irrégulières.

— à 19 ans 5 mois : la morphologie est grossièrement féminine ; les menstruations sont régulières.

Il convient de noter l'importance des hémorragies et des métrorragies au moment de la formation ; elles ont été assez abondantes pour nécessiter des soins spéciaux.

On voit quelquefois des hémorragies se produire à ce moment. Etienne et Richard, en 1923, ont observé, chez une myxœdémateuse de 13 ans, des métrorragies qui ont cédé au renforcement du traitement thyroïdien.

Il est difficile de se faire une opinion au sujet de l'influence de l'opothérapie thyroïdienne sur les hémorragies génitales.

Les femmes atteintes d'hypothyroïdie ont fréquemment des ménorragies, dans trois quarts des cas d'après Gerdinez Hill et Smith, en 1927.

Les femmes atteintes de maladie de Basedow présentent le plus souvent de l'aménorrhée, mais ont quelquefois des métrorragies.

Certains auteurs distinguent : des métrorragies par hyperthyroïdie, qui seraient aggravées par l'opothérapie thyroïdienne ; des métrorragies par hypothyroïdie qui guériraient par l'opothérapie thyroïdienne.

Divers auteurs traitent les ménorragies par des petites doses de glande thyroïde pendant les dix jours, qui précèdent les règles ; ce traitement peut même provoquer des retards dans leur apparition.

Il y a donc beaucoup d'incertitude et d'inconnu dans ces questions.

Dans certains cas, les effets de l'opothérapie thyroïdienne sur l'appareil génital sont particulièrement heureux.

Yvonne est une myxœdémateuse, que j'ai traitée par l'opothérapie thyroïdienne depuis l'âge de 7 ans ; elle avait déjà été traitée antérieurement, était améliorée et je ne suis pas sûr qu'elle eût une aplasie de la glande thyroïde.

A 12 ans : apparaissent les premiers signes de puberté.

A 13 ans : les poils pubiens et axillaires se développent, les seins commencent à se former.

A 13 ans 1/2 : surviennent les premières règles.

Dans la suite les menstruations sont plus ou moins régulières, souvent peu abondantes, avec des périodes d'aménorrhée.

Elle se marie à 24 ans. Onze mois après, elle a une fille normale, que j'ai vue ; il y a quelques semaines (elle a 30 ans), elle a eu un fils que je ne connais pas.

Notons qu'à 23 ans, cette fille était petite, mesurait 144 cent. 5 (taille de 12 ans 7 mois), au lieu de 156, et pesait 40 kgr. 100 au lieu de 36 kgr. pour sa taille ; elle avait un périmètre thoracique de 61 cent. 5 au lieu de 66 cent. pour sa taille.

En même temps, que les modifications physiques, se produisent des modifications de l'*état intellectuel, psychique et moral.*

L'idiotie régresse ; l'intelligence s'éveille ; l'enfant s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, reconnaît les personnes de son entourage, a quelques sentiments affectifs, apprend à parler, est susceptible de recevoir une instruction rudimentaire. Le sujet est plus actif, marche, va et vient. Ce n'est plus un idiot complet, mais un idiot incomplet ou un arriéré intellectuel. Rarement l'intelligence se développe suffisamment pour permettre l'exercice d'une profession. Le myxœdémateux est un client d'asile.

Je n'insiste pas sur les *autres modifications,* qu'on constate chez les myxœdémateux soumis à l'opothérapie; elles ne sont pas spéciales au myxœdème des enfants.

La température s'élève, la monothermie diminue à mesure que l'activité augmente. L'anémie, si elle existait, diminue.

Le métabolisme de base s'élève. Avec Henri

Janet, à la *SociétéMédicale des Hôpitaux de Paris*, le 31 mars 1922, à propos de Lucienne, nous avons donné une *Etude du métabolisme basal dans un cas de myxœdème congénital traité par l'extrait thyroïdien.* Nous avons établi qu'avant le traitement, le métabolisme basal était bas ; que, pendant le traitement, celui-ci s'élevait lentement et devevait normal ; qu'après la suppression du traitement, il s'abaissait au bout d'un certain temps puis remontait quand on reprenaitle traitement.

Le taux du cholestérol sanguin diminue, tandis que le métabolisme de base s'élève. Pour les malades étudiés par M. Briskas, les moyennes sont 3 gr. 47 %° avant le traitement ; 2 gr. 16, après.

Dans le myxœdème congénital, l'opothérapie thyroïdienne est généralement bien supportée ; avec des bons produits et des doses appropriées, en prenant les précautions voulues, on n'a guère d'accidents. Les enfants tolèrent très bien l'opothérapie thyroïdienne ; il ne faut pas avoir peur d'aller à des doses suffisantes, surtout pour le traitement d'attaque, naturellement en surveillant les malades.

Avec l'opothérapie, le PRONOSTIC du myxœdème congénital se trouve amélioré, mais il reste toutefois assez sombre. L'enfant reste toujours un myxœdémateux ; il ne devient pas un individu normal ; il faut toujours continuer le traitement.

Au *VII*e *Congrès de Pédiatrie du Nord*, tenu à Oslo les 27-29 juin 1938, publié dans le vol. XXIV des *Acta Pediatrica*, M. Odd Marvel, dans une communication sur *Congenital Myxœdema*, donne une statistique portant sur seize cas (14 filles et 2 garçons). Ces malades ont été observés de 6 à 32 ans.

Douze malades, soit 75 %, âgés de plus de 15 ans, ont atteint des tailles normales, mais leurs membres inférieurs sont restés courts. Le développement intellectuel a été faible ; huit, soit 50 %, sont restés idiots.

***

Voici ce que nous avons constaté chez Denise, que je vous ai présentée samedi dernier, et que je vous montre à nouveau, après un mois de traitement.

La *conduite du traitement* a été la suivante :

Du 28 au 31 mars : chaque jour 1 comprimé de 0 gr. 01 de *glande thyroïde desséchée.*

Ensuite injections sous-cutanées d'un extrait aqueux, dont 1 c. c. correspond à 0 gr. 10 de glande thyroïde desséchée :

du 1er au 5 avril : chaque jour 0 c. c. 5 = 0 gr. 05 de glande thyroïde desséchée ;

du 6 au 10 avril : chaque jour 0 c. c. 8 = 0 gr. 08 de glande thyroïde desséchée ;

du 12 au 18 avril : chaque jour 1 c. c. = 0 gr. 10 de glande thyroïde desséchée ;

du 19 au 20 avril : chaque jour 1 c. c. 5 = 0 gr. 15 de glande thyroïde desséchée ;

du 21 au 28 avril : chaque jour 2 c. c. = 0 gr. 20 de glande thyroïde desséchée.

Total en 32 jours : 0 gr. 04 de poudre *per os.*
3 gr. 25 de poudre en injection
3 gr. 29

Cette fille a donc reçu 3 gr. 29 de corps thyroïde desséché, presque uniquement en injections sous-cutanées.

Le *poids* a été peu modifié :

20 mars..........	11 kg. 850
26 mars..........	11 kg. 800
28 mars..........	*début du traitement*
2 avril..........	12 kg.
9 avril..........	11 kg. 700
17 avril..........	12 kg.
25 avril..........	12 kg.



On ne trouve pas de changement appréciable dans l'infiltration des tissus.

La *taille* est restée la même, si on ne tient pas compte d'un accroissement de 0 cent. 5.

L'*intelligence* a légèrement progressé : à partir du dixième jour du traitement. Denise commence à sourire, devient plus gaie, commence à reconnaître son entourage, répond à l'appel de son nom, s'intéresse au voisinage ; elle prononce deux ou trois mots : bonjour, dodo.

On a l'impression qu'il y a une amélioration psychique, plutôt qu'une amélioration somatique. Le taux du cholestérol sanguin est tombé à 2 gr. 72 ‰ le 11 avril.

Il est trop tôt pour porter un pronostic, mais il est encourageant de noter ces quelques résultats du traitement.

LES SULFAMIDES EN CHIRURGIE

L'emploi des sulfamides en chirurgie a fait l'objet d'une série de communications, à l'Académie de chirurgie. A la vérité, ce sont surtout les résultats donnés par la sulfamidothérapie dans les blessures de guerre, qui ont été présentés, mais de ces travaux et des remarques qu'ils ont suscitées pourront se déduire des données générales dont la chirurgie civile profitera largement.

La discussion a été ouverte par un mémoire de M. Jacques Tréfouël, de l'Institut Pasteur, mémoire intitulé :

Quelques principes théoriques de l'emploi du sulfamide en chirurgie

M. Tréfouël rappelle que le développement de la chimiothérapie anti-bactérienne date de 1935, époque à laquelle Domagk a démontré les propriétés anti-streptococciques de la sulfamidochrysoïdine (ou prontosil) préparée par les chimistes Mietszch et Klarer.

La formule du prontosil (rubiazol I en France) comprend un premier noyau benzénique à fonction sulfamide et un second noyau benzénique à fonctions aminées, les deux noyaux étant réunis par une double liaison azoïque (colorants azoïques).

Etudiant, en collaboration avec Mme Tréfouël, MM. Nitti et Bovet, au laboratoire du Professeur Fourneau, à l'Institut Pasteur, les dérivés du prontosil, M. Tréfouël établit que l'activité du prontosil était due à sa division dans l'organisme en deux éléments, l'un inactif, l'autre, seule partie active, le p-aminophényl-sulfamide (1162 F.)

Tandis que le prontosil n'est pas bactéricide *in vitro*, le sulfamide entrave les cultures microbiennes. Le prontosil, d'autre part, très actif contre le streptocoque, l'est peu ou pas contre la plupart des autres bactéries. L'action du sulfamide, au contraire, se manifeste dans les méningococcies, gonococcies, colibacilloses, gangrènes gazeuses, etc.

Si l'on emploie le prontosil, le médicament est d'abord dédoublé par l'organisme (réduction plus ou moins complète) et si l'on s'adresse au sulfamide, l'effet est direct, à un taux variant avec le patient, l'état du tube digestif, etc.

L'activité du médicament est conditionnée à la fois par la dose de sulfamide des humeurs et par la nature du germe infectieux en cause. A côté de la susceptibilité de certaines espèces bactériennes, il existe l'accoutumance d'autres espèces. De là la nécessité de frapper fort d'emblée, en applications locales comme en traitement général. Localement, une certaine concentration en sulfamide est rendue nécessaire par la présence de peptones (Flemming), les solutions dégradées de peptone inhibant partiellement l'action bactériostatique du sulfamide (Fiels et Woods), ce processus anti-sulfamide paraissant relever de l'acide p. amino-benzoïque.

Le sulfamide est particulièrement diffusible et baigne l'organisme tout entier dans les trois ou quatre heures qui suivent son emploi par voie locale comme par voie générale. Cette diffusibilité entraîne son élimination rapide. Il est nécessaire, dès lors, pour maintenir les concentrations optima, d'avoir recours à des prises fractionnées (voie buccale) ou à de nouvelles applications locales. Enfin, il importe de donner des doses d'abord fortes, puis de les diminuer progressivement afin de permettre le traitement pendant un temps suffisant. Le dosage du sulfamide dans le sang et l'urine (par la technique simple de M. Tréfouël) peut guider à ce point de vue.

Et l'auteur conclut :

Le sulfamide est actif *in vitro* ;

Il est inoffensif pour les cellules animales.

Il est particulièrement diffusible.

Enfin, il est nécessaire de donner d'emblée des doses fortes, puis de les diminuer progressivement pour poursuivre le traitement pendant un temps convenable.

L'action anti-bactérienne de la paraminophényl-sulfamide (1162F)

MM. R. Legroux et F. Nitti présentent les dernières recherches de laboratoire qui peuvent guider les cliniciens dans l'emploi des sulfamides. Ces recherches ont permis de constater que le sulfamide 1162 F, contrairement aux antiseptiques chimiques, est pratiquement sans action nocive sur les cellules des organismes animaux et cependant très actif contre les bactéries. Une dilution à 1 /5.000 de sulfamide empêche le développement, *in vitro*, du bacille du côlon, une dilution à 1 /3.000 empêche la culture du streptocoque, tandis que les cultures de tissus sont encore possibles en présence de 1 /300 de 1162 F. Le mécanisme d'action du sulfamide est le suivant : il suspend la division bactérienne par un effet qualifié de « bactériostatique ».

Dans quelques expériences, cependant, le développement bactérien s'observe du fait de

l'intervention de corps anti-sulfamides, substances qui sont à l'étude. Ces antisulfamides doivent exister chez l'homme — très rarement, il est vrai — et certains malades ont besoin d'être traités par des doses deux ou trois fois plus fortes que les autres.

Quelle quantité de sulfamide peut-on employer chez un malade ? Quelques chirurgiens ont répandu sur une blessure ou dans un péritoine 12 ou 15 grammes de sulfamide, doses utilisées par les chirurgiens américains dans les fractures compliquées. Certains auteurs ont traité les méningites cérébro-spinales par des doses journalières de 12 grammes prises par la bouche. Ces doses ne présentent pas d'inconvénient du moment que le malade est couché. Chez une personne non étendue, une dose de 3 grammes par vingt-quatre heures peut provoquer, par contre, un état de malaise, avec nausées ou étourdissements. Se rappeler cette tolérance du sujet étendu dans son lit.

Sur l'association du traitement sulfamidé préventif au traitement chirurgical précoce des plaies cranio-cérébrales

MM. R. Garcin et J. Guillaume ont associé systématiquement le traitement sulfamidé préventif au traitement chirurgical précoce chez leurs blessés atteints de plaies cranio-cérébrales par projectiles de guerre. Ils n'ont observé ni méningite suppurée ni encéphalite précoce et ils n'ont pas connaissance que des méningo-encéphalites subaiguës soient survenues ultérieurement chez ces malades.

Le traitement sulfamidé a été local : soupoudrage au 1162 F. des plans ostéo-cutanés extra-méningés ; et général : injection intra-musculaire de Dagénan injectable chez les blessés dans le coma, voie buccale ensuite (4 grammes, puis 3 grammes de dagenan). Le traitement a d'ailleurs varié suivant l'importance des lésions ; il a été modéré, « appuyé », ou prolongé suivant les cas. On sait qu'il est classique de s'abstenir de sulfate de soude et de magnésie au cours de la cure sulfamidée. Aussi, pour lutter éventuellement contre l'hypertension cranienne, s'adressera-t-on (médicalement) aux injections intraveineuses de sérum glucosé ou salé hypertonique.

Les auteurs croient à la réelle efficacité préventive de la thérapeutique sulfamidée dans le traitement des plaies cranio-cérébrales. Leurs blessés, toutefois, étaient des sujets jeunes. Peut-être conviendrait-il, chez des blessés d'âge plus avancé et de santé générale moins bonne, d'intervenir à doses plus prudentes. Le dosage de sulfamide dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, par la méthode de M. Tréfouël, permettrait d'atteindre juste la quantité suffisante, sans exagération non utile.

Résultats du traitement des blessures de guerre par les sulfamides

MM. F. d'Allaines et A. Guny ont employé les sulfamides dans le traitement des blessures de guerre pendant les mois de mai et juin 1940. Ils formulent les conclusions suivantes :

L'administration des sulfamides dès le premier pansement et en cours de traitement paraît constituer un important progrès dans le traitement des blessures de guerre. Elle joue un rôle certain dans le traitement préventif de l'infection, en application locale et par la voie digestive ou intra-musculaire, ces diverses voies se complétant et devant être utilisées en même temps, comme l'a indiqué M. Legroux.

Il est nécessaire que le sulfamide en poudre soit porté dans la blessure largement et partout. Toutefois, l'action locale pouvant être à la longue défavorable au processus de cicatrisation, il paraît important de cesser l'administration du médicament dès que son emploi n'est plus indispensable. Bien entendu, l'acte chirurgical doit être pratiqué aussi précocement, aussi minutieusement qu'auparavant.

A propos de la sulfamidothérapie des plaies de guerre

MM. Antoine Basset et Maurice Larget ont utilisé le 1162 F. en crayons, comprimés et poudre, avec des saupoudreurs et des pompes à insufflation dont l'Institut Pasteur les avait largement pourvus.

A leur avis, les sétons par projectiles bénéficient de l'introduction de crayons dans le trajet plus que de l'insufflation de poudre avec une pompe, méthode brutale qui peut augmenter les dégâts des parties molles et, en raison de l'irrégularité du trajet, risque de ne pas donner une répartition uniforme de la poudre insufflée. Les plaies en surface doivent être recouvertes de sulfamide par insufflation ou poudrage dans toute leur étendue et leurs anfractuosités.

L'application locale doit être complétée par l'administration de comprimés *per os*.

La surveillance des quantités de sulfamides éliminées et retenues par l'organisme doit être effectuée par dosage du produit dans l'urine et dans le sang. Il existe une dose optima qu'il faut atteindre et maintenir.

Les sulfamides en chirurgie de guerre

M. Louis Sauvé a employé les sulfamides en chirurgie de guerre par voie externe et par voie interne. Par voie externe, il s'est adressé au septoplix, presque toujours au moyen de l'appareil pulvérisateur de Legroux qui assure une égale répartition de la poudre dans tous les récessus de la plaie. Plus de 2.000 blessés, à

Bégin et au Val-de-Grâce, ont été ainsi soignés.

La pulvérisation de septoplix a été faite dans toutes les régions, non seulement au niveau des larges brèches des membres mais encore au niveau des viscères : cerveau, poumon, plèvres, foie, péritoine, sans que le moindre accident ait été enregistré.

Cinquante-trois cas de gangrène gazeuse ont été observés au Val-de-Grâce sans une seule mort.

Par voie interne, M. Sauvé a administré les sulfamides, à titre préventif et curatif, à la dose de quatre à six comprimés de septoplix ou de dagénan.

Se basant sur l'observation de plus de 2.000 blessés l'auteur estime que l'emploi des sulfamides a transformé le traitement des plaies de guerre. Nous devons cette heureuse transformation aux enseignements de M. Legroux.

Sulfamidothérapie locale et contrôle bactériologique dans les plaies de guerre

Du 12 mai au 12 juin 1940, près de 12.000 blessés sont passés dans les formations sanitaires de MM. Robert Monod et Robert Claisse. Environ 1.000 plaies traitées par les sulfamides en application locale ont été examinées et contrôlées par le laboratoire. Les plaies en question étaient d'ailleurs choisies et il s'est agi, dans les cas rapportés, de blessés atteints d'infection anaérobique (perfringens, groupe vibrion septique) ou streptococcique, ou associée.

Le traitement a été chirurgical, sérique et chimique (dagenan ou septoplix, appliqué ou pulvérisé localement).

Les résultats ont été les suivants. Mortalité globale peu élevée. Pour 69 cas de gangrène gazeuse, 12 décès. Il faut tenir compte, il est vrai, de la température clémente à cette époque et du bon état physique de ces blessés, après une longue période de repos, au début de la période de bataille. Leur résistance a paru à M. Monod beaucoup plus grande que celle des blessés de la Marne ou de Verdun.

Les résultats bactériologiques, très satisfaisants, sont d'interprétation simple. La sulfamidothérapie locale permet un nettoyage bactériologique précoce et rapide des plaies gangréneuses. Dès le deuxième ou le troisième prélèvement, c'est-à-dire de quatre à six jours après l'intervention, on observe des indices bactériologiques de guérison. Mais, il faut souligner que la sulfamidothérapie ne peut en aucun cas remplacer l'intervention chirurgicale, l'excision des tissus contus et infectés. Quelquefois, chez les blessés suivis par MM. Monod et Claisse, le cycle bactériologique régressif ne s'est pas produit malgré le traitement sulfamidé local. Ceci résultait de la persistance d'un foyer de protéolyse important et indiquait que l'exérèse avait été incomplète. Dans quatre cas de ce genre, observés par M. R. Palmer, où la sulfamidothérapie locale avait épuisé son effet, une irrigation des plaies au Dakin a provoqué en quelques jours la stérilisation de ces plaies.

C'est surtout dans les plaies très infectées par les anaérobies que la sulfamidothérapie locale sera utile, associée à la sérothérapie et à l'intervention chirurgicale. Elle a alors une action d'arrêt presque constante sur l'évolution des gangrènes gazeuses. Elle ne saurait dispenser, il va sans dire, des exérèses chirurgicales complètes.

Influence de la sulfamidothérapie sur l'évolution bactériologique des plaies de guerre.

L'opinion de MM. Sarroste et René Fauvert sur la sulfamidothérapie des plaies de guerre est un peu différente de celle des auteurs précédents.

MM. Sarroste et Fauvert ont étudié au point de vue bactériologique quelques cas de fractures ouvertes et de plaies anfractueuses soumises à la sulfamidothérapie générale et locale ; or, les germes microbiens de ces plaies n'ont pas paru avoir diminué sensiblement après l'emploi des sulfamides. Ces auteurs pensent que la doctrine du traitement chirurgical des plaies de guerre (nettoyage, épluchage, etc.), telle que l'a édifiée l'expérience de la guerre 1914-1918, ne doit pas être modifiée, malgré la sulfamidothérapie.

Le rapporteur du travail de MM. Sarroste et Fauvert, M. Soupault, est également d'avis que le nettoyage chirurgical d'une plaie souillée est l'acte nécessaire. Toutefois, l'adjonction de poudre de sulfamide *in situ*, si elle n'est pas indispensable, est favorable. Nous possédons, dit-il, en ce médicament, une arme nouvelle active contre l'infection des plaies. La sulfamidothérapie est un adjuvant précieux des plaies de guerre mais un adjuvant seulement.

P. Lacroix.



L'INSTRUMENTATION DE BADAL MODERNISÉE (1)

Par le Docteur Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

LE PUPILLOMÈTRE DE BADAL

Dans ses *Etudes d'optique physiologique* (2) publiées dans les *Annales d'Oculistique*, en 1880, Badal fit ressortir l'influence exercée par le diamètre de la pupille sur la netteté de la vision :

« C'est à peine, faisait remarquer Badal, si, « dans les traités classiques, quelques lignes sont « consacrées à cette question. Pourtant, la pupille exerce une influence considérable sur l'a- « cuité visuelle par ce seul fait qu'elle tient dans « sa dépendance la grandeur des cercles de dif- « fusion ».

Dès lors, Badal s'attacha à trouver le moyen pratique d'obtenir, suivant une méthode de rigoureuse précision mathématique et à l'aide d'une instrumentation de pratique facile, la mensuration du diamètre pupillaire.

Pour aboutir à cette réalisation, Badal, ainsi qu'il l'avait fait pour la construction de son périmètre portatif, s'inspira de formules optiques formulées par Robert Houdin sur les cercles de diffusion et d'un instrument qu'avait imaginé sur ces principes cet ingénieux physicien.

Robert Houdin avait présenté au Congrès d'Ophtalmologie de Paris, en 1867, un pupillomètre dont il exposa la construction et la théorie.

Le pupillomètre de Robert Houdin se composait d'un petit cylindre en forme d'œilleton qui s'appliquait sur l'orbite devant l'œil et portait à son extrémité opposée une plaque de cuivre percée en son centre de deux très petits orifices capillaires, l'un fixe, l'autre dont la distance au premier pouvait varier et être mesurée à chaque observation. Placé devant l'œil exposé à une large surface suffisamment lumineuse et à la distance de 12 millimètres, position du foyer principal antérieur de l'organe, cet instrument envoyait vers la cornée deux faisceaux coniques de rayons lumineux que la réfraction transformait en faisceaux cylindriques de rayons parallèles et qui dessinaient chacun un cercle de diffusion sur la rétine, cercles ayant pour diamètre celui même de la pupille. Il résultait de ces données théoriques qu'au moment où les cercles de diffusion étaient tangents, la distance des centres était la mesure de leurs diamètres, lequel était égal à celui de la pupille.

Badal fut séduit par l'exactitude des constatations optiques de Robert Houdin et aussi par la simplicité de l'utilisation pratique de l'instrument qui en était la réalisation.

Il en étudia et en approfondit la théorie, il en perfectionna l'instrumentation.

L'exposé qu'il en a donné à la Société de Biologie en 1876 est devenu classique. Il est connu sous le nom de « *principe de Badal* ». Il est basé sur le fait suivant, dont il fut le premier à donner la démonstration mathématique :

« Toutes les fois que deux points lumineux « dessinent sur la rétine des cercles de diffusion « qui se touchent, le diamètre de la pupille est « précisément égal à l'écartement de ces points « lumineux, quelle que soit leur distance de « l'œil... »

Badal généralisait ainsi la théorie qui avait guidé Robert Houdin dans la construction de son instrument ; car Robert Houdin limitait son application au foyer antérieur de l'œil, tandis que Badal l'étendait à toutes les distances.

Le pupillomètre qu'avait construit Robert Houdin était, au moment où Badal le modifia, une curiosité presque de laboratoire qui n'avait pas encore été vulgarisée. Il n'en existait qu'un modèle en bois, assez grossier, dont Giraud-Teulon possédait l'unique spécimen.

Badal le tira de l'oubli, en fit un instrument perfectionné, même élégant et d'utilisation pratique. Le pupillomètre de Badal se compose essentiellement de deux minces plaques métalliques superposées, percées chacune d'une très petite ouverture dite *sténopéique* et disposées de façon que ces deux ouvertures puissent se rapprocher ou s'écarter l'une de l'autre sans jamais être masquées par les parties pleines.

La première plaque est fixe. C'est un disque de quelques centimètres de largeur, formant un tube très court de même diamètre, qui s'applique contre le rebord des arcades orbitaires. Ce tube est en deux parties, rentrant l'une dans l'autre à frottement, de manière à permettre de placer le disque à telle distance de l'œil qu'on le désire.

Au centre de cette première plaque est pratiquée une fente transversale de 15 millimètres environ, limitée en haut par un arc de cercle décrit comme centre. Tout au bord de cette fente, et au zéro de la graduation, est percée une

(1) V. *Concours Médical*, n° 7 du 16 février 1941.
(2) BADAL. Etudes d'optique physiologique (*Ann. d'Ocul.*, t. LXXXIII, p. 81-163-205 et t. LXXXIV, p. 217-1880.)

ouverture aussi étroite que peut le faire le fabricant.

Cette fenêtre est fermée en arrière par une seconde plaque fixée à un pivot, et dont le bord supérieur, percé aussi d'un trou étroit, peut se mouvoir de droite à gauche.

Un levier soudé et caché par la plaque antérieure déborde le disque, de telle sorte qu'il suffit d'un léger mouvement du doigt indicateur pour donner l'écartement voulu. Cet écartement est mesuré à la périphérie du disque, sur une échelle graduée en quarts de millimètre.

Manuel opératoire. — Le pupillomètre est *appliqué contre l'œil* à examiner et l'autre œil étant ouvert, le sujet dirige son regard vers une surface bien éclairée, ou mieux, un ciel bien pur, et amène les deux cercles de diffusion au contact.

A ce moment, le numéro de la graduation correspondant à l'index donne en millimètres le diamètre de la pupille.

Avantages du pupillomètre de Badal. — Le pupillomètre de Badal présente, sur les autres instruments se proposant le même but — mensuration du diamètre de la pupille — l'avantage de fournir des indications précises, mathématiquement établies, et d'être d'un fonctionnement pratique et facile. Le pupillomètre de Follin-Schlœsser n'opère que par comparaison et ne fournit que des indications variables parce que soumises à l'appréciation de chacun. Les pupillomètres de Coccius, de Landolt, les méthodes ophtalmométriques appliquées aux mensurations du diamètre de la pupille impliquait une instrumentation importante, difficilement transportable et les résultats qu'ils fournissent nécessitent des opérations mathématiques compliquées. Quant aux mesures de la pupille par la photographie, est-il besoin de dire que la difficulté de leur réalisation en rend impossible l'utilisation en clinique. Avec le pupillomètre de Badal, il n'en est pas de même. L'instrument, de peu de volume, est facilement transportable — même dans la poche — et il n'est pas besoin de grandes connaissances pour lire, sur l'échelle graduée, le diamètre de la pupille en quarts de millimètre.

Critiques adressées au pupillomètre de Badal. — Ces critiques ne portent pas sur la forme et la disposition de l'appareil dont on ne discute ni la commodité ni la facilité de fonctionnement.

Les reproches adressés au pupillomètre de Badal sont d'ordre mathématique. C'est le principe même de l'appareil, — le *principe de Badal* — qui est mis en cause ; et ce principe étant déclaré faux, il en découlerait que les mensurations fournies le seraient également. Snellen et Landolt (1) décrivant le *pupillomètre de Badal* disent, dans une brève note en bas de page : « La théorie développée par M. Badal est malheureusement inexacte ». Mais ils ne fournissent aucune autre réfutation contradictoire... Ils semblent lui appliquer le reproche qu'ils avaient adressé à un autre pupillomètre, celui de Fiek, dont la disposition peut être rapprochée de celui de Robert Houdin : « Même si le principe de ce pupillomètre « était exact, écrivent-ils, les instruments basés « sur ce principe demeureraient toujours d'un « usage très restreint, attendu qu'ils ne peuvent « être employés que sur des personnes douées « d'un degré d'intelligence suffisant. De plus, le « diamètre de la pupille, ainsi obtenu, est tou- « jours considérablement modifié par l'ombre « que projette l'instrument ».

Pareil reproche ne s'applique-t-il pas aussi bien et avec autant de portée à toutes les observations d'ordre subjectif, à celui de l'acuité visuelle, à celui du sens des couleurs, de la vision binoculaire ?

Nous ne retiendrons que les objections portant sur l'exactitude du principe de Badal. A un premier examen, en effet, l'expérience semble l'infirmer. Quand on éloigne de l'œil les deux trous formant des cercles de diffusion tangente, ces cercles s'éloignent l'un de l'autre et on en conclut à l'inexactitude du principe de Badal, d'après lequel l'écartement des points lumineux est constant, *quelle que soit leur distance à l'œil.* Loin de contredire le principe de Badal, ces faits apportent, au contraire, une démonstration de leur vérité. Que cherche-t-on, en effet, à obtenir ? Le diamètre de la pupille. Or, il faut remarquer que lorsque les plaques percées des deux trous s'éloignent de l'œil, la pupille, mieux éclairée, se rétrécit, le diamètre pupillaire devient plus petit, et c'est précisément celui-là dont on obtient la mensuration. Sulzer (2), qui a répondu aux objections de cet ordre, indique que : « pour être « exacte, l'expérience de Badal doit être faite « avec deux trous pratiqués dans un carton noir « et recouvert de papier transparent.

..... « On voit alors que les mêmes cercles de « diffusion restent tangents, quelle que soit la « distance qui sépare les trous de l'œil, à condi- « tion que l'éclairage reste le même ».

M. H. Bouasse, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse (3), reconnaît le fait que « toutes choses égales, d'ailleurs, le diamètre des « cercles de diffusion est proportionnel à celui de

(1) Snellen et Landolt. Traité d'Ophtalmologie de de Wecker et Landolt, t. I, p. 948 et note p. 949.

(2) Sulzer. Mesure par la perception des cercles de diffusion : *in* Encycl. Frse d'ophtalmologie, t. III, p 817.

(3) H. Bouasse. Optique géométrique élémentaire, p. 256, parag. 180.

« la pupille », ce qui est l'énoncé même du principe de Badal. Par des formules géométriques, il aboutit à une même confirmation. Pourquoi, alors, M. Bouasse, malgré ces démonstrations mathématiques, accuse-t-il le principe de Badal de vouloir « par des applications numériques, « mettre les principes hors de doute... et d'avoir « la prétention de calculer des phénomènes où « interviennent tant de facteurs indéterminables avec précision »... ?

LE PUPILLOMÈTRE DE BADAL MODIFIÉ. — Ainsi que nous l'avons fait pour les autres créations du Professeur Badal — optomètre, périmètre portatif, échiquier — nous nous sommes efforcé de faire bénéficier le pupillomètre des perfectionnements de l'outillage moderne. Nous avons assuré d'abord la fixité de l'instrument et maintenu la position de l'œil examiné à l'aide d'une mentonnière. La deuxième amélioration, la plus importante, porte sur le mode d'éclairage qui, à l'aide d'une lampe à voltage et à éclairement connus, a été rendu suffisant sans être éblouissant ; de la sorte est évitée la contraction pupillaire, obstacle à la mensuration du diamètre normal de la pupille.

Enfin, comme troisième amélioration, nous avons placé devant l'un des trous sténopéiques un diaphragme vert, devant l'autre, un diaphragme rouge, ce qui augmente la facilité et la précision de mensuration et permet, de plus, ainsi que nous l'exposerons plus loin, la pratique de l'expérience de Scheiner.

Déterminations cliniques fournies par le pupillomètre de Badal. — Le *pupillomètre de Badal* permet d'obtenir, avec la facilité et la rapidité indispensable aux examens cliniques et avec précision mathématique — nous l'avons démontré — le diamètre de la pupille. C'est son utilisation principale, mais ce n'est pas la seule. Le pupillomètre de Badal peut encore fournir d'autres indications qui ne sont pas sans importance.

1° *Détermination de la situation des corps flottants dans l'humeur vitrée.* — Utilisant le pupillomètre de Robert Houdinqu'il avait perfectionné, Badal, dans une communication à la Société de biologie, en 1878 (1), fit connaître une « nouvelle méthode pour déterminer la situation des corps qui flottent dans l'humeur vitrée ».

L'épreuve s'effectue en deux opérations distinctes :

La première consiste à mesurer le diamètre de la pupille ; cette donnée s'obtient en quelques secondes, par la simple lecture de la graduation inscrite sur la périphérie du disque.

Dans la deuxième opération, le pupillomètre étant placé au foyer antérieur, c'est-à-dire à 13 millimètres environ en avant de la cornée, il est donné à chacune des ouvertures sténopéiques, un écartement tel que l'ombre du corps flottant se trouve juste à la circonférence des cercles de diffusion.

Par une formule algébrique et mathématique — qu'il nous paraît inutile de reproduire — Badal est arrivé à poser cette loi :

« *La distance cherchée du corps flottant à la « rétine est égale, en millimètres, à vingt fois la dif- « férence entre les deux écartements successifs des « trous du pupillomètre, divisée par le plus grand « de ces écartements.* »

2° *Application du pupillomètre de Badal à l'expérience de Scheiner.* — Par les diaphragmes colorés que nous avons placés devant les orifices sténopéiques du pupillomètre de Badal, cet instrument permet de réaliser l'expérience de Scheiner et d'en tirer ses applications cliniques.

Très brièvement, nous rappellerons en quoi consiste cette expérience : on perce avec une épingle, sur un carton ou une carte de visite, deux trous séparés par un espace moindre que la largeur de la pupille. Le sujet regarde à travers ces trous avec l'œil exploré, l'autre étant masqué, la flamme d'une bougie placée à cinq mètres. S'il voit une seule flamme, il est emmétrope ; s'il en voit deux (en diplopie monoculaire) il est amétrope ; en diplopie homonyme, myope ; en diplopie croisée, hypermétrope. Les optomètres de Thompson, de Parent, de Hassler, de la Mehauté ont réalisé des optomètres utilisant l'expérience de Scheiner et dont la pièce principale est un diaphragme percé de deux trous sténopéiques avec écrans colorés pour faciliter la différenciation. Le pupillomètre de Badal, tel que nous l'avons modifié, répond, plus que tout autre, mieux que tout autre à ce but. Non seulement, il nous fournit — ce que ne font pas les autres instruments de cet ordre — la mensuration du diamètre de la pupille, mais encore il permet le diagnostic des amétropies

Ainsi le pupillomètre de Badal n'est pas seulement un pupillomètre, il est encore un optomètre de Scheiner.



(1) BADAL. Nouvelle méthode pour déterminer la situation des corps qui flottent dans l'humeur vitrée (communication à la Société de Biologie). Séance du 9 mars 1878.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Sur le diabète infantile

D'après le Docteur M. ALBEAUX-FERNET (1)
Chef de clinique à la Faculté de Paris

POURQUOI S'IMPOSE UNE SURVEILLANCE MÉDICALE ÉTROITE

Alors que, chez l'adulte, on peut, dans la majorité des cas, régler pour plusieurs mois la diététique et la thérapeutique, chez l'enfant toute prévision est impossible ; une surveillance incessante, une discipline quotidienne sont nécessaires ; à ce prix seulement, la thérapeutique peut maintenir en échec le diabète infantile, ou même l'améliorer dans d'importantes proportions, alors que son évolution, avant la découverte de l'insuline, n'était que de quelques années.

L'âge, auquel la maladie s'observe avec le plus de fréquence, est situé entre 10 et 15 ans ; mais on a rapporté des cas de moins d'un an, et même d'un an. La règle veut que le diabète ait un caractère d'autant plus évolutif et s'accompagne d'autant plus d'acidose et de dénutrition que le sujet est plus jeune.

L'hérédité semble jouer un rôle important ; le tempérament de l'enfant diabétique correspond souvent à celui de la vieille diathèse neuro-arthritique, englobant des troubles variés : migraine, asthme, eczéma, urticaire. Cette notion est importante à retenir pour l'étude de l'évolution.

Enfin, deux affections peuvent être retenues comme des causes provocatrices indéniables : les oreillons et la syphilis héréditaire ; mais, elles sont loin d'être constamment retrouvées.

En général, le début du diabète infantile est rapide ; il peut même être si brusque qu'il se révèle par un coma, au cours duquel l'analyse systématique des urines fait poser le diagnostic ; bien souvent, c'est la polyurie, qui attire l'attention, polyurie extraordinaire qui peut créer de l'énurésie chez un enfant qui n'avait jamais présenté ce symptôme ; ou bien c'est une polydipsie, et l'entourage s'étonne de cette soif perpétuelle et inexpliquée ; mais un symptôme ne manque pour ainsi dire jamais, c'est une atteinte subite de l'état général avec lassitude, changement de caractère et amaigrissement, qui fait de rapides progrès.

A l'examen, on ne constate aucune atteinte viscérale ; le foie est souvent assez gros, mais on ne trouve aucune des complications habituelles du diabète ; l'artérite est exceptionnelle, les infections cutanées sont très rares.

Le fait capital, sur lequel le pronostic et le traitement vont être basés, c'est la glycosurie, dont il est indispensable d'étudier non seulement le taux par litre et par 24 heures, mais encore d'en préciser les chiffres *plusieurs fois dans la journée*. Faute d'une hospitalisation, l'entourage doit être capable de pratiquer correctement la recherche de l'acétone et du sucre dans les urines, et de faire deux ou trois fois par jour un dosage de la glycosurie sur des échantillons d'urines émises : du lever au repas de midi, du repas de midi au repas du soir, et du coucher au lendemain matin ; il est même bon, dans les premiers jours du traitement, de faire deux analyses dans l'après-midi : du déjeuner au goûter, et du goûter au dîner. Il existe dans le commerce des nécessaires très pratiques pour effectuer ces dosages avec une précision suffisante.

On constate alors souvent un horaire de la glycosurie, et son maximum se place à divers moments de la journée, suivant les sujets : début de matinée, fin de journée, etc. La connaissance de ces faits permet une meilleure répartition des doses d'insuline, et évite des chocs hypoglycémiques souvent sérieux au point de vue clinique, et toujours graves physiologiquement, car on peut penser qu'ils retentissent de façon fâcheuse sur le mécanisme de la glycorégulation. Le repérage de ces moments optima ne saurait en aucun cas être considéré comme définitif ; il change dans le cours de l'évolution ; aussi ne peut-on jamais se dispenser de ces dosages de la glycosurie, répétés trois ou quatre fois dans la journée. Des diabètes paraissent bien équilibrés depuis, plusieurs semaines, et un fait accidentel (colère, contrariété, etc.) est suscepti-

(1) *Journal des Praticiens*, 30 novembre 1940.

ble parfois de causer une élévation subite, souvent passagère de la glycosurie.

L'évolution de la maladie est caractérisée par une instabilité extrême ; même bien traitée à l'aide d'un régime contenant les valeurs énergétiques indispensables au développement de l'enfant, l'affection paraît certains jours en voie de régression, puis subitement, au contraire, s'aggrave de façon inquiétante.

A la longue s'observe toujours un retentissement intellectuel et morphologique : hypotrophie, véritable infantilisme avec absence de caractères sexuels secondaires, chez la petite fille absence de règles.

Tout pronostic en matière de diabète infantile est impossible à établir. Bien traité, on doit obtenir la stabilisation, et on peut espérer la guérison. Mal traité, mal surveillé, comme tous les diabètes avec acidose, on risque de voir subitement survenir un incident redoutable, ou l'aggravation prendre en quelques semaines une allure presque foudroyante.

Le traitement rationnel comprendra le régime et l'insulinothérapie

Non seulement le régime doit vaincre l'hyperglycémie et la glycosurie, tout en restant équilibré, mais il est indispensable qu'il vise un autre principe, qui est capital pour l'enfant : contenir suffisamment de calories pour assurer son entretien, et surtout sa croissance.

Des tables ont été établies, qui donnent, pour chaque âge, la quantité indispensable de calories par kilogramme de poids du corps. Pour appliquer ces données aux enfants diabétiques, il faut se baser non pas sur leur poids réel, mais sur le poids qu'ils *devraient* avoir normalement.

A ce point de vue, on sera très large : l'appétit doit être satisfait ; on ne doit pas être l'esclave de certains régimes vantés par les théoriciens : riches ou en glucides, ou en protides, ou en lipides. Un organisme jeune a besoin de variétés : protides pour les acides aminés, lipides pour les vitamines liposolubles, glucides riches en calories.

Les meilleurs régimes sont ceux de Boulin, qui comportent par kilogramme de poids :

A 5 ans : glucides, 8 gr. ; protides, 3 gr. ; lipides, 4 gr.

10 ans : glucides, 5 gr. ; protides : 2 gr. 5; lipides, 3 gr.

A 15 ans : glucides, 4 gr. ; protides, 1 gr. 5 ; lipides, 2 gr.

Sur ces bases, la ration alimentaire se rapproche, ou tout au moins doit tendre à se rapprocher, de celle de l'enfant normal.

Il est bien entendu que, parmi les glucides, seront proscrits le sucre, le pain, les pâtes, les farines de céréales. Les amidons et les fécules de légumes ou de légumineuses ne seront permis qu'à doses réduites. Par contre, les légumes verts et les fruits peuvent être données assez largement.

Les légumes (choux, poireaux, épinards, salades, endives, fenouil, concombres) peuvent être préparées à la vapeur et servis avec du bouillon de légumes, ou un peu de jus de citron.

Régime varié, abondant, permettant une bonne augmentation de poids, voilà une des conditions essentielles de la thérapeutique. Ce n'est pas tout.

Le diabète infantile est, dans l'immense majorité des cas, un diabète acidosique.

Il est donc indispensable d'avoir recours à l'insuline. Pour l'administrer, on peut admettre en clinique courante qu'une *unité d'insuline brûle* 2 *grammes de glucose* ; c'est sur cette règle très simple qu'il faut construire les grandes lignes du traitement.

On peut donner dans les vingt-quatre heures, moitié moins d'unités d'insuline que le nombre de grammes de glucose urinaire émis ; afin d'éviter les chocs hypoglycémiques, il est indiqué d'espacer les injections en donnant les plus fortes doses au moment des repas. Chaque injection doit être précédée de la réaction à la liqueur de Fehling dans des urines fraîchement émises ; si cette réaction est négative, on supprime ou on diminue la dose d'insuline injectée ; à l'heure où l'injection suivante doit être faite, on pratiquera de nouveau la réaction.

Si la glycosurie disparaît, tandis que l'acétonurie persiste, il faut augmenter la quantité de glucides dans le régime, car c'est la combustion du glucose, sous l'influence de l'insuline, qui réduit l'état d'acidose.

Comment régler le mode d'administration ? Dans la pratique courante, il est bon de ne pas dépasser 40 unités, et il est toujours favorable d'espacer les injections, car la même dose, donnée en plusieurs fois, est plus active que lorsqu'elle est donnée en une seule. La voie sous-cutanée est à préférer. Faire l'injection immédiatement avant le repas, sans que cet intervalle puisse excéder quinze minutes ; ce repas doit renfermer toujours une certaine quantité de glucides ; lorsqu'on ne fait qu'une injection, tous les glucides de la ration quotidienne doivent être donnés à ce moment ; en cas d'injections multiples, ils sont répartis avec les injections.

Si une seule injection doit être faite, le mieux est de la pratiquer avant le petit déjeuner. En cas d'injections répétées, on choisit le dîner pour la deuxième. Dans l'heure qui suit, l'enfant res-



tera au repos ; un jeu violent, une course à bicyclette, modifiant brusquement le taux de la glycémie, peuvent créer des incidents.

Il sera bon de rechercher la glycémie au début du traitement, puis de temps en temps par la suite, à titre de renseignement ; sinon, il suffira de surveiller par l'étude de la glycosurie l'évolution de la maladie.

Telles sont les règles générales de l'insulinothérapie, il est impossible de les préciser davantage pour la cure du diabète infantile, et cela pour de multiples raisons.

Tout d'abord, chaque enfant réagit à son *emploi d'une façon qui lui est particulière ;* d'autre part, l'instabilité même de la maladie oblige sans cesse à modifier la posologie. On peut ajouter que certaines insulines chez certains enfants paraissent agir mieux que d'autres. Surtout, certaines circonstances de la vie imposent des précautions spéciales. C'est ainsi que l'apparition d'une maladie infectieuse, si fréquente dans le jeune âge, doit toujours faire renforcer la cure insulinique, et cela qu'il s'agisse d'une grippe, d'une affection cutanée, d'une fièvre éruptive. Il en est de même lorsqu'on prévoit une intervention chirurgicale, même minime, comme une amygdalectomie ou une paracentèse ; seule une cure insulinique suffisamment poussée est capable d'éviter une poussée d'acidose post-opératoire, qui risquerait d'être mortelle.

Inversement, pendant la période des vacances, l'enfant se livre à un exercice physique plus important ; des accidents d'hypoglycémie risquent de se produire, et l'on peut être amené à diminuer les doses d'insuline.

Il est logique de chercher à faciliter l'adaptation de l'insuline à chaque cas de diabète infantile par l'insuline-protamine-zinc, dont l'action retardée et surtout prolongée présente des avantages incontestables. L'injection quotidienne unique est, d'autre part, plus facilement acceptée par l'enfant. Il ne faudra cependant avoir recours à cette nouvelle insuline qu'après une période de traitement par l'insuline ordinaire, et ne pas *oublier* que la surveillance du petit malade devient beaucoup plus délicate, car l'insuline-protamine-zinc est d'une action très inégale.

En conclusion, l'enfant diabétique doit toujours être soumis à l'insulinothérapie. Lorsqu'on commence à régler le traitement d'un diabète infantile, il faut se souvenir que l'on entreprend une cure de longue haleine, dans laquelle joueront deux armes à double tranchant : l'insuline d'action physiologique complexe ; le régime qui risque à chaque instant d'être déséquilibré et insuffisant. Si l'enfant est docile, si l'entourage est compréhensif, si la surveillance médicale est rigoureuse, une augmentation de poids, un développement harmonieux sont les témoins d'une thérapeutique efficace.

G. Fischer.

DÉFENSE ACTIVE ET DÉFENSE PASSIVE... CONTRE LE FROID

M. P. Portier a présenté à l'Académie de médecine un rapport, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, sur la lutte contre le froid.

Pour nous défendre contre le froid extérieur, nous disposons de deux moyens : la calorigénie interne, par combustion tissulaire — c'est la défense active ; le chauffage des locaux d'habitation et les vêtements — c'est là défense passive.

La combustion des graisses est, dans l'organisme humain, celle qui donne le plus de calories. La combustion des glucides et des protides fournit moitié moins de chaleur. Les exercices physiques augmentent ces combustions. Les éléments utilisés pour la thermogénèse doivent, il va sans dire, être récupérés par l'alimentation, une alimentation riche en graisses principalement.

Parmi les articles de vêtement, les mieux adaptés à la protection contre le froid sont la laine, les tissus de laine et les fourrures. Entre les filaments de la laine et les poils des fourrures stagne de l'air, qui agit comme isolant et protecteur.

On n'oubliera pas que deux vêtements semblables superposés constituent une protection plus efficace qu'un vêtement unique de même étoffe mais d'épaisseur double ; que, dans les sous-vêtements usagés, la laine a subi un tassement qui diminue la couche d'air qu'elle emprisonne. Il y a avantage à dévider cette laine et à tricoter à nouveau le sous-vêtement.

Les enfants, les très jeunes enfants surtout, doivent être plus couverts que les adultes. Leur surface cutanée, relativement au poids, est plus grande, et en outre, chez les nourrissons, l'appareil nerveux de régulation thermique n'a pas achevé son développement (1).

Du fait du rationnement imposé par les circonstances, les moyens de défense contre le froid sont actuellement réduits. M. Portier signale quelques moyens adjuvants, de lutte contre le froid : le séchoir électrique à main des coiffeurs avec lequel on peut injecter de l'air chaud sous les vêtements ; la plaque chauffante électrique qui s'applique autour du thorax, etc. P. L.

(1) M. Ribadeau-Dumas a insisté à l'Académie de médecine sur cette sensibilité au froid des nourrissons, qui doivent être protégés avec soin l'hiver.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Notions récentes sur la thérapeutique des embolies pulmonaires

Au cours d'un exposé long et très documenté, le Professeur M. VILLARET rappelle que le traitement des embolies pulmonaires est aujourd'hui en pleine évolution, car l'aspect symptomatique des accidents et la mort subite, au cours des embolies expérimentales ou pathologiques, ne sont pas dus uniquement à l'obstruction mécanique des artères pulmonaires. L'expérimentation démontre que tout se passe comme si la mort subite était due à un réflexe à point de départ pulmonaire, et que celui-ci ait pour voie principale les gros troncs nerveux végétatifs.

S'appuyant sur des bases physiopathologiques, le traitement curatif envisage la prévention de la thrombose veineuse (avant, pendant et après l'intervention) ; le résultat étant moins que certain, on recherchera les moyens d'entraver la migration du caillot (immobilisation ; novocaïnisation lombaire ; acétylcholine pour déterminer une vasodilatation artérielle, et faciliter ainsi la résorption de l'œdème). Mais ici encore, on est fréquemment surpris par des migrations inattendues ; reste une dernière ressource, empêcher le malade de succomber, si l'accident se produit. Nous avons pour cela à notre disposition les sympathomimétiques (éphédrine, tyramine, adrénaline), les vagolytiques (atropine), et les alcalins (5 à 10 grammes de bicarbonate de soude par jour). Mais de nouvelles recherches s'imposent, car les différences neuro-végétatives individuelles sont si marquées que telle dose d'atropine, d'éphédrine ou d'alcalins, efficace chez un malade, est vraisemblablement très insuffisante chez un autre. On en arrive ainsi au traitement curatif des embolies pulmonaires.

Un point capital, c'est d'avoir prévu à l'avance ce qui doit être fait, car, lorsque le drame survient, c'est une question de minutes, et même de secondes. Il faut agir vite, fort et longtemps, et l'on doit reconnaître ici la prééminence du traitement médical sur le traitement chirurgical.

En présence d'une syncope, d'un état de mort subite (celle-ci étant plus rare que ne le disent les classiques), faire immédiatement la respiration artificielle ; en même temps, pratiquer les injections nécessaires d'atropine, d'adrénaline à fortes doses ; de même pour la papavérine, 5 à 10 centigrammes intra-veineux, à renouveler au bout d'une demi-heure, puis toutes les trois heures jusqu'à atteindre un gramme en vingt-quatre heures ; enfin, les analeptiques respiratoires pour exciter les centres nerveux bulbaires (coramine, pressyl, caféine, inhalations d'oxygène).

Dans les formes angineuses, le médicament de choix, est la morphine à hautes doses, à laquelle on joindra l'atropine, et peut-être l'anesthésie stellaire.

Contre le syndrome asphyxique, la première drogue à employer est la papavérine ; on lui associera immédiatement les sympathomimétiques et les analeptiques respiratoires, soit séparément, soit sous la forme combinée.

Il peut s'agir d'un collapsus cardio-vasculaire grave ; pendant deux heures, quatre heures et même vingt-quatre heures, deux jours quelquefois, le cœur est complètement affolé, le pouls extrêmement rapide, la tension artérielle effondrée. Le malade meurt, si un traitement énergique n'est pas institué avec l'adrénaline, l'éphédrine, en y associant l'ouabaïne et les analeptiques respiratoires.

Enfin, en face de l'infarctus hémoptoïque, accident relativement bénin, avec son point de côté, sa dyspnée, on aura recours à la morphine à hautes doses et à la papavérine. (*Paris Médical*, 23 novembre 1940).

L'avenir des fractures du bassin

Il faut signaler un aperçu très étendu sur cette question, qu'a présenté M. AUVRAY. Cet auteur s'est documenté à l'occasion d'expertises, et ainsi, il ne peut tenir compte des lésions osseuses graves, compliquées de lésions viscérales et vasculaires importantes, et qui, trop souvent, sont suivies de mort. Ne sont pas non plus comprises dans cet exposé les fractures isolées des ailes iliaques généralement assez bénignes, et les fractures du fond du cotyle.

L'auteur envisage deux groupes de fractures : celles qui intéressent l'arc antérieur du bassin : branche horizontale du pubis, branche ischio-pubienne, symphyse, et celles plus complexes qui, intéressant l'arc antérieur, se compliquent de fractures multiples (ailes iliaques, cavité cotyloïde, sacrum, articulation sacro-iliaque).

Après avoir développé leurs séquelles cliniques, M. Auvray conclut que, dans les fractures multiples, le taux de l'invalidité est rarement inférieur à 15 % ; pour plus de la moitié des cas, il oscille entre 30 et 60 %. C'est dire que les fractures intéressant la region pubienne et ses branches peuvent être considérées comme ayant un pronostic bénin, et que, le plus souvent, les sujets atteints sont aptes à reprendre à un moment donné une vie à peu près normale.

(*Gazette des Hôpitaux*, 7 décembre 1940).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la meilleure manière d'utiliser le blé et le pain en période de restriction alimentaire

(M. Gabriel BERTRAND ; 17-12-1940).

Le grain de blé est formé de trois parties : le germe, qui est éliminé au tamisage, l'amande et le son. A l'écrasement du grain, l'amande est transformée, pour une part en farine légère et fine, très amylacée, provenant du centre ; pour une autre part en farine dense, appelée gruau, provenant de la périphérie. Une certaine proportion de l'amande, d'autre part, reste adhérente à la face interne du son.

Par des écrasements et des tamisages successifs, on peut extraire des gruaux et aussi du son de nouvelles quantités de farine, ce qui accroît le rendement et augmente ce que l'on appelle le taux d'extraction.

Jusqu'à quel taux y-a-t-il intérêt — en période de restriction alimentaire — à extraire la farine du blé pour la fabrication du pain ? M. Gabriel Bertrand estime que le blutage de 80 % constitue un maximum ; au-delà, les bénéfices sont inférieurs aux inconvénients.

Les taux d'extraction élevés se font, en effet, aux dépens du gruau adhérent à la face interne du son, ce que l'on nomme la « couche à l'aleurone ». Or, cette couche est composée d'éléments résistants à l'action digestive et, de ce fait, peu utilisables pour l'homme. De l'avis de M. Bertrand, mieux vaut — comme il est d'habitude en période normale — conserver ce son pour l'alimentation du bétail : le rendement alors obtenu sous forme de viande de boucherie est d'un ordre plus important.

Il est bon, en outre, de ne pas nous détourner de la consommation du pain, cet aliment étant à la fois économique et très nourrissant. Le présenter dès lors, sous une forme appétissante et ne pas remplacer systématiquement le pain tendre par le pain rassis.

— M. LAPICQUE discute la valeur des arguments présentés par M. Bertrand. Pour lui, il serait exagéré et inopportun de limiter l'extraction à un maximum de 80 p. 100.

L'étude de la question est renvoyée à la Commission du rationnement alimentaire.

Dystocie par maladie de Nicolas-Favre

(M. Henri VIGNES ; 29-10-1940)

La maladie de Nicolas-Favre détermine volontiers chez la femme des infiltrations périgénitales ou périrectales (esthiomène, paramétrite, rétrécissement rectal) qui peuvent devenir une cause de dystocie.

M. Vignes présente aujourd'hui un type nouveau observé chez une de ses malades ; une dystocie par fistule recto-vaginale due à une maladie de Nicolas-Favre. Pour éviter un éclatement périnéal au moment du dégagement et pour éviter l'infection ascendante, une césarienne suivie d'hystérectomie fut pratiquée.

La synergie des œstrogènes et de la progestérone sur l'endomètre de la femme

(M. L. PORTES ; 29-10-1940)

M. Portes, chez une femme ayant subi une double ovariectomie, a pu réaliser artificiellement les cycles menstruels par l'emploi d'hormones œstrogènes et de progestérone. L'action de ces hormones sur l'endomètre a été vérifiée chaque mois par des biopsies interprétées par M. Varangot. Les doses ont été en moyenne de 10 milligrammes de benzoate d'œstradiol et de 15 milligrammes de progestérone synthétique. On ne saurait, toutefois, tirer des conclusions définitives d'une seule observation.

Les sulfamides considérés comme catalyseurs

(MM. G. JEANNENEY et P. CASTENET ; 19-11-1940)

Etudiant le sang conservé, MM. Jeanneney et Castenet ont été amenés à penser qu'à côté d'autres actions, les sulfamides interviennent, dans toute une série de réactions chimiques utiles à la défense, comme de véritables catalyseurs. La qualité catalytique jouerait un rôle dans les propriétés du médicament.

Ces diverses actions des sulfamides paraissent se compléter les unes les autres — action de salification, formation d'azoprotéides, formation d'acide glycuronique, constitution des anticorps — pour aboutir à une augmentation du pouvoir hémo-bactéricide. Elles éclairent, pensent les auteurs, l'activité anti-infectieuse si remarquable et jusqu'ici encore mal élucidée des sulfamides et des azoïques.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE



Bulletin de l'Actualité

❖ ❖ ❖

UNE RÉFORME A APPORTER AUX ÉTUDES MÉDICALES L'ANATOMIE AU P. C. B.

Par le Docteur P. HARDOUIN,

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes

Au moment où dans toutes les branches de l'activité nationale, on s'efforce de réformer ou d'améliorer les institutions, il me paraît utile de signaler une modification intéressante qui pourrait être apportée à l'enseignement de la médecine.

Depuis de longues années déjà, des changements successifs ont singulièrement modifié le programme des études de jadis, tant pour la durée de la scolarité elle-même portée actuellement à six ans, que pour l'extension des matières d'examen, dont le nombre s'est peu à peu accru avec les découvertes scientifiques nouvelles et l'importance que l'on attribue à certaines d'entre elles.

Toutes ont un intérêt scientifique certain et il serait évidemment souhaitable que les futurs médecins puissent posséder à fond l'anatomie, la physiologie, la chimie, la physique, la bactériologie, la parasitologie, l'obstétrique, etc., etc...

Mais le temps très court dont disposent les étudiants devant un tel programme, leur rend impossible d'assimiler une science aussi universelle. On est obligé en pratique de diviser les cours à l'extrême et de diminuer l'étude de certaines branches fondamentales cependant, comme l'anatomie, pour pouvoir satisfaire aux exigences du programme. Les connaissances restent évidemment superficielles, et l'indulgence extrême s'impose conjointement au moment des examens.

La durée annuelle de la scolarité est, en effet extrêmement restreinte malgré que, par une innovation heureuse, on ait, depuis cette année, fixé au début d'octobre, la date de rentrée de nos étudiants.

Malgré cela, et en tenant compte des vacances, la durée effective de l'enseignement de la médecine n'excède guère sept mois par an.

Je ne parlerai aujourd'hui que des études cliniques de beaucoup les plus importantes pour le futur praticien. Un étudiant, en fin de scolarité, dont l'instruction théorique est restée un peu déficitaire, peut et doit par la suite continuer à travailler, et beaucoup complètent ainsi après la terminaison de leurs études, les notions générales quelque peu sommaires qu'ils ont apprises à l'Ecole.

Par contre, l'étudiant ne peut apprendre la clinique qu'à l'hôpital et le peu de temps dont il dispose exige de lui une assiduité sans défaillance. Mais encore faut-il qu'il y soit préparé et l'on doit lui faciliter son initiation à l'examen du malade. C'est là, tout particulièrement en chirurgie que se rencontre la grosse difficulté en rapport avec l'insuffisance des connaissances anatomiques.

***

Pour l'étudiant de première année, ces connaissances sont totalement inexistantes au début et demeurent presque absolues pendant plusieurs mois. Lentement, il prend connaissance de l'ostéologie, de l'arthrologie, de la myologie. A Pâques, les études anatomiques sont terminées, et c'est avec ce bagage scientifique réduit qu'il aura à écouter et à essayer de comprendre les leçons de clinique.

Je sais bien que, en première année, l'étude de la séméiologie élémentaire et des différentes infections aiguës ou chroniques au lit du malade, ne nécessitent pas des connaissances anatomiques étendues. De plus, les examens cliniques des fractures et des luxations le trouvent suffisamment préparé. Mais, par contre, combien de malades intéressants ne peuvent lui être exposés Impossible de parler devant lui de toutes les

lésions abdominales, des maladies des organes génito-urinaires, ou même simplement des hernies, puisqu'il ignore complètement les rapports indispensables des organes atteints.

Arrivé à la deuxième année, au moins pendant les premiers mois de stage, les mêmes difficultés se renouvellent. S'agit-il d'un fibrome ou d'un kyste ? L'étudiant n'a aucune connaissance de l'utérus ou de l'ovaire autrement que par ouï dire, sans rien savoir de l'aspect ou de la situation des organes malades.

On me dira que, dans ses leçons de clinique chirurgicale, le Professeur pourrait tout d'abord procéder à un court exposé anatomique de la région ou de l'organe atteint, et c'est justement ce qu'il est obligé de faire dans nombre de cas, mais on conçoit ici la difficulté d'exposer au lit d'un malade, si simple que cela paraisse, une leçon d'anatomie sans schémas, à des étudiants qui ignorent tout de la question dont on leur parle. Il faut donc réserver cette manière de procéder à la salle de cours, pour la leçon théorique, où l'on dispose d'un tableau ou de planches anatomiques préparées à l'avance, mais tout ceci est impossible dans une salle d'hôpital.

Depuis bien des années, j'en ai mesuré la difficulté et je pense que, dans l'état actuel de notre enseignement, il n'existe nul remède à cet état de choses.

Il est cependant nécessaire de donner à nos étudiants une connaissance suffisante de l'anatomie avant d'aborder les études cliniques. Certains pays l'ont compris, et chez eux, des cours d'anatomie doivent être suivis parfois pendant longtemps, avant d'être admis à entrer dans les salles des malades. Mais, d'autre part, une pareille manière de procéder offre de graves inconvénients. Elle nécessite en effet, ou bien d'augmenter à nouveau la durée des études médicales, ce qui paraît difficile, ou bien de diminuer le temps des stages cliniques, manière de faire également inacceptable.

La seule solution possible est de pratiquer cet enseignement de l'anatomie préparatoire avant les études de médecine proprement dites, pendant l'année du P. C. B.

Le P. C. N. transformé en P. C. B. en 1934, a surtout pour but de donner aux futurs médecins une culture générale étendue comme l'indique le décret du 23 janvier 1934. Il doit être une année d'initiation qui permette aux étudiants de connaître les faits significatifs, les lois générales, et de savoir de quelles façons sont abordés les grands problèmes que nous posent la nature et la vie. « Les réformes proposées ont été conçues avec la préoccupation de répondre avant tout aux besoins des futurs étudiants en médecine qui partout sont les plus nombreux aux certificats d'études physiques chimiques et naturelles... »

Je ne méconnais pas la valeur d'un pareil enseignement et je comprends l'utilité pour nos étudiants d'élargir leur horizon intellectuel et de se plier aux disciplines scientifiques. Mais je crois que, dans ce programme si vaste destiné presque exclusivement à de futurs étudiants en médecine, il y aurait un immense intérêt à ménager une place à l'étude de l'anatomie humaine au moins aussi intéressante que celle de l'écrevisse et de l'escargot.

Anatomie élémentaire évidemment, ne recherchant pas les détails du ressort de l'enseignement médical proprement dit, mais envisageant une connaissance suffisante des principaux organes du corps avec leurs rapports *importants, qui* donnerait à l'étudiant des notions suffisantes de l'organisme humain, nécessaires pour mieux comprendre l'enseignement clinique au lit du malade.

Un programme minimum comportant en particulier l'étude du poumon et des plèvres, du cœur, de l'estomac et du tube digestif, du foie, des reins, des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme avec la connaissance de leurs principaux rapports, serait évidemment d'une utilité incontestable pour le futur étudiant en médecine. En outre, cette étude rentrerait tout à fait dans l'esprit du décret précité, en augmentant la culture générale de ceux-là même qui ne se destinent pas à la profession médicale.

Je crois que pareille innovation serait facile à réaliser, puisque le même décret comporte que « certaines parties de cet enseignement des sciences physiques chimiques et biologiques peuvent être données dans le cadre des facultés des Sciences par des membres du personnel enseignant des Facultés de médecine » où l'on trouverait des maîtres qualifiés pour l'enseignement de l'anatomie.

Les observations générales annexées au décret indiquent en outre : Tout le certificat doit tendre à donner à de futurs médecins ou de futurs biologistes, les connaissances de base dont ils auront besoin pour suivre avec fruit l'enseignement de leur spécialité.

Or, parmi ces connaissances de base, l'anatomie est certainement une des plus indispensables.

Je crois donc utile d'attirer sur ce point l'attention des autorités compétentes en vue d'une réforme nécessaire et que je souhaite prochaine.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Un médecin peut valablement s'engager à ne pas exercer dans un rayon et pour un temps déterminés

En a-t-on pu douter, nous diront nos lecteurs ?

Quelque curieuse que la chose puisse paraître, on a pu se poser la question, et même la trancher par la négative avec de sérieuses raisons à l'appui. Le grave de cette situation, résultant de la division de la jurisprudence, était l'impossibilité de construire un contrat de remplacement, de collaboration, de société ou de cession de clientèle présentant une sécurité juridique absolue.

En effet, la pièce essentielle de ce contrat, à savoir l'interdiction d'exercice, pouvait être taxée de nullité, en cas de difficulté ultérieure, par un contractant de mauvaise foi, et il y avait des tribunaux pour lui donner gain de cause.

On comprendra donc que le Sou Médical se soit efforcé d'aboutir à l'unité de la jurisprudence sur ce point, et de faire reconnaître la validité d'un tel engagement, d'un usage si courant dans les rapports entre médecins.

Nous avons déjà exposé à nos lecteurs l'arrêt de la Cour de Poitiers, en date du 23 juin 1936, qui fut l'occasion de cette tentative. Tant de choses se sont passées depuis lors que nous croyons cependant utile de rappeler succinctement les faits.

Un médecin, anciennement établi dans une ville de province et à la tête d'une clientèle importante, fit appel à un jeune collaborateur avec lequel il conclut un contrat de société dans le but à la fois de satisfaire aux exigences de cette clientèle et de permettre à ce confrère de s'installer sans frais professionnels. Il était prévu en outre qu'à l'expiration de ce contrat, le collaborateur devait reprendre la succession de son associé. Par contre, en cas de rupture avant terme, il s'engageait à ne pas se rétablir pendant dix années, dans la ville et dans un rayon de trente kilomètres aux alentours.

La rupture ainsi prévue vint justement à se produire par suite de dissentiments personnels entre les associés, sur l'initiative du premier occupant. Toute « affectio societatis » ayant disparu en ces circonstances, le jeune collaborateur s'installant tout bonnement dans la place, se mit à exercer pour son propre compte comme si de rien n'était.

Une action en dommages et intérêts pour contravention aux clauses du contrat sur l'interdiction d'exercice ayant été engagée, le Tribunal de Niort condamna le successeur indésirable à peine d'astreinte, à cesser son activité professionnelle dans la région interdite. Appel fut interjeté par lui devant la Cour de Poitiers. Dans un intéressant arrêt du 23 juin 1936, elle reconnut tout d'abord la validité du contrat d'association intervenu entre ces deux médecins « lequel ne viole ni le droit ni les usages de la profession médicale ». Mais s'arrêtant ensuite à la clause relative à l'interdiction d'exercice, elle se fit soudain d'une intransigeance absolue, et la taxa de « *nulle comme contraire à l'ordre public, parce que faisant échec au droit qu'a tout malade de choisir librement son médecin* ». Elle réformait en conséquence sur ce point le jugement attaqué et permettait ainsi au jeune confrère de satisfaire en toute tranquillité aux désirs et à la confiance de la clientèle de son ex-associé.

Cette décision commençait malheureusement à faire jurisprudence, et un jugement du Tribunal civil de Cusset en date du 9 décembre 1936 annulait à son tour la clause d'engagement de non exercice d'un contrat de remplacement, parce que *l'interdiction frappant le remplaçant a précisément pour objet d'empêcher l'exercice de leur droit de libre choix aux malades se trouvant dans un rayon déterminé.* Il était assez curieux de voir dans le même temps d'autres Cours, plus méridionales encore, considérer le principe du libre choix comme une pure invention des médecins sans valeur juridique, et non opposable en tous cas aux puissantes mutualités !

Mais cette jurisprudence, si elle s'affermissait, pouvait avoir de graves conséquences dans les rapports entre confrères, et créait une prime à la mauvaise foi. Elle était, d'autre part, contraire à d'autres décisions antérieures, dont la plus connue est l'arrêt de la Cour d'Agen du 7 février 1910 (*Concours Médical* 1910.319) qui validait et appliquait un tel engagement de non installation.

Un recours en cassation contre l'arrêt de Poitiers s'imposait donc et fut entrepris par le « Sou Médical ». Par les soins de Me Bernard Auger le recours aboutit à un plein succès, et la *Cour*

suprême, dans un récent arrêt *en date du 20 août 1940 vient de casser l'arrêt attaqué « en tant qu'il a dit nulle et de nul effet la clause d'interdiction de se rétablir. »*

« Le médecin ne fait, en effet, qu'user d'un droit que ne restreint aucune disposition légale lorsqu'en contre-partie d'obligations contractées à son égard dans une convention, il y prend l'engagement de ne plus exercer sa profession dans un rayon déterminé et pendant un certain temps. Dès lors que cet engagement est ainsi limité dans l'espace et dans le temps, il n'a rien d'illicite comme contraire à l'ordre public. »

Le principe est donc très nettement posé, et la question résolue dans le sens que nous n'avions cessé de défendre. Ainsi tout doute se trouve-t-il provisoirement levé sur la validité juridique des engagements pris par les remplaçants, assistants, collaborateurs et médecins cédant leur clientèle. Que deviendrait en effet l'utilité de tels contrats en l'absence de cette indispensable garantie ? Cette sécurité n'est cependant que provisoire, disons-nous. C'est, qu'en effet, il appartiendra au code de déontologie, actuellement en préparation, de fixer éventuellement sur ce point la règle de conduite des médecins et de décider s'il y a lieu de poser des limites à cet engagement de non exercice.

Il semble d'ailleurs que toute la législation actuelle tende à un renforcement de la validité juridique de cet engagement. Les deux décrets de guerre du 11 septembre 1939 et du 20 mai 1940 font mention de l'interdiction temporaire et locale d'exercice sous forme d'obligation légale. Parallèlement, la prohibition générale de toute nouvelle installation, les projets de reclassement et répartition des médecins tendent à donner aux clientèles l'aspect d'une véritable charge et aux cessions une généralité et un caractère quasi-obligatoire qu'elles ne possédaient pas auparavant, à tel point que le Code des impôts sur le revenu a cru devoir leur faire une large place à l'occasion de sa récente réforme. Conséquences bien curieuses et bien inattendues de la réglementation actuelle de la médecine !

Jean MIGNON.

Informations professionnelles

Allocations familiales — Dispenses de cotisation — Sanctions

Après avoir dans les articles précédents (1) posé le principe de l'assujettissement obligatoire des médecins à l'institution des allocations familiales, nous nous proposons aujourd'hui d'analyser les cas dans lesquels les médecins peuvent prétendre à l'exemption du paiement des cotisations, et exposer les sanctions dont sont passibles ceux qui se dérobent à leur devoir de solidarité corporative en se refusant à s'affilier à une caisse de compensation.

EXEMPTIONS

Le gouvernement, mis au courant des charges nouvelles que l'affiliation à une caisse d'allocations familiales allait constituer pour les Travailleurs Indépendants, déjà tellement touchés par les évènements actuels, a décidé aux termes d'un décret interministériel du 1er décembre 1940, que ces derniers pourraient, dans certains cas, être dispensés du paiement de toute cotisation.

Par Travailleurs Indépendants, nous savons qu'il faut entendre les médecins n'ayant aucun aide professionnel.

Les exemptions sont au nombre de deux.

Le bénéfice de la première est accordé aux médecins dont le revenu total, c'est-à-dire médical et personnel, a pendant l'année précédente été inférieur à la moitié du salaire moyen départemental appliqué au lieu de leur domicile.

Prenons par exemple le cas des médecins habitant le département de l'Oise, dans lequel le salaire moyen urbain est de 1.000 francs par mois, soit 12.000 francs par an : tout médecin dont le revenu total aura, au cours de l'année 1940, été inférieur à 6.000 francs, sera dispensé pour l'année 1941 du paiement des cotisations.

La deuxième exemption concerne les familles nombreuses.

Tout médecin, allocataire ou non, *ayant élevé au moins quatre enfants* jusqu'à l'âge de 14 ans, est également dispensé du paiement des cotisations.

Ces exemptions de cotisations ne sont pas accordées *ipso facto* à ceux qui remplissent les conditions exigées. Les bénéficiaires doivent en faire la demande à la caisse d'Allocations Familiales, en l'appuyant de toutes justifications utiles : déclarations d'impôts, extraits du livret de famille...

Les bénéficiaires n'en sont pas moins soumis à l'obligation de s'affilier à la caisse d'Allocations Familiales, et de verser le droit d'entrée, l'avance pour fonds de roulement ainsi que le droit fixe

(1) *Concours Médical* no 47 du 24 novembre 1940, p. 1174 et no 2 du 12 janvier 1941, p. 75.

annuel, car la dispense de paiement ne porte que sur les *cotisations trimestrielles.*

Telles sont les exemptions légales. Mais une décision de l'assemblée générale des adhérents à la caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales peut évidemment décider que les médecins se trouvant dans telle situation précise, seraient également dispensés du paiement des cotisations trimestrielles. On concevrait par exemple que bénéficient de mesures semblables les médecins âgés, les médecins réfugiés...

Sanctions

Le principe de la compensation des charges familiales dans le cadre de la profession sur lequel est basée l'institution des allocations familiales, ne peut évidemment fonctionner que si tous les assujettis adhèrent effectivement à une caisse de compensation et paient régulièrement leurs cotisations.

Aussi nous pensons que les conseils départementaux de l'ordre veilleront tout particulièrement à ce que les médecins inscrits à leur tableau remplissent ces nouvelles obligations.

De plus, le Code de la Famille et les divers textes qui l'ont complété, ont envisagé l'application d'un certain nombre de sanctions contre ceux qui se dérobent volontairement à leurs obligations de solidarité corporative.

La première sanction est administrative. Elle consiste en inscription d'office du récalcitrant par le Préfet, avec majoration des cotisations de 10 %.

La seconde est pénale. Le refus de s'affilier à une caisse de compensation constitue un délit, dont l'auteur peut être poursuivi devant les tribunaux répressifs, et condamné au paiement d'une amende.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps sur ces mesures, mais nous croyons utile de conseiller à tous, et notamment aux médecins non allocataires, de s'affilier dès maintenant à la caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales, car nous croyons savoir qu'ils ne peuvent y trouver que des avantages.

***

Nos lecteurs possèdent maintenant, du moins nous l'espérons, une vue d'ensemble sur la question des allocations familiales.

Nous voudrions pour terminer insister une nouvelle fois sur leur principe et combattre notamment l'erreur de certains qui considèrent les cotisations versées à la caisse d'Allocations Familiales comme un impôt déguisé perçu au profit de l'Etat.

Il n'en est rien. Le rôle des caisses de compensation consiste simplement, après avoir reçu les cotisations, à en répartir le montant entre leurs membres sous forme d'allocations familiales. Les caisses ne font aucun bénéfice : les cotisations sont calculées suivant le taux de compensation propre à la profession, c'est-à-dire suivant le rapport des adhérents au nombre des allocataires.

La répartition des charges familiales se fait dans le cadre de la profession, dont tous les membres contribuent par leur solidarité à aider ceux d'entre eux chargés de famille.

Les médecins ne peuvent d'ailleurs qu'apprécier l'avantage que leur procure la faculté de se trouver réunis dans un même organisme : la caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales, dont ils assurent eux-mêmes l'administration.

Enfin en concluant, dépassons le cadre des allocations familiales telles qu'elles sont réglementées par le Code de la Famille, et souhaitons que soient reprises les suggestions émises depuis longtemps déjà par certains médecins dont les généreuses idées n'ont pas jusqu'à présent trouvé tout l'écho qu'elles méritaient.

Ils proposaient notamment d'accorder une aide matérielle aux familles nombreuses sous forme d'allocations particulières destinées soit à subvenir partiellement aux frais d'éducation des grands enfants (personne n'ignore en effet que ce problème est particulièrement angoissant pour les familles nombreuses alors surtout que le foyer familial est éloigné de tout centre scolaire), soit de faciliter aux fils de médecins la préparation et la poursuite des études médicales...

Il est en effet choquant de penser que c'est justement à l'époque où l'éducation et l'instruction des enfants nécessitent les plus lourds sacrifices de la part des parents que les allocations familiales cessent d'être dues.

Nous nous rendons compte évidemment que de telles mesures ne peuvent se réaliser du jour au lendemain, mais au moment où tant de bonnes volontés s'offrent à collaborer à l'organisation de la corporation médicale il nous a paru opportun de reprendre ces idées.

Brice Maurel.
Docteur en Droit

MOUVEMENT SANITAIRE



Santé publique

Qu'est donc cette Santé publique « sur le plan de laquelle, disions-nous l'autre jour (1), le médecin pourra donner toute sa mesure. »

Voici, en effet, la définition que Littré donne de la médecine : « *Art qui a pour but la conservation de la santé et la guérison de la maladie* ».

Or les médecins avaient trop méconnu la première partie de cette définition. Ils avaient oublié qu'Athena, avant Hygie, était la déesse de la Sagesse et de l'Intelligence, présidant aux arts, aux inventions utiles, aux progrès de la civilisation, qu'Hygie était fille d'Esculape, l'Asclépios des Grecs, dont elle était toujours accompagnée dans les bas-reliefs ou sur les monuments et que les Panathénées étaient à la fois les fêtes de l'Art, de la Force, de la Santé et de l'Adresse.

Or, la *Santé publique*, la Santé nationale comme on disait en 1870, c'est l'ancienne Salubrité publique, complétée et rajeunie par la Loi du 15 février 1902, c'est l'*Hygiène*, l'*Hygiène publique, l'Hygiène et la Médecine sociale* et c'est sur ce domaine que devra, à notre avis, s'étendre la *Corporation de la Santé publique*, où la collaboration de tous est nécessaire, car il faut que la Santé publique et sa propagande pénètrent jusqu'au fin fond des campagnes, parce que, si l'Etat n'a pas compris son devoir, le public non plus n'a pas compris l'importance de l'Hygiène.

L'*Hygiène*, c'est le logement sain, la bonne ordonnance de la Cité, la rénovation de la ferme et du village, l'équipement des campagnes en mettant à leur service les techniques modernes, eau, éclairage, matériel ménager, etc., l'éducation hygiénique et morale des populations, d'où la nécessité des infirmières visiteuses sociales, urbaines et rurales, parmi lesquelles les sages-femmes devraient prendre place.

L'*Hygiène*, c'est l'alimentation saine et suffisante pour tous avec le contrôle sévère des produits d'alimentation et la répression énergique des fraudes, c'est la préparation scrupuleuse des aliments, c'est la question de l'eau potable, celle du lait pur, propre et sain, celle du bon pain, c'est l'inspection des viandes, des œufs, des produits de la mer, c'est leur transport, l'utilisation des frigorifiques, c'est la consommation plus abondante des fruits.

L'*Hygiène*, c'est la culture physique qui fait les hommes, ce sont les facteurs moraux de la santé avec la disparition de l'alcoolisme, la lutte contre l'immoralité publique, l'hygiène physique, l'hygiène morale étant toutes deux sœurs jumelles, ce qui faisait écrire à Cabanis : « La médecine et la morale sont deux sciences qui, *réunies*, composent la science de l'homme. L'une et l'autre reposent sur une base commune qui est la connaissance physique de la nature humaine.

L'*Education populaire de l'Hygiène* doit commencer, dès l'enfance, à l'école. Il faut améliorer l'enseignement de l'Hygiène dans les écoles normales, répandre l'enseignement ménager, créer dans les Universités un institut d'enseignement ménager, d'économie domestique et d'hygiène alimentaire, instituer un service féminin analogue au service militaire qui sera probablement remplacé par un service civil masculin, faire l'éducation sexuelle de cette jeunesse et ce sont les sanitaires qui devront guider toute cette action préparant ainsi d'une manière efficace la *protection de l'enfant, de la mère, de la famille* : la mère, source de vie, qui doit voir sa maternité érigée en fonction sociale, en « maternité-honneur », d'où généralisation des allocations familiales, réglementation du travail féminin, création de maternités rurales, assistance efficace aux mères pauvres, surtout à leur sortie des maternités, aux ouvrières nourrices par l'intermédiaire du service social d'aide aux mères, etc. ; l'enfant que doivent protéger l'examen prénuptial des futurs parents, le dépistage de la syphilis pendant la grossesse, l'allaitement maternel généralisé le plus possible, les visites, les inspections fréquentes dans les crèches, les pouponnières, les garderies, chez les nourrices, d'où développement indispensable de l'enseignement de la puériculture, création d'équipes rurales de puériculture, utilisation au maximum des sages-femmes, création d'un corps d'infirmières visiteuses rurales, toutes sous la direction d'un médecin inspecteur de la protection maternelle et infantile, les Caisses d'Assurances sociales devant s'engager résolument dans cette voie comme pour tout ce qui concerne la Santé publique et la protection de la famille en France et aux Colonies, ainsi que l'avait suggéré la loi.

L'humanité doit à l'enfant ce qu'elle a de meilleur.

Or, le *travail* commence à l'école et tout de suite, on note que l'enfant de 3 à 6 ans est aban-

(1) *Le Concours Médical*, n° 2, 12 janvier 1941.

donné à lui-même, car l'Ecole maternelle n'est pas obligatoire et les parents sont libres de laisser leurs enfants dans les rues, ce qui est un danger moral.

L'Inspection médicale des écoles avec assistantes scolaires doit être généralisée.

L'enfant doit apprendre l'hygiène à l'école (propreté, éducation physique, alimentation, etc.).

Les programmes scolaires doivent être revus en fonction de l'hygiène, les œuvres scolaires et post-scolaires développées : colonies de vacances, écoles de plein air, cantines scolaires, sous le contrôle médical, mutualités scolaires, les associations de parents d'élèves faisant l'éducation des parents éducateurs.

L'adolescent, qu'il travaille au *bureau*, à la *campagne*, à l'*atelier*, doit être surveillé, protégé, c'est toute la *médecine du travail* nouvellement créée et qui s'étend à tous ceux qui travaillent : questions médico-sociales du travail, hygiène et pathologie professionnelles, éducation hygiénique des travailleurs, accidents de travail et leur prévention, hygiène industrielle, travail des femmes et des enfants, chômage, utilisation sociale des infirmes, orientation professionnelle, etc., domaine du *médecin d'usine* pour lequel le Docteur Barthe a tant lutté et que Thoumas a si bien appelé le *médecin ingénieur*, médecin hygiéniste au premier chef, assisté de sa *surintendante d'usine* qui a un rôle moral considérable à jouer.

A la campagne, le travail de l'adolescent doit être pareillement protégé, inspection hygiénique des fermes et des villages, distractions saines et joyeuses, logement des travailleurs agricoles, création du *service social rural*, vacances pour tous : scoutisme, œuvres de jeunesse, tourisme populaire, camping, camps de vacances thermaux et climatiques, maisons de repos, etc.

Tout ceci exige le *rattachement du Service social à la Santé publique*.

Le *service social* est, en effet, l'éducation sociale, l'éducation morale, l'éducation familiale.

C'est aussi le secours apporté par les *travailleuses sociales* à ceux qui souffrent moralement ou physiquement. Elles doivent être les *collaboratrices des médecins à tous les instants*.

Il faut d'immenses qualités à ces travailleuses sociales dont beaucoup sont issues d'excellentes familles. Or, ces travailleuses sociales n'ont pas encore de statut. Elles, comme les sages-femmes, ont besoin que la Corporation de la Santé publique les utilise et les mette à leur place — les autres auxiliaires médicaux ayant la leur — ce que n'avait pas su faire, avant la débâcle, le ministère de la Santé publique.

Service social rural, service social en milieu ouvrier, service social auprès des municipalités, des Assurances sociales, des œuvres privées, dans les écoles, dans les groupes des habitations à bon marché, à l'hôpital, à la police, auprès des émigrants, dans les colonies, etc., toutes les travailleuses sociales auront un rôle capital à jouer. Il faut que ce soit comme représentantes de la Corporation de la Santé publique et non sans l'autorité de n'importe qui, comme elles le sont actuellement. Elles ont fait leurs preuves, nous devons les accueillir, les guider, elles seront nos meilleures propagandistes en même temps que d'excellentes collaboratrices, si nous savons les admettre comme telles. Le médecin n'a pas tout fait quand il a donné ses soins.

La *lutte contre les fléaux sociaux* doit être le résultat des efforts de tous. Le mot dit tout, n'insistons pas.

Par contre, la *médecine préventive* et la *médecine sociale*, dont on a tant parlé, appellent quelques explications.

La *médecine préventive, c'est l'examen sanitaire* préventif périodique, c'est l'examen prénuptial, c'est le carnet de santé, etc., et cet « entretien de la machine humaine » ne nuit en rien à la médecine curative qui doit rester ce qu'elle est.

La *médecine sociale* a pour tâche de préciser l'influence des facteurs sociaux sur la santé et la maladie.

Elle est *collective*, lorsqu'elle recherche l'action des facteurs sociaux sur les groupements humains (logements, salaires, services médicaux, etc.). Elle est *individuelle* ou *clinique*, lorsqu'elle recherche dans un cas particulier (un tuberculeux, un vénérien, un alcoolique, un enfant sous-alimenté, etc.), l'origine sociale de l'état morbide et le remède social à appliquer.

Elle comprend donc : Législation et Organisation médico-sociale, Assistance publique, Organisation hospitalière, Assistance sociale, Prévoyance sociale, Reclassement social, Œuvres sociales, Protection légale des travailleurs et médecine sociale du travail, Médecine sociale de l'alimentation, Médecine sociale de l'enfant (y compris l'écolier), Hygiène du corps et éducation physique, Hygiène mentale et médico-pédagogigie, Législation, Organisations sanitaires, statistiques et démographie, Prophylaxie de la délinquance et des maux sociaux (alcoolisme, toxicomanies, vagabondage, prostitution, criminalité, dégénérescence, paupérisme, biométrie, etc.) (René Sand).

En somme, la médecine sociale est la politique sanitaire et sociale d'une nation, c'est toute la Santé publique, c'est la recherche à tout instant des solutions pratiques que réclament les problèmes posés sans relâche par la vie et la situation nationales (Prof. Parizot).

Il ne peut y avoir d'opportunité plus grande qu'en ce moment de créer la *Corporation de la Santé publique* : Organe technique de conver-

gence, de collaboration et de coordination, synthèse supérieure de tous les efforts, de toutes les activités et de toutes les disciplines qui en sont les facteurs essentiels si l'on veut que soit enfin assurée la rénovation nationale.

Les médecins se rendent-ils compte du rôle essentiel qu'ils ont à jouer dans cette Corporation où, comme nous le montrerons, il s'agit, *non pas d'une fusion des différentes corporations sanitaires, mais d'une collaboration de toutes les corporations qui doivent collaborer au maintien de la Santé publique.*

Le Prof. Tanon a dit : « L'Hygiène est une science d'adaptation. » Si les médecins savent s'adapter, comme nous le leur demandons depuis vingt ans, ils ne manqueront pas d'occasions de s'employer et la question pléthore médicale sera archi-résolue.

Et puis, il n'y a plus à hésiter, le pays souffre et se meurt de toutes les erreurs du passé.

Il faut qu'il vive et c'est nous, les premiers, qui devons lui redonner la vie. Le repeupler, élever ses enfants, protéger leur santé, éviter leur mortalité, veiller à la formation physique et morale de la jeunesse, refaire une race belle et forte, voici la tâche urgente, celle de la Corporation de la Santé publique placée auprès du secrétaire général à la Famille et à la Santé qui a su voir le problème de haut et s'est mis courageusement à l'œuvre malgré l'immensité de la tâche à accomplir.

Nous étudierons ultérieurement les réformes, transformations, suppressions, innovations dont il est l'auteur et qui nous font dire : Cette fois, nous avons un chef à la Santé publique, nous devons nous grouper autour de lui et le suivre.

Je ne puis mieux faire, pour l'instant, que de proposer pour devise-programme à la Corporation de la Santé publique, ce vœu de notre immortel Montaigne, plus que jamais d'actualité : « Dresser non pas des corps, non pas des âmes, mais des hommes ».

Dr G. Boyé.

UN SUPPLÉMENT DE SAVON POUR LES MÉDECINS

Plusieurs lecteurs nous ont déjà demandé de réclamer pour les médecins une dotation supplémentaire de savon.

Il s'agit ici d'un petit à-côté de la pratique professionnelle auquel les organismes chargés du rationnement n'ont probablement pas pensé, puisqu'ils n'ont pris aucune mesure à cet égard, mais qui a cependant une certaine importance pour les médecins.

Ceux-ci ne sont pas en effet de ceux qui peuvent se contenter de se laver les mains le matin au moment de la toilette et avant chaque repas, comme font normalement les gens les plus soucieux de propreté.

Avant et après tout pansement ou toute intervention de petite chirurgie, avant et après toute manœuvre d'exploration ou de simple palpation, ils ont le devoir vis-à-vis du malade d'abord, vis-à-vis d'eux-mêmes ensuite de se laver les mains avec soin.

Un morceau de 100 grammes de savon de Marseille est vite usé à cette pratique et sera loin de suffire à la durée d'un mois pour laquelle il est délivré. Il ne restera plus ensuite aux médecins démunis qu'à se contenter de tremper leurs mains dans l'eau et les essuyer, technique insuffisante pour nettoyer vraiment, décaper la peau, dissoudre les sécrétions grasses, faire disparaître les taches de sang ou le danger de dissémination des matières septiques ou des germes contagieux.

Le rationnement du savon pose, on le voit, chez les médecins un problème urgent d'hygiène publique et de médecine préventive.

Nous signalons le fait à la fois au Ministère de la Santé publique et aux divers Conseils de l'Ordre, tant supérieur que départementaux, afin qu'ils emploient leur influence à faire résoudre ce problème par les autorités compétentes.

MISE AU POINT

Une phrase, extraite de nos colonnes où elle avait été imprimée en 1935, nous a valu, ces jours-ci, l'attaque brusquée et concomitante d'un adhérent du « Sou Médical » et d'un journal quotidien.

Cette phrase, la voici :

« Le jour où la France n'attirera plus les aventuriers du monde entier, c'en sera fait de la France. Ce jour là elle sera descendue au rang d'une Espagne ».

« A cette lecture, dit l'adhérent du « Sou », j'ai cessé mon abonnement au *Concours*, parce que les aventuriers et surtout leurs défenseurs m'écœurent. Cette défense cynique de la racaille dans une revue médicale était un scandale — et un symptôme ! »

Le quotidien, lui, au cours d'une interview accordée à l'un de ses rédacteurs par un médecin, met dans la bouche de celui-ci les propos suivants :

« Saviez-vous que l'un d'eux (un médecin étranger), le nommé Max Fildermann, a osé écrire dans le *Concours Médical*..... (suit la phrase incriminée).

On peut toujours faire pendre un homme avec dix lignes de son écriture.

Il est facile d'attaquer un journal en extrayant une phrase du contexte.

Isolée, celle-ci révolte par son cynisme et le *Concours* serait impardonnable de l'avoir publiée.

En réalité le texte se présente ainsi :

« La lampe attire tout aussi bien les papillons aux ailes artistement coloriées que les vilains moustiques et si la France, par sa beauté morale et physique, attire l'élite du monde, tout naturellement cette attraction s'exerce aussi sur les indésirables, les aventuriers et escrocs de tout acabit, et aussi... les moins désirables, du genre de ceux qui nous occupent aujourd'hui. L'un ne va pas sans l'autre. Sincèrement et en bon Français devons-nous souhaiter que cette attirance cesse ? Pour ma part je dirai que ce serait un grand malheur et, forçant peut-être un peu ma pensée, j'ajouterai que le jour où la France n'attirera plus les aventuriers du monde entier, c'en sera fait de la France : ce jour-là elle sera descendue au rang d'une Espagne ».

On voit que la pensée, ainsi rétablie, prend un tout autre contour.

Nous ne sommes pas surpris qu'un quotidien sollicite les textes de cette étrange façon.

Nous l'avons été davantage qu'un lecteur, un confrère, se soit buté sur une expression que les lignes précédentes situaient à sa véritable valeur.

Et nous lui avons adressé la réponse suivante que nous publions à titre de mise au point nécessaire au cas où l'insidieux quotidien aurait troublé quelques esprits.

Mon cher confrère,

En même temps que nous parvenait votre cotisation au Sou Médical et le rappel de votre désabonnement au *Concours* (et de ses motifs), un ami m'apportait le numéro du journal X. Y. Z. en date d'aujourd'hui. Dans l'article d'un certain R. Jullien-Courtine, le *Concours Médical* se trouvait mis en cause à propos précisément de la phrase que vous citez vous-même ; la coïncidence est tout à fait curieuse.



Si nous ne jugeons pas utile de polémiquer avec un quotidien, il nous est très sensible qu'un adhérent du « Sou Médical » garde à l'égard du *Concours* la prévention qu'exprime votre lettre. Et à vous il est indispensable de répondre.

La phrase incriminée est extraite d'une lettre adressée à notre directeur par M. Fildermann, chirurgien-dentiste, qui en demandait l'insertion. Tout lecteur du *Concours* a le droit de demander à exprimer son opinion dans le journal pourvu que celle-ci ne soit contraire ni au bon sens, ni à la décence, ni aux intérêts légitimes de la nation ou du Corps médical. Le *Concours* s'est toujours honoré de respecter la liberté d'opinion et de répudier les partis-pris.

La conséquence directe c'est qu'il ne prend pas la responsabilité *intellectuelle* de tout ce qu'il imprime ; il lui suffit d'en assumer la responsabilité judiciaire et matérielle. Seuls les articles signés de ceux qui sont nominalement attachés à sa direction ou à sa rédaction l'engagent.

Pour les autres, il est seulement un moyen de diffusion.

M. Fildermann n'appartient à aucun titre au journal ; il a donc exprimé une opinion purement personnelle.

Vous vous êtes attaché au passage où « forçant un peu sa pensée », ainsi qu'il dit lui-même, il donne à celle-ci un tour brutal et paradoxal.

Le reste de la lettre montre à l'évidence que ce qu'il a voulu dire se résume à ceci : la France est un beau et grand pays qui attire les hommes du monde entier, aussi bien la racaille que l'élite ; il est difficile d'exercer de l'attirance sur les uns sans voir aussi affluer les autres. Et mieux vaut que la France garde son prestige au regard du monde, quitte à accueillir parfois des indésirables.

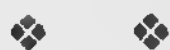
C'est une opinion qu'un bon français peut soutenir.

En résumé, mon cher confrère, je me permets, de vous dire que le *Concours* n'a été en aucune façon coupable et que vous lui faites un reproche immérité. Il a montré en cette affaire de la largeur d'esprit et de la tolérance. Peut-être avons nous été en France trop tolérants et trop épris de liberté parfois ; mais le prix de la liberté n'est-il pas immense et la vie sans elle bien morne ?

Veuillez agréer etc......

Dr G. Lavalée.

Chronique automobile



LA VOITURE A GAZ D'ÉCLAIRAGE

Par Henri PETIT

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique
Rédacteur en chef de la *Technique automobile*

L'utilisation du gaz d'éclairage pour remplacer l'essence est déjà assez ancienne. Sans parler d'essais effectués à la fin du siècle dernier, rappelons qu'en 1917, au moment où les armées alliées avaient de graves inquiétudes sur leurs approvisionnements d'essence, on expérimenta en Angleterre le gaz d'éclairage. Les Anglais avaient d'abord adopté une solution simple : de grands sacs de toile caoutchoutée étaient placés sur le toit des véhicules ; on remplissait ces sacs de gaz à la pression atmosphérique et un tuyau amenait le gaz dans un mélangeur accolé ou substitué au carburateur. Le défaut de cette installation simpliste c'est de ne se prêter qu'à la transformation de véhicules de grande surface, capables, par conséquent, d'emporter un sac de volume assez élevé et n'effectuant qu'un court trajet avec retours fréquents au point de départ. Nous verrons plus loin en effet que pour remplacer un litre d'essence, il faut compter sur une consommation de gaz de l'ordre de deux mètres cubes. Un sac de dix mètres cubes correspond donc à un réservoir de cinq litres, ce qui ne donne naturellement qu'un faible parcours possible surtout pour les véhicules de tonnage important.

La question a été reprise récemment et résolue d'abord d'une façon très analogue : tous les Parisiens peuvent voir, en effet, certains autobus pourvus d'une impériale impressionnante qui contient des sacs à gaz. Les autobus se rechargent à la station de départ, généralement à chaque voyage.

Une autre solution, seule pratique pour ceux qui ont des parcours plus longs à faire, consiste à emmagasiner le gaz sous haute pression dans des réservoirs suffisamment résistants. On peut, de la sorte, en emportant ainsi plusieurs bouteilles, réaliser des parcours de l'ordre de 100 kilomètres et parfois davantage.

L'emmagasinage du gaz dans des bouteilles métalliques fournit la seule solution possible pour les voitures légères dites de tourisme : comme c'est le cas qui nous intéresse le plus, nous l'examinerons avec quelques détails.

Puissance et consommation

Auparavant, voyons ce qu'il adviendra d'une voiture à essence lorsqu'on l'alimentera au gaz.

Deux points sont à considérer : la consommation et la puissance. La consommation est étroitement liée au pouvoir calorifique du combustible. Pratiquement, on peut considérer qu'elle est proportionnelle à ce pouvoir calorifique. Comme on est habitué à compter la consommation en litres d'essence aux 100 kilomètres, nous comparerons donc l'énergie contenue dans un litre d'essence à celle qui est contenue dans un mètre cube de gaz. C'est, en effet, l'unité de volume du gaz qui nous intéresse, puisqu'elle sert de base à la tarification et qu'elle détermine aussi le poids et le volume des récipients où on emmagasinera le combustible.

Le pouvoir calorifique d'un litre d'essence est d'environ 7.800 calories (pouvoir calorifique inférieur). Le pouvoir calorifique d'un mètre cube de gaz était, ces temps derniers, de 4.200 calories. Il a été ramené récemment (à Paris tout au moins) à 3.800 calories. On peut donc dire en gros que, du point de vue énergie calorifique, un litre d'essence correspond à deux mètres cubes de gaz ; en réalité, et pour le trafic normal, l'utilisation du gaz se révèle comme un peu meilleure que celle de l'essence. Grâce au fait que le combustible est gazeux, la consommation n'est pas plus élevée au moment de la mise en régime que pendant la marche normale, ce qui comme on le sait, n'est pas le cas pour l'essence.

Des essais nombreux ont montré que l'équivalence entre le gaz et l'essence était d'autant plus avantageuse pour le gaz que le moteur de la voiture avait un taux de compression plus élevé. Avec des moteurs d'un taux de compression voisin de 7, on arrive à faire le même parcours avec un mètre cube et demi de gaz qu'avec un litre d'essence. Avec des moteurs très peu comprimés au contraire, il faut 2,2 mètres cubes de gaz. On peut compter dans la pratique, une moyenne de 1,9 mètres cubes de gaz pour un litre d'essence. Voilà pour la consommation.

Quant à la puissance du moteur, elle dépend non pas du pouvoir calorifique du combustible mais du pouvoir calorifique *du mélange d'air et de combustible* en proportion correcte pour brûler dans le moteur :

Un mètre cube d'air carburé à l'essence contient environ 850 calories.

Un mètre cube d'air carburé au gaz en contient de 650 à 700, suivant la composition du gaz.

Il faut donc compter que le moteur perdra de

15 à 20 % de sa puissance quand on substituera le gaz à l'essence. Pour diminuer cette perte de puissance, on peut chercher à mieux utiliser le combustible, ce qui est possible, grâce à une augmentation de compression permise par le fait que le gaz est moins détonant que l'essence. On peut, sans inconvénient, porter la compression du moteur jusqu'à 8 et même 9 avec le gaz d'éclairage. On y arrive par des procédés connus : remplacement des pistons, rabotage de la culasse, etc... Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que si l'on a exécuté cette transformation, il n'est plus possible par la suite de marcher à l'essence, ce qui peut être gênant.

La solution la meilleure consisterait évidemment à changer la culasse du moteur pour une culasse à chambre de compression plus petite : certains constructeurs ou fabricants de pièces adaptables offrent à la clientèle des culasses pour marche au gaz ou au gaz pauvre. En gardant l'ancienne culasse, on a la possibilité de revenir, au prix de quelques heures de main-d'œuvre, à la marche à l'essence.

Emmagasinage du gaz

La grande question qui se pose quand on veut marcher au gaz d'éclairage, c'est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, de loger une masse suffisante de combustible à bord de la voiture. On dispose pour cela de bouteilles en métal capables de supporter de fortes pressions internes.

Les bouteilles spécialement fabriquées pour les gaz comprimés peuvent supporter des pressions de 200 à 250 kilos par centimètre carré. Ces bouteilles sont de deux sortes : les bouteilles en acier au carbone ou en acier spécial qui ont sensiblement les mêmes dimensions, soit environ 1 m. 80 de long sur 20 à 25 centimètres de diamètre et que tout le monde connaît pour les avoir vues dans des postes de soudure autogène. Ces bouteilles, qui peuvent contenir de 9 à 10 mètres cubes de gaz (mesurés à la pression atmosphérique) ont une contenance en eau de 45 à 50 litres.

Les bouteilles en acier au carbone pèsent de 75 à 80 kilos pièce.

Les bouteilles en acier spécial, de 50 à 55 kilos. Ces dernières sont légèrement plus petites (9 mètres cubes de gaz seulement pour une pression de 200 kilos en centimètre carré).

Tout cela représente un poids mort considérable. Aussi, a-t-on créé des bouteilles beaucoup plus légères, en utilisant des alliages d'aluminium et de magnésium. La solution la plus élégante est fournie par les bouteilles en alliage d'aluminium frettées en fil d'acier. Ces bouteilles, sur lesquelles nous allons revenir dans un instant, sont faites en différentes dimensions. Des bouteilles en alliage léger, non frettées, ont un volume intérieur de 20 litres et pèsent 16 kilos. Elles peuvent contenir tout près de 5 mètres cubes de gaz sous une pression de 200 kilos par centimètre carré.

Les bouteilles en alumag frettées sont plus légères encore. Pour transporter l'équivalent d'un litre d'essence, il faut donc compter :

avec les bouteilles en acier au carbone 15 kilos,
avec des bouteilles en acier spécial 10 kilos,
avec des bouteilles en alliage léger non frettées 6 kilos.

Enfin, avec des bouteilles en alumag frettées 3 kilos.

A quoi, il faut ajouter bien entendu, le poids du gaz, soit 1 kgr. 500 environ (le gaz pèse en effet environ 800 grammes au mètre cube).

***

Il n'est pas sans intérêt de dire quelques mots du principe des bouteilles frettées.

Si on calcule la résistance à l'éclatement d'une bouteille cylindrique remplie de gaz sous pression, on constate que cette résistance est exactement deux fois plus forte dans le sens longitudinal que dans le sens transversal. Autrement dit, si six millimètres d'aluminium sont suffisants pour empêcher la bouteille de s'allonger sous l'effet d'une pression déterminée, il faudrait 12 millimètres d'épaisseur pour l'empêcher de s'ouvrir suivant une génératrice du cylindre.

Le principe du frettage consiste à donner aux parois une épaisseur suffisante pour résister à l'effort longitudinal et trop faible par conséquent pour l'effort d'éclatement. On entoure l'extérieur du cylindre de spires jointives de fil d'acier très résistant dit corde à piano, lequel n'ajoute rien à la résistance longitudinale, mais augmente la résistance transversale.

Ces bouteilles se fabriquent couramment, elles ont été en particulier beaucoup utilisées en aviation pour loger l'air comprimé. Mais les bouteilles types aviation ne peuvent supporter qu'une pression de l'ordre de 35 à 40 kilos par centimètre carré.

Depuis peu de temps, on fabrique (en vue précisément de l'équipement des voitures pour le gaz), des bouteilles en alliage léger étalonnées pour une pression intérieure de 30 kilos au centimètre carré. Les formules qui permettent de calculer la résistance à l'éclatement des bouteilles montrent que le poids de métal nécessaire pour fabriquer ces bouteilles est exactement proportionnel à la pression intérieure qu'elles doivent supporter, de telle sorte que pour emmagasiner une masse de gaz déterminée (que l'on suppose suivre à la compression, la loi de Mariotte), le poids des bouteilles sera le même pour une pression intérieure de 30 kilos au centimètre carré ou de 250 kilos. Il n'en sera d'ailleurs pas de même pour l'encombrement, et c'est là le défaut de

l'emmagasinage sous basse pression. Par contre, et ainsi que nous le verrons, le problème de la compression du gaz se trouve fortement simplifié par l'utilisation du gaz à faible pression.

L'alimentation des bouteilles

Alors qu'il est très simple — nous devrions dire qu'il *était* très simple — de remplir un réservoir d'essence à la pompe du garagiste, on conçoit qu'il est beaucoup plus compliqué d'emmagasiner du gaz sous forte pression dans le récipient à combustible des voitures à gaz. Il faut pour cela que la station d'alimentation soit pourvue d'un compresseur et d'un réservoir formant tampon où le gaz est comprimé à une pression très supérieure à celle des bouteilles, en l'espèce à 350 ou 400 atmosphères.

Et c'est là la principale difficulté de la diffusion des véhicules à gaz.

Un poste de compression capable d'alimenter 200 véhicules par jour coûte environ deux millions de francs. Les appareils utilisés (compresseur à plusieurs étages, bouteilles, etc...) exigent un temps assez long pour leur fabrication eu égard aux difficultés de toutes sortes que tout constructeur trouve actuellement sur son chemin et en particulier à la pénurie de matières premières. Et c'est ce qui explique que les postes de compression sont encore assez rares.

Dans Paris, on n'en trouve à l'heure actuelle que deux situés, l'un à Aubervilliers, l'autre Boulevard Ney.

Dans la banlieue, deux autres : l'un à Gennevilliers, l'autre à Versailles.

En France, on ne trouve de postes de ravitaillement en gaz comprimé que dans quelques villes : Lille, Béthune, Le Havre, Chartres, Bordeaux, Lyon, Marseille, Nice, etc... On ne pourra donc songer à utiliser une voiture équipée au gaz que si l'on se trouve à proximité de l'un de ces postes. On travaille à l'heure actuelle à l'installation d'un certain nombre d'autres postes ; c'est ainsi que dans Paris, trois d'entre eux sont actuellement en construction ou en projet très avancé : l'un, Avenue Jean-Jaurès, le second, Place Balard, le troisième, Porte d'Italie.

D'autres sont projetés en assez grand nombre : sept dans Paris ou sa banlieue immédiate. Mais il n'est pas douteux que la mise en service de tous ces postes n'aura lieu que dans des délais assez lointains, au moins pour certains d'entre eux.

En utilisant le gaz à 30 kilos, on a au contraire beaucoup plus de facilités pour créer des postes de compression. Il existe, en effet, dans beaucoup de garages des compresseurs permettant de réaliser ces taux de compression. On pourrait d'ailleurs utiliser certains compresseurs d'aviation qui existent et ont été créés pour l'air comprimé des démarreurs. Ce second réseau de postes à 30 kilos pourrait par conséquent se développer rapidement même chez de simples particuliers ou plutôt dans des établissements industriels. Ce développement paraît d'ailleurs être plus gêné à l'heure actuelle par le prix du gaz que par un paradoxe assez curieux les Compagnies de gaz ont fixé assez bas dans leurs postes de distribution à 200 kilos et qui, au contraire, revient beaucoup plus cher si le gaz est comprimé et vendu par des entreprises particulières.

L'installation du gaz à bord des voitures

Voyons maintenant quelles sont les transformations et les installations nouvelles à exécuter pour permettre à une voiture à essence de fonctionner au gaz.

Le point le plus important et le plus difficile à résoudre est incontestablement le logement des bouteilles. Sur un véhicule industriel, ce problème ne suscite pas de difficultés particulières : on peut placer ces bouteilles de part et d'autre de la carrosserie, à hauteur des longerons du chassis ; on dispose généralement d'assez de place. On peut aussi les disposer perpendiculairement à l'axe du véhicule, immédiatement derrière le siège du conducteur.

Sur les voitures légères dites de tourisme, c'est beaucoup plus difficile. Un emplacement qui tente les transformateurs, c'est la toiture des voitures fermées qui semble offrir une place toute désignée pour un grand nombre de bouteilles.

Evidemment, l'installation est là, très facile, mais présente un inconvénient assez grave, car on élève ainsi d'une façon sensible le centre de gravité du véhicule.

La tenue de route et souvent la suspension se ressentent fâcheusement de la présence de 160 à 200 kilos de métal au-dessus de la toiture.

L'inconvénient est moins grave lorsqu'on utilise des bouteilles en alliage léger frettées. Il n'en existe pas moins.

On peut loger des bouteilles le long des marchepieds (quand ceux-ci existent) ou à l'extérieur de la carrosserie, à hauteur des longerons. Mais la solution n'est pas toujours possible parce que les trois quarts du temps on condamnerait ainsi les portières.

La grande difficulté du logement des bouteilles provient de leur longueur qui, nous l'avons vu, est de l'ordre de deux mètres. Le problème se simplifie avec des bouteilles à trente kilos dont le diamètre est beaucoup plus grand et la hauteur plus petite : la hauteur de ces bouteilles s'échelonne, en effet, suivant leur contenance, depuis 60 centimètres jusqu'à 1 m. 20. On a donc généralement la possibilité de les installer à l'arrière d'une voiture à quatre places (en condamnant naturellement les places arrière).

Quelle que soit d'ailleurs la placechoisie, il est indispensable de prévoir un mode de fixation particulièrement robuste et rigide pour les bouteilles. Celles-ci se trouvent en effet réunies les unes aux autres par des tubes collecteurs en acier à parois épaisses et qui ne présentent par conséquent qu'une faible élasticité ; si les bouteilles avaient le moindre jeu dans leurs colliers de fixation, les tubes de jonction et surtout leurs raccords seraient rapidement mis hors de service.

A ce propos, on s'est demandé s'il ne vaudrait pas mieux, quand des bouteilles sont vides, les enlever pour les changer contre des bouteilles pleines préalablement emmagasinées dans la station service. Mais la nécessité de fixer les bouteilles d'une façon absolument immuable sur le véhicule fait rejeter cette solution.

En réalité d'ailleurs, le remplissage d'un équipement de gaz comprimé n'est pas beaucoup plus long que celui d'un grand réservoir d'essence (de 5 à 10 minutes).

Le gaz étant enfermé dans des bouteilles sous une pression de 200 ou 250 atmosphères, il faut naturellement le détendre pour l'envoyer au moteur. Aussi, l'installation comporte-t-elle un détendeur généralement à deux étages. Le premier étage abaisse la pression à 5 kilos par centimètre carré et le deuxième étage la fait descendre au-dessous de la pression atmosphérique. De la sorte, l'écoulement du gaz ne peut se produire que sous l'effet de la succion du moteur, ce qui permet un arrêt automatique du débit lorsque le moteur s'arrête. Cette condition est indispensable pour la sécurité.

L'ensemble de l'installation des bouteilles est pourvu d'un manomètre, qui donne à chaque instant la pression restante, ce qui permet de jauger d'un simple coup d'œil, la masse du combustible qui reste disponible. Comme chaque bouteille est munie sur le raccord de départ d'un robinet, on peut d'ailleurs se ménager une réserve en laissant une bouteille fermée au départ, bouteille qu'on n'ouvrira que lorsque les autres seront vides et qui constituera ainsi une sorte de bidon de réserve.

Le mélangeur

A la sortie du détendeur, le gaz arrive dans un appareil monté sur la tuyauterie d'admission et qui remplace le carburateur. Cet appareil est le mélangeur. Il se compose schématiquement d'un raccord à trois orifices : le premier orifice est monté sur la bride d'aspiration du moteur, le second reçoit l'arrivée du gaz et le troisième offre un passage à l'air atmosphérique. Des papillons sont montés sur ces trois orifices et permettent un dosage du mélange et une admission plus ou moins grande de mélange carburant.

Les règlements

Il existe des règlements qui imposent certaines obligations aux installations de gaz comprimé à bord des voitures.

La place nous manque pour en donner ici le libellé. Indiquons cependant que ces règlements ont fait l'objet d'une Circulaire du 12 février 1932 adressée au Sous-Secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au tourisme. Ce règlement figure *in extenso* en appendice dans notre ouvrage « Plus d'essence, comment rouler ? » (Dunod, éditeur). Un autre règlement est actuellement sur le point de paraître.

L'utilisation d'une voiture à gaz

L'utilisation d'une voiture à gaz comprimé ne présente aucune difficulté si on la compare aux voitures à essence et au contraire offre même des facilités agréables en particulier pendant l'hiver. Les principales difficultés de mise en route des voitures à essence proviennent en effet de ce que le combustible arrive au carburateur à l'état liquide et doit être gazéifié ou au moins finement pulvérisé pour donner, avec l'air, un mélange capable de brûler. D'où la nécessité d'un starter et de dispositifs de réchauffage.

Avec le gaz au contraire, le mélange se fait immédiatement et en bonne proportion. La mise en route se fait par suite sans aucune difficulté et la mise en régime est immédiate.

Le gaz présente l'inconvénient de donner une puissance inférieure à celle que fournit l'essence.

On améliore d'ailleurs très sensiblement la puissance du moteur si l'on veut consentir à changer la tuyauterie d'aspiration, pour l'éloigner autant que possible de la tuyauterie d'échappement . Le constructeur de la voiture à essence a pris en effet toutes ses précautions pour réchauffer la tuyauterie d'aspiration par le voisinage immédiat de la culotte d'échappement dans le but de gazéifier l'essence ; comme cette gazéification est inutile dans l'alimentation au gaz, on a, au contraire, intérêt, pour augmenter la densité de la charge, à admettre le mélange aussi froid que possible : on pourra , par conséquent, non seulement ne pas réchauffer la tuyauterie d'aspiration, mais disposer entre elle et la tuyauterie d'échappement des écrans en amiante pour l'isoler thermiquement aussi parfaitement que possible.

Le gaz offre également un avantage sérieux au point de vue de la propreté du moteur et de son usure. Sa combustion complète étant facile à réaliser, il ne donne naissance à aucun produit corrosif pour les parois du moteur et les pistons. La perfection de la combustion permet également d'éviter les dépôts sur la paroi de la chambre de combustion (calamine).

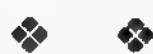
On a objecté parfois à l'emploi du gaz des dangers d'incendie. Or, l'expérience prouve que les dangers d'incendie avec une voiture alimentée au gaz, sont nettement moins grands que ceux que l'on court quand on utilise l'essence. Certains accidents de route dont ont été victimes des voitures équipées au gaz ont montré que la résistance des bouteilles était remarquable en cas de choc et qu'en général rien ne se produisait dans leur tenue. Si d'ailleurs des ruptures arrivaient, elles ont lieu, ainsi que de nombreuses expériences l'ont montré, sous la forme d'une déchirure sans projection de métal, le long d'une génératrice. La bouteille se vide immédiatement et la disparition presque instantanée du combustible empêche tout incendie.

Certains accidents récents ont eu lieu non pas sur des voitures équipées au gaz mais sur des bouteilles de gaz utilisées sur certains moteurs fixes. Des enquêtes dont le résultat n'est encore pas parfaitement connu semblent cependant indiquer qu'il s'agissait de bouteilles très âgées (l'une d'elles avait plus de trente ans de service). Avec des récipients vérifiés périodiquement comme ils doivent l'être par le service des Mines, on peut rouler, pensons-nous, en toute sécurité.

***

En résumé, donc la marche au gaz est avantageuse par la facilité de mise en route et de mise en régime. Elle est avantageuse aussi du point de vue économique. Le mètre cube de gaz comprimé étant vendu actuellement à Paris 1 fr. 50, l'équivalent du litre d'essence coûterait donc au maximum 3 francs ; par contre, l'installation est souvent difficile et assez onéreuse : il faut compter de 1.000 à 2.000 francs par bouteille, suivant les types. Notons cependant que certaines Compagnies donnent des bouteilles en location, ce qui permet de ne pas immobiliser de trop grosses sommes au moment de l'installation.

Le gaz, en somme, offre des possibilités aux automobilistes en panne d'essence qui ont la chance d'avoir leur garage à proximité d'un poste de compression.



Variétés

❖ ❖

EN LISANT MONTAIGNE...

Les odeurs : un symptôme souvent négligé en clinique

Il est rare qu'on signale, dans les observations cliniques, les odeurs qui se dégagent des malades. A part les odeurs de l'ozène, la fétidité de l'haleine dans quelques maladies, notamment dans la gangrène pulmonaire et certaines bronchites, à part l'odeur de pomme reinette qui se dégage de l'urine ou de l'haleine dans l'acétonémie chez certains enfants et chez certains diabétiques, à part encore la fétidité de la transpiration chez certains fébricitants et dans l'hyperidrose l'odeur que dégagent les malades est le plus souvent négligée. Cependant, on pourrait écrire à son sujet un chapitre intéressant de séméiologie. C'est ce que pensait Montaigne qui a consacré le chapitre IV, du Livre I de ses *Essais* aux *Senteurs*. Nous y lisons :

« Les médecins pourroient, croi-je, tirer des odeurs plus d'usage qu'ils ne font ; car j'ai souvent aperçeu qu'elles me changent, et agissent en mes esprits selon qu'elles sont : qui me faict approuver ce qu'on dict de l'intervention des encens et parfums aux Eglises, si ancienne et si espandue en toutes les nations et religions, regarde à cela de nous resjouir, esveiller et purifier le sens pour nous rendre plus propres à la contemplation ».

D'après Montaigne, il se dégageait de la sueur de certaines personnes, comme Alexandre le Grand, une odeur suave. Le contraire est plus souvent observé et Montaigne qui est bien de cet avis, cite à l'appui un vers de Plaute :

Mulier tum bene olat, ubi nihil olet (1)

Martiel aussi que cite encore Montaigne est de cette opinion que le meilleur parfum est de ne rien sentir même pour une femme.

Rides nos, Coracine, nil olentes,
Malo quem bene olere, nil olere (2).

« Tu ris, Coracine, de ce que nous ne sentions rien. J'aime mieux ne rien sentir que de sentir bon ».

Montaigne n'appréciait pas les odeurs de Paris à son époque. Il termine ainsi le chapitre : *Les Senteurs* :

« Le principal soing que j'aye à me loger, c'est de fuir l'air pesant et poisant. Ces belles villes, Venise et Paris, altèrent la faveur que je leur porte, par l'aigre senteur, l'une de ses marets, l'autre de sa boue ».

J. Noir.

(1) Plaute : *Motiellaria.*
(2) Martial : VI,60.

LA NÉVROSÉ ET LE GÉNIE

Charles Baudelaire

Il existait un écart d'âge excessif entre les parents de Baudelaire, écart auquel le poète attribuait une partie de ses malheurs lorsque, de Belgique, vers 1864 — donc pas très longtemps avant sa fin —, il écrivait à son ami Georges Barral :

« Et puis je suis malade, j'ai un tempérament exécrable par la faute de mes parents. Je m'effiloche à cause d'eux. Voilà ce que c'est que d'être l'enfant d'une mère de vingt-sept ans et d'un père âgé de soixante-deux ans ! Union disproportionnée, pathologique, sénile. Pense donc, trente-cinq ans de différence ! Tu me dis que tu fais de la physiologie avec Claude Bernard. Demande donc à ton maître ce qu'il pense du fruit hasardeux d'un tel accouplement ! »

Malgré maintes recherches, on n'a pu élucider le mystère de ces mots de l'auteur des *Fleurs du mal* dans *Fusées*, son journal intime :

«... Mes ancêtres, fous ou maniaques, dans des appartements solennels, morts tous victimes de leurs passions furieuses... » Cette allusion ne peut se rapporter qu'à la branche maternelle de sa famille, noble, ruinée et mal connue. François Baudelaire, père du poète, était, en effet, de modeste origine. Instruit, distingué, il fut ami de Cabanis et de Condorcet. Précepteur des fils du duc de Choiseul-Praslin et plus tard chef de bureau à la Chambre des Pairs, il avait peut-être été ecclésiastique avant la Révolution : « Mon père qui portait la soutane... Moi, fils de prêtre » écrira Baudelaire. D'un premier mariage, il avait eu un fils qui devint magistrat. Diabétique et présentant des troubles nerveux, le demi-frère de Baudelaire mourut à Fontainebleau en 1860 d'une hémorragie cérébrale. Baudelaire le trouvait bête, le détestait et toutes relations cessèrent entre eux à partir de 1844.

Baudelaire n'a que six ans lorsque son père meurt (en 1827) : première catastrophe. Deuxième catastrophe : le remariage de sa mère, l'année suivante avec le commandant Aupick, officier très brillant, mais dont l'esprit trop sévèrement militaire est peu apte à conquérir l'affection d'un jeune enfant assez indocile, mais qui ne manque pas de cœur. Il s'y prend mal : sévérité, contrainte ne peuvent donner de bons résultats avec Charles. Sa nature est fière, indépendante et il est par surplus jaloux de se voir ravir une part de la tendresse de sa mère. Bref, les dissentiments s'accentuent, la mésentente se transforme en haine entre beau-père et beau-fils à mesure que ce dernier grandit. La rupture inévitable se produit à la fin des études de Baudelaire. Élève du Collège royal de Lyon, puis de Louis-le-Grand, à Paris, Charles rimait déjà en classe et entend être homme de lettres. Désenchantement de sa mère, irritation de son beau-père. Invité par le général Aupick à choisir une autre carrière, Baudelaire pousse de hauts cris. Il quitte les siens, s'installe au Quartier latin où ses fréquentations peu recommandables, ses excentricités, ses théories de nihiliste sont remarquées défavorablement ; comme à Louis-le-Grand, l'impression qu'il produit sur beaucoup de ses camarades est celle de « cervelle à l'envers ». Sa famille décide alors de l'éloigner de Paris et le général Aupick, à la fin de 1841 le fait embarquer comme pilotin sur un navire en partance pour Calcutta. Le bâtiment fait escale à Maurice et à la Réunion ; Baudelaire refuse de continuer le voyage et revient en France.

Majeur quelques mois plus tard, il réclame ses comptes de tutelle et une fois en possession de l'héritage paternel, 75.000 francs, le croque joyeusement. Brèves années de luxe et d'insouciance (de travail aussi), c'est la période du « dandysme » de Baudelaire, la plus heureuse de sa vie. Bohême le reste du temps le poète connaîtra la misère, les courses vaines à *l'argent*, les harcèlements des créanciers, les déceptions cruelles d'auteur génial incompris, tout ceci sans relâche jusqu'à ce qu'enfin la pitoyable tragédie de l'effondrement physique et intellectuel achève tristement, douloureusement sa destinée.

La similitude de caractère, de talent et d'existence est si grande entre Poë et Baudelaire qu'il est logique que le poète français ait reconnu son double dans le poète américain, qu'il ait révéré sa mémoire autant et plus que celle d'un frère et qu'il ait voulu lui assurer une gloire légitime refusée à Poe de son vivant par une injustice du sort. Poë, handicapé à sa venue au monde par une lourde hérédité alcoolique, présentait des stigmates apparents de dégénérescence. Si de tels stigmates sont absents ou du moins invisibles chez Baudelaire (qui n'était pas non plus dipsomane), par contre, on retrouve chez lui les caractères les plus essentiels de la névrose du poète américain : orgueil excessif, satanique, fort penchant pour les récits et les plaisanteries macabres, goût du bizarre, de l'étrange, de l'anormal, amour de la mystification, désir d'étonner... Voici, tiré d'une lettre adressée de Belgi-

que à Mme Paul Meurice par Baudelaire, un échantillon de ses mystifications :

« J'ai passé ici, écrit-il, pour *agent de police* (c'est bien fait !), grâce à ce bel article que j'ai écrit sur le banquet shakespearien ; pour *pédéraste* (c'est moi-même qui ai répandu ce bruit et on m'a cru !) ; ensuite, j'ai passé pour un *correcteur d'épreuves* envoyé de Paris pour corriger des épreuves d'ouvrages infâmes. Exaspéré d'être toujours cru, j'ai répandu le bruit que j'avais tué mon père et que je l'avais mangé ; que d'ailleurs si on m'avait permis de me sauver de France, c'était à cause des services que je rendais à la police française et on m'a cru ! !... Je nage dans le déshonneur comme le poisson dans l'eau. »

Etant seul, il se mystifiait lui-même, d'où cette boutade de Champfleury : « Quand Baudelaire rentre dans sa chambre, il couche sous son lit pour étonner son matelas. » Longtemps il usa de stupéfiants : opium, haschisch ; quant à la boisson, c'est surtout pour le vin qu'il aurait eu une passion trop marquée que sa mère déplorait : « Je suis impressionnée d'apprendre le goût ignoble que Charles a pour le vin. Il me semble que j'en suis humiliée. Que cela lui ressemble peu ! Que c'est canaille ! » Cependant Baudelaire ne savait pas non plus résister à la tentation de l'alcool. Dans des maisons amies, lui présent, on ne mettait pas d'eau-de-vie sur la table. « Autrement son désir était irrésistible » explique l'éditeur Poulet-Malassis.

L'intempérance contribua sans doute à l'évolution fatale de la syphilis que Baudelaire, de son aveu même, contracta vers l'âge de vingt ans (1). Bien que malaisé à évoluer, le rôle joué ici par la spécificité sur la névrose est estimé considérable *a priori* par le Docteur Raymond Trial (2).

Le poète n'est pas un aliéné au sens étroit du mot, bien qu'il ait cotoyé la police et que Lombroso l'air rangé dans sa galerie des monstres ; « il est le type du dégénéré supérieur, de l'héréditaire de Magnan. Il présente la triade symptomatique : déformation de l'instinct sexuel, tendance au suicide, impulsions morbides ». A partir de 1857, Baudelaire vit dans une angoisse presque incessante : un découragement né de l'insuccès de ses œuvres, de soucis continuels d'argent, vient s'ajouter une anxiété maladive d'abord imprécise. Dès 1860, il est terrorisé à l'idée que la police rôde autour de lui. Plus tard, il jettera cet appel pathétique et désespéré : « Ma raison ! ma raison ! » Démence, suicide seront-ils son lot comme celui de Gérard de Nerval, cette question l'obsède.

« Avez-vous connu Gérard de Nerval ? demande-t-il à Catulle Mendès. — Non.

« Il n'était pas fou, dit Baudelaire. Parlez-en à Asselineau. Asselineau vous expliquera que Gérard n'a jamais été fou, pourtant il s'est suicidé, il s'est pendu ! Pourquoi a-t-il choisi, décidé à mourir, la vilenie de ce lieu et d'une loque autour du cou ? Il y a des poisons subtils, caressants, ingénieux, grâce auxquels la mort commence par la joie, du moins par du rêve... » Un instant de silence, Mendès n'ose parler. « Mais non, non, reprend son interlocuteur en haussant la voix, en criant presque, ce n'est pas vrai, il ne s'est pas tué, il ne s'est pas tué, on s'est trompé, on a menti. Non, non, il n'était pas fou, il n'était pas malade, il ne s'est pas tué ! Oh ! n'est-ce pas ? vous direz à tout le monde qu'il n'était pas fou, qu'il ne s'est pas tué — promettez-moi de dire qu'il ne s'est pas tué ! »

Catulle Mendès, une quarantaine d'années plus tard n'avait encore rien oublié de cette crise délirante survenue chez lui à Paris, une nuit qu'il donnait l'hospitalité à Baudelaire.

Au mois d'avril 1864, le poète s'était exilé en Belgique. Bien que se débattant contre la misère, il tentait de s'illusionner par de chimériques projets, exactement comme l'avait fait Poe dans une situation identique. Au début de mars 1866, visitant l'église Saint-Loup de Namur, avec Poulet- Malassis et un autre ami, il fut pris de vertige et tomba. « Ce n'est rien, dit-il, j'ai glissé » Le lendemain, lorsqu'il fut installé dans le wagon qui devait le ramener à Bruxelles, il demanda qu'on *ouvrit* la portière. Or, elle était ouverte, il avait voulu dire : « *Fermez* la portière ». Sa parole n'obéissait plus à sa volonté ! Aphasie, puis hémiplégie.

Des témoins ont prétendu que malgré cette déchéance physique, Baudelaire conserva presque jusqu'à la mort sa lucidité d'esprit. Il s'éteignit le 31 août 1867 dans les bras de sa mère, à la maison de santé du Docteur Duval, rue du Dôme, à Paris.

Le Docteur Trial juge qu'il ne fut pas dément au sens étroit du mot et déclare inacceptable le diagnostic de Lombroso : « Fou mégalomane, mort de la paralysie générale des aliénés », bien que ce diagnostic ait été admis par Grasset.

Michel RENAULT.

(1) Lettre à sa mère en 1860.
(2) *La maladie de Baudelaire*, thèse de Paris 1926.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du mardi 4 février 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.083 Adnot, Epernay (Marne). Parrains : Docteurs Jean Pellot et Blanc.
14.084 Algave, Coucy-le-Chateau (Aisne). Syndicat de l'Aisne.
14.085 Astor, Bailleau-le-Pin (Eure-et-Loir). Syndicat d'Eure-et-Loir.
14.086 Bataille, Marles (Pas-de-Calais). Syndicat de Béthune.
14.087 Bayle, Bresle (Oise). Parrains : Docteurs Delignon et Chenier.
14.088 Berthiat, Lacanche (Côte-d'Or). Parrain : Docteurs Brugnot et Deguignaud.
14.089 Borie, Portets (Gironde). Parrains : Docteurs Bourrus et Dufran.
14.090 Brocard, Langres (Haute-Marne). Parrains : Docteurs Le Grand et Lescaux.
14.091 Camus, Plouasne (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Camus (Paul) et Navarre.
14.092 Carillon, Oiron (Deux-Sèvres). Parrains : Docteurs Gallot et Chaudron.
14.093 Casau, 5, rue de Rivoli, Paris. Parrains : Docteurs Vermorel et Lavalée.
14.094 Combalat, Nîmes (Gard). Parrains : Docteurs Noir et Massart.
14.095 Coulbru, Aubervilliers (Seine). Association des Externes et Anciens Externes des Hôpitaux de Paris.
14.096 Couray, Tassin-la-Demi-Lune (Rhône). Parrains : Docteurs Noir et Massart.
14.097 Darmaillacq, Amou (Landes). Parrains : Docteurs Daraignez et Lafont.
14.098 Deguffroy, Auchel (Pas-de-Calais). Syndicat de Béthune.
14.099 Durand, Saint-Benoit-sur-Loire (Loiret).
14.100 Fagart, Saintes (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Louis et Michel Fagart.
14.101 Faure, Anizy-le-Chateau (Aisne).
14.102 Gireaux (Léon), Nocé (Orne). Parrain : Docteur Paul Gireaux.
14.103 Grandpierre, 9, rue Victor-Hugo, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
14.104 Guillot (Mme), Givors (Rhône).
14.105 Gustin, Garchizy (Nièvre).
14.106 Heintz, St-Sulpice-les-Feuilles (Hte-Vienne).
14.107 Lavielle, Dax (Landes). Parrains : Docteurs Daraignez et Reynès.
14.108 Maille, Targon (Gironde). Parrains : Docteurs Ballan et Castet.
14.109 Malou, Tarzy (Ardennes). Parrains : Docteurs Cuallacci et Gontier.
14.110 Marquez, Montpellier (Hérault). Parrains : Docteurs Noir et Massart.
14.111 Maziol, 20, rue Charles-Baudelaire, Paris. Syndicat de la Seine.
14.112 Morand, Chabanais (Charente). Parrains : Docteurs Noir et Massart.
14.113 Naud, 17, avenue Aristide-Briand, La Rochelle (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Turlais et Eugène.
14.114 Parrel, Aubagne (Bouches-du-Rhône). Parrains : Docteurs Noir et Massart.
14.115 Pegeot (Henri), Jussey (Haute-Saône). Parrains Docteurs L. Pegeot et Petitjean.

14.116 PHILIPPE, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). Trésorier de l'Ordre des Médecins de Seine-et-Oise.
14.117 RANJARD, 35, boulevard Heurteloup, Tours (Indre-et-Loire). Syndicat d'Indre-et-Loire.
14.118 REIGNIER, 36, rue du Greffier, Le Mans (Sarthe). Association des Anciens Internes des Hôpitaux de Paris.
14.119 ROUX, 181, boulevard Voltaire, Paris. Syndicat des Médecins de la Seine.
14.120 ULLIAC, Moëlan-sur-Mer (Finistère). Parrains : Docteurs Gasné et Nelly.
14.121 SCHMIT, Chatou (Seine-et-Oise).
14.122 TITECAT, Wattrelos (Nord).
14.123 VEYRES, Hôpital psychiâtrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). Association Amicale des Médecins des Asiles publics d'aliénés.
14.124 WEILLER, 9, avenue de la Bourdonnais, Paris. Syndicat de la Seine.
14.125 YVONNEAU, Blois (Loir-et-Cher). Parrains : Docteurs Croisier et Baillargeat.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication. Cependant, pour les adhérents qui ne sont pas complètement en règle, comme n'appartenant pas à une Association médicale régulièrement constituée ou ne s'étant pas fait présenter par deux parrains, leur admission ne deviendra définitive que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ordre des médecins

Décret du 29 janvier 1941 rendant applicable à l'Algérie la loi du 7 octogre 1940 instituant l'Ordre des médecins.

(*J. O.*, 4 février 1941).

ART. 1er. — La loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est déclarée applicable à l'Algérie sous réserve des modifications et des additions ci-après.

ART. 2. — L'article 4 est ainsi complété :

« Parallèlement au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins siégeant auprès du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, il est créé auprès du Gouverneur général de l'Algérie un Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

« Ce Conseil est composé de dix docteurs en médecine, nommés par décret sur une liste de présentation établie par le gouverneur général et comprenant un nombre de noms double de celui des membres à nommer ; le président, choisi parmi les membres du Conseil, est également nommé par décret ; en cas d'égalité de suffrages, sa voix est prépondétante.

« L'un des inspecteurs généraux de l'Administration en Algérie, désigné par le gouverneur général, exerce auprès du Conseil les fonctions de conseiller juridique.

« Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

« La périodicité des réunions du Conseil supérieur algérien est la même que celle du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Les attributions dévolues à ce dernier organisme sont exercées en Algérie par le Conseil supérieur algérien.

« Toutefois, les règlements visant l'organisation et la discipline de l'Ordre que le Conseil algérien est appelé à élaborer pour atteindre les buts qui lui sont assignés ne deviennent exécutoires qu'après avoir reçu l'agrément du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ».

Art. 3. — L'article 5 est complété ainsi qu'il suit :

« La compétence du Conseil de l'Ordre de chacun des départements algériens s'étend aux circonscriptions des territoires du Sud qui constituent leur prolongement géographique, soit au territoire d'Aïn-Sefra pour le Conseil départemental d'Oran, au territoire de Ghardaïa pour le Conseil départemental d'Alger, aux territoires de Touggourt et des Oasis pour le Conseil départemental de Constantine ».

Art. 4. — Le paragraphe 1er de l'article 6 est ainsi modifié :

« Les membres de ce Conseil, au nombre de dix, sont nommés par le gouverneur général de l'Algérie, sur la proposition du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

Art. 5. — Le deuxième paragraphe de l'article 7 est modifié comme suit :

« Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

Art. 6. — Le dernier paragraphe de l'article 9 est modifié comme suit :

« Appel de cette décision pourra être porté devant le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le Conseil d'Etat contre la décision du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

Art. 7. — Le premier paragraphe de l'article 11 est modifié comme suit :

« L'inscription doit être demandée par les médecins au Conseil de l'Ordre du département dans lequel ils sont établis ou dont ils relèvent ».

Art. 8. — Le deuxième paragraphe de l'article 12 est modifié comme suit :

« L'action sera intentée soit à la requête de l'un des membres du Conseil siégeant en comité secret, soit sur injonction du gouverneur général de l'Algé-

rie, le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins entendu ».

Art. 9. — L'article 14 est ainsi modifié :

« Appel de ces décisions pourra être porté devant le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat ».

Art. 10. — L'article 15 est ainsi complété :

« Les peines disciplinaires prononcées à l'égard d'un médecin rétribué sur le budget de l'Algérie, des territoires du Sud, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public, devront être notifiées au Gouverneur général de l'Algérie et au préfet du département intéressé. Ces sanctions ne pourront faire obstacle aux sanctions disciplinaires administratives susceptibles d'être prises à l'encontre des médecins assurant un service public »

Art. 11. — La phrase finale de l'article 16 est ainsi modifiée :

« Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur algérien de l'ordre des médecins, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'ordre ».

Art. 12. — L'article 18 est ainsi modifié :

« A l'expiration de l'année qui suivra la promulgation du présent décret, le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous de plein droit ».

Art. 13. — Le présent décret, qui est applicable aux territoires du Sud, sera publié au *Journal Officiel* de l'Etat français et inséré au *Journal Officiel* de l'Algérie.

Secrétariat général de la famille et de la santé

Directeurs régionaux

M. le Docteur Bianquis (Pierre), chargé à titre provisoire des fonctions de directeur de la Santé publique de Seine-et-Oise, est nommé directeur régional de la famille et de la santé, en résidence à Lille.

M. le Docteur Lelong (Jacques-Philippe), médecin directeur du sanatorium de Lac-ou-Villers (Doubs), chargé à titre temporaire des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène du Doubs, est nommé directeur régional de la famille et de la santé, en résidence à Besançon.

M. le Docteur Cleret (Henri), directeur des services d'hygiène de la ville de Montluçon, est nommé directeur régional de la famille et de la santé, en résidence à Clermont.

M. le Docteur Triollet (Louis), inspecteur départemental d'hygiène du Morbihan, est nommé directeur régional de la famille et de la santé, en résidence à Châlons.

(*J. O.*, 6 février 1941).

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Par décret en date du 21 janvier 1941, est approuvé le règlement de coordination applicable au personnel des hospices de Lorient.

(*J. O.*, 6 février 1941).

Assurances sociales

Loi du 23 janvier 1941 tendant à faciliter l'attribution des prestations d'assurances sociales aux assurés sociaux qui n'ont pu cotiser du fait des hostilités ou des conséquences de celles-ci.

ART. 1er. — Les assurés sociaux qui seront réputés n'avoir pu cotiser du fait des hostilités ou des conséquences de celles-ci et qui justifieront avoir subi un précompte au moins égal à 15 francs au cours de l'un des trimestres compris entre le 1er avril 1939 et le 1er avril 1940, seront considérés comme ayant subi au cours du quatrième trimestre 1940 et du premier trimestre 1941 le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations d'assurances sociales.

ART. 2. — L'article 1er est applicable aux bénéficiaires des dispositions de l'article 22 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié et du décret-loi du 26 septembre 1939.

ART. 3. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

(*J. O.*, 4 février 1941).

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

692. — Accident ou maladie professionnelle

Je soigne un ouvrier pour synovite des extenseurs de la main. Le médecin contrôleur de la Compagnie d'Assurances refuse la prise en charge, parce que la maladie ne résulte pas d'un accident mais du travail normal (trépidation d'un volant), c'est donc une maladie professionnelle.

Je croyais avoir lu que les maladies professionnelles étaient maintenant garanties comme les accidents de travail : me suis-je trompé ?

Et en tout cas, ai-je un recours contre la Compagnie ou le patron ?

Quelle est la conduite à tenir en présence d'une maladie professionnelle ?

Dr C.

Réponse

On doit comprendre par accident du travail toute lésion provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure. Si, dans l'es-

pèce, l'affection dont est atteint votre client a été causée par l'action lente et répétée de la trépidation d'un volant, c'est une maladie professionnelle et non un accident du travail.

D'autre part, sont seules protégées par la législation spéciale les maladies professionnelles mentionnées dans les tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919 modifiée par la loi du 1er janvier 1931 et au décret du 12 juillet 1936, c'est-à-dire les maladies causées par divers agents énumérés restrictivement dans ces tableaux lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels qui y sont également indiqués.

L'action d'un volant ne peut être considérée comme ayant causé une maladie professionnelle garantie par la loi et l'affection dont est atteint votre client ne peut donc être considérée comme maladie professionnelle assujettie à la législation spéciale.

Elle doit donc être considérée comme maladie relevant des Assurances sociales et c'est donc à la Caisse d'assurances maladie que l'ouvrier devra la déclarer.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

852. — Ponctions pleurales et radiographie

1° Y a-t-il une modification aux tarifs des accidents de travail de juin 1939 ?

2° Dans la négative, pourriez-vous me dire à combien peuvent être évalués, au tarif des accidents de travail, les actes médicaux suivants :

a) Ponction évacuatrice de la plèvre, avec lavage de la plèvre (pleurésie purulente).

b) Injection intra pleurale de liquide évacuateur, comportant un examen complet (radiographie, prise de pression, injection).

Ces actes figurent à la nomenclature des soins aux pensionnés de guerre, mais non à celle des accidents de travail de juin 1939.

Dr T.

Réponse

1° Pas de modification au tarif accidents du travail depuis l'arrêté du 5 mai 1939.

2° *a*) Ponction de la plèvre avec évacuation = 80 francs (art. 16), Le « lavage » fait partie de ladite intervention. Ce fut même discuté à la Commission.

b) Il y a deux interventions à considérer :
— ponction de la plèvre ;
— radiographie du thorax ;
mais cette dernière intervention après accord préalable avec le médecin patronal ou de l'Assurance, puis l'envoi des clichés avec commentaire détaillé. (Art. 27, obs. 3°).

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

713. — Les propharmaciens peuvent être payés de leurs honoraires médicaux et de leurs fournitures pharmaceutiques pour les pensionnés de guerre.

Je lis dans le « Guide professionnel du médecin » du Prof. Vanverts au chapitre des pensionnés militaires, ce qui suit : « Le pensionné peut s'adresser pour les soins médicaux et pour les fournitures pharmaceutiques à un *Médecin-pharmacien*. Celui-ci sera remboursé pour les fournitures pharmaceutiques, mais il ne le sera pas pour la consultation ou la visite ». Je suis propharmacien. Que faut-il en penser ?

Dr C.

Réponse

L'ouvrage dont vous avez tiré le passage cité par votre lettre faisait allusion certainement au Décret-Loi du 14 avril 1934 qui a complété comme suit le paragraphe 4 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 :

« *Sauf dans les localités où il n'existe pas de pharmacien*, les praticiens exerçant à la fois la médecine et la pharmacie ne sont admis à présenter que des mémoires pharmaceutiques ou des mémoires médicaux ».

Le libellé même de ce paragraphe indique suffisamment que l'interdiction qu'il institue ne s'applique pas aux propharmaciens, mais seulement aux titulaires des deux diplômes de docteur en médecine et de pharmacien, qui exercent cumulativement les deux professions.

694. — Calcul de la pension d'un réformé de guerre

Pouvez-vous me faire savoir combien doit toucher annuellement un blessé de guerre (14-18) réformé à 90 % ayant cinq enfants au-dessous de 16 ans, et non bénéficiaire de l'art. 10 de la loi du 31 mars 1919 ?

Dr J.

Réponse

Suivant les indications de notre collaborateur technique, le calcul des sommes que doit toucher le réformé de guerre dont il est

question dans votre lettre du 26 courant s'établit comme suit :

Pension d'un soldat de 2e classe réformé à 90 %	2.160 fr.
Supplément temporaire à 154 %	3.326 fr.
Allocation spéciale	840 fr.
Total	6.326 fr.
Pour cinq enfants à 680 francs chacun	3.425 fr.
Total	9.751 fr.

878. — Situation militaire d'un engagé volontaire pour la durée de la guerre

1° Classe 1925, R. D., j'ai jugé de mon devoir de me faire incorporer dès la déclaration de guerre. Pris service armé sur ma demande le 18 septembre 1940, j'ai été nommé médecin auxiliaire le 1er décembre et j'ai demandé à partir au front, ce qui m'a fait affecter dans un régiment d'artillerie légère alors en action sur le front de la Bliess le 15 janvier 1940.

2° A la suite d'une action d'artillerie de l'ennemi qui avait anéanti nos abris, et par une température de — 25°, j'ai dû passer plusieurs nuits dans une cave sans feu et être évacué pour bronchite et pleurésie dans un état très grave. J'ai séjourné de ce fait dans les hôpitaux, puis chez moi en convalescence, ensuite j'ai été affecté dans un hôpital de l'intérieur.

Ces bases étant posées, je vous serai reconnaissant de me préciser :

1° Si j'ai droit à la Croix des engagés volontaires, et, dans l'affirmative, où en demander l'autorisation.

2° Si j'ai droit à la Carte du combattant 1939-1940 puisque, avec mon temps d'hospitalisation et de convalescence, je totalise trois mois pour affection grave contractée au front (Bien entendu toutes mes pièces sont en règle).

3° Si je conserve des droits à l'avancement.

Dr X.

Réponse

1° Vous avez droit à la Croix des engagés volontaires. La demande est à adresser à votre ancien corps.

2° Vous avez appartenu à une unité combattante, mais vous n'avez pas accompli un séjour d'une durée suffisante pour être qualifié de combattant 1939-1940. Une seule exception à cet égard est prévue pour les blessés de guerre (Décret du 27 décembre 1940 (art. 1er, 4°).

3° Engagé volontaire pour la durée de la guerre, vous avez été entièrement libéré de tout service militaire aussitôt après la conclusion de l'armistice.

Soixante-troisième année | N° 9 | 2 Mars 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

Dernières Nouvelles 409

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants............. **50 fr.**

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 52. — Infirmière chirurgie, ayant pratique de tous emplois (gouvernante, économe, commerciale, habitude du personnel) en maison de santé privée et chirurgicale est demandée par Maison de Santé Paris, âge 40 à 50 ans, libre de tout son temps, célibataire ou veuve, présence indispensable, nourrie, logée, références exigées. Ecrire avec références à M. Boulanger, 37, rue de Belle fond (Paris) qui transmettra.

N° 53. — Deux heures de Paris. Excellent poste oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie à céder rapidement pour raison de santé. Ecrire Gilles, 79, rue de la Fraternité à Romainville (Seine).

N° 54. — Ex-int. prov. Lille. Médecine et maternité, nombreux remplacements ville et campagne, cherche remplaç. ou assist., toutes régions. Ecrire : M. Fromont à Chasseneuil-du-Poitou (Vienne).

N° 55. — Maison non meublée 3 p. cuisine avec jardin de culture, eau, électricité, au besoin téléphone, à louer en avril. Eragny-Pontoise (S.-et-O.). Docteur Funck-Hellet, 101, rue du Bois à Clichy.

N° 56. — Jeune médecin, excellentes références, cherche situation dans clinique, sana, laboratoire. Possédant voiture et ayant longue pratique médecine rurale, ferait remplacements. France ou Colonies. Docteur Bui à Plurien (Côtes-du-Nord).

N° 57. — Méd.-radiologue, 20 ans de pratique, cherche remplacement Paris. Ecr. Mme Deleye poste rest., bur. 43 Paris, qui transmettra.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Seine-Inférieure. — Médecin seul, 1 pharmacien grande maison à vendre ou à louer. Poste repris il y a 12 ans. Gros rapport. Prix moitié.

Oise. — Médecin seul, grosse population à desservir, gros rapport, prix moitié. Maison tout confort, loyer 6.000 francs.

Seine-et-Oise. — Très ancienne clientèle, pavillon de 8 pièces, confort, loyer 10.000 francs, gros rapport, prix moyen.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Remplacez l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques tablettes de **Mangaïne**, selon la méthode usitée par Camescasse, à l'hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant, en même temps que la reconnaissance de la maman. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Hôtel du Parc, Saujon (Charente-Marit.) Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du CONCOURS, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul RIBEYRE, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182.31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Vaccination anti-variolique.* — Après lecture du rapport annuel de M. Lereboullet, l'Académie de médecine a rappelé les vœux déjà formulés par elle l'année dernière, concernant la vaccination anti-variolique, et en particulier le vœu suivant :

« Qu'aucun certificat ne soit délivré dans les maternités ou les maisons d'accouchement, concernant un enfant dont le résultat de la vaccination n'a pas été contrôlé. »

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. Sénèque agrégé, est nommé pour une nouvelle période de trois années sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — *Leçons de technique opératoire* (avec démonstrations sur le sujet). — Une série de dix leçons aura lieu du lundi 17 mars au jeudi 27 mars 1941, tous les jours de la semaine (sauf le dimanche), de 16 heures à 17 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme. — Lundi 17 mars, M. J. Patel, professeur agrégé à la Faculté : Les colectomies gauches. — Mardi 18 mars, M. J.-C. Rudler, chirurgien des hôpitaux : Les entérostomies d'urgence. — Mercredi 19 mars, M. J. Gosset, chirurgien des hôpitaux : Les colectomies droites. — Jeudi 20 mars, M. J. Mialaret, chirurgien des hôpitaux : Extension continue dans les fractures du membre inférieur. — Vendredi 21 mars, M. P. Padovani, chirurgien des hôpitaux : Traitement des fractures ouvertes de jambe. — Samedi 22 mars, M. P. Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux : Enclouage des fractures du col du fémur. — Lundi 24 mars, M. A. Sicard, professeur agrégé à la Faculté : Traitement chirurgical des traumatismes cranio-encéphaliques. — Mardi 25 mars, M. S. Blondin, chirurgien des hôpitaux : Thyroïdectomies pour goitres toxiques. — Mercredi 26 mars, M. J. Hepp, chirurgien des hôpitaux : Les thoracoplasties courantes pour tuberculose. — Jeudi 27 mars, M. R. Couvelaire, professeur agrégé à la Faculté : Les néphrectomies d'urgence.

Ces leçons gratuites sont particulièrement destinées aux internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire avant le 10 mars, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— **Hôpital civil français de Tunis.** — *Internat.* — Des places d'internes sont actuellement vacantes à l'Hôpital civil français de Tunis (vingt inscriptions de doctorat exigées). Traitement de début : 9.000

francs, plus une indemnité de 2.000 francs pour les internes docteurs en médecine.

Pièces à produire : extrait de naissance, certificat de scolarité, certificat de position militaire, certificat de bonne santé, extrait du casier judiciaire, certificat de bonnes vie et mœurs, références et notes.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Directeur de l'Hôpital.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur Auguste Béhal, l'éminent chimiste, ancien président de l'Académie de médecine et de l'Académie des Sciences, décédé à l'âge de 82 ans.

— Nous apprenons la mort du Docteur Albert Larsonneur, maire de Fleury (Manche), décédé à Fleury le 20 janvier 1941, en sa 73e année. *Il était le* père du Docteur J. Larsonneur, de Paris, à qui nous adressons nos bien vives condoléances.

— Le Docteur Delobel, de Noyon (Oise). — Le Docteur Delobel, dont nous avons annoncé la mort dans notre numéro du 5 janvier 1941, était un de nos plus anciens abonnés. Originaire du département du Nord où il naquit en 1860, il fut reçu docteur en 1887 et s'installa à Noyon où il exerça la médecine pendant 58 ans. *Il fut médecin en chef* de l'hôpital de Noyon pendant 30 ans jusqu'en 1935. Il était l'auteur de nombreuses publications qui lui valurent des médailles et récompenses de l'Académie de médecine, de l'Académie des Sciences et de la Société de protection de l'enfance. Président d'honneur de l'Association des médecins de l'Oise, il était chevalier de la Légion d'honneur.

— **Va paraître.** — Les « Nouvelles Editions françaises », 21, rue Amélie, Paris, annoncent pour fin février, la parution du nouveau livre de notre confrère L.-F. Céline « *Les beaux draps* », où l'actualité est traitée à la façon incisive de l'auteur des « Bagatelles pour un massacre ».

COMMUNIQUÉ

Fédération des Associations amicales de Médecins du Front

Appel aux Médecins
pour l'envoi de livres médicaux
a leurs confrères prisonniers

Nos confrères prisonniers, qui assurent le service médical dans les camps, tant en Allemagne qu'en France, seraient heureux de recevoir des livres médicaux, soit neufs, soit usagés (mais ne contenant pas de notes manuscrites).

La Fédération des Associations amicales de méde-

cins du front fait, dans ce but, un appel pressant à tous les médecins.

Elle se charge de recueillir et de faire ensuite parvenir, par l'intermédiaire de l'Œuvre de l'Aide aux prisonniers, les livres qu'on voudra bien apporter soit chez son président, Docteur Jean Schneider, 16, rue Alfred-de-Vigny (VIIIe), soit chez son secrétaire général, Docteur Raymond Tournay, 2, rue Dupuytren (VIe).

Au besoin elle se chargerait, sur demande, de les faire prendre à domicile.

* * *

La demande suivante a été adressée, le 6 février 1941, à M. le Médecin général directeur du Service de santé au Ministère de la Défense nationale :

« Le Comité de la Fédération des Associations amicales de médecins du front, groupant 3.000 médecins, tous anciens combattants, a l'honneur de demander que les médecins membres du Corps de santé actif, qu'ils soient en zone occupée ou non occupée, en congé d'armistice ou non, soient envoyés par ordre de préférence dans les camps de prisonniers en Allemagne pour en assurer le service médical, tous sans exception.

« Le Comité sollicite, en outre, du Directeur du Service de santé qu'un tour régulier de remplacement soit établi en faveur des médecins d'active ou de réserve affectés aux camps de prisonniers ».

A TRAVERS L'OFFICIEL

Secrétariat général de la Famille et de la Santé

Directeurs régionaux de la Famille et de la Santé

Par arrêté en date du 8 février 1941, M. le Docteur Bianquis, directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Lille, non installé, est placé en la même qualité en résidence à Limoges.

La région dans laquelle M. le Docteur Bianquis, directeur régional de la Famille et de la Santé, exercera ses fonctions comprend les départements de la Haute-Vienne, de l'Indre, de la Creuse, de la Corrèze, du Cantal, du Lot et de la Dordogne.

Par arrêté du 26 décembre 1940, la région dans laquelle M. le professeur agrégé Melnotte, directeur régional de la Famille et de la Santé, exercera ses fonctions a été fixée comme suit : départements de Meurthe-et-Moselle, Vosges, Haute-Marne, Meuse et Ardennes, M. le professeur agrégé Melnotte résidera à Nancy.



Par arrêté du 23 janvier 1941 :

La région dans laquelle M. le Docteur Triollet, directeur régional de la Famille et de la Santé, exercera ses fonctions a été fixée comme suit : départe-

ments de la Marne de l'Aisne, de la Seine-et-Marne, de l'Aube et de l'Yonne, M. le Docteur Triollet résidera à Châlons-sur-Marne.

La région dans laquelle M. le Docteur Lelong directeur régional de la Famille et de la Santé exercera ses fonctions a été fixée comme suit : départements du Doubs, de la Haute-Saône, de la Côte-d'Or de la Saône-et-Loire et du Jura. M. le Docteur Lelong résidera à Besançon.

La région dans laquelle M. le Docteur Cleret, directeur régional de la Famille et de la Santé exercera ses fonctions, comprend les départements du Puy-de-Dôme de l'Allier et de la Haute-Loire.

(*J. O.* 7 février 1941).

Par décret en date du 9 février 1941 M. le Docteur Vielledent (Louis-Henri), médecin inspecteur de la Santé du Nord, est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé en résidence à Lille.

(*J. O.*, 13 février 1941).

Inspection de la Santé

Par arrêtés en date du 8 février 1941 :

M. le Docteur Hyronimus est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la Santé du Nord, en remplacement de M. le Docteur Vielledent, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Saddier, nommé inspecteur de la Santé dans le département des Landes, est affecté en la même qualité dans le département du Tarn.

M. le Docteur Foucaud, médecin inspecteur de la Santé de l'Aisne, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la Santé du Loir-et-Cher, en remplacement de M. le Docteur Grenoilleau, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Pappas, directeur du Bureau municipal d'hygiène de Montpellier, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la Santé, en remplacement de M. le Docteur Scherb, placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

M. le Docteur Digeon est chargé à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé du Calvados.

(*J. O.*, 13 février 1941).

Par arrêté en date du 4 février 1941, Madame le Docteur Hascher, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Vosges, est mis en congé sans solde, sur sa demande, à compter du 1er décembre 1940, en application des dispositions de l'article 7 de la loi du 11 octobre 1940.

(*J. O.*, 8 février 1941).

Voir la suite page XLIII-441

PROPOS DU JOUR

LES PARADOXES DE L'ÉCLAIRAGE

Rien n'est aussi sinistre que le Paris de 1941 la nuit.

Paris la nuit !

Aux temps heureux, c'était une formule d'agence de voyages qui avait son succès certain auprès des étrangers. D'énormes voitures, aménagées pour touristes de luxe voyageant en commun, les promenaient dans la ville empanachée de lumière, des Halles à la Butte, de la Madeleine à la rue de Lappe, avec des points d'arrêt tapageusement repérés par les tubes au néon et les rampes multicolores. Et nous regardions passer ces caravanes avec un sourire mi-ironique et mi-glorieux. Tout de même notre Paris éblouissait ces importés : ils apprenaient chez nous ce qu'on peut faire avec de la lumière et qu'il y a du savoir-faire dans certains gaspillages.

Aujourd'hui c'est nous qui apprenons ce qu'on peut faire avec de l'obscurité : ce n'est pas beau ! Une ville n'est pas faite pour vivre dans le noir. La majesté de la nuit, si imposante à la campagne, s'encanaille entre des murs ; les perspectives les plus enviées perdent toute noblesse, les longues avenues indistinctes plongent dans l'équivoque et l'on se demande devant ces places vides si la guerre civile ou le choléra ont passé là.

Paris la nuit c'est aujourd'hui une excursion de neurasthéniques et qui ne remontera certes pas notre moral de guerre.

Dans cette ombre oppressante les témoins du temps où l'on voyait clair subsistent et il y a bien des méditations, et de bien divers ordres à faire, actuellement, la nuit, au pied d'un réverbère.

Tandis que l'on cherche péniblement son chemin et que d'un pied incertain l'on explore les obstacles une source de lumière est là toute proche et toute prête : un tour de clef et elle jaillirait dissipant le malaise et affirmant la suprématie de l'homme sur les éléments hostiles. Cette suprématie l'homme se l'était acquise à la force de son cerveau et s'il en faisait peut-être un peu étalage c'est bien justement qu'il appréciait les bienfaits de sa victoire et de ce qu'il appelait d'un mot plein, lui aussi, d'un naïf orgueil : le progrès. Or le progrès s'étant dépassé lui-même et de nouvelles inventions s'étant superposées aux anciennes, il s'est produit on ne sait quelle interférence et, en tous cas, un retour vertigineux vers ce que l'on croyait définitivement aboli. L'aviation a fait s'éteindre les lumières terrestres et c'est ainsi qu'en 1941 nous connaissons les rudes charmes du Paris de Villon où les bourgeois, passé le couvre-feu, se terraient chez eux ou ne s'aventuraient plus dehors que la lanterne au poing et l'oreille aux aguets. Franchement n'en sommes-nous pas littéralement là ?

***

Ce n'est cependant pas au pied d'un reverbère que j'ai l'intention de stationner en ce jour inclément d'hiver. Notre éclairage à la mode de 1941 recèle en effet plus d'un paradoxe. Cet autre, par exemple : à mesure que la lumière est devenue plus largement distribuée le travail d'usine s'est fait à la fois plus minutieux et plus affairé. Et l'ouvrier, tout en étant beaucoup plus généreusement éclairé que n'était un roi il y a encore peu d'années, a lieu de se plaindre de n'y pas voir bien clair dans le travail de précision qui lui est assigné. Ainsi s'en va la civilisation, tout de guingois, et clochant toujours d'une patte alors que l'on vient d'en redresser une autre.

La question de l'éclairage industriel se pose aujourd'hui plus âprement qu'il y a cinquante ans : la quantité de lumière est surabondamment assurée, la qualité ne l'est pas du tout. En bref, il s'agit de trouver le mode d'éclairage favorable pour des travaux qui veulent de la dextérité et de la précision ; il s'agit d'adapter ou, si l'on veut, de moduler la lumière suivant l'usage auquel elle est destinée.

« Faire une telle enquête, expose M. Jean Dourgnon dans *L'hygiène sociale* (1), pour toute l'industrie, représente un travail considérable susceptible d'occuper, pendant plusieurs années, un certain nombre d'ingénieurs. Mais l'intérêt qu'elle présente, tant au point de vue industriel qu'au point de vue purement humain, justifie l'effort et le temps qu'elle réclame. C'est tout au moins ce qu'ont pensé les Américains.

L'Illuminating Engineering Society d'Amérique a entrepris des études, industrie par industrie, depuis plusieurs années déjà, qui ont été résumées en remarques dans des rapports auxquels l'industriel ou l'ingénieur éclairagiste peuvent se référer. Dans d'autres pays, un certain nombre d'études du même genre ont été entreprises, mais elles ont revêtu l'aspect de recherches isolées.

On se trouve conduit, d'une façon presque

(1) N° 10. — Décembre 1940.

constante, à préconiser simultanément *deux types d'éclairage distincts* : un éclairage *général* pour la circulation ou la recherche d'outils, etc. et un éclairage *local* destiné spécialement à l'emplacement de travail.

L'éclairage général est ordinairement constitué par des lampes espacées, disposées à une grande hauteur. L'éclairage local comprenant, d'un côté, l'ensemble des dispositifs destinés à permettre de réaliser la tache visuelle dans les meilleures conditions possibles.

Il y aurait intérêt à ce que le système d'éclairage local, dont la mise au point peut demander des soins minutieux, fut étudié par le constructeur de machine-outil, et vendu avec cette machine comme une de ses parties intégrantes.

Peut-être verrons-nous, dans quelques années, des machines munies d'équipements électriques de formes insolites susceptibles de modifier l'aspect traditionnel de nos ateliers industriels.

L'optique de l'œil seule ne suffit pas pour nous conduire dans ce domaine, il est nécessaire de faire intervenir l'individu en entier considéré comme un dispositif complexe susceptible d'avoir des perceptions visuelles, le « human seeing machine » comme disent les Américains. Par exemple, une variation de l'éclairage peut produire une modification de la position transformant les conditions de travail.

On se rend compte de ce qu'a de particulier et d'inédit le problème ainsi posé. Il s'agit en somme d'adapter le travail aux possibilités et aux commodités du travailleur. C'est, dans la question du rendement de l'individu et de son confort professionnel, l'image par réflexion de la sélection professionnelle qui, elle, a pour but de rechercher l'individu le plus apte à des conditions de travail déterminées. Les deux méthodes visent à diminuer la fatigue, donc à économiser les forces. En cela l'intérêt de l'industriel se rencontre avec les exigences de l'hygiéniste, et la médecine a bien son mot à dire dès lors que l'intérêt de l'organisme humain est en cause.

***

Et nous retombons de nouveau ici sur un paradoxe de l'éclairage. La défense dite passive, et qui n'est cependant pas si passive que cela dans l'art de nous compliquer la vie, exige que ces usines où brillent, au dedans, mille lumières, soient, du dehors, rigoureusement obscures et invisibles. Dans le sens horizontal il y a nécessité d'ouvrir sans cesse les vannes à de nouveaux flux lumineux ; dans le sens vertical le plus timide rais est pourchassé à l'égard d'un traitre.

La solution à ce casse-tête chinois n'est pas aussi simple que dans un intérieur particulier où, la nuit venue, des écrans opaques aveuglent toutes les ouvertures. Dans une usine, outre les frais de premier établissement, la pose chaque soir et la dépose chaque matin de grandes surfaces de ces écrans devient un travail considérable. Si on les laisse en place ils jouent, durant la journée, leur rôle à contre-sens et arrêtent les rayons solaires comme. durant la nuit, ils absorbent la lumière électrique. De plus, ces baies obstruées ne peuvent plus servir à la ventilation et une usine au travail a besoin d'air frais.

« Un autre procédé consiste à employer conjointement des sources et des vitrages spéciaux choisis de telle façon que la lumière émise par les sources soit complètement arrêtée par les vitrages. Les solutions adoptées comportent, suivant les cas, des sources au sodium, au mercure, ou des lampes à incandescence filtrées par un écran rouge ou orangé et des vitrages bleutés, Pour obtenir ce bleuissement la peinture est à déconseiller, car elle s'écaille et, lorsqu'une explosion se produit à proximité, une lumière pernicieuse peut passer à travers la vitre brisée. Mieux vaut employer une pellicule colorée.

Mais ces vitrages bleus arrêtent aussi une notable proportion de l'éclairement solaire. En outre il résulte de l'emploi de ce procédé que l'ouvrier travaille constamment en lumière colorée : bleue le jour et jaune ou rouge la nuit. Certains travaux exigeant un repérage exact des couleurs en sont prodigieusement gênés ; d'autre part l'on sait les curieux effets psychiques de certaines lumières colorées, en particulier de la rouge, lorsqu'un être vivant en est baigné pendant une certaine durée.

En certains endroits, devant le coût élevé de ces dispositifs, on a tenté d'aménager l'éclairage intérieur de façon que peu de lumière soit réfléchi vers l'extérieur, par exemple en supprimant ou réduisant l'éclairage général et aménageant avec soin les éclairages locaux. Les résultats sont, il faut bien le dire, peu satisfaisants.

Et les techniciens, tarabustés par ce problème qui les tient jusqu'ici en échec, rêvent de lumières de compositions spéciales qui donneraient une bonne visibilité pour l'observateur se déplaçant au niveau du sol mais qui seraient peu perceptibles pour l'aviateur.

En d'autres termes, ils sont à la recherche de lumières dociles, caporalisées et conscientes des consignes de la guerre moderne.

Il se peut qu'ils les trouvent si la guerre dure encore suffisamment.

Mais peut-être ne devons-nous pas le souhaiter.

Car si la lumière devenait décidément docile aux caprices de l'homme, il faudrait nous attendre un jour ou l'autre, tant ce pauvre monde est devenu baroque et incohérent, à ne plus voir clair même en plein midi. Nous sommes bien, du reste, sur le chemin.

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentations de malades du 4 janvier 1941

Par le Professeur Laignel-Lavastine

Recueillies par M. Horande, externe du service

Deux psychopathes victimes d'aliénés

M. Laignel-Lavastine. — J'ai déjà insisté devant vous sur l'existence en psychiatrie, d'un facteur social — que j'appelle le « socius » — qui enveloppe en quelque sorte le facteur biologique — le « bios ». Le socius tire son intérêt de ce qu'il est le premier élément accessible à nos investigations lors de l'examen des psychopathes, et son importance est telle qu'il peut devenir le centre même des problèmes posés par les aliénés, faisant passer ainsi au *second plan* l'étude biologique de l'individu. C'est pour illustrer cette remarque que je vais vous présenter aujourd'hui deux malades, M. François et M. Louis.

***

Voici d'abord M. François âgé de 52 ans, qui fut interné en 1937, et qui, après une sortie de quelques mois, revint de lui-même à Sainte-Anne en 1938.

Au malade. — Pourquoi êtes-vous revenu à Sainte-Anne ?

Le malade. — Parce que je salivais beaucoup. Alors j'ai demandé à entrer pour qu'on me soigne.

M. Laignel-Lavastine. — Mais vous aviez eu des histoires avec votre femme ; elle avait mauvais caractère ?

Le malade. — Oui, nous nous disputions souvent. C'est elle qui m'a forcé à entrer à l'hôpital la première fois.

M. Laignel-Lavastine. — Vous buviez un peu à ce moment-là ?

Le malade. — Oh non ! un litre pour deux par jour.

M. Laignel-Lavastine. — En réalité, ce malade présentait, à l'entrée, les signes évidents d'une imprégnation éthylique qu'il nie devant vous. Cependant, ces symptômes ont tout à fait disparu et actuellement nous le considérons comme étant désintoxiqué.

Il vous a dit qu'il salive beaucoup et qu'il est revenu *spontanément* à Sainte-Anne. Ceci demande quelques explications. Sa difficulté à s'exprimer, ses gestes sans souplesse, sa démarche sans mouvements automatiques des bras et sa salivation font penser immédiatement à une maladie de Parkinson, et effectivement, par l'anamnèse, on apprend qu'en 1937 il a eu une encéphalite. Mais, c'est une forme localisée de maladie de Parkinson, puisque seule est atteinte la partie supérieure de son être. Or, cette affection n'aurait pas justifié l'internement, si, au syndrome neurologique, ne s'était ajouté un syndrome psychiatique. M. François est, en effet, venu à Sainte-Anne, moins pour y faire traiter sa sialorrhée, que pour s'éloigner de sa femme et éviter ainsi les continuelles disputes et les scènes, qui se déroulaient dans le ménage. Car, aux dires de sa femme — et ceci est très important — François était d'humeur inégale, irritable, voire violent, au point de frapper ou d'envoyer des objets à la tête de son épouse ; celle-ci l'accuse même d'exhibitionisme.

Or, si vous enquêtez sur la femme de François, vous apprenez qu'elle est actuellement à Maison-Blanche. Elle y est entrée en mars 1940 pour une psychose hallucinatoire chronique avec réactions bruyantes et injurieuses, de sorte qu'on peut se

◆◆

demander si les motifs, qu'elle avait donnés, pour obtenir l'internement de son mari en 1937, n'étaient pas des manifestations morbides, véritables prodromes de sa psychose. Et, en particulier, l'accusation d'exhibitionisme était-elle justifiée ? On peut admettre que cette démonstration eut lieu au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu, mais on peut aussi penser que ce fut une fable inventée de toutes pièces. Car on n'en eut jamais connaissance que par la personne même, dont le témoignage est actuellement fortement mis en doute. Quant aux scènes familiales, nous devons nous demander si elles étaient dues uniquement aux troubles du caractère que François présente comme beaucoup de Parkinsoniens, ou, au contraire, si elles n'étaient pas la résultante *du frottement d'un caractère instable et irritable* sur un esprit déjà envahi par des idées délirantes de persécution. Nous nous en tiendrons à la seconde hypothèse, de beaucoup la plus vraisemblable.

Actuellement, François ne présente pas de signes d'alcoolisme chronique. Ses troubles psychiques ne sont pas très importants et son état somatique est satisfaisant.

Au malade. — Que faites-vous dans le service ?

Le malade. — Je m'occupe. Je nettoie le dortoir et je fais les lits ; à part cela, je joue aux cartes.

M. Laignel-Lavastine. — Quels sont vos désirs ?

Le malade. — Sortir et faire sortir ma femme (il pleure). Ensuite nous irons vivre en Savoie.

M. Laignel-Lavastine. — François aime bien sa femme, puisqu'il pleure en pensant à elle. A cette occasion, vous pouvez constater que son affectivité est conservée, malgré une émotivité accrue, et signée par les pleurs et la tachycardie. Ceci ne fait que confirmer l'amélioration très nette de l'état psycho-physique de notre malade depuis son entrée. Seulement, il ne semble pas se rendre compte des innombrables difficultés que comporte la vie en dehors de l'hôpital ; aussi, bien que sa maladie organique lui laisse la possibilité de se rendre utile socialement, vaut-il mieux ne pas laisser sortir cet homme avant qu'une aide matérielle et un soutien moral lui soient assurés par sa famille. Au cas où cette condition ne serait pas remplie, il est de notre devoir de le conserver ici pour le diriger vers une de nos Colonies Familiales, où il sera assuré de trouver une atmosphère sociale plus proche de la vie familiale que de la vie hospitalière.

L'intérêt de ce malade est donc évident : non seulement il nous permet de faire ressortir le rôle d'une psychopathie de sa femme dans les causes de son internement, mais encore il pose le problème social si important de l'aide effective que doit apporter la Société à une certaine catégorie de psychopathes : à ceux qui ne sont pas assez gravement atteints pour être considérés comme des aliénés au sens primitif du mot (*a-lienus*, étranger) et qui cependant ne pourraient être rendus à la vie sociale sans courir de grands risques.

***

M. Laignel-Lavastine. — Le malade Louis, que je vais vous montrer maintenant, est un jeune homme de 29 ans, qui fut interné en 1938.

Au malade. — Voulez-vous raconter votre histoire.

Le malade. — Ma mère et moi nous avions des idées de persécution. Nous pensions que des prêtres faisaient de la magie contre nous. Un certain abbé en faisait tous les jours pendant deux heures pour nous faire aller au bagne. Le bagne vous fera plus souffrir que l'échafaud, disait-il. J'avais l'idée qu'on me faisait des passes magnétiques, qu'on m'endormait par suggestion.

M. Laignel-Lavastine. — Depuis combien de temps se livrait-on à ces pratiques contre vous ?

Le malade. — Depuis de nombreuses années. Les prêtres voulaient aussi nous faire condamner et nous faire détester par le moyen de la magie.

M. Laignel-Lavastine. — Comment avez-vous été amené ici ?

Le malade. — Voici comment les choses se passèrent. Un jour, nous nous promenions, ma mère et moi, rue Marcadet, lorsque tout à coup ma mère me fit remarquer une femme, qui, derrière la vitre d'une boutique, nous montrait du doigt. Je la rassurai en lui disant que nous n'étions pas les personnes que semblait désigner cette épicière, mais ma mère ne voulut rien entendre et, revenant à ses idées, alla frapper à la porte de la boutique. « Pourquoi propagez-vous des bruits calomnieux contre nous ! dit-elle ; nommez-moi immédiatement les personnages qui vous paient pour propager ces bruits... » Le ton montait, si bien qu'un attroupement se produisit, et finalement un car de Police-Secours arriva, qui nous embarqua avec quelques témoins.

M. Laignel-Lavastine. — Vous n'avez pas vu votre mère depuis longtemps ?

Le malade. — Voilà trois mois et j'en ai bien de la peine, car je l'aime beaucoup.

M. Laignel-Lavastine. — Vous avez été élevé par elle ?

Le malade. — Oui, j'ai été élevé dans ses jupons. Elle voulait que j'eusse une instruction très religieuse. J'eus donc des précepteurs, mais en fin de compte, c'est ma mère qui m'instruisit. C'est vers l'âge de 12 ans qu'elle me parla pour la première fois des prêtres sorciers. Plus tard, je me rendis compte qu'elle exagérait ses craintes, mais j'étais obligé de dire comme elle pour avoir la paix, car elle était très autoritaire. J'en étais même venu à me persuader que ces prêtres opéraient sur moi des transfusions de sang dans le but de me faire devenir voleur et assassin.

M. Laignel-Lavastine. — Etaient-ils nombreux, ces prêtres-sorciers ?

Le malade. — 250, disait ma mère.

M. Laignel-Lavastine. — Aujourd'hui, vous reconnaissez toute l'absurdité de ces idées ?

Le malade. — Bien sûr, et je suis prêt à travailler, à me rendre utile.

M. Laignel-Lavastine. — Et votre situation militaire ?

Le malade. — Elle est évidemment un peu spéciale ; j'avais pensé, à l'âge de 20 ans, m'engager volontairement pour choisir mon arme. Mais un jour, je tombai en arrêt sur une affiche, qui exposait les buts de la Ligue des Objecteurs de conscience. J'adhérai à cette Ligue et ne fis pas de service militaire. Mais aujourd'hui, je ne me reconnais plus aucun lien avec cette association et j'aurais déjà envoyé ma démission, si je n'étais pas malade. Mon intention est, en sortant de l'hôpital, d'aller expliquer franchement ma situation à l'Autorité militaire, qui prendra les mesures nécessaires,

M. Laignel-Lavastine. — Ainsi que vous le constatez, Louis critique maintenant très bien son passé délirant. Il précise le rôle important de sa mère et le rôle passif qu'il joua par rapport à cet élément inducteur. Un point intéressant de son histoire sociale est l'adhésion à la Ligue des Objecteurs de conscience, qui fut facilitée par son état maladif (ce dont devra tenir compte l'Autorité militaire pour régler sa situation).

Nous sommes donc en présence d'un garçon, qui, psychiquement, est très amélioré. Il est maintenant complètement débarrassé de ses idées délirantes qui ont été réduites, après qu'il fût soustrait à la *paraphrénie fantastique* de sa mère. Mais, physiquement, c'est un hérédo-syphilitique, adénoïdien et dysgénesique. Il y a là un terrain spécial, dont nous devons tenir compte dans le pronostic, afin d'éviter le retour de troubles mentaux graves. Enfin socialement, il pose un problème voisin de celui que posait le malade précédent : un psychisme redevenu presque normal, mais des possibilités de vie sociale réduites, du fait de l'état somatique médiocre et des difficultés sérieuses, qu'il rencontrerait en sortant de l'hôpital, en particulier la mise au point de sa situation militaire. Comme l'autre, ce malade est donc en droit d'attendre de nous aide et protection : il pourra bénéficier des ateliers du Cadre asilaire ou de la vie au grand air des Colonies familiales, car seule une vie social élémentaire et restreinte lui sera profitable.

***

En conclusion, je dirai que l'intérêt de ces deux malades est : d'une part, de montrer combien les psychopathies familiales sont importantes à connaître et à déceler précocement, avant qu'elles n'aient fait des victimes autour d'elles ; d'autre part, de faire apparaître la nécessité, pour le psychiatre, d'apporter toute son attention et tous ses soins à l'analyse du problème social, que comporte, chaque cas qui lui est soumis.

MIGRAINE HYPOPHYSAIRE

S'il est exagéré de rapporter — comme l'ont fait quelques auteurs — la majorité des migraines à l'hypophyse, on peut dire cependant que cette pathogénie paraît très admissible dans certains cas.

M. le Professeur L. Langeron, dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*, en rapporte un exemple. Il concerne une femme de 42 ans, se plaignant de crises migraineuses extrêmement pénibles, nettement liées à la menstruation et s'accompagnant de phénomènes particuliers : gonflement des seins (hormone lactogène de l'hypophyse), réduction des urines (hormone intermédiaire), hémianopsie homonyme bilatérale du quadrant supérieur permanente (compression optique par congestion hypophysaire — la selle turcique étant normale), tous indices témoignant de cet état d'hyperfonctionnement de l'hypophyse, fréquent à la période de la ménopause. Pas d'autre signe clinique ou sérologique, pathologique.

S'appuyant sur cet ensemble symptomatique, il apparaît légitime de conclure à une migraine hypophysaire. Comme traitement, au moment des crises, la morphine-atropine a été seule active. Les diverses opothérapies, dont l'hypophysaire, sont restées sans effet. Le benzoate de folliculine, par contre, médicament antagoniste, a procuré un peu d'amélioration.

P. L.

LES PORPHYRINURIES (1)

Etude clinique

Par MM.

M. DÉROT, Médecin des hôpitaux de Paris,

M. RANGIÉ, Chef des travaux de chimie à la Faculté de Paris,

P.-M DE TRAVERSE, Chef de laboratoire à la Faculté de Paris.

Au point de vue clinique, le fait que l'élimination urinaire ou fécale des diverses porphyrines s'observe dans des cas assez disparates a conduit à envisager divers modes de classification.

La classification la plus récente, celle de Schreus, est d'ordre biologique. Cet auteur distingue des porphyries primaires, caractérisées par l'élimination de porphyrine I, et des porphyries secondaires, caractérisées par l'élimination de porphyrine III ; chacun de ces groupes se subdivise lui-même en porphyries congénitales et porphyries acquises. Cette classification, qui est certes la plus logique, rencontre certaines difficultés du point de vue de son application clinique, au moins actuellement.

C'est d'un principe clinique que procèdent par contre deux autres classifications, celle de Günther et celle de Micheli.

La classification de Günther, qui est la plus anciennement proposée, distingue quatre ordres de faits : le porphyrisme, l'hématoporphyrie congénitale, l'hématoporphyrie chronique, les hématoporphyries aiguës ; ces dernières se subdivisent en hématoporphyries aiguës idiopathiques et hématoporphyries aiguës toxiques.

Le porphyrisme est ce que l'on eût appelé autrefois « un tempérament ». Il s'agit d'individus de constitution nerveuse, sujets à l'insomnie, hyperexcitables et chez qui existe une tendance à la pigmentation cutanée et une élimination durable ou intermittente d'hématoporphyrine par les urines ou les fèces. Ce tempérament servirait de base au développement des autres formes cliniques.

L'hématoporphyrie (2) congénitale ou maladie de Günther se manifeste dès la première enfance. Elle se traduit par les manifestations cutanées, que nous décrirons plus loin, ne donne lieu à aucun signe abdominal ou nerveux, évolue par poussées estivales et peut s'accompagner de mutilations du nez, des oreilles et des doigts. Rarement mortelle par elle-même, elle peut se compliquer d'infections.

L'hématoporphyrie chronique se manifeste dans la deuxième enfance ou chez l'adulte ; elle se traduit par une éruption douloureuse provoquée par la lumière, et souvent précédée de troubles intestinaux. L'accès dure deux à trois jours, laisse après lui une pigmentation et des cicatrices. Son évolution est analogue à celle de l'hématoporphyrie congénitale, dont seules des nuances la séparent. Günther lui-même admet actuellement qu'il s'agit probablement d'une hématoporphyrie congénitale, tardivement révélée.

L'hématoporphyrie aiguë, enfin, groupe les hématoporphyries toxiques ou infectieuses et l'hématoporphyrie aiguë idiopathique. Cette dernière se manifeste par les symptômes abdominaux et nerveux, que nous verrons plus loin, à l'exclusion des symptômes cutanés. Son évolution, en général curable, lui a valu le nom d'hématoporphyrie bénigne. Toutefois, il s'en faut que tous les cas évoluent ainsi, et la mort peut survenir par suite de l'évolution d'un syndrome de Landry.

Telle est la classification de Günther. Elle présente deux inconvénients : celui de séparer artificiellement certains faits aussi voisins que l'hématoporphyrie congénitale et l'hématoporphyrie chronique et même certains cas d'hématoporphyries aiguës à évolution prolongée ; celui de rapprocher des faits aussi dissemblables que l'hématoporphyrie aiguë idiopathique et les porphyrinuries symptômatiques. Elle a par contre le mérite immense de souligner le rôle du terrain. C'est là une notion capitale, sur laquelle la classification de Micheli n'attire pas suffisamment l'attention.

La classification de Micheli est cependant actuellement la plus satisfaisante. Cet auteur dis-

(1) *Concours Médical* 1941, n° 4 et n° 5.

(2) Ce terme employé par Günther n'est plus employé actuellement en clinique ; il sert à désigner une porphyrine artificiellement obtenue, mais non retrouvée chez l'être vivant.

tingue en effet des porphyries toxiques, des porphyries idiopathiques. Cette distinction mérite d'être maintenue. Nous préférerons toutefois, pour désigner ces deux chapitres, les termes de porphyries toxiques ou mieux symptômatiques, et de porphyries primitives ou idiopathiques.

Les *porphyries toxiques ou symptômatiques* sont les plus fréquentes. On peut en effet observer l'élimination de porphyrine au cours d'un grand nombre d'infections, d'intoxications, de maladies diverses. Parmi les maladies infectieuses nous citerons la pneumonie, la grippe, le typhus exanthématique, la typhoïde, le paludisme, la tuberculose dans ses diverses localisations, la fièvre provoquée par le pyrifer.

Parmi les intoxications, prennent place au premier plan, le saturnisme, l'intoxication par le sulfonal et dérivés voisins et au deuxième plan, les intoxications par le benzol, l'arsenobenzol, l'acétanilide, etc...

Enfin il peut y avoir élimination de porphyrines dans les anémies, qu'elles soient d'ordre toxique, hémorragique ou cryptogénétique, dans les chloroses, dans certaines érythrémies, dans les maladies du foie (cirrhoses, ictères, cholécystites), dans les hémorragies intestinales et tout spécialement dans les hémorragies intestinales des cancéreux, dans certaines maladies où interviennent des carences en vitamine, telles que la pellagre ou la sprue.

Dans tous ces cas, l'élimination de porphyrine est cliniquement décelable soit dans les urines, soit dans les fèces.

Thomas a montré que parfois la porphyrine s'accumulait dans certains tissus, mais n'était pas éliminée. Il en est ainsi dans certaines tumeurs : sarcome du rat (Policard), épithéliomas (Korbler, Gougerot) et surtout chlorome (Thomas), ganglions de leucémie myéloïde (Thomas).

Il est à remarquer d'ailleurs que ces porphyries symptômatiques se traduisent tantôt par des éliminations de porphyrine III, tantôt par des éliminations de porphyrine I (Schreus). Par conséquent, aucune pathogénie unique ne peut leur être appliquée. Certaines témoignent d'un processus hémolytique imparfait, d'autres d'un trouble plus profond de l'hématogénèse.

Ces porphyries secondaires posent un problème pathogénique. Comme le fait remarquer Vanotti, l'élimination n'est ni constante, ni également intense chez tous les malades soumis à une même intoxication. C'est ici qu'intervient la notion de porphyrisme dégagée par Günther, notion qui atténue l'opposition qui semble exister entre les porphyries idiopathiques et les porphyries symptômatiques.

Porphyries idiopathiques ou primitives. La porphyrie idiopathique est assez rare. Kammerer en 1933 réunissait trente-trois cas publiés dant la littérature. La plus importante statistique personnelle est celle de Waldenström qui apporte, en 1934, dix observations inédites. Au total, le chiffre des cas actuellement connus n'excède certainement pas la soixantaine, et la plupart d'entre eux ont été observés en Allemagne, en Russie et dans les pays scandinaves. Au point de vue étiologique, la fréquence de la maladie croît de un à quarante ans et décroît ensuite ; les formes abdominales et nerveuses s'observent surtout chez la femme et les formes cutanées chez l'homme.

Un facteur héréditaire ou familial est souvent rencontré (Micheli et Dominici, Waldenström, Barker).

Au point de vue clinique, la maladie peut être révélée par trois ordres de symptômes caractérisant trois formes cliniques : la forme abdominale, la forme nerveuse, la forme cutanée.

La forme abdominale groupe une partie des cas d'hématoporphyrie aiguë idiopathique de Günther ; elle est caractérisée par de violentes crises douloureuses brusquement apparues, en pleine santé apparente. Ces douleurs, tantôt généralisées, tantôt localisées à l'épigastre, à l'hypocondre, à l'hypogastre, à la fosse iliaque peuvent irradier aux reins, aux bourses ou aux épaules.

A ces douleurs s'ajoutent des nausées, des vomissements alimentaires, puis bilieux, une constipation rebelle aux purgatifs et, de manière plus contingente, de la dysurie et de l'oligurie.

A l'examen, le malade dont le faciès est anxieux, a un ventre souple, légèrement météorisé. L'intestin est rendu aisément palpable par la contracture des anses. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés, si l'on excepte les cas d'éthylisme associé.

La radiographie montre sur tout le tractus digestif une succession de zones spasmées et de zones dilatées.

A ces signes digestifs, peuvent s'ajouter de l'ictère, des pigmentations, de la tachycardie, des phénomènes psychiques (délire, hallucinations) et des phénomènes cutanés ou nerveux, que nous verrons plus loin.

Ces crises se reproduisent suivant un rythme variable, parfois elles se rapprochent provoquant un abattement extrême et pouvant aboutir à un coma précurseur de la mort.

La forme nerveuse, dont les symptômes peuvent s'associer aux symptômes précédents, réunit certains cas d'hématoporphyrie aiguë idiopathique et d'hématoporphyrie chronique ; elle se caractérise soit par des troubles psychiques, soit par des troubles nerveux proprement dits.

Les troubles psychiques comprennent de



l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie et parfois même un délire continu avec agitation maniaque et crises convulsives.

Les troubles nerveux peuvent se borner à des névralgies et à des paresthésies ou prendre le type paralytique. Les paralysies sont de type périphérique ; elles peuvent atteindre quelques muscles, tout un membre, tous les muscles innervés par une racine ou bien avoir une topographie hémiplégique. Des paralysies oculaires, une névrite optique sont possibles. En règle, il s'agit d'une paraplégie.

Les troubles psychiques ou nerveux apparaissent, en règle, de manière progressive chez un sujet déjà asthénique ; de la fièvre peut exister au début.

Généralement la maladie évolue comme un syndrome de Landry, atteignant successivement les nerfs craniens, le diaphragme, les centres cardiaques et respiratoires.

La mort par atteinte bulbaire est très fréquente. Dans les cas heureux les paralysies cessent de s'étendre, puis régressent lentement laissant derrière elles une atrophie musculaire intense.

La forme cutanée groupe enfin la plupart des cas réunis par Günther sous le nom d'hématoporphyrie congénitale chronique et une partie des cas décrits sous le nom d'hématoporphyrie aiguë idiopathique.

Le premier exemple de cette forme aurait, selon Günther, été décrit en 1874 par Schultz sous le nom de pemphigus lépreux.

Le symptôme capital est, en pareil cas, une hypersensibilité de la peau à la lumière, qui se manifeste en général dès les premières années de la vie. Après une exposition au soleil, on voit apparaître, sur la peau de parties découvertes, une éruption de macules et de papules érythémateuses, qui se transforment rapidement en vésicules à contenu séreux et plus rarement hémorragique ou purulent. Ces vésicules plus ou moins nombreuses rappellent par leur aspect l'hydroa vacciniforme de Bazin. Leur apparition est précédée de signes généraux : anorexie, nausées et de signes locaux : prurit, hyperémie locale, œdème cutané. Les éléments éruptifs se dessèchent en quelques jours ; la chute de la croûte laisse une cicatrice profonde avec atrophie cutanée très analogue à une cicatrice vaccinale.

Certaines parties du visage (oreilles, nez) peuvent être profondément mutilées. Il peut se produire également une ankylose des doigts et même une chute des dernières phalanges. Après plusieurs poussées, la peau se pigmente, les ongles deviennent friables, les poils des parties découvertes s'atrophient, les dents mêmes peuvent participer au processus et prendre une teinte brun chocolat.

Une localisation, sévère par ses conséquences est, l'atteinte des conjonctives et de la cornée, qui peut aboutir à des ulcérations et à des leucomes.

Dans certains cas, le soleil n'est pas seul à déclencher des éruptions, mais le malade peut être sensible à un traumatisme, à la chaleur et au vent. Dans quelques cas, les parties couvertes sont, elles aussi, le siège de modifications : pigmentations brunes, sclérodermie, etc.

L'examen montre par ailleurs, dans quelques cas, une hypertrophie du foie et de la rate. A la radiographie, on constate un certain degré de décalcification des os du crâne et des os des mains.

L'évolution peut se poursuivre pendant des années, des manifestations nerveuses ou digestives peuvent s'intriquer aux manifestations cutanées. Des complications infectieuses locales parfois sévères peuvent se produire.

***

Tels sont les principaux aspects cliniques des porphyries. Dans tous les cas, le diagnostic n'est possible que par l'examen des urines, aidé parfois de l'examen des fèces et du sang.

Les urines sont foncées rouge brun ou brun noir, elles contiennent, en plus ou moins grande abondance, une porphyrine appartenant à l'un des types, que nous avons décrits dans la partie biologique de cet article.

La porphyrine peut être trouvée dans les fèces (Roth), dans le sang (Van den Bergh et Grotepos). Parmi les autres modifications humorales accompagnant l'élimination de porphyrine, nous citerons : l'élimination urinaire d'urobiline ou de pigments vrais. Dans le sang, les modifications sont peu importantes ; l'azote total et l'urée sont cependant augmentés dans certains cas (Roth, Vannotii). L'acide urique, la créatinine paraissent normales. La réaction xanthoprotéique serait abaissée. Les variations de la chlorémie et de la calcémie paraissent peu nettes et inconstantes. La réserve alcaline est normale. La résistance globulaire non modifiée.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR INJECTION INTRAVEINEUSE EN PRATIQUE JOURNALIÈRE

Par le Docteur POULIQUEN,

Chirurgien de l'Hôpital civil de Brest

Dans un article du *Concours Médical* du 17 novembre 1940, M. Vanverts dit que « l'anesthésie par injection intraveineuse ne doit pas être utilisée par le praticien ».

Je suis d'un avis absolument contraire. Mon opinion est basée sur une expérience de quelques milliers de cas, aussi je suis certain que M. Vanverts ne m'en voudra pas de le contredire et d'affirmer exactement ce que je pense.

J'estime que tout praticien devrait connaître parfaitement la technique de l'intra-veineuse, dont les indications pour lui sont plus nombreuses que celles de l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale par inhalation. Autour de moi, je vois d'ailleurs beaucoup de confrères de médecine générale pratiquer cette anesthésie, et ils en sont très contents.

Pourquoi cette méthode n'arrive-t-elle pas à se répandre en France ? Pour deux raisons.

1° Certains médecins sont enchantés du bon vieux chloroforme ou de l'excellent éther qu'ils ont appris à donner quand ils étaient stagiaires, externes ou internes, ils n'ont eu qu'à s'en louer, ils n'ont donc aucune raison de changer de méthode, ils sont fixés, cristallisés ; je me garderais bien d'essayer de les convertir et, d'ailleurs, ils ne liront probablement pas ces quelques lignes.

2° A côté de ces routiniers, un grand nombre de confrères ne demandent qu'à suivre le progrès et c'est à eux que je m'adresse. Ces médecins sont éclectiques, mais ils ont peur de se mettre à l'anesthésie intra-veineuse, parce qu'ils ont entendu dire qu'elle est très dangereuse et, par conséquent, qu'en cas d'accident, ils risqueraient des poursuites (c'est sans doute pour cela que M. Vanverts leur conseille de s'abstenir). Ils ont toujours à la mémoire une séance de l'Académie de chirurgie où certains confrères jetèrent l'anathème sur la méthode, à l'occasion d'une communication de M. Robert Monod sur les avantages de l'anesthésie générale à l'Evipan sodique. Soi-disant, cette anesthésie ne devait être confiée qu'à des anesthésistes spécialisés ou encore ne devrait être employée que pour les grosses opérations. Quelqu'un, par exemple, avait dit : « j'ai protesté et je proteste encore contre la minimisation des accidents, contre l'emploi de ces méthodes pour des opérations bénignes de chirurgie externe, *alors qu'elles devraient être réservées aux cas difficiles de chirurgie viscérale* ».

Tout cela est absolument faux, et il est bon que cela soit dit une fois pour toutes, dans l'intérêt de tous.

Personnellement, je n'emploie plus l'évipan pour les grandes opérations, si ce n'est pour la gastrectomie. En revanche, je l'emploie journellement pour les petites opérations. Je m'en sers même pour des interventions mineures : ablation d'ongles, enlèvement de mèches adhérentes, incision de panaris de la phalangette, etc., ce qui prouve que je considère cette anesthésie comme bien anodine, quand elle est appliquée judicieusement et à petite dose.

La statistique que j'avais publiée en 1937 portait sur 2.400 cas. Elle pouvait paraître mauvaise, puisque j'avais rapporté deux cas de mort ; mais l'une n'était pas due à l'Evipan : il s'agissait d'une obstruction intestinale et le malade, auquel on avait omis de faire un lavage d'estomac, est mort à la suite d'un vomissement dans la trachée : inutile de dire que l'accident se serait produit encore plus sûrement avec le chloroforme ou l'éther, voire même avec le chlorure d'éthyle.

La seconde, au contraire, était bien due à l'anesthésique, mais ici aussi, il y avait eu une faute, et même deux : une de dose et une d'indication :

Un jeune interne qui faisait sa première anesthésie intra-veineuse avait injecté d'emblée toute la dose, c'est-à-dire dix centimètres cubes, croyant qu'il fallait vider la seringue comme pour une injection de sérum ; de plus la malade était une grande alcoolique, en état de subdelirium.

Cette observation malheureuse ne prouve qu'une chose, c'est que l'évipan comme tout anesthésique, comme l'alcool d'ailleurs, est un poison et qu'il ne faut pas dépasser la dose.

Depuis 1937, j'ai donné 1.700 nouvelles anesthésies avec l'évipan sans une seule mort.

Avec une mort malheureuse sur quatre mille cas, je me crois qualifié pour affirmer que l'anesthésie intra-veineuse n'est pas plus dangereuse que d'autres, il me semble même que, comme anesthésie de courte durée, elle est bien moins dangereuse que le chlorure d'éthyle. D'ailleurs des statistiques blanches portant sur un nombre de cas bien plus élevé ont été publiées et je ne serais pas du tout surpris de voir sortir, un jour, une série de dix mille cas sans mort.

A l'étranger, la méthode intra-veineuse est

infiniment plus employée qu'en France. Fin 1940, on évaluait à 7 millions d'anesthésies celles faites rien qu'avec l'évipan sodique.

J'ai déjà dit plus haut que l'évipan est surtout anodin dans les opérations de courte durée comme concurrent du chlorure d'éthyle, c'est là principalement qu'il est indiqué pour les praticiens et il a un énorme avantage pour eux, *c'est de pouvoir être donné par le médecin lui-même, sans aide spécial.*

Autres avantages :

L'intra-veineuse est plus facile et plus rapide que la locale et, pour le malade, infiniment plus agréable que le chlorure d'éthyle. Tous les clients qui ont été ainsi endormis, *surtout les médecins*, ne veulent plus entendre parler d'autre chose. Au réveil, ils ont toujours le même mot à la bouche : c'est merveilleux. Souvent on a même de la peine à leur faire admettre qu'ils ont été opérés.

L'évipan a cependant deux petits inconvénients par rapport au chlorure d'éthyle : le réveil n'est pas aussi rapide et, chez les jeunes, il y a de l'agitation ; il ne peut donc pas être donné facilement au cabinet médical.

Quelles sont pour le praticien, les meilleures *indications* ? *Elles sont nombreuses* : tous les phlegmons, les *abcès du sein*, les incisions d'*anthrax*, les panaris, les avulsions dentaires en cas d'ostéo-périostite, les *curettages*, les sutures de périnée, les forceps, les réductions de luxations, les fractures ; par exemple, l'intra-veineuse est idéale pour installer une traction de *fracture récente de cuisse*, non seulement le malade ne sent rien, ne se contracte pas, mais on a toute facilité pour lui changer de lit ou de chambre ou même pour le transporter dans une maison voisine (1).

Que les timorés commencent par les cas les plus faciles, par exemple : *le curettage*. Avec six centimètres cubes environ chez une femme normale, ils auront une très bonne anesthésie, sans le moindre risque.

Se méfier de l'évipan chez les grands alcooliques, ne pas s'en servir chez les enfants à cause de l'agitation, sauf comme « évipan starter », et surtout se méfier des malades schokés, des hypotendus ou en état d'obstruction, et des rénaux.

Injecter lentement le produit, environ deux cent. cubes à la minute.

Savoir que la dose doit varier suivant chaque malade et qu'elle doit être très petite chez les vieillards, par exemple : avec un cent. cube, j'ai eu une excellente anesthésie chez une malade de 95 ans, atteinte de fracture de jambe.

Pour les toutes petites interventions, comme une incision d'abcès, l'injection doit être arrêtée dès le stade du baillement, ou même, si on lui fait compter, au moment où le patient commence à bredouiller.

Tout cela a été bien expliqué dans les divers articles, qui ont paru sur la technique ; les médecins feront bien de les consulter, mais *le mieux est d'aller voir* : tout confrère, déjà au courant des piqûres intra-veineuses, doit apprendre la méthode en une seule séance.

M. Vanverts étudie en ce moment la réforme des études médicales, et je suis certain qu'il consacrera un grand chapitre à l'enseignement de l'anesthésie.

Il faut certes qu'il y ait des spécialistes anesthésistes, c'est-à-dire des confrères au courant de toutes les méthodes : cyclopropane, protoxyde d'azote, rachianesthésie, anesthésie régionale, locale, intra-veineuse, etc..., mais il ne faudrait pas oublier les futurs praticiens : tous auront l'occasion d'endormir des malades, il faut donc les former pendant leurs études et, à mon avis, le plus grand service, qu'on puisse leur rendre en cette matière, est de leur enseigner la technique de l'intra-veineuse.

Quel est l'avenir de l'anesthésie intra-veineuse ? Bien qu'il soit toujours risqué de faire des prédictions, je crois qu'elle est appelée à prendre un grand essor.

En mars 1939, un chirurgien américain Adams R. Charles, à propos du Pentothal sodium, écrivait : « l'emploi croissant de l'anesthésie intraveineuse n'a jamais été aussi en faveur qu'à l'heure actuelle » ; je crois qu'en France, il en sera de même ; tous les chirurgiens seront obligés d'y recourir pour la bonne raison que les clients la réclameront et en matière d'anesthésie ; il n'y a pas que le chirurgien, le malade aussi a droit à la parole. Si vous lui dites : c'est stupide d'exiger une intra-veineuse pour un petit panaris puisqu'on peut vous anesthésier avec moins de risque par la locale, il vous répondra : chacun à son goût, je suis libre, je préfère l'intra-veineuse à la locale comme je préfère le taxi au fiacre.

(1) Le praticien peut trouver en psychiatrie, chez les agités, une autre indication de l'intra-veineuse, indication assez rare, mais très intéressante, surtout pour les médecins d'asiles. En voici un exemple :

Il y a une dizaine d'années, j'avais été appelé d'extrême urgence à ma clinique pour un opéré devenu subitement fou furieux. Je le trouvai tout nu au milieu de la pièce, tenant entre les mains une grande glace et menaçant de tuer sa femme qu'il avait d'ailleurs mise dans le même costume que lui. En vitesse, je fis venir l'ambulance et aussitôt, avec mon fils et les deux ambulanciers, nous fîmes irruption dans la chambre, armés d'une serviette éponge imbibée de soixante grammes de chloroforme.

Le malade fut jeté sur le lit et littéralement assommé par le chloro ; il ne put même pas pousser le moindre cri. Sitôt endormi, on lui fit une piqûre intra-veineuse de numal, puis les infirmiers, émerveillés, le transportèrent tranquillement à l'hôpital.

C'est une observation, que j'avais oublié de publier à l'Académie de chirurgie, quand j'avais fait allusion au transport des blessés sous anesthésie générale, idée qui, entre parenthèses, avait choqué aussi quelques collègues, mais à laquelle cependant je suis loin de renoncer.

LA LUTTE CONTRE LE FROID PAR DES MOYENS NATURELS (1)

Par le Docteur FUNCK-HELLET

L'homme immobile dans le froid — c'est à lui que va notre sollicitude — peut se réchauffer par des moyens naturels. A l'inverse du réflexe de défense contre le froid qui resserre les capillaires (chair de poule), avec parfois congestion d'un organe central ou gelure des extrémités, la méthode envisagée ici gaspille de la chaleur, réchauffe à la fois l'intérieur et l'extérieur du corps, extrémités comprises.

Cette méthode, qui nous a servi pendant l'hiver de guerre par — 20° est inspirée des pratiques des moines tibétains qui vivent nus, l'hiver, à 3.000 mètres d'altitude. Sans vouloir aboutir à un réflexe conditionnel, que la méthode des moines réalise par des incantations inlassablement répétées, nous retiendrons les trois moyens physiologiques suivants :

I. AUGMENTATION DE L'AMPLITUDE RESPIRATOIRE. — En haute altitude, les aviateurs et montagnards, par besoin, augmentent le débit respiratoire. Aux altitudes moyennes, ce procédé n'augmente pas indéfiniment la consommation d'oxygène, mais sature d'abord le sang en oxygène, ce qui est excellent pour les mauvais respirateurs que nous sommes. Au lieu de respirer vite, il convient de faire des respirations lentes et profondes. On produit ainsi une accélération de la circulation cardiaque. Il y a échauffement du sang par réactions chimiques, mais la chaleur produite est reperdue, en partie, par la volatilisation du CO^2, l'évaporation de l'eau expirée et le réchauffement de l'air inspiré. Ces pertes de chaleur peuvent être récupérées pour une bonne part, en inspirant de l'air préalablement réchauffé (comme par exemple en respirant sous une couverture ; ce rebreathing apporte du CO^2, dont on parle ci-après).

II. ARRÊT DE LA RESPIRATION A CHAQUE TEMPS RESPIRATOIRE. — L'arrêt respiratoire est classique dans le Yogha. Née de l'altitude, cette pratique semble une nécessité à lire les travaux des physiologues modernes sur l'acapnie des aviateurs aux hautes altitudes (Beyne, Bergeret). Il faut penser — quitte à le vérifier au laboratoire — que l'arrêt respiratoire crée une rétention de CO^2.

Or voici ce qu'on lit au sujet de l'inspiration volontaire de CO^2 (Binet, Dautrebande, Bergeret, etc.) : « La saturation du sang artériel est améliorée, partant l'oxygénation tissulaire, cardiaque, cérébrale. Il en résulte un effet accessoire d'ordre circulatoire : élévation de la pression artérielle, augmentation du débit cardiaque... Cette respiration (air + CO^2) effectuée une heure par jour, augmente de façon durable la teneur du sang en oxyhémoglobine... Plus le sang est riche en CO^2, plus grande est la vitesse avec laquelle l'oxyhémoglobine abandonne son oxygène aux tissus... et enfin cette dernière référence : Le CO^2 est un puissant vasodilatateur périphérique ».

Cette vasodilatation périphérique semble être le facteur le plus important de la lutte contre le froid : les extrémités se réchauffent, la gelure des pieds, mains ou nez, tend moins à s'établir. Rappelons le traitement des pieds de tranchée par la méthode de Leriche, signalée à l'Académie de Médecine (28-11-1940) par les médecins Stricker et Buck qui concluent que « c'est un admirable moyen de créer de la vasodilatation ». La méthode de Leriche fait de la vasodilatation après coup, quand le mal est là ; n'est-ce pas plus logique de faire la vasodilatation préventive, par rétention volontaire de CO^2 à la première sensation de froid ?

III. CONTRACTIONS MUSCULAIRES, LE CORPS AU REPOS. — La contraction musculaire est un moyen très actif pour créer de la chaleur. Aux contractions des muscles inspirateurs (diaphragme, intercostaux, scalènes, angulaires de l'omoplate, petits et grands pectoraux), fonctionnant à l'extrême lors de l'amplitude respiratoire, combinons d'autres contractions.

Le tibétain pense d'abord à son ventre, qui, à juste titre, est si sensible au froid, lui et l'intestin sous-jacent. Les textes disent : « faire tourner son estomac trois fois à droite et trois fois à gauche », puis : « baratter l'estomac vigoureusement ». Il s'agit de dévier la face ventrale vers la droite ou la gauche par des contractions alternatives des muscles transverses, ce qui est aisé au sportif. Puis de rentrer et sortir vivement l'abdomen par contraction du diaphragme et des droits abdominaux. Il est facile d'imaginer des exercices, qui feraient contracter la plupart des muscles de la vie de relation, sans faire *voir* le moindre mouvement.

Dans ces trois exercices combinés, la ventilation pulmonaire amplifiée donne un gain certain de chaleur, gain augmenté par les contractions musculaires et aussi le rebreathing. La



(1) Extrait d'une note présentée pendant la guerre à la Direction du Service de Santé militaire.

rétention de CO^2 se charge, par ses effets vasodilatateurs, d'amener une partie de la chaleur vers la surface de la peau et vers les extrémités. On peut exposer la méthode ainsi : l'homme qui s'étire, gonfle sa poitrine à fond, retient son haleine et contracte la plupart des muscles des bras et jambes ainsi que ceux du ventre. La répétition volontaire de cet étirement aussi souvent que nécessaire, mais dans une pose moins spectaculaire, constitue l'exercice de réchauffement.

Les exercices doivent se faire dans un air pur, non confiné et loin des repas. Dans les cas où l'on a du mal à fai e démarrer le réchauffement, cela même dans son lit, on peut inspirer un air à la fois plus chaud et plus chargé en CO^2, en respirant quelques minutes la tête enfouie sous des couvertures (rebreathing réchauffé). Pratiqué dès le début de la sensation de froid, les trois exercices peuvent permettre d'éviter une grippe ou la gelure des pieds. Lors d'un travail dans l'eau froide (sauveteurs, pionniers), ils font supporter le froid. Ainsi le plongeur se refroidit moins que le nageur, car le plongeur fait d'amples inspirations, retient longuement son souffle et contracte ses muscles en nageant. *Au simple nageur*, manque cet arrêt respiratoire. Au retour d'une station immobile dans le froid et après les exercices de réchauffement, on doit suppléer à ses pertes de calories en se mettant dans un endroit très chauffé (comme le font les Finnois), en buvant des boissons très chaudes. Une alimentation calorigène compensera la combustion rapide des aliments.

Contre-indications. — Les tuberculeux ou prétuberculeux risquent d'éveiller une lésion stagnante. Les plongeurs des Iles crachent le sang parce que devenus tuberculeux, suite de décalcification.

Inconvénient. — Après un exercice anormalement prolongé, la rétention de CO^2 change totalement la réserve alcaline du sang et amène une décalcification assez rapide. Chez un plongeur, qui pratiquait la plonge durant des heures, nous avons constaté du tétanisme, morsure de la langue lors du sommeil. Cette spasmophilie (type épileptique) doit être combattue pendant les exercices (s'ils doivent être de longue durée) et encore longtemps après par un apport de vitamine D et un apport important de Ca assimilable (cas de plonge).

Un exercice occasionnel et intermittent n'est pas dangereux.

ABCÈS MUSCULAIRES

La question des myosites aiguës ou chroniques a donné lieu, depuis quelques années, à d'assez nombreux travaux. Le temps n'est plus où l'on pensait, avec Le Dentu, que les myosites sont des affections très rares : on sait maintenant que si, pendant longtemps, elles ont été considérées comme telles, c'est parce qu'elles peuvent revêtir des aspects trompeurs.

A l'Académie de chirurgie, MM. E. Sorrel et J. Enel viennent de présenter quatre cas d'abcès musculaires observés dans le service de M. Sorrel en quelques semaines. Il ne faudrait pas en déduire, certes, que ces abcès sont fréquents, mais ils ne sont pas exceptionnels. Ils se rencontrent tant chez les enfants que chez les adultes et il est bon d'y penser un peu plus qu'on ne le fait ordinairement.

A la vérité, ils affectent fréquemment une allure trompeuse et font volontiers penser à une ostéomyélite, à un sarcome, à un abcès froid tuberculeux, à une gomme syphilitique. La température, parfois élevée, est, d'autres fois, à peine supérieure à la normale. Le diagnostic est souvent fait au moment de l'intervention.

Le pus, dans les trois cas où MM. Sorrel et Enel en ont trouvé, contenait des staphylocoques. La guérison se fit rapidement après ouverture de l'abcès, ce qui est habituel. Aucune porte d'entrée ne put être décelée. Les observations de M. Sorrel ne lui ont pas permis de dire s'il s'agissait de myosite vraie, de lésion primitive de la fibre musculaire, ou de suppuration développée aux dépens du tissu conjonctif et ayant atteint secondairement la fibre musculaire, d'où le nom d'abcès musculaires, et non de myosites, sous lequel il apparaît préférable de décrire les quatre cas en question. Dans un cas (subaigu), la guérison se fit par résolution sous l'influence du repos, des compresses humides, peut-être aussi des sulfamides qui furent donnés en assez grande abondance. Dans les trois autres cas, l'évacuation chirurgicale de la collection fut suivie d'une rapide guérison.

P. L.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur l'azoospermie essentielle

Le Docteur Clément Simon étudie l'azoospermie essentielle sans lésions cliniquement appréciables des organes génitaux, et avec integrité des caractères sexuels secondaires, et il conclut en ces termes :

Il existe une forme latente de stérilité masculine, sans modification des caractères sexuels secondaires, et qui n'est révélée que par l'absence de spermatozoïdes dans le sperme. On peut donc la nommer azoospermie essentielle. Il en existe deux formes : dans l'une, la sécrétion des spermatozoïdes est supprimée ; dans l'autre, la sécrétion existe, mais l'excrétion est empêchée par l'oblitération des voies excrétrices. Ces deux formes sont aisément distinguées par une simple ponction testiculaire exploratrice. L'étiologie est inconnue. La syphilis ne paraît être ni la seule, ni la principale cause de l'azoospermie essentielle. Peut-être la consanguinité joue-t-elle un rôle.

Le traitement de la première forme est inconnu. Quelques résultats ont été obtenus dans la deuxième forme à la suite d'interventions chirurgicales sur les canaux déférents ou éjaculateurs. Pratiquement donc, on doit rechercher la présence des spermatozoïdes dans le sperme en cas de stérilité conjugale, même s'il n'y a aucun passé pathologique chez le mari, même si celui-ci ne présente aucun signe pathologique. Si l'on ne trouve pas de spermatozoïdes dans le liquide éjaculé, on doit pratiquer une ponction testiculaire pour établir la forme d'azoospermie à laquelle on a affaire, et, dans la forme excrétoire, envisager éventuellement une opération chirurgicale. (*Le Bulletin médical,* 7 décembre 1940).

Les sciatiques ; leur nature et leur traitement

C'est une importante question, que vient de mettre au point le Professeur Baudoin. Négligeant les sciatiques, d'ailleurs rares, par lésion des neurones centraux, il envisage spécialement les sciatiques par lésion du neurone sensitif ; ce sont certainement de beaucoup les plus fréquentes, et de beaucoup les plus nettes. On les distingue suivant qu'il s'agit des gros troncs ou des branches : plexite lombo-sacrée, funiculite (au canal de conjugaison), radiculite (racines proprement dites, intra-méningées).

Les sciatiques sont secondaires ou primitives (essentielles). Les formes secondaires peuvent tenir à une compression (mal de Pott, tumeurs méningées, cancer vertébral, sacro-coxalgie, cancer du rectum ou de l'utérus, arthrites coxo-fémorales, etc.), à une infection (grippe, syphilis), à une intoxication (alcoolisme).

Plus difficile à éclaircir est l'étiologie des sciatiques primitives ou essentielles, *a frigore* ou rhumatismales. Pour l'expliquer, on invoque la théorie vasculaire, l'arthro-funiculite, la hernie discale, la théorie musculaire.

La théorie de la hernie discale est la plus récente et la plus intéressante ; c'est moins par un traumatisme brutal que par une série d'efforts prolongés que s'explique le déplacement du disque intervertébral ; mais il ne faut pas généraliser et ne pas oublier l'arthro-funiculite.

Les traitements actuellement utilisés pour les sciatiques secondaires peuvent se ranger sous sept chefs :

Le repos, repos au lit de préférence, a une influence considérable, et c'est la base de toute thérapeutique ; on peut y joindre le port d'un corset orthopédique, voire d'un corset plâtré. La révulsion cutanée. Le traitement médicamenteux : aspirine, antipyrine, pyréthane, algocratine ; l'opium, sous forme de lavement à garder avec 60 grammes de lait et une dose de laudanum allant de XXX à LX gouttes ; l'histamine en injections locales le long du nerf ; enfin, l'histamine B. La physiothérapie, sauf à la période aiguë : radiothérapie au niveau des racines ; courant galvanique ; rayons infra-rouges sur la région douloureuse. Le traitement, par les injections péri-nerveuses : sérum physiologique novocaïné. Le traitement hydro-minéral. Enfin, le traitement chirurgical en cas de sciatique, et après échec des moyens précédents : compression par mal de Pott, cancer vertébral secondaire, méningiome dural, hernie distale. (*Le Progrès médical,* 21 décembre 1940.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la valeur alimentaire du lait écrémé et du babeurre

(M. H. MARTEL ; 24-12-1940).

Le lait écrémé, sous-produit de l'industrie beurrière, est utilisé dans les conditions normales pour l'élevage des veaux et l'engraissement des porcs. Dans les périodes difficiles, il doit être envisagé comme un aliment de complément chez l'homme.

Le babeurre (lait de beurre) est le résidu liquide de la fabrication du beurre. Il provient le plus souvent de crèmes acidifiées et est riche en ferments lactiques.

Ces deux produits, voisins l'un de l'autre, sont cependant assez différents. Le premier, obtenu par montée spontanée de la crème ou centrifugation, est d'origine centrifuge ; le second, obtenu par battage, est d'origine centripète. Ils comportent, tous deux, une forte réduction des lipides.

M. Martel conclut ainsi sa communication :

Le lait écrémé ne peut être employé pour alimenter le nourrisson, en remplacement du lait entier, mais il peut *momentanément* avoir des indications, soit à l'état liquide, soit pour la préparation des bouillies.

Quoique privé des vitamines liposolubles et des acides gras, indispensables à la croissance, le lait écrémé est riche en protides, en sucre et en éléments minéraux ; il possède encore les vitamines hydrosolubles du lait. Il constitue donc un *aliment de complément* intéressant pour le grand enfant, l'adulte et le vieillard. On peut l'utiliser soit à l'état pur, soit sous la forme de préparations alimentaires diverses et de fromages. Le cent de calories du lait écrémé coûte cinq à neuf fois moins que le cent de calories de rôti de bœuf.

Le taux d'acidité de ce lait, souvent élevé à l'arrivée dans les grands centres, gêne l'intervention de la chaleur pour le conserver. Il convient de préconiser la pasteurisation contrôlée, à la production, et l'emploi du froid à + 8° et + 10° à défaut de la température idéale de + 3° et + 4°. On a intérêt à l'utiliser peu après son entrée à la cuisine.

Le lait écrémé sec est un adjuvant dans la fabrication des biscottes, du pain dit au lait écrémé, du pain de Gênes, des madeleines, etc... Il se conserve mieux, au sec, lorsqu'il est comprimé.

Pour ce qui concerne le babeurre, il ne doit être prescrit, en diététique des enfants du premier âge, à l'état pur ou sous forme de bouillies, que par le médecin qui seul a qualité pour en surveiller l'emploi.

L'état de ténuité des protides, le degré élevé d'acidité lactique et le bon état d'équilibre entre le taux de caséine et celui de l'albumine, dans le babeurre, sont favorables à la digestibilité de ce produit.

Le babeurre est un aliment de complément appréciable chez l'adulte en raison des protéines, du lactose, de la lécithine et des sels minéraux qu'il renferme.

Certains mets peuvent être préparés avec le babeurre. Celui-ci, sortant de la baratte, peut être consommé avec des roties chaudes (pain grillé). En hiver, il peut être réchauffé à feu doux, en agitant sans arrêt, et associé aux pommes sortant du four. Autres préparations culinaires obtenues avec ce produit : les bouillies ou les soupes de babeurre avec des farineux, des pâtes, du pain, en remuant la masse sans discontinuité pendant la cuisson ; un entremets de babeurre associé au riz et aux pommes cuites au four et servies chaudes.

A l'arrivée dans les grandes agglomérations, loin des centres de production, le babeurre se prête mal à la stérilisation par la chaleur. Industriellement, néanmoins, on prépare des babeurres concentrés et même des poudres de babeurre.

La conservation des babeurres (frais, en boites...) est assurée à + 3° et + 4°. Tout babeurre entré à la cuisine doit être consommé dans un court délai.

Par chauffage lent, au repos, le babeurre donne de la caséine (caillebotte) que l'on sépare par filtration lente. Le fromage obtenu est séché et affiné en cave. On peut préparer aussi des fromages mixtes (babeurre et lait écrémé) après emprésurage du mélange.

La dispersion du treponema pallidum en fonction du mode d'inoculation

(M. C. LEVADITI et Mme ROUSSET-CHABAUD ; 12-11-1940)

M. Levaditi et Mme Rousset-Chabaud ont étudié la dispersion du treponema pallidum chez les souris contaminées expérimentalement.

Ils ont vu qu'aucune différence bien nette n'existe entre la voie sous-cutanée et celle de la circulation générale, tant du point de vue de la vitesse de dispersion du spirochète qu'en ce qui concerne sa topographie tissulaire.

La voie névraxique est de celles qui se prêtent le mieux à la dispersion du virus syphilitique dans l'organisme des souris atteintes de syphilis cliniquement inapparente. Mais, fait particulièrement intéressant, le tréponème placé dans l'intimité du névraxe, ne réussit pas à y pulluler, alors qu'il traverse ce névraxe pour se répandre partout ailleurs où les tissus électifs l'attirent. Pour qu'il y ait pullulation active du tréponème dans le système nerveux, d'autres conditions sont nécessaires, conditions que réalisent les zones électives du revêtement cutané et de certains autres organes. Le problème de la neurosyphilis réside précisément dans cette défense contre-spirochétienne du système nerveux normal, défense que peuvent faire fléchir la création de souches tréponémiques particulièrement neurotropes et l'intervention d'un état allergique associé à des facteurs tels que surmenage et intoxications.

Résultats obtenus dans une Maternité par l'emploi préventif des sulfamides après les accouchements

(M. Paul Guéniot ; 12-11-1940)

A la Maternité de l'hôpital Bretonneau, M. Paul Guéniot a expérimenté depuis dix mois, l'action préventive des sulfamides après les accouchements.

1.115 accouchées ont reçu systématiquement 2 grammes de sulfamide le premier jour, puis 1 gr. 50 et 1 gramme pendant les six jours suivants. Les doses furent quelquefois accrues en cas de menace d'infection. Parmi ces 1.115 accouchées, 146 eurent dans les suites de couches une élévation thermique variable de durée et d'intensité, due dans 54 cas à des causes étrangères à l'appareil génital.

M. Guéniot n'a observé, chez les femmes ayant reçu ce traitement préventif sulfamidé, aucune infection grave ni même vraiment sévère. Toutefois, la phlébite des membres inférieurs n'a pas été complètement évitée (5 cas). La mortalité a été nulle et la morbidité par infection puerpérale fut remarquable par la bénignité des cas.

Sur les maladies contagieuses observées pendant l'année 1939

(M. L. Tanon ; 26-11-1940)

D'une manière générale, l'état sanitaire a été meilleur en 1939 que l'année précédente, et quelques maladies régnantes ont notablement diminué.

La fièvre typhoïde a augmenté dans quelques départements, en particulier dans ceux ayant reçu des miliciens et des réfugiés espagnols. Dans l'ensemble, pour la statistique générale, le niveau de la maladie est le même que l'année dernière.

La mélitococcie est en diminution notable un peu partout. La poliomyélite diminue également, sauf dans la Saône-et-Loire. Diminution aussi, de la méningite cérébro-spinale. Le traitement et la prophylaxie par les sulfamides en ont réduit les atteintes sensiblement. La spirochétose ictéro-hémorragique n'est pas apparue dans la plupart des départements ; dans la Seine et Paris on n'en a signalé que 14 cas. Ordinairement, il s'est agi de personnes ayant pris des bains de piscine ou de rivières ou contaminées dans les endroits, comme les abattoirs, où pullulaient les rats.

Académie de chirurgie

Action du traitement sulfamidé sur l'évolution de quatre cas de méningites traumatiques

(MM. R. Monod et Georges Boudin ; 23-10-1940)

Les auteurs ont pu juger de l'influence du traitement sulfamidé sur l'évolution des méningites traumatiques, d'après trois cas de méningite et un cas de méningo-encéphalite, secondaires à des fractures du crâne, observés à l'hôpital militaire de Bar-le-Duc. Trois de ces malades guérirent, le quatrième — méningite purulente pneumococcique très tardive (au 78e jour) après fracture de l'étage antérieur du crâne — succomba malgré un traitement préventif et curatif, à haute dose, sulfamidé.

Ces observations encouragent à utiliser les sulfamides dans la thérapeutique des complications cérébro-méningées des traumatismes craniens. Le traitement, pour être efficace, doit être intensif et la voie rachidienne apparaît comme la voie d'introduction la plus indiquée, à condition d'exclure pour cette injection le soludagénan en raison de ses dangers. Le dosage systématique des sulfamides dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien donnera dans l'avenir des précisions sur les doses à utiliser.

— M. Pierre Duval croit qu'en matière de sulfamidothérapie, il faut toujours régler la dose du médicament sur le taux des sulfamides dans le sang. D'après son expérience personnelle, la protection sulfamidique est assurée au taux de 3 milligr. dans le sang. L'infection est arrêtée quand le taux sanguin du sulfamide atteint ce chiffre. Au-dessous de 1 milligr. 5 la protection n'existe plus et au-delà de 5 milligr., l'administration du médicament peut devenir dangereuse.

Il faut contrôler journellement le taux des sulfamides dans le sang et le maintenir entre 3 et 5 milligr. La méthode colorimétrique et l'instrument très simple de Legroux et Tréfouël permettent de faire ces examens rapidement.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Un cas de brachy-œsophage avec œsophagite ulcéreuse

(M. E. LESNÉ, Mlles RONGET et LONGEAUX ; 8-11-1940)

Chez l'enfant, une brièveté de l'œsophage s'accompagne parfois d'une hernie gastrique diaphragmatique. Le sujet, qui fait l'objet de cette observation, avait été hospitalisé à l'âge de onze mois pour vomissements répétés, teintés de sang. Dès les premiers jours de la vie, il avait présenté, tous les quinze jours environ, des régurgitations et des vomissements, avec lait, glaires et sang ; néanmoins, son développement s'était opéré à peu près régulièrement. A son entrée, il fut mis au régime normal de son âge ; régurgitations et vomissements se produisirent d'abord chaque jour, puis plusieurs fois par jour. Ils étaient la plupart du temps précoces, survenant soit immédiatement après la prise d'aliments, parfois même au cours du repas, soit quinze à vingt minutes après : aliments largement enrobés de glaires et teintés de sang noir. A l'examen radiologique, pas de lésions gastriques, mais un arrêt de développement de l'œsophage ; la réplétion barytée du conduit permit de découvrir deux renflements superposés en tablier ; le renflement ampullaire inférieur était situé juste au-dessus du diaphragme et correspondait à une petite partie de l'estomac. L'examen œsophagoscopique fit découvrir une ulcération œsophagienne, qui paraissait exister dès le premier mois de la vie.

Il s'agissait donc d'un cas de brachy-œsophage avec œsophagite ulcéreuse et ectopie gastrique ; aussi bien l'évolution est venue confirmer ce diagnostic et son pronostic favorable.

Les vomissements, variables dans leur fréquence et dans leur abondance, ont persisté pendant quelques mois. Puis, peu à peu, comme c'est la règle au cours de la deuxième année, soit par suite du développement de l'œsophage, soit par suite de la diminution du décubitus avec l'âge, soit sous l'influence des antispasmodiques et du bismuth, les vomissements et régurgitations se sont espacés, les aliments solides ont été mieux tolérés, l'état général s'est amélioré et progressivement les signes fonctionnels ont disparu.

En somme, le brachy-œsophage, bien que rare semble-t-il, pose des problèmes de diagnostic difficiles à résoudre chez le nourrisson vomisseur ; le reconnaître, permet de porter un pronostic qui paraît favorable dans la grande majorité des cas.

Sur un nouveau cas de tuberculose miliaire épisodique

(MM. Et. BERNARD et J. WEIL ; 8-11-1940)

Ce cas de tuberculose miliaire chronique épisodique et curable concerne une femme adulte de 33 ans. A l'âge de 25 ans, elle fit une pleurésie, une miliaire bilatérale, une ostéo-arthrite et un abcès froid ; puis, deux ans plus tard, ce fut une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, qui évolua classiquement par poussées successives et sans localisation extra-pulmonaire. Les lésions premières ont regressé et guéri en quelques mois ; elles auraient d'ailleurs pu tuer la malade aussi rapidement. Quant aux autres, elles se sont déroulées avec lenteur depuis six ans. Elles ont progressé peu à peu, et sont sur le point d'amener la malade à la cachexie après une longue évolution.

Au point de vue pratique, il faut retenir d'une telle observation que l'apparition d'une miliaire généralisée aux deux poumons, quelque inquiétante qu'elle soit dès l'abord, n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait le craindre, et que la disparition de cette même miliaire, pour heureuse que soit cette conjecture, n'implique pas toujours un avenir aussi favorable qu'on pourrait l'espérer.

Pneumothorax spontané avec image kystique transitoire ; pleuroscopie

(MM. P. JACOB et E. HAURION ; 15-11-1940)

Après avoir considéré les pneumothorax spontanés comme relevant presque toujours d'un processus tuberculeux, on tend aujourd'hui à penser qu'un certain nombre d'entr'eux sont dus à des causes encore mal connues, parmi lesquelles on invoque soit des distensions emphysémateuses localisées, soit des kystes aériens congénitaux, soit des bulles sous-pleurales.

Le cas récemment observé par les auteurs paraît rentrer dans cette dernière catégorie. Une femme de 35 ans, après de très grandes fatigues, présente un pneumothorax spontané à début brusque. La radiographie montre vers la base une image bullaire de grandes dimensions. Une pleuroscopie permet d'étudier l'aspect de cette bulle, qui paraît présenter des parois très minces et un état de distension extrême. Après un temps assez long, pendant lequel le pneumothorax semble se comporter comme un pneumothorax à soupape avec pressions intrapleurales toujours modérément positives, la résorption du gaz se poursuit rapidement, et, en même temps, l'image bullaire diminue et finit par s'effacer complètement. Elle reparaît en même temps qu'un peu de gaz dans la cavité pleurale.

L'état de distension de cette bulle à paroi mince, alors que la pression pleurale était déjà positive, donne à penser que la pression intra-bullaire devait être elle-même assez fortement positive, ce qui ne semble explicable que par un obstacle au courant d'air expiratoire au niveau de la bronche desservant ce territoire. La disparition temporaire de l'image semble éliminer le diagnostic de kyste aérien congénital ; il faut donc se rabattre sur celui de distension emphysémateuse localisée du poumon par obstruction bronchique incomplète.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE





Bulletin de l'Actualité

❖ ❖ ❖

LE SERVICE DE SANTÉ DANS LES CAMPS DE PRISONNIERS

On a pu lire aux « Dernières nouvelles » le texte d'un vœu adressé au Ministère de la guerre par le Comité de la Fédération des Associations Amicales de Médecins du front.

Ce vœu a trait à une situation paradoxale à propos de laquelle, au *Concours*, nous avons reçu maintes fois des protestations de familles de médecins prisonniers ou de médecins prisonniers qui venaient d'être libérés. Nous avons attendu, avant de nous en faire l'écho, d'avoir pu faire assez de recoupements et d'avoir acquis assez de précisions pour que notre intervention eût toute la force désirable.

Le vœu ci-dessus nous apporte une confirmation de plus ; cette fois nous voulons exposer les faits tels qu'ils sont venus à notre connaissance et demander de façon pressante à l'autorité française compétente que les mesures nécessaires soient prises.

Peu de temps après l'armistice furent affichées, dans les camps de prisonniers, des notes émanant des autorités allemandes et stipulant que, aux termes de l'armistice et en accord avec la Convention de Genève, les « sanitaires » seraient rapidement libérés. Seul serait retenu l'effectif de médecins nécessaire pour donner des soins aux prisonniers. Dans cet effectif seraient inscrits en première ligne les médecins de l'active ; en seconde ligne, et seulement dans la mesure où ceux-ci seraient en nombre insuffisant, les médecins de réserve, compte tenu de leur situation de famille, et les célibataires étant pris d'abord.

Cette classification était en tous points équitable et donnait tous apaisements à nos confrères prisonniers.

Mais, quelque temps après, ceux-ci eurent la surprise de voir rapatrier des médecins de l'active, même jeunes, même encore en cours d'études, alors que des réservistes ayant fait l'autre guerre, chargés de famille, étaient retenus.

Ils ont en outre appris que, dans diverses régions, ces médecins de l'active, libérés et mis en congé d'armistice, étaient délégués par les Directions du Service de santé pour donner des soins à des populations civiles démunies de tout service médical.

Ainsi assiste-t-on à cette incohérence qui fait de la période d'armistice une digne suite de la guerre : des médecins militaires font la besogne des médecins civils, et des médecins civils sont chargés de soigner des militaires.

En outre ces civils, absents de leur clientèle depuis dix-huit mois, redoutent à juste titre de n'en plus rien retrouver lorsqu'ils rentreront et voient, à chaque jour qui passe, le fruit de leurs efforts passés et le gagne-pain de leur avenir singulièrement compromis.

Contre ce chassé-croisé, dont les uns ont tout le profit et les autres tout le passif, nous protestons avec vigueur et indignation. Nous ne pouvons supporter que des médecins de réserve, guerriers d'occasion, soient ainsi substitués pour solder les frais de la défaite à des médecins de l'active, dont la guerre et ses risques sont la raison d'être. Nous ne méconnaissons pas que ceux-ci souffriront dans les camps et ne sommes pas sans pitié pour eux. Mais aux affres de la captivité du moins n'ajoutent-ils pas l'angoisse du lendemain, et même l'angoisse pour le présent car nombre de nos confrères prisonniers, pourvus d'un grade modeste, se demandent comment vit leur famille réduite à subsister de leur délégation de solde. Des réservistes, c'est certain, ont été libérés. Mais, à ce moment, un nouvel avatar les attend qui n'est pas fait pour éteindre leur rancœur.

Un lecteur nous le décrit en ces termes :

On leur donne un papier et on les invite à se présenter à la Direction du Service de santé de l'avenue de Friedland.

Là, on leur apprend qu'on ne les démobilise pas mais que, selon leur âge on les met en congé avec ou sans solde, mais en tout état de cause, ils restent à la disposition de l'Administration, en réserve de personnel, pour assurer la relève éventuelle des médecins soignant les prisonniers dans les camps et les hôpitaux. De sorte que la relève est assurée par ceux-là même qui ont déjà séjourné dans les Stalags ou Oflags.

Ceux qui ont été assez heureux au moment de la

catastrophe de mai-juin, pour avoir été évacués à temps, ceux qui ont abandonné leurs malades et leurs blessés, ceux-là sont considérés comme définitivement démobilisés.

Les autres qui ont été assez stupides pour se laisser prendre , on leur offre quelques semaines de liberté et après on les rappelle pour réintégrer une nouvelle résidence derrière des barbelés. Si la guerre dure plusieurs années, certains confrères auront connu à plusieurs reprises ces pénibles retours.

J'oubliais d'ajouter que, lorsqu'on a la chance de résider en zone non occupée, on échappe à cette contrainte et qu'on vous libère une fois pour toutes.

Il est temps, il est grand temps de parler à haute et intelligible voix. Un déni de justice aussi éclatant ne peut se tolérer dans la France de 1941 qui aspire à revivre dans une atmosphère purifiée. Nous savons que le Conseil supérieur de l'Ordre s'est saisi de la question et qu'il agit. Son autorité ne peut être traitée à la légère par le gouvernement même qui l'en a investi et qui nous l'a présenté comme l'organe chargé de veiller à la dignité, à la morale et aux intérêts du Corps médical.

Quels intérêts plus pressants pourraient être à défendre que ceux de prisonniers réduits par la détention à l'impuissance ?

Nous nous associons pleinement au vœu du Comité de la Fédération des Associations amicales de Médecins du front et sommes sûrs qu'il aura suffi de saisir de cette question l'opinion médicale pour que tous les médecins français se sentent solidaires avec leurs confrères prisonniers et appuient, en tout ce qu'ils pourront, l'action entreprise.

Le Concours Médical.

EST-CE LA FIN DES CERTIFICATS ABUSIFS ?

A la date du 21 décembre 1940, le Secrétaire d'Etat au Ravitaillement a envoyé aux Préfets une Circulaire « concernant l'attribution de suppléments de denrées rationnées aux malades dont l'état nécessite une alimentation spéciale ».

Les instructions contenues dans cette Circulaire n'ont été portées à la connaissance des médecins (dans la Seine du moins) qu'au début de février.

Il est à espérer qu'à l'heure actuelle, les médecins de tous les départements ont été informés car voici, semble-t-il, réglée l'épineuse question des certificats abusifs.

Par cette Circulaire, ce sont les médecins traitants qui ont la charge et la responsabilité de faire délivrer les suppléments de rations.

En dehors des femmes enceintes (rangées dans la catégorie T et par allocations d'un demi litre supplémentaire de lait entier) et des femmes allaitant (bénéficiaires de la carte d'alimentation de leur enfant), les malades sont rangés en cinq catégories avec un régime spécial pour chacune d'elles.

La première catégorie comprend les malades à qui est indispensable une élévation de la ration calorique : tuberculeux ayant des lésions indiscutables et en activité, tuberculeux osseux, anémiques graves, convalescents de maladies ou d'interventions graves.

Pour les quatre autres catégories sont prévus les quatre régimes spéciaux suivants : lacté, lacto-végétarien, de restriction hydro-carbonée, de restriction carnée.

L'augmentation, d'une ou de plusieurs denrées indiquées, est compensée par la restriction des denrées contre-indiquées suivant un barême établi par un tableau annexé.

Cette règle a un caractère obligatoire.

Par simple ordonnance, le médecin prescrit la suralimentation ou l'un des quatre régimes prévus, et notifie la durée de cette prescription.

Il demeure libre de prescrire ces régimes comme il l'entend, mais cette liberté il la paie d'une servitude qui lui est imposée et dont le caractère n'est pas de ceux qui sourient généralement aux médecins : faire un état, noircir un papier de plus : avant le 5 de chaque mois, il doit faire parvenir à l'inspecteur d'hygiène la liste des personnes soignées par lui, le régime prescrit et sa durée. Les syphiligraphes et les accoucheurs devront-ils aussi révéler le nom de leurs clients ?

Que devient, dans ces cas, le secret professionnel ?

Enfin, le dernier paragraphe invoque, pour la première fois, croyons-nous, dans un texte officiel, l'intervention et le pouvoir de juridiction du Conseil de l'Ordre départemental.

« Si, au cours des vérifications qui seront faites, il est constaté des abus, ils seront signalés au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, qui pourra prononcer contre le médecin une des peines prévues par la loi du 7 octobre 1940, instituant l'Ordre des médecins ».

Texte qui semble revêtir la valeur d'un présage, en ce qu'il atteste que, dans le prochain Code de déontologie, les certificats de complaisance seront interdits, que leurs auteurs seront cités devant les Conseils de l'Ordre, par les personnes ou les organismes qu'ils auraient ainsi lésés, et que les sanctions appliquées sont définies par la loi du 7 octobre 1940.

Première allusion à un Code qui demeure environné de nuages.

ASSURANCES SOCIALES



RÉGIMES DES SOINS DONNÉS AUX RESSORTISSANTS DES CAISSES ALLEMANDES EN ZONE OCCUPÉE

Un communiqué paru il y a quelque temps dans la presse quotidienne a fait connaître qu'une Convention était intervenue entre le Conseil supérieur des médecins d'une part et l'Union des médecins de Caisse d'Allemagne d'autre part, en vue de faire soigner par les médecins français les ressortissants de Caisses allemandes résidant en zone occupée. Nous publions ci-dessous le texte intégral de la Convention et de ses annexes, ainsi qu'une notice, émanant des Caisses allemandes, et exposant dans ses détails le mécanisme de la délivrance des prestations.

Quel est le domaine d'application de ce régime ? Il se réduit principalement aux ayants-droits (femmes et enfants) des ouvriers français travaillant en Allemagne, ainsi qu'à ces derniers eux-mêmes, lorsqu'ils séjournent en France en temps de congé, ou y reviennent pour cause de maladie.

La pièce comptable essentielle pour le médecin est le certificat de maladie (Kranskenausweis) délivrée par la Caisse-maladie allemande (23, quai d'Orsay, Paris (VIIe). Ce certificat, valable pour un trimestre civil, gardé par le médecin, est envoyé par lui au Conseil départemental de l'Ordre chaque fin de trimestre civil.

La rémunération du médecin diffère fort dans ses modalités du droit commun des Assurances sociales françaises. Le médecin ne peut réclamer aucun honoraire au malade. Chaque « cas de maladie » donne lieu au versement d'une somme forfaitaire de 6 marks.50 soit 130 francs par l'Union des médecins de Caisse d'Allemagne au Conseil supérieur de l'Ordre qui a pour mission de répartir la somme entre les médecins traitants par l'intermédiaire des Conseils départementaux, le règlement se faisant trimestriellement.

La notion de « cas de maladie » est tout à fait spéciale au régime allemand. Un « cas » c'est tout malade traité durant un trimestre civil, ceci quelle que soit la nature de sa ou de ses maladies successives au cours du trimestre. Si un traitement s'étend d'un trimestre civil sur un autre, il s'agit d'un nouveau cas. Il en va de même si un traitement nécessite l'intervention d'un spécialiste. L'hospitalisation fait l'objet d'un régime à part.

En somme, le Conseil supérieur de l'Ordre reçoit des Caisses allemandes le forfait de 130 francs libératoire pour elles, qui représente, d'après les statistiques des Assurances allemandes, le coût moyen d'un malade par trimestre civil. En quelque sorte l'Ordre des médecins se transforme en assureur et il lui appartient de répartir ces sommes globales entre tous les médecins ayant pris part au traitement. Deux conceptions viennent à l'esprit à ce sujet : ou bien l'Ordre des médecins rejette les avantages et les inconvénients du forfait sur les médecins eux-mêmes, ou bien au contraire il honore chaque médecin ayant pris part au traitement proportionnellement au nombre et à l'importance des actes médicaux réellement accomplis par lui. Dans cette dernière hypothèse il est évident que le chiffre-clé servant de base aux coefficients devrait varier, pour chaque période, suivant l'ensemble des actes médicaux la concernant, mais, le calcul étant opéré sur un grand nombre, il y a tout lieu de penser qu'une certaine stabilité ne manquerait pas de s'établir. Cette solution serait évidemment de beaucoup la meilleure, la notion d'honoraire forfaitaire ayant déjà fait l'objet de nombreuses condamnations de principe de la part du Corps médical.

Ajoutons enfin que le malade possède le libre choix de son médecin, sous réserve qu'il soit inscrit au tableau de l'Ordre. Le contrôle technique est exercé par les soins et sous la responsabilité des Conseils de l'Ordre.

En dehors des cas particuliers qu'elle est chargée de régler, cette Convention présente un intérêt plus général. C'est, en effet, la première Convention collective signée par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qui affirme ainsi la personnalité morale de l'Ordre national, personnalité que la loi paraissait réserver aux Ordres départementaux. Il y a donc là un précédent qui montre une continuité à tous égards souhaitable dans la construction du droit corporatif médical et plus spécialement dans la participation des médecins au fonctionnement des Assurances sociales.

Jean MIGNON.

I. Note explicative sur la délivrance des soins aux ressortissants de Caisses-maladie allemandes séjournant en France occupée

Par accord avec l'Union des médecins de Caisse d'Allemagne (K. V. D.).

L'Ordre des médecins en France garantit — et cela à partir du **1er janvier 1941**, sur la demande de la K. V. D. — tous les soins médicaux (en dehors des hôpitaux et cliniques) aux personnes qui réclament les soins médicaux gratuits d'une Caisse-maladie allemande légale, habitant en France ou y séjournant actuellement.

En particulier, les personnes suivantes :

1° *Les membres des familles des travailleurs* qui, pour diminuer le chômage actuel en France, ont été embauchés pour des travaux en Allemagne ;

2° Ces travailleurs mêmes, s'ils tombent malades en France pendant leur congé ou s'ils retournent malades en France ;

3° Les assurés des Caisses-maladie allemandes qui séjournent actuellement en France.

Le traitement médical comprend les soins médicaux donnés au domicile du médecin ou au domicile du malade, y compris les frais de déplacement (frais de déplacement, perte de temps). Il comprend en outre, les traitements médicaux comme : examens aux rayons X, traitements par les rayons X et le radium, les électro-cardiogrammes et les recherches de métabolisme basal, les recherches de laboratoire faites par le médecin (y compris les solutions colorées et les réactifs nécessaires), les traitements par la lumière, les traitements orthopédiques et médico-mécaniques, ainsi que les massages s'ils sont exécutés par le médecin même ou si leur exécution est dirigée et continuellement surveillée par lui ; enfin, la surveillance de bains et d'inhalations si exceptionnellement une telle surveillance s'avère comme nécessaire.

Le traitement médical donné par les membres de l'Ordre des médecins en France **ne comprend pas** les soins donnés aux malades qui se trouvent dans un hôpital ou une clinique et qui y sont en traitement.

Les membres de l'Ordre des médecins en France doivent être attentifs à ce que les soins médicaux soient suffisants et conformes, mais ne dépassent pas la mesure du nécessaire. Le médecin doit donc refuser les soins qui ne sont pas ou qui ne sont plus nécessaires, ainsi qu'administrer économiquement les médicaments et produits thérapeutiques en ce qui concerne leurs qualité et quantité.

Les ayants-droit aux soins médicaux gratuits se présentent avec un **certificat de maladie** de la Deutsche Krankenkasse für die besetzten französischen Gebiete (Caisse-maladie allemande) qui a installé une agence à Paris (VIIe), 23, quai d'Orsay, Tél. INV-61.95 ; et à Lille, 201, boulevard de la Liberté.

Le certificat de maladie (Krankenausweiss) représente au remboursement une somme de 6 Marks 50 (130 francs français).

Le certificat de transmission du malade à un spécialiste a la même valeur (6 Marks 50) et sert de pièce comptable au spécialiste pour se faire rembourser par l'Ordre départemental.

La durée de validité des certificats de maladie et des certificats de transmission est d'un trimestre civil (1er janvier au 31 mars, 1er avril au 30 juin , etc.).

Ce certificat est établi :

1° *Pour les membres des familles des travailleurs occupés en Allemagne* : par la mairie du lieu de leur habitation ou de l'habitation de leur famille ; exceptionnellement par l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) ;

2° *Pour les travailleurs qui retournent en France* : par l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) ;

3° *Pour les assurés de Caisses-maladie allemandes, occupés en France* : par l'employeur ou par l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse maladie allemande).

Pour chaque cas de maladie, le médecin traitant reçoit un certificat de maladie de la part du malade.

Par « cas de maladie », il faut comprendre : tout malade traité par *un* médecin dans le courant du trimestre civil. Pareillement, si la maladie soignée en premier lieu engendre une autre maladie, ou si une autre maladie se déclare au cours du traitement ainsi que si le malade n'ayant pas besoin de soins pendant un certain temps du trimestre civil tombe malade plus tard de la même maladie ou d'une autre et est soigné par le même médecin. **Un traitement médical qui s'étend d'un trimestre civil à un autre sera considéré comme un cas nouveau pour le nouveau trimestre civil.** Dans ce cas, le malade doit apporter un nouveau certificat de maladie au médecin. Lorsque le médecin traitant croit nécessaire l'**intervention d'un spécialiste**, il certifie brièvement au malade quel traitement spécial est à ordonner et l'envoie à un médecin spécialiste.

Cette « **feuille de transmission** » établie par le médecin traitant a la même valeur pour le spécialiste que le certificat de maladie pour le médecin traitant.

Si le malade a besoin d'être hospitalisé, le médecin traitant certifie brièvement la nécessité de

soins à l'hôpital en indiquant la maladie et envoie le malade avec ce certificat à l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) à Paris ou à Lille.

Ce certificat pour soins à l'hôpital ne peut être délivré que dans des cas d'absolue nécessité.

Si l'assuré — les membres de famille excepté — se trouve en état d'incapacité de travail d'après la constatation objective du médecin traitant : l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) paie à l'assuré une indemnité de maladie pendant la durée de son incapacité de travail.

Le paiement de l'indemnité de maladie par la Caisse-maladie allemande ne peut avoir lieu que si le médecin traitant certifie à l'assuré qu'il est en état d'incapacité de travail.

Par « **incapacité de travail** », il faut entendre **l'incapacité de fournir le travail rémunéré habituel ou un travail similaire** ; ceci est, d'après la législation des Assurances sociales allemandes, la formule pour « incapacité au travail ».

L'assuré doit annoncer de suite son incapacité au travail en présentant le certificat de son médecin à l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande). S'il ne le fait pas, son droit à l'indemnité de maladie est perdu jusqu'au jour de la notification de sa maladie. Le paiement de l'indemnité à l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) se fait par semaine et en vertu d'un certificat du médecin traitant qu'il y a eu incapacité au travail du ..... au .....

Des formules pour l'incapacité de travail et le paiement de l'indemnité de maladie sont à la disposition des assurés à la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande).

Pour ne pas charger outre mesure la Caisse-maladie et pour éviter des abus, les médecins sont instamment priés de n'émettre les certificats d'incapacité de travail qu'avec la plus grande attention et seulement dans les cas où le médecin peut parler objectivement d'une incapacité de travail réelle.

Les honoraires du médecin pour les soins donnés en vertu de l'accord entre l'Ordre des médecins en France et la K. V. D. seront réglés par l'Ordre des médecins sur présentation du certificat de maladie qui lui a été remis par le malade. **C'est l'Ordre des médecins qui est chargé de la répartition des sommes reçues globalement de la K. V. D.**

Aucun honoraire ne peut donc être perçu directement du malade lui-même par le médecin.

Le médecin traitant enverra les certificats de maladie à l'Ordre des médecins à la fin du trimestre civil, c'est-à-dire, pour la première fois **au début du mois d'avril 1941**. Celui-ci versera la somme correspondante au médecin traitant. Les détails supplémentaires concernant le règlement des comptes avec l'Ordre des médecins seront publiés ultérieurement. Si un médecin se tient pour incompétent pour l'exécution des règlement fixé entre l'Ordre des médecins de France et la K. V. D., il est prié de bien vouloir indiquer ses raisons par lettre au Conseil de l'Ordre des médecins de son département.

II. Convention entre l'Union des médecins des Caisses d'Allemagne (K. V. D.) et le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins de France

I. — L'Ordre des médecins de France s'engage à assurer au nom de la K. V. D., le traitement médical ordinaire (sans l'hospitalisation) des ayants-droit des Caisses de malades légales allemandes (Caisses locales, régionales, Caisses d'entreprises et de corporations, Caisses de compensation et de métiers) pour autant que ces ayants-droit ont leur domicile ou leur résidence en France. En particulier, en ressortissent :

— les membres de la famille des ouvriers français travaillant en Allemagne et assurés aux Caisses-maladie allemandes, pour autant qu'ils ont droit aux prestations familiales pour maladie et aux allocations pour femmes en couches ;

— les travailleurs français assurés par les Caisses-maladies allemandes qui tombent malades en France ou y sont revenus malades ;

— divers autres assurés des Caisses-maladie allemandes et leurs ayants-droit résidant en France.

Un règlement complémentaire déterminera les preuves à fournir par lesdites personnes pour justifier leurs droits vis-à-vis des Caisses-maladie légales d'Allemagne.

II. — Sur la base de la présente Convention, le traitement médical sera donné par les médecins français inscrits à l'Ordre des médecins — étant entendu qu'aucun médecin ne peut exercer son art en France s'il n'est inscrit sur les rôles de l'Ordre.

Le médecin qui estimerait ne pas pouvoir donner ses soins en vertu de la présente Convention devra en exposer les raisons au Conseil de l'Ordre qui statuera.

Le traitement médical comprend les soins donnés au cabinet du médecin et au domicile du malade, y compris les frais de déplacement jusqu'au domicile du malade (frais de transport et perte de temps) et les soins médicaux spéciaux. Il ne comprend pas les soins médicaux aux malades qui ont été transportés dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, hospices, etc.).

L'Ordre des médecins de France garantit que les soins médicaux seront suffisants et appropriés, mais ne dépasseront pas les bornes des besoins nécessaires

III. — A titre de rémunération pour les soins médicaux donnés en vertu de la présente convention, la K. V. D. verse à l'Ordre des médecins (Secrétariat administratif du Conseil supérieur de l'Ordre) pour chaque cas traité, une somme forfaitaire ayant action libératoire. Il incombe à l'Ordre des médecins de France de répartir entre les médecins ayant participé au traitement, les honoraires résultant du montant dudit forfait. Les médecins ne peuvent présenter leurs réclamations qu'à l'Ordre des médecins.

Le forfait versé par la K. V. D. au Secrétariat administratif de l'Ordre national des médecins de

France s'élève uniformément à mks : 6,50 par cas pour chaque décompte trimestriel.

L'Ordre national des médecins de France (Secrétariat administratif) communique à la Direction de la K. V. D. ou au service désigné par celle-ci, au plus tard deux mois après la fin de chaque trimestre civil, le nombre de cas traités pendant le trimestre écoulé et transmet en même temps le certificat de maladie prévu pour justifier le droit aux prestations.

Le certificat de consultation d'un autre médecin remplace le certificat de maladie lorsque le malade est envoyé à un médecin français par un médecin de Caisses allemand ou à un médecin spécialiste par le médecin de famille français.

La K. V. D. verse l'indemnité trimestrielle au plus tard quatre semaines après réception des pièces.

Les explications qu'appelle le droit applicable aux médecins de Caisse d'Allemagne sont fournies dans une annexe jointe à la présente Convention.

La présente Convention entrera en vigueur le 1er janvier 1941.

L'une des deux parties peut dénoncer la Convention à la fin de chaque trimestre après préavis de quatre semaines.

Paris, le 14 décembre 1940,

III. Annexe à la Convention

ARTICLE 2. — 1er *alinéa.* — Dans le traitement au cabinet du médecin, les malades ont le libre choix *parmi tous les médecins inscrits* au rôle de l'Ordre des médecins de France.

Pour le traitement à domicile, le malade ne peut appeler, si la visite comporte le paiement de frais de déplacement, que celui des médecins ci-dessus désignés qui habite le plus près, ou un de ces médecins dont le cabinet n'est pas éloigné du domicile du malade de plus de deux kilomètres que celui du médecin le plus voisin — à moins que le médecin traitant ne demande pas de supplément pour frais de déplacement — *ou que le malade prenne ce supplément* à sa charge.

Le malade ne doit pas changer de médecin au cours d'un même traitement. Toutefois, le médecin de famille consulté peut éventuellement ordonner les soins d'un médecin spécialiste. Dans ce cas, le traitement par un deuxième médecin compte comme un nouveau cas au sens de l'article 3 de la Convention.

ARTICLE 2. — 2e *alinéa.* — Sont considérés comme soins médicaux spéciaux :

— les examens aux rayons X, les traitements aux rayons X et au radium,

— les électro-cardiogrammes, et les recherches de métabolisme basal,

— les recherches de laboratoire faites par le médecin, y compris les solutions colorées et les réactifs,

— *en outre* : les traitements par la lumière, la chaleur, les radiations et autres traitements électro-physiques,

— les traitements orthopédiques et médico-mécaniques, ainsi que les massages, lorsqu'ils sont exécutés par le médecin lui-même ou sous la direction d'un médecin et sous sa surveillance continue,

— *enfin* : la surveillance de bains et d'inhalations dans les cas pour lesquels il est exceptionnellement nécessaire que les bains et les inhalations soient dirigés par un médecin.

ARTICLE 2. — 3e *alinéa.* — D'après cette disposition, le médecin doit refuser les soins qui ne sont pas ou ne sont plus nécessaires ; prescrire une médication économique par sa méthode et son importance, en particulier en ce qui concerne les médicaments et les produits thérapeutiques, et éviter à la Caisse des dépenses autant que la nature de son service le permet.

ARTICLE 3. — Par « cas », il faut comprendre tout malade traité par *un* médecin dans le courant d'un trimestre du calendrier. Il en est de même lorsque la maladie soignée en premier lieu provoque une autre maladie, ou lorsqu'une autre maladie se déclare au cours du traitement, ou que pendant un même trimestre le malade n'a pas eu besoin de soins pendant un certain temps, et plus tard est soigné de nouveau par le même médecin pour la même maladie ou pour une autre. Un traitement médical qui s'étend d'un trimestre du calendrier sur un autre sera considéré comme un cas nouveau pour le nouveau trimestre.

Le médecin ne doit demander d'honoraires personnels à un malade qui justifie son droit aux prestations d'une Caisse-maladie légale d'Allemagne que dans le cas suivants :

a) Lorsque le malade demande expressément à ne pas être soigné en vertu de la présente Convention et le certifie, par conséquent lorsqu'il renonce expressément aux prestations qui lui sont dues par la Caisse-maladie allemande. Dans ce cas, aucune ordonnance ne doit être établie au compte de la Caisse-maladie.

b) Pour des certificats demandés par le malade dans un intérêt purement personnel. Les renseignements et les certificats dont la Caisse-maladie a besoin pour remplir sa tâche sont couverts par le forfait prévu à l'article 3 ;

c) Pour des lettres écrites par le médecin dans l'intérêt du malade et à sa demande.

LA LUTTE CONTRE LA DÉLINQUANCE INFANTILE

Par le Docteur Pierre Masquin, d'Avignon,

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin-chef du Centre d'hygiène mentale infantile du département de Vaucluse

La loi du 25 août 1940 portant modification de l'article 56 du Code pénal relatif aux prévenus adolescents appelle quelques réflexions.

A la suite du décret du 30 octobre 1935 relatif à la protection de l'enfance qui prescrivait par son article 3, un examen médical pour tout mineur délinquant, le Parquet d'Avignon a bien voulu nous charger de ces examens, mais seulement lorsqu'il les jugeait nécessaires, limitation qui a diminué dans de grosses proportions l'influence médicale dans la lutte engagée pour la prophylaxie mentale et criminelle.

Néanmoins, depuis le 1er novembre 1936, une centaine de mineurs délinquants ont été soumis à notre examen, notre avis ayant été d'autre part, demandé pour une quarantaine de cas divers : enfants en danger moral, incidents à la liberté surveillée, correction paternelle, vagabondages sans délit.....

Ces examens médicaux ont toujours été précédés d'enquêtes effectuées par les Assistantes sociales du Comité de Protection de l'Enfance et du Centre d'hygiène mentale infantile.

Ces enquêtes, extrêmement approfondies, portent sur l'hérédité de l'enfant et des parents, les antécédents pathologiques, le milieu social, l'activité de l'enfant et son comportement à l'école, à l'atelier, au jeu ; son caractère, ses tendances, ses goûts, ses loisirs, etc...

L'avis médical donné après examen physique et mental s'appuie donc sur des bases très solides, il tient compte du profil psychologique de l'enfant, du climat, du délit ; il propose les mesures de rééducation et de prophylaxie qui, médicalement, paraissent souhaitables.

Mais là s'arrête l'activité du médecin. C'est un avis qu'il formule, souvent un souhait. La liberté du Tribunal reste entière. Et effectivement, dans de trop nombreux cas, l'avis médical n'est pas suivi. Il en résulte des fausses routes dans la rééducation, des récidives dans la délinquence, faits extrêmement regrettables tant pour l'avenir de l'individu que pour la sauvegarde de la société.

Comment expliquer cette divergence d'opinion entre les juges et le médecin — divergence qui, fréquente au Tribunal d'enfants, devient exceptionnelle quand il s'agit d'adultes ?

Cela tient, à notre avis, à deux facteurs :

1° Plans d'appréciation différents pour le juge et le médecin ;

2° Insuffisance des moyens de rééducation et notoire insuffisance numérique des bons centres de rééducation.

1° L'Éducation du médecin et du juge, leur but social différent. — Le rôle du juge est de réprimer — le rôle du médecin de traiter ; cette tendance dirige toujours son appréciation et la recherche de la mesure la plus propre à relever le délinquant reste son principal souci.

D'autre part, il existe pour le juge, une échelle de gravité dans les délits : voler une orange, blesser un camarade n'entraîne pas les mêmes sanctions pénales. Le médecin, au contraire, n'a pas à apprécier l'acte délictueux lui-même, mais avant tout son mécanisme psychologique ; *le délit n'est pour lui qu'un moyen de dépistage, une sonnerie d'alarme ou un élément de diagnostic.* Ces plans d'appréciation vont être la cause de divergence entre les propositions médicales et la décision du Tribunal.

Devant un fait bénin, l'enfant était purement et simplement rendu à sa famille comme ayant agi sans discernement, et nous revoyions l'année suivante notre voleur d'oranges arrêté à la tête d'une bande de jeunes gangsters armés.

Dans d'autres cas, un acte grave en lui-même nous apparaît à nous comme une simple manifestation de mécanismes psychologiques qui réclament des méthodes rééducatives tout à fait spéciales, seules susceptibles de redresser un caractère en apparence pervers, en réalité malade. Les milieux pénitenciers quels qu'ils soient ne sauraient qu'aggraver ces cas-là.

Nous estimons donc très regrettable que les décisions concernant le discernement et le choix des méthodes rééducatives soient laissés en fait à l'appréciation du Tribunal. Ces deux problèmes sont, avant tout, médico-psychologiques, l'avis du neuro-psychiatre devrait emporter la décision.

2° Insuffisance des mesures de rééducation actuellement préconisées. — Notoire insuffisance numérique des Centres de rééducation.

Les mesures rééducatives proposées varient évidemment selon les résultats de notre examen psychologique et de notre enquête sociale ; ce sont :

La remise à la famille,

La remise à une personne charitable ; ces deux mesures complétées ou non par la liberté surveillée,

La remise à l'Assistance publique,

Le placement dans une institution publique ou privée de rééducation.

En réalité, les deux premières mesures devraient être appliquées beaucoup plus rarement qu'elles ne le sont à l'heure actuelle, car elles sont souvent illusoires dans leur valeur rééducatrice ; dans la majorité des cas, en effet, le délit est la conséquence du milieu. La famille, les fréquentations de la rue, de l'atelier, voire même de l'école, ont perverti l'enfant. Il est aussi des familles d'une tenue morale irréprochable, mais de valeur éducative nulle et même négative. Replonger l'enfant dans ce milieu est une erreur, même sous le régime de la liberté surveillée ; car nous avons pu nous rendre compte à l'usage que la liberté surveillée n'était qu'un mot, attrayant certes, mais creux ; *c'est une solution de facilité et d'économie, d'où sa vogue.* En réalité, elle ne sert pas à grand chose, car une action éducatrice doit être continue et non se manifester par des interventions intermittentes ; c'est, dans une atmosphère de chaleur affective soutenue et de tenue morale constante que le développement normal de l'enfant, et à plus forte raison sa rééducation doivent se faire. Or, les milieux dissociés, pervers ou amoraux sont légion. Ils sont la base réelle de la délinquance infantile.

Pour 96 mineurs délinquants nous trouvons 23 cas de troubles mentaux (18 arriérés et 5 psychopathes) ; par contre, 24 enfants d'intelligence normale étaient des pervers ou des amoraux (dont 4 des alcooliques d'habitude) ; 11 ont été entraînés par des camarades ; enfin, pour 38 enfants, le milieu familial s'est montré la cause déterminante de la délinquence.

Quant à l'hérédité, nous avons trouvé dans ces mêmes 96 cas :

3 fois la syphilis seule ;

2 fois la tuberculose seule ;

47 fois l'alcool, associé à la syphilis dans 7 cas, à des troubles nerveux dans 5 cas (épilepsie, traumatisme cranien).

Par conséquent, la remise à la famille ou même à une personne charitable qui, la plupart du temps, célibataire ou sans enfant, est dénuée de toute capacité éducative, avec ou sans liberté surveillée ne nous paraît qu'un pis-aller.

Même lorsque l'enfant a agi sans discernement (ce qui est extrêmement rare contrairement à l'opinion généralement admise), dans tous les cas où l'enquête sociale révèle un milieu défavorable l'enfant devrait être placé.

Le placement reste donc la solution de choix, aussi avons-nous placé 37 enfants sur le 96 délinquants que nous avons eu à examiner et certainement le nombre des placements effectués par nous aurait-il été supérieur encore, si nos avis avaient toujours été écoutés et si des raisons matérielles n'avaient pas quelquefois pesé sur notre décision. Le fait que les frais de placement vont être à la charge de la famille va faciliter heureusement l'extension de cette mesure, mais une entrave persistera : les institutions à la hauteur de leur tâche sont encore rares, beaucoup pèchent par tel ou tel point.

Deux, par contre, nous ont donné de magnifiques résultats, ce sont les internats professionnels de Guénange et de Zelsheim. Il serait à souhaiter que le Gouvernement crée dès maintenant dans chaque région des établissements sur ce modèle car, situés en zone interdite, nous ne pouvons plus disposer de ces Centres de rééducation. Au moment de l'exode des populations d'Alsace et de Lorraine nous avions demandé à M. l'Inspecteur d'hygiène que le Vaucluse reçoive une organisation de ce genre. Rien a été fait, ni même envisagé. (1)

Signalons en terminant que nous n'avons eu recours que deux fois seulement à l'Administration pénitentiaire, il s'agissait dans un cas d'un enfant très difficile, dans l'autre d'un psychopathe que nous avons dû placer ainsi, faute d'établissement d'anormaux habilité.

A notre avis, basé sur les résultats déjà obtenus, le placement est donc la solution idéale pour le redressement de l'enfant délinquant. C'est sous ces angles que tous les établissements doivent envisager la rééducation de l'enfant ; il y a là, un gros effort à faire, mais n'en vaut-il pas la peine ?

En conclusion : il y a dans la loi du 25 août 1940, une très bonne chose, c'est la prise en charge matérielle par la famille de la rééducation de son enfant délinquant ; cela est d'ailleurs tout naturel, il est anormal que la collectivité supporte les conséquences de la négligence de quelques-uns.

Il y a par contre des faiblesses : trop grande importance donnée à la liberté surveillée et à la remise pure et simple à la famille ; méconnaissance du rôle pourtant capital du neuro-psychiatre dans l'appréciation du discernement et du choix des mesures rééducatives à prendre.

En terminant qu'il nous soit permis de formuler un vœu. Le Gouvernement vient de porter un coup droit à la délinquance par sa loi contre l'alcoolisme, qu'il complète son œuvre en interdisant l'accès des cinémas aux adolescents ; le cinéma actuel est une école perfectionnée de délinquance et de criminalité ; cela suppose des salles et des films spéciaux pour la jeunesse.

---

(1) Depuis la loi du 15 octobre 1940, ces décisions sont du ressort des directeurs régionaux à la Famille et à la Santé.

LA RETRAITE DU MÉDECIN

I. — Faut-il donner ou ne pas donner une retraite aux vieux médecins ? Doivent-ils se mettre à la retraite ? Je ferai d'abord observer que très peu de vieux médecins intéressés, ont jusqu'ici donné leur avis. Puis, qu'est-ce qu'un « *vieux médecin* » ? Un médecin est-il vieux à 60 ans, 65 ans, 70, 75, 80 ans ? C'est très variable, me direz-vous. Celui-ci est plus valide à 70 ans que celui-là à 60 ans. — Alors ?...

— Alors, on pourrait, comme dans certaines administrations, juger qu'un médecin *doit* prendre sa retraite soit à 60 ans, soit à 65 ans, parce qu'on l'aura vu depuis assez longtemps.

— Mais, je croyais que la médecine était une profession libérale ? L'Ordre des médecins, nous a même affirmé qu'elle le resterait. Or, vous nous comparez à des employés d'administration sans que jamais, au long de notre carrière, on nous ait accordé les mêmes garanties de sécurité qu'à ces dignes employés que célébra Courteline.

— Qu'appelez-vous « garanties de sécurité » ?

— Mon Dieu, ceux-là n'ont jamais eu à s'occuper d'une concurrence éventuelle. Au début de sa carrière, il y a 40 ans, le vieux médecin était seul dans son quartier ? Ils sont douze, quatorze, quinze... Le vieux confrère Durand était seul dans son lointain arrondissement ; ils sont dix, et dans ce nombre pas mal d'étrangers. Des dispensaires multiples, distribuant des soins rapides à tout consultant, se sont multipliés, dispensaires religieux, dispensaires communistes, fondations de ceci, œuvres de celà, sans parler de toutes les *Croix-Rouges* dont les hôpitaux et consultations ont poussé comme les épis d'un champ de blé, tout cela en bonne terre, bien arrosée, comme il se doit, par les engrais électoraux et financiers de l'état et des communes ... sans parler même de nos deniers personnels.

Le fonctionnaire, pour en revenir à lui, prenait de l'embonpoint avec l'âge. Le rédacteur devenait sous-chef et puis chef de bureau. Ses appointements et titres s'arrondissent. Sa femme s'achète des vêtements de fourrure. Il descend du sixième au premier étage, s'achète un salon, un bahut Louis XIII, et un vestibule Empire. Certain jour d'angoisse, le vieux médecin a vendu la vieille bonnetière de sa grand-mère et aussi, après l'énorme installation de tel hôpital... « libre » et celle de quatre nouveaux concurrents, il a vendu la vieille horloge qui, à plusieurs générations, a marqué les heures inexorables des destins divers. Puis, mon fonctionnaire, de qui la profession n'était pas libérale s'est retiré avec une bonne et solide retraite.

— Que ne vous en êtes-vous constitué une par une solide assurance ?

— Le vieux confrère Durand l'a fait jadis en se mariant. Il a touché 50.000 francs. Ça valait quelque chose 50.000 francs de 1900. Il touche 2.000 francs de rente sur l'Etat. Il était bien convaincu d'avoir bien assuré sa vie et celle de sa compagne. On comptait 2.000 francs en 1900, comme on en compte 25 à 30.000 d'aujourd'hui. En vieillissant, on n'est même pas si exigeant. Cet autre, refusé à deux assurances, n'a pas pu s'assurer. Il aura soixante-cinq ou soixante-dix ans. Tout médecin qu'il était, sa santé n'était pas assez certaine, paraît-il, de laisser la certitude des bénéfices, sur laquelle doit compter une assurance sur la vie.

Il va donc se retirer, puisqu'il le doit, mais sans les 2.000 francs de rente du vieux confrère Durand. M. le Fonctionnaire va se retirer lui aussi... avec un peu plus que 2.000 francs de rente. Mais, puisqu'on va leur donner une retraite. On va leur donner une retraite ! Voyez-vous, mon cher et jeune confrère, dans l'histoire de la retraite du *Vieux médecin*, je n'ai jamais entendu parler de sa vieille compagne. Que va devenir après lui sa vieille compagne ? — Vous avez bien un petit avoir, fait de quelques économies ? — Mon jeune confrère, votre jeunesse oublie que deux guerres ont passé sur quelques cheveux blancs... Oui, il n'y en a plus guère. Les grands soucis sont générateurs de calvitie. Mais dites-vous bien que les avoirs amassés sou à sou dans les prospères années d'antan et qui pouvaient s'écrire « avoir » avec une majuscule, ont du mal à se retrouver au bout d'un compte en banque, même avec une minuscule et en si petits caractères, qu'à peine peut-on en apercevoir le mot avec des lunettes et, avec une loupe, en estimer la valeur plus minuscule encore. Vous croyez donc que les guerres se passent sans coups de canon et destructions ? On parla beaucoup des nouveaux riches lors de l'autre, la « Grande », paraît-il. Je pourrais peut-être aussi vous en citer quelques-uns à l'occasion de celle-ci, la « Petite », paraît-il. Mais toute cette légion des nouveaux pauvres des deux guerres, qui se cachent pour qu'on ne rie pas de leur détresse, ou se masquent le visage pour pleurer quelque fils mort... Mais à quoi bon remuer du passé, de la misère et des larmes ? Parmi les vieux (médecins ou autres), il y a et il y aura beaucoup de misère et de miséreux. Je n'ose pas parler du vieux confrère Duplotard, qui a élevé six, huit, dix enfants. Va-t-il « se retirer des affaires », comme on dit dans le négoce, après fortune faite dans la puériculture et pendant que des enfants jeunes « car ils ne se font pas à raison d'un par semaine » sont encore en cours d'étude ? Ils au-

raient tous bien voulu s'appuyer sur la valeur d'un diplôme, valeur dont on ne mesurait pas la durée quand étant jeune, on le leur a délivré. Ils auraient pu encore travailler. « Si on vous accorde une retraite, il paraît juste que, par esprit de confraternité, vous cessiez au moins d'exercer ». Vous dites — au moins —, je ne sais pas très bien ce que pourrait être « au plus ». Ce que je sais, c'est que pour nous tous, c'est « au pire ». Six jours sur sept depuis 35 ans, 40 ans, le *vieux médecin* s'est assis à ce bureau, le même. Depuis près d'un demi siècle, ses souvenirs s'accrochent à ces vieux murs et le quartier le voit errer dans les mêmes rues. Il vit se succéder crémières, concierges, bistrots, s'installer le marchand de fourrures et le marchand de postes de radio. La marchande de frites a disparu. Elle est à l'Asile de Nanterre d'où elle écrit chaque année. Il tutoie la jeune femme qui sort d'ici. Il a jadis accouché sa grand-mère et mis sa mère au monde ; puis, de sa mère, il y a vingt ans, il a retiré cette jeune femme et à cette jeune femme elle-même il vient, il y a deux mois, d'administrer le sacrement de maternité. Il tutoie le tout. Il est autant grand-père que médecin. Demandez *à son vieux collègue Durand, si ce n'est pas pareil pour lui.* Cesser d'être médecin, c'est cesser d'être grand-père.

C'est dur, Monsieur, c'est dur ce que vous demandez-là. Les malades ne sontpas des cartons verts, des états et des colonnes de chiffres.

De souvenirs sont autre chose qu'un bureau même très décoré, d'administration, un magasin rempli de 50 grosses de boutons ou de 200 boîtes de conserves. La vieille âme du vieux médecin, s'est attachée à ses malades et ses malades à sa vieille redingote. Tout cela fait un amas difficilement dissociable ou alors en le dissociant vous provoquerez quelques larmes et un peu de sang. Mon jeune Confrère, croyez-vous que, passé la soixantaine, ce « *vieux médecin* » vous prenne encore beaucoup de clients ? Il en gardera des anciens, sans doute, qui vieilliront et qu'un jour, M. le Curé bénira avant que la terre les recueille. Les enfants s'en iront au loin vers d'autres destins. Et le « vieux médecin » aura 65 ans, puis 70, puis peut-être 75. Les efforts possibles au *vieux médecin* seront de plus en plus réduits et petits. La vieille clientèle du *vieux médecin* ne sera plus qu'un pauvre petit tas de quelques petites unités. Si vous lui laissiez ces quelques petites unités qui lui permettront de garder avec les petits revenus qu'il n'ambitionne plus de grandir, les petits, mais si grands souvenirs qu'il attache à sa longue vie ? Vous ne tarderez pas à lui porter la dernière couronne ; peut-être direz-vous quelque discours sur sa tombe.

Seulement, il restera peut-être une vieille compagne, qui suscite l'angoisse actuelle du « *vieux médecin* ».

— Peut-être, pourrait-on penser à lui laisser la moitié de la retraite ?

— Oui, on pourrait y penser. Mais, avant que le *vieux médecin* et vieux grand-père s'en aille, il voudrait bien être sûr. Regardez son vieux collègue Dupont. Il est fatigué, bien vieux, pas bien riche également. . . . Deux guerres, vous savez. . . Alors, il s'est retiré dans une espèce de bâtisse à la campagne. Il en a fait une espèce de modeste maison de convalescence, où il peut abriter dix à douze pensionnaires. Il se dit qu'après lui, sa femme aura au moins celà. Il les palpe et ausculte encore, leur fait au besoin une piqûre de camphre. Va-t-on lui interdire, parce qu'il a 72 ans ses quelques palpations, auscultations et piqûres de camphre ? — On n'avait pas prévu ce cas particulier. — Et sans doute beaucoup d'autres cas particuliers. Un vieil ami et collègue Duval, oh, pas plus riche que nous ... voit peut-être encore deux clients par jour. C'est peu, mais c'est tout de même çà, au prix que valent quatre sardines, je ne dis pas à Douarnenez, mais à Paris.

Puis, sa fille travaille . . . Il faut bien. Elle est même inscrite aux Assurances sociales. Pourrai-je lui demander de vous appeler pour signer les ordonnances et la feuille de maladie de sa fille, quand elle aura la grippe ? — Il n'a jamais été question de cela. L'interdiction d'exercer, si elle existe est absolue, surtout dans les actes officiels. Alors, vous n'êtes pas partisan de la retraite des vieux médecins. Je prétends, dira le *vieux médecin*, que ma profession est une profession dite libérale. Dans le mot « libéral », il y a un dérivé du mot latin *liber*, qui signifie « livre » donc science acquise. Tant qu'il n'est pas gâteux, ses connaissances acquises lui laissent tout de même un droit, qui lui fut vendu et non donné. Dans le mot libéral il y a encore quelque chose qui parle de liberté. Or, on lui a vendu et non pas donné la liberté d'exercer la médecine. Si à 25, ou 28 ans, on lui a délivré un diplôme, nul ne lui a annoncé qu'on le déchirerait à 70 ans. Alors il aurait peut-être réfléchi, avant d'acheter son parchemin. Il a coûté assez de travail au vieux médecin, assez de peine et d'argent jadis à ses parents, pour que ce parchemin soit du parchemin solide et non pas un papier friable dont il ne reste plus que poussière après 40 ou 50 ans.

Ne vaudrait-il pas mieux s'occuper de la vieille compagne du « *vieux médecin* » ? Au fait, de combien sera-t-elle la retraite du « *vieux médecin* ? » — Rien n'est décidé. On parle de 10.000, de 15.000 francs par an. — Ah, 10.000. . . 15.000 et la moitié après lui pour sa femme. Alors, je vais vous faire une autre demande. — Il n'exercera plus puisqu'il en aura défense. Vous prendrez ses derniers clients. Il vous donnera ses derniers souvenirs. Vous gardez votre retraite. Mais vous donnez à lui, une carte de priorité pour

passer — sans faire la queue — aux Soupes populaires, et à sa veuve, après lui, une autre carte de priorité pour entrer — sans faire la queue également — chez les petites Sœurs des pauvres.

Dr Henri GROUGÉ.

***

II. — Cette retraite du vieux médecin qui, en projet depuis des années, paraît vouloir prendre forme ces temps-ci, suscite un intense mouvement d'attention parmi ses bénéficiaires éventuels. Ils viennent nous voir, ils nous écrivent, s'inquiètent de son mode de fonctionnement et de sa date d'application.

On les sent anxieux de l'avenir, si sombre pour tous et pour eux particulièrement. Cette retraite, sera-ce un leurre de plus ou leur permettra-t-elle réellement de franchir ces redoutables années de vieillesse où le rendement diminué de leur pratique professionnelle va coïncider avec un redoublement des difficultés économiques ?

Que d'autres la placent dans le cadre de la réorganisation de la profession et se livrent, à propos d'elle, à de studieuses considérations financières afin de lui donner une base solide et praticable, rien de mieux. Mais pour eux, c'est une question de vie ou de mort et l'on s'explique qu'ils aient quelque hâte de la voir résolue.

On leur dit que cette retraite leur sera servie par leurs confrères plus jeunes à qui l'on demandera, pour cela, une cotisation annuelle. Un tel geste de solidarité confraternelle est beau, mais il est choquant en ce qu'il fait d'eux des « obligés » incapables de rendre le service qu'ils ont reçu.

Or, en se remémorant leurs longues années de pratique, ils y aperçoivent fort distinctement un personnage puissant dont ils sont les créanciers et à qui ils sont en droit maintenant de demander qu'il acquitte ses dettes accumulées depuis trop longtemps. Ce personnage, c'est l'Etat, grugeur acharné des médecins, profiteur sans vergogne de leur sens du devoir. L'Etat a exploité les médecins tant qu'ils étaient valides ; ce serait cynique, lorsqu'ils atteignent à la vieillesse et à son cortège d'incapacité qu'il les poussât froidement à la voirie.

Ce point de vue, le Docteur Blanchard d'*Avesnes-les-Aubert* (*Nord*) l'exprime avec force dans la lettre suivante :

Je viens de lire avec beaucoup d'intérêt votre article intitulé *Et les vieux* ? paru dans le *Concours* du 29 décembre et cet intérêt est légitime, car je suis un vieux.

Si j'ai bien compris le sens de cet article, quelle que soit la modalité adoptée, ce sont les médecins seuls qui, par l'entraide, doivent faire leur retraite.

Ainsi l'Etat qui nous a tant grugés, qui nous paie quand cela lui plait et quand il ne l'oublie pas, qui a accepté tant de soins donnés gratuitement ou à tarifs réduits à la collectivité qu'il représente, en un mot qui a fait tant de philantrophie dont nous avons fait les frais, l'Etat n'y interviendrait pas. C'est scandaleux

Ainsi, nous les vieux, pendant quarante ans et plus nous avons été des esclaves qu'on faisait travailler la nuit aussi bien que le jour, dimanches et fêtes, nous avons donné non seulement notre travail, mais aussi notre dévouement, nous avons exposé notre vie en soignant des typhiques, des diphtériques, en mettant nos mains dans le pus et la pourriture, etc., etc., et si nous sommes dans la misère, nous ne trouverons un secours que parmi nos confrères

Et pourtant les vieux ont eu un exercice professionnel bien plus pénible, bien moins rétribué que les jeunes. Ainsi par exemple, j'ai été pendant des années seul médecin de l'assistance médicale d'une commune pauvre de 1.600 habitants, située à 5 kilomètres de chez moi. On sait combien ceux qui ne paient pas sont exigeants. En ai-je fait de ces visites de nuit qui auraient pu sans inconvénients être reportées au lendemain ! Oh, ces visites de nuit !

Le réveil brusque par la sonnette, la sortie du lit bien chaud pour aller avec l'homme qui vient vous chercher, garnir le cheval, l'atteler dans la cour sous la bise glaciale, sous la pluie, parfois dans la neige, puis la promenade d'une demi-heure dans la nuit, dans la voiture où malgré les couvertures, la bise vous glaçait... et la visite faite, quelquefois fort longue quand il s'agissait d'un cas grave, d'un accident, d'un accouchement difficile, c'était le retour seul, dans cette obscurité que perçait à peine la lumière des deux lanternes... Et cette visite comme les autres me rapportait en moyenne *six sous* (6), à peine de quoi payer l'usure de la voiture et des fers du cheval...

Aussi le vieux médecin que la guerre a totalement ou à peu près ruiné, qui a dû subir les rigueurs de l'évacuation, qui a eu sa maison brûlée ou saccagée, ses instruments professionnels détruits etc..., doit user le reste de son énergie pour essayer de travailler encore s'il ne veut pas mourir de faim. Il lui reste peut-être la satisfaction (!) de regarder les médailles et les diplômes qui prouvent qu'il a donné des soins gratuits aux gendarmes et à leur famille pendant vingt ans, vingt-cinq ans ou plus...

Mon cher Confrère, voulez-vous me permettre une simple hypothèse... Pour donner 10.000 francs de retraite à 3.000 médecins de 65 ans et plus, il faut 30 millions ; une paille dans un budget de 60 milliards (10.000 francs, c'est peu, c'est moins que la retraite du moindre fonctionnaire... mais c'est mieux que rien). Le prix de la visite aux indigents est ici de 12 francs au lieu de 20 francs, chiffre minimum pour les clients payants. Supposons et voilà l'hypothèse, que le prix de la visite aux indigents soit porte à 14 fr., à la condition que les 2 francs supplémentaires soient versés à la Caisse de retraite des médecins, le médecin d'assistance ne serait pas lésé...

A combien estimez-vous le nombre de visites faites aux indigents par tous les médecins, en ce moment où la crise économique, la ruine de beaucoup, amène tant d'inscriptions d'urgence ? Elles dépassent sûrement 100.000, peut-être 200.000, mais soyons bien en-dessous de la réalité en mettant 50.000. Un petit calcul maintenant.

50.000 × 2 × 300 (il faut se reposer dimanches et jours de fête) = 30 millions.

Sur ce, excusez mon verbiage et croyez...

VARIÉTÉS



L'opinion de Montaigne sur les médecins et les remèdes de son époque

L'importance de la suggestion sur les effets thérapeutiques des médicaments n'est pas discutable et a été constatée de tous temps. Elle jouait, il y a quelques siècles, un rôle plus important, car la pharmacologie et la thérapeutique ont fait depuis un siècle de merveilleux progrès. Si le vulgaire se laissait impressionner autrefois plus qu'aujourd'hui par l'étrangeté ou la complication des remèdes et par les allures pédantes et plus ou moins charlatanesques de ceux qui les prescrivaient, les hommes de bon sens ne s'y trompaient pas et appréciaient à cette époque médecins et remèdes à leur valeur.

« Nous appelons les médecins heureux, écrit Montaigne au chapitre XXV du livre I de ses *Essais*, quand ils arrivent à quelques bonne fin : comme s'il n'y avait que leur art, qui ne peut se maintenir que d'elle-même et qui eust les fondements trop frailes, pour s'appuyer de sa propre force ; et comme s'il n'y avait qu'elle, qui aye besoin que la fortune preste la main à ses opérations. Je croy d'elle tout le pis et le mieux qu'on voudra. Car nous n'avons, Dieu mercy, nul commerce ensemble, je suis au rebours des autres, car je la méprise bien toujours : mais quand je suis malade au lieu d'entrer en composition je commence encore à la haïr et à la craindre ; et respons à ceux qui me pressent de prendre médecine qu'ils attendent au moins que je sois rendu à mes forces et à ma santé, pour avoir plus de moyen de soutenir l'effort et le hazard de leur breuvage. Je laisse faire la nature et je présuppose qu'elle soit pourvue de dents et de griffes, pour se déffendre des assauts qui luy viennent, et pour maintenir cette contexture, dequoy elle fuit la dissolution. Je crains, au lieu de l'aller secourir, ainsi, comme elle est aux prises bien estroites et bien jointes avec la maladie, qu'on secoure son adversaire au lieu d'elle, et qu'on la recharge de nouveaux affaires.

Or je dy que, non en médecine seulement, mais en plusieurs arts plus certains, la fortune y a bonne part. »

Montaigne reconnaît l'influence du moral sur le physique et leur attribue maintes guérisons.

« Pourquoy pratiquement, dit-il, les médecins ayant en main la créance de leur patient avec tant de fausses promesses de sa guérision, si ce n'est afin que l'effort de l'imagination supplisse l'imposture de leur aposème. Ils savent qu'un des maistres de ce mestier leur a laissé par escrit qu'il s'est trouvé des hommes à qui la seule vue de la médecine faisait l'opération. »

Et il cite un malade atteint de la pierre à qui l'on avait prescrit des lavements médicamenteux, ces derniers faisaient leur effet par leur seule présence sans qu'ils fussent administrés. Par raison d'économie sa femme substitua au lavement préparé par l'apothicaire de l'eau tiède et le même résultat ne fut pas obtenu. Un autre exemple que Montaigne relate, c'est celui de la femme qui souffrait horriblement de douleur d'estomac qu'elle attribuait à ce qu'elle aurait avalé une épingle. Elle fut guérie brusquement le jour où à son insu on mit une épingle dans ses vomissements, en affirmant qu'elle l'avait rendue. Les observations de ce genre ne se comptent pas. Et Montaigne en tire ailleurs une conclusion singulière sur les effets des médicaments quand il écrit au chapitre XXX du livre I de ses *Essais* :

« Non plus qu'en l'autre médecine les drogues n'ont point d'effect à l'endroit de celuy qui les prend avec appétit et plaisir. L'amertume et la difficulté sont circonstances servant à leur opération. Le naturel qui acceptera la rhubarbe comme familière, en corromprait l'usage, il faut que ce soit chose qui blesse nostre estomac pour le guérir et icy il faut la règle commune, que les choses se guérissent par leurs contraires, car le mal y guérit le mal. » C'est le *contraria contrariis* nettement exprimé.

Le mépris pour les médecins de son temps, se manifeste à tous propos dans Montaigne. Il les range dans la catégorie « de ceux qui nous racontent des fables comme Alchimistes, Pronostiqueurs, Judiciaires, Chiromanciers, Médecins, *id genus omne.* » ; gens de la même espèce, selon l'expression d'Horace. Cela le conduisit au cours de son voyage en Allemagne et en Italie, durant lequel **il** souffrit cruellement de la pierre, d'user à tort **et** à travers les eaux minérales qu'il rencontrait sur sa route, d'en boire d'une façon immodérée au détriment de sa santé, sans vouloir demander l'avis des médecins qui pratiquaient depuis longtemps dans ces villes d'eau, et qui en connaissaient par expérience les avantages et les inconvénients.

J. Noir.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

Sanatoria

Par arrêtés en date du 4 février 1941 :

Mme le Docteur Pouret, médecin adjoint au sanatorium de Cluzeau (Haute-Vienne), est placée dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

M le Docteur Gérard est nommé médecin adjoint au sanatorium de Trestel (Côtes-du-Nord).

Par arrêtés en date du 3 février 1941 :

M. le Docteur Feret, médecin directeur du sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est affecté au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), en remplacement de M. le Docteur Reumaux, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

M. le Docteur Thorain, médecin directeur du sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), est nommé médecin directeur du sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), en remplacement de M. le Docteur Feret, nommé médecin directeur du sanatorium de la Guiche.

(*J. O.*, 7 février 1941).

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 31 janvier 1941, M. le Docteur Bergeron, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Docteur Bauer, démissionnaire.

(*J. O.*, 2 février 1941).

Par arrêtés en date du 3 février 1941 :

M. le Docteur Usse, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute Garonne), est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

M. le Docteur Mans, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Saint-Rémy (Haute-Saône), est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) en remplacement de M. le Docteur Usse.

M. le Docteur Eissen, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld, est appelé, à titre provisoire, en qualité de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle.

(*J. O.*, 7 février 1941).

Par arrêté en date du 4 février 1941, M. le Docteur Cappelle, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1939, est affecté, à titre provisoire en qualité de médecin directeur à l'hôpital psychia-

trique de Fains-les-Sources (Meuse), en remplacement de M. le Docteur Doussinet, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 8 février 1941)

Création d'un service de solidarité pour l'octroi d'avantages supplémentaires aux assurés sociaux en situation difficile

Paris, le 22 novembre 1940.

Le Ministre, Secrétaire d'Etat à la Production industrielle et au Travail, à MM. les Présidents des Conseils d'administration des organismes d'assurances sociales,

D'autre part, en présence de la situation difficile d'un grand nombre d'assurés sociaux, je vous prie d'inviter les Unions régionales à instituer entre l'ensemble des Caisses d'assurance-maladie de leur circonscription un service de solidarité destiné à venir en aide aux assurés sociaux ou à leurs ayants droits qui sont en état de chômage ou qui sont privés de ressources ou chargés de famille, de même qu'aux conjoints ou enfants d'assurés prisonniers.

A cet effet, les Unions régionales, après entente avec les Caisses de leur circonscription, voudront bien me transmettre, avant le 31 décembre 1940 leurs propositions précises sur les secours à attribuer. Par exemple : soins en nature *au-delà du délai de six mois* pour tout assuré ou ayant droit d'assuré en chômage, prestations en nature aux ascendants à charge, prestations complémentaires en cas de maternité, d'intervention chirurgicale grave ou de traitement coûteux ou prolongé.

Après examen de l'ensemble des propositions, il sera établi une liste des avantages supplémentaires dont l'octroi s'avère particulièrement nécessaire, et les Caisses pourront, dans les conditions qui leur seront précisées, en assurer le service.

Les Unions régionales et les Caisses excédentaires de chaque région en supporteront la charge, suivant des modalités présentement à l'étude.

L'opération sera faite en application de l'article 30, § 7, du décret-loi du 28 octobre 1935, qui précise que les Unions peuvent prendre toutes les mesures utiles en accord avec les Caisses pour l'organisation de la prévention. Partant, les Unions régionales pourront imputer les dépenses correspondantes soit sur leur compte d'hygiène et de prévention, soit sur le compte invalidité, au poste « prévention de l'invalidité », suivant la nature de la dépense.

Les présentes dispositions s'appliquent également aux assurés de l'agriculture, les Unions nationales de réassurance prévues à l'article 6 du décret-loi du 30 octobre 1935 jouant, ici, le même rôle que les Unions régionales.

Le Ministre, Secrétaire d'Etat,

René BELIN.

CORRESPONDANCE

ALLOCATIONS FAMILIALES

1.040. — Prime à la première naissance

Marié le 17 août 1939, j'ai un enfant depuis le 10 août 1940, né à L... où j'étais évacué.

Rentré chez moi dernièrement, je me suis inscrit à la Caisse d'allocations familiales des Professions médicales, comme j'y suis obligé. Mais quand j'ai voulu demander la prime à la première naissance, cette Caisse me répond que, étant sans métier à la date du 10 août à L... c'est à la mairie de cette ville de me payer la prime à la première naissance.

Je trouve cela un peu extraordinaire. Est-ce que la Caisse d'allocations a raison ?

Dr L.

Réponse

La Caisse d'allocations familiales des Professions médicales a raison en vous répondant qu'elle ne peut pas, étant donné que votre enfant est né à une époque où vous étiez mobilisé, prendre en charge la prime à la première naissance à laquelle vous avez droit.

En effet, aux termes du Code de la Famille, la prime à la première naissance due à la population non active (les mobilisés rentrent dans ce cas) est à la charge de l'Etat français.

Il est donc nécessaire que vous en fassiez la demande à la mairie de votre domicile.

En principe cette demande doit être faite, sous peine de forclusion, dans les six mois de la naissance, mais étant donné votre mobilisation et votre précédente demande à la Caisse professionnelle, vous ne sauriez être forclos.

1.008. — Exonération des cotisations

Depuis deux mois j'ai 88 ans. J'ai fait une grave maladie, il y a deux ans, qui a mis un terme à ma vie active. Depuis, je me suis borné à donner quelques consultations, la plupart du temps gratuites. Cependant, continuant à m'intéresser aux choses de la médecine, que je pratique depuis soixante-trois ans, j'ai continué à payer ma patente qui est de 1.200 francs, mon abonnement au *Concours Médical* et au Sou (205 francs). S'il faut y ajouter les cotisations à la Caisse d'allocations familiales, j'arrive à un total qui dépasse ce que je gagne avec l'exercice de la médecine.

Réponse

En vertu du décret du 1er décembre 1940,

peuvent prétendre à l'exemption du paiement des cotisations :

1° Les médecins ayant élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans.

2° Les médecins dont le revenu pendant l'année précédente aura été inférieur à la moitié du revenu moyen départemental, applicable au lieu de leur domicile

En ce qui vous concerne, vous pouvez donc prétendre au bénéfice de la deuxième exemption si votre revenu professionnel de 1940 a été inférieur à 4.650 francs (le salaire moyen applicable dans les communes à caractère rural du département de la Marne est en effet de 775 francs par mois, soit 9.300 francs par an ; la moitié, donc 4.650 francs).

Cette exemption ne s'applique qu'au paiement des cotisations trimestrielles. Vous restez donc tenu de vous affilier à la Caisse d'allocations familiales, et de verser les cotisations fixes, qui s'élèvent à 170 francs pour la première année (droit d'entrée 25 francs, cotisation fixe annuelle, 20 francs) ; avance pour fonds de roulement, remboursable, 125 francs) et à 20 francs pour les années suivantes.

Pour obtenir le bénéfice de cette mesure, il vous suffira d'en faire la demande à la Caisse d'allocations familiales des Professions médicales, dont le siège est à Paris, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, en justifiant de vos revenus professionnels soit par votre déclaration fiscale, soit par un certificat de non imposition au titre de la cédule sur les bénéfices des professions non commerciales.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

564. — Fracture du métatarsien

J'ai fait une petite botte plâtrée à un blessé qui présentait une fracture du 1er métatarsien suivant son axe. Que dois-je compter ?

Dr R.

Réponse

Réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture du métatarsien : 55 francs (Art. 18-B).

Dr F. DECOURT.

189. — Ne pas manquer d'envoyer les résultats des radios au patron ou à l'assureur

Je vous soumets un cas litigieux entre le Syndicat N... et moi même concernant le blessé D...

Cette Compagnie refuse le paiement d'une radio-

graphie dont elle n'a pas reçu d'épreuve sinon en même temps que la note d'honoraires et après la reprise du travail.

Or, l'autorisation de pratiquer la radiographie m'a été donnée (ce que d'ailleurs ne conteste pas la Compagnie) mais n'ayant vu rien de pathologique sur la radiographie, je n'ai pas cru nécessaire d'en informer la Compagnie.

A noter que la Compagnie a amputé ma note d'honoraires sans aucune explication, que je n'ai eue qu'après protestations.

Dr R.

Réponse

Il est évident que, texte du tarif en main, la Compagnie est dans son droit en refusant le paiement d'une radio dont le résultat ne lui a pas été soumis, alors que l'art. 27, observ. 6e, dit : « le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché ; les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé, en deux exemplaires, etc., dont l'un au patron ou à l'assureur et l'autre au blessé ».

Si comme vous le déclarez, vous n'avez rien fait de tout cela, et malgré l'autorisation de radio préalable, vous n'auriez guère de chance de toucher le prix de votre radio, sauf à l'*amiable* peut-être, en exposant à la Compagnie ce que vous donnez comme raison dans votre lettre.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

866. — Délivrance par la Caisse de feuilles de maladie lorsque les prestations ont cessé d'être dues.

Comme abonné au *Concours Médical*, je me permets de vous demander quelle conduite je dois tenir vis-à-vis des Assurances sociales. Il s'agit de la conjointe d'un assuré social notoirement indigent, que je soigne depuis plus de six mois sans m'en être rendu compte ; la Caisse me l'a rappelé par une lettre recommandée en date du 27 décembre 1940, dans laquelle elle me fait savoir qu'elle ne prendra pas en charge les prestations à partir du 28 octobre 1940, date à laquelle les six mois de soins se terminaient. Or cette Caisse a délivré à la malade en question des feuilles de maladie et des bons d'assistance jusque fin novembre, époque à laquelle se termina la maladie. La délivrance de ces feuilles n'engage-t-elle pas la Caisse, car elle est mieux placée que moi, il me semble, pour vérifier au jour le jour la durée des prestations et prévenir la malade ou le médecin, qu'elle n'y a plus droit aussitôt que les six mois sont écoulés. Aussi je vous serais reconnaissant de me dire si la

Caisse est en droit de me refuser le règlement des actes que j'ai faits du 28 octobre à la fin de novembre 1940 ? et dans la négation quelle marche suivre ?

Réponse

La délivrance, par la Caisse d'assurances sociales, de feuilles de maladie à un assuré indigent qui n'a plus droit aux prestations parce que la période de soins de six mois est expirée, ne peut avoir pour effet de rendre la Caisse responsable des prestations après l'expiration des six mois.

Mais, en délivrant indûment ces feuilles, la Caisse vous a induit en erreur et vous a fait perdre vos honoraires en tout ou en partie (en partie seulement si vous avez été payé, par l'Assistance Médicale gratuite, à un tarif inférieur à celui des assurés sociaux indigents). Elle vous a donc causé, par sa faute, un préjudice dont elle vous doit réparation et pour en être indemnisé vous pouvez la citer, non devant la Commission d'Arrondissement des Assurances sociales, mais devant le Tribunal de droit commun de son Siège, soit le Tribunal Civil si le dommage est supérieur à 4.500 francs, le Juge de Paix dans le cas contraire.

Il en a été ainsi jugé, sur la compétence et sur le fond, par le Tribunal Civil d'Epinal, le *3 décembre 1936* (*Semaine juridique*, 15 janvier 1937, page 28).

1.074. — Indemnisation par les Assurances sociales des victimes d'accidents de sport

Le développement des sports étant à l'ordre du jour, nous en voyons se multiplier les accidents. Aussi, les Sociétés sportives sont elles assurées à des Compagnies d'assurance-accidents pour leurs joueurs.

Parmi ceux-ci, un certain nombre (employés, agriculteurs, etc.) sont déjà inscrits à des Caisses d'assurances sociales.

Mais, en cas d'accident pour cette catégorie de joueurs, les Compagnies d'assurances, notamment en ce qui concerne les frais médicaux, prétendent que les Assurances sociales doivent jouer normalement suivant un barème déterminé (lequel ?) et, de ce fait, ne remboursent elles-mêmes que la différence supérieure des frais médicaux remboursables par les Assurances sociales, jusqu'à concurrence des honoraires réclamés (tarif clientèle.)

Cette combinaison semble actuellement mal définie ; quelle est la part de la Compagnie d'assurance, des Assurances sociales et de l'assuré-accidenté (ce dernier doit-il être intéressé aux frais ?)

Bien des confrères sont chaque jour très embarrassés pour répondre aux réclamations des Compagnies d'assurances et aux doléances des assurés accidentés et des présidents et secrétaires de clubs sportifs. (Ceci entraînant évidemment une double

déclaration d'accident, tant à la Compagnie d'assurance qu'aux Assurances sociales.)

Ne pourriez-vous pas, dans la Correspondance du *Concours Médical*, faire connaître l'état actuel de ce compromis de plus en plus fréquent, afin que chacun, médecin, assuré et assureur, sache à quoi s'en tenir.

Dr M.

Réponse

La question de l'indemnisation par les Assurances sociales des victimes d'accidents de sport s'est en effet posée à de nombreuses reprises et se trouve dès maintenant résolue.

Tout d'abord un principe est hors de doute : c'est que la Caisse doit verser ces prestations à son assuré. Mais ce dernier peut avoir des recours complémentaires à exercer.

Tout d'abord la responsabilité de l'accident peut incomber à un tiers, soit à la Société sportive qui a mal organisé la compétition et qui, pour une raison quelconque a commis une faute ayant favorisé la production de l'accident ; soit à un joueur qui a contrevenu aux règles normales du sport et a blessé la victime.

Dans ce cas il y a lieu d'appliquer l'art. 25, parag. 3 du décret-loi sur les Assurances sociales d'après lequel « la Caisse d'assurance sociale « est subrogée de plein droit à l'intéressé ou à « ses ayants-droit dans leur action contre le « tiers responsable pour le remboursement que « lui occasionne l'accident ou la blessure. L'intéressé ou ses ayants-droit doivent indiquer « en tout état de procédure la qualité d'assuré « social de la victime ainsi que les Caisses « auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour « les divers risques. A défaut de cette indica- « tion la nullité du jugement sur le fond pourra « être demandée pendant deux ans à compter « de la date à partir de laquelle ledit jugement « est devenu définitif, soit à la requête du minis- « tère public, soit à la demande des Caisses « ou du tiers responsable ».

Donc dans cette première hypothèse, l'assuré touche les prestations de sa Caisse, c'est-à-dire le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques dans la limite de 80 % du tarif de responsabilité et peut se retourner pour le surplus contre le responsable de l'accident afin de lui demander la réparation intégrale de ses débours sous la seule condition de déclarer qu'il est assuré social.

Il se peut également que l'intéressé soit assuré individuellement contre les accidents sportifs soit par ses propres soins, soit par la Société sportive dont il est membre. Cette circonstance ne saurait en aucune manière le priver des droits qu'il tient de la loi des Assurances sociales et il peut réclamer à sa Caisse le remboursement des frais médicaux dans la limite

du tarif de responsabilité (déduction faite du ticket modérateur de 20 %), ce qui ne saurait l'empêcher de se retourner ensuite contre la Compagnie d'assurances pour lui réclamer, comme dans le cas précédent, le complément entre le tarif des Assurances sociales et le montant réel des frais exposés.

Il s'agit seulement que la Caisse et la Compagnie d'assurances puissent s'entendre entre elles pour que l'assuré ne cumule pas de prestations du même ordre et en définitive ne fasse pas de bénéfice dans l'opération.

Dans ces deux cas, il ne nous semble pas obligatoire que l'assuré supporte personnellement la participation de 20 % aux frais médicaux et pharmaceutiques. Il peut fort bien se faire rembourser par le responsable ou l'assurance, outre la différence entre le tarif de responsabilité et les frais réels, le montant de ce ticket modérateur.

ORDRE DES MÉDECINS

1030. — L'inscription au tableau de l'Ordre n'est obligatoire que pour les médecins qui exercent

Je suis encore mobilisé. J'ai lu qu'il fallait se faire inscrire à l'Ordre des Médecins avant le 1er mars, je crois. Or j'ignore si je reprendrai la pratique médicale. Que faire ? L'inscription à l'Ordre des Médecins entraîne-t-elle des frais et des charges telles que patente et Allocations familiales ?

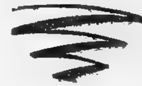
Bien que médecin ayant exercé pendant de longues années, puis je attendre pour mon inscription une installation nouvelle ultérieure ou la reprise de mon cabinet ? Autrement dit, cette inscription avant le 1er mars n'est-elle obligatoire, dans ce délai, que pour les médecins en exercice ?

Réponse

L'inscription au Tableau de l'Ordre n'est obligatoire que pour les médecins *exerçant* leur art.

Puisque vous êtes encore mobilisé et que vous ignorez si vous reprendrez un jour la pratique médicale, vous n'avez pas à demander, pour le moment, votre inscription au Tableau de l'Ordre.

Cette inscription entraîne d'ailleurs le paiement d'une cotisation fixée à 250 francs par an, ainsi que l'affiliation à la Caisse d'allocations familiales des Professions médicales.



Soixante-troisième année | N° 10 | 9 Mars 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants.......... **50 fr.**

Le Numéro.......... **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 56. — Désire poste méd. ou chirurg. remplacement assistance succession. Dr Rienhold, 2, rue Pezet, à Figeac (Lot).

Nº 57. — Infirmière diplômée manipulatrice électro-radiologiste dem. place clinique, docteur, gardes. Ecrire M. Thomas, 4, Square Desaix, à Paris (XVe).

Nº 58. — Paris, près gares Nord et Est, appartement médical très bien situé, 8 pièces, ascenseur, loyer très modéré, à céder cause santé avec installation électrologique à médecin disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

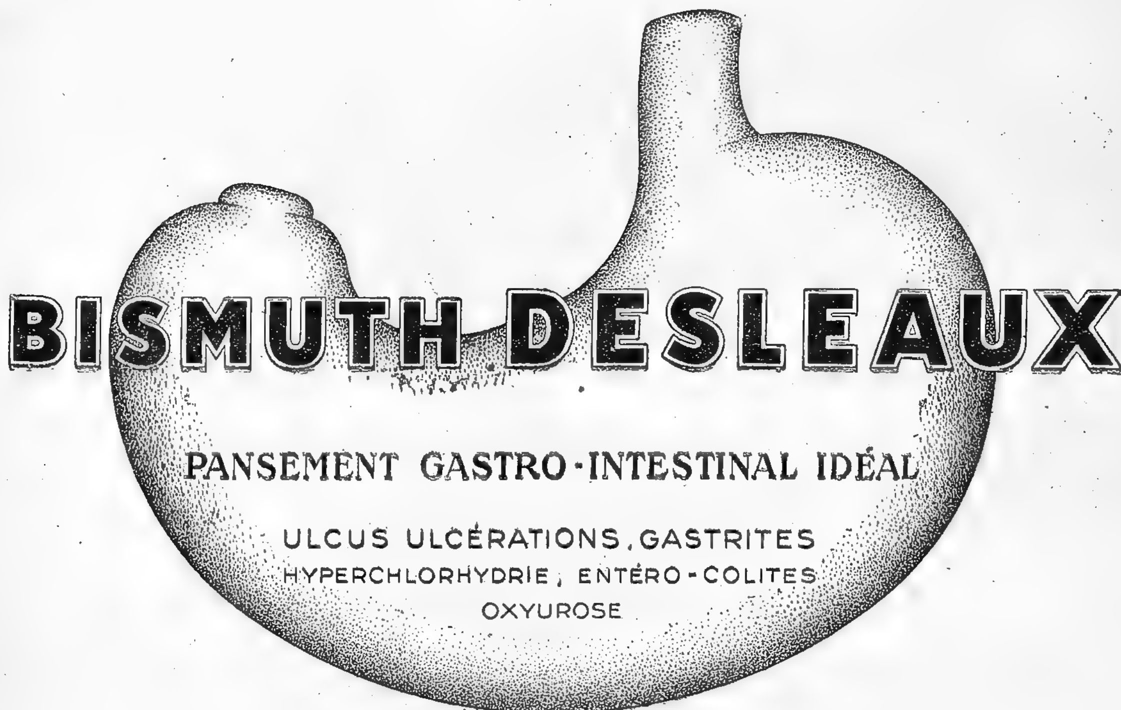
Nº 59. — Banlieue proche. Vieille clientèle à céder après décès avec mobilier professionnel et de réception et instruments. Pavillon de 2 étages bien installé, chauffage central, tapis, jardin, garage. S'adresser : Madame Veuve Adda, 55, avenue de la Marne, à Asnières. Tél. : Grésillons 01-76.

Nº 60. — A vendre micro-monoculaire Leitz 5 oculaires, 4 objectifs. Etat neuf, en coffret bois. Faire offre. Dr Jean Leiser, 180, rue de Grenelle, Paris (VIIe).

Nº 61. — Médecin français, sérieux, expérimenté, officier de la Légion d'honneur, connaissant bien le Corps médical parisien désirerait représentation de laboratoire. Ecrire : Texier 334, rue Saint-Honoré, Paris (Ier).

Nº 62. — Normandie. Dans riche région agricole à céder après décès poste campagne. Bail et installation à reprendre. Ecr. Dr Joly, 11, rue de Milan, Paris (IXe).

Nº 63. — Deux heures de Paris. Excellent poste oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie à céder rapidement pour raison de santé. Ecr. Gilles, 79, rue de la Fraternité, à Romainville (Seine).



Litt Échant LANCOSME, 71 AV VICTOR EMMANUEL III PARIS (8e)

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IX[e])

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Cito, jucundeque curo
Acres et languentes stomachos,
Amaras linguas purgo ;
Ut pueri sane crescant
Morbosa eorum viscera recreo.

Tablettes de **Mangaïne**, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. D[r] Brody, Grasse.

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du Concours, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182 31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— Académie de médecine. — *Election.* — M. Serge Gas est élu membre de l'Académie dans la section des membres libres.

— Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Hôpital Sainte-Anne). — *Programme des conférences hebdomadaires du samedi sur les problèmes psychiatriques* organisées par le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, à l'amphithéâtre de la Clinique, 1, rue Cabanis, chaque samedi à 11 heures.

Samedi 8 mars, M. EY : L'hallucinose. — Samedi 15 mars, M. PUECH : La neuro-chirurgie chez l'enfant. — Samedi 22 mars, M. HEUYER : L'évolution de l'intelligence et du caractère à la puberté. — Samedi 29 mars, M. DESOILLE : Troubles mentaux des occultistes contemporains. — Samedi 5 avril : M. SIMON : Considérations sur la démence.

— Clinique médicale de l'hôpital Cochin. (Prof. F. Rathery). — *Leçons du dimanche matin : Les régimes et leur adaptation actuelle.* — Une série de conférences aura lieu, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale, le dimanche à 10 h. 30.

16 mars, Professeur F. RATHERY : Les régimes-types de réglementation et leur adaptation au traitement des malades. — 23 mars, Professeur agrégé C. RICHET : Les régimes de la puberté et de l'adolescence. — 30 mars, Ed. DE POMIANE : Technique culinaire actuelle et aliments de remplacement. — 27 avril, Professeur agrégé TURPIN : Régime des nourrissons normaux et malades. — 4 mai, Professeur agrégé VIGNES : Régime de la femme enceinte. — 11 mai, Professeur agrégé CHABROL : Régime des hépatiques. — 18 mai, Professeur agrégé LIAN : Régime des cardiaques. — 25 mai, Professeur Louis MERKLEN (de Nancy) : Régime des sportifs. — 8 juin, Docteur AMEUILLE : Régime des tuberculeux. — 15 juin, Madame L. RANDOIN : Régime, vitamines et équilibre alimentaire.

Ces conférences sont libres, mais elles sont plus particulièrement réservées aux médecins praticiens.

— Pathologie médicale. (Professeur : M. Pasteur-Vallery-Radot). — M. le Docteur COSTE, agrégé, a commencé son cours le samedi 1er mars 1941, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

SUJET DU COURS : Maladies par carence et maladies des glandes endocrines.

M. le Docteur BOULIN, agrégé, a commencé son cours le lundi 3 mars 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

SUJET DU COURS : Maladies du foie et de la nutrition.

— Cours de pathologie chirurgicale. — M. le Docteur FÈVRE, agrégé, continue son cours à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis à 18 heures.

PROGRAMME : Chirurgie d'urgence abdominale.

— **Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Dizier (Haute-Marne).** — *Internat.* — Un concours pour deux emplois d'interne en médecine à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Dizier, aura lieu dans cet établissement, le 24 avril 1941.

Ce concours est ouvert aux candidats des deux sexes, de nationalité française à titre originaire, titulaires de 16 inscriptions au moins de doctorat en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, à l'exclusion du diplôme d'Université. Pourront également prendre part au concours, les docteurs en médecine titulaires de diplômes délivrés par les Facultés de l'Etat.

Le registre des candidatures sera ouvert le 17 mars 1941 et clos le 1er avril. Les candidats auront donc à déposer le dossier complet de leurs titres et travaux avant cette dernière date.

Le concours comporte une épreuve sur titres. Cette épreuve sera notée de 0 à 20.

Les traitements alloués aux internes en médecine à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier sont de 8.000 à 10.000 francs (10 à 12.000 francs pour les docteurs en médecine).

En dehors du traitement, l'interne jouit des avantages en nature suivants : logement, chauffage, éclairage, blanchissage et nourriture en 1re classe, ainsi que des indemnités spéciales ou allocations attribuées en vertu des règlements en vigueur (notamment indemnité spéciale temporaire de 2.400 francs par an).

Tous renseignements complémentaires seront donnés sur demande adressée à M. le Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

UNE MORT AU CHAMP D'HONNEUR

MARCHAL (Armand *médecin lieutenant au* 27e *B. C. A., à Annecy*, tué le 8 juin 1940, à Breuelles (Aisne), à l'âge de 27 ans, ancien élève du Val-de-Grâce.

***

UNE CITATION

COLLENOT (Henri), *médecin lieutenant* :

« A montré pendant neuf mois d'engagement aux avants postes de réelles qualités de conscience professionnelle. Le 14 juin, à Arcis-sur-Aube et le 15 juin, au pont de Clérey a, sous un violent bombardement aérien, porté secours à de nombreuses victimes militaires et civiles, faisant preuve d'un absolu dévouement ».

(*Citation à l'Ordre du* 10e *G. R. C. A.*, le 19 *juillet* 1940.



La question des Cabinets multiples

Un lecteur nous écrit la lettre suivante qu'il nous demande de publier afin de saisir l'opinion d'une question actuellement encore en suspens et dont la solution menace, croit-il, les intérêts de nombreux médecins.

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médeicns s'apprête à interdire aux médecins d'exercer dans plusieurs cabinets, *aussi bien aux spécialistes qu'aux omnipraticiens.*

Qu'en pensent les confrères spécialistes ?

Beaucoup d'entre eux possèdent depuis de longues années, soit dans la même ville, un cabinet de consultation pour la clientèle aisée et une clinique pour petits payants, soit un cabinet dans un grand centre, ville de Faculté ou d'Ecole, et un cabinet dans une petite ville où ils consultent une ou deux fois par semaine et où un spécialiste à demeure ne pourrait vivre décemment.

Croit-on que ce hara kiri qu'on exige d'eux sans aucune considération pour leur âge, le temps depuis lequel ils exercent, les services qu'ils ont rendus à la patrie soit bien juste ?

N'aurait-il pas été raisonnable de décider que les situations acquises seraient maintenues et que les mesures prises ne s'adresseraient qu'à l'avenir ?

La situation des spécialistes, n'est déjà pas tellement brillante, elle va pour certains devenir angoissante.

Veuillez croire,

Dr M. F.

Un supplément de savon pour les médecins

Un lecteur de Rouen nous transmet une lettre assez singulière qu'il a reçue de la mairie de sa ville en réponse à une demande d'allocation supplémentaire de savon :

« La pénurie de savon existe partout, aussi bien dans les hôpitaux que chez les particuliers. Je comprends fort bien que cela vous gêne considérablement, mais je n'ai pas le moyen de vous donner satisfaction.

« Permettez-moi toutefois de vous faire remarquer que pour le « gono », le savon n'est pas nécessaire et que les instruments peuvent être flambés.

« Je vous exprime tous mes regrets de ne pouvoir vous donner de meilleure réponse, et je vous prie... »

Il semblait au contraire que « pour le gono » le savon fût particulièrement indiqué si l'on ne tient pas à contracter une conjonctivite par simple mégarde. D'autre part, si les instruments peuvent en effet être flambés, on préfère généralement pour les mains un autre mode de stérilisation.

Enfin, si la pénurie de savon existe partout, il est cependant des départements où l'on conçoit mieux les besoins particuliers des médecins. C'est ainsi qu'un lecteur de Maine-et-Loire nous signale que lui et ses confrères reçoivent chaque mois un bon de 500 grammes de savon du bureau départemental de la Santé.

Que ceci serve d'exemple ailleurs et que les médecins invoquent ce précédent pour renouveler une

demande, si légitime qu'elle a déjà reçu satisfaction dans un département.

Nous apprenons en dernière heure que nos réclamations ont été entendues et que des mesures vont être prises pour leur donner satisfaction.

La Commission d'arbitrage en matière d'accidents du travail continue

Dans le Supplément Documentaire de février 1941, adressé avec notre dernier numéro, et contenant le tarif des accidents du travail, nous informions nos lecteurs que des pourparlers étaient en cours en vue d'assurer, sous le règne de l'Ordre des médecins, la continuation des travaux de la Commission d'arbitrage qui avait fonctionné à la satisfaction générale sous le règne des Syndicats. Les pourparlers ont abouti. Nous venons de recevoir, du président assureur de cette Commission, une lettre dont nous sommes heureux de communiquer l'extrait suivant à nos lecteurs :

« Une convention a été signée par M. le Professeur « Leriche, au nom de l'Ordre des médecins, et par « M. Rimbert, au nom des sociétés d'assurances « contre les accidents, en vue d'assurer la continuation des travaux de la Commission d'arbitrage. « Une note parue dans les derniers numéros de « divers journaux professionnels d'assurance fait « savoir que la Commission d'arbitrage a repris ses « travaux, et que M. Daniel, chef de service à « La « Nationale », secrétaire de la Commission, reçoit « dès maintenant communication des dossiers « qu'on désirerait soumettre à la Commission.

« Je suis personnellement très heureux que ces « négociations aient abouti, et je vous remercie de « m'avoir signalé dès le début la nécessité d'y « recourir. »

Ainsi, tout litige portant sur le quantum des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail pourra être soumis, comme par le passé, à cette Commission et recevoir une solution équitable et rapide.

Cette Commission aura une autorité d'autant plus grande que se soumettront dorénavant à sa compétence, non seulement les compagnies qui comme par le passé avaient adhéré à la Convention d'arbitrage, mais toutes les compagnies d'assurance contre les accidents du travail.

Notre aimable correspondant a bien voulu, en effet, nous donner les précisions suivantes, relatives à l'état présent de l'organisation des assurances :

« Toutes les sociétés, de toutes sortes, sont unies « en une fédération des assurances dont le siège « est à Paris, boulevard Haussmann, n° 104.

« A l'intérieur de cette Fédération, les Sociétés « sont groupées d'abord suivant la nature du risque « contre lequel elles assurent ; l'un de ces sous-groupes est la Réunion des assureurs contre les accidents du travail qui comprend, ou plutôt qui va « finalement englober, toutes les Sociétés d'assurances contre les accidents, quelle que soit leur « forme. Et ensuite, suivant la nature juridique de « leur constitution : Union syndicale des sociétés « anonymes, Réunion des Sociétés d'assurance « mutuelle, etc.

« Mais chacun de ces sous-groupes n'est qu'un « organe de la Fédération.

(*Suite page XLV-485*)

PROPOS DU JOUR

CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉPARTITION DES MÉDECINS EN FRANCE

III. La nécessité de faciliter l'installation des médecins à la campagne, surtout dans les pays défavorisés

Nous avons exposé dans un précédent article l'infinie diversité des pays qui constituent la France, tant au point de vue géographique qu'au point de vue économique. Il résulte de cet état une certaine difficulté à grouper ces pays en régions possédant une véritable autonomie, une réelle personnalité. Plusieurs essais de groupement ont été tentés. Le retour aux anciennes provinces est dans maintes régions impossible. En 1898 Foncin, puis Vidal de la Blache en 1910 émirent des projets de groupements des départements en régions en se basant sur des données essentiellement géographiques. Foncin groupait des départements par trois ou quatre, rarement par deux. Vidal de la Blache, donnant à ses circonscriptions plus d'étendue, groupait les départements en plus grand nombre en tenant compte, pour les corriger, des anomalies évidentes dans les limites de certains départements, ramenant de vingt-huit à dix-huit les régions ainsi groupées. Selon les vues de M. de Pierrefeu, la France a été encore divisée en dix-neuf régions économiques, mais aucun de ces projets ne donne entière satisfaction. Dans certains, il y avait disproportion trop grande entre certaines régions ; dans d'autres, il n'était pas tenu assez compte de l'importance du centre qui devait servir de chef-lieu à la région.

Un de nos confrères toulousains, le Docteur Ismaël Girard (1), a élaboré un projet qui comprend vingt provinces en se basant sur les éléments géographiques, historiques, ethniques, linguistiques et économiques des divers pays dans la mesure du possible. Il ne se fait pas d'illusion du reste sur la perfection de son projet. D'ailleurs quel que soit le projet qui sera adopté, il sera facile de le critiquer et de signaler ses erreurs. La plupart des régions en France sont formées de pays enchevêtrés dont la configuration et les ressources sont *très différentes,* c'est du reste, si on l'envisage à un certain point de vue, un avantage pour maintenir l'unité de la Nation.

Au point de vue de la répartition des médecins, nombre de régions, comprenant des pays défavorisés, seront obligées de chercher les moyens de pourvoir ces pays de praticiens et de les y fixer. Avec l'aide du gouvernement central, l'administration régionale le pourra en subventionnant ces médecins. Pour éviter d'en faire tout à fait des fonctionnaires, elle pourra les charger de services de médecine sociale et d'assistance suffisamment rétribués, leur attribuer des indemnités de déplacement, de logement comme cela a lieu déjà dans certaines communes des Alpes. On pourrait encore les exempter de certains impôts (patente, impôts sur les voitures, etc.) ; bref, sans leur donner un traitement, on pourrait leur attribuer des avantages matériels suffisants pour les attirer et les fixer.

Il y aurait tout intérêt pour la France à décongestionner les grandes villes et à engager le plus possible les jeunes médecins à s'installer à la campagne.

Le fils ou le parent, le gendre ou l'ami d'un médecin praticien aurait grand intérêt à se fixer dans son pays d'origine. Le plus souvent petit propriétaire, le revenu de son domaine dont il pourrait, tout en exerçant, surveiller l'exploitation s'ajouterait comme appoint au revenu professionnel. En outre connaissant le langage des habitants du pays, leurs coutumes, leurs mœurs, leurs préjugés, il jouirait d'une autorité, d'une popularité plus grande qui ne lui nui-

(1) Ismaël Girard : *Provincialisme. Vues d'Ensemble.* Etude av. 5 cartes in *Le Tord-Boyau,* 1er janvier 1941.

rait pas dans la pratique quotidienne de la médecine. Nous avons ajouté aux mœurs, les préjugés, car tout est loin d'être stupide dans ces derniers qui gagneraient à être observés et étudiés avec un esprit indépendant et scientifique. Le grand philosophe, Henri Bergson, regrettait de ne pas avoir eu le temps d'étudier la métapsychique dont certains faits, bien constatés, restaient pour lui troublants et des savants de grande valeur, comme le physiologiste Ch. Richet, ne craignaient pas de consacrer une partie de leur temps à de pareilles recherches. D'ailleurs le fils d'un médecin, établi dans le même pays que son père, hériterait fatalement de la confiance qu'aurait inspirée ce dernier. Il est un fait bien constaté chez les paysans, c'est la croyance que des secrets thérapeutiques se transmettent dans les familles et le fils du médecin bénéficierait de cette croyance, solidement établie pour le fils du rebouteux ou du guérisseur.

Mais les moyens d'attirer les jeunes médecins à la campagne sont encore à rechercher. On pourrait avoir recours à l'association. Le jeune médecin s'associera t avec son père, son beau-père, ou un ami praticien, ami de sa famille, qui souvent l'a poussé à aborder la profession médicale. Ces praticiens, âgés pour la plupart, se déchargeraient en partie de leur clientèle ou de leurs obligations professionnelles trop pénibles pour eux sur le jeune confrère qui deviendrait leur associé avant de devenir leur successeur.

Le Conseil de l'Ordre des médecins pourrait approuver les contrats d'association de ce genre, en fixer les modalités et demander que les deux associés, n'exerçant que dans un seul cabinet, ne payassent qu'une unique patente.

J. NOIR.

SANTÉ, FAMILLE ET GUERRE

La dernière combinaison ministérielle nous a valu une surprise.

Une surprise n'est pas forcément une bonne surprise ; celle-là est, sans équivoque possible, désagréable et même désobligeante.

Nous avons appris, en effet, que le Secrétariat de la Famille et de la Santé était rattaché au Ministère de la Guerre.

S'il y a cependant trois mots qui jurent à se trouver rapprochés, ce sont bien ceux-là. La Santé publique et la Famille, qu'ont-elles à espérer de la guerre, sinon à être sacrifiées, bafouées et, du fait du prince, cyniquement dépossédées de leurs plus chères prérogatives ? Et ce n'est pas qu'une question de mots.

On s'étonne que le gouvernement, champion de la Famille et du Travail, n'ait pas senti l'antinomie flagrante de ces deux facteurs de solidité sociale avec la guerre, agent éminent de désagrégation et de ruine.

Par ailleurs le Ministère de la guerre est, par la force des choses, aux mains des militaires. Estime-t-on, que ceux-ci aient une compétence spéciale en matière de politique familiale et de Santé publique ? Ce serait une révélation et dont il vaudrait la peine de dévoiler les détours.

Quoi qu'il en soit, une évidente incohérence s'introduit par là dans l'armement sanitaire du pays. Les directeurs de la Santé, ces fonctionnaires investis par la loi de pleins pouvoirs en matière de Santé publique et sur toute une région, relèvent du Ministère de l'Intérieur. Le secrétariat général de la Santé va, lui, dépendre du Ministère de la guerre.

La tête sera d'un côté et les membres d'un autre. Pour donner des instructions à des agents chargés de les recevoir et de les appliquer, le Docteur Huard aura à fournir une véritable course d'obstacles, et ce serait bien de la chance, quelle que soit sa valeur en steeplechase, s'il parvenait sain et sauf à la fin du parcours, lui ou ses circulaires.

On aimerait un peu de logique et de bon sens dans ces répartitions de prérogatives et de responsabilités.

G. L.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ALIMENTATION DES ENFANTS PENDANT LA PÉRIODE DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

par le Professeur P. Rohmer de Strasbourg

A l'heure actuelle, un certain nombre des aliments usuels sont devenus rares ou commencent à manquer complètement. Cette situation préoccupe à juste titre non seulement les pouvoirs publics, mais tous ceux qui ont la charge de la santé du peuple et parmi eux, en première ligne, les médecins. Les enfants sont particulièrement menacés. Ils ont, du fait de leur croissance et de l'activité plus intense de leurs fonctions vitales, plus que les adultes, besoin d'une alimentation, qui doit être suffisante comme quantité et contenir tous les facteurs nutritifs dans des proportions bien équilibrées. Si la composition des menus est, en temps normal, principalement déterminée par le goût et la saveur des aliments, il en est autrement en ce moment où quelques-uns des plus appréciés et des plus indispensables risquent de faire défaut. Nous allons rechercher comment on pourra les remplacer, afin de faire traverser à nos enfants cette période difficile, sans que leur santé en subisse une atteinte irréparable.

Alimentation de l'enfant pendant la première année

Rappelons d'abord à toutes les mères qu'elles ont encore, plus qu'en temps ordinaire, le devoir d'offrir à leur enfant l'aliment par excellence, auquel il a droit : *le lait maternel.* Presque toutes les femmes sont à même d'allaiter ; si elles rencontrent quelques difficultés dans l'accomplissement de cette fonction, les médecins, les consultations de nourrissons, les assistantes sociales se mettent à leur disposition pour les conseiller ; il ne faut jamais sevrer un enfant sans les avoir consultés préalablement.

En ce qui concerne *l'alimentation artificielle* du nourrisson, nous donnons ici quelques règles élémentaires, qui doivent notamment montrer qu'on peut élever un enfant avec des régimes très simples.

On emploiera de préférence du lait de vache, qu'on aura soin de faire bouillir dès la réception ; le refroidir immédiatement et le conserver ensuite au frais dans un récipient fermé.

Pendant les première semaines, on donne du lait coupé de moitié d'eau avec un morceau de sucre par biberon. A partir de la troisième semaine, on remplace l'eau par une décoction de flocons d'avoine. Pour préparer cette décoction on ajoute à un litre d'eau bouillante 30 grammes de flocons d'avoine et une pincée de sel, on fait bouillir 3/4 d'heure et on passe au tamis. On peut remplacer la décoction de flocons d'avoine par une décoction de grains d'avoine ou de riz, en procédant de la même façon.

A 6 semaines, on donne 2/3 de lait et 1/3 d'eau. L'eau d'avoine est remplacée par une décoction de crème d'avoine, de crème d'orge ou de crème de riz, préparée comme suit : à 200 grammes d'eau bouillante, on ajoute deux cuillers à café rases de crème d'avoine, délayées auparavant dans un peu d'eau froide. On fait cuire 20 minutes ; après la cuisson on aura soin de remplacer l'eau évaporée.

A partir de 6 mois, on donne du lait pur, additionné seulement du minimum d'eau qu'il faut pour y faire cuire la farine. A partir de ce moment, l'enfant n'aura plus que quatre biberons de lait, deux dans la matinée et deux dans la soirée. Le biberon de midi sera remplacé par une soupe au bouillon de légumes (préparé avec des légumes frais et des pommes de terre), de la crème de riz ou de la semoule. Cette soupe sera légèrement salée ; on peut y délayer la moitié d'un jaune d'œuf cru ou cuit, plus tard un jaune d'œuf entier. Après cette soupe, on donne quelques cuillerées à café de jus de fruits (oranges, citrons ou tomates).

A 7 mois, on substitue au dernier biberon une bouillie épaisse au lait pur, préparée avec des biscottes pilées, ou avec de la semoule ou avec une préparation de maïs.

◆◆

A partir de 9 mois, on commence à donner des légumes (salade pommée, carottes, épinards), sous forme d'une purée soigneusement passée au tamis et mélangée avec la purée de pommes de terre.

A 10 mois, on ajoute deux à quatre cuillerées de viande maigre bouillie, finement passée.

Nous retiendrons de ces prescriptions qu'il faut à l'enfant au maximum 400 à 500 grammes (un demi litre) de lait pendant les trois premiers mois, et que, pendant les mois suivants, on ne doit jamais dépasser environ 3 /4 de litre. On peut même rester au-dessous de ce chiffre, sans porter préjudice à la santé de l'enfant.

Nous verrons tout à l'heure qu'à partir de la deuxième année, la quantité de lait qui entre *dans le régime de l'enfant diminue* considérablement ; après 3 ans, les besoins de l'enfant en lait ne diffèrent pas de ceux de l'adulte ; il n'en prendra plus que pour le premier déjeuner, et pourra même, le cas échéant, s'en passer complètement.

On ajoute généralement au biberon 5 p. 100 de sucre, c'est-à-dire qu'il faut, entre le troisième et le sixième mois, 50 grammes de sucre par jour (1.500 grammes par mois) ; et de six *mois à un an, 40 grammes (1.200* grammes par mois). Dans la deuxième et la troisième année, 25 grammes par jour suffiront.

Les farines simples (crème de riz, crème d'avoine, crème d'orge) sont aussi bien digérées que les préparations du commerce ; elles demandent seulement à être cuites plus longtemps.

Le jus de fruits ne se donne qu'à partir de 6 mois, en même temps que la soupe au bouillon de légumes. Le jus d'orange peut être remplacé, par exemple, par du jus de tomates.

Alimentation de l'enfant après la première année

Cet âge constitue, du point de vue alimentaire, une période de transition entre celle du nourrisson et les périodes suivantes.

Dès le début de la deuxième année, le nombre des repas sera limité à quatre par jour. Le lait n'est plus l'aliment unique, mais entre encore pour une part importante dans la composition du régime ; on ne dépassera toutefois pas la quantité de 400 grammes par jour, répartis de préférence sur les deux repas du matin et du soir. Avec le lait, on donne des biscottes, ou du pain rassis, ou des croûtes de pain ; ou bien, on prépare une bouillie épaisse au lait avec une farine quelconque. Le repas de midi consiste dans une purée de légumes verts et de pommes de terre, avec 20 à 40 grammes de viande maigre, cuite et finement hachée, le tout additionné de beurre, et éventuellement d'un jaune d'œuf. Comme dessert, des fruits crus. A quatre heures, l'enfant doit prendre de préférence des fruits crus ou cuits et des tartines. S'il mastique mal, il y a avantage à mélanger des biscottes pilées et des fruits écrasés, les humecter avec du jus de fruits et y ajouter un peu de sucre.

Jusqu'à 3 ans, le régime ne subit pas de modifications importantes.

Après 3 ans. On ne donnera plus qu'un repas au lait, qui sera pris le matin, comme premier déjeuner, avec des tartines. A cet âge, le lait peut être remplacé par un potage sans lait. A midi, des légumes verts et des pommes de terre, avec environ 50 grammes de viande ou de poisson. Les enfants mastiquent encore mal au début, de sorte qu'il est quelquefois indiqué d'écraser ou de hacher la nourriture, ou de l'offrir sous forme de purée. A quatre heures, des fruits et une tartine. Le soir, des pâtes avec un œuf, ou du fromage, ou du jambon. Peu à peu, on passe au régime de l'adulte. Comme boisson, on donne de l'eau. Il est préférable que les enfants s'abstiennent de boissons alcooliques pendant toute la durée de l'enfance.

La quantité de nourriture, qu'un enfant doit prendre, se règle normalement par son appétit. Il n'est pas inutile d'insister sur le fait que la légion des enfants « qui ne mangent pas » disparaîtrait, si chaque mère s'appliquait à faire accepter par son enfant, dès la première année, chaque nourriture qui lui est destinée, sans se laisser rebuter par sa résistance, par exemple au passage d'un aliment sucré à une soupe salée. A part cela, nous rappelons que les besoins alimentaires varient beaucoup d'un enfant à l'autre. Mieux que par des calculs savants, on s'en rapportera à la balance pour savoir si un enfant mange assez. Il suffira de retenir les quelques chiffres suivants : Le nourrisson doit avoir doublé son poids de naissance à 5 mois, et l'avoir triplé à un an. Dans la deuxième année, un enfant augmente normalement de 2.500 grammes. Les années suivantes, d'environ 2.000 grammes par an. L'augmentation pondérale devient plus importante vers 12 ans, sous l'influence de la poussée pubertaire, dont le début est d'ailleurs plus précoce chez les filles que chez les garçons.

Les régimes, que nous venons d'indiquer, sont bien équilibrés, c'est-à-dire, contiennent tous les facteurs alimentaires dans les proportions nécessaires à la vie et à la croissance. Ils sont simples, et suffisent à couvrir tous les besoins de l'enfant.

Certains aliments pourront néanmoins faire défaut, et les mères demanderont avec inquiétude à leurs médecins par quoi il faudra les remplacer. Sans vouloir épuiser la longue liste des succédanés possibles, nous donnons les indications suivantes :

Les *besoins en albumines* ne sont pas grands : 2 grammes par kilo de poids au maximum. 100 grammes de viande crue en contiennent environ 20 grammes. Si l'on considère que tous les aliments renferment une proportion plus ou moins forte d'albumines (200 grammes de pain, par exemple, ou 600 grammes de lait équivalent, comme *teneur en albumines*, à 100 grammes de viande, *abstraction faite* de leur richesse en hydrates de carbone ou en matières grasses), une *sous-alimentation* en albumines n'est guère à redouter. Notons cependant que la *viande et les poissons*, fournisseurs d'albumines par excellence, peuvent être remplacés, au même poids, par du fromage et surtout par des légumes secs : lentilles, pois, haricots.

A la place du *beurre* et du *jaune d'œuf* on pourra employer des graisses animales ou du beurre végétal. Ces succédanés manquent cependant de vitamines qu'il faudra ajouter.

Les *vitamines* se trouvent dans les légumes et dans quelques fruits ; elles ne sauraient manquer dans les menus des enfants sans compromettre gravement leur santé. Le tableau suivant indique, pour quelques légumes, quelles sont les quantités (poids du légume cru !) qui suffiraient, même si les autres aliments n'en contenaient pas, à assurer à l'enfant la ration nécessaire des principales vitamines (surtout A et C) pour un enfant d'un âge déterminé.

	9 mois	1 an	5 ans	14 ans
Epinards...	12	16	24	50 grammes
Laitue.....	36	48	72	150 grammes
Tomates...	45	60	90	175 grammes

Quant aux choux, aux asperges, à la chicorée, aux haricots verts, aux carottes on donne la même quantité, mais il faut les compléter par des pommes de terre (« en robe de chambre » ou préparées à la vapeur ou à l'étuvée) pour obtenir la même valeur du point de vue vitaminique.

La baie d'aubépine est particulièrement riche en vitamine C ; donnée sous forme de marmelade, elle peut remplacer le jus d'orange et de citron. Il en est de même des châtaignes.

Les vitamines B ne sont pas contenues en quantité suffisante dans les légumes précités ; elles se trouvent par contre, dans les lentilles, les pois, les haricots ainsi que dans certains organes animaux, notamment dans le foie et le cœur, qu'on incorpore donc avec *avantage aux* menus. Les noisettes et les amandes les renferment également, mais en moindre quantité, de même les germes et le son de blé.

Nous espérons que ces quelques indications, qui sont nécessairement très sommaires, aideront les mères à composer des menus qui leur permettront de maintenir leurs enfants en bonne santé, même si l'un ou l'autre aliment devait leur manquer pour un certain temps.

UN SUCCÉDANÉ DU SUCRE : LE GLUCOSE SACCHARINÉ

Les succédanés du sucre ou saccharose sont de deux catégories. Les uns (glucose, lévulose, lactose) sont des produits réellement alimentaires, mais de pouvoir sucrant assez faible. Les autres, d'origine chimique, synthétique (saccharine, dulcine), ne possèdent aucune propriété nutritive, mais ont un pouvoir édulcorant très grand (300 fois celui du sucre pour la dulcine, 500 fois celui du sucre pour la saccharine).

La dulcine a un goût sucré très pur. Malheureusement, cette substance (p. éthoxy-phénylurée) s'accumule dans l'organisme et donne naissance à des dérivés toxiques qui ont été signalés par divers auteurs. MM. André Kling, D. Bovet et Mlle Ruiz ont également constaté cette toxicité chez l'animal, dans des expériences qu'ils viennent d'exposer à l'Académie de médecine.

La saccharine (benzoïl-sulfimide) n'a montré qu'une très faible toxicité au cours d'essais expérimentaux nombreux. Le large emploi qui en a été fait en 1917-1918 a confirmé l'absence pratique de toxicité de cette substance chez l'homme, aux doses courantes. La saccharine, toutefois, à côté du goût sucré qui domine, laisse une arrière-saveur amère qui, chez certaines personnes, est assez persistante.

Or, M. Kling a noté que si l'on ajoute du saccharose ou du glucose à la saccharine, l'amertume en question disparaît presque totalement. Il se demande dès lors s'il n'y aurait pas avantage, par association de saccharine, à hypersucrer ce produit alimentaire qu'est le glucose. Le glucose sacchariné (0 g. 10 de saccharine pour 100 gr. de glucose) n'a pas d'arrière-goût amer. Son utilisation semble particulièrement intéressante pour la préparation des confitures, gelées, marmelades, etc. Le glucose pourrait être obtenu, dans les féculeries, avec la fécule de marrons d'Inde.

Ferons-nous, l'été prochain, des confitures au glucose sacchariné ?

La question est soumise à la Commission du rationnement de l'Académie de médecine.

P. L.

L'ALCOOL CONTRE LES DÉLIRES ALCOOLIQUES

A la suite de notre article du 9 février 1941 sur cette question, nous avons reçu du Docteur N. Valiadis, de Grandpré (Ardennes) et Coulonges-sur-l'Autize, la lettre suivante :

Dans le *Concours médical* du 9 février 1941, j'ai lu avec intérêt l'article du Docteur Lacroix « L'alcool contre les délires alcooliques ».

A ce sujet, je me permets de vous signaler le cas suivant : Au début d'août 1939, j'ai été appelé vers 21 heures pour donner mes soins à un de mes clients atteint d'une forte crise de delirium tremens. Après administration des traitements calmants : sédol et gardénal intraveineux entre autres, je me décidais, vers 3 heures du matin, n'ayant obtenu aucun résultat, à faire une injection intraveineuse d'alcool éthylique (j'avais lu déjà un compte rendu des travaux du Docteur Bruel) mais, par malheur, j'avais laissé à la maison, ma boîte d'ampoules d'alcool. C'est alors que j'ai eu l'idée de remplacer l'alcool par du vin. J'ai demandé à la femme du malade, gérante d'une épicerie, de m'apporter une bouteille de vieux vin rouge bouché. J'ai fait une injection intraveineuse de 20 c. c. de ce vin et nous avons constaté avec étonnement, quelques instants après, la cessation de la crise à laquelle a fait place un calme complet. Le lendemain et les jours suivants, le calme persistait et une large brûlure de la plante du pied avait été cicatrisée avec une rapidité inespérée.

Dr VALIADIS.

***

D'autre part, le Docteur Bruel, médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, auteur de l'éthylothérapie endoveineuse des délires aigus de l'alcoolisme chronique, à qui nous avons communiqué l'observation de notre confrère, a bien voulu nous adresser les notes complémentaires ci-après :

Le malade du Docteur Valiadis qui présentait un delirium tremens, très vraisemblablement *a potu suspenso*, a reçu une injection intraveineuse de vin à défaut d'injection intraveineuse d'alcool éthylique à 30 ou à 25°.

Or, le vin de table est une solution naturelle d'alcool éthylique au titre de 9 à 17 degrés.

La constance des résultats obtenus avec des solutions à 25 ou 30° est telle que j'aurais été étonné que notre confrère n'ait pas eu avec le vin un résultat favorable. Les éléments qui y accompagnent l'alcool éthylique (traces d'alcools divers, d'aldéhyde, d'éthers, matières azotées, grasses, sucrées, gommeuses ou colorantes) ne me paraissent pas susceptibles de contrarier l'action de l'alcool. Seul le nitrate de potasse peut donner lieu à réserves.

Comme me le fait remarquer mon collaborateur, M. Raoul Lecoq, directeur du Laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain, les sels de potasse sont en quantité modérée dans les vins de France. Par contre, dans le vin de Porto, leur pourcentage est si élevé, que l'injection intraveineuse de ce dernier liquide pourrait être dangereuse.

Il ne faut demander à l'injection de vin, déjà faite sans accidents et avec succès en 1934 par voie intramusculaire et hypodermique par Madame le Docteur Masson, médecin directeur de l'Asile de Saint-Alban (Lozère), que de lutter contre les accidents de carence ou de provoquer du dégoût de ce liquide (1).

Le vin, liquide nettement acide, à pH très bas, ne peut avoir sur la réserve alcaline, abaissée le plus souvent chez les alcooliques chroniques, les effets favorables que donnent les injections intra-veineuses d'alcool éthylique à 25 ou 30°, qui sont neutres.

Il n'en reste pas moins très intéressant de savoir qu'à défaut d'ampoules d'alcool éthylique dilué, on peut, dans les cas d'urgence, utiliser pour parer aux accidents « une bouteille de vieux vin rouge bouché »; ce sera pour les médecins une raison complémentaire de soigner leur cave.

Dr L. BRUEL.

***

En thérapeutique, les vins ont été très employés, on le sait, par voie buccale ; les vins médicamenteux sont nombreux. Par contre, l'observation du Docteur Valiadis paraît être le seul cas connu où l'on ait utilisé le vin par voie endoveineuse.

Les vins, disent Gilbert et Yvon, constituent un tout complexe renfermant de l'eau, de l'alcool, de la glycérine, du tannin (à l'état de sels ferreux le plus souvent ; 1 gr. 50 à 2 grammes dans les vins rouges, 0 gr. 60 à 0 gr. 70 dans les vins blancs), des huiles essentielles, des éthers, des sels (de potasse, de chaux, de magnésie, d'alumine), des acides (tartrique, malique, citrique, lactique, succinique, etc.), des gommes, des dextrines, des matières colorantes, de faibles proportions de substances grasses et albumineuses, etc...

L'administration du vin par voie endo-veineuse est donc une chose plus complexe que l'injection intraveineuse d'alcool à 30 %. Elle mériterait — comme introduction à son étude clinique — une étude expérimentale, que nous suggérons aux chercheurs.

P. L.

(1) *Siècle médical*, 1-IX-1939, et *Journal de médecine de Paris*, numéro de septembre 1939.

REVUE DES TRAVAUX DE GYNÉCOLOGIE (1939-1940)

Par H. VIGNES
Prof. agrégé, Accoucheur des hôpitaux

et L. BIGEY
Assistant à la maternité de l'Hôtel-Dieu

Glandes endocrines

Troubles d'origine endocrinienne : Maurice HAMBURGER et René COURTIN relatent l'observation d'une femme âgée de 32 ans, présentant des troubles mentaux associés à un syndrome infundibulaire. Ils concluent en affirmant qu'il existe, chez les femmes, des psychoses dont la cause est d'origine hormonale, soit par hyperfolliculinie, soit par hypofolliculinie qu'il faut rechercher systématiquement pour instituer la thérapeutique qui convient (syndromes psychique et infundibulaire par hyperfolliculinie. *Presse médicale*, 5 avril 1939, p. 501). — Les troubles génitaux, en particulier l'aménorrhée, sont fréquents dans la démence précoce. Aussi, MOSINGER et FIORENTINI ont-ils eu l'idée d'étudier la prolanurie chez vingt-neuf démentes précoces dont les signes démentiels étaient fixés depuis plusieurs années et qui n'étaient pas de simples schizophrènes. L'hyperfolliculinie a été constante chez les femmes aménorrhéiques (100 %), presque constante chez les dysménorrhéiques (83 %) et existait chez 50 % des orthoménorréiques (Sur la fonction gonadotrope dans la démence précoce. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1939, t. 132, p. 158).

BASTENIE et ZYLBERSAC ont démontré que la parathyroïde de la rate est inhibée par la folliculine et stimulée par la progestérone (Action des hormones sexuelles sur la parathyroïde de la rate. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1939, t. 132, p. 93).

Organothérapie : EDWARDO BELLO (de Lima) a publié l'observation d'une femme à la ménopause, avec hypertrophie mammaire et nodosités, qui fut remarquablement guérie par des injections d'extrait folliculaire dès la fin de la deuxième semaine. Il a obtenu des résultats analogues dans vingt cas. Mais, dans certaines observations, il a fallu continuer le traitement jusqu'à huit mois (Hormothérapie dans les mastites. *The Journal of the international College of Surgeons*, octobre 1939, p. 337.) — Les bouffées de chaleur consécutives à la ménopause radiumthérapique ont été traitées par B.-C. MURLESS, au moyen de corps œstrogènes administrés *per os*. Il a employé de fortes doses qu'on diminuait après succès, quitte à augmenter de nouveau en cas de récidive. A titre de témoin, une femme sur cinq recevait du lactose ayant la même présentation : en général, ces femmes accusaient une moindre intensité et une moindre durée des bouffées, mais le nombre des accès ne diminuait pas. Murless a eu 11 succès complets sur 51 femmes et 5 insuccès complets ; les autres ont été améliorées sans être guéries (Action de l'hormone folliculaire sur les bouffées de chaleur de la ménopause. *Lancet*, 27 mai 1939, p. 1205).

En administrant, pendant un certain temps, du testostérone à une guenon, dont le cycle menstruel était bien régulier, celui-ci s'est prolongé jusqu'à 38 jours, alors qu'auparavant sa durée variait de 25 à 28 jours. Chez les femelles préalablement castrées, l'écoulement sanguin qui suit habituellement pendant quelques jours l'opération, était inhibé par l'emploi journalier de testostérone. De même, l'écoulement menstruel qui, chez les femelles, suit régulièrement l'injection d'ammiotine, put être empêché pendant un assez long temps. Donc, le testostérone possède une action de contrôle menstruel étroitement semblable à celle de la progestérone. Comme celui-ci, il stimule le développement mammaire et inhibe la muqueuse vaginale (E.G. HARTMAN : Action inhibitrice sur la menstruation du testostérone. *Proc. Soc. Biol. and Med.*, t. 35, p. 87).

On sait qu'un traitement prolongé par les substances œstrogènes provoque une prolifération atypique de l'épithélium glanduleire. LIPSCHUTZ et IGLESIAS ont montré que le tissu conjonctif réagissait aussi. Traitant 240 souris femelles par le benzoate d'œtradiol, ils trouvèrent, chez 22 d'entre elles, des tumeurs utérines et des tumeurs disséminées dans la cavité abdominale, de consistance très dure et de dimensions très variables. Ces tumeurs présentent l'aspect de fibromes avec tendance plus ou moins envahissante ; elles apparaissent dès la fin du deuxième mois du traitement. Comme le fibrome de la femme, ce fibrome expérimental tend à régresser dès la suspension du traitement. Très vite, il ne reste plus que de petits noyaux fibreux ou adipeux à l'encontre des formations épithéliales qui persistent malgré la carence de l'hormone.



(Tumorigénèse expérimentale avec l'œstradiol. *The Lancet*, juin 1929, p. 1313.)

Menstruation

Aménorrhée. — MAVROMATI estime que, dans tous les phénomènes gynécologiques, existe une étroite relation entre le système neuro-végétatif et le système hormonal, en l'espèce la fonction sécrétoire des ovaires ; on observe même, avant que les troubles menstruels se manifestent, l'apparition de troubles du système neuro-végétatif. L'hypoménorrhée ou l'aménorrhée peuvent être provoquées par une hypertonicité du système neuro-végétatif. Dans cette catégorie entrent les cas de troubles menstruels provenant d'un choc nerveux. (Troubles menstruels dus à l'hypertonie neuro-végétative. *Rev. de Obst. Gin., Puer*, janvier-mars 1939, p. 11).

Pour STEIN et COHEN, la résection de l'un des ovaires est la méthode de choix pour traiter l'aménorrhée et la stérilité due à l'ovarite scléro-kystique. Vingt-huit aménorrhées, traitées ainsi, ont donné vingt-cinq guérisons et trois malades non revues. Sur dix-neuf stérilités, onze femmes ont eu des enfants (Bilateral polykystic ovaries. *Am. Journal of Obst. and Gyn., 1939, t.* 38, p. 465.)

Ménorrhagies et métrorragies. — ANKER a traité sept cas de ménorrhagies par de fortes doses de substances œstrogènes. Dans deux cas, le cycle devient normal ; dans trois autres, le traitement fut suivi par une atténuation dans la quantité et la durée, mais le cycle resta irrégulier et, en particulier, une aménorrhée de plusieurs mois d'installation ; dans deux cas, la ménorrhagie persista après le traitement, mais fut de moindre gravité. Le curettage, dans trois cas de ménorrhagies juvéniles, montra l'aspect histologique habituel de cette affection, à savoir l'hypoplasie glandulaire de l'endomètre. Dans cinq cas d'aménorrhée secondaire ou d'oligoménorrhée, l'auteur a prescrit de la folliculine seule ou combinée au progestérone. Trois patientes, après le traitement, eurent des règles : dans deux cas, les symptômes d'infantilisme furent améliorés et une femme, stérile depuis un an, devint enceinte. (Troubles menstruels traités par l'hormone folliculaire. *Acta obst. et gynec. scand.*, 1939, p. 9). — NISSIM, après avoir rappelé qu'à côté des ménorragies dues à un processus local et à un processus général (affections cardiaques, hépatiques, paludisme, etc.), il existe des ménorragies relevant d'une pathogénie endocrinienne, présente sept observations de ménorragiques chez lesquelles il n'y avait aucune lésion génitale. Il traita ces sept malades par des injections intramusculaires d'extrait épiphysaire. Il obtint sept guérisons. Il conclut que le traitement par l'extrait épiphysaire dans les ménorragies endocriniennes est facile à appliquer et bien supporté par les malades (Contribution au traitement des ménorragies par l'extrait épiphysaire. (*Mém. de la Soc. roumaine d'endoc.*, juin 1939, p. 358). — Mac GREGOR rapporte 13 cas de règles irrégulières, causées par un trouble hypophyso-ovarien et traitées par la progestérone (5 milligr. par jour, deux à trois jours, avant le moment probable de l'hémorragie) aux fins de freiner le stimulus de l'endomètre durant la période d'ovulation et d'atteindre la période où la teneur en œstrogène est diminuée. De plus, on a administré 5 milligr. par jour pendant la phase hémorragique. Sur cinq patientes à hémorragie d'ovulation, trois sont restées réglées régulièrement de 18 à 22 mois ; une après cessation de la cure a eu trois périodes régulières et, devenue alors enceinte, a avorté à la fin du second mois ; la cinquième est améliorée ; elle a maintenant un écoulement brunâtre, tandis qu'auparavant elle souffrait dans l'intervalle d'hémorragies qui duraient quelques jours. Sur sept cas de pertes ovulaires, quatre se sont normalisées en durée et en périodicité, deux sont devenues irrégulières. L'endomètre des trois autres a été examiné avant et après le traitement : on a vu, comme suite du traitement, une transformation du type hyperplasique en type pseudo-sécrétoire (Métrorragies fonctionnelles traitées par le progestérone. *British Medical Journal*, 16 juillet 1938, p. 116.)

DESOILLE présente deux observations de chute thermique considérables lors des règles au cours de la fièvre typhoïde. Dans l'une, la coïncidence d'hypothermie et de sang dans les draps, avait fait penser a une hémorragie intestinale. (La chute thermique cataméniale au cours de la fièvre typhoïde. *La Presse Médicale*, 21 juin 1939, p. 101.)

ARNALDO DE MORAES souligne l'importance que l'on doit attribuer en gynécologie aux maladies du sang, parmi lesquelles l'hémogénie. Il en rapporte quelques cas personnels ; deux d'entre eux sont décrits en détail parce qu'ils ont été dramatiques et que les femmes ont été sauvées, grâce à un diagnostic précis, lequel a rendu possible le traitement rapide et efficace (irradiations de la rate, transfusions) (Sur quelques cas d'hémopathies en gynécologie. *Annales Bras. de Gyn.*, juin 1939, p. 9.) — CONSTANTINESCU, NICOLAU et STOENESCU décrivent trois cas de métrorragies graves d'origine extra-génitale, avec anémie grave ; ces troubles sont d'origine sanguine par rupture de l'équilibre entre les colloïdes du plasma et de l'endothélium vasculaire. Les moyens thérapeutiques dont nous disposons sont des hémostatiques, transfusions, calcium, opothérapie, etc... (Métrorragies d'origine extra-génitale. *Rev. de Obs. Gin., Puer.*, janvier-mars 1939, p. 22).

EMPLOI DE LA TESTOSTÉRONE CONTRE LES TROUBLES DE L'HYPERFOLLICULINIE CHEZ LA FEMME

L'hormone mâle, la testostérone, quoique de découverte toute récente, a déjà donné lieu à de nombreuses applications thérapeutiques, chez l'homme et chez la femme. Laissant de côté les indications que cette hormone peut présenter dans divers états morbides affectant le sexe masculin (insuffisance testiculaire, castration, infantilisme, acné juvénile même, etc.), nous envisagerons uniquement son emploi dans un groupe d'affections, liées chez la femme à l'hyperfolliculinie.

***

L'étude des hormones est un gros chapitre de physiologie et de pathologie modernes. On donne le nom d'hormones à des substances sécrétées par certains organes et que le sang transporte vers d'autres organes pour y exercer une action spécifique, excitatrice ou frénatrice.

L'hormone la plus anciennement isolée est l'adrénaline dont les propriétés sur l'appareil circulatoire sont bien connues. Bien connues également sont les hormones pancréatique (l'insuline), thyroïdienne, hypophysaire, etc.

Longtemps, on a cherché à isoler l'hormone testiculaire. A la fin du siècle dernier, Brown-Séquard avait admis la réalité de cette hormone. On sait qu'il avait préparé des extraits de testicules de chien et de cobaye : il les avait injectés avec succès dans le traitement de l'asthénie physique et intellectuelle des gens âgés. La methode du savant professeur au Collège de France eut d'ailleurs, à cette époque, un grand retentissement dans la presse et souleva, on en conçoit les raisons, des appréciations variées.

Quoi qu'il en soit, les études des physiologistes et des chimistes continuèrent sur ce problème. En 1931, Buttenandt parvint à extraire de l'urine de l'homme une substance cristallisée, à laquelle il donna le nom d'androstérone, qui agissait comme stimulant sur la crête du chapon et sur les organes sexuels accessoires des mammifères. L'action sur le chapon, la réapparition chez celui-ci des caractères sexuels du coq (turgescence de la crête, port altier de la tête, chant du coq, etc.) constitue en effet un des critériums les plus utilisés dans la définition biologique de l'hormone mâle.

En 1934, Buttenandt et Dannembaum découvrirent, dans l'urine également, une autre substance, qu'ils nommèrent déshydro-androstérone, agissant comme l'androstérone mais plus énergiquement. L'année suivante, Loqueur, David, Dingemans, s'adressant cette fois à la glande interstitielle elle-même, obtinrent un nouveau corps qui reproduisait tous les tests biologiques désirés. Ils l'appelèrent testostérone. Sa préparation nécessitait malheureusement une très grande quantité de testicules de taureau. Quelques mois plus tard, par un procédé différent, de synthèse, et en partant du cholestérol, la production de la testostérone fut réalisée par Ruczicka et Weittstein en Suisse, et par Buttenandt, Hanisch, et Girard en France. Enfin, on s'aperçut qu'à l'état d'ester ce corps offrait une activité beaucoup plus grande et l'on créa deux esters de la testostérone, l'acétate et le propropionate. On avait donc là, utilisable en physiologie et en thérapeutique, l'hormone mâle, testiculaire, sous deux formes actives : l'acétate et le propionate de testostérone.

***

Bien que découverte et préparée depuis peu d'années, la testostérone a déjà fait l'objet de nombreux usages thérapeutiques, chez l'homme et aussi chez la femme. Nous désirons n'envisager ici que ces derniers et plus particulièrement ceux qui relèvent de l'état d'hyperfolliculinie. L'hormone mâle, en effet, neutralise l'action de la folliculine et, à ce titre, elle peut amender et guérir les troubles causés par l'hyperfolliculinie chez la femme.

Cette question des manifestations viscérales diverses de l'hyperfolliculinie et de leur traitement par les sels de testostérone a été bien étudiée par le Docteur Guy CHOUINARD, dans un travail fait à l'hôpital Bichat, dans le service du Professeur Chiray (1). La testostérone peut certes intervenir utilement quelquefois, chez la femme, en dehors de l'hyperfolliculinie (ménopause, lactation, etc.), mais son action offre alors une précision moins grande et moins spécifique. M. Chouinard, dans ce chapitre de thérapeutique hormonale, a introduit un fil conducteur : l'indication de la testostérone lorsqu'il y a excès de folliculine et troubles pathologiques relevant de cette hyperfolliculinie.

Expérimentalement, une injection d'hormone mâle annule ou fait régresser les phénomènes congestifs observés au niveau de l'utricule prostatique après l'administration de la folliculine. Cliniquement, l'injection des sels de testostérone peut combattre avec succès les troubles morbides nombreux liés à une folliculinie exagérée.

(1) Docteur Guy CHOUINARD : Les sels de testostérone chez la femme. Contribution à l'étude des manifestations viscérales de l'hyperfolliculinie. Thèse de Paris, 1939.

Ces accidents sont caractérisés par plusieurs particularités :

Ils frappent surtout l'appareil mammaire et les ovaires, mais ils intéressent aussi, bien des fois, d'autres organes, les poumons, l'intestin, etc...

Ils surviennent à des moments précis du cycle ovarien, tantôt 15 à 10 jours avant les règles, tantôt la veille ou le premier jour des règles (les accidents entre ces deux dates extrêmes sont, au contraire, d'ordre hypofolliculinique ou dépendent de la troisième hormone sexuelle, l'hormone du corps jaune).

Le laboratoire peut confirmer (pas toujours simplement, il est vrai) l'excès de folliculine en circulation dans le sang.

Enfin, l'épreuve thérapeutique, la guérison des troubles pathologiques par l'administration des sels de testostérone confirme la nature hyperfolliculinique de ces troubles.

***

Quels sont donc les accidents les plus communs de l'hyperfolliculinie ?

Ils intéressent les seins, l'utérus, les voies respiratoires, digestives, l'état mental, le revêtement cutané, etc.

1° Congestions mammaires.

Les « seins douloureux » a dit M. Turpault, relèvent de causes très diverses. Quelquefois, un simple soutien-gorge bien fait suffit à faire disparaître les douleurs. Le plus souvent, la cause est un trouble hormonal.

Les congestions mammaires prémenstruelles sont classées par Turpault en trois catégories : celles du 12e au 8e jour avant les règles ; celles des 3 et 4 jours précédant les règles ; celles du 8e au 3e jour avant les règles. Dans les deux premiers cas, la congestion est due à un excès de sécrétion de folliculine et justiciable du traitement par la testostérone. Dans le dernier cas, la poussée mammaire tient à une insuffisance de folliculine ou à un excès d'hormone du corps jaune.

2° Congestion ovarienne.

Les troubles ovariens d'hyperfolliculinie qui se produisent au moment de la ponte ovulaire ou de l'apparition du flux menstruel consistent en douleurs abdominales, irradiées ou non, prolongation de la durée des règles, hémorragies utérines tenaces. L'hormone mâle, qui supprime les congestions mammaires, efface également ces manifestations lorsqu'elles dépendent de l'excès de sécrétion folliculinique.

3° Congestion utérine.

Nous avons signalé (1) les observations rapportées par Claude Béclère d'hémorragies utérines fonctionnelles chez des vierges, rebelles aux autres traitements et guéries à la suite de piqûres de testostérone.

Le propionate de testostérone a donné à Turpault et à Palmer une diminution rapide des hémorragies chez des malades atteintes de fibrome utérin, sans avoir d'action sur le fibrome lui-même.

4° Tuberculose pulmonaire et asthme.

Certaines tuberculeuses font des congestions pulmonaires pré-menstruelles. La testostérone est alors utile. De même, dans certains cas d'asthme d'origine ovarienne.

5° Autres manifestations de l'hyperfolliculinie.

L'hyperfolliculinie peut être à l'origine de syndromes mentaux contemporains des règles, de troubles digestifs (côlites), de dermatoses (acné, hypertrichose), d'autres états pathologiques encore, justiciables de l'administration de l'hormone mâle.

***

On suspectera l'origine hyper-folliculinique de ces divers phénomènes morbides en tenant compte de leur date d'apparition : du 12e au 8e jour avant les règles ou dans les trois ou quatres jours les précédant.

Un test de l'hyperfolliculinie se trouve dans le dosage de la folliculine dans le sang et l'urine, dosage réalisable, mais assez complexe, car il faut tenir compte des variations normales biologiques de la folliculine dans ces milieux organiques.

Un autre test est l'action du traitement par l'hormone mâle.

Ce traitement sera ainsi réglé (Chouinard) :

Commencer les injections de propionate de testostérone douze jours après la fin des règles et les faire, trois fois par semaine ou davantage, jusqu'à la veille des prochaines règles. Si la femme est réglée toutes les trois semaines au lieu de tous les mois, commencer la médication plus tôt. Les doses sont de 5, 10 et même 25 milligr. (dose habituelle : dix milligr.). Les injections sont intra-musculaires. Elles ne sont pas douloureuses. Il n'y a pas d'inconvénient dans les cas graves à faire une injection ou même deux injections par jour.

Comme toute thérapeutique nouvelle, la testostérone doit être maniée avec mesure. Ne pas en prolonger l'emploi sans nécessité pour ne pas arriver à l'hypofolliculinie. L'atrophie vaginale est une contre-indication. Expérimentalement, la testostérone ne semble pas avoir provoqué les tumeurs que la folliculine a fait apparaître et les risques du traitement par l'hormone mâle semblent minimes.

Il est préférable toutefois de ne pas employer trop largement et surtout trop longtemps ce médicament, jusqu'à fixation définitive de son activité.

P. Lacroix.

(1) *Concours Médical*, numéro du 13 octobre 1940.

LE MEMENTO D'ACTUALITÉ



Sur la coqueluche

D'après le Docteur L. BABONNEIX (1)

Dans l'histoire de la coqueluche, cette infection spécifique et contagieuse due au bacille de Bordet-Gengou, que de particularités intéressantes, dont certaines comportent d'immédiates déductions pratiques.

Etiologie.

On admet généralement que la maladie atteint son maximum de fréquence de 2 à 5 ans ; or, il n'est pas exceptionnel de l'observer chez le nourrisson, et aussi chez le vieillard.

La contagion se produit essentiellement avant la période des quintes, et non pas durant cette période.

Exemple : une institutrice, perdue dans le bled algérien et n'ayant personne à qui confier sa fille, la remet en classe dès que l'apparition des quintes permit le diagnostic : aucune des enfants, qui suivait l'école, ne fut contaminée.

Symptomatologie.

Quelques particularités méritent d'être signalées.

La coqueluche du nourrisson doit être bien connue, car elle n'a ni quintes nettes, ni reprises. Elle ne s'en accompagne pas moins, en bien des cas, de tachycardie, de pâleur, de cyanose. L'état général est médiocre, la fièvre élevée. Trop souvent, elle se termine par la mort, due, selon les cas, à un spasme de la glotte ou à une broncho-pneumonie.

D'une manière générale, les quintes peuvent donc être frustes, sans reprises, ou même larvées ; le type de ces dernières est fourni par les quintes soit nasales, soit gutturales, faites : les premières d'éternuements, les secondes de hoquets, suivis l'un et l'autre de reprises.

Les récidives sont exceptionnelles.

Complications.

Pour les classiques, la maladie reste apyrétique, tant qu'il n'existe pas de complications. Or, l'observation nous apprend que son évolution est parfois coupée d'épisodes fébriles, que n'explique aucune complication, et qui sont vraisemblablement d'origine septicémique. « Feu de paille, disait Hutinel, épisode sans portée, si vous ne trouvez pas de broncho-pneumonie ».

La broncho-pneumonie est d'autant plus fréquente et grave que la coqueluche frappe des sujets, dont la gorge était en plus médiocre état. Cette complication peut passer à l'état chronique et simuler la tuberculose ; on l'en distinguera surtout par la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration, dans les selles ou dans le suc gastrique, selon les cas.

Il n'est pas toujours aisé de déterminer la nature des complications nerveuses, et ce n'est que d'une manière toute artificielle qu'on peut les répartir en trois groupes.

Les premières, survenant immédiatement après une forte quinte, sont probablement dues à une hémorragie cérébrale : tel est le cas de certaines hémiplégies, avec ou sans aphasie.

Les secondes : paralysies des nerfs craniens, mouvements choréiques, relèvent sans doute d'une encéphalite, c'est-à-dire d'une localisation sur l'encéphale du bacille de Bordet-Gengou et de son endotoxine.

Les convulsions généralisées peuvent rentrer, selon les cas, dans l'une ou l'autre de ces deux premières catégories.

Les troisièmes, consistant en paralysies flasques et atrophiques avec gros troubles des réactions électriques rappellent de très près la poliomyélite antérieure aiguë. On ne saurait dire exactement si ce sont des paralysies infantiles secondaires ; il faudrait pour cela rechercher la réaction de neutralisation du virus de la poliomyélite par le sérum du malade, qui, lorsqu'elle est négative, permet d'éliminer à coup sûr la paralysie infantile.

Pronostic.

La maladie est d'autant plus sévère que l'enfant est plus jeune ; il importe également de prendre en considération l'existence d'une affection antérieure ancienne (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales) ou récente (grippe).

Quant à la fréquence des quintes, au-delà de soixante accès par jour, le pronostic est fatal.

Le spasme de la glotte, heureusement rare, est presque toujours mortel.



(1) *Gazette des Hôpitaux*, 28 décembre 1940.

Bénigne en ville, la maladie revêt une gravité excessive à l'hôpital, en raison de l'encombrement noso-comial. Il ne semble pas que la coqueluche prédispose à la tuberculose.

Diagnostic.

Il n'est pas facilité par la réaction agglutinante, tardive et inconstante ; il est bon de recourir à la déviation du complément, qui apparaît dès la troisième semaine et fournit parfois de précieux renseignements.

Traitement.

La belladone est certes très dangereuse à manier, en raison de sa grande toxicité ; elle reste cependant précieuse. Pour en tirer le maximum d'avantages avec le minimum de risques, il ne faut la prescrire qu'à des sujets de plus de quatre ans, uniquement sous la forme de teinture de feuilles au 1 /Xe (1 gramme : LVII gouttes), à petites doses (I goutte par année d'âge, sans dépasser X), diluées dans un peu d'eau ou dans une mixture, mélangées aux teintures de drosera et de grindelia, réparties sur les différentes heures de la journée ; et l'on s'empressera d'arrêter au premier signe d'intoxication, représenté par la mydriase. Chez les enfants, au-dessous de quatre ans, on donne soit l'antipyrine, par paquets de 0 gr. 05, deux à quatre par jour dans un peu d'eau sucrée, soit le gardénal d'un à cinq centigrammes par jour, selon l'âge.

En cas de broncho-pneumonie, rien ne vaut le café vert. Enfin, en cas d'encéphalite, on s'adressera au salicylate de soude, à l'urotropine, à l'iodoseptine, aux cultures tirées de B. prodigiosus, en injections intra-veineuses ou intra-rachidiennes.

L'envoi à la mer, à la montagne ou aux stations arsénicales (La Bourboule, Le Mont-Dore), ou arsenico-sulfureuses (Saint-Honoré) a donné, en cas de bronchite traînante, les meilleurs résultats.

G. FISCHER.

LE POUMON D'ACIER DANS LES TUMEURS CERVICALES HAUTES

MM. Cl. VINCENT, P. MIRAUD, DAUM et LE LOCH rappellent que le premier poumon d'acier a été construit, semble-t-il, pour suppléer à la respiration naturelle chez un sujet atteint de poliomyélite antérieure aiguë, intéressant les noyaux des phréniques. Dans le service de neuro-chirurgie de la Pitié, le poumon d'acier a servi dans des conditions différentes, soit chez des sujets présentant une compression de la moelle cervicale haute, soit chez des sujets qui avaient une compression du bulbe.

Aujourd'hui, il s'agit d'une malade, qui était atteinte d'une tumeur comprimant les deuxième et troisième segments cervicaux de la moelle, et qui présentait des troubles respiratoires allant jusqu'à l'asphyxie. Lorsqu'elle a été opérée, il existait une quadriplégie complète, des troubles vésico-rectaux, des escarres et surtout une paralysie du diaphragme. Le diagnostic de la lésion se révéla particulièrement difficile, jusqu'au moment où, à la période de quadriplégie, l'existence d'une tumeur cervicale fut affirmée sur l'absence de paralysie faciale, sur le blocage de la circulation arachnoïdienne, sur la présence de troubles respiratoires, qui permit d'affirmer que pareille tumeur comprimait la moelle au-dessus ou au niveau du centre du phrénique.

Quand des troubles respiratoires ont été notés au cours d'une tumeur cérébrale, ils avaient toujours été suivis de mort par asphyxie. Or, ici, le poumon d'acier a permis à la malade d'attendre l'opération un jour. Il lui a surtout permis d'attendre, après l'ablation de la tumeur, que l'automatisme respiratoire reparut. Il fallut vingt jours pour que la patiente put vivre sans respiration artificielle.

Le poumon d'acier est donc une véritable conquête pour les neuro-chirurgiens, et les auteurs ont été les premiers, en Europe, à saisir l'occasion de l'utiliser. Il n'a pas assuré la vie seulement à une malade atteinte de tumeur cervicale, mais aussi à des sujets, qui présentaient des troubles respiratoires par hypertension dans la fosse postérieure, ou à des sujets ayant subi l'ablation d'une tumeur comprimant le bulbe. Chez ces derniers, les troubles respiratoires, apparus sur la table d'opération même, faisaient prévoir une issue fatale rapide. Le pansement vite terminé, ceux-ci furent placés dans le poumon d'acier ; au bout d'une dizaine d'heures, la respiration reprenait son rythme normal : les sujets sont vivants et debout.

Cela ne veut pas dire que tous les troubles respiratoires, consécutifs aux interventions sur le cerveau, guérissent si on introduit l'opéré dans le poumon d'acier ; pour que la guérison se produise, il faut que l'asphyxie soit liée à une mise hors de service momentanée de l'arc réflexe respiratoire ; les malades, dont l'asphyxie résulte de l'œdème du poumon, n'ont pas guéri jusqu'à présent. (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 novembre 1940).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Blessures de guerre de la vessie

D'une étude faite par A. Grandjean, il ressort que la blessure de la vessie est grave, en général. Elle peut réserver des surprises tardives ; les lésions associées du bassin osseux ou de l'intestin assombrissent le pronostic.

Les lésions semblent plus graves, lorsque le projectile atteint, par la paroi antérieure, la vessie pleine d'urine : il faut *alors intervenir de façon très précoce pour empêcher l'inondation péritonéale ou l'infiltration d'urine*. Dans tous les cas, il est indispensable d'assurer un bon drainage de l'urine et de lutter contre l'infection. On doit s'abstenir d'interventions complexes et ne faire que le minimum indispensable (débridements, cystotomie). Dans beaucoup de cas, la sonde à demeure suffira pour assurer drainage, désinfection, cicatrisation. « La vessie ne demande qu'à cicatriser » (Guyon). Il est de fait que les plaies vésicales, les fistules vésico-intestinales ou vésico-cutanées se rétrécissent rapidement et se ferment souvent spontanément, sous la seule influence d'un bon drainage.

Dans quelques cas heureux, la blessure de vessie peut ne donner lieu à aucun symptôme immédiat ou tardif. Ceci arrive, particulièrement, lorsque le projectile est entré par la partie inférieure de la fesse. Les corps étrangers sont remarquablement bien tolérés par la vessie, tant que la muqueuse est intacte. L'infection exagère sa sensibilité et donne lieu sur le corps étranger à un dépôt calcaire, qui le déforme, en augmente le volume et peut faire croire à un calcul d'origine endogène, qu'il ne faudrait pas lithotritier, puisque son noyau métallique n'est pas lithotritiable, peut être trop volumineux pour être aspiré, et nécessite la taille.

Le diagnostic tardif du corps étranger intravésical ne peut, et ne doit se faire, que par la cystoscopie.

La rupture de vessie, plus rare, demande la même thérapeutique. Elle ne nécessite pas, pour se produire, la distension du réservoir vésical, mais la réplétion de la vessie la favorise, de même qu'elle rend plus fréquente et plus grave les blessures de vessie par projectile.

(*La Médecine*, novembre 1940).

Diagnostic précoce de la tuberculose du genou chez l'adulte jeune

MM. R. Dubeau et P. Bolot basent leur étude sur 106 observations de malades hospitalisés avec le diagnostic de tuberculose du genou au début. Or, les causes d'erreur diagnostique sont nombreuses puisque, sur ces 106 patients, 37 furent éliminés et 69 seulement firent la preuve certaine de *l'étiologie bacillaire de leur affection*.

Le diagnostic d'une tuberculose du genou au début est, en effet, dans la grande majorité des cas, d'une réalisation très difficile. Pourtant, il importe qu'il soit fait le plus tôt possible, d'abord pour ne pas immobiliser inutilement une arthrite non tuberculeuse, qui a tout à gagner dans la reprise des mouvements, et inversement pour ne pas retarder l'immobilisation rigoureuse, qui, faute de guérir à elle seule, permet de guider dans un bon sens l'évolution d'une ostéo-arthrite.

La radiologie permet d'atteindre la quasi-certitude si, délibérément, on veut rechercher cette dernière dans l'examen des parties molles et non dans celle du squelette ; il faut donc porter son attention sur l'image des parties molles, en particulier sur la visibilité du cul-de-sac synovial sous-tricipital : très peu visible sur un genou sain, il va se présenter sous forme d'une image comparable à une injection synoviale.

L'absolue certitude ne peut être donnée que par le laboratoire, qui devra déceler le bacille de Koch en un point quelconque de l'organisme, et de préférence au niveau du genou : il s'agira de pratiquer une biopsie d'un fragment de la paroi synoviale. L'examen direct du liquide intra-articulaire donne rarement un résultat positif ; la culture n'est pas toujours facile. Ainsi l'anatomo-pathologiste et le bactériologiste donnent au chirurgien la confiance, qui lui manquait dans l'établissement d'un diagnostic, dont la sanction est une longue immobilisation, puis la suppression définitive du jeu physiologique d'une articulation condamnée à la résection.

Dans ces conditions, point n'est besoin d'attendre, durant de longs mois, les signes cliniques sérieux ou l'apparition d'un abcès, dont on connaît la fâcheuse tendance à la fistulisation.

(*La Presse Médicale*, 17 décembre 1940.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sur les doses de vitamine D dans le traitement du rachitisme

(MM. Ribadeau-Dumas, Bourdon, Mlles Mignon et Masson ; 3-12-1940)

A propos d'un cas d'ostéopathie complexe guérie par des doses massives de vitamine D, cas rapporté par MM. Ribadeau-Dumas, Bourdon, Mlles Mignon et Masson, *ces auteurs concluent*, qu'en matière de traitement du rachitisme également, la dose unique et massive de vitamine D paraît offrir des avantages dans nombre de cas.

— M. Lereboullet croit aussi que l'emploi des doses massives, surveillées dans leurs effets (surveillance radiologique et biologique) comme l'indique M. Ribadeau-Dumas, constitue un progrès dans la médication vitaminique D.

— M. Lesné insiste, de son côté, sur la nécessité d'employer de fortes doses de vitamine D dans le traitement du rachitisme, afin d'obtenir une guérison rapide. Actuellement, les régimes restreints imposés par le rationnement sont particulièrement carencés en vitamines. La vitamine D anti-rachitique est rare dans les aliments ; c'est seulement dans l'œuf, le beurre et dans certains légumes qu'on la rencontre ; or, ces aliments sont difficiles à se procurer. D'autre part, il n'y a plus en France d'huile de foie de morue ou de flétan. Aussi, faut-il craindre de voir augmenter le nombre des enfants rachitiques. On doit donc s'efforcer de dépister de façon précoce les troubles d'ossification et de calcification chez les enfants du premier âge, afin d'appliquer une prophylaxie et un traitement efficaces du rachitisme par la vitamine D.

Le marron d'Inde. Son utilisation dans l'alimentation

(M. J. Gautrelet et Mme Carayon-Gentil ; 3-12-1940)

Le marron d'Inde contient une quantité notable d'amidon (près de 50 % de la substance sèche du cotylédon), du sucre libre (10 %), des matières protéiques (7 à 10 %) et de l'huile (5 %). Malheureusement, son emploi alimentaire est rendu difficile par la présence de substances amères du groupe des saponines, à pouvoir hémolytique, dont l'élimination exigerait les manipulations coûteuses.

Dans ces conditions, le marron d'Inde n'apparaît utilisable, au point de vue alimentaire, que chez les animaux. Les bovidés (Serger) seraient peu sensibles vis-à-vis des saponines du marron d'Inde. On pourrait donc les nourrir même avec le fruit entier (comme le mouton, d'ailleurs, qui en est très friand) ou peu lixivié. L'auteur recommande d'opérer des lavages répétés avec de l'eau bouillante, les marrons étant, au préalable, découpés au hachoir. Le fruit ainsi préparé est également accepté par les chèvres et les poules, et même, en quantité moindre, par les porcs. Certains auteurs, allant plus loin, accorderaient aux saponines des propriétés de condiment et de stimulant de la digestion pour l'animal, ce qui n'est pas très nettement établi, il est vrai.

— M. Kling (1) estime que l'on pourrait obtenir, avec la fécule de marrons d'Inde, du glucose utilisable, dans certaines conditions, comme succédané du sucre.

Académie de chirurgie

Syndrome causalgique consécutif à une plaie de l'artère humérale

(MM. Remion, Soulignac et Dumay ; 30-10-1940)

Un sénégalais est blessé le 16 juin 1940 par balle transfixiante, au bras. Cicatrisation rapide mais apparition fin juin de douleurs vives, à type de brûlures, au niveau des trois derniers doigts, douleurs remontant vers le bras et se produisant au moindre mouvement des doigts.

L'opération, faite le 13 juillet 1940, montre au niveau du foyer traumatique l'artère humérale transformée en un cordon scléreux. Section de ce cordon, après ligature. Disparition rapide du syndrome causalgique.

Cette observation confirme le rôle connu du sympathique péri-artériel dans la genèse des accidents causalgiques.

L'infiltration stellaire dans les fractures du scaphoïde carpien

(M. Sarroste, du Val-de-Grâce. — Rapport de M. Mouchet ; 23-10-1940)

Dans les fractures récentes du scaphoïde carpien comme dans les fractures anciennes avec pseudarthroses douloureuses, rebelles à la physiothérapie, M. Sarroste recommande la méthode de Leriche, l'infiltration du ganglion étoilé. Dans les fractures récentes, on supprime ainsi les douleurs et l'impotence fonctionnelle. La consolidation n'apparaît pas, il est vrai, absolument rigoureuse. Dans les fractures anciennes, c'est également le syndrome douloureux et l'impotence fonctionnelle qui sont améliorés. L'infiltration stellaire semble aussi modifier avantageusement le régime calcique des os fracturés.

P. L.

(1) Séance du 28 1-1941 (Communication de MM. Kling, Bovet et Mlle Ruiz).

Société médicale des hôpitaux de Paris

Etat de mal épileptique instantanément guéri par une injection intrarachidienne d'air

(MM. J. Decourt et P. Sivadon ; 8-10-1940)

S'il s'agit probablement ici d'une tumeur de la région rolandique droite comme étant la cause des crises épileptiques, il faut admettre qu'un processus surajouté est intervenu pour déclencher des accidents épileptiques graves : pas d'alcoolisme, mais peut-être des troubles circulatoires passagers, développés autour d'une néoplasie latente. Toujours est-il que l'injection sous-arachnoïdienne d'air eut une action évidente et radicale sur les crises convulsives. Celles-ci se reproduisaient avec une extrême fréquence depuis treize jours. D'abord jacksoniennes, elles étaient devenues généralisées; depuis plusieurs jours, elles se répétaient toutes les heures en moyenne, et avaient fini par réaliser un état de mal avec paroxysmes subintrants et perte de connaissance continue. L'injection sous-arachnoïdienne d'une petite quantité d'air (20 c. c.) a immédiatement jugulé cet état de mal.

La guérison a paru complète, puisqu'aucune nouvelle crise, aucun équivalent n'est apparu durant les quatre mois qu'a pu se poursuivre l'observation.

Un cas de méningite cérébro-spinale à liquide céphalo-rachidien clair et lymphocytose rachidienne

(M. P. Hillemand ; 8-10-1940)

Ce sont là des cas exceptionnels. Un enfant de 16 ans présente le tableau typique d'une méningite cérébro-spinale grave avec son début brutal, son érythème polymorphe. Le tout rétrocède rapidement sous l'influence de la sérothérapie intra-rachidienne et intra-musculaire. Des diplocoques, ayant le caractère morphologique du méningocoque, sont trouvés dans le liquide.

Ce qui constitue le point intéressant, c'est l'existence d'un liquide céphalo-rachidien à prédominance lymphocytaire, et qui reste tel pendant toute l'évolution de la maladie. Des liquides clairs ont été signalés dans les formes prolongées à une période tardive. Mais l'existence d'un liquide clair pendant toute la durée de l'évolution d'une méningite aussi caractérisée que celle rapportée aujourd'hui paraît un fait exceptionnel, qui méritait d'être signalé.

Paludisme autochtone à « pl. falciparum » dans la banlieue parisienne

(15 et 29-11-1940)

MM. P. Harvier et R. Claisse ont eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, à Antony, un cas très net de paludisme autochtone, avec vérification hématologique. Le sujet n'avait pas quitté cette localité ou la banlieue de Paris ; il n'avait jamais été en contact avec des coloniaux. Les symptômes présentés étaient ceux de la forme tropicale du paludisme : fièvre d'invasion à type continu, anémie, subictère, splénomégalie. Le traitement par la quinine a maitrisé la fièvre, tandis que les gamètes persistaient très nombreux dans le sang périphérique. Ceux-ci ont disparu complètement de ce milieu après cinq jours de traitement. L'infection n'a pas provoqué d'accident grave et a facilement guéri. La femme de ce sujet est tombée malade à peu près à la même date que lui, et son sang renfermait de nombreux gamètes en croissant, caractéristiques du « Pl. falciparum ». Antony est d'ailleurs un foyer connu d'anaphélisme.

Le Professeur Lereboullet rapporte deux cas de paludisme, qui relèvent de la même source (marais de la Bièvre à Antony), *chez une fillette de 3 ans et chez un garçon de 21 mois.*

Le Professeur F. Rathery, MM. Dérot, Brumpt et Siguier font connaître la relation de deux cas de fièvre tierce bénigne, contractée dans la même région. A ce propos, ils insistent sur le rôle des infections intercurrentes (otite en la circonstance) dans le déclenchement des accès palustres. Ils reconnaissent que le diagnostic avait été méconnu par eux, car les sulfamidés avaient agi favorablement sur la fièvre ; leur découverte fut entièrement fortuite. Or, il n'est pas impossible que, devant une fièvre inexpliquée, le praticien, en raison du réflexe thérapeutique actuel, n'institue un traitement d'épreuve aux sulfamides et ne méconnaisse ainsi un paludisme autochtone. Ceci présente un inconvénient, car le sulfamide a paru, dans ce cas, supprimer les accès sans stériliser le porteur.

Enfin, ils signalent le paludisme accidentel. Dans un service de vénéréologie on utilisait ainsi, pour la solution de néosalvarsan, un distributeur commun muni d'un tube de caoutchouc. Bien que l'aiguille fût renouvelée pour chaque malade, le reflux de sang parvenait à souiller le tube lui-même. On peut également citer le paludisme post-transfusionnel, survenant exceptionnellement chez le donneur, lorsque l'appareil permet le reflux, mais le plus souvent chez le receveur. Même origine du paludisme pour des toxicomanes, paludéens et non paludéens, qui utilisent la même seringue et la même solution d'héroïne.

Enfin, en juin 1940, un grand stade ayant servi de camp de prisonniers dans la même zône de la Bièvre, on y vit apparaître une épidémie de paludisme autochtone, sur des internés (Malgaches, Sénégalais, etc.) ; puis éclata également une épidémie parmi la population civile du voisinage.

G. F.

Les Thèses

Li. — Dr J. Daire. — **L'alcoolisme chronique et les thérapeutiques de désintoxication** (Thèse, 1939).

Le Docteur Daire signale les effets favorables obtenus par lui, à la Clinique psychiatrique du département du Nord, avec le rhodanate de potassium, dans la cure de désintoxication de l'alcoolisme.

Sur 57 alcooliques purs, traités systématiquement par le rhodanate de K, 28 sont encore l'objet de mesures d'internement et bien que, chez la plupart, à la suite de la médication, le « dégoût de l'alcool » *soit manifeste*, il faudrait évidemment contrôler le comportement au dehors pour affirmer leur guérison. Douze malades ont fait l'objet de transferts et n'ont pu, pour ce motif, être revus, mais chez 17, qui sont sortis de la clinique et qui ont été suivis, directement ou par intermédiaire, le Docteur Daire a constaté 9 guérisons certaines, persistant après plusieurs mois, et 6 améliorations suffisamment nettes pour pouvoir les attribuer à l'effet de la thérapeutique. Fait curieux : ayant administré du rhodanate de potassium à 7 alcooliques femmes, l'auteur n'a pu relever, chez elles, de résultats satisfaisants.

Sans contre-indication, ni toxicité, le rhodanate de potassium agirait en pareil cas à des doses légèrement supérieures à la posologie habituelle : 60 gouttes par jour en moyenne, réparties en trois fois avant les repas, trois semaines par mois.

Le rhodanate de potassium vient ainsi s'ajouter aux divers moyens pouvant être mis en œuvre pour la désintoxication des éthyliques — à l'injection intra-veineuse d'alcool à 30 % (éthylothérapie de Bruel) en particulier. Ces deux méthodes ont d'ailleurs leurs indications respectives. L'éthylothérapie de Bruel, procédé à effet rapide, convient au délirium tremens, aux délires aigus de l'alcoolisme chronique, aux intoxiqués qu'il faut traiter avec plus d'activité. Le rhodanate de potassium s'adresse aux intoxiqués de moindre envergure, à ceux qui, par l'intervention de leur entourage ou de leur famille, voire par leur volonté, acceptent de suivre régulièrement une médication *per os* assez longtemps. Les deux méthodes sont loin de s'exclure. Elles peuvent se compléter.

P. — Dr G.-A. Verroust. — **La sulfamidothérapie par voie rectale en médecine infantile et en obstétrique** (Thèse, 1939.)

L'administration des médicaments en suppositoires, par voie rectale, est commode ; l'absorption y est rapide. On évite ainsi en grande partie la barrière hépatique et on ne peut nier que l'action du foie n'est pas indifférente sur un médicament : il suffit de considérer les différentes transformations que fait subir la glande hépatique aux apports alimentaires. Le foie peut être un destructeur, un barrage à l'action de la thérapeutique ; et bien souvent, il constitue « un relais ou un modificateur ».

C'est dire combien il est logique d'administrer les sulfamides par suppositoires. C'est là une voie d'introduction qui permettra d'employer des doses thérapeutiques plus faibles, parce que totalement efficaces, et qui empêchera les accidents d'intolérance digestive, liés à l'introduction par voie buccale, accidents d'intolérance qui ne sont probablement que les conséquences multiples de l'action de ces médicaments sur la muqueuse gastrique et sur la glande hépatique.

En médecine infantile et en obstétrique la sulfamidothérapie par voie rectale trouve de fréquentes indications.

P. — Dr G.-E. Baulon. — **Essai d'exploration fonctionnelle des reins par la théophylline-éthylène-diamine** (Thèse, 1939.)

La principale caractéristique d'un rein normal c'est sa souplesse fonctionnelle. Toutes néphrites à tendance progressive, non seulement abaissent, mais surtout fixent la capacité du rein. Toutes les épreuves fonctionnelles (élimination provoquée de l'eau, de la phénolsulfonephtaléine, etc.) cherchent à apprécier le degré d'élasticité fonctionnelle du rein.

L'épreuve à l'aminophylline proposée par M. Baulon paraît particulièrement adaptée à cette exploration.

Cette épreuve est fort simple : elle consiste à déterminer la constante d'Ambard ou le coefficient de Van Slyke avant et après l'injection intra-veineuse de 0 gr. 25 de théophylline-éthylène-diamine.

Ce diurétique, aussi puissant que dénué de toxicité, améliore fortement la constante d'Ambard et le coefficient de Van Slyke, quand l'atteinte n'est que superficielle. Par contre, si la lésion rénale est profonde, les chiffres de la constante et du coefficient restent inchangés.

Les observations publiées par M. Baulon mettent en lumière la valeur pronostique de ce test rénal à l'aminophylline.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

A PROPOS DE L'APPRENTISSAGE DU JEUNE MEDECIN PRATICIEN

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE

Ancien professeur de l'Université de Montréal

Comme le fait excellemment remarquer le Docteur Noir, dans le numéro du 12 janvier du *Concours*, il serait souhaitable que le jeune médecin ne soit inscrit à l'ordre, c'est-à-dire autorisé à exercer, qu'après avoir accompli un stage chez un praticien, ou fait une année d'internat.

Le stage chez le praticien me paraît avoir un gros inconvénient : il risque de ne pas mettre l'étudiant au courant de toute la médecine. Par exemple, si le médecin choisi fait surtout de la médecine, l'éducation qu'il donnera ne sera pas assez chirurgicale. D'autre part, comment s'assurera-t-on qu'il a dans sa clientèle des malades de toutes sortes permettant une instruction suffisante. Ensuite certains confrères, pour ne pas ennuyer leurs clients, permettront-ils au néophyte de procéder à des examens complets ? Enfin, qui prouvera que le maître laissera à son élève assez d'initiative et ne le cantonnera pas dans une besogne d'aide.

A mes yeux, l'internat obligatoire doit être préféré, car il est capable de réaliser beaucoup mieux l'apprentissage désiré.

Je voudrais, à l'appui de cette opinion, rapporter ce qui se fait à l'Université française de Montréal.

Dans cette Université, durant leur dernière année, tous les étudiants répartis entre les divers hôpitaux d'enseignement de la Faculté, passent six mois en médecine et six mois en chirurgie. Ils sont nourris et logés ; ils assistent les chefs de service, prennent la garde et ont le titre d'internes *juniors*. Cette année terminée, ils obtiennent leur diplôme.

Ceux d'entre eux qui alors le désirent peuvent, à la condition d'avoir donné satisfaction dans leurs fonctions et d'avoir mérité les meilleures notes à leurs divers examens, être choisis par le Conseil de chaque hôpital comme internes *seniors* pour une ou plusieurs années. Ils continuent à être assurés du gîte et du couvert et touchent une petite indemnité. Ils jouent alors un rôle équivalent à celui des internes des hôpitaux de France, et ils surveillent les juniors tout en les initiant aux difficultés de la pratique.

Il est à désirer que nous imitions cet usage.

En effet trop de stagiaires — et même peut-être d'externes — consciencieux, mais qu'une timidité exagérée empêche de se mêler suffisamment à la vie de l'interne de garde, n'acquièrent pas à l'hôpital le sens de la responsabilité. C'est sur leurs premiers clients qu'ils doivent pour la première fois, avec leurs seules ressources, prendre une décision d'urgence. Il paraît nécessaire que le jeune médecin ne débute que quand, assez aguerri, il peut, même isolé, ne plus éprouver d'hésitation pour diriger son malade.

Après une année d'internat, non seulement il sera capable de se livrer à de petites interventions (injections intra-veineuses, ponctions lombaires, cathétérismes évacuateurs, évacuation de pleurésie, etc.), auxquelles le nombre trop important de stagiaires dans un grand service ne lui a souvent permis de s'initier que trop peu, mais de plus, il aura la compétence nécessaire pour prescrire, sans perdre un temps précieux en atermoiements, la mise en œuvre d'un confrère spécialisé (appendicite, accouchement dystocique, etc.). En un mot, ses clients ne risqueront plus d'être les victimes de son insuffisante expérience.

Ce complément d'instruction paraît actuellement d'autant plus indispensable que très probablement le Conseil de l'Ordre désignera désormais au néophyte le poste où il lui sera loisible de s'installer . Jusqu'ici celui qui ne se sentait pas suffisamment sûr de lui avait la ressource de s'établir au voisinage d'un autre praticien ; si on lui impose une place, il faut qu'en l'envoyant à la campagne dans un endroit où il sera éloigné de tout confrère, on soit sûr de ses capacités. Cette assurance ne peut être fournie que par une année d'internat.

Comment cet internat peut-il être organisé ?

Et d'abord, il ne faut en rien modifier le statut de l'internat des villes de Faculté. Nos internes actuels forment une élite de la valeur de laquelle on ne se rend un compte exact que quand on a été en rapport, à l'étranger par exemple, avec des internes qui n'ont pas subi un concours.

Il est donc nécessaire de laisser ceux qui n'ont pas peur de l'effort préparer et subir les épreuves qui doivent leur mériter un titre envié. Les places dans les hôpitaux d'enseignements doivent leur être exclusivement réservées et rien ne doit porter atteinte à leur prestige. (A propos de ce dernier point, il serait bon que les nouveaux internes, dont la création est ici envisagée, ne soient pas appelés internes, mais qu'on leur

trouve un autre qualificatif comme « aides-médecins » ou « stagiaires résidents »).

Quelqu'appellation qu'on leur donne, les étudiants, non internes des villes de Faculté, choisiront pour leur sixième année d'études, dans l'ordre déterminé par les notes obtenues aux examens, des places dans les hôpitaux n'appartenant pas à l'Assistance publique des villes universitaires, mais reconnus par la Faculté. Afin qu'ils ne se montrent pas trop novices dans leur nouveau rôle, ils auront d'ailleurs été obligés, au cours de leurs stages des années précédentes, d'assister un certain nombre de fois les internes des hôpitaux d'enseignement durant leurs gardes. Ceux-ci seront ainsi pour eux des initiateurs comme les internes seniors le sont à Montréal pour les juniors.

Si certains hôpitaux et hospices, qui actuellement ont des internes nommés au concours et rémunérés, désirent continuer, ils n'auront qu'à s'entendre avec la Faculté.

Il ne semble pas que la mise en pratique de cette innovation puisse rencontrer des difficultés sérieuses.

Je tiens d'ailleurs à signaler que je n'ai pas la prétention de suggérer une idée nouvelle ; il y a de longues années que j'ai lu pour la première fois, dans le *Concours* je crois, un article affirmant la nécessité pour tout médecin d'avoir rempli les fonctions d'interne. Si j'apporte aujourd'hui mon appui tardif à ce projet, c'est qu'aujourd'hui mon séjour en Amérique m'en a montré l'utilité et c'est qu'aujourd'hui aussi, il y a lieu de le signaler à ceux qui sont chargés de faire pénétrer la révolution en cours dans le domaine médical. Leur attention doit être attirée sur le besoin de compléter les études par l'indispensable exercice pratique que forme l'internat.

LES MÉDECINS ET LE FISC

A la suite de notre article sur la réforme du contrôle fiscal, en matière d'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, nous avons reçu la lettre suivante, qui pose la question du taux même de l'impôt. Pourquoi le médecin paye-t-il pour un même revenu net déclaré, plus du double du fonctionnaire ou du salarié ? Notre correspondant nous l'explique :

Si un contribuable des carrières libérales a la curiosité, après tout bien légitime, de calculer ce qu'il paierait d'impôt cédulaire s'il était taxé à la cédule des « traitements et salaires », il constatera alors des chiffres comme les suivants, extraits de la *France judiciaire* (1934), chiffres qui ont varié depuis, mais dans un sens encore plus défavorable pour nous :

Exemple :

Contribuable gagnant 100.000 francs par an et ayant *quatre* enfants à charge.

Si ce contribuable est fonctionnaire, son impôt cédulaire net sera de : 4.275 francs.

S'il appartient à une profession libérale, l'impôt sera de 7.600 francs.

Ayant lu, s'il est un pacifique, il se contentera d' « ouvrir de grands yeux » ; s'il a mauvais caractère, il « rouspètera » avec énergie ; mais dans l'un ou l'autre cas, il se demandera pourquoi il jouit de ce traitement de « faveur ». Je vais pouvoir le lui dire, car, d'une controverse, très courtoise d'ailleurs, que je soutins jadis, dans l'organe d'une de nos grandes associations d'Anciens combattants, avec un camarade Contrôleur des Contributions directes, il est apparu, clair comme le jour, que si nous sommes taxés aussi lourdement — *alors que deux citoyens vivant l'un et l'autre d'un travail personnel devraient, en toute équité, payer le même impôt sur leur revenu professionnel* — c'est qu'on nous tient tous *a priori* pour des fraudeurs et que l'Etat entend récupérer ainsi ce que nos fausses déclarations lui feraient perdre.

Situation, donc, pour le moins paradoxale mais quel remède y apporter ? Un seul et pas d'autre : faire des déclarations de revenus sincères et *donner au fisc tous moyens d'en contrôler la sincérité*. Ce remède n'est malheureusement pas du goût de tous les « assujettis », particulièrement des « gros » assujettis, qui, malgré la scandaleuse différence de traitement, trouvent encore plus avantageux le système actuel ; mais la masse des moyens et petits contribuables des professions non commerciales, ceux surtout qui sont chargés de famille — car c'est précisément pour cette catégorie que les dégrèvements jouent à plein dans la cédule des « traitements et salaires » — trouverait gros avantage à être taxés à la même cédule que fonctionnaires et salariés

Mais l'avantage principal de cet « aménagement » serait de transformer la situation « louche » actuelle en une situation claire et propre, conforme aux règles les plus élémentaires de la Justice.

C'est donc dans ce sens qu'il faudrait, à mon avis, qu'œuvrât l'Ordre des médecins ; c'est une fois ce résultat obtenu, *mais alors seulement*, que, les fraudeurs convaincus de mauvaise foi pourraient être très lourdement frappés.

Dr EZANNO.

Nous avons déjà reçu de divers côtés des lettres dans ce sens. Nous prions nos correspondant de croire que ce n'est point ici que sera nié le bien-fondé de leur thèse. Bien au contraire nous estimons que toutes nos propositions ne tendent point à protéger le fraudeur, mais à permettre au contrôle de s'exercer utilement. Organisons le contrôle fiscal, rendons-le efficace en l'obligeant à rester juste. En particulier developpons sous l'égide de l'Ordre le rôle de la préconciliation, efforçons-nous de donner au livre-journal fiscal une plus grande valeur probante. Que ces projets de réforme aboutissent, et nous pourrons réclamer la disparition des rehaussements arbitraires, et même l'assimilation de la cédule des B.N.C. à celle des traitements.

Jean MIGNON.

D'ARSONVAL

(1851-1940)

D'Arsonval est mort le 31 décembre 1940. Comme si cette année néfaste avait voulu, avant de mourir, nous porter un dernier coup et arracher à la France un dernier lambeau.

Si nous avons attendu jusqu'à ce jour pour apporter notre hommage au savant disparu, c'est que nous ambitionnions de conférer à cet hommage une résonance et une portée appropriées au temps que nous vivons. Un nom comme celui de D'Arsonval se grave au fronton d'un Panthéon idéal où resplendissent toutes les gloires françaises. Un homme comme D'Arsonval sert sa patrie jusqu'au delà du tombeau.

Pour donner à sa mémoire le relief que nous voulions, ce qu'il fallait ce n'était pas l'énumération, si longue fut-elle, de ses découvertes. C'étaient quelques traits décisifs, dépouillés ; juste de quoi camper la silhouette dans toute sa taille de génie.

Ce croquis, nous avons eu le bonheur de l'obtenir du Docteur Chauvois, disciple, ami, médecin et déjà historiographe de D'Arsonval, par le beau livre qu'il consacra en 1937 à son Maître.

Nul mieux que lui qui, à tant de titres, approchait d'Arsonval et pouvait explorer la pensée de celui-ci, n'aurait su ramasser en quelques lignes l'essentiel d'une vie entre toutes féconde et d'une œuvre vaste comme un continent nouveau.

Si souvent, dans ce journal, le Docteur J. Noir a, de sa plume magistrale, exalté l'œuvre magnifique de d'Arsonval, que nous avions estimé devoir lui revenir le douloureux privilège de la saluer une dernière fois, à l'occasion de la mort de l'illustre Savant au dernier jour de 1940.

Devant son insistance pour que cette pénible mission allât à celui qui fut, en ces dix dernières années, le témoin le plus direct de la vie de d'Arsonval, comme élève, médecin, confident, directeur-adjoint de son laboratoire, je me suis incliné, tout en me rendant compte de l'insuffisance où sera toujours réduit celui qui tentera d'évoquer une telle vie.

Nul de ceux qui l'ont en effet explorée ne sera tenté de me contredire, si j'affirme que vient de disparaître l'une des plus grandes figures qui ait jamais passé sur l'horizon des Sciences, en honorant, en même temps que l'Humanité, une Patrie, et si j'ajoute qu'il laisse un nom dont l'immensité s'imposera sans cesse davantage, au fur et à mesure qu'on en pénétrera mieux l'œuvre gigantesque, toute voilée de modestie pendant la vie même de d'Arsonval.



Cl. du Dr Chauvois

Une des dernières photographies de d'Arsonval

Ce ne sera pas seulement en effet par la portée — si grande qu'elle soit — de la branche des Sciences qui a reçu son nom : la « d'arsonvalisation », que, à mon avis, on jugera un jour cette œuvre. Reprenant ici la remarque « osée » que je me permis de faire à Bruxelles devant l'élite intellectuelle belge et française, qui, en ces journées de janvier 1938, me composa le plus bel auditoire qu'un conférencier ait jamais pu espérer — et sur le plus magnifique sujet qui pût être proposé : « La Pensée scientifique française à travers l'œuvre de d'Arsonval » — je redirai ici que la « d'arsonvalisation » risque d'être le chêne trop puissant qui, vu en première place, cache toute la forêt, c'est-à-dire masque une foule de découvertes, d'inventions, mieux encore : de pensées géniales nées dans le cerveau de ce grand intuitif — intuitions qui auront dû parfois attendre vingt, trente, quarante ans pour que l'avenir prouve qu'il avait vu juste et bien anticipé.

Le voilà par exemple qui, à 30 ans — en 1881 et alors que les « officiels » de l'époque déclarent *absurde* l'idée du transport de l'énergie électri-

que à distance — s'engage avec son ami, l'ingénieur Marcel Deprez, dans une bataille mémorable contre ces officiels et « leur annonce » qu'on transportera un jour l'énergie électrique à la distance qu'on voudra à travers un fil dont, quoi qu'ils en prétendent en ironisant, il n'y aura nul besoin pour vaincre la résistance de faire passer la section : de la dimension d'un mince crayon au départ à la grosseur d'une barrique à l'arrivée, mais avec un fil qui gardera d'un bout à l'autre du parcours la même insignifiante section — « C'est stupide », lui crie-t-on — Et lui de répondre : « Pour me faire comprendre des esprits simples, j'emploierai une comparaison simple. Je vous dis que nous transporterons l'énergie électrique à n'importe quelle distance sans accroissement du fil à la façon dont, dans la presse hydraulique, on transmet telle énergie que l'on veut à travers un tuyau d'eau dont la section très réduite n'a à subir pour cela aucune augmentation. *Il suffit tout simplement d'avoir de la pression au départ.* Or, la pression au départ en matière d'électricité, çà s'appelle : la « tension ». Ainsi donc était énoncée, par cette affirmation de génie, la loi qui domine toute l'électricité industrielle moderne : la loi des hautes tensions. D'Arsonval, répétons-le, avait alors à peine 30 ans et nous sommes en 1881. L'année suivante, au Congrès d'électricité de Munich, Marcel Deprez et d'Arsonval donnent, aux applaudissements de la Commission allemande, la première grande démonstration expérimentale de leur conception, en faisant tourner une pompe à l'Exposition de Munich, du petit village de Miesbach distant de 50 kilomètres où on les a installés, par l'intermédiaire d'une ligne télégraphique qu'ils alimentent en force par une dynamo Gramme montée par eux « en tension » !

A la même époque, les mêmes envieux qui n'ont rien compris à sa récente prédiction disent bientôt de son fameux galvanomètre — si nouveau, si sensible, si merveilleusement astatique qu'il sert toujours dans les expériences délicates de nos laboratoires, et dont au surplus le principe est le père de tous les autres galvanomètres progressivement dématérialisés (galvanomètre à corde d'Einthoven, galvanomètres électroniques actuels où le courant est un pinceau d'électrons sans substratum matériel) — les mêmes envieux disent donc de sa jeune trouvaille que ce n'est là encore qu'un copiage du « galvanomètre à arête de poisson » de son ami Deprez. Mais que penser d'un copiage où le principe est complètement modifié, *inversé*, changé de fond en comble, et où les résultats sont, si l'on veut me permettre une comparaison, à peu près dans le rapport de l'éclat d'une lampe à arc à celui d'une chandelle de résine ? Aussi lorsque Einthoven d'abord, plus tard Dufour, appliquent leurs galvanomètres ultra sensibles respectivement à l'enregistrement de ces courants électriques (là musculaires, ici, cérébraux) dont d'Arsonval avait annoncé la présence *dans toute cellule vivante* — car voilà encore une de ses grandes annonces anticipées — le moins surpris de tous les savants du monde fut à coup sûr d'Arsonval, pour qui de tels enregistrements n'apparurent que comme la conclusion logique de ses conceptions de toujours et de ses propres travaux antérieurs sur les phénomènes électriques de la vie.

Faut-il rappeler encore comment le génial intuitif avait fait servir en 1879 — il avait 28 ans — le téléphone à peine né, à peine connu, à la mise en évidence de ces courants dans les muscles, et comment ce lui fut d'ailleurs l'occasion d'amener le téléphone de Bell et le microphone de Hughes à un degré de perfection qui fit pendant dix ans du « téléphone d'Arsonval », équipant notre réseau d'Etat, le premier des téléphones du monde. Et puisqu'il venait de prouver ainsi ces courants électriques si intimement liés, d'après lui, à la vie des cellules qu'ils en sont une phase même au cours de leurs processus nutritifs, et, probablement, la phase essentielle de la contraction musculaire, faut-il le montrer réalisant de toutes pièces, avec des matières inertes élémentaires : de l'eau acidulée, un peu de mercure, un tube élastique en caoutchouc et des cloisonnements de sureau, une fibre musculaire artificielle qui *se contracte* quand on l'excite avec un courant, qui produit du courant si *mécaniquement* on la déforme ; « coup de sonde le plus profond qui ait été lancé dans l'intimité des phénomènes de l'énergétique biologique », écrira à ce sujet, Daniel Berthelot, trente ans plus tard, en 1913 dans le *Bulletin de la Société Internationale des Electriciens* » (n° 25). Tout aussitôt d'ailleurs le génie de cet homme lui fait soupçonner que, chez les poissons pourvus pour leur défense d'appareils électriques à décharge, comme la torpille, le gymnote, ces appareils doivent être, non des organes nerveux, comme on le pensait jusqu'alors, mais des muscles modifiés ayant complètement transformé leur faculté contractile de « muscle » en exclusive production de courant, et les dissections, l'embryologie, les expériences, prouvent que là encore sa vue généralisatrice est bien exacte.

Passons à un tout autre domaine où il a « part au moins égale » — le mot est de Brown-Sequard lui-même — aux travaux de découverte de celui-ci concernant les extraits d'organes. L'esprit de d'Arsonval va tout de suite encore généraliser la portée limitée de l'extrait testiculaire, qui intéresse presque exclusivement Brown-Sequard, et c'est lui qui rédige la fameuse déclaration, en leurs deux noms, à la Société de Biologie de 1891, déclaration qui est comme la

charte constitutive de l'endocrinologie et de l'organothérapie modernes. « La question s'est donc élargie et maintenant nous croyons que *tous les tissus*, glandulaires ou non, donnent quelque chose de spécial au sang, que *tout acte de nutrition* s'accompagne d'une sécrétion interne ; nous croyons, en conséquence, que *tous les tissus* pourront et devront être employés dans des cas spéciaux comme modes de traitement, qu'il y a là, en un mot, à créer une thérapeutique nouvelle dont les médicaments seront les produits fabriqués par les différents tissus de l'organisme, que *toutes les cellules* d'un organisme sont rendues ainsi solidaires les unes des autres par un mécanisme autre que le système nerveux. »

Des horizons sur tout, partout, voilà ce qu'il faut avant tout voir en d'Arsonval : forme suprême de l'intelligence qui saisit des rapports là où d'autres n'en conçoivent pas.

C'est cette intelligence qui lui avait fait apercevoir comme éminemment simple au fond ce clavier des ondes électro-magnétiques que, séduit par les idées de Maxwell, d'Helmoltz, de sir William Thomson, il se représente et décrit en le comparant au clavier des ondes sonores. Les expériences de Hertz, ses propres expériences en ondes courtes, moyennes ou longues, lui apparaissent insérées dans ce clavier comme une simple gamme — entre bien d'autres, en dessous et au dessus. Dès 1890 il a manié, pour ses essais physiologiques et thérapeutiques, les ondes de Hertz, en ondes de quelques millimètres de longueur et de plusieurs centaines de mètres comme la télégraphie et la téléphonie sans fil *commenceront* à les utiliser quelques années plus tard au moyen de dispositifs sonores et c'est même son propre appareillage de haute fréquence thérapeutique qui, emprunté par le Capitaine Ferrié pour la tour Eiffel, constituera le premier poste émetteur de celle-ci pendant plusieurs années ! Mais il voit — ce grand visionnaire — et il classe tout de suite, dans le clavier, toute une série d'autres gammes et en particulier d'octaves supérieures, à ondes de plus en plus courtes qui, avec les rayonnements « infra-rouges », commencent sur la plaque photographique des effets lumineux, lesquels, en gammes de plus en plus ascendantes avec longueurs d'ondes de plus en plus petites, vont donner sur notre rétine les sept couleurs successives du rouge au violet, puis, dépassant à nouveau notre perception rétinienne, le rayonnement ultra-violet, les rayons X, les rayons gamma, les rayons cosmiques, tous révélés, en dehors de nos yeux, par des effets divers (photographiques, etc...) Et son exposé des ondes électro-magnétiques, fait à l'occasion de ses travaux physiologiques et thérapeutiques (conférences populaires diverses de 1890 à 1900), amène peu à peu ses nombreux auditeurs à cette familiarisation progressive qui fait qu'aujourd'hui l'homme du peuple parle presque couramment de ces questions, il y a quarante ans encore si hermétiques et du domaine d'un inconnu merveilleux !

Et faut-il encore rappeler maintenant que si les rayons X, nés en 1895 à Wurtzburg, prirent, peu après leur découverte, une si prodigieuse extension au service de la médecine et de la chirurgie, ce fut, par dessus tout, grâce au fameux « meuble de haute fréquence et haute tension : d'Arsonval-Gaiffe », tout de suite adapté par d'Arsonval à l'usage du nouveau rayonnement. Et donc — à ce titre encore presque autant que par la d'arsonvalisation — d'Arsonval a bien mérité la reconnaissance de l'humanité souffrante.

J'ai, dans mon livre de 1937, rappelé tout ce que cet homme semait, à tout instant, d'idées prophétiques dans les conversations qui s'échangeaient avec lui, les portant tout de suite à une hauteur de vue parfois un peu vertigineuse, mais heureusement coupée de temps en temps par lui-même d'une piquante anecdote qui débridait l'esprit, et dans le nouveau livre, très prochain à paraître, et plus élémentaire que celui de 1937, qu'on m'a demandé pour la jeunesse et pour tout esprit de moyenne culture, je pense, par de nombreux exemples, faire de nouveau bien apparaître toutes ces faces de son esprit.

Au surplus il aimait par dessus tout l'originalité des aperçus et des exposés nouveaux, et son esprit, demeuré prodigieusement jeune et à l'antipode de la cristallisation, avait cette merveilleuse bonne grâce d'accueillir avec une particulière ferveur les jeunes venant lui en soumettre. J'ai dû, personnellement, à cette forme de son esprit, l'accueil affectueux qu'il accorda à ma timidité se présentant pour la première fois à lui, sur la recommandation du Professeur Portier, pour lui exposer de singulières conceptions nouvelles sur la machine humaine considérée du point de vue... de la construction automobile ! Qu'il me soit même permis de rappeler que ce fut à cette attention indulgente qu'alors il me porta, désirant connaître dès ce premier jour comment ces méditations m'avaient conduit à un schéma nouveau de la circulation du sang et à une explication neuve de nos systèmes nerveux (dont il voulut faire la préface), de rappeler, dis-je, que cette première conversation aboutit, séance tenante, à une invitation à le revenir voir chaque dimanche, et qu'ainsi, pendant dix ans, s'établit, du haut de son génie au bas de mes modestes travaux, un courant de sympathie qui devait devenir de ma part, en connaissant mieux chaque jour d'Arsonval, un sentiment d'affection dont j'ose dire qu'elle était filiale. Ce sera la plus grande fierté de

ma vie — peut-être celle qui m'a dispensé d'en chercher d'autres ailleurs — que cette affection que lui-même était arrivé à me témoigner, et qui, avec sa mort, a ouvert en mon cœur une plaie incicatrisable.

Sa bonté, son intérêt pour les jeunes étaient tels que, à tous ceux qui l'ont approché — sauf à quelques arrivistes dont il était d'ailleurs trop fin pour ne pas démêler tout de suite les intrigues intéressées — il a inspiré les mêmes sentiments, et c'est le Professeur Bergonié qui les a peut-être le mieux exprimés et résumés dans cette adresse rédigée en 1933 — à l'occasion de la promotion du Maître au grade de Grand Officier de la Légion d'honneur — au nom du groupe le plus important de ses élèves, de ses admirateurs, de ses amis, adresse qui se terminait ainsi : « Quel brave homme vous êtes, et que nous vous aimons ! »

Mais si cette bonté gagnait tous les cœurs qui l'approchaient, il doit demeurer en l'esprit et pour la fierté des Français qui ne l'auront connu que par son renom, que ce Français aura été un des représentants les plus typiques de notre génie national, fait de clarté, d'équilibre, de bon sens quand *il ne se* laisse pas dévoyer par d'absurdes utopies couvrant toujours d'ailleurs d'égoïstes appétits, et qu'il aura appliqué ce génie à éclairer les plus hauts problèmes auxquels l'intelligence peut se complaire, comme à servir les meilleures causes auxquelles se doivent les hommes de notre profession médicale : la défense de tous les hommes, sans distinction, contre la maladie et contre le malheur. Et c'est pourquoi la devise inscrite à l'avers de la médaille de son jubilé portait en grec cette inscription :

« *Le mal sera vaincu* ».

Écoutez, pour terminer, le magnifique éloge qu'a dressé de cette exceptionnelle intelligence un de ses pairs, au jour même de son jubilé, le 27 mai 1933, éloge que je retrouve dans un *Excelsior* de cette date sous la signature de Paul Painlevé :

« Le don le plus précieux que les dieux puissent accorder à un mortel, a écrit Gœthe un jour, c'est la *personnalité*. Il est difficile d'évoquer la figure intellectuelle de d'Arsonval sans que cette citation de Gœthe revienne à la mémoire.

Dès ses débuts, son originalité éclate dans toutes ses recherches, dans leur objet comme dans leurs méthodes. Est-il un *mathématicien* cet investigateur qui ne connaît que les faits et, même s'il s'agit de mesures précises, repousse les symboles abstraits que d'autres eussent si volontiers, pour un tel objet, appelés à leur secours ? Est-ce donc un *empirique* ce passionné d'expériences rigoureuses qui veut justement doter une science et une industrie, empiriques encore — l'électricité — d'instruments rationnels dont l'arbitraire soit banni ? Est-ce donc un *doctrinaire* celui qui s'efforce de pénétrer avec tant d'acuité les théories électro-magnétiques les plus audacieuses et n'en veut retenir néanmoins que les faits positifs dont il tirera des applications immédiates ? Est-ce un *physiologiste* cet observateur constamment en éveil devant tous les phénomènes physiques ou électriques et qui, devinant le champ de la science ouvert devant eux, ne les laisse pas enfermer dans le jeu d'un muscle et dans ses variations d'élasticité ou de température ? Non, ce savant, dont la vie entière n'est qu'un long travail, n'est ni un mathématicien, ni un ingénieur spécialisé, ni un physicien créateur d'une doctrine où il s'enferme. Malgré ses affinités ancestrales, malgré l'enrichissement que lui doivent les moyens curatifs dont dispose l'humanité, c'est aussi restreindre son rôle que d'en faire un médecin chercheur de remède. *Il est d'Arsonval* ! »

Je ne saurais mieux étayer que par un pareil jugement tout ce que ma connaissance du grand disparu et mes souvenirs personnels m'ont amené à écrire ici, et je souhaite, par ces notes et par le livre, redonner au pays qui engendre de tels hommes quelque raison de fierté, de croyance et d'espoir.

Dr L. CHAUVOIS.



LES TEMPS NOUVEAUX ET LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

Par le Dr Jacques ARNAUD

Dans ce vaste mouvement qui doit nous conduire à la rénovation, à la révolution nationale, nous sommes en droit d'espérer que, dans le domaine de la Santé publique, nous ne serons pas déçus. De fait, la création tant attendue de l'Ordre des médecins, la réorganisation des comités consultatifs, la création de directeurs régionaux d'hygiène dotés de pouvoirs étendus, témoignent d'une certaine volonté d'innovations. Comment le problème va-t-il être résolu pour notre organisation tuberculeuse ? C'est ce que nous proposons d'analyser ici.

***

On sait que la structure de notre organisation actuelle a pour cadre le département. Ses instruments, ce sont, d'une part, les dispensaires avec les infirmières visiteuses, d'autre part les centres d'hospitalisation, hôpitaux et sanatoriums. Son budget provient de l'État, des départements, des communes, des assurances sociales et de multiples œuvres et comités, dont bon nombre, soit dit en passant, ne vivent d'ailleurs que des subventions de l'État. Et c'est sous le contrôle du médecin-inspecteur d'hygiène départemental qu'est, théoriquement, placée la marche de ces services.

Pour le médecin et le malade, cette organisation est-elle aujourd'hui satisfaisante ? Certes non. Ce n'est un mystère pour personne que le plus grave danger qui menace un tuberculeux est la longue attente que les multiples organismes administratifs lui imposent avant son admission en établissement de cure. Ce n'est un mystère pour personne que la coordination entre dispensaires, hôpitaux, sanatoriums, est presque toujours déplorable. Ce n'est un mystère pour personne, que l'assistance post-sanatoriale est actuellement inexistante. Voilà les trois lacunes fondamentales qui compromettent en fait très lourdement le rendement de notre organisation. Quelles en sont donc les causes ?

Première cause, manque de coordination par manque de direction. Pour qu'il y ait liaison étroite entre les dispensaires, hôpitaux et sanatoriums, pour que puisse s'organiser l'assistance post-sanatoriale, il faut en effet qu'une coordination étroite, intime, joue entre ces différents organismes. Il leur faut donc, de toute évidence, une direction commune. Mais il faut plus. Il faut aussi que cette direction soit assurée par un médecin qui connaisse et la tuberculose et la psychologie et les besoins des tuberculeux. Si l'on veut un contrôle effectif du rendement des dispensaires et sanatoriums, si l'on veut que toutes les liaisons fonctionnent, si l'on veut ainsi innover en matière de lutte anti-tuberculeuse, ce n'est certes pas en confiant ce poste de direction, contrôle et organisation à une administration inerte et incompétente. Et peut-on vraiment demander au médecin-inspecteur d'hygiène qui la représente, et qui est généralement ignorant de la pratique phtisiologique, de coordonner et contrôler le travail des médecins de dispensaires et de sanatoriums ?

Mais il est encore une deuxième cause, plus profonde et plus grave qui paralyse aussi notre organisation. C'est la fonctionnarisation de ces cadres. Pour qu'un chef puisse commander et agir il ne suffit pas qu'il soit compétent. Il faut aussi lui donner trois éléments moraux essentiels : autorité, responsabilité, initiative. Autorité, car l'on ne peut faire marcher un service que si on l'anime de l'esprit de l'équipe, donc être libre du choix de ses collaborateurs. Responsabilité car l'on ne saurait être un chef si, libre d'agir, on n'accepte pas la responsabilité totale de ses décisions. Initiative enfin, faute de quoi l'on est plus qu'un rouage passif dans un organisme condamné à disparaître. Ainsi un directeur, chargé d'organiser et de contrôler la lutte anti-tuberculeuse dans le cadre qui lui est imparti, devra non seulement être rompu à la pratique de la phtisiologie, mais encore libre du choix de ses chefs de service, médecins de dispensaires et médecins de sanatoriums. Et il devra aussi être directement responsable, sans le couvert trop commode d'une administration impersonnelle, trop souvent stérilisante pour l'esprit d'initiative.

Est-ce là la voie vers laquelle va s'orienter notre nouvelle organisation ? Nous ne le savons pas encore. Cependant la nomination de directeurs régionaux d'hygiène, ayant sous leurs ordres des inspecteurs (fonctionnaires au rôle apparemment identique à celui des anciens médecins inspecteurs d'hygiène départementaux), permet de craindre qu'elle ne soit, comme par le passé, trop étroitement liée et subordonnée à des inspecteurs d'hygiène, polyvalents certes, mais incompétents en matière de phtisiologie. Dans ces conditions, il est peu probable que les réalisations nouvelles puissent enfin se faire jour. Du cadre départemental, nous serons passés au cadre régional, et c'est là certes, un incontestable progrès. Mais la structure

même de notre organisation n'en sera pas profondément modifiée.

***

Nous pensons donc qu'il faut apporter aujourd'hui un dynamisme nouveau à une organisation devenue sinon caduque, du moins par trop statique. Et pour cela créer de toutes pièces une organisation nouvelle qui, restant naturellement en liaison étroite avec les organisations régionales d'hygiène, garde cependant son indépendance sous une direction compétente. Quels en seront les instruments et la structure ?

Les instruments restent naturellement ce qu'ils sont : propagande, dispensaires, hôpitaux et sanatoriums qui constituent les rouages fondamentaux. Il n'y faudra qu'ajouter les services d'assistance, de réadaptation et de rééducation, complément indispensable à la récupération du tuberculeux, et que notre organisation actuelle, trop dispersée, n'a pu encore mettre sur pied.

Voyons maintenant la structure proprement dite.

Son noyau sera constitué par la direction régionale anti-tuberculeuse qui aura toute autorité pour résoudre tous les problèmes concernant la tuberculose dans le cadre régional. Cet organe exécutif sera contrôlé et guidé par un comité consultatif régional. Il fonctionnera en liaison étroite, mais sans subordination, avec la direction régionale d'hygiène.

La coordination des directions régionales sera assurée par un secrétaire général, lui-même guidé et contrôlé par un Comité consultatif national qui assurera l'unité de notre organisation dans le cadre national.

Tel est le schéma de structure. Quels seront les attributs de ces différents organismes et comment vont-ils être nommés et contrôlés ?

1° Le Comité consultatif national composé de personnalités nommées par le sous-secrétaire à la Santé publique, aura pour mission :

— de désigner les directeurs régionaux qui seront nommés par le sous-secrétaire d'Etat, après agrément des Comités consultatifs locaux ;

— d'étudier toutes questions se rapportant à la lutte anti-tuberculeuse en général et d'en prévoir l'application aux directions régionales ;

— d'assurer la coordination entre toutes les directions régionales ;

— d'arbitrer les différends qui pourraient s'élever entre les Comités consultatifs régionaux et les directeurs régionaux.

2° Le secrétaire général, nommé par le sous-secrétaire d'Etat sur proposition du Comité consultatif national, aura pour mission :

— d'étudier les suggestions apportées par le Comité consultatif national en vue de leur application aux directions régionales ;

— de servir de liaison entre le Comité consultatif national et les directions régionales d'une part, entre les différentes directions régionales d'autre part ;

— de contrôler sous sa responsabilité directe la gestion des directions régionales ;

—à l'égard des directions régionales, son rôle sera cependant purement consultatif ;

— le Secrétariat général regroupera enfin les organismes anti-tuberculeux exerçant leur activité sur l'ensemble du territoire (œuvres corporatives), laissant toutefois les éléments locaux de ces organismes sous le contrôle de directions régionales.

— Le Secrétaire général pourra être révoqué par le sous-secrétaire d'Etat à la Santé publique sur simple proposition du Comité consultatif national.

L'organisation régionale sera composée par un Comité consultatif et un organe exécutif.

3° Le Comité consultatif régional est composé de sept membres désignés comme suit. Le directeur régional d'hygiène, représentant le sous-secrétaire d'Etat à la Santé publique, président de droit ; deux membres nommés par le Comité consultatif national ; quatre membres désignés par le Conseil de l'Ordre régional (ou l'ensemble des Conseils départementaux), dont obligatoirement deux médecins praticiens de médecine générale et une personnalité compétente en matière d'administration hospitalière.

Il a pour mission :

— d'étudier avec le directeur régional toutes les mesures propres à assurer le développement de la lutte anti-tuberculeuse dans son cadre régional et d'en contrôler l'exécution ;

— de statuer sur les révocations proposées.

4° Le directeur régional de la lutte anti-tuberculeuse est nommé par le sous-secrétaire d'Etat à la Santé, sur proposition du Comité consultatif national. Il sera choisi pour sa compétence particulière en matière de phtisiologie et recruté de préférence parmi les médecins de dispensaires ou de sanatoriums.

Il est directement responsable de son organisation et de sa gestion et peut être révoqué par le sous-secrétaire d'Etat sur propositions du Comité consultatif national et du Comité consultatif régional.

Il organisera sous sa pleine responsabilité et en toute liberté ses services qui comprendront :

—le service de propagande régionale ;

— le service des dispensaires, assuré en fonction des nécessités locales, soit par des praticiens, soit par des médecins spécialisés ;

— les services d'hospitalisation (hôpitaux, préventoriums, sanatoriums, services spéciaux pour incurables). Ces services, suivant les conditions locales, pourront être gérés directement par la direction régionale ou confiés à des organismes indépendants (organisations hospitalières, sanatoriums agréés). Dans ce cas, les chefs de service de ces organismes, devront être reconnus par le Comité consultatif national comme présentant une compétence phtisiologique suffisante ;

— les services d'assistance au tuberculeux et à sa famille, de réadaptation, de rééducation et de placement ;

—Les chefs de service, médecins de dispensaires et médecins de sanatoriums, seront choisis par le directeur régional et agréés par le Comité consultatif régional. Ils pourront être révoqués par le directeur régional après approbation du Comité consultatif régional. Ces chefs de service seront directement responsables vis-à-vis du directeur régional. Ils auront toute autorité sur leur personnel, choisi par eux, après agrément du directeur régional.

Pour assurer la direction de ses services, le directeur régional disposera d'un budget autonome. Il sera directement responsable de sa gestion.

Ce budget sera alimenté d'une part par les crédits régionaux (Assistance médicale gratuite, Assurances sociales, etc...), d'autre part par une subvention de l'Etat. Les crédits alloués par l'Etat, et répartis sur proposition du Comité consultatif national, varieront en fonction des créations et besoins régionaux.

***

Ainsi conçue, cette organisation anti-tuberculeuse se présente avec les caractéristiques suivantes :

1° Régionale, elle pourra adapter le détail de son fonctionnement aux nécessités locales. De plus, le nombre des tuberculeux, dont elle aura à assurer le dépistage et à coordonner traitement et assistance, sera assez élevé pour permettre le rendement normal des services, assez réduit pour que les organisations régionales aient la valeur d'une véritable expérience qui pourra servir aux différentes régions.

2° Libre et autoritaire, elle pourra fonctionner dans les meilleures conditions. Le directeur régional, directement responsable, mais libre de son action, disposant d'un budget autonome, pourra en effet animer ses collaborateurs de l'esprit d'équipe, nécessaire à toute réalisation sociale. De plus il ne sera plus entravé dans ses initiatives et décisions par une administration pesante et irresponsable. Et disposant ainsi de toute la souplesse nécessaire, il pourra, au gré des nécessités locales et du moment, organiser et maintenir la coordination indispensable entre tous ses services de dépistage, de cure et d'assistance.

3° Les Comités consultatifs locaux, composés de personnalités désignées pour leur compétence, guideront et contrôleront l'activité du directeur régional. Le directeur régional et ses collaborateurs étant eux-mêmes nommés pour leur compétence par des personnalités indépendantes et qualifiées, toute notre organisation anti-tuberculeuse sera désormais entre les mains de chefs compétents. Ses cadres, bien que non administratifs, seront néanmoins garantis contre tout arbitraire par les Comités consultatifs.

4° Par le directeur régional d'hygiène enfin, président de droit du Comité consultatif et représentant le sous-secrétaire d'Etat à la Santé publique, la direction régionale de la tuberculose sera de ce fait placée sous le contrôle direct de la direction régionale d'hygiène et travaillera ainsi en liaison étroite avec elle.

Ainsi, notre organisation anti-tuberculeuse serait relativement autonome. Mais cette autonomie est-elle justifiée ? A cette question, deux arguments nous paraissent répondre de façon décisive, et ce sera là notre conclusion.

Premier argument : l'importance économique que représente pour notre pays l'endémie tuberculeuse. Il suffira, pour souligner cette affirmation de rappeler que la mortalité tuberculeuse s'élève à plus de 80.000 décès par an, que l'hospitalisation de près de 400.000 contagieux serait nécessaire et qu'enfin, si son budget annuel moyen dépasse une centaine de millions, c'est plus de 850 millions de francs or... soit quelques dizaines de milliards... que la tuberculose nous coûte chaque année si l'on tient compte du capital travail perdu.

Enfin, deuxième argument qui milite en faveur d'une organisation semi-autonome, c'est le caractère très spécial que revêt la lutte anti-tuberculeuse. Celle-ci, en effet, est beaucoup moins affaire d'administration que de contact direct entre malades et médecins. Diagnostic précoce, hospitalisation rapide en vue du traitement, voilà les deux fondements mêmes de la prophylaxie et de la récupération. C'est assez dire qu'en matière de tuberculose, la part administrative est bien secondaire à l'action médicale proprement dite, et c'est là ce qui fait précisément le particularisme propre de la lutte anti-tuberculeuse.

SUR LA COMPOSITION DES CONSEILS ET DU TABLEAU DE L'ORDRE

Un lecteur nous écrit :

« Je reconnais que les membres soit du Conseil National, soit des Conseils départementaux, sont, en général, bien choisis pour leur intelligence, leur probité, et qu'ils font leur possible, dans le fatras de décisions à prendre. Mais, en général, connaissent-ils la vie du médecin praticien ?

Pourquoi avoir considéré le médecin comme un vulgaire électeur d'autrefois soudoyé par le bistrot du coin ? Nous valons mieux que cela.

Ne pourrait-on pas faire soit un referendum (28.000 médecins seulement) sur des questions bien *précises*, avec nécessité de répondre dans les trente jours ? Soit réclamer, par régions, les cahiers généraux des doléances médicales pour la réorganisation de la profession ?

Car, sans dire que le médecin de famille — le médecin de quartier ou de banlieue ou de campagne — représente toute la médecine, il faut reconnaître qu'il a une très grande importance. Je crains que ces Messieurs de l'Ordre, pour la plupart aisés ou arrivés, à l'abri de nos misères, ne planent trop haut et ne voient dans la médecine que le côté didactique et non le côté pratique, au lit du malade, avec ses mille difficultés, les questions du malade, de l'entourage, et l'impossibilité fréquente d'accorder l'humanité, la délicatesse du médecin sensible avec les règlements draconiens des « ronds de cuir ».

A ceci l'on peut répondre, et par expérience, que consulter les 28.000 médecins de France sur toutes les questions intéressant la profession, ou même seulement sur les plus importantes d'entre elles, ce serait se condamner à ne jamais aboutir. Tous les ans, jusqu'à 1938 inclus, les médecins syndiqués étaient instamment priés d'assister à la réunion où, en octobre ou novembre, chaque syndicat devait délibérer sur les questions pendantes, prendre des décisions et nommer des délégués à l'Assemblée générale de la Confédération.

Tous les ans, depuis un nombre respectable d'années, j'ai scrupuleusement compté les confrères présents. Sur un syndicat qui annonçait plus de 500 adhérents, j'ai dénombré 12, 15, 20 et jamais plus de 40 assistants. Cette réunion était cependant essentielle et ne se tenait qu'une fois par an.

Peut-on espérer que, depuis 1938, les médecins aient changé de mentalité ?

Ils changeront, espérons-le ; mais, si l'on veut des résultats rapides et substantiels mieux vaut ne pas compter sur une métamorphose trop radicale. Si l'on demandait à chaque région ses cahiers généraux, si l'on devait attendre toutes les réponses pour en faire la synthèse et délibérer enfin sur celle-ci, il faut admettre que la réforme en cours ne serait pas accomplie avant plusieurs années. Or, dès maintenant, au bout de six mois du nouveau régime, les médecins s'impatientent de n'avoir pas encore un statut défini.

En ce qui concerne la présence souhaitable de praticiens dans les Conseils de l'Ordre, je crois que l'opinion est unanime. Ils sont le nombre au sein de la profession ; mais, en outre et surtout, ils sont les points d'articulation par où elle échange avec la collectivité les rapports primordiaux. Les praticiens sont des gens terre-à-terre, aux prises avec les faits. Et ce sont les faits qui doivent inspirer nos réformateurs, non les théories.

Mais a-t-on l'impression, en quelques départements, que les praticiens n'ont pas dans les Conseils la représentation qu'ils méritent ? Du fait qu'ils ont la majorité dans le corps professionnel il ne s'ensuit pas qu'ils doivent l'avoir dans les Conseils. Il ne s'agit pas ici de politique où le nombre impose sa loi pour faire triompher son intérêt. Un Conseil corporatif est composé d'experts ; plus les experts sont divers et de compétences variées, mieux un tel Conseil est composé. Qu'à côté d'un ou de deux praticiens siègent les délégués du corps enseignant, des hôpitaux, des spécialistes, quoi de mieux ? Et plutôt que de participer à l'élaboration de cahiers généraux dans le désordre d'une assemblée où ce ne sont pas toujours les mieux inspirés qui se montrent les plus bavards, n'est-il pas plus simple que chacun prenne sa plume et, à tête reposée, fasse part de ses suggestions au membre de son Conseil départemental qu'il connaît ou qu'il estime davantage ?

***

D'un autre lecteur cette lettre :

« Pourquoi exclure du tableau de l'Ordre les médecins non patentés ?

Quid des professeurs qui n'exercent pas ? des médecins journalistes ? des médecins contrôleurs d'assurances sociales ou d'accidents du travail ? des médecins d'usines ? de dispensaires ? fonctionnaires ? biologistes ?

L'union entre confrères n'en sera pas facilitée ; l'amour-propre des « deuxième zône » en souffrira.

Et cette catégorie sera d'abord déconsidérée (à tort). Puis elle sera déconsidérée (à raison) quand elle sera devenue le refuge des étrangers qui n'auront pas trouvé place au tableau de l'Ordre.

Veuillez remarquer que les lois, décrets, circulaires n'ont fixé comme conditions pour faire partie de l'Ordre que :

1° Conditions scientifiques (diplôme de doctorat).

2° Conditions de nationalité (Français, fils de Français).

3° Conditions morales (honorabilité, discipline, observation de la déontologie, etc.)

Il n'est pas question de situation fiscale ».

Notre correspondant semble confondre ici la loi du 16 août sur l'exercice de la médecine et la

loi du 7 octobre instituant l'Ordre des médecins.

Cette dernière, par la lettre et par l'esprit, s'adresse uniquement aux médecins exerçant la médecine.

Art. 1. — *Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité a cet effet par un Conseil professionnel dit Conseil de l'Ordre des médecins.*

Art. 8. — *Dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des médecins dresse un tableau publie des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art.*

Il aurait du reste été singulier qu'un texte corporatif intéressant une profession ne limitât pas ses prescriptions à ceux qui exercent réellement et en fait cette profession.

Et comme, en France, la preuve la plus éclatante et la plus notoire que l'on exerce la médecine c'est, hélas ! que l'on paye patente, rien d'extraordinaire à ce que le tableau s'en tienne à la liste des patentés, liste officielle puisqu'établie dans les Préfectures.

L'objection faite par notre confrère que la « deuxième zone » sera déconsidérée et le refuge de ceux que n'aura pas admis le Conseil départemental est importante et à retenir.

L'institution de l'Ordre vise en effet non seulement à organiser la profession, mais aussi à la moraliser. Laisser subsister un clapier où stagnerait la sanie professionnelle serait incontestablement une faute. Un médecin d'usine, de dispensaire, de laboratoire et même, soit dit sans vanité personnelle, un médecin journaliste tient une place non négligeable et peut jouer un rôle soit bienfaisant, soit détestable.

Bien qu'ils se situent aux confins de la profession, celle-ci pourrait peut-être pâtir de les avoir ignorés et de n'avoir pas exigé d'eux les mêmes garanties que des autres.

Sans doute, le Conseil National a-t-il déjà envisagé cette question et les solutions possibles. En tous cas, *au moment où vont être établis les tableaux départementaux, elle m'a semblé digne* d'être posée.

Je remercie mon correspondant, le Docteur Piettre (de Gonesse) ne m'avoir envoyé, à point nommé, son intéressante suggestion.

G. Lavalée.

NOMINATION D'INSPECTEURS DE LA SANTÉ

Par arrêtés en date du 3 février 1941 :

MM. les Docteurs :

Benech, directeur du bureau municipal d'hygiène de Nancy, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Meurthe-et-Moselle,

Lacambre, directrice du bureau municipal d'hygiène de Nantes, est chargée des fonctions de médecin inspecteur de la santé et affectée dans la Loire-Inférieure.

Morel-Latil, directrice du bureau municipal d'hygiène de Villeurbanne, est chargée des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Vaucluse.

Roblin, directeur du bureau municipal d'hygiène de Poitiers, est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Vienne.

Guiol, directeur du bureau municipal d'hygiène d'Hyères, est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Var.

Guibert, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle, est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Gironde.

Altenbach, directeur du bureau municipal d'hygiène de Versailles, est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Seine-et-Oise.

Boulangier, médecin inspecteur de la santé du Puy-de-Dôme, est affecté en la même qualité, dans le département du Rhône.

Salauze, inspecteur départemental d'hygiène de la Manche, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la rsanté de la Nièvre.

Serane est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Puy-de-Dôme.

Thouvenin, directeur du bureau municipal d'hygiène d'Epinal, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Vosges.

Mathieu, directeur du bureau municipal d'hygiène de Clermont-Ferrand, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé de l'Allier.

Bestieu, directeur du bureau d'hygiène de Toulon, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé et affecté dans le département des Bouches-du-Rhône.

Poulain, directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Etienne, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Loire.

Cayet, chargé à titre temporaire des fonctions de médecin inspecteur de la santé de l'Aube, non installé, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Gard.

Basse, inspecteur départemental d'hygiène des Vosges, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Oise, en remplacement de M. le Docteur Aublant, appelé à d'autres fonctions.

Andrieux, directeur du bureau municipal d'hy-

giène de Rennes, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Manche, en remplacement de M. le Docteur Salauze, appelé à d'autres fonctions.

A titre temporaire MM. les Docteurs :

Roche est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Côte-d'Or.

Hoffmann est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du département de Meurthe-et-Moselle.

Roger Petit est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du département de l'Oise.

Mme veuve Dol est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé du départe- ment de l'Aisne, à compter du 1er janvier 1940.

Dubas est nommé, médecin inspecteur adjoint de la santé d'Eure-et-Loir.

Mme le Docteur Berthezenne, chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Nièvre, non installée, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ain.

Giraud est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Hérault.

Alsac est chargé des fonctions de médecin inspec*teur adjoint* de la santé d'Ille-et-Vilaine.

Tabourey est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente.

Maret est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Vosges.

Mlle le Docteur Lequin, directrice du bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Eure.

Susini, directeur du bureau municipal d'hygiène de Vichy, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Allier.

Hamon est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Seine-Inférieure.

Birbis est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Gironde.

Procureur, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé d'Indre-et-Loire.

Mele est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Jura.

Filippi est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Cantal.

Dupuy, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Gers.

Blanc est chargée des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Bouches-du-Rhône.

Violet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Isère est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Drôme.

Deguiral, chargé, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Côtes-du-Nord, non installé, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aveyron.

Robini est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Loire.

Chambaud, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône, est affectée, sur sa demande, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé, dans le département de l'Isère.

Phelippeau, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Isère, est affecté, sur sa demande, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département des Bouches-du-Rhône.

Montagnol, directeur du bureau municipal d'hygiène d'Orléans, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Cher.

Lancelot, directeur du bureau municipal d'hygiène de la Rochelle, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente-Inférieure.

Julie, directeur du bureau d'hygiène de Menton, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes.

Fraissinet, directeur du bureau d'hygiène d'Antibes, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes.

Persoz, directeur du bureau d'hygiène de Grasse, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Basses-Alpes.

Spindler, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Pyrénées-Orientales.

Roussy, directrice du bureau d'hygiène de Saint-Quentin, est chargée, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Allier, en remplacement de M. le Docteur Cleret, appelé à d'autres fonctions.

Giorgi, directrice du bureau municipal d'hygiène d'Annecy, est chargée, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Savoie.

Roca, directeur du bureau municipal d'hygiène de Perpignan, est chargé, des fonctions de médecin adjoint de la santé des Pyrénées-Orientales.

Forgeot, directrice du bureau municipal d'hygiène de Saint-Dizier, est chargée, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Marne.

Roubert, directrice du bureau municipal d'hygiène de Lorient, est chargée, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Morbihan.

Legros, directrice du bureau municipal d'hygiène d'Angers, est chargée, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Maine-et-Loire.

Foulquier, directeur du bureau municipal d'hygiène de Nîmes, est chargé, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Gard.

(*A suivre.*)

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

« C'est M. Rimbert, directeur des Assurances « générales contre les accidents et risques divers, « 87, rue de Richelieu, qui est le président de la « Réunion des assureurs contre les accidents du « travail.

« Pour être complet, je dois ajouter que, tout « récemment, cette Réunion des assureurs accidents « du travail a opéré sa fusion avec l'Association des « assurances contre les accidents de droit commun et « qu'ainsi il n'y a plus qu'un seul organe pour tou- « tes les Sociétés qui s'occupent d'accidents. »

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ordre des médecins

M. le Docteur Paul Giraud, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Marseille, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, en remplacement de M. le Docteur Jean Combes, médecin des hôpitaux de Marseille, démissionnaire pour raison de santé.

(*J. O.*, 20 février 1941).

Protection de la Famille

Loi du 5 *février* 1941, *réprimant le refus de louer à un père de famille un local d'habitation ou à usage professionnel.*

Art. 1er. — Tout bailleur de locaux à usage d'habitation ou professionnel, loués nus ou meublés, convaincu d'avoir refusé de louer un local vacant à un locataire éventuel, motif pris du nombre d'enfants à la charge de celui-ci, est puni d'une amende de 100 à 1.000 francs.

En cas de récidive, l'amende est de 200 francs au moins et de 2.000 francs au plus.

Art. 2. — La présente loi est applicable à l'Algérie.

(*J. O.*, 21 février 1941).

Comité consultatif d'hygiène de France

Par arrêté en date du 2 février 1941, M. le Docteur Vernier, médecin chef des services antivénériens du département de Seine-et-Oise, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France, en remplacement de M. le Dr Jean Lacassagne, dont le mandat prendra fin à la date du présent arrêté.

(*J. O.*, 15 février 1941).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

895. — Quelques tarifications à propos d'appareils plâtrés

Abonné au *Concours Médical*, je me permets de venir vous demander de vouloir bien me donner quelques renseignements au sujet de la tarification de certains actes opératoires pour accidents

du travail, actes qui ne sont pas mentionnés au tarif officiel :

1° J'ai eu à effectuer récemment l'opération, longue et assez pénible, qui consiste à déplâtrer une jambe qui avait été appareillée à la suite de fracture du col du fémur : plâtre extrêmement épais et qui doit être renforcé par le chirurgien, engainant l'abdomen et toute la jambe jusqu'aux orteils. J'ai passé plus d'une heure pour enlever ce plâtre. Rien n'est mentionné au tarif à ce sujet. Que dois-je compter sur ma note d'honoraires ?

Et pour un plâtre du bras, que devrai-je demander ?

2° A la suite d'un traumatisme du poignet et de l'avant-bras, le chirurgien consultant, après radiographie, concluant à une arthrite post-traumatique, sans lésion osseuse, a conclu à la nécessité d'un plâtre du poignet, engaînant mains et bras jusqu'au coude, dans la position d'hyperextension. J'ai fait ce plâtre. Que demander à la Compagnie d'assurances pour cela ? Je ne puis prendre le prix d'un plâtre de l'avant-bras effectué pour contention de fracture puisque celui ci présuppose la réduction que je n'ai pas effectuée ; je suis très embarrassé quant au prix que je dois demander.

3° J'ai effectué une immobilisation *provisoire* de fracture de jambe un dimanche matin à cause de l'urgence : je vois que les visites du dimanche, nécessitées pour un cas urgent, sont majorées de 50 % ; et les actes opératoires ? Ils sont majorés de 25 % la nuit, mais le dimanche ?

Dr T.

Réponse

1° Le « déplâtrage » n'est pas l'objet d'une tarification spéciale qui nous fut refusée à la Commission, pas plus que l'enlèvement des fils d'une suture, etc... Cela, nous a-t-on dit, fait partie des soins consécutifs de l'intervention, mais n'est pas une intervention nouvelle.

2° On ne demande pas des honoraires pour un « plâtre du bras », mais bien pour « réduction et contention par appareil plâtré » de telle ou telle fracture. Celle de l'humérus est tarifée 220 francs (art. 18).

3° En cas d'un plâtre pour une « arthrite traumatique », vous pourriez demander 65 francs par analogie avec les honoraires pour fracture d'un os de l'avant-bras.

4° Pas de majoration dominicale pour un acte médical quelconque autre que la visite — même pas pour la consultation.

Dr F. Decourt

A propos de l'anesthésie opératoire

Il est bien entendu que l'honoraire de 80 francs indiqué à l'art. 12 ne peut être payé qu'à « un médecin *autre* que l'opérateur », mais cela uniquement dans le cas où il s'agit d'une anesthésie générale.

La restriction rappelée ci-dessus est indiquée à l'alinéa 3 de l'article 12 et ne s'applique qu'à cet alinéa.

Donc « l'anesthésie des plexus d'origine et l'anesthésie rachidienne » indiquées à l'alinéa 2 donnent toujours lieu à un honoraire de 80 francs » que cet honoraire soit payé à l'opérateur ou à un autre assistant qui l'a pratiquée.

Ceci pour répondre à une objection qui m'avait été faite à ce sujet.

Dr F. Decouht.

ASSURANCES SOCIALES

347. — Honoraires d'expertise en vue de l'attribution d'une pension d'invalidité

Je vous adresse en communication cette demande de rapport que je reçois d'une Caisse d'assurances sociales concernant un assuré qui sollicite une pension d'invalidité.

Je vous serai obligé de me dire ce que je dois demander comme honoraires.

Le rapport est fait, mais je ne veux l'envoyer qu'après avoir pris connaissance de votre réponse.

Dr G.

Réponse

Il résulte de renseignements que nous avons pu obtenir, que les rapports en vue de l'attribution aux assurés sociaux de la pension d'invalidité, étaient payés par les Caisses selon le tarif alloué, dans les cas analogues, par la Caisse nationale des Retraites pour la vieillesse.

La Caisse nationale des Retraites, sur notre demande, nous a fait savoir que les honoraires de ces rapports sont variables suivant l'importance de la mission confiée et tiennent compte des frais exposés par les médecins pour leur déplacement, quand l'examen a lieu au domicile de l'assuré.

En fait, les honoraires alloués seraient de cent à cent cinquante francs suivant les cas.

1076. — Droit aux prestations après six mois de soins

Abonné depuis mon installation au *Concours Médical*, je me permets de vous demander des renseignements relatifs à un de mes clients.

La Caisse primaire des Assurances sociales lui refuse le bénéfice des prestations pour une maladie (9-16 janvier 1941). Mon client a fait une bronchite et le refus provient de ce qu'il présente une large perforation de la voûte palatine. Ci-joint un extrait de la lettre que lui envoie la Caisse d'assurances.

Je ne crois pas que l'on puisse considérer des bronchites à répétition comme une affection chronique, la bronchite précédente remontant à l'hiver 38 39. Il est difficile d'établir une relation de cause à effet entre ces bronchites et la perforation.

Les versements trimestriels à la Caisse ont été régulièrement effectués par mon client.

D[r] T.

Copie d'un extrait de la lettre adressée à M. P... par la Caisse primaire d'Assurances sociales

Nous vous accusons réception de votre dossier maladie.

La maladie actuelle est la même que celle pour laquelle vous avez bénéficié de six mois de prestations (26 novembre 1938-26 mai 1939 : « Bronchites-hivernales régulières dues à une malformation congénitale ». (Rapport du 9 juin 1939 de notre médecin contrôleur).

En conséquence vous ne pouvez plus bénéficier pour cette maladie de l'assurance-maladie. Ayant refusé de demander l'assurance-invalidité à l'expiration des six mois de maladie, vous ne pouvez plus non plus à ce titre percevoir le remboursement de vos frais médicaux et pharmaceutiques.

Etant donné le caractère chronique de votre maladie, vous avez tout intérêt à demander le bénéfice de l'assurance-invalidité. A défaut d'une pension, si vous pouvez travailler, vous aurez droit aux soins médicaux et pharmaceutiques pendant cinq ans, à dater du jour de réception de votre demande.

Réponse

Il n'est pas exact qu'un assuré social, après avoir bénéficié des prestations d'assurances pendant six mois pour une affection déterminée, n'ait plus ensuite aucun droit à l'assurance pour cette affection. Il résulte au contraire de l'art. 6 parag. 13 du décret-loi sur les Assurances sociales que « lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux « mois, celles-ci peuvent être servies pendant « un nouveau délai de six mois, si l'assuré « a fait constater sur la feuille de maladie en « cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de « maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les « huit jours ». Autrement dit, ce que l'Assurance indemnise c'est bien plus la période de manifestation active d'une affection déterminée que cette affection proprement dite.

Si donc les deux conditions prévues par la loi se trouvent remplies, c'est-à-dire si votre

client a cessé de faire appel aux prestations pendant plus de deux mois et si durant cette période son affection a traversé une phase de stabilité permettant de reprendre ses occupations habituelles, il peut passer outre au refus de la Caisse et assigner cette dernière devant la Commission d'arrondissement à condition, en outre, d'avoir respecté la formalité légale, c'est-à-dire d'avoir avisé de sa guérison apparente le médecin contrôleur de sa Caisse dans les huit jours.

Au cas où le différend entre l'assuré et la Caisse prendrait un caractère technique et où vous estimeriez par exemple pouvoir soutenir que la nouvelle affection est indépendante de la malformation congénitale, l'affaire devrait être portée devant la Commission technique maladie par lettre recommandée adressée au Juge de paix du domicile de l'assuré.

Quant à l'offre faite par la Caisse d'accorder à votre client les avantages de la caisse-invalidité, elle ne doit être acceptée que si l'assuré est atteint d'une incapacité de travail de plus de 66 %.

Dans ce cas, en effet, il pourra bénéficier d'une pension et aura droit, accessoirement, conformément à l'art. 10 parag. 8 du décret-loi, aux prestations en nature de l'assurance-maladie pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans.

Il y a lieu de noter en outre que d'après l'art. 32, parag. 1er du règlement d'Administration publique du 11 juillet 1939, lorsqu'à la fin du délai de six mois l'assuré reste atteint d'une affection ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurance-invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un nouveau délai de six mois, en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension.

Pour nous résumer :

1º Si l'affection actuelle n'est pas absolument indépendante de la malformation congénitale, elle ne constitue qu'une période aiguë d'une affection chronique : invoquer les dispositions de l'art. 5 parag. 13 sur les rechutes après guérison apparente et saisir la Commission d'arrondissement.

2º Si l'affection actuelle est *indépendante* de l'affection congénitale et des périodes de maladie antérieures : porter l'affaire devant la Commission technique.

3º Si l'incapacité de travail de votre client atteint les deux tiers : demander l'assurance-invalidité, ou si l'incapacité est inférieure aux deux tiers mais peut s'aggraver par la suite : demander à titre de soins préventifs, le béné-

fice de l'art. 33 du règlement d'Administration publique.

HOPITAUX

801. — Hôpitaux publics et malades payants

La ville d'X... qui, avant la guerre 1940, ne possédait qu'un hospice, a décidé, depuis que les difficultés de transport existent entre les différentes zones interdites, de créer, dans un pavillon réservé primitivement aux vieillards, un service chirurgical.

La Commission administrative a accepté cette transformation et a versé différents crédits pour permettre d'acheter l'appareillage indispensable.

En accord avec les services préfectoraux, il a été convenu que le chirurgien spécialement attaché à ce service pourrait se faire honorer directement par des malades payants, et recevrait un traitement annuel pour les opérations pratiquées au titre de l'article 19 et des assistés non-assurés

Les différentes Caisses d'assurances sociales qui ont reçu la feuille de maladie indiquant le P. C., relatif à des opérés au titre de l'article 19, font quelques difficultés pour régler les frais d'hospitalisation.

Je vous joins une lettre de la Caisse qui semble étonnée qu'une clinique payante puisse fonctionner à côté d'un hôpital public. En réalité il y a fusion des deux services.

Je serais heureux que vous m'indiquiez :

1° Les formalités à remplir pour faire agréer, par les différentes Caisses, à la fois le service public des malades payants et des malades assistés.

2° En attendant que cet agrément puisse être obtenu, quel peut être le *modus-vivendi* de ce nouveau service, tant au point de vue des honoraires, qu'au point de vue des prix de clinique à rembourser à l'hôpital par les Caisses d'assurances sociales,

3° Y a t-il des hôpitaux de moyenne importance, fonctionnant dans les mêmes conditions que le nôtre, où je pourrais puiser des renseignements pratiques sur la façon d'administrer et faire percevoir aux malades les prestations auxquelles ils ont droit, par les assurances.

Dr X.

Réponse

D'après les indications que vous nous donnez, le service chirurgical créé récemment dans le pavillon de l'hospice d'X..., réservé autrefois aux vieillards, est un service de l'hôpital public puisqu'il a été fondé avec des subventions provenant de fonds publics et reçoit des assurés assistés et des indigents.

Il n'est pas interdit aux hôpitaux publics de recevoir des malades payants sous les con-

ditions que cette admission ne nuise pas à l'admission d'indigents, ne prenne pas sur le bien des pauvres, et soit justifiée par l'intérêt général de la Santé publique (carence ou insuffisance notoire d'entreprises privées permettant de soigner les malades payants). Les assurés sociaux sont, eux aussi, admis dans les hôpitaux aux termes même des décrets ayant organisé les Assurances sociales.

Rien donc ne s'oppose au fonctionnement du service qui vient d'être créé et à l'admission des malades payants dans ce service sous les réserves ci-dessus, surtout si, comme vous le laissez entendre, sa création a reçu l'approbation préfectorale.

Mais deux mesures ont été adoptées qui sont répréhensibles et qu'il y a lieu de modifier :

1° Vous avez été autorisé à vous faire honorer directement par les malades payants.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1938 (arrêt Dufour) a déclaré illégale la délibération d'une Commission administrative autorisant le Corps médical hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants. Pareille interdiction avait été déjà formulée dans une circulaire du ministre de la Santé publique du 26 septembre 1936 qui, en conséquence, a enjoint aux Commissions administratives de fixer dans leur réglement le tarif de remboursement des malades payants d'une part et d'autre part le mode de rémunération des médecins.

Vous ne devez donc connaître comme chirurgien dans un hôpital public qu'un seul débiteur : la Commission administrative qui doit récupérer sur les malades payants et assurés sociaux les frais d'hospitalisation et vos honoraires pour vous verser ceux-ci après.

Une convention doit intervenir entre la Commission administrative et vous-même quant au montant et au mode de versement de votre rémunération.

2° Il a été convenu que vous receviez un traitement annuel pour les opérations pratiquées au titre de l'art. 19, c'est un mode de rémunération qui n'est pas conforme aux dispositions réglementaires. Il est en effet établi que l'assuré assisté a droit de la part des Caisses aux mêmes prestations qu'un assuré social ordinaire et le décret du 28 octobre 1935 spécifie que le tarif de responsabilité des Caisses doit prévoir la part à supporter par celle-ci *dans les frais d'hospitalisation* et *dans les honoraires médicaux.*

Vous avez donc droit à une rémunération spéciale pour les opérations pratiquées par vous sur les assurés assistés et cette rémunération ne peut revêtir la forme d'un traitement annuel forfaitaire. Elle doit être proportionnée

aux interventions effectivement pratiquées par vous, car la Caisse doit à l'hôpital un remboursement proportionnel : le tarif du 7 octobre 1938 précise que pour la chirurgie cette rémunération est calculée soit à raison de 4 francs par journée d'hospitalisation, soit à l'intervention forfaitaire avec application des chiffres-clé 3,50 ou 7, aux coefficients de la nomenclature des actes de chirurgie et de spécialité.

Mais cette rémunération spéciale, vous ne pouvez la toucher que de la Commission administrative qui doit en être elle-même remboursée par la Caisse.

Ces remarques générales faites, nous répondrons aux questions précises posées par vous dans votre lettre :

1° Il n'y a pas lieu de faire « agréer » par les différentes Caisses le service chirurgical qui vient d'être créé, puisqu'il s'agit d'un service dépendant d'un hôpital public et que les rapports entre hôpitaux publics et Caisses sont réglés par le décret quant au remboursement des frais d'hospitalisation et des honoraires médicaux.

2° Il est souhaitable néanmoins que des conventions puissent être passées entre les Caisses et l'hôpital pour aménager dans le *détail ce que les dispositions du décret* peuvent avoir de trop rigide et pour augmenter le cas échéant le tarif de remboursement par les Caisses à l'hôpital pour les assurés sociaux ordinaires. En l'absence de conventions les taux de remboursement seront les suivants :

1° Frais d'hospitalisation : 80 % du tarif de l'Assistance médicale gratuite de l'année en cours.

2° Honoraires médicaux pour un hôpital comme le vôtre : médecine par journée d'hospitalisation, 4 francs, chirurgie par journée d'hospitalisation, 4 francs ou à l'intervention forfaitaire comme nous vous l'avons indiqué plus haut.

Les 20 % du prix non remboursé par la Caisse seront payés à l'hôpital, pour les assurés ordinaires, par les clients eux-mêmes, pour les assurés sociaux indigents par le Service départemental de l'Assistance médicale gratuite.

3° Il existe beaucoup d'hôpitaux de moyenne importance comprenant comme le vôtre un service chirurgical fonctionnant dans des conditions analogues à celles que nous vous conseillons d'adopter. Ce ne sera donc pas une nouveauté pour la Caisse que de se mettre en rapport avec un service comme le vôtre.

Soixante-troisième année — N° 11 — 16 Mars 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité scientifique

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants............. **50 fr.**

Le Numéro.............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 64. — Paris. Gares Nord et Est. Appart. médical très bien situé, 8 pièces, ascenseur, loyer très modéré, à céder cause santé avec install. électrologique à médecin disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

N° 65. — A céder appareil de radioscopie (marque Gazel) pouvant faire des graphies de petites fractures et autoclave à gaz. Etat de neuf. S'adres. à Jean Marchal, 6, rue d'Athènes, à Paris.

N° 66. — On demande pour gros cabinet médecine générale Paris centre, médecin assistant sérieux, capable, et ayant habitude clientèle aisée. Pour tous renseignements, adresse et téléphone : 3, rue La Bruyère. Trinité : 63-63.

N° 67. — Dem. jeune doct. méd. français ayant qual. rég. p. exercer méd. France, p. collab. en vue success. S'adresser Maître Zimmermann, Paris, 3, rue Théodore-de-Banville.

N° 68. — Clientèle O. R. L. et O. P. H. à céder dans ville du Sud-Ouest, sans grosse indemnité. Dr Paon, 14, avenue de la Gare, à Cognac.

N° 69. — Veuve de médecin prendrait trois enfants en pension. Mer. Morbihan. Docteur Eonnet, Auray (Morbihan).

N° 70. — Recherche piano droit ou queue de marque. Mme Gombault, 9, Allée des Marronniers, La Garenne.

N° 71. — Méd. français, sérieux, expérimenté, officier de la Légion d'honneur, connaissant bien le Corps médical parisien, désirerait représentation de Laboratoire. Ecrire : Texier, 334, rue Saint-Honoré, Paris (Ier).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Oise. — Localité industrielle. Grande maison tout confort jardin, loyer 6.000 frs, bon rapport, prix moins de la moitié.

Seine-Inf. — Seul médecin, un pharmacien, 9 pièces, 2 jardins, loyer 7.500 frs, maison à vendre ; très gros rapport prix moitié.

Oise. — Ancienne clientèle belle maison tout confort loyer 6.000 frs très gros rapport prix moitié.

Normandie. — Chef-lieu de département, deux postes de radiologie à céder.

Renseignements

Les conséquences de la guerre

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aeïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le gargarisme le plus agréable pour le syphilitique, c'est la TABLETTE DE **Mangaïne**. Grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cure, hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du Concours, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182 31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. Menegaux, agrégé, a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mardi 4 mars 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Programme : Affections des membres.

— *Conférences d'hygiène et médecine préventive.* — M. Pierre Joannon, agrégé, commencera ses conférences le mardi 18 mars 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Sujet des conférences : Prophylaxie des maladies infectieuses, hygiène sociale, hygiène urbaine.

— *Cours de biochimie médicale.* — M. le Professeur M. Polonovski a commencé son cours, le mercredi 12 mars 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— *Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.* (Professeur : M. E. Brumpt.) — M. le Professeur G. Lavier, de la Faculté de médecine de Lille, chargé d'enseignement, a repris le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (2e semestre), le mardi 4 mars 1941, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

— *Physique médicale.* — M. le Professeur A. Strohl a commencé son cours le jeudi 13 mars, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Programme : 1° Electrologie ; 2° Radiologie 3° Radioactivité ; 4° Optique ; 5° Actinologie. De exercices pratiques auront lieu, sous la directio de M. le chef des travaux, aux jours et heures indi qués à l'horaire des travaux pratiques, et porteron sur les matières enseignées au cours.

— *Cours de physique médicale.* (Conférences complémentaires.) — M. Dognon, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 12 mars 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Objet des conférences : Energétique animale ; physico-chimie biologique.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Sont chargés d'enseignement : M. Roman, agrégé (parasitologie) ; M. Dufourt, agrégé libre (clinique de la tuberculose, en remplacement de M. Paul Courmont, retraité) ; M. Enselme (chaire d'hydrologie, en remplacement de M. Piéry, retraité).

— **Faculté de médecine de Lille.** — Sont chargés de cours : MM. Bizard (pharmacologie) ; Nayrac (bactériologie) ; Devos (anatomie) ; Ingelrans (propédeutique chirurgicale) ; Auguste (pathologie interne) ; Piquet (clinique oto-rhino-laryngologique) ; Boulenger (chimie biologique). Sont désignés pour 1940-1941, agrégés chargés d'enseignement : MM. Coutelen (parasitologie) ; Boulenger (chimie biolo-

gique) ; Bizard (physiologie) ; Razemon (pathologie externe) ; Ingelrans (médecine opératoire) ; Pelliez (accouchements) ; agrégés et chefs de travaux, MM. Swyngedauw (physique) ; Balâtre (pharmacie) ; Warembourg (bactériologie) ; agrégés et chefs de travaux, M. Devos (anatomie) ; chefs de travaux, MM. Vielledent (chimie minérale) ; Durvillier (physiologie) ; Morel (histologie) ; Duthoit (anatomie pathologique) ; Dehay (botanique et matière médicale) ; Merville (chimie).

— **L'alimentation des femmes enceintes pendant la période actuelle.** — L'Assistance publique de Paris ayant adressé aux accoucheurs des hôpitaux une circulaire les priant de déterminer « quelles substances ou produits pharmaceutiques pourraient être donnés aux femmes expectantes ou accouchées afin de compenser dans la mesure du possible les insuffisances éventuelles dues aux difficultés de ravitaillement », M. Brindeau, à l'*Académie de médecine*, a *indiqué que le régime* de la catégorie T (les femmes enceintes sont classées dans cette catégorie) est d'une façon générale suffisant, en pareil cas. Un supplément alimentaire pourrait être obtenu, si nécessaire, avec la poudre de caséine incorporée aux potages et ayant subi l'ébullition, le glucose sacchariné, les huiles de poisson à goût épuré, les vitamines de synthèse.

— **Mariages.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage du Docteur Pierre LABIGNETTE, chef de laboratoire à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, actuellement chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital Villemin, fils du Docteur A. Labignette, de Boulogne-sur-Seine, avec Mademoiselle Jacqueline TURPIN, fille de M. Turpin, industriel à Boulogne-sur-Seine, et nièce du Docteur R. Turpin, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée en l'Eglise de Boulogne-sur-Seine, le 15 mars 1941.

Nous adressons à notre collaborateur, le Docteur Pierre Labignette, et à Madame Pierre Labignette nos plus sincères souhaits de bonheur.

— Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Josette BÉCUWE, fille de Madame et du Docteur Bécuwe, de Châtelet-en-Brie (Seine-et-Marne), avec M. Pierre NOYAU, industriel.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 1er mars 1941, en l'Eglise Sainte-Marie-Madeleine (Le Châtelet-en-Brie).

— **Naissance.** — Le Docteur Maurice MÉNY, de Gérardmer, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Hélène*.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur DUFESTEL père, secrétaire général de la société des médecins inspecteurs des écoles, directeur de la *Revue d'hygiène scolaire*, auteur d'importantes études de médecine scolaire ; du Docteur Paul LUTAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, Officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, décédé le 13 février 1941, à l'âge de 64 ans ; du Docteur René DODIER, d'Hirson (Aisne) décédé à Saint-Brieuc le 9 février 1941.

Mutualité Familiale du Corps Médical français

Réunion du Conseil d'Administration du 7 janvier 1941

Présents : M. M. Vimont et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint.

La séance est ouverte à 16 heures.

Le secrétaire général expose que, depuis le début de la guerre et jusqu'aux derniers mois de 1940, il a été pratiquement impossible au Conseil d'administration de se réunir du fait de la dissémination de ses membres et, depuis juin 1940, du repliement de ses services.

Ces services, une fois rentrés à Paris, ont connu la dure besogne de réorganisation qui n'est pas encore achevée. Ils se sont bornés, depuis juillet 1939, à l'expédition des affaires courantes.

Une situation stable tendant maintenant à se rétablir, il a paru indispensable de réunir le Conseil. Une assemblée générale est envisagée pour le courant du printemps.

Après adoption du procès-verbal de la précédente séance, le Conseil passe à l'ordre du jour.

Le Secrétaire général informe le Conseil que, depuis sa dernière séance, il a été payé :

INDEMNITÉS MALADIES-ACCIDENTS : Fr. 208.674

PENSIONS ET RETRAITES : Fr. 211.233

RATIFICATIONS D'ADMISSIONS

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires prononcées depuis le début de la guerre, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes : Mmes Baqué (Haute-Garonne), Roux (Seine), MM. Papin (Gironde), Lipstein (Saône-et-Loire), Roy (Yonne), Mauuary (Marne), Mareille (Seine).

ADMISSIONS PROVISOIRES

Sur la présentation et le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire les admissions suivantes : MM. Bourdeau (Vienne), Boyer (Seine-et-Marne), Goyau (Gironde), Husset, (Yonne), Penot (Loiret), Lançon (Seine), Luneau (Loire-Inférieure), Durin (Oise), Laffite (Vosges), Lepetitchaud (Côtes-du-Nord), Rinckenbach (Loire-Inférieure), Thebault (Ille-et-Vilaine).

Ces admissions seront définitives si d'ici trois mois aucune protestation n'est parvenue à cette date au Conseil.

L'Ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 17 h. 30.

Le Secrétaire général :

G. LAVALÉE.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Arrêté du 23 *février* 1941 *fixant le tarif-limite des Caisses d'assurances sociales pour le remboursement des appareils et frais pharmaceutiques, autres que les médicaments*

L'article 1er de l'arrêté du 17 janvier 1939, fixant le tarif-limite des Caisses d'assurances sociales pour le remboursement des appareils et frais pharmaceutiques autres que les médicaments, est modifié comme suit :

« Le tarif-limite des Caisses primaires d'assurances maladie-maternité et des unions régionales desdites Caisses, pour le remboursement du prix des appareils et des frais pharmaceutiques autres que les médicaments, est, sous réserve de la participation légale de l'assuré, le tarif interministériel pharmaceutique fixé par l'arrêté du ministre de la Santé publique en date du 20 avril 1940, en ce qui concerne le tarif des analyses médicales, le tarif des appareils d'orthopédie et de prothèse, le tarif des accessoires et des pansements et le tarif de l'optique médicale. »

(*J. O.*, 28 février 1941).

Arrêté du 19 *février* 1941 *relatif aux honoraires des médecins experts des Commissions techniques régionales d'invalidité*

Article unique. — Les honoraires prévus par l'article 1er du décret du 17 mars 1939 sont exclusivement réservés au médecin expert de la Commission technique régionale d'invalidité.

(*J. O.*, 22 février 1941).

Inspection départementale d'hygiène

Décret du 9 *février* 1941 *relatif à la nomination des inspecteurs départementaux d'hygiène et assimilés*

Art. 1er. — Les inspecteurs départementaux d'hygiène et assimilés aux termes du décret du 15 avril 1937 pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs de la Santé.

Les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et assimilés pourront être nommés dans les cadres des médecins inspecteurs adjoints de la Santé.

Art. 2. — Les médecins visés à l'article 1er et actuellement en fonctions seront reclassés par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, sur la proposition du secrétaire général de la Famille et de la Santé, et après avis d'une commission composée comme suit :

Le directeur de la Santé, président.
Deux inspecteurs généraux de la Santé.
Un conseiller technique sanitaire.
Le sous-directeur, chef du Service du personnel.

Art. 3. — Pour chaque grade, les médecins inspecteurs et inspecteurs adjoints de la Santé seront placés à l'échelon de traitement qui sera fixé d'après leur aptitude professionnelle, leur manière de servir, leurs titres scientifiques et leur ancienneté dans les services publics d'hygiène.

Voir la suite page XLV-529

PROPOS DU JOUR

L'EXERCICE ACTUEL DE LA MÉDECINE

Depuis plusieurs mois les médecins français essaient de reprendre leur activité, et ceux qui ont quitté leur foyer, leur famille et leurs clientèles en septembre 1939 ne se trouvent pas parmi les plus favorisés.

Tandis qu'ils servaient aux armées, bien des mesures ont été prises, dit-on, à leur intention, qui cependant se retournent contre eux et créent à beaucoup de nos confrères qui ont fait leur devoir de grandes difficultés d'exercice.

Parlons d'abord de ce fameux décret-loi de mai 1940 dont beaucoup d'entre nous n'ont point eu connaissance au moment de la parution, car ils avaient aux armées bien d'autres soucis. Cette fâcheuse mesure qui, en septembre 1939, pouvait avoir sa raison d'être, n'a fait que gêner tous ceux qui, démobilisés six semaines plus tard, cherchaient une situation ou étaient pour des raisons de santé ou de famille parfaitement légitimes, désireux d'aller pratiquer ailleurs. En soumettant leur possibilité d'installation à la décision préfectorale, mais en réalité à la décision de petits syndicats locaux on l'a rendue impossible et nombreux sont les chômeurs de la profession dont l'activité pourrait être utilement employée. Cependant de septembre 1939 à mai 1940 que d'installations, que de changements ont été facilités. Il suffisait d'une bonne recommandation auprès du ministre de la Santé publique pour voir les désirs exaucés et pour voir les autorités se mettre à la disposition de ceux qui profitaient de l'absence de leurs confrères mobilisés. On a l'impression qu'on a attendu que tous les amis fussent casés pour prendre le décret, car ceux-là bien entendu, après avoir eu le grand avantage de ne point être mobilisés, ne se trouvent pas touchés par le décret-loi et peuvent continuer à exercer là où ils étaient encore le jour de l'armistice.

Pour les autres qui, démobilisés, pouvaient espérer retrouver une activité en récréant un cabinet, ils doivent attendre que la paix soit signée pour que le décret-loi devienne sans effet ; tant pis pour eux si les circonstances les obligent à un changement de résidence, ils devront le faire en perdant le droit d'utiliser leur diplôme. Ils pourront cependant tourner la loi, de plusieurs manières et en consentant toujours à ceux qui tiennent les places un sacrifice d'argent. Ils reprendront, *au prix fort bien entendu*, une clientèle inexistante, car l'administration préfectorale qui donne l'autorisation tolère les successions et les cessions de clientèle dont cependant la jurisprudence a hésité à reconnaître la légalité. Dans certaines régions jamais les clientèles ne se sont si bien vendues et on peut voir aux annonces des grands quotidiens régionaux des offres de clientèle que j'ai eu la curiosité de découper et de conserver. Le prix élevé n'est basé que sur la facilité qu'elle donne au nouveau venu d'obtenir *ipso facto* l'autorisation préfectorale.

Il en est de même de ces remplacements déguisés qui permettent à un nouveau venu de remplacer un médecin qui depuis longtemps n'avait plus de clients. Il lui en coûte sans doute une indemnité à verser au confrère qu'il remplace, mais il passe sur ce détail, trop heureux d'avoir retrouvé de l'activité, et d'échapper au permis d'exercice des confrères. Ces combinaisons, ces marchandages, ces camaraderies qui président aux nouvelles installations ne paraissent pas bien nettes, au moment même où l'Ordre apparaît dans notre firmament médical, où attendu, désiré, réclamé, il se fonde sur toute une législation nouvelle dont l'effet ne paraît pas opérant puisque subsistent les effets des lois et des décrets antérieurs à elle.

Si je relis à *l'Officiel* les articles de loi qui créent l'Ordre, j'y vois que le fait d'être inscrit à un ordre n'empêche pas l'exercice dans un autre département. C'est le retour aux traditions anciennes, mais le décret-loi de mai 1940 est toujours en vigueur et si l'on en croit les administrations préfectorales aucune installation nouvelle n'est possible.

Au milieu de cette confusion, de ce mélange de pouvoirs, le pauvre médecin ne sait plus à qui il doit s'adresser pour s'installer dans la région qui paraissait lui offrir des possibilités d'exercice.

Jadis lorsqu'il envisageait une installation nouvelle il consultait les annuaires, il regardait quelles facilités lui offrait une région, suivant son activité, suivant sa spécialité, suivant les relations qu'il pouvait y avoir et ainsi ayant mesuré ses chances de réussite, il tentait l'aventure. Comme tout cela est changé et compte peu aujourd'hui ; plus il aura de chances de réussir en un pays, plus il rencontrera de difficultés pour s'y fixer, car avec toutes les autorisations qu'il devra réunir il sera facile à ceux qui déjà en place craignent sa concurrence, de lui barrer la route.

Je ne sais si les partisans du numerus clausus avaient dans leur programme de le fonder sur le hasard des circonstances ou de le baser sur un concours où la valeur et la qualité des candidats seraient prises en considération ; en réalité

le numerus clausus existe aujourd'hui. Il est régi par le décret de mai 1940 qui permet de ne consentir le droit d'exercer qu'à des confrères âgés ou infirmes dont on n'a à craindre ni l'activité, ni les qualités médicales.

J'ignore quel ministre du régime défunt a signé ce décret-loi avant de plier bagages, il n'en a certes pas mesuré les effets, ni soupçonné les complications qu'elle allait apporter à une grande partie du corps médical. Je repense à vous mes amis dont les foyers sont détruits, les clientèles éparpillées, à vous dont la santé est ruinée par la guerre. Vous pouviez espérer reprendre une activité nouvelle et vous êtes des chômeurs incapables de profiter des droits que vous donnait votre diplôme.

Vous n'avez même pas la ressource de savoir à qui vous adresser pour vous plaindre. Est-ce au préfet, est-ce au président de l'ordre départemental, est-ce au médecin inspecteur départemental ?

En attendant des autorisations problématiques et longues à venir vous finirez par être réduits à la misère vous, vos femmes et vos enfants, car hélas la plupart d'entre vous, vous êtes pères de famille et c'est pour leur donner un peu de bien-être, pour leur faciliter des études que vous aviez jugé nécessaire de changer votre lieu d'exercice.

Ces changements sont cependant *fréquents* dans la vie médicale ; faut-il rappeler tous les *confrères qui, après la grande guerre*, changèrent de région et retrouvèrent aussitôt une activité importante dans leur nouvelle installation. Pour beaucoup la scission réalisée par un an de guerre permet de repartir du bon pied en une autre résidence, de réparer une erreur d'installation, de choisir un centre d'activité moindre si l'on commence déjà à être fatigué . Tout cela le décret-loi de mai 1940 en empêche la réalisation. Elle aurait empêché Doyen et Pauchet de venir à Paris et tant d'autres qui comme Duchenne, de Boulogne, ne se réalisèrent que dans la capitale. Le médecin français rendu chômeur par un décret appliqué à l'heure la plus tragique de notre histoire voit cependant les étrangers continuer leur exercice en attendant des décisions pour eux longues à venir. Leur situation lui paraît enviable à lui pauvre démobilisé qui a pendant les semaines douloureuses couru les routes tandis que ces néo-français, exemptés de toute obligation militaire, se félicitaient de la protection que leur apportait le décret.

Tout cela est infiniment triste et j'ai longtemps hésité à l'écrire, mais je suis le témoin et le confident de trop de situations navrantes pour ne pas crever l'abcès.

Puisqu'Ordre il y a, il est impossible qu'il se développe dans le désordre, que ses possibilités soient limitées par des décrets caducs, par une législation antérieure faite de bric et de broc, et superposant sa puissance à la sienne. Il est impossible qu'il y ait au-dessus de l'Ordre une infinité de puissances qui limitent son action en profitant de ce que beaucoup de ses membres sont peu au courant des questions professionnelles.

C'est l'Ordre des médecins qui doit régler l'exercice de la médecine, c'est vers lui que le médecin doit pouvoir se tourner pour demander conseil.

Ce serait une grave faute que dès ses débuts de limiter son action et de la borner à faire respecter un code de déontologie auquel la plupart d'entre nous se conforment depuis longtemps. Il y a beaucoup à faire pour aménager la profession, pour faciliter les rapports entre confrères au lieu de les envenimer et pour permettre à chacun, surtout dans les circonstances actuelles, de faire sa vie là où il croit pouvoir le faire et sans lui opposer des décrets et des règlements qui empêchent la libre concurrence.

On donne comme prétexte au maintien du décret la nécessité d'attendre le retour des prisonniers. Cette raison pourrait avoir quelque valeur si ceux qui actuellement soignent les malades de ces confrères prisonniers prenaient l'engagement à leur retour de s'interdire de les conserver comme clients. Sans quoi pour le prisonnier, qu'il soit dépouillé de sa clientèle par un confrère déjà en place ou par un nouveau venu, que lui importe ? Ainsi le décret n'est-il pas à lui seul la vraie solution du problème des prisonniers.

Nous ne pouvons imaginer qu'on laisse plus longtemps persister un état de choses dont le simple examen montre qu'il a été créé sans envisager toutes les situations, sans qu'on ait pu prévoir les embarras qu'il suscite à toute une catégorie de médecins méritants parmi lesquels précisément se trouvent en grand nombre ceux qui reviennent des armées et dont, ô ironie, le législateur se proposait de protéger les droits.

Je n'ai fait qu'esquisser aujourd'hui les difficultés qui sont nées de ce décret dont il importe que le texte soit rapporté. Je montrerai prochainement, grâce à la documentation que j'ai pu réunir, les abus, les véritables spéculations qu'il entraîne, les combinaisons qui se trament pour autoriser ou refuser une installation, bref toutes les manœuvres qu'il est utile de porter à la connaissance de tous, car leur but ne me paraît pas inspiré par le souci des malades.

Au moment où l'Ordre des médecins désiré par nous tous va régir notre profession, il importait de montrer du doigt une des dernières mesures prises par nos anciens dirigeants dont beaucoup de médecins souffrent sans oser se plaindre, dont quelques-uns profitent sans oser l'avouer, et dont l'opportunité n'apparaissait point telle que sans elle il ne soit plus de bonne médecine en France.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

Sur la prophylaxie des maladies infectieuses de l'enfance

Par le Docteur R. LIEGE,

Ancien chef de clinique médicale infantile à la Faculté

La guerre qui bouleverse tout, déplace des masses et crée des conditions favorables au développement des épidémies et à la propagation des maladies contagieuses. L'insuffisance du chauffage, les restrictions alimentaires, les rigueurs de l'hiver créent un climat favorable à ce développement et à cette propagation. Il importe donc, et en particulier chez les enfants, de mettre en œuvre les méthodes prophylactiques propres à éviter la dissémination des maladies infectieuses.

En pratique, la prophylaxie des maladies infectieuses de l'enfance ne relève plus, à notre époque, de la seule hygiène et de l'isolement, et l'on dispose de méthodes sériques et vaccinales qui, judicieusement employées, peuvent éviter aux enfants des maladies que leur constitution, leurs tares héréditaires et les conditions de vie de l'heure actuelle ne leur permettraient pas de supporter.

Plus encore qu'en temps de paix, ces méthodes doivent être mises en œuvre afin d'éviter que les jeunes générations ne paient un tribu par trop lourd aux maladies infectieuses.

***

Contre *la rougeole*, dont les complications pulmonaires sont si féquentes et si redoutées dans les milieux pauvres, l'efficacité du sérum de convalescents n'est plus à démontrer.

En pratique du temps de paix, le seul obstacle à la méthode était déjà la minime quantité de sérum mise à la disposition des médecins, et qui obligeait à limiter l'emploi de la séroprophylaxie à des cas bien déterminés.

Il serait souhaitable, dans la période actuelle, que l'on puisse mettre à la disposition des praticiens des quantités de sérum plus importantes permettant de réaliser la prophylaxie de la maladie, non seulement dans les hôpitaux d'enfants, mais également en ville.

***

La *coqueluche* étant surtout contagieuse au début, avant l'apparition des quintes, la précocité du diagnostic est un des éléments fondamentaux d'une prophylaxie efficace. Le diagnostic clinique n'est pas toujours aisé à la période catarrhale, mais il peut être facilité par la méthode de l'ensemencement des gouttelettes projetées par la toux spontanée, qui révèle des colonies de bacilles de Bordet-Gengou dans 75 p. 100 des cas, au début de la maladie.

La méthode est simple et ne doit pas rester dans le seul domaine hospitalier, car, permettant l'isolement précoce du coquelucheux, elle aide grandement à la prophylaxie de la maladie.

Chez les enfants suspects d'avoir été en contact d'un coquelucheux, on peut utiliser soit la séroprophylaxie, soit la vaccination préventive.

Lorsque l'injection de sérum de convalescent est pratiquée avant la fin de la période d'incubation, elle empêche l'éclosion de la maladie dans 80 p. 100 des cas. A la fin de la période d'incubation, le sérum transforme la maladie en une coqueluchette. Pendant la période d'invasion, il reste inefficace. Malheureusement, les mêmes écueils se rencontrent pour l'utilisation du sérum de convalescents de coquelucheux que pour celui de rougeoleux, mais ici l'on a la possibilité, faute de sérum, de recourir à la vaccination préventive.

Il existe différents types de vaccins anticoquelucheux que l'on se procure facilement. Bien que les résultats assez souvent intéressants soient inconstants, cette prophylaxie, à l'heure actuelle, pourra toujours être tentée.

***

Pour éviter la *scarlatine*, c'est encore au sérum de convalescent qu'il faut s'adresser. L'injection doit être faite précocement, à la dose de 10 à 20 c. c. pour un jeune enfant, de 20 à 30 c. c. dans l'adolescence. Elle peut déterminer une immunité temporaire de trois à quatre semaines et permettre de soustraire un enfant délicat au milieu épidémique ; son emploi rencontre malheureusement les mêmes difficultés que l'utili-



sation du sérum de convalescent, de rougeoleux, ou de coquelucheux.

***

L'obligation de la vaccination antidiphtérique ne doit pas, en pratique, faire négliger les méthodes propres à éviter la dissémination de la maladie. Dans l'entourage d'un enfant atteint de *diphtérie,* on pratiquera toujours largement l'ensemencement de la gorge et des sécrétions nasales sur sérum de bœuf. On conservera la pratique de l'injection préventive de sérum pour les enfants de l'entourage non vaccinés, et celle de l'injection de rappel d'anatoxine chez ceux antérieurement vaccinés. Le dépistage et le traitement des porteurs de germes évitent la propagation de la maladie.

***

La prophylaxie des *oreillons* est difficile à réaliser. Lorsqu'on pourra se procurer du sérum de convalescent, ici comme dans la scarlatine, on pourra tenter d'éviter la maladie par une injection faite aussi précocement que possible (10 à 20 c. c.).

***

Malgré la diminution manifeste des affections du *groupe typhique* constatée dans les dernières années du temps de paix, il est sage, à l'heure actuelle, de protéger les enfants par la vaccination soit par des doses de T. A. B. ou de lipovaccin appropriées à l'âge des sujets, ou mieux encore soit par la vaccination associée double antityphoïdodiphtérique possible dès le début de la seconde année, ou triple antityphoïdodiphtérique et tétanique, lorsque l'examen général de l'enfant autorise ces méthodes.

***

La protection contre la *poliomyélite* comportera l'utilisation à titre préventif, de sérum de convalescent (30 à 50 c. c.), à laquelle on pourra ajouter la prise de chlorate de potasse à la dose de 0 gr. 10 par kilogramme de poids et par vingt-quatre heures, ce médicament n'offrant pas de danger et ayant, d'après des travaux parus peu de temps avant la guerre, la propriété d'arrêter le cours de l'infection poliomyélitique et l'apparition des paralysies.

***

Dans la période difficile que nous traversons actuellement, le danger d'épidémies graves doit être présent à l'esprit, et renforcer notre action prophylactique. Chaque fois qu'il y aura lieu et possibilité de le faire, aux principes généraux d'hygiène, à l'observance stricte des règlements d'éviction scolaire, à la déclaration obligatoire des maladies, on ajoutera une diminution des risques de propagation et de mortalité qui peuvent s'en suivre dans les maladies infectieuses de l'enfance par la séroprophylaxie ou la vaccination.

Certes, la Commission des maladies contagieuses de l'Académie de médecine a été récemment d'avis que l'obligation des vaccinations mixtes ne doit pas être systématique. La raison en est l'impossibilité d'organiser un contrôle médical sérieux des futurs vaccinés. La généralisation et l'obligation des méthodes vaccinales risquent de les faire employer, alors qu'elles sont contre-indiquées. Leurs détracteurs s'emparent des accidents ainsi provoqués pour bâtir des thèses agressives contre des méthodes prophylactiques qui, appliquées à bon escient, se révèlent sans danger.

Pour le praticien, il y aura toujours intérêt dans le milieu familial à éviter la maladie ou à l'écourter par l'emploi judicieux des sérums et vaccins.

TRAITEMENT DES APHTES RECIDIVANTS PAR LA LEVURE DE BIÈRE

Le Professeur A. Bernard (de Lille) (1) a traité cinq malades atteints d'aphtes récidivants de la bouche par la levure de bière à la dose de deux cuillerées à soupe par jour. Les cinq malades ont vu leurs aphtes disparaître. L'auteur pense que ces guérisons ont été dues à la vitamine antipellagreuse P-p contenue dans la levure.

Cachera a relaté l'observation d'une femme de 42 ans, se plaignant d'aphtes à répétition depuis deux ans, non améliorée par une thérapeutique désensibilisante (auto-hémothérapie, hyposulfite de soude et éphédrine), qui a guéri en dix jours avec une dose quotidienne de 0 gr. 40 d'acide et d'amide nicotinique (l'acide nicotinique renferme de la vitamine P-p pure).

Contre la même affection, on a utilisé aussi la vitamine C. Muller, dans un cas de stomatite aphteuse résistant à tous les traitements, a prescrit avec succès la vitamine C à la dose quotidienne de 300 milligrammes.

P. L.

(1) Journées médicales de la Faculté libre de Lille, 1939.

REVUE DES TRAVAUX DE GYNÉCOLOGIE (1939-1940) (1)

Par H. VIGNES
Prof. agrégé. Accoucheur des hôpitaux

et L. BIGEY
Assistant à la maternité de l'Hôtel-Dieu

Menstruation

Ménopause. — SCHNEIDER, d'après 434 cas de ménopause artificielle ou physiologique, considère que tous signes du syndrome apparaissant avant, pendant ou après la ménopause, doit être considéré comme relevant directement d'un déficit folliculinique. L'emploi précoce de la cure endocrinienne produit des résultats plus rapides et plus efficients avec de moindres doses que si la thérapie est instituée tardivement. La thérapeutique par injection sous-cutanée ou intra-musculaire est intéressante pour déterminer les besoins individuels du produit employé, mais l'administration par la bouche assure des effets plus satisfaisants et plus persistants (Thérapie endocrinienne prophylactique de la ménopause artificielle. *Amer. Jour. of Obst. and Gynec.*, 1939, p. 861). — ENASCHESCO et TOMORUG rapportent l'apparition, cinq mois et demi après castration, de dépression, d'anxiété, d'insomnie, nécessitant l'internement. Il n'y avait pas d'antécédents psychiques. Ce syndrome mélancolique s'est accompagné d'un amaigrissement important ; la calcémie était de 0,181 et la cholestérolémie de 1,93 (Syndrome mélancolique chez une malade castrée. *Bull. et Mém. de la Soc. d'endoc. de Bucarest*, février 1939, p. 65).

Thérapeutique générale

Anesthésie. — ASSIM ONUR relate un cas de mort, femme de 35 ans, survenue trois jours après une hystérectomie totale pour fibromes utérins, faite sous anesthésie à l'Evipan (10,5 c. c.) après avoir présenté des symptômes d'insuffisance hépatique et rénale. (Un cas de mort tardive après anesthésie à l'Evipan. *Soc. turque de Gyn. et d'Obst.*, 14 avril 1938).

Laparotomie et hystérectomie. — Pour VINTILA, après une laparotomie itérative, la réfection de la paroi abdominale doit être faite aussi près que possible du plan anatomique normal, pour lui donner la possibilité d'un fonctionnement physiologique normal (Considérations sur les laparotomies itératives en gynécologie. *Rev. de Obst. Gin. Puer.*, 1939, p. 91). — MAVRIANOPOL rapporte l'observation d'une femme de 36 ans, chez laquelle on a pratiqué une laparotomie abdominale à la suite d'une hémorragie consécutive à une grossesse abdominale ; on a extrait aussi un fibrome intra-ligamentaire gauche. Il reste un trajet fistuleux à la partie inférieure de la plaie qui dura dix mois et qui ne céda à aucun traitement. Après une nouvelle laparotomie, on trouva une annexite kystique droite qui présentait une perte de substance et entretenait le trajet fistuleux. Extirpation. Guérison. (Fistule abdominale consécutive à une laparotomie entretenue par une annexite kystique adhérente. *Rev. de Obst. Gin. Puer.*, 1939, p. 101.)

La plupart des auteurs qui ont examiné la question, considèrent comme illusoire de conserver un ovaire après une hystérectomie. Les uns, comme le soutenait TUFFIER, estiment qu'il faut conserver la fonction menstruelle ; les autres pensent qu'une sécrétion interne de la muqueuse utérine est indispensable pour un bon fonctionnement. Certains de ceux-ci, tel SCHMID, tel SERDUKOF, pour être conséquents avec eux-mêmes, ont préconisé, si l'on garde un ovaire, de compléter l'opération par une greffe d'endomètre. C'est ce qu'a fait TAVARES DE SOUZA, dans le service de CLOVIS CORREA DA COSTA. Neuf fois, faisant une hystérectomie subtotale, il a greffé de l'endomètre dans le moignon du col. Dans trois cas, les femmes ont été réglées et, dans trois autres, sans être réglées, elles ont eu l'avantage de ne pas avoir de signes d'insuffisance ovarienne (Hystérectomie subtotale microconservatrice. *Annaes Brasil. de gyn.*, août 1939, p. 101). — TAVARES DE SOUZA a pratiqué dix hystérectomies vaginales pour fibromes, de dimension moyenne et bien mobiles. L'exécution a été facile et les suites très tranquilles. Dans un cas d'hypertrophie du col avec rétroversion et dans deux prolapsus, il a pratiqué aussi l'hystérectomie vaginale avec des résultats parfaitement satisfaisants. Bien que n'ayant pas d'indications universelles ou absolues pour des conditions déterminées, l'hystérectomie vaginale doit, néanmoins, être préférée chaque fois que sa technique peut apporter quelque avantage pour la

(1) V. *Concours Médical*, n° 10, du 9 mars 1941.

malade. (*Annaes Bras. de Gyn.*, février 1939, p. 130).

Opérations sur le plexus sacré. — MARTINANO FERNANDES rapporte les observations de 25 résections du plexus sacré et les résultats éloignés des 16 opérées qu'il a pu revoir. Les douleurs, excessivement pénibles chez certaines, n'ont pas reparu chez 14 ; de celles-ci, 3 sont devenues enceintes et ont accouché normalement ; une autre était mariée depuis six ans et stérile, la violence de ses douleurs la tenait au lit durant ses règles ; aussitôt après l'opération, elle ne souffrit plus, devint enceinte un an après et accoucha sans incident. La survenue d'infections annexielles ou autres peuvent altérer l'heureux résultat : c'est ce qui s'est produit chez deux des opérées atteintes, peu après l'intervention, de gonococcie. Aucune des 16 opérées (certaines depuis 5 ans) ne présentent de troubles fonctionnels de l'ovaire, ni d'altérations trophique des organes génitaux. (Résultats éloignés de la résection du plexus sacré par le procédé de COTTE. *Annaes Bras. de Gyn.*, mai 1937, p. 379). — A l'exemple de ce que LERICHE, en d'autres régions, réalisa par l'infiltration locale de novocaïne, CONSTANTIN DANIEL s'est proposé, pour le traitement des annexites, de modifier les phénomènes douloureux et inflammatoires. La technique du « blocage anesthésique » consiste en l'infiltration du plexus pelvi-périnéal par l'introduction de 10 c. c. de novocaïne à 1 % d'un côté et de l'autre du col utérin, dans les culs-de-sac vaginaux latéraux. Il est indiqué dans tous les cas d'annexites aiguës, subaiguës ou chroniques, simples ou kystiques, en cours d'évolution ou éteintes, ainsi que dans les poussées aiguës des annexites chroniques. Cent-seize cas ont été traités : *a*) dans un premier groupe de 23 cas d'annexites aiguës, il y eut 11 guérisons fonctionnelles et anatomiques (47,82 %), 9 guérisons fonctionnelles avec diminution des lésions anatomiques (39,13 %), 3 cas n'ont présenté aucune modification (13,04 %) ; *b*) dans un second groupe de 38 cas d'annexites subaiguës, il y eut 24 guérisons fonctionnelles et anatomiques (63,15 %), 12 guérisons fonctionnelles avec amélioration des lésions locales (31,57 %), 2 cas sans modification ; *c*) dans un dernier groupe de 55 cas d'annexites chroniques douloureuses, il y eut, 26 guérisons fonctionnelles et anatomiques (47,26 %), 21 améliorations fonctionnelles sans diminution des lésions (38,18 %), 8 cas sans modification (14,54 %). La douleur, symptôme principal, a disparu dans 91 cas sur 116, soit au bout de quelques heures, soit au bout de quelques jours. Les hémorragies qui prédominaient dans 7 cas ont cessé au bout de 2 à 4 jours. La leucorrhée qui prédominait dans 8 cas a diminué très rapidement. Quant à l'état général, on a noté une disparition rapide de la fièvre dans les cas aigus ou subaigus. En résumé, la méthode fut rapidement efficace chez 85 malades, soit 73 %; dans 31 cas, on n'observa aucune amélioration apparente. (DANIEL et MAVRODIN : Nouveau traitement des annexites par « blocage anesthésique », *Gyn. et Obst.*, décembre 1938, p. 333).

CORREA DA COSTA cherchant à vérifier la méthode proposée par DANIEL et MAVRODIN a obtenu des résultats analogues. (Nouvelle méthode de traitement des annexites. *Annaes Bras. de Gyn.*, juillet 1939, p. 16).

Chimiothérapie. — H. VIGNES rappelle quelques indications du chlorate de potasse en obstétrique et en gynécologie ; ces indications sont au nombre de trois : *a*) lutte contre l'avortement habituel, mais l'auteur a toujours associé au chlorate de potasse, le traitement antispécifique ou le traitement thyroïdien ; ses observations ne peuvent être démonstratives ; cependant, il semble que le potassium puisse modifier les conditions circulatoires et biochimiques de la muqueuse utérine ; *b*) traitement des règles pauvres pour lesquelles l'auteur a eu bon nombre de succès ; *c*) emploi du chlorate de potasse contre les kystes ovariens ou, tout au moins, contre certains états microkystiques. (Le chlorate de potasse en gynécologie et obstétrique. Le *Progrès médical*, 28 octobre 1939, n° 42.43). — FIGARELLA a présenté à la *Société de chirurgie de Marseille.* (*Bull.*, 1939, p. 120), quelques « réflexions à propos de 124 affections gynécologiques traitées par les sulfamides ». Les lésions gonococciques sont les mieux influencées. Plus le traitement est précoce, meilleur est le résultat. Les brûlures vulvo-vaginales sont radicalement supprimées, alors que les douleurs des annexites persistent. L'hypersécrétion disparaît de suite ; les ménorragies et métrorragies dues à l'ovarite sont rapidement amendées. Les vulvo-vaginites, la moitié des uréthrites et des bartholinites ont été guéries. L'effet sur la cervicite n'a pas été très remarquable à la différence des endométrites. Les salpingites récentes sont très heureusement influencées ; cependant, avoue FIGARELLA, les douleurs subsistent souvent. Le traitement a été efficace dans trois cas sur sept pelvipéritonites. — J.-H. FISHER vient de publier cinq cas d'encéphalomyélite consécutive à l'emploi de sulfamide à petites doses (Encéphalomyélite consécutive à l'administration de sulfanilamide. *Lancet*, 1939, deuxième semestre , p. 301).

Rayons. — ASSIM ONUR est douloureusement impressionné, dans sa clinique, par l'examen des femmes qui ont subi, quelques mois plus tôt, une application de radium nettement insuffisante et qui viennent à la consultation en pleine évolution cancéreuse. Ces malades sont difficiles à

traiter, car la première application a donné un coup de fouet à la tumeur et l'a, en même temps, rendue plus radiorésistante. Une seconde application de radium succédant, à quelques mois d'intervalle, à une première application incomplète, est généralement désastreuse. D'où la nécessité absolue de n'utiliser le radium que suivant une technique parfaitement réglée, la dose et la durée d'application étant calculée pour chaque cas. (A propos de la curiethérapie du cancer du col utérin. *Dirim*, nº 1, 1938). — Les rayons déterminent parfois des vomissements incoercibles, bien connus des radiothérapeutes, souvent ils sont tels que le traitement doit être interrompu. Leur pathogénie est très obscure et leur traitement empirique. Ayant montré que, dans cette manifestation du mal des rayons, les deux phénomènes essentiels, exhémie plasmatique et résorption protéolytique, se réflétaient dans la biochimie du sang, LAMBRET, DRIESSENS et CORNILLOT ont étudié, chez 12 de ces malades, le chlore plasmatique et globulaire, le pH, la réserve alcaline, la glycémie, l'azote uréique, l'azote amine, l'azote polypeptidique. Les résultats essentiels de ces recherches sont l'hypochlorémie surtout plasmatique et la diminution de la réserve alcaline contrastant avec une augmentation du pH et l'hyperpolypeptidémie. Ce syndrome humoral n'est pourtant pas directement la cause des vomissements, car ceux-ci cèdent parfaitement au traitement : chlore-glucose-insuline... alors que le syndrome humoral, lui, ne cède pas et continue à s'accentuer quand le traitement radiologique est redevenu possible. (Recherches humorales au cours des vomissements incoercibles secondaires aux irradiations des cancers. *Bull. du Cancer*, 1939, p. 274).

Hermaphrodisme et intersexualité

Sous le titre « d'intersexualité familiale », MISHELL a rapporté l'histoire de trois sœurs aménorrhéiques, présentant de petites hernies inguinales. Dans l'urine, on trouva de la folliculine. Dans les sacs herniaires, on trouva un organe qui, à l'examen, se révéla être un testicule. Après l'intervention, la sécrétion de folliculine cessa et fut remplacée par du prolan. Les auteurs admettent que la folliculine était sécrétée par les testicules et que la sécrétion du prolan, inhibée par eux, apparut comme elle le fait chez les femmes castrées ou ménopausées. (*Am. Journ. of Obst.*, juin 1938, p. 960).

Vulve et vagin

Anatomie et physiologie. — A. DELMAS, pour étudier le développement de la glande de Bartholin, a examiné trois fœtus de 6, 9 cm., 12 et 24 cm. La glande, sur la pièce datant du troisième mois, était déjà complètement développée. Donc le développement est plus précoce que ne le disent les auteurs. (Développement de la glande de Bartholin). *Ann. d'anat. path.*, mars, 1939, p. 773).

Malformations vulvo-vaginales. — Un cas d'aplasie vaginale a été récemment opéré par ABREU DE LIMA. Technique de Frank-Geist, c'est-à-dire greffe d'un tuyau cutané formé aux dépens de la peau de la face interne de la cuisse. La greffe prit bien. Le nouveau vagin tend néanmoins à se rétrécir et exige la dilatation périodiquement répétée. (Absence congénitale de vagin. Traitement chirurgical. *Annaes Bras. de Gyn.*, juin 1939, p. 16.) — MIRCEA CONSTANTINESCU présente l'observation d'une malade de 24 ans entrée à l'hôpital pour aménorrhée primitive chez laquelle le vagin se termine en cul-de-sac. Après une laparotomie exploratrice, où il trouve l'utérus et les ovaires normaux, il fait par voie vaginale l'ouverture du vagin postérieur ; il trouve dans une cavité le canal utérin ; il suture cette cavité à l'orifice du vagin nouvellement créé ; suites opératoires normales. On attend le rétablissement de la menstruation. (Malformation congénitale utéro-vaginale opérée. *Rev. de Obst. Gin. Puer.*, janvier-mars 1939, p. 43.)

Affections vulvo-vaginales non malignes. — GEORGIADES et ELIAKIS rapportent l'observation d'une femme mariée en Egypte, qui s'embarqua sitôt après le mariage avec son mari. Dans le bateau eut lieu le premier coït. De la rupture de l'hymen s'ensuivit une hémorragie abondante qui, en l'absence de toute intervention, causa la mort en quelques heures. L'examen des organes génitaux montre un hymen semi-lunaire, de consistance charnue, ne présentant aucune lésion à ses bords libres, mais arraché à sa base. Cet arrachement de l'hymen a provoqué le décollement du vagin, en sa partie postérieure, sur une assez grande étendue. (Un cas de mort à la suite d'une hémorragie due à la rupture de l'hymen, après un premier coït. *Soc. hellénique de Méd.*, octobre-décembre 1938). — DABNEY a obtenu quatre succès sur huit cas de prurit vulvaire cryptogénétique par l'acide nicotinique. (20 milligr., trois fois par jour et, si nécessaire, jusqu'à 100). Il faut, avant d'essayer cette thérapeutique, s'assurer qu'il ne s'agit pas de diabète, d'un état allergique ou d'une infection locale (péditulose, mycose, trichomonas, gonococcie.) (Emploi de l'acide nicotinique dans le prurit vulvaire idiopathique. *Southern Surgeon*, juin 1939, p. 232.) — N.-J. FICENES rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, née d'une famille tuberculeuse, présentant une ulcération tuberculeuse siégeant sur la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin, avec fistule

◆◆◆

recto-vaginale. Sous l'action des rayons X et d'une pommade de vitamines, la cicatrisation a commencé à s'établir superficiellement ; mais, six mois après, la femme meurt par lésions pulmonaires. (Tuberculose du vagin, *Ginecologia Polaka*, janvier-février, 1939, p. 72).

Tumeurs. — ARNALDO DE MORAES et PROVENZANO relatent l'histoire d'une femme présentant au toucher vaginal une petite saillie dure au tiers supérieur de la paroi vaginale gauche et, à droite, deux petites nodules près de la voûte vaginale. La biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde. On essaie d'abord la curiethérapie, mais sans résultat. On s'adresse, alors, à la chirurgie : après incision circulaire du vagin à trois centimètres en dedans de l'orifice vulvaire, on fait le décollement du rectum et de la vessie, ayant eu le soin de fermer le tube vaginal audessus de l'incision ; on a pratiqué alors un Wertheim et on draine à la Mickulicz. La malade quitte le service, guérie, mais meurt quelques mois après d'une pneumonie grippale intercurrente.

Utérus

Anatomie et physiologie. — PETRESCO a mesuré le tonus de l'utérus après injection d'extrait de glande mammaire, au moyen de l'hystérosalpingographie. L'injection de 2 c. c. d'extrait de glande mammaire fait tomber le tonus utérin de 5 à 3 c. c. de Hg. ; l'effet dure cinq à vingt minutes, puis tout revient à la normale. Ces faits peuvent être expliqués par la diminution du débit sanguin dans les vaisseaux de la paroi utérine et dans sa muqueuse, diminution qui est la manifestation locale d'un effet général propre à cet extrait. Ces résultats font comprendre l'effet favorable de la glande mammaire dans les ménorragies et métrorragies fonctionnelles, dans les fibromes, dans les états congestifs pelviens, dans la rétention urinaire du post-partum, etc. Cependant, en dehors de cette action décongestionnante, l'auteur admet une influence endocrinienne (Recherches cliniques sur l'action de l'extrait de glande mammaire sur le tonus de l'utérus en dehors de la gestation. *Bull. et mém. de la Soc. roumaine d'endocr.*, 1939, p. 228).

Malformations. — LAMARQUE rapporte le cas d'une femme présentant une hernie inguinale bilatérale avec douleur non cyclique. Pas de règles, pas d'orgasme, gonflement mammaire mensuel. Hypoplasie des petites lèvres, masse dans les grandes lèvres faisant penser à un testicule. Rien au toucher vaginal ou rectal qui rappelle un utérus. On pratique la double cure radicale de hernie : dans chaque canal, on trouve une corne utérine et un ovaire. La corne se prolonge dans l'abdomen par un cordon fibreux qui s'en va, probablement, en direction du fond vaginal. (Utérus didelphe avec cornes en ectopie inguinale. *Ann. d'anat. path.*, mars 1939, t. 16, p. 190).

Rétroversion. — JOSE MEDINA insiste sur le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés comme traitement de choix. (Réflexion sur la correction des rétroversions utérines. *Annaes Bras. de Gyn.*, mars 1938, p. 219.)

Affections utérines non néoplasiques. — GARNIER rapporte un cas rare de leucoplasie du col utérin chez une prostituée de 30 ans dont les examens sérologiques sont négatifs. Le diagnostic a été vérifié par la biopsie. (Leucoplasie du col utérin. *Bull. de la Soc. fr. de Derm.*, avril 1938, p. 389.) — CLÉMENT SIMON a constaté chez trois femmes atteintes de chancre syphilitique du col de l'utérus, la présence d'un ou deux ganglions pelviens. Ces ganglions, nettement perceptibles au toucher vaginal, explorant les parois latérales du petit bassin, sont du volume d'un noyau de cerise ou d'une petite cerise sphérique, durs, très mobiles, indolores. Quatre radios prises au cours de touchers vaginaux, montrent la situation du ganglion qui répond exactement au ganglion principal de Leveuf et Godart. L'adénopathie pelvienne des chancres du col n'a jamais été décrite. Il s'agit, donc, d'un signe clinique nouveau d'une grande importance doctrinale et pratique (Trois cas de chancres syphilitiques du col de l'utérus accompagnés d'adénopathie satellite pelvienne nettement perceptible au toucher vaginal. *Bull. de la Soc. fr. de derm.*, avril 1938, p. 604.)

Tumeurs bénignes. — LOIS A. DAY rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans à qui on extirpe un petit polype de cinq millimètres de longueur. L'implantation saigne ; on cautérise et on a l'impression que le cautère entre dans un tissu friable. L'histologie montre un cancer à cellules squameuses et on applique radium et rayons. Sur 300 polypes extirpés chaque année à la Clinique Mayo, on en trouve environ un qui soit en rapport avec un processus cancéreux. (L'importance clinique des polypes du col. *Proc. of the Staff meetings of the Mayo Clinic.*, 11 octobre 1939, p. 650.)

BASES PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉLECTRO-CARDIOGRAMME (1)

Par le Docteur BALEDENT

L'électro-cardiogramme est une méthode d'exploration cardiaque qui consiste à recueillir graphiquement les phénomènes électriques, qui accompagnent la contraction du myocarde. C'est une loi générale de la biologie que tout organe, qui travaille, libère de l'électricité.

Les parties excitées deviennent électro-négatives par rapport aux parties qui restent en repos et les muscles en général, le muscle cardiaque en particulier, n'échappent pas à cette règle.

Les physiologistes ont démontré depuis le milieu du siècle dernier que, si l'on réunit un galvanomètre à des électrodes placées sur un muscle ou sur un cœur, les contractions de ce muscle s'accompagnent d'une variation de potentiel. On peut enregistrer cette variation électrique du muscle à l'aide de l'électromètre capillaire de Lippmann. Mais l'inconvénient de cet appareil, c'est l'inertie du mercure ; il permet par contre, en photographiant les variations du ménisque, occasionnés par le passage du courant, de révéler qu'en ce qui concerne les muscles squelettiques, on obtient une onde diphasique, alors que ce qui caractérise le myocarde, c'est une courbe polyphasique ; et cet aspect polyphasique est très particulier. Nous reviendrons tout à l'heure sur les difficultés de son interprétation.

Marey avait déjà, à l'aide de cet appareil, enregistré les variations électriques du cœur de chien mis à nu, en plaçant directement les électrodes sur l'organe. Puis, les physiologistes montrèrent qu'il n'était pas indispensable que cette application soit directe.

Les courants du cœur naissent, en effet, sur une ligne réunissant la base à la pointe et qu'on appelle l'axe électrique du cœur, qui se confond avec le trajet du stimulus contractile. Mais ces courants ont la propriété de diffuser sur la surface du corps suivant les lois de la diffusion électrique, de sorte que, théoriquement, les physiologistes savaient que rien ne s'opposait à ce qu'on les recueillit directement sur la peau en différents points du corps.

Ce qui manquait jusque maintenant, c'était un appareil assez sensible et c'est la découverte du galvanomètre à corde par Einthoven, en 1903, qui permit de faire passer l'électrocardiophie du domaine expérimental dans le domaine clinique.

Cet appareil est constitué par une fine corde, fil de quartz argenté, tendue entre les pôles d'un électro-aimant puissant et dont les oscillations, provoquées par le passage du courant, sont amplifiées par un microscope, puis photographiées sur un film. Ainsi nous obtenons l'électrocardiogramme.

La technique est simple. Après avoir décapé la peau à l'éther, on applique les électrodes métalliques avec interposition de feutre trempé dans l'eau salée sur la peau.

On a décrit de nombreuses dérivations. Les dérivations classiques sont :

D I, une électrode sur le bras droit, l'autre sur le bras gauche.

D II, une électrode sur le bras droit, l'autre sur la jambe gauche.

D III, une électrode sur le bras gauche, l'autre sur la jambe gauche.

On a préconisé la dérivation IV. Une électrode exploratrice étant appliquée sur la pointe du cœur, l'électrode indifférente sur la jambe gauche ; cette dérivation interroge surtout le fonctionnement du ventricule gauche.

Lian interroge l'oreillette droite, en appliquant sa première électrode dans le IVe espace intercostal droit. Enfin, on a pu interroger l'oreillette gauche, mais ceci est une méthode de laboratoire plus que de clinique ; cela consiste à introduire l'électrode exploratrice par une sonde œsophagienne. Il faut toujours prendre plusieurs dérivations et les confronter avec soin. Etudier de très près la durée des différents accidents P, Q, R, S, T. Se souvenir aussi que si l'amplitude de l'excursion de la corde est proportionnelle à la force électro-motrice, il y a une indépendance complète entre cette amplitude et la force contractile du cœur. Il faut donc renoncer à apprécier cette dernière par l'examen de cette amplitude.

La première onde observée représente l'atriogramme ; le reste du tracé Q, R, S. T, représente le ventriculogramme.

Comment peut-on interpréter les oscillations de l'électrocardiogramme ?

Les théories unicistes ou topographiques admettent que chaque fibre du cœur n'est parcourue que par une seule variation électrique, cette variation atteignant successivement les différents territoires du cœur. Elle est la théorie de Gaskel.

(1) Résumé d'une conférence faite à la Réunion médico-chirurgicale d'Amiens.

Le physiologiste anglais Lewis admet, et se base sur des expériences que je ne puis rappeler ici, que l'électrogramme normal est un bigramme, reflet électrique des deux monogrammes droit et gauche.

Le dualiste Fredericq, de Liège, admet que l'onde R et l'onde T n'ont pas la même origine.

R rapide, représente la contraction rapide des myofibriles.

T onde lente et aplatie représente la contraction paresseuse du sarcoplasme.

C'est pourquoi cette théorie dualiste peut être appelée théorie histo-physiologique et Fredericq, à l'appui de sa théorie, nous montre que le cœur de poulet, qui ne contient que du sarcoplasme avant cinq jours d'incubation, présente un électro-cardiogramme caractérisé par un soulèvement unique T ; R. n'apparaît qu'après l'apparition des myofibrilles.

D'autre part, Fredericq recueille le tracé électrique d'un lambeau de myocarde, pris en n'importe quel point du cœur, et obtient une courbe polyphasique.

N'est-ce pas là une expérience, qui semble ruiner la théorie topographique ?

On a objecté à Fredericq que l'onde P. auriculaire devait être également polyphasique, puisque la constitution histologique du myocarde auriculaire est identique à celle du myocarde ventriculaire.

Or, ce physiologiste a montré que l'atriogramme, pris dans certaines conditions particulières, est également polyphasique (il recueille un tracé électrique d'un lambeau d'oreillette ou dans une autre expérience, il recueille l'atriogramme d'un cœur de tortue privée de ventricule).

Si l'atriogramme est monophasique à l'état physiologique, c'est que les courants d'origine auriculaire sont court-circuités par le ventricule et échappent ainsi à la dérivation, qui tente de les conduire vers le galvanomètre.

Pour terminer, je tiens à rappeler rapidement quelques exemples typiques d'électro-cardiogrammes pathologiques, afin de montrer l'intérêt que cette méthode peut présenter en clinique.

Dans le rétrécissement mitral l'onde P est ample et acuminée.

Dans la bradycardie totale ou sinusale, les complexes sont normaux avec simple allongement de la pause diastolique.

Dans les tachycardies sinusales : complexes normaux, mais diastole écourtée.

Dans l'auricular Fluter ou tachycardie auriculaire de Ritchie, on observe de rapides extra-systoles auriculaires qui donnent un aspect festonné à la courbe.

C'est souvent le stade préliminaire de l'arythmie complète ou fibrillation auriculaire qui se manifeste par l'absence de l'onde P.

Les extra-systoles seront dépistées par l'électro-cardiographie, qui permettra de révéler le siège exact et le point de départ de ces systoles hétéro-typiques (auriculaires, nodales ou ventriculaires).

Dans la bradycardie par dissociations auriculo-ventriculaires, il n'y a plus aucun rapport entre l'onde auriculaire P et les complexes ventriculaires Q, R. S. T. Ce qui s'explique, puisque oreillettes et ventricules n'ont plus aucun rapport fonctionnel.

L'électrocardiographie permet de pousser plus loin l'étude de la conductibilité du myocarde, et nous permettra de faire le diagnostic du bloc de branche, du bloc d'arborisation (tracé du bas voltage).

Cette méthode nous permettra de dépister bien souvent des syndromes angineux, qui ne s'accompagnent d'aucun signe objectif dans ces cas.

On pourra trouver des décalages de l'espace S, T, et élargissement avec crochetage de l'onde R.

Dans l'infarctus du myocarde, on pourra relever l'onde coronarienne de Pardée ou élévation de T (onde en dôme) et préciser le diagnostic topographique de la lésion dans bien des cas (type T.1 ; type T.3 de Parkinson et de Bedford).

J'ai essayé de rappeler les cas les plus fréquents, où l'électrocardiographie peut nous donner de précieux renseignements. C'est une méthode à laquelle le médecin doit faire souvent appel, non seulement dans le diagnostic des arythmies comme on l'a cru très longtemps, mais chaque fois que l'on soupçonne chez un malade un état de souffrance du myocarde ou des troubles de circulation coronarienne, cas où la clinique est si souvent muette (1).

(1) Dans un prochain numéro, nous développerons, à l'usage des praticiens, quelques données sur les services que peut rendre l'électrocardiogramme. (N. L. D. R.)



LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOÛT DU JOUR



Le curettage en obstétrique

Se différencie nettement du curettage en gynécologie

D'après le Professeur C. JEANNIN (1)

DEUX SITUATIONS PARTICULIÈRES : L'ACCOUCHEMENT ET L'AVORTEMENT

Il importe de bien connaître cette question, car elle est de tous les jours.

Accouchement

Dans le post-partum, c'est-à-dire chez la femme, qui est accouchée soit au voisinage du terme, soit au cours des derniers mois de la grossesse, le curettage est extrêmement particulier : tout est dominé par le ramollissement gravidique de l'utérus. Habituellement, en effet, on envisage le curettage comme une opération devant se faire dans une poche musculaire résistante, donnant à la curette un contact rude, qui donne lieu à cé qu'on a appelé le « cri utérin ».

Or, dans la situation envisagée, on se trouve en présence d'un utérus souvent mal délimité, d'un volume qui ne rappelle en rien les utérus dits gynécologiques, sans paroi solide : le fond paraît fuir sous la main, comme se diluer dans abdomen. Deux craintes dominent alors le curettage : ne pas curetter assez et laisser, par suite, quelque chose dans l'utérus, parfois tout le placenta, parfois un grand nombre de débris, — ou curetter trop, de sorte qu'on enlève, non seulement le placenta, mais aussi du muscle utérin, parfois du péritoine, ou même d'autres organes.

A ce curettage post-partum, qui doit être très rare, deux groupes d'indications, suivant qu'il y a, ou non, une infection.

Cas supposés non infectés.

La cavité utérine est loin d'être sans microbes, et, même sans signes cliniques d'infection, les femmes sont cependant des candidates à l'infection. Ici, se rangent les cas classiques, où *la délivrance est manifestement incomplète.*

a) Dans les heures, qui suivent immédiatement l'accouchement, le curettage est une mauvaise technique. L'utérus étant largement ouvert, il faut le vider à la main, qui repère avec bien plus de précision qu'un instrument le siège de la rétention, les limites de l'utérus.

b) Après plusieurs jours, la femme saigne abondamment, l'involution utérine ne se fait pas ; manifestement, l'utérus n'est pas vide.

Quand la rétention est purement membraneuse, on a tendance à ne pratiquer aucune intervention : on met de la glace sur le ventre ; au besoin, on fait un peu d'hypophyse et c'est tout. Mais parfois, il se produit une rétention des lochies, parce que les membranes font clapet à l'orifice utérin ; il faut les enlever, mais la curette n'attaquera pas ces membranes. Le meilleur moyen de les enlever, est de se servir d'un écouvillon ou d'une compresse de gaze montée sur une pince.

Quand, au contraire, la rétention est cotylédonnaire, curettage ou curage digital ? Chaque fois que la chose est possible, il faut préférer le doigt à la curette aveugle. Cependant, si les débris sont tellement adhérents à la paroi utérine que le doigt ganté se révèle impuissant, la curette s'impose, et non pas la curette mousse, mais la curette tranchante, qui devra être maniée avec une extrême douceur.

A part ces cas d'adhérence anormale, l'utérus est généralement encore assez ouvert pour laisser passer la main ; sinon, recourir à la curette-mousse de Cuzzi, dont le bord ne blesse pas l'utérus. Si l'utérus est très mou, saignant facilement, il sera bon de mettre ensuite un tamponnement, mais à la condition de l'enlever le soir même.

Cas infectés.

Faut-il curetter dans les infections puerpérales ?

Mieux vaut, en principe, s'abstenir par crainte de lancer dans la circulation les germes, qui pullulent dans l'utérus. D'autre part, si l'on a la certitude d'un utérus vide, parce qu'on a vu la délivrance, et qu'une exploration intra-utérine prudente l'a démontré, il serait absurde, par un curettage d'enlever la muqueuse utérine, qui sert de défense, et joue le rôle de barrière pour empêcher les germes de passer.

Par contre, et exceptionnellement, si on trouve un utérus plein de débris, dégoulinant avec un liquide d'odeur infecte sur le doigt, qui explore, et qu'il soit impossible de les extraire au doigt d'un utérus trop fermé, le curettage est néces-

(*) Du curettage en obstétrique (*Journal des Praticiens*, 23 novembre 1940).



saire : curette mousse avec une extrême douceur, puis tamponnement imbibé de vaccin.

Avortement

Le curettage post abortum a un rôle tout différent de celui du curettage post partum ; il peut se pratiquer, en plus, soit pour faire l'avortement, soit pendant un avortement, qui est en train de se faire.

Nous n'envisagerons que la *pratique de l'avortement* thérapeutique, et non celle de l'avortement criminel, et nous supposerons ses indications posées et discutées.

La femme n'est pas en travail : c'est donc un avortement provoqué. Il faut d'abord ouvrir la porte par la pose d'une laminaire, en changeant cette tige le lendemain, si l'on n'a pas assez de place. Mieux vaut ne pas laisser trop longtemps les laminaires, cause d'infection et de fatigue. D'autre part, la dilatation obtenue doit être suffisante : si la curette passe à frottement, elle fait parfois des dilacérations, qui peuvent ne pas être sans importance. On curette bien les faces utérines, les bords, le fond, les angles pour lesquels on a souvent intérêt à prendre la curette fenêtrée triangulaire. Ne pas trop curetter, surtout ne pas attendre le fameux cri utérin.

La difficulté, à laquelle on se heurte, est souvent l'hémorragie, car il s'agit d'un œuf vivant. Ne pas perdre de temps et aller vite, car les femmes sont déjà en mauvais état. Cette notion d'hémorragie est si importante qu'il y aura intérêt, après curettage à mettre un tamponnement bien serré avec une mèche sans fin pas trop large ; on l'enlèvera le soir même.

Un *avortement étant en train*, on estime parfois qu'il faut l'accélérer. Souvent, il n'est pas besoin de dilatation préalable. En général, sous anesthésie, on peut facilement pénétrer. S'il existait encore un canal cervical, utiliser les bougies de Hégar.

Enfin, *post abortum*, la grande indication est la rétention placentaire complète ou partielle. Sauf, dans de très vieilles rétentions, il est inutile de faire une préparation aux laminaires. Si le col n'est pas assez ouvert, on l'élargit extemporanément aux bougies de Hégar. Les trop petites sont perforatrices ; les trop grosses sont inutiles et risquent de faire éclater le col. Pour vider l'utérus, on se servira avec avantage de la pince manchette de Bonnaire.

Facilement dangereux, le curettage, assez courant pour l'avortement, doit être de plus en plus rare dans le post-partum

Si les curettages *gynécologiques* connaissent des accidents, les curettages *obstétricaux* en connaissent encore *bien plus*. En général, un *éclatement cervical* n'est pas causé par la curette, à moins d'un usage vraiment brutal ; il est habituellement l'œuvre d'une bougie de Hégar.

C'est *la perforation utérine*, qui se révèle l'accident classique de la curette, de la bougie, de la pince à pansements, etc.

Dans la majorité des cas, l'utérus étant en antéflexion, la curette perfore la paroi postérieure du segment inférieur et va se promener à la partie haute du cul-de-sac de Douglas. Si on a redressé l'utérus, c'est le fond qui est perforé et la curette va en plein grand péritoine. Si l'utérus est rétrofléchi, la perforation se fait en avant, et la curette va derrière ou dans la vessie. Les perforations latérales sont très fréquentes, surtout parce qu'elles sont fréquemment amorcées par une divulsion due aux bougies de Hégar : la curette pénètre alors en plein périmétrium.

Quelles sont les conséquences de la perforation ? Parfois, il ne se produit rien. Tout s'arrange spontanément ; elle ne donne pas d'*hémorragie* ou très peu.

Quant à l'*infection*, elle est probable dans les utérus dits aseptiques ; elle est certaine dans les utérus infectés. Pelvipéritonite, surtout avec une perforation basse, douglassienne ; cellulite pelvienne, après une perforation latérale ; péritonite généralisée dans les perforations du fond ; septicémie enfin, à la suite de la brèche utérine.

Quelquefois, on croit à une perforation, alors qu'il n'en est rien. Le diagnostic peut être délicat, parce qu'on tombe sur une véritable diastole utérine, pendant laquelle la curette semble comme avalée, simulant une perforation.

Quel est le traitement de la perforation ?

1° Si la perforation a lieu dans un milieu supposé aseptique, le mieux est l'expectation. On met de la glace sur le ventre, et, si cela ne s'arrange pas, on agira comme dans la deuxième hypothèse. Il ne faudra jamais faire de tamponnement, par crainte d'agrandir la brèche ;

2° En milieu septique, au cas d'une perforation basse, l'utérus n'étant pas trop infecté, on peut attendre en surveillant. En cas d'une perforation du fond, ou d'un utérus trop infecté, il faut faire une hystérectomie immédiate ; la vaginale sera la meilleure ; mais on n'oubliera pas la fragilité des tissus, sur lesquels les pinces lâchent facilement, car, sinon, la femme est perdue. On fera donc, le plus souvent, à faire une hystérectomie abdominale.

Enfin, le curettage peut être également le point de départ d'une infection soit générale, soit localisée sous forme de salpingite ou de cellulite.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'instillation intraveineuse continue dans le traitement des états toxiques cholériformes

Cette méthode repose sur deux principes : le repos absolu du tube digestif et l'introduction lente du liquide dans une veine du pli du coude préalablement dénudée et incisée. On utilise une aiguille spéciale placée à demeure, montée sur un dispositif de goutte à goutte, comportant un système qui maintient à une température convenable le sérum employé. Celui-ci est du sérum glucosé isotonique, additionné d'une certaine quantité de sérum chloruré sodique. Si l'acidose est marquée, on injecte du sérum bicarbonaté à 17,5 p. 1.000. Pendant la première demi-heure, la vitesse d'écoulement doit être rapide (100 à 250 cent. cubes), puis elle est très ralentie : 8 à 10 gouttes à la minute, soit 120 à 150 cent. cubes par kilo de poids corporel en 24 heures. L'aiguille peut être laissée en place, 3, 4, 5 jours, jusqu'à ce que l'enfant tolère l'absorption buccale, de la ration minima nécessaire de liquide, soit 120 gr. par kilo de poids corporel.

Il ressort ainsi de l'étude publiée par M. Lelong et R. Joseph, que l'instillation intraveineuse continue représente un progrès considérable dans le traitement des états cholériformes. Par la mise au repos du tube digestif, à la fois courte et absolue, elle supprime les vomissements et la diarrhée. Elle réalise pour ainsi dire instantanément la restauration de la masse sanguine et fait disparaître les manifestations du collapsus cardio-vasculaire ; à ce titre, elle est une intervention d'urgence capable de sauver la vie du petit malade. Enfin, elle est la meilleure méthode de réhydratation, dont nous disposons à l'heure actuelle.

Malgré l'amélioration immédiate, souvent surprenante, obtenue par elle, l'état de l'enfant peut rester précaire pendant plusieurs jours après la suppression du goutte à goutte. A ce moment, l'étude du taux de la diurèse apparaît comme un élément de pronostic simple et précis, particulièrement intéressant, parce qu'il constitue un renseignement précoce et permet d'apprécier avec exactitude la signification des modifications pondérales observées. (*Paris médical*, 14 décembre 1940.)

Sur le traitement d'urgence des perforations pulmonaires, compliquant le pneumo artificiel

J. Rolland et M. Tsoutis rappellent que cette thérapeutique d'urgence est d'une pressante nécessité, quand on a affaire à un syndrome de perforation pulmonaire, qui réalise l'asphyxie suraiguë à laquelle il faut parer de toute urgence. Un poumon percé ne respire plus sous le pneumothorax, pas plus que ne se gonfle une chambre à air crevée. Faute, de la part du praticien, d'un coup d'œil clair et d'une action rapide, tout est fini en quelques instants.

Deux indications : 1° l'oxygénothérapie intense ; 2° l'exsufflation thoracique, au moins la lutte efficace contre la surpression, qui bloque l'hématose par déviation médiastinale en tassant le poumon symétrique, d'autant plus gêné pour se distendre à l'inspiration qu'il est déjà plus adultéré ou fonctionnellement inhibé par une thérapeutique collapsothérapique antérieure.

L'exsufflation a pu être réalisée par une foule d'appareils, notamment par celui construit récemment par l'un des auteurs pour l'aspiration pleurale. Mais, dans un cas désespéré, bien des moyens de fortune peuvent rendre de grands services. On a sauvé bien des malades en adaptant à l'aiguille du pneumothorax un tube de caoutchouc, que l'on branche sur une pompe à vide de Potain. Dès que le malade accuse de la dyspnée, quelques coups de pompe, qu'il peut donner lui-même, suffiront pendant 24 ou 36 heures à rétablir la situation ; car d'habitude, la période critique, où l'asphyxie suraiguë menace le malade, ne dure pas davantage ; ultérieurement, les choses s'arrangent.

On peut employer aussi le trocart de Coquelet à pleuroscopie, qui permet de ponctionner la cavité pulmonaire ; on y adapte un petit drain, dont on fait tomber l'ajutage dans un bocal plein d'eau, réalisant ainsi un drainage fermé. (*La Presse médicale*, 21 décembre 1940).



Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Les ulcères gastriques expérimentaux par cinchophène Action de l'eau de Vichy

(MM. Chiray, Justin-Besançon et Debray ; 17-12-1940)

Parmi les méthodes essayées pour provoquer, chez le chien, l'ulcère chronique expérimental de l'estomac, une des plus simples est celle qui consiste à donner à l'animal de l'acide phényl-cinchoninique (ou cinchophène). Il s'ensuit dans la grande majorité des cas la production d'ulcus gastriques prépyloriques à caractères macroscopiques et histologiques de l'ulcère humain, qui persistent si la drogue est continuée et guérissent en quelques semaines si elle est supprimée.

Ces ulcères expérimentaux permettent certaines études pathogéniques et thérapeutiques. Ainsi, l'administration de poudres alcalines détermine une atténuation appréciable dans la genèse desdits ulcères.

Partant de là, MM. Chiray, Justin-Besançon et Debray ont recherché l'action de l'eau de Vichy chez des chiens soumis, par ailleurs, à l'ingestion du cinchophène. Ils ont vu que l'eau de Vichy Grande-Grille avait des propriétés sinon empêchantes, du moins retardantes, sur le développement de l'ulcère expérimental au cinchophène du chien. Il s'agit là de propriétés sur l'ulcère en formation. Ces données, toutefois, ne sont pas applicables à l'homme. On sait, en effet, que les ulcus gastro-duodénaux humains en évolution représentent une des contre-indications classiques de la cure de Vichy, qui peut en exagérer la tendance hémorragique.

Note sur l'action du froid chez le nourrisson

(MM. Ribadeau-Dumas, Chabrun et Walther ; 24-12-1940)

En 1880, Parrot signalait déjà les conséquences du coup de froid chez le nourrisson promené sans précautions en hiver. Ces conséquences apparaissent doubles : immédiates, se traduisant par des accidents aigus (cyanose, hypothermie ; troubles digestifs dans des cas moins accentués) ; plus tardives, représentées par des accidents infectieux, surtout broncho-pulmonaires.

Il faut bien connaître cette sensibilité du nourrisson au froid (le nourrisson est également sensible aux chaleurs excessives) et prendre toutes précautions convenables qu'elle commande. M. Ribadeau-Dumas estime non utile de sortir un enfant de moins de cinq mois en hiver. Il faut pour cela attendre que la température extérieure se relève et avoisine 6°. Si, à domicile, la chambre de l'enfant a une température raisonnable et une ventilation satisfaisante, il n'y a, quoi qu'on en ait dit, aucun avantage à l'exposer à l'air vif chargé de poussières et de vent.

La protection vestimentaire du nourrisson sera réglée sur l'ambiance thermique. On n'oubliera pas non plus le rôle de l'alimentation et notamment des graisses et des protides dans la lutte contre le froid. Aux petits, il faut des laits complets.

Académie de chirurgie

Rupture possible de certaines balles de mitraillettes sur les plans osseux résistants

(M. Fèvre ; 30-10-1940)

Certaines balles, composées de métaux de densité différente, peuvent se briser en plusieurs morceaux lorsqu'elles rencontrent un plan résistant. Entrées par un orifice cutané unique, si elles se rompent sur un plan osseux, elles peuvent donner lieu à plusieurs corps étrangers : désagréable surprise pour le blessé et le chirurgien.

M. Fèvre en signale deux observations.

Dans un groupe de faits analogues, on peut ainsi rencontrer, les balles explosives mises à part : une première variété correspondant aux balles pulvérisant un os ; une seconde correspondant aux projectiles constitués par des métaux de densité différente et brisés ; une troisième correspondant aux balles divisées sur une plaque de blindage.

Quant à savoir s'il faut en pareille éventualité enlever tous les fragments, c'est là une question de bon sens chirurgical. Si le chirurgien doit pratiquer de gros délabrements pour extraire certains menus fragments accessoires, il s'abstiendra de les rechercher, en général.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Un cas de myélite aiguë, traitée et guérie par le corps 693

(M. G. Guillain et Mlle Corre ; 15-11-1940)

L'emploi des sulfamides ne semble pas encore avoir été signalé, en dehors des méningites aiguës suppurées, dans le traitement de la myélite aiguë, dont on sait le pronostic particulièrement grave, tant au point de vue vital qu'au point de vue des séquelles paraplégiques souvent définitives.

Le malade en question a présenté les signes les plus typiques d'une myélite infectieuse aiguë : paralysie des deux membres inférieurs, troubles sensitifs, troubles des réflexes tendineux et cutanés, troubles sphinctériens, escharre sacrée. Une dose totale de 20 gr, de sulfamide (6 comprimés par jour durant quatre jours, et 4 comprimés par jour les quatre jours suivants), par voie buccale, eut une rapide action d'arrêt sur l'évolution de l'affection de la moëlle épinière ; l'amélioration de tous les symptômes se fit en quelques semaines, et la guérison fut complète en trois mois.

Il a paru que les essais de traitement de certaines myélites infectieuses par les sulfamides méritaient d'être poursuivis.

De la valeur séméiologique du réflexe de la moue et des mouvements pendulaires des yeux au cours des états hypoglycémiques

(MM. Laignel-Lavastine, J. Asuad et Bouvet ; 22-11-1940)

Cette communication a trait à la pratique de la thérapeutique hypoglycémique en neuro-psychiatrie. Les résultats sont encourageants et sa venue marque une étape dans l'étude et le traitement des affections mentales ; d'après les statistiques étrangères, il se produit une amélioration de l'état morbide et même des guérisons dans la proportion de 78 à 80 p. 100. En France, les chiffres publiés jusqu'ici sont un peu moins éloquents.

Le malade, après un sérieux examen clinique et radiologique, reçoit à 7 heures du matin, tous les jours, sauf samedi et dimanche, des doses d'insuline qu'on augmente avec précaution jusqu'à atteindre le seuil réactionnel. Celui-ci est variable pour chaque malade, d'un sexe à l'autre, d'une constitution à l'autre. La symptomatologie varie avec le degré d'hypoglycémie obtenue, et celle-ci avec les doses du médicament. Les troubles apparaissent dix minutes après l'injection, au moment où commence la chute de la glycémie, l'anhydrémie, et l'augmentation de la tension céphalo-rachidienne.

Malgré leur variété, qu'elles soient générales, vasomotrices, digestives, cardio-vasculaires, nerveuses ou psychiques, les manifestations hypoglycémiques suivent un certain ordre depuis leur apparition chez un même malade. Dans une première phase, qui dure de 60 à 85 minutes, la somnolence et la torpeur prédominent. C'est ensuite l'excitation psychomotrice avec euphorie, et des troubles vaso-moteurs très importants : congestion ou pâleur de la face, mydriase, diaphorèse, hypertension de la maxima. La troisième phase comporte le shock, avec inhibition corticale, libération des centres tonigènes ou régulateurs du tonus, irritation pyramidale. Ici apparaît le phénomène de la « moue », manifestation de la spasmodicité de l'orbiculaire des lèvres ; il consiste en la protusion des lèvres, qui, projetées en avant, font la moue ; à ce moment, le malade est semi-conscient ; il y a toujours mydriase et déviation des yeux à droite, à gauche ou en bas ; ce signe précède le coma de 30 à 45 minutes. Enfin dans la quatrième phase se manifeste le coma avec aréflexie, troubles respiratoires et cardiaques, et ceux-ci commandent l'arrêt immédiat de l'hypoglycémie ; c'est alors qu'apparaissent les mouvements pendulaires des yeux, signe pathognomonique du coma hypoglycémique. Quand on ouvre les paupières du malade, tantôt inerte et flasque, tantôt en opistotonos, on constate au moment de l'hypotonie, un mouvement de va-et-vient lent, périodique, régulier, en un mot pendulaire des globes oculaires, avec myosis. La disparition de ces mouvements coïncide avec l'apparition des troubles circulatoires et respiratoires ; elle commande le resucrage immédiat du malade.

M. Henri Claude. — Ces indications permettent de se rendre compte combien ces thérapeutiques nouvelles nécessitent une observation attentive et une vigilance particulière au cours de la cure ; aussi faut-il suivre pour le manuel opératoire une technique très précise, qui a été détaillée par l'auteur.

On doit se garder d'un enthousiasme exagéré sur la valeur curative de la méthode. Il faut distinguer la démence précoce vraie (état organique), où les résultats sont à peu près nuls, — de la schizophrénie, relevant surtout de l'état fonctionnel (au début tout au moins). Ici, on note une perturbation de l'affectivité, du contact avec le monde extérieur, aboutissant à la dissociation ; le traitement par ces méthodes donne des résultats intéressants. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que le diagnostic de ces entités nosologiques est très difficile à poser au début, dans la pratique. Il y a intérêt, lorsqu'on est en présence d'un sujet jeune, qui présente un de ces éléments du syndrome morbide (qui peut prendre des allures plus ou moins maniaques, mélancoliques ou confusionnelles) à instituer d'une façon précoce cette thérapeutique de choc.

Il faut insister sur l'importance d'une surveillance étroite du sujet au cours du traitement, puisque les réactions du malade ne sont pas toujours fonction de la dose administrée, mais de la réponse que donne l'organisme du patient. On doit être assuré d'une surveillance médicale constante de toute la journée.

G. F.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître....

Encyclopédie médico-chirurgicale. CAHIER SPÉCIALISÉ, nº 7 : **Glandes endocrines, nutrition.**

Chez MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Tome : **Urologie et gynécologie médicales.** 2e *Edition.* Un vol. 380 p., 27 fig., 2 planches en couleurs. Broché : 110 francs.

Tome : **Maladies des reins**, par A. BRAULT, Jules COTTET et Edouard MICHON. 2e *Edition.* Un vol. 370 p., 13 fig. Prix : 150 francs.

J. GOURDON. — **Séméiologie radiologique des pneumopathies aiguës** (Tuberculose et suppurations pulmonaires exceptées). Préface du Professeur J. Tapie. Un vol. 296 p., 96 fig. Prix : 80 francs.

Docteur BONNET-LEMAIRE. — **Acuponcture chinoise appliquée. Règles du choix des points, suivies d'un répertoire de leurs indications cliniques.** Un vol., 120 pages.

M. E. BINET. — **Les hépatiques.** Préface du Prof. Chiray. Un vol., 302 pages. Prix : 40 francs.

MASSON ET Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Pierre OURY, médecin chef de l'Asile national de *Saint-Maurice et* Xavier LARMURIER, ancien interne.— **Troubles cardiaques et troubles vasculaires au cours des affections gastriques.** Un vol. de 110 pages (collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, nº 25). 1940. Prix : 22 francs.

Il n'est question dans ce travail que d'apporter des précisions sur les troubles cardio-vasculaires strictement d'origine gastrique.

Les auteurs envisagent donc, d'une part, les syndromes cardio-vasculaires eux-mêmes ; d'autre part, les affections gastriques qui les déterminent ; enfin les thérapeutiques qui doivent être mises en œuvre pour les combattre. Ils ne bornent pas cette étude à un exposé purement didactique, et ils lui donnent une portée essentiellement pratique. Fréquemment, en effet, ces troubles cardio-vasculaires ne portent pas la marque de leur origine ; par leur exubérance, ils masquent leur origine digestive et orientent à tort le médecin vers une affection cardiaque ou circulatoire ; enfin leur multiplicité explique sans doute la diversité des thérapeutiques qui leur sont opposées.

Au point de vue clinique, cet ouvrage est divisé en deux parties : 1º la description des troubles cardiaques. 2º celle des troubles vasculaires.

Sur les premiers, les auteurs sont relativement brefs et synthétisent l'acquis des classiques et des observateurs contemporains. Ils s'étendent davantage sur les troubles circulatoires, parce qu'ils sont plus complexes et que, tant au point de vue clinique que thérapeutique, ils ne paraissent pas avoir été l'objet d'études d'ensemble.

MASSON ET Cie, éditeurs,

Jean BARBIER, médecin des hôpitaux de Lyon, et Gabriel PIQUET, ancien interne des hôpitaux de Lyon.—**La sédimentation sanguine en pratique médicale courante.** Préface du Professeur Froment. Un vol. 140 p., 22 fig. (Collection Médecine et chirurgie : Recherche et applications nº 27), 1940, Prix : 28 francs.

L'étude clinique de la sédimentation sanguine, qui consiste à observer la vitesse de chute des globules rouges dans un sang rendu incoagulable, est une méthode trop peu appliquée encore en France.

Les auteurs ont eu le mérite de mettre sur pieds une technique rapide qui transpose la méthode sur le plan de la médecine courante et dans le temps d'un examen clinique.

Appliquant, grâce à ce procédé, leurs recherches à tous leurs malades d'hôpital et de pratique civile, ils ont pu multiplier les examens et c'est le résultat de milliers de sédimentations qu'ils nous apportent en précisant nettement l'intérêt de la méthode dans toute une série d'affections. Ils classent leurs résultats dans de grands chapitres qui déjà les annoncent : indications majeures, échecs, indications mineures.

Si nous ne retenons que les indications majeures, nous devons reconnaître avec eux que la sédimentation devient un examen indispensable dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire, dans la surveillance des syphilitiques, dans le diagnostic et le traitement du rhumatisme articulaire aigu et dans le diagnostic différentiel des rhumatismes chroniques.

Il s'agit en outre d'une méthode susceptible de rendre des services dans le dépistage des simulateurs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

❖ ❖ ❖

CRITIQUES ET ESPOIRS

Au moment où tant de modifications sont prévues dans l'étude et dans l'exercice de la médecine et de la chirurgie, il peut être bon de voir d'un coup d'œil l'état retardataire dans lequel nous a plongés un individualisme poussé à l'extrême, et de le comparer aux progrès incessants dus à une organisation disciplinée dans des pays plus jeunes et plus forts.

I. — *Le médecin de campagne.* — En dehors de son rôle magnifique d'assistance et de dévouement, il a le mérite énorme de travailler dans des conditions extrêmement pénibles ; il n'a aucune possibilité de faire des examens de laboratoire, ou de radio, et se heurte à l'ignorance, à l'incompréhension et à la négligence ; il fait déjà un travail considérable, quand il fait un diagnostic d'approximation et dirige son malade vers un centre ou l'autre. Mais il paraît bien difficile de changer ses conditions de travail.

II. — *La médecine dans les villes* continue à être, elle aussi, ce qu'elle a toujours été, pratiquement sans presque faire de progrès.

Les conditions hygiéniques sont lamentables. Dans notre siècle, les malades contagieux sont encore soignés à do micile au risque de disperser des épidémies. L'isolement n'existe pas, la famille du malade, le médecin lui-même ne prennent aucune des précautions nécessaires. Les malades contagieux peuvent venir même dans l'appartement du médecin !

Les conditions de diagnostic sont mauvaises et incommodes.

On ne peut pas facilement envoyer son client d'un spécialiste à l'autre, ni d'un laboratoire à l'autre, certains examens sont onéreux.

Quant au traitement, comment soigner et surveiller correctement une typhoïde, une méningite, un cardiaque ou même une pneumonie ?

Même dans les grands centres, on continue donc à exercer comme du temps de nos pères, sans plus d'hygiène ni de facilité, ni de sécurité. A quoi servent donc les bureaux d'hygiène ? A désinfecter ? Ils ne le font même pas, habituellement !

III. — Notre retard est surtout appréciable dans *les organisations chirurgicales.* Le chirurgien en province est devenu avant tout un propriétaire de clinique, c'est-à-dire d'une affaire commerciale, il a pris les méthodes commerciales, s'est appliqué à obtenir le rendement maximum, en limitant les frais le plus possible, non pas les frais relatifs à l'hôtellerie ou aux apparences, car le client peut les apprécier, mais ceux qui tiennent au fond même de son travail, c'est-à-dire l'instrumentation, l'appareillage, les examens de laboratoires et de spécialités.

Je connais des chirurgiens, dans des préfectures, qui ne possèdent de radio ou de laboratoires, ni à l'hôpital, ni dans leur clinique ! Et leur situation acquise leur permet impunément d'entretenir pour eux seuls cet état de nullité. « Si un jeune veut s'installer ici avec une radio, j'achèterai moi aussi, un poste encore plus beau, et j'ai les médecins avec moi » !

Même dans les centres qui ont une bonne réputation le travail est mauvais : rarement il existe des salles d'opérations septique et aseptique, jamais en tous cas il n'y a de chambres séparées réservées aux septiques ; souvent le mobilier ou les parquets ne se prêtent pas à la stérilisation, ni même au nettoyage.

On limite la chirurgie aux cas faciles ; d'ailleurs, comme me le disait un confrère « La valeur du chirurgien dans sa réussite compte pour 25 %, le reste... c'est du savoir faire » (Dichotomie, etc...). Dans des villes où existent plusieurs cliniques on assiste à cette situation lamentable de voir chaque installation chirurgicale reproduite à plusieurs exemplaires, aucune n'étant satisfaisante.

Aucun travail scientifique n'est jamais sorti de cette lutte acharnée. Les chirurgiens en province voient-ils donc des cas moins intéressants que dans les villes de Facultés ?

La rivalité des cliniques s'étend même au domaine politique, j'ai vu un chirurgien faire une campagne de front populaire parce que son concurrent était de droite.

On parle maintenant de décentralisation, et de faire des centres chirurgicaux même dans les villages. Bien sûr, on peut faire de la chirurgie partout : Ambroise Paré en faisait même sur les champs de bataille et sans se laver les mains. Mais pourquoi revenir en arrière ? Au cours de remplacements, il m'est arrivé d'opérer à domicile... Cela ne devrait-il pas être défendu ? Il existe déjà des chirurgiens ruraux, ils font de la chirurgie avec de mauvais aides, de mauvais ins-

truments, de mauvais moyens de diagnostic, et je connais de ces chirurgiens en sabots qui sombrent dans l'ivrognerie. Dans leur village, grâce à leur activité, il n'existe plus d'appendices, et les femmes n'accouchent plus que par césarienne !

Quant aux hôpitaux de province, ils servent, à peu de choses près, d'asile de vieillards ou d'enfants assistés ; leur activité est pratiquement nulle, et ceci tient essentiellement au fait que ce sont les propriétaires de cliniques qui assurent le service d'hôpital, ils le font au plus mal, car l'hôpital est pour eux le concurrent ! Une part de la responsabilité incombe aussi au Conseil d'administration qui aime bien aussi avoir peu à faire, et qui est souvent composé de personnages ayant intérêt à paralyser l'hôpital, son laboratoire, ou ses services de diagnostic ! ! !

Il est enfin un problème dont on ne se préoccupe presque pas : c'est le transport des malades de la campagne vers les centres de traitements. Tout récemment, sur un certificat de médecin, un maire de commune envoyait à l'hôpital une méningite cérébro-spinale par... l'autobus ! Il n'y a pas habituellement d'organisations de transport prévues ou bien organisées.

Si on veut considérer l'état actuel dans toute sa vérité, on est couvert de honte en songeant à ce que devrait être une organisation idéale, et en voyant à l'étranger comment fonctionne un service sanitaire. J'ai eu souvent l'occasion au cours de longs voyages, en particulier en Amérique, de sentir qu'à l'étranger on se moque de notre état retardataire. Devant de magnifiques installations, où tous les détails sont poussés à l'extrême (par exemple au pied de chaque lit de malade existe un coffret individuel stérile dans lequel se trouvent les gants, et tous les objets de pansements), l'étranger se plait à dire : « Vous n'avez pas cela en France ». Ils n'ont inventé que peu de chose, mais quel travail productif pourraient faire des Français avec les facilités qu'ont les autres (bibliothèques, fichiers, collections énormes, etc...).

En prenant dans les autres pays (et aussi heureusement dans certaines colonies) ce qu'il y a de bien, on pourrait, en modifiant l'organisation actuelle, obtenir de magnifiques résultats.

I. — La situation du *médecin de campagne* ne peut guère être facilement changée ; c'est l'état d'esprit, et les conditions de vie campagnardes qu'il faudrait changer.

II. — Dans *les centres ruraux* importants (importance due, en général, à un grand marché), il existe habituellement de petits hôpitaux, servant plutôt d'asiles, il serait possible de les transformer en *dispensaires*, où pourraient être soignés les petits blessés et les malades contagieux, (dont le placement devrait être obligatoire), où pourrait exister une maternité, une consultation de stomatologie, (car il est actuellement impossible à la campagne de se faire soigner les dents et l'état dentaire des paysans est déplorable) et enfin un petit laboratoire (on en est surchargé en ville) susceptible de faire quelques examens simples : (diphtérie, recherche de B. K., dosages d'urée).

III. — Ce n'est que dans les *centres plus importants* (sous-préfectures) qu'apparaîtrait le centre de travail véritable. Il existe déjà dans ces centres de vastes hôpitaux qu'il suffirait en général de remanier. L'importance des frais qu'entraîne une installation chirurgicale modèle, suffirait à elle seule à condamner la formule désuète des cliniques particulières, qui stagnent quand elles n'ont pas de concurrence, ou qui s'épuisent vainement dans la lutte dans le cas contraire.

La formule de l'*hôpital toutes classes*, déjà adoptée dans bien des villes, paraît être la meilleure ; elle satisfait notre sens égalitaire devant la maladie, elle permet des améliorations énormes des conditions de travail. Salles d'opérations multiples et modernes, pavillons septiques et aseptiques, services pour chaque spécialité, consultations à l'hôpital, et non plus à domicile. Instrumentation parfaite, laboratoires modernes, pratiques et d'expérimentation.

Avec l'ouverture de ces hôpitaux disparaîtraient les moyens commerciaux, la surenchère, la dichotomie. D'autre part, les jeunes médecins et chirurgiens pourraient trouver dès le début de leur installation, ne serait-ce que comme assistants, une porte ouverte à leur activité ; au lieu de se heurter au mur d'argent des cliniques, qui refusent de s'ouvrir et leur font perdre en quelques années d'attente du client, une grande partie du bénéfice qu'ils avaient acquis dans leur internat, dans des années de pleine activité !

Ce n'est enfin que dans les très grandes villes qu'il pourrait exister des centres beaucoup plus spécialisés, tels que les centres de chirurgie nerveuse.

Cette organisation ne peut se comprendre qu'avec des moyens de transports et d'évacuation commodes. J'ai vu fonctionner un hôpital modèle en plein désert, les malades venaient sans encombre de centaines de kilomètres à la ronde, il existait seulement un service convenable d'ambulance. L'aviation pourra peut-être un jour être utile dans les cas urgents, ou pour atteindre les centres éloignés.

Après les effrayantes vérités qui nous ont été révélées par notre effondrement, il faut se donner la peine de reconstruire du nouveau, et ne pas se contenter du replâtrage d'habitudes déplorables.

La France doit redevenir un modèle d'organisation et de travail.

Un Chirurgien de Province.

A PROPOS DE LA CONSTITUTION DE L'ORDRE DES MÉDECINS



TOUS LES MÉDECINS DOIVENT-ILS FAIRE PARTIE DE L'ORDRE ET REQUÉRIR LEUR INSCRIPTION AU TABLEAU ?

L'Ordre des médecins, posé en principe par la loi du 7 octobre, prend corps peu à peu. Les Conseils départementaux maintenant nommés et installés, nantis de secrétaires administratifs, sont à même actuellement de procéder à la dernière phase de la constitution de l'Ordre : l'établissement des tableaux. A cette occasion, une question se pose, chaque jour sous des formes nouvelles, et nous montre combien la vie s'intègre difficilement dans les cadres trop rigides ou trop étroits qu'on lui prépare : quels sont les médecins qui doivent requérir leur admission dans l'Ordre, leur inscription au tableau ?

Deux thèses extrêmes se présentent immédiatement à l'esprit. La première ne considère comme médecin, au sens professionnel et traditionnel du mot, que l'homme de l'art, le praticien exerçant à titre indépendant, l'analogue sur le plan économique de l'artisan. Sa caractéristique la plus apparente est fiscale : il est *patenté*, et dans ce vieux mot se cache son sens d'autrefois. La patente c'est le droit d'exercice délivré et reconnu par l'autorité. C'est bien de cela qu'il s'agit dans l'inscription au tableau.

Une seconde conception ne s'attache pas à l'exercice de la profession libérale du médecin sous son aspect le plus fréquent, mais s'inspire de la véritable doctrine moderne du corporatisme. Tous ceux qui, docteurs en médecine, concourent au maintien de la Santé publique et de l'hygiène forment un vaste corps social, une communauté, unie non point tant par la profession, que par le service public auquel ils collaborent. L'Ordre des médecins, avec les autres corporations sanitaires, est l'expression juridique de cette communauté, de même que l'Etat est l'expression juridique de la nation. Conçu dans ce sens largement extensif, il revendique comme membre tous les médecins dont l'activité se rattache à un titre quelconque aux services de santé.

A notre avis, ni l'une ni l'autre de ces deux thèses extrêmes ne saurait être intégralement suivies. Il n'est point question pour nous de fonder une doctrine moyenne où, selon l'adage, se trouverait la vérité ; mais nous voulons rappeler à ceux qui ont la délicate mission de conduire les premiers pas de l'Ordre, qu'il s'agit là d'une institution de droit public dont le domaine et la mission ont été tracés par la loi et soumise comme toute personne morale publique à la règle de la spécialité administrative, qu'elle ne peut valablement méconnaître.

Principe posé par la loi du 7 octobre

La première référence, qui constitue en quelque sorte la charte de l'Ordre des médecins, c'est bien évidemment la loi du 7 octobre 1940, et nous devons nous borner à son texte, sa lettre même, car nous n'avons pour nous éclairer sur les intentions du législateur, ni rapport préliminaire, ni travaux préparatoires.

Or que dit cette loi ? L'article 8 ayant trait à l'établissement des tableaux stipule que « dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des médecins dresse un tableau public des personnes qui *remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art.* » Enfin l'article 1er précise que « *nul ne peut exercer la médecine* s'il n'est habilité à cet effet par un conseil professionnel ».

Quels médecins dépendent donc de l'Ordre et de sa discipline. Ce sont ceux qui *exercent la médecine*, qui *pratiquent leur art.* Très bien nous dira-t-on mais ces mots peuvent être pris dans une acception très générale. L'hygiène par exemple est un art médical et le médecin chargé des services d'hygiène d'une collectivité publique sera un sujet naturel de l'Ordre. De même le médecin expert, en tant que pratiquant l'art de la médecine légale, ou le médecin contrôleur qui possède une technique propre à son métier.

Cette conception est juridiquement indéfendable. Ces mots d'*exercice de la médecine*, de *pratique de l'art médical* ont déjà figuré dans d'autres lois, et y ont acquis un sens précis et déterminé sur lequel le juriste ne saurait se tromper. Il n'y a point de raison de le prendre aujourd'hui dans un sens différent à propos de l'application de la loi du 7 octobre.

L'article 1er de cette dernière s'exprime exactement dans les mêmes termes que l'art. 1er de la loi du 26 juillet 1935 (« nul ne peut exercer la médecine... s'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ») ou que l'article 1er de la loi du 16 août 1940 (« nul ne peut exercer la profession de médecin... s'il ne possède la nationalité française à titre origi-

naire... »). Faire partie de l'Ordre des médecins est donc tout simplement une des trois conditions (les deux autres étant le diplôme et la nationalité) exigée pour « exercer la profession » ou « pratiquer son art » en France. Qu'est-ce qu' « exercer », l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 nous le définit « *a contrario* » en disant : « *exerce* illégalement *la médecine toute personne qui,* non munie d'un diplôme de docteur en médecine, *prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales...* »

Cette définition légale de l'exercice reste la seule valable, tant qu'un texte contraire ne l'aura pas modifiée. C'est la seule base indiscutable sur laquelle on puisse fonder l'Ordre des médecins.

Le domaine légal de l'Ordre

Ceci posé, examinons pratiquement quelles seront les différentes catégories de médecins normalement dépendant de l'Ordre. Elles se ressembleront toutes par un point : les intéressés *prennent part au traitement des malades.* Nous devons donc d'emblée éliminer toutes les fonctions de médecine administrative ou scientifique, tels que médecins inspecteurs de la santé, directeurs régionaux de la santé, médecins-contrôleurs de Compagnies d'assurances, de Caisses d'assurances sociales, médecins experts s'ils se bornent à l'exercice de cette profession, directeurs de bureaux d'hygiène, membres du corps enseignant n'exerçant plus, médecins se livrant à la recherche scientifique, etc., etc... Est-il besoin d'une preuve supplémentaire du bien-fondé de notre thèse ? Quelles sanctions pourrait prendre le Conseil de l'Ordre à l'encontre de ces médecins administratifs. L'article 13 de la loi du 7 octobre ne parle que de suspension ou d'interdiction d'exercice. On ne voit point ce texte appliqué à une fonction publique telle qu'une direction régionale de la santé.

Mais le champ qui subsiste est encore bien plus vaste que le seul domaine de la patente. Il faut tenir compte en effet des modifications survenues, avec l'évolution technique et économique, dans le mode normal d'exercice de la médecine. Pour reprendre une comparaison bien connue, à côté de la médecine artisanale s'est développée la médecine industrielle et collective. Celle-ci ne doit point échapper à la discipline et au contrôle de l'Ordre. Nous dirons même plus : c'est spécifiquement contre les abus qu'entraîne normalement ce mode d'exercice que l'Ordre est utile et bienfaisant. C'est l'Ordre qui pourra en effet *libérer* le médecin de la trop grande contrainte où il est trop souvent économiquement placé à l'égard de la collectivité qui l'emploie. C'est l'Ordre qui lui rendra l'indépendance parfois battue en brèche que suppose normalement l'exercice d'une profession réglementée. C'est l'Ordre qui restituera à sa pratique le caractère d'un art libéral.

Dans cette catégorie spéciale nous rangerons donc tous les médecins exerçant pour le compte d'un tiers, et notamment les médecins-assistants, les médecins de dispensaires publics ou privés, les médecins de Sociétés de secours mutuels, les médecins des mines, les médecins d'hôpitaux publics ou privés, de sanatoriums, de maisons de santé, les médecins des hospices psychiatriques, etc...

Faut-il comprendre dans cette énumération les médecins militaires ? La question étonne un peu au premier abord étant donné la discipline et la hiérarchie propres à tout service militaire et qui présuppose l'unité de commandement. Déjà cependant cette unité hiérarchique a du céder le pas à la division fonctionnelle, et la distinction est très nette, à l'intérieur du service de santé, entre la partie proprement médicale et la partie administrative et militaire. D'autre part, n'oublions pas que l'origine et la formation du médecin militaire sont les mêmes que celles de son confrère civil et que la loi exige de lui, pour sa nomination au grade d'officier du service de santé, le diplôme que doit posséder quiconque veut « prendre part au traitement des maladies » en France.

Nous avons vu que l'appartenance à l'ordre est une des trois conditions indispensables dorénavant pour exercer l'art médical à quelque titre que ce soit. Implicitement la loi du 7 octobre requiert donc du médecin militaire — qui reste avant tout un médecin — son affiliation à l'ordre et la soumission à sa règle. Ceci sous réserve évidemment qu'un chapitre spécial du Code de déontologie lui soit consacré et évite ainsi toute possibilité de conflit entre la règle déontologique et les nécessités du service de santé.

***

Au fond, à propos de l'établissement des tableaux, nous avons été amenés à définir le domaine de l'Ordre des médecins. Ses contours sont un peu flous, un peu estompés, et comme tout organe social encore neuf, sa tendance normale, est la recherche de l'extension. C'est faire là preuve de bonne santé et nous sommes sûrs ainsi que l'Ordre remplira au moins tout son domaine naturel. *Mais ce domaine a des limites posées par la loi même qui l'a créé,* et c'est un tout autre problème qui nous entraîne *hors du droit positif,* hors du présent et dans l'avenir, que de rechercher si ces limites actuelles ne sont point trop étroites.

Il n'est peut être pas inutile cependant d'en

marquer dès aujourd'hui les grandes lignes, ou tout au moins d'essayer de le poser : l'Ordre des médecins ne doit-il être — ce qu'il est uniquement aujourd'hui — que la *profession* médicale *organisée*, ou bien au contraire — ce qu'il pourrait être — le pilier essentiel de la *Corporation de la Santé* ?

Ces deux termes — professions et corporations — sont en effet loin d'être synonymes, et leur confusion trop fréquente entraîne à de regrettables malentendus. La profession est à la Corporation ce que le membre est au corps, la partie au tout La profession c'est un métier, une technique particulière qui peut d'ailleurs servir à diverses fins et se retrouver dans plusieures branches d'activités nationales (par exemple un mécanicien pourra faire partie suivant le cas de la corporation des textiles ou de l'industrie chimique). La corporation c'est la personnification de l'une de ses fins, c'est un service social, groupant en un même corps tous les métiers qui y concourent.

Dans une corporation, il serait naturel que le médecin praticien rencontrât le médecin-contrôleur, le directeur régional de la santé, en même temps que le pharmacien ou le chirurgien-dentiste ; il serait naturel qu'au sein de cette institution démembrée de la puissance publique des règles s'élaborassent, déterminant le rôle respectif de chaque profession, opposables aux médecins-contrôleurs, aux médecins administratifs, aux médecins fonctionnaires puisque le chef normal de la corporation serait évidemment le Ministre de la Santé.

Dans le cadre de la loi du 7 octobre, l'Ordre n'est somme toute qu'un syndicat obligatoire de médecins praticiens. Ce n'est que pour eux seuls qu'il peut légiférer. Tout médecin fonctionnaire public ou privé, qui ne prend pas part aux soins des malades, ne dépend que de l'autorité qui l'a mandaté. L'extension à ces médecins de la discipline corporative ne peut se concevoir qu'à l'intérieur d'un groupe plus vaste que l'Ordre des médecins. Mais, ne nous le dissimulons pas, puisque c'est d'ordre qu'il s'agit, cette extension a une limite supérieure — nous voulons parler de l'ordre public.

Jean M...





Informations judiciaires

❖ ❖

Pour obtenir une réduction de loyer la seule preuve exigée est celle de la diminution des ressources

En vertu du décret-loi du 26 septembre 1939, modifié par le décret du 1er juin 1940, tout locataire peut, ainsi que nos lecteurs le savent, solliciter de son propriétaire, une réduction de loyer en justifiant de la diminution de ses ressources résultant des circonstances de guerre.

C'est ainsi qu'un locataire payant un loyer annuel de 9.600 francs, n'ayant pu parvenir à un accord amiable avec son propriétaire, l'avait assigné en réduction de loyer. Le Tribunal, après vérification de la diminution des ressources du locataire, avait accueilli sa demande et réduit temporairement son loyer à la somme de 5.600 francs.

Le propriétaire, mécontent, fit appel. La Cour, adoptant l'argumentation du bailleur, infirma le premier jugement et décida que le locataire n'avait droit à aucune réduction de loyer car, s'il justifiait de la diminution de ses ressources, il n'apportait pas la preuve de l'impossibilité dans laquelle il se trouvait d'acquitter son loyer.

Aux termes de cet arrêt, faisant suite à une jurisprudence nombreuse, le locataire, pour bénéficier d'une réduction de loyer devait donc faire la double preuve de la diminution de ses ressources d'une part, et, d'autre part, de l'impossibilité dans laquelle il se trouvait d'acquitter un loyer intégral avec ses ressources réduites.

Ce principe était contraire à la lettre même du décret qui se contentait de demander au locataire de justifier qu'il était « privé d'une notable partie des ressources sur lesquelles il pouvait compter pour faire face au paiement de son loyer ».

C'est ce que la Cour de Cassation vient de reconnaître dans un arrêt du 9 janvier 1941 qui casse la décision de la Cour d'appel qui avait refusé au locataire tout droit à réduction.

Cet arrêt, dont l'importance n'échappera pas à nos lecteurs, tranche définitivement la question en décidant que le locataire, pour obtenir une réduction de loyer, doit *uniquement* apporter la preuve de la diminution de ses ressources en raison des circonstances de guerre.

B. MAUREL.

MOUVEMENT SANITAIRE

I. Médecins et Santé publique

Le Docteur Achard, à la séance publique annuelle de l'Académie de médecine, dont il est le secrétaire général, a dit : « C'est en songeant constamment au relèvement de notre patrie que nous devons considérer l'état présent des services de la Santé publique et formuler des projets pour les améliorer », et plus loin : « Le praticien est le vrai médecin de l'individu, l'hygiéniste médecin doit être le médecin de la collectivité. Le premier est rémunéré par le malade, le second par la collectivité. Ne pouvant se nuire sur le terrain de la pratique, *ils doivent collaborer au bien général.* »

C'est parce que nous avons toujours pensé ainsi que nous avions rédigé, dès juillet, le mani*feste dont on va lire le préambule.*

Corporation de la Santé publique

Préambule

Le Comité sanitaire de la Région parisienne, créé pour parer à toutes les difficultés sanitaires survenues dès les premiers jours de l'occupation, ayant vécu à Paris ces heures douloureuses, et apporté son concours entier et désintéressé aux Pouvoirs publics, croit de son devoir de soumettre au Gouvernement quelques idées qu'il lui semble indispensable de formuler en vue d'une réalisation souhaitable pour la grandeur et la rénovation de la France.

1° Le Ministère de la Santé, et de la Famille, comme celui de la Santé publique, auquel il succède, devrait être le premier des ministères, car la vie et la santé priment tout. Rien de ce qui est humain ne doit lui être étranger. Donc, concentration de tous les services épars, de tous côtés, de toutes les professions sanitaires énumérées plus loin comme composant la corporation de la Santé publique, budget alimenté par les Caisses des Assurances sociales, des Mutualités, des Pensions de guerre, etc., dont le ministère assurera les charges.

2° Il faut une organisation sanitaire couvrant la France et les Colonies d'un immense réseau.

3° Le ministère doit avoir son personnel technique lui appartenant en propre, les préfets, les maires, etc., n'étant plus que des agents d'exécution.

4° Le ministre doit avoir ses *Missi Dominici,* véritables généraux d'hygiène, et des directeurs régionaux ne relevant que de lui, les inspecteurs départementaux d'hygiène vivant près des préfets, collaborant avec eux, mais techniquement indépendants d'eux.

5° Toutes les villes suffisamment importantes doivent avoir un bureau d'hygiène ; un inspecteur départemental adjoint fera la liaison entre l'inspecteur départemental et le directeur du Bureau d'hygiène ou le praticien désigné à cet effet, là où il n'y aura pas de bureau d'hygiène. L'organisation doit être technique de la capitale au plus petit village.

6° Une corporation de la Santé publique comprenant tous les sanitaires : médecins, hygiénistes, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, urbanistes, techniciens sanitaires, sages-femmes, infirmières, auxiliaires médicaux et travailleuses sociales, rendrait les plus grands services au pays. Nous avons adopté ici le titre de prévôt de la Corporation parce que la fonction de prévôt des chirurgiens a déjà existé et que celui-ci avait, dans le corps des chirurgiens, des attributions analogues à celles des jurés dans les communautés d'arts et métiers.

7° Nous demandons cependant le moins de fonctionnaires possible, mais garantis par un statut, bien rétribués et entièrement responsables de leurs actes devant le chef de l'Etat, et une collaboration intime, de tous les instants, des sanitaires libres avec les sanitaires fonctionnaires de l'Etat dont beaucoup pourront être remplacés par des chargés de missions.

8° Cette collaboration permettrait de remplir la quadruple mission indispensable :

a) Enseigner et répandre l'hygiène individuelle ;

b) Veiller à l'hygiène publique sous toutes ses formes : assainissement des villes et villages, politique de l'habitation et de l'urbanisme, inspection de l'eau, des denrées alimentaires et des animaux domestiques ; dépistage et isolement des contagieux ; hygiène du travail, etc. ;

c) Promouvoir l'hygiène sociale, c'est-à-dire la protection sanitaire et économique de la maternité et de l'enfance, ainsi que le dépistage, le traitement, l'assistance et la rééducation des

tuberculeux, des vénériens, des alcooliques, des malades mentaux, etc. ;

d) Enfin développer l'eugénique, la médecine préventive, la médecine du travail et la médecine sociale ;

9° Il faut une politique sanitaire nationale, une politique hospitalière nationale, il faut coordonner les services et les institutions autant que les textes législatifs. Il faut faire le Code de la Santé publique et celui de l'Assistance publique.

10° En un mot mettre au premier plan la politique de la vie, donner toute sa valeur à la « Maternité-honneur », à l'enfance, à la jeunesse, à la famille pour que la France redevienne saine et forte.

Pourquoi ce préambule ? Tout simplement parce que la Santé publique était déchiquetée entre douze ministères et qu'il a fallu attendre 1937 et 1938 pour voir créer une inspection générale de l'enfance et une inspection technique au ministère de la Santé publique, comme si ce ministère ne devait pas, avant toute chose, être technique.

Donc des bureaux de Santé publique un peu dans tous les ministères, ce qui avait fait dire qu'en créant le ministère de la Santé publique, on avait oublié de mettre le contenu dans le contenant !

Pauvre ministre de la Santé publique ! Non seulement, il n'avait généralement pas de techniciens près de lui — seulement quelques conseillers techniques sanitaires peu écoutés — mais encore il avait la plupart de ses bureaux en dehors de chez lui, et comme agents d'exécution, les préfets et les maires qui appartenaient à l'Intérieur, et pouvaient parfaitement considérer la Santé publique comme lettre morte. Le Parlement lui-même n'est jamais arrivé à voter la loi de 1902 devenue caduque, malgré toutes les modifications et additions qui lui ont été apportées. Il avait d'autres préoccupations !

La loi de 1902, loi technique par définition, a donné le droit aux maires « de prendre, après avis du Conseil municipal, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions qu'il jugera utiles dans sa commune, en vue d'assurer la protection de la Santé publique. »

C'est reconnaître aux maires la science infuse et leur donner le droit de parler en maîtres dans une matière difficile comme l'hygiène, dont ils n'ont pas appris le premier rudiment.

Au chef-lieu du département, sous l'autorité du préfet, se trouvait son conseiller : l'inspecteur départemental d'hygiène, en théorie du moins, car beaucoup de départements en étaient dénués, alors que les services vétérinaires départementaux fonctionnaient depuis 1881 et avaient à leur tête, depuis 1909, des fonctionnaires d'Etat. Les animaux étaient plus favorisés que les humains !

On avait donné aux hygiénistes, dans les règlements, des fonctions bien déterminées, mais on avait oublié d'assurer l'indépendance matérielle et morale qui leur est indispensable pour l'exercice de leurs fonctions (Professeur Tanon).

En 1935, dans un article : *Organisation sanitaire de la France*, écrit avec le Prof. Tanon, nous disions : « *Si l'on veut vraiment un ministère de la Santé publique, qui devrait être d'ailleurs le premier des ministères, celui de la Politique de la Vie, il lui faut un budget.* »

« Si l'on groupait vraiment les services épars dans tous les ministères avec leur budget, le ministère de la Santé publique aurait à sa disposition les Caisses des Assurances sociales, des Mutualités, des Pensions et pourrait assurer la direction de la politique sanitaire, de la politique hospitalière nationale, de tous les services d'hygiène, de médecine, de prévention et d'assistance, ainsi que la direction sanitaire et hospitalière des Mutualités et des Caisses d'Assurances sociales.

« Il lui faudrait la collaboration de tous les sanitaires, de tout ce qui touche à la Santé publique : médecins, hygiénistes, pharmaciens, vétérinaires, dentistes, sages-femmes, techniciens sanitaires, urbanistes, infirmières et travailleuses sociales, etc. »

Ces idées étaient tellement logiques qu'à notre première entrevue avec le secrétaire général de la Famille et de la Santé, nous fûmes frappés de voir ce dernier très averti de toutes ces questions et en ayant déjà résolu un grand nombre.

Nous l'avons dit et nous le répétons : « Nous avons un chef, un vrai chef à la Santé publique, et c'est la première fois que le fait se produit. »

A son arrivée au ministère, le nouveau secrétaire général nous dit ce qu'il considérait comme immédiat pour le Corps médical : chasser les médecins étrangers indésirables, donner un Ordre aux médecins, rendre tout son lustre à la profession médicale, créer enfin la Retraite des médecins. Il a tenu parole.

Les autres réformes touchant à la Santé publique suivirent : ministère de la Santé publique devenant secrétariat général de la Famille et de la Santé au ministère de l'Intérieur, dont dépendent aussi préfets et maires, agents d'exécution, nomination d'inspecteurs généraux à la Santé, de directeurs régionaux et d'inspecteurs départementaux et d'inspecteurs adjoints, tous ne relevant que du ministère. Donc indépendance matérielle et morale assurée à tous, du haut en bas, de la Santé publique ! morale et matérielle, parce que les traitements fixés par le secrétaire général permettront un recrutement d'élite pour tous les postes. Il faut que les jeunes

sachent la nouvelle et belle carrière qui s'ouvre devant eux et qu'ils ne négligent pas ce débouché.

Nous étudierons plus en détail, ultérieurement, l'œuvre du secrétaire général à laquelle tous doivent collaborer.

Le Comité sanitaire de la région parisienne avait cependant posé un certain nombre de jalons pour cette collaboration indispensable.

a) Il faut faire un recensement : identifier et qualifier les sanitaires ;

b) Il y a donc lieu d'instituer, comme nous l'avons fait pour la région parisienne (les nécessités actuelles ayant réuni les trois départements de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne), une carte d'identité sanitaire, différente pour chaque catégorie de sanitaires, mais délivrée seulement après une enquête sérieuse sur la nationalité, la moralité, les titres et les qualités professionnelles ;

c) Pour le médecin, il y aurait lieu de lui délivrer, au moment où il s'installe, un cachet portant le même numéro que la carte d'identité sanitaire, et devant être apposé sur toutes les *ordonnances* délivrées par lui, et, en particulier sur celles contenant indication de stupéfiants ou de substances toxiques. Ce cachet, apposé, engagerait la responsabilité entière du médecin, car il identifierait l'ordonnance.

Ce cachet devrait être mis sous clef par le médecin et non laissé à la vue de tous sur son bureau.

d) La corporation doit être professionnelle, technique, scientifique, constructive et sociale, toute de solidarité.

Toutes les Associations existantes doivent donc en faire partie de droit, chacun de leurs membres adhérant cependant personnellement à la corporation.

La corporation doit être familiale, locale, régionale et nationale. Elle doit aider la famille, cellule initiale de la Cité. Toute de solidarité, elle doit soutenir les faibles, les déshérités, donner une retraite aux vieux de la profession et s'occuper de leur famille, au décès de ses membres.

Paternelle, elle doit aider les jeunes : études, répartitions territoriales, installations, perfectionnement, etc...

Régionale, elle doit être en plus l'apôtre du « Folklore scientifique » (climat, faune, flore, maladies régionales, etc.), et de l'organisation sanitaire de la région.

Nationale, elle doit, encore en plus et toujours, penser au perfectionnement des professions sanitaires et de la Santé publique, aux intérêts supérieurs du pays et collaborer de toutes ses forces à la grandeur de la Nation.

e) Les syndicats, fédérations et confédérations existants, dont la collaboration sera sollicitée, étant donné le travail fourni par eux, les œuvres mises sur pied et l'expérience acquise, devront faire connaître au plus tôt la place qu'ils comptent prendre dans la corporation et l'action qu'ils ont l'intention d'entreprendre d'urgence pour la réalisation de la Corporation.

Il ne nous appartient pas de dire ici si la suppression des Syndicats médicaux n'a pas été prématurée et s'il n'eût pas mieux valu une transformation qu'une disparition brusque. Nous en reparlerons plus tard.

Pour l'instant, nous ne pouvons mieux faire que de citer ici les paroles de Tissier-Guy qui a tant fait pour la cause syndicale, répondant à une enquête de Titayna dans *Les Temps nouveaux* : « Beaucoup de syndicalistes estimaient que, pour rénover la corporation médicale, il suffisait de modifier les syndicats et de les rendre obligatoires à tous les médecins. C'est une autre conception qui a prévalu, mais elle n'est pas pour déplaire aux anciens syndiqués de la Seine : elle répond à l'essentiel de leurs vœux et ils n'ont qu'à y gagner. Tout médecin honorable devra faire partie de l'Ordre et lui apporter sa cotisation ; les moyens matériels de l'Ordre de la Seine seront donc bien plus puissants que ceux des syndicats, mais que dire de son autorité morale. Elle s'étendra à tous les médecins et pourra contrôler tous les actes médicaux, au seul point de vue moral, naturellement, et en respectant tout ce qui constitue le caractère libéral de la profession. Comment ne pas se rallier en toute sécurité à la nouvelle organisation.

« Des objections ont été formulées contre la nomination arbitraire des conseils de l'Ordre national et de l'Ordre départemental. Vraiment, dans la situation où nous sommes, était-il possible d'agir autrement ? D'autre part, la personnalité du président Leriche et celle du président Lemierre, qui sont des gloires incontestées de la science médicale française, ne peuvent pas ne pas imposer à tous confiance et sympathie. Si certains noms qui sont dans toutes les bouches n'ont pas été inscrits sur les listes des Conseils, il est facile d'admettre que, dans une situation nouvelle, le secrétaire général de la Santé ait cru devoir faire appel à des hommes nouveaux ».

« *Dans une année, l'opinion publique du Corps médical reprendra ses droits et pourra faire les corrections apparues nécessaires. Aujourd'hui, dans l'état où a été mis notre pays, tout médecin, tout Français doit balayer ses préférences particulières et collaborer sans arrière-pensée à l'Ordre nouveau* ».

Dr Georges BOYÉ.

II. Comité sanitaire de la Région parisienne

Réunion du 28 *janvier* 1941

L'ordre du jour comportait, entre autres questions corporatives l'examen d'un projet d'organisation de la médecine présenté par MM. Martiny et Viard. Ce projet a pour point de départ et pour base scientifique la notion du terrain héréditaire familial, dont l'importance est telle, qu'il importe que les membres de la même famille aient toujours recours au même médecin, et que chaque famille possède un dossier sanitaire complet, où tous les épisodes pathologiques, thérapeutiques ou prophylactiques seront inscrits. La nécessité de ce dossier familial conduit à l'institution du médecin de famille obligatoire, que chaque famille serait tenue de désigner, et qui serait chargé de l'établissement, de la garde, et des transmissions éventuelles du dossier.

Ce médecin de famille, ou bien le médecin choisi par les isolés pourrait soumettre ses clients, le cas échéant, à des spécialistes auxquels le dossier serait communiqué ; des centres de recherches dirigés par un « médecin de synthèse », dans chaque région ou centre important, permettraient au médecin de recueillir les renseignements biologiques, radiologiques et pathologiques nécessaires au diagnostic. D'autre part, des centres d'hospitalisation aussi nombreux qu'il serait nécessaire, et dans lesquels les médecins de famille auraient accès, offriraient à tous les malades leurs ressources si la maladie l'exigeait. Dans ces centres, tous les malades recevraient les mêmes soins, soit gratuitement pour les familles nombreuses ou les nécessiteux, soit en payant à des tarifs plus ou moins élevés, suivant le confort demandé, pour ceux qui le désireraient.

Au-dessus de ces centres régionaux, des centres supérieurs seraient organisés dans les villes de Faculté, selon les besoins de l'enseignement et de la recherche scientifique.

Dans les deux catégories de centres, les médecins seraient des fonctionnaires bien rétribués, mais ne faisant pas de clientèle, sauf qu'ils pourraient être appelés en consultation.

Le Comité, après avoir entendu l'exposé des détails concrets de ce projet, et les explications fournies par MM. Martiny et Viard,, a estimé que plusieurs critiques importantes pouvaient être émises :

1° Ce projet manque d'une conception d'ensemble de la corporation sanitaire ; le rôle de chacune des professions qui ont la charge à des titres divers, de la protection de la santé publique y est mal défini ;

2° Il y a lieu, ce qui n'est pas prévu, à côté de l'organisation de la médecine de soins, d'envisager celle de la médecine préventive, soit individuelle (examens de santé) soit collective (hygiène et prophylaxie) ;

3° Il est désirable qu'une organisation spéciale soit également mise sur pied pour recueillir, ordonner, et mettre en statistique les documents, d'une importance capitale pour la science de l'homme, sain ou malade, contenus dans les dossiers familiaux ;

4° Le dossier familial, tel qu'il est conçu dans le projet, exigera du praticien un travail considérable. Dans les multiples transmissions prévues, ce dossier risque fort d'être égaré. D'autre part, quel sera le sort du secret professionnel dans ce système et parmi ces divers échelons ?

5° L'obligation pour la famille ou l'individu, de choisir un médecin et la difficulté pratique d'en changer, sont contraires au principe du libre choix ;

6° L'assimilation de la famille nombreuse aux nécessiteux est regrettable : c'est par la réforme des Assurances sociales, qui n'est pas prévue dans le projet, que la famille doit être mise en mesure de faire face aux frais de la maladie ;

7° Le projet aboutira fatalement à la fonctionnarisation de la médecine et à la médecine de dispensaire, où les responsabilités ont tendance à se disperser ;

8° L'absence de toute étude financière rend le projet quelque peu théorique.

Le Comité a résolu de consacrer une étude spéciale à deux questions qui dominent l'organisation future de la médecine : la réforme des Assurances sociales, d'une part, et d'autre part le dossier familial (ou carnet de santé), qui soulève de multiples difficultés.

Il a émis le vœu, à l'occasion de la réforme de l'enseignement de la médecine, que l'enseignement et la pratique de la médecine sociale, de la médecine préventive et du terrain héréditaire soient spécialement développée.

(4 février 1941).

M. Houdinière a entretenu le Comité de l'état du ravitaillement en lait de la région parisienne. Voici les besoins journaliers de lait entier dans l'état actuel de la distribution.

	Paris	Seine
Enfants de moins de 6 ans (3/4 de litre)	90.621 l.	103.920 l.
Enfants de 6 à 14 ans (1/4 d. litre)	46.893 l.	49.370 l.
Malades, femmes enceintes, nourrices	74.295 l.	56.424 l.
Totaux	205.819 l.	209.714 l.

Il faut ajouter 94.377 litres pour la Seine-et-Oise, 20.523 litres pour les hôpitaux et 4.490 litres pour des priorités diverses : le total général est de 534.923 litres. La consommation d'avant-guerre était de 1.200.000 litres.

Malgré des difficultés nombreuses, les arrivages ont atteint de 400.000 à 500.000 litres par jour, sauf pendant les périodes de neige où ce chiffre est tombé jusqu'à 353.000 litres ; il a fallu pour assurer les besoins des enfants, de malades et des femmes enceintes ou allaitant remplacer les envois de lait écrémé, dont la vente est libre, par des envois de lait entier.

Dr Ph. DALLY.

COMITÉ DE L'ASSISTANCE DE FRANCE

Sont nommés membres du Comité de l'Assistance de France :

MM. Amieux, président du Conseil général d'administration des hospices de Lyon.

Barbary, insp. général de la famille et de l'enfance.

Le Docteur Bonnenfant, vice-président de la Commission administrative des hospices de Soissons.

Le Docteur Boudin (Paul).

Le Docteur Bue, professeur à la Faculté de médecine de Lille, administrateur du Bureau de bienfaisance de Lille.

Le Docteur Cathala, médecin des hôpit. de Paris.

Cherrier, ancien notaire.

Coester, vice-président de la Commission administrative du Bureau de bienfaisance de Lyon.

Le Docteur Delore, médecin des hôpitaux de Lyon.

Le Docteur Demay, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche.

Deprun, inspecteur départemental de l'Assistance publique de Seine-et-Oise.

Le Docteur Dequidt, inspecteur général des Services administratifs du ministère de l'Intérieur.

De Fontenay, président des Permanences d'entr'aide sociale, président du groupement des Unions d'œuvres et Organismes d'aide sociale.

Gaubert, administrateur du Bureau de bienfaisance de Toulouse.

Le Docteur Gouriou, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

Imbert, chef du Service central de l'inspection générale des Services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Mlles De Gourlet, présidente de la Ligue fraternelle des enfants de France.

Gros, secrétaire administratif au Comité national de l'enfance.

MM. Guillard, président de l'Office central des œuvres de bienfaisance.

Jacomet, conseiller à la Cour d'appel.

Lavagne, maître des requêtes au Conseil d'Etat.

Miquelard, directeur du petit lycée Janson-de-Sailly.

De Mouy, directeur honoraire au ministère du Travail.

Le président de la Croix-Rouge française.

Le Professeur Perrens, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Château-Picon.

Petit, directeur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Poindron, directeur de l'Office central des œuvres de bienfaisance.

Renaux, secrétaire général de l'Association Valentin-Haüy.

Le Docteur Jean Rieu.

De Saint-Etienne, vice-président des hospices de Clamart.

Le Professeur Sigalas, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux, membre de la Commission administrative des hospices.

Thuillier, chef de division à la Préfecture de Seine-et-Oise.

Tournaire, directeur de l'hôpital psychiâtrique de Clermont.

Verdet-Kléber, vice-président de la Commission administrative des hospices d'Avignon.

Le Colonel de Vezian, membre du Conseil d'administration de l'Office central des œuvres de bienfaisance.

Voigt, directeur de l'Association de bienfaisance parmi les protestants réformés de Paris et de la Seine.

Mme de Wendel, présidente de l'Union lorraine.

Les membres du Comité de l'assistance de France sont répartis entre les quatre sections spéciales.

1re SECTION. — *Enfance, services et institutions d'assistance.*

2e SECTION. — *Indigents ou nécessiteux. — Valides ou malades. — Etablissements et services d'assistance.*

3e SECTION. — *Vieillards, infirmes et incurables. — Hôpitaux et hospices. — Maisons de retraite.*

4e SECTION. — *Aliénés et autres services d'hygiène mentale et assistance.*

(*J. O.*, 6 février 1941).

Variétés

❖ ❖

HOMMAGE D'UN RESCAPÉ AUX MÉDECINS DE ZUYDCOOTE

« Epargnez aux hommes la honte » a écrit Malraux dans *La Condition humaine*. Sage précepte d'un moins sage doctrinaire. Et pourtant nous l'a-t-on assez distillée, la honte, depuis quelques mois, tout comme une capiteuse eau-de-vie de chez nous. Et cherche-t-on assez à continuer, dans certaine presse, pour des fins trop claires, au détriment de tout ce qui peut demeurer une élite, un facteur de relèvement du pays, au détriment, en particulier, du Corps médical. On a beau jeu de monter, dans ce but, en épingle, des faiblesses trop réelles, hélas !

Mais vous avez eu raison de réagir et de nous purifier en évoquant les dons généreux, les élans héroïques, et ce qui, en fait, s'est révélé si rare, l'accomplissement discret, consciencieux du métier.

Les noms que vous avez publiés dans votre Livre d'Or sont dignes de notre respect. « Ils sont peu nombreux » dira l'esprit chagrin. Mais les prisonniers ? Mais ceux qui sont morts et dont l'unité décimée ou prisonnière a conservé le secret de la conduite glorieuse ? Non, elle n'est pas close votre liste !

Où sont-ils, précisément, ceux dont je veux vous rapporter la belle attitude, les chirurgiens et médecins de l'hôpital de Zuydcoote, que j'ai vus à l'œuvre dans la journée et la nuit du 1er juin ? Et les infirmières, dont le sang-froid plein de coquetterie leur permettait, à quelques heures de la captivité, de vérifier entre deux pansements, la tenue de la coiffe sous le casque ? Et même, les brancardiers, qui, groupés dans le fond de la salle de triage, supputaient en chuchotant, les chances d'évacuation de l'hôpital ? Réduites, les chances : Ils l'ont vu, hélas ! Où est-il le père de B..., mon ancien surveillant de collège, lieutenant d'artillerie de « l'avant-dernière » qui avait troqué, pour faire la dernière, ses tables de tir contre un bréviaire d'aumônier régimentaire. Combien d'entre eux sont aujourd'hui en France ? Une minorité, sans doute, et peu bruyante...

Qu'il me soit donc permis de leur rendre hommage. Ils ne semblaient pas s'apercevoir que les hasards de la guerre avaient fait, en quelques jours, une géante ambulance avancée, d'un hôpital promis, grâce à l'éloignement prévu du front, à une activité quiète et sagement dosée. Tous les blessés, évacués de tous les hôpitaux et ambulances du Nord y ont d'abord reflué avec leur personnel soignant. Puis, l'avance allemande se faisant toujours plus pressante, il fut envahi par les malheureux, sortant pantelants de la bataille toute proche.

Installé dans un ancien sanatorium ou une ancienne colonie de vacances qui avait dû résonner d'autres cris, l'hôpital était situé dans les dunes, à trois cents mètres environ du rivage. La salle des fêtes, parfaitement agencée, (scène, parterre, balcons, couloirs d'accès), servait de salle de triage. Curieuse salle de fêtes, où le spectacle se jouait partout ailleurs que sur la scène occupée par les blessés légers.

Hébétés, ceux-ci regardaient le drame, dans la salle. Des brancards, des brancards côte à côte et qui se renouvelaient tout le temps ; sur ces brancards, des formes gémissantes, tronquées, brûlées, crispées. Un grand cri strident dominait, par intervalles, la psalmodie des plaintes bourdonnant au ras du plancher. Dans l'ombre des balcons, se réfugiaient, pour ne plus voir et essayer de ne pas entendre, ceux qui, pouvant marcher et soignés, devaient attendre le soir et l'ombre propice au départ pour Dunkerque, pour le bateau, pour l'espoir.

Quant aux couloirs d'accès, ils servaient eux aussi de salle d'attente, mais pour un autre voyage, à ceux qui, déjà décomposés, la mousse jaunâtre aux lèvres, un petit râclement dans la gorge, n'avaient cependant pas encore fini de jouer leur rôle. Un peu plus tard, un morceau de capote sur le visage, repos pour eux dans un coin d'ombre de la cour, avant le sable de la dune. Ah ! Ils ont creusé, les infirmiers, qui, d'une équipe à l'autre, se communiquaient d'une voix mi-lassée, mi-orgueilleuse, leurs performances de fossoyeurs.

Et sur tout cela, les départs tout proches des pièces anti-aériennes et des grosses pièces de marine ; les arrivées, plus proches encore, des 77 et des 150, car juste dans l'axe de l'hôpital, à trois cents mètres, les Anglais s'embarquaient. Coïncidence... En était-ce aussi une autre que, ceinturant étroitement les murs de l'hôpital, une dense et efficace D C A de campagne anglaise protégeât cet embarquement ? Naturellement les ripostes ne s'égaraient pas loin de l'hôpital-bouclier. La veille de mon arrivée, un 77 non éclaté était tombé en pleine salle de triage, faisant dans la plafond et le plancher une large brèche. Le lendemain, c'était au tour d'un des bâtiments d'aile et au tour des ambulances automobiles stationnées à proximité, de prendre feu. Panique ? Erreur ! Tout resta calme et les chirurgiens qui faisaient les urgences dans la salle de triage, sur leur petite table ambulante, ne levèrent même

pas les yeux un instant sur le foyer d'incendie. Et cela durait depuis quatre jours, dura trois jours encore, jusqu'à l'arrivée des Allemands.

C'est en exprimant mon admiration pour ces chirurgiens que j'ai vus à l'œuvre une grande journée, et qui savaient ce qui les attendait, que je veux terminer. Ils travaillaient par équipes de deux, se relevant au début toutes les quatre heures. Puis, la tâche devenant à tout moment plus lourde, ils ne se reposaient plus. De brancard en brancard, ils allaient, le petit barbu à lunettes, et le grand brun sec et jaune dont je me souviens surtout. Pas un geste de nervosité, mais un mot d'encouragement bonhomme pour chacun, de la bonté plein les yeux et plein les mains. Je reverrai toujours ces mains de caoutchouc qui donnaient de la vie et de la paix. De tous côtés, on les appelait : « Docteur, docteur, je souffre ! oh ! soulagez moi ! je n'en peux plus !... » — Oui, mon petit, tout de suite, c'est ton tour !... » Ils avaient l'œil à tout ; appelaient les infirmières : « Piqûre à celui-là » ; secouaient les brancardiers : « A boire, par ici ». Une nouvelle fournée arrivait : « Garrot ! » Et immédiatement on tentait d'arrêter une hémorragie ruisselante. Les chics types !

Petit toubib barbu, vous souvenez-vous de ce jeune allemand dont le brancard était voisin du mien, à qui vous avez posé, dans sa langue, une question que je n'ai pas comprise ? Se soulevant sur les coudes, dans un rictus douloureux, en excellent français, il vous a répondu « Je ne souffrirai jamais assez pour mon Führer ! »

Vous ne m'avez pas interrogé, mais si vous l'aviez fait, je vous aurais répondu ce que je tiens à vous dire aujourd'hui sous le couvert de l'anonymat, avec reconnaissance, avec respect, et ce que, j'espère, vous lirez un jour : « Il faut, malgré la souffrance, savoir faire le métier de blessé, aussi proprement que je vois faire le métier de médecin ».

P. D.

LE SALON DES HUMORISTES

(11, rue Royale)

Le Salon des Humoristes vient de s'ouvrir ; événement heureux, car la gaieté française est le meilleur remède contre le cafard et la tristesse des temps présents.

Nos artistes ont été gênés par la pauvreté des sujets ; les queues, les restrictions et le rutabaga sont à peu près les seuls objectifs laissés à leur verve artistique ; la politique et ses conséquences sont choses interdites.

Cependant, Charlet nous présente Blum et Daladier en prison avec comme légende : le billet rose que ce dernier tient en mains. Blum demande : de qui est-il ? Il est signé ton poteau, répond-il et à la demande de Blum, d'où vient-il ? il répond, de Vincennes.

Les médecins qui souvent tentent le crayon de nos dessinateurs sont un peu oubliés, sauf exception. Tel ce dessin de *Laborne* où le toubib dit à son infirmière : « Courez vite réveiller le n° 3 pour lui dire qu'on va l'endormir » et encore l'infirmière « Pourquoi crie-t-il ? il réclame, dit-elle, son ticket de viande », de *Dolbec*.

Nous rencontrons dans les salles tous les artistes connus et aimés du public. Genty, dans son Monsieur en visite disant: « Je ne puis rester plus longtemps, ma femme croirait que je m'amuse »; puis *Abel Faivre* avec ses charmantes petites femmes ; *Hervé* montrant sa dispute de commères dans la rue ; *Icart* avec ses Parisiennes du IIe Empire ; *Villa* dans sa fantaisie : Faisons un rêve, qui n'est qu'apparitions de porc, faisan, etc. Les enfants s'habillant et conversant, de *Redon*. Les délicieux bébés de *Jean Droit* sont des œuvres qui plaisent. Ce dernier a, en outre, exposé huit dessins sur les médecins dans divers pays du monde.

Ajoutons à ces noms ceux de Poulbot et ses gosses, d'Hautot, de Pecoud, d'Albert Guillaume qui relève les conversations futiles de bavardes du monde devant les chefs d'œuvres du Salon. Notons également les rétrospectives de *Leonnec* et de *Kuhn-Régnier*. Une notion spéciale pour un dessin ancien de *Willette*, l'Abîme, réelle prévision des événements actuels.

Chaperon nous amuse dans cette scène d'une dactylo sur les genoux de son patron, téléphonant en disant : Je ne rentrerai pas de bonne heure, j'ai beaucoup de travail ce soir pour le redressement national. Cet mot national a été utilisé par *Vien* pour présenter son cirage tricolore pour chaussures nationales.

La fête villageoise et le cabaret de *Bognard* sont drôles, il en est de même des peintures de *Jobbe Duval*. La guerre et les bobards d'*Holimen*, le plus important tableau de ce salon, groupent toute une population grouillante.

Mais arrêtons-nous. Voyez-vous mêmes ces drôleries qui vous amèneront, pour un instant l'oubli si désirable.

Dr M. Vimont.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

Art. 4. — Les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène exerçant à la date du 18 septembre 1940 les fonctions de directeur de Bureaux d'hygiène d'une ville de moins de 50.000 habitants, les directeurs des Bureaux d'hygiène des mêmes villes maintenus en fonctions conformément aux dispositions du décret du 15 avril 1937, pourront être reclassés dans les mêmes conditions que les médecins visés à l'article 1er. (*J. O.*, 22 février 1941).

Inspection de la Santé

Arrêté du 3 *février* 1941 (*Suite*) (1)

Sont nommés à titre temporaire, MM. les Docteurs :

Ameur, directeur du Bureau d'hygiène de Saint-Brieuc, est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé des Côtes-du-Nord.

Minon est chargé des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Somme.

Sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite, MM. les Docteurs :

Bonet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Allier, à compter du 1er décembre 1940.

Alcay, directeur départemental d'hygiène du Gard, à compter du 1er janvier 1941.

Cremieu, directeur du Bureau municipal d'hygiène de Lyon, à compter du 1er décembre 1940.

***

Scherb, inspecteur de la Santé du département de l'Hérault, est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940 et bénéficiera, en conséquence, des dispositions de l'article 2 de ladite loi.

(1) Voir *Concours Médical* du 9 mars 1941.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Assurances sociales

502. — Remboursement pour accouchement chez une assurée sociale

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer quel est le tarif fixé par les Assurances sociales pour : un accouchement normal, un accouchement gémellaire, un forceps, une version pour manœuvres internes, une extraction de siège, une délivrance artificielle, une réfection du périnée.

Je vous demanderai aussi ce que je dois demander pour l'intervention suivante :

A 9 heures, je suis appelé auprès d'une femme en couches. Je constate une présentation de l'épaule avec procidence du bras. Dilatation 5 francs, poche des eaux rompue à 4 heures du matin.

A 11 heures, sous anesthésie générale avec une dilatation petite paume je fais une version par manœuvres internes.

A 14 heures. les bruits du cœur étant déficients et les contractions inexistantes, je fais une extraction du siège. Relèvement des bras. Très grosse difficulté pour la tête dernière. Application de forceps (enfant vivant).

Au début de l'intervention j'avais pratiqué uue épiriotomie.

J'ai dû pratiquer une délivrance artificielle pour grosse hémorragie. Réfection de l'épiriotomie.

Dr B.

Réponse

1° a) Pour les accouchements, il n'y a pas de notation avec coefficient à inscrire sur une feuille de maternité. Le remboursement consiste en un forfait sans rapport avec le tarif syndical, puisque ce forfait est le même, que l'accouchement ait été fait par un médecin ou par une sage-femme. » (Voir la Nomenclature nationale de pratique médicale courante, *in fine*).

b) Le tarif de réassurance porte, pour accouchement simple fait à domicile dans les villes de plus de 200.000 habitants, la somme forfaitaire de 425 francs. Pour accouchement gémellaire : 150 francs en plus. Pour accouchement avec forceps : majoration de 200 francs. Même prix en cas de délivrance artificielle. Pour accouchement avec grande extraction du siège ou version par manœuvres internes : 250 francs de majoration. (Toujours en cas de villes de plus de 200.000 habitants).

c) Ces majorations ne sont applicables que lorsque ces interventions ont été pratiquées par un médecin.

2° Vous demandez ce que vous devez réclamer comme honoraires dans le cas que vous détaillez. N'oubliez pas qu'en vertu de « l'entente directe » vous avez à réclamer vos honoraires habituels en clientèle. Ce que j'ai rappelé ci-dessus, c'est ce que touchera l'assurée dans un tel cas, mais sans liaison avec les honoraires de clientèle.

Dr F. Decourt

306. — Injections préventives familiales

L'autre jour j'ai été appelé très tardivement dans une famille pour un enfant atteint d'angine diphtérique compliquée de croup, je lui ai injecté immédiatement 20 c. c. de sérum antidiphtérique et l'ai aussitôt évacué sur l'hôpital voisin. Mais ses quatre frères et sœurs, non vaccinés contre la diphtérie, ont été en contact prolongé avec lui, j'ai donc dû leur faire à chacun une injection préventive de sérum.

Sur l'enfant malade, je cote mon injection P. C. 1,5. Je devrais normalement en faire autant pour chacun des quatre autres, mais alors je dois prendre un prix très élevé, ce qui n'est guère possible dans cette pauvre famille nombreuse. Que faire ?

Dr P.

Réponse

Faites comme en clientèle ordinaire, sans

vous occuper s'il s'agit d'assurés sociaux, auquel cas, ce me semble, vous prendriez un prix global pour les quatre injections préventives aux frères et sœurs, en plus de la visite et injection au petit malade.

Quant à l'inscription sur la feuille, je mettrais P. C. 1,5 pour le malade, et autant pour les quatre injections préventives. donc « en série » et marquées forfaitairement.

A noter que dans tous les cas, ce ne pourrait être P. C. 1,5 pour chacun des autres, mais tout au plus la moitié du tarif, comme pour toutes « interventions concomitantes » ainsi qu'il est dit à la première page de la nouvelle Nomenclature nationale de P. C. (Il est vrai qu'ici il s'agit de plusieurs patients et non du même, mais l'esprit n'en est pas moins le même, alors qu'il n'y a en réalité, qu'un seul malade).

Dr F. DECOURT.

---

947. — Soins donnés aux assurés sociaux par des auxiliaires médicaux

Pouvez-vous me dire si des religieuses infirmières diplômées d'Etat, chargées de service hospitalier, peuvent prétendre à des honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux non hospitalisés. (Malades venant à l'hôpital se faire faire des piqûres, sur ordonnance médicale bien entendu.)

Dans l'affirmative, la religieuse peut-elle inscrire son « travail » sur la feuille de maladie, et quel est le tarif de responsabilité des Caisses approximativement ? L'entente directe joue-t-elle ?

Ces honoraires pourraient-ils être appliqués pour des religieuses également diplômées d'Etat, soignant les malades à domicile ?

Dr J.

Réponse

Religieuses ou non, les infirmières, ou masseurs ou tout auxiliaire médical qui donne des soins, (sur ordonnance médicale), à des assurés sociaux, peuvent être payés par les Caisses maladies, suivant le tarif de remboursement de celles-ci.

Il est dit, en effet, dans le décret-loi du 28 octobre 1935, art. 6 alinéa 6 : « Les Caisses fixent également dans leur règlement intérieur le montant et les conditions de leur participation au paiement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux ». Ceux-ci peuvent donc signer sur les feuilles de maladie à titre d'auxiliaires médicaux, et prendre leur tarif ordinaire de clientèle, comme le médecin ; la Caisse ne remboursant que suivant son propre tarif de responsabilité, moins 20 %, comme d'habitude, ainsi qu'il est dit à l'alinéa 7 précisément de ce même art. 6.

Il est à noter cependant que le Conseil

supérieur des Assurances sociales, auquel, bien entendu, obéissent scrupuleusement les médecins contrôleurs des Caisses, a, dans son avis du 5 juillet 1938, précisé que, pour être remboursés ces soins devaient être « appliqués sur prescription du médecin par des auxiliaires médicaux diplômés. »

Dr F. Decourt.

b) Accidents du Travail

203. — Radiologie à domicile

Je me permets d'avoir recours à vos lumières pour la tarification des examens radiologiques faits à domicile pour des blessés d'accidents du travail.

L'arrêté ministériel du 18 février 1938 mentionne :

9° Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1° ......

2° ......

3° Le prix de location des appareils demandés par le constructeur à l'époque des examens.

4°......

Quelle est la signification exacte du 3e paragraphe ? Quand l'appareil est pris en location chez un constructeur, aucune difficulté pour la tarification. Mais en l'occurrence l'appareil portatif dont je me sers m'appartient : quel supplément compter pour l'examen fait à domicile : supplément justifié, par l'amortissement de l'appareil, son transport au lit du blessé, et le temps perdu pour le montage et le démontage de l'appareillage.

Un cas précis : combien tarifer une radiographie face et profil d'une jambe, chez un fracturé intransportable (radiographie faite à son domicile) ?

Dr V.

Réponse

Lorsque nous avons revu au ministère du Travail le tarif des accidents, nous avons voulu, en fixant ce tarif, noter que les examens radiologiques à domicile constituaient pour le radiologiste, (qui est tenu de transporter l'appareillage encombrant et quelquefois de développer à domicile), un dérangement très appréciable.

A l'heure actuelle, le prix de location des appareils demandé par un constructeur est de 350 à 400 francs. Ce supplément est justifié par l'amortissement de l'appareil, son transport au lit du blessé, le temps perdu pour le montage et le démontage des appareils, etc.

En ce qui concerne l'exemple que vous nous donnez, nous pensons que le tarif pour une radiographie face et profil d'une jambe chez

un fracturé radiographié à domicile, doit se décomposer comme suit :

1° Prix ordinaire de cet examen au domicile du radiologiste : 125 francs.

2° Equivalent de la location de l'appareillage au constructeur le plus rapproché : 350 francs.

3° Tarif horokilométrique (si cet examen est pratiqué en dehors de la localité où vous habitez) : X... francs.

Dr F. DECOURT.

A propos de la visite dite « de contrôle »

En cas d'accident du travail, le médecin patronal (ou de l'assurance substituée) a « accès hebdomadaire auprès du blessé après avoir prévenu le médecin traitant, etc. » dit la loi.

Donc le médecin traitant doit toujours être prévenu dans ce cas. S'il se présente à l'examen du blessé par le médecin patronal, cette visite lui est payée le prix d'une visite « augmenté de 50 % suivant l'art. 3 a du Tarif de responsabilité patronale. »

Ne pas oublier, en outre, que depuis la loi du 1er juillet 1938, les frais médicaux et pharmaceutiques sont à la charge exclusive de l'assureur.

Dr F. DECOURT.

Rectification

On me fait remarquer une faute d'impression dans une réponse parue dans le *Concours* du 2 février, page 238, sous le n° 97 à propos de brûlures graves et traitement par tannage et brossage, etc., sous anesthésie générale.

Le prix indiqué est de 45 francs, au lieu des 415 francs inscrits dans le tarif.

L'erreur est de taille et je suis persuadé que la plupart des lecteurs ont relevé d'eux-mêmes cette coquille.

F. D.

AUTOMOBILISME

1.134. — Marche à l'alcool

Pourriez-vous demander à votre conseiller technique automobile quel montage il a employé sur sa voiture pour la marche à l'alcool ?

J'ai une nouvelle 5 CV Rosengart et suis indécis sur le genre d'appareil que je dois acheter pour pouvoir « rouler à l'alcool ».

Suffit-il d'avoir un système qui permette le démarrage à l'essence, puis la marche à l'alcool par simple réchauffement de l'air admis au carburateur ? Ou est-il préférable d'avoir un ensemble qui permette le démarrage et la marche à l'alcool par réchauffement de l'air et de l'alcool ?

Est-il nécessaire d'adjoindre au moteur un dispositif de super-brûlage des hauts de cylindres, ou

suffit-il de mélanger un peu d'huile à l'alcool contenu dans le réservoir ? Dans quelles proportions doit se faire ce mélange ?

Y a-t-il des précautions spéciales à prendre pour une voiture qui roule à l'alcool ?

Dr L. P.

Réponse

Sur deux voitures, une Simca-Huit et une Peugeot 402 B, j'ai employé pour la marche à l'alcool le montage étudié par la société du carburateur Zénith. Ce montage me donne parfaitement satisfaction, surtout sur la Simca-Huit ; j'ai tout lieu de croire que vous pourrez également l'utiliser sur votre Rosengart.

Le montage que j'utilise comporte une mise en route à l'essence, moyennant un petit réservoir d'un litre qu'il suffit de remplir à peu près une fois tous les 10 jours.

Pour la marche à l'alcool, il est indispensable d'avoir une tuyauterie bien réchauffée par dérivation de l'échappement, et une prise d'air chaud sur le carburateur.

On peut également avoir le démarrage à l'alcool avec réchauffage électrique de la tubulure du starter : la Société Zénith présente les deux systèmes.

Pour le graissage des hauts de cylindres, je fais simplement prendre de l'air gras dans le carter des soupapes, et un des deux moteurs récemment déculassé a montré que ce graissage était suffisant. Les cylindres sont en bon état et les queues de soupapes étaient très suffisamment grasses.

On peut aussi utiliser un appareil spécial comme on en trouve plusieurs modèles dans le commerce : tous fonctionnent convenablement.

Il n'est pas possible d'ajouter de l'huile à l'alcool : l'huile n'est, en effet, pas soluble dans l'alcool, même dans l'alcool complètement déshydraté.

Pour rouler à l'alcool, il n'y a pas à proprement parler de précautions spéciales à prendre : marcher avec un cache-radiateur et ajouter un thermomètre dont le réservoir est placé à la sortie d'eau du moteur de façon à maintenir toujours la température entre 80 et 90°, tout en évitant le risque d'ébullition.

Henri PETIT.

1 397. — Comment se procurer de l'alcool carburant

La dotation que les services compétents m'octroient est insuffisante pour mon rayon. La plus belle fille du monde... et il ne s'agit pas, sous ma plume, de récriminer tant soit peu contre des fonctionnaires qui font tout ce qu'ils peuvent pour satisfaire leur monde. Je brûlais autrefois 200 litres

dans les mois creux. On m'en donne aujourd'hui 55. Et en hiver ! J'ai donc cherché à acheter de l'alcool. La Préfecture m'a répondu que le département ne recevait aucune dotation alcool carburant. Mais là se borne sa déclaration.

Un de mes amis, droguiste, m'a dit pouvoir m'en procurer. J'ai fait la chasse aux pipes de 200 litres, lui en ai envoyé 5, et il m'écrit aujourd'hui : « Il n'y a rien de fait : l'alcool que je vous vends est de l'*alcool à brûler*, d'ailleurs je ne peux vous en vendre plus d'un litre à la fois et il est impropre à la carburation ». Evidemment le brave garçon n'était pas au courant de la question lorsque je lui en ai parlé il y a quinze jours.

Je désirerais savoir de vous, qui êtes si serviable et qui savez tant de choses :

1° Qui vend l'alcool hydraté carburant ?
2° La vente est-elle libre ?
3° Doit-on faire, et auprès de qui, des démarches pour en acheter ?
4° Quelles quantités peut-on acheter ?

Dr L.

Réponse

La vente de l'alcool carburant est réglementée au même titre que celle de l'essence, et on ne peut en obtenir que contre les bons délivrés par le service de roulage du département.

Encore faut-il que la région où l'on se trouve soit pourvue de postes distributeurs d'alcool. C'est le cas pour la région parisienne, mais je crois que cela n'est pas général pour toute la France.

Vous pouvez, par contre, acheter librement de l'alcool à brûler chez les droguistes et les marchands de couleurs ; l'utilisation de cet alcool, qui est meilleur marché que l'alcool de carburation, est interdite sur les voitures automobiles ; pour rendre cette interdiction effective l'alcool a été coloré (en violet), et on lui a incorporé un silicate qui provoquerait dans les cylindres du moteur la formation de silice abrasive.

Le dénaturant est constitué, d'autre part, par la créosote qui n'est évidemment pas très favorable pour les moteurs.

Si votre voiture est vieille, et que vous n'ayez pas beaucoup de respect pour elle, vous pouvez essayer, je crois, l'alcool dénaturé, à vos risques et périls.

Pour avoir l'alcool carburant, il faut faire une demande à la Préfecture, demande qui doit être transmise par la Mairie. On vous allouera une quantité correspondant à vos besoins, ou plutôt aux disponibilités locales.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

1611. — Honoraires des médecins phtisiologues pour examen des fonctionnaires

1° Quel est le tarif des honoraires à réclamer par un médecin phtisiologue assermenté, désigné par l'Administration pour une contre-visite d'un fonctionnaire sollicitant la prolongation d'un congé de longue durée pour tuberculose, et comportant l'examen clinique, l'examen radioscopique et l'examen bactérioscopique des crachats ?

2° Le tarif d'honoraires pour un médecin phtisiologue assermenté, pour une visite d'un candidat à un emploi administratif de l'Etat, comportant examen clinique, examen radioscopique et certificat constatant que l'intéressé est indemne de tuberculose ?

Réponse

1° Aux termes du décret du 29 juin 1931, (art. 1er), il est alloué aux médecins phtisiologues assermentés, désignés pour procéder à la contre-visite des fonctionnaires sollicitant l'octroi ou la prolongation d'un congé de longue durée pour tuberculose, une somme de 50 francs par malade examiné, la contre visite comportant, à la fois, un examen clinique et un examen radioscopique.

Si l'Administration réclame, en raison des difficultés particulières de l'expertise, le dépôt d'un rapport détaillé, avec schéma radioscopique, il sera alloué une indemnité complémentaire de 50 francs.

2° Aux termes de l'article 6 du même décret, les médecins phtisiologues, chargés de visiter les candidats à un emploi de l'Etat recevront une somme de 100 francs par vacation d'une heure, chaque vacation comportant au minimum l'examen clinique et radioscopique de quatre candidats. Lorsqu'il sera impossible de grouper au moins quatre candidats, la rémunération de chaque examen sera fixée à 30 fr.

Dans les cas où l'Administration ferait procéder, pour un candidat suspect de tuberculose, à un examen radiographique, à une inoculation aux cobayes, ou à un examen bactérioscopique des crachats, les frais de cette expertise seront décomptés selon les tarifs institués par les articles 1er (analysé ci-dessus) et 2 dudit décret.

L'article 2 fixe les honoraires suivants :

Radiographie du thorax (un cliché négatif, sans tirage, ni rapport), 160 francs.

Inoculation aux cobayes, 150 francs.

Examen bactériologique des crachats avec, s'il y a lieu, homogénéisation, 40 francs.

Les radiographies et les inoculations aux cobayes ne peuvent être effectuées que sur la demande ou avec l'autorisation de l'Administration dont relève le malade.

Soixante-troisième année N° 12 23 Mars 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — *Etudiants*............ **50 fr.**

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de 45 lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 72. — Clientèle O. R. L. et O. P. H. à céder dans ville du Sud-Ouest, sans grosse indemnité. Dr Paon, 14, avenue de la Gare, à Cognac.

Nº 73. — Importante client., médecine générale, à céder après décès, quartier République. Trente ans d'exercice. Très urgent. S'adresser à Pigot, 6, rue Edmond-Roger, Paris.

Nº 74. — Dem. jeune doct. méd. français ayant qual. rég. p. exercer méd. France, p. collab. en vue success. S'adres. Maître Zimmermann, Paris, 3, rue Théodore-de-Banville.

Nº 75. — Paris, près gares Nord et Est. Appart. médical très bien situé, 8 pièces, ascenseur, loyer très modéré, à céder cause santé avec installat. électrologique à médecin disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

Nº 76. — On demande pour gros cabinet médecine générale Paris centre, méd. assistant sérieux, capable et ayant habitude clientèle aisée. Pour tous renseign. 3, rue La Bruyère, 9e. Tél. Trinité 63-63.

Nº 77. — Demois. 45 ans, bien sous tous rapp. excell. réf. demande place institutr. jeunes enfants, ou auprès malade ou dame compagnie. Ecrire Mlle Brébant, Blanche-Maison, par Bricqueville (Manche).

Nº 78. — Méd. radiologue, 30 ans de pratique, ferait remplac. Paris. Ecrire Mme Deleye, poste rest. bur. 13, Paris, qui transmettra.

Nº 79. — Jeune médecin, radiol. cherche place chez confr. sanas, clin. mais. de santé ou remplac. confr. toutes durées, toutes régions en zone non occ. S'adres. Doct. Paul Markovitz, 145, rue Vendôme, à Lyon (Rhône).

Nº 80. — A louer. Yonne, ligne Paris-Dijon, maison 4 p., princip., jardin, dépend., électric., de préfér. meublée. S'ad. Dr Giraud, 14, rue République, Besançon.

Nº 81. — Dame âgée, valide mais nécessitant des soins constants du fait suite opération à l'abdomen recherche maison de repos Paris ou environs pour durée indéterminée. S'adres. Tamboise, 12, rue Eugène-Flachat, Paris (XVIIe).

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe)

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'ABSORBTION PERLINGUALE. Donnez donc du manganèse sous forme de Tablettes de **Mangaïne**, dans les dyspepsies par auto-intoxication. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse

LE CONTRIBUABLE FRANÇAIS

A. MARTINOT, Directeur

Rédige les actes (baux, ventes, etc..), les déclarations, réclamations, etc.. (foncier, impôts commerciaux, successions et enregistrement) tout ce qui regarde la partie commerciale des maisons de santé et cliniques.

Écrire, 6, rue de l'Isly, PARIS (VIIIe)

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du CONCOURS, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul RIBEYRE, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182.31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. Emile Sergent est élu Président de l'Académie de médecine pour 1941, en remplacement du Professeur Pierre Duval, récemment décédé.

M. Guillain est élu vice-président pour l'année 1941.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de pathologie et thérapeutique générales.* — M. le Professeur Baudouin a commencé son enseignement le lundi 17 mars et le continuera les lundis, mercredis, vendredis à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Cet enseignement sera fait avec le concours de MM. les Professeurs L. Binet et H. Benard et de MM. les agrégés Bariéty, Cachera, Chabrol, Delay, Gastinel, de Gennes, Justin-Besançon, Lelong, Lenegre, Marchal, Soulié, Turpin et traitera des grands processus de la pathologie générale.

— *Chaire de pathologie expérimentale et comparée* (Professeur : M. Henri Bénard.) — M. le Docteur André Lemaire, agrégé, a commencé ses conférences le samedi 1er mars 1941, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies infectieuses expérimentales.

— *Chaire de physiologie.* — M. le Professeur Léon Binet a commencé le cours de physiologie le lundi 10 mars au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis, vendredis à 16 heures.

Objet du cours : Respiration, circulation, digestion, les sécrétions internes.

M. Charles Richet, agrégé, a commencé ses conférences le lundi 10 mars au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis, mercredis, vendredis à 18 heures.

Sujet de la conférence : Muscle et système nerveux.

Ultérieurement, M. Charles Richet traitera les questions suivantes : Aliments et ration alimentaire, chaleur animale, sécrétion rénale.

— *Cours complémentaire d'obstétrique.* — M. le Docteur M. Sureau, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique, le mardi 4 mars 1941, au petit amphithéâtre et le continuera les mardis, jeudis, samedis, au même amphithéâtre, à 15 heures.

Sujet du cours : Dystocie, syndromes hémorragiques, infection puerpérale.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — Sont chargés de cours, MM. Delphaut (pharmacologie) ; Remieu (embryologie) ; Arnoux (chimie minérale) ; Guillot (toxicologie) ; Gabriel (cryptogamie) ; Carcassonne (clinique chirurgicale infantile) ; Derrien (chimie biologique) ; Périot (clinique des maladies contagieuses) ; Figarella (clinique gynécologique) ;

Dor (médecine opératoire). Sont chargés d'enseignement pour 1940-1941 : MM. les agrégés Piéri (clinique exotique) ; Dubouloz (physique et électroradiologie) ; Balansard (zoologie et matière médicale) ; Moiroud (pathologie externe) ; Pinéo (pathologie interne) ; Brahic (pathologie générale). Sont chargés de travaux pratiques : MM. les agrégés Saulet (parasitologie) ; Paillas (anatomie pathologique) ; Delphaut (pharmacodynamie). M. Derrien est chargé des fonctions d'agrégé (chimie médicale) ; M. Boyer est nommé pour 1940-1941 chef des travaux de bactériologie.

— **Ecole de médecine de Besançon.** — M. le Professeur Ledoux est nommé directeur de l'Ecole de médecine de Besançon pour une nouvelle période de trois ans.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — — M. René Rousseau est chargé provisoirement du cours de clinique ophtalmologique.

— **Hôpitaux de Paris.** — *L'hôpital temporaire de la Cité universitaire,* dont nous avons annoncé la création, comprendra six services, dont trois sont déjà en fonctionnement (services de M. Julien Marie, de M. Soulié, de M. Raymond Garcin).

Hospice Alquier-Debrousse. — M. Léon Michaux, médecin des hôpitaux, retour de captivité, est nommé chef de service, en remplacement de M. Raymond Garcin.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières, les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes, du 12 au 17 mai 1941, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 1er mai 1941. Droit d'inscription : 10 francs.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

Un certificat est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

— **Académie de médecine.** *L'éducation physique et les besoins alimentaires.* — L'Académie de médecine a adopté les vœux suivants, après lecture d'un rapport du Professeur Rathery :

« 1° L'éducation physique bien comprise et judicieusement appliquée, sous un contrôle médical sévère, constitue un des plus utiles moyens que nous possédions pour permettre un développement normal de l'enfant et de l'adolescent. L'Académie est pleinement d'accord avec les Pouvoirs publics

pour favoriser le développement de l'éducation physique et des sports à l'école, dans les collèges et les universités, et regrette qu'elle n'ait eu jusqu'ici qu'une place trop limitée.

« 2° Par contre, une adaptation défectueuse de la capacité physique à l'effort, un exercice musculaire mal compris poussant à l'athlétisme et non aux sports et une alimentation insuffisante aboutissent fatalement au *surmenage*, qu'il faut éviter à tout prix.

« 3° L'Académie croit devoir insister tout particulièrement sur la nécessité absolue qu'il y a à proportionner cet exercice physique à la ration alimentaire.

« 4° Tout exercice musculaire exige une ration alimentaire supplémentaire et l'importance de cette ration est fonction directe du travail fourni.

« 5° L'exercice musculaire étant indispensable au développement des organismes jeunes, il faut, de toute importance, afin de rendre possible cet exercice physique, fournir cette ration de supplément.

« 6° Dans l'impossibilité de fournir la ration alimentaire indispensable, il faut proportionner la valeur de l'effort physique demandé à l'importance de cette ration.

« 7° Il y aurait intérêt à prolonger le temps quotidien de repos des enfants et des adolescents ; on diminuerait d'autant les besoins caloriques et ces calories épargnées par un temps de sommeil plus prolongé pourraient être heureusement utilisées pour les dépenses nécessitées par l'exercice physique.

« 8° La surveillance fréquente du poids pourrait être un test intéressant et facile à utiliser pour se rendre compte de la correction de la ration alimentaire ; il ne saurait, du reste, être le seul. »

— **L'alimentation des femmes enceintes pendant la période actuelle.** —Comme complément à la note que nous avons publiée sur ce sujet dans notre précédent numéro, signalons l'arrêté préfectoral suivant inséré dans le *Bulletin municipal officiel* de la Ville de Paris du 26 février 1941 :

Arrêté du Préfet de la Seine, en date du 25 février 1941.

Article premier. — Les femmes enceintes, pendant les trois derniers mois de la grossesse, contre la remise d'un certificat médical mentionnant la date présumée de l'accouchement, pourront percevoir des suppléments de denrées rationnées en sus de la ration normale de la *catégorie « T »* dans laquelle elles ont été admises par l'arrêté ministériel en date du 11 décembre 1940.

Art. 2. — Les suppléments de rations accordées aux femmes enceintes sont les suivants :

a) Denrées de consommation journalière :
Viande : 180 grammes par semaine ;
Matières grasses : 50 grammes par semaine ;
Fromage : 25 grammes par semaine.
b) Denrées à rationnement mensuel :
Sucre : 500 grammes par mois ;
Pâtes : 250 grammes par mois.

Art. 3. — Les titres d'alimentation correspondant aux suppléments alloués seront délivrés aux

intéressées ou à leur représentant par la mairie de leur résidence, contre remise du certificat médical prévu à l'article 1er et sur le vu de la carte d'alimentation.

— **Les certificats médicaux et le secret professionnel.** — Nous lisons sous ce titre dans la *Gazette des hôpitaux* :

« Nous avons publié une note émanant de *l'Ordre des médecins*, précisant que, dans aucun cas, les certificats nécessaires pour l'obtention du lait ou des suppléments de charbon indispensables aux malades, ne devaient porter de diagnostic.

Cette note était nécessaire. Notre excellent confrère le *Journal de Médecine de Paris* ne rapportait-il pas dans son numéro du 25 février, la lettre que le Docteur Fanton d'Andon a été obligé d'adresser au Procureur général pour protester contre la violation du secret professionnel que prétendait lui imposer une mairie.

Le chef du parquet a donné immédiatement des intsructions pour que soit respecté le secret professionnel. Cette décision est conforme à la loi et à nos traditions. »

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur L. PRON, d'Alger ; du Docteur Charles FOUQUET, ancien chef de clinique, chargé de cours à l'Ecole de médecine de Tours ; *du médecin général* inspecteur SAVORNIN, décédé à l'âge de 63 ans ; de Lord BANTING, de Toronto, Prix Nobel, à qui l'on doit la découverte (en collaboration avec Mac Leod) de l'insuline.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du mardi 4 mars 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes

MM. les Docteurs :

14.126 ADAM, 7, rue Parmentier, Neuilly-sur-Seine (Seine). Parrains : Docteurs Boissonnet et Mozziconnacci.
14.127 BALLAND, Seur (Loir-et-Cher).
14.128 M. BOSCHATEL, Ecole française de Stomatologie.
14.129 BLESTEL, Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.
14.130 BOUCHET, Mantes (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Saron et Dubois.
14.131 BOQUET, 362, avenue Thiers, Bordeaux Parrains : Docteurs Giret et Martin.
14.132 BUISSON, Mortain (Manche). Parrains : Docteurs Bechet et Divet.
14.133 CAMUS, Vincennes (Seine). Parrains : Docteurs Camus et Delamare.
14.134 CARROIS, Beni-Saf (Oran). Parrains : Docteurs Pons-Leychard et Desbuquois.
14.135 CHEVALLIER, Orléans (Loiret). Parrains : Docteurs Segelle et Victor Lepage.
14.136 COLLIN, Louroux-Beconnais (Maine-et-Loire). Parrains : Docteurs Leroy et Gigon.
14.137 DELESTRE, Landres (Meurthe-et-Moselle). Syndicat des Médecins de Meurthe-et-Moselle.

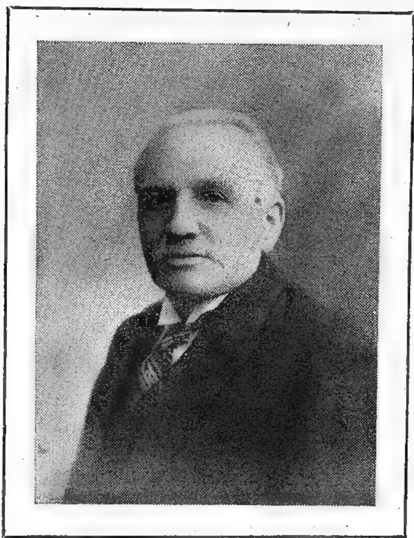
Voir la suite page XLIII-573

Constant BOULANGER

(1876-1941)

Nous avons la profonde tristesse d'annoncer à nos lecteurs et à nos amis la mort de Monsieur BOULANGER, administrateur du *Concours Médical.*

A cette nouvelle, tous les familiers de cette maison sauront la perte immense que fait le journal ; nous-mêmes ne pouvons, sur le moment, la mesurer dans toute son ampleur.



Il est mort le 15 Mars après une courte maladie dont il avait paru, tout d'abord, soutenir le choc terrible ; c'est au moment où nous reprenions un peu d'espoir qu'un nouvel assaut l'a terrassé.

Mais peut-on la dire courte, cette maladie, quand son vrai nom c'est : la guerre ? Monsieur BOULANGER est mort de cette guerre, frappé au cœur non d'un coup brutal, mais du lent épuisement par lequel elle sait aussi faire mourir.

Comme tous les anciens de 1914, il l'avait vue venir avec appréhension. Comme tous les hommes de cœur il détestait la guerre, en connaissant les horreurs et l'absurde inutilité. Mais lorsqu'elle fut sur nous, il lui fit face et s'acharna contre toutes les difficultés nouvelles auxquelles se heurtait sans cesse un journal comme le *Concours.* L'accalmie de huit mois fut pour lui une alerte continue.

Au mois de mai, il se raidit et joua sa partie de Français ; malgré les premiers revers il voulut espérer, et transporta l'imprimerie de Clermont bombardé à Paris où il comptait tenir jusqu'à la fin de la guerre. Hélas !

Le désastre de juin lui donna un coup de massue. Le journal pourchassé par l'avance ennemie avait suspendu sa publication. De son gendre, parti avec l'armée du Nord, il était sans nouvelles. Ces mois-là où l'angoisse croissait de jour en jour l'usèrent. Lorsqu'il revint de l'exode, en août, et que, les larmes aux yeux, il se jeta dans mes bras, je sus à n'en pas douter que quelque chose en lui était brisé.

Et bientôt, en effet, il commença à souffrir.

Mais la tâche commandait : il s'agissait d'abord de rendre la vie au Journal. Vaillamment, il entreprit l'effort, surmontant, pour travailler, la douleur physique et les angoisses familiales. Le jour où le *Concours* reparut et le jour où son gendre rentra, convalescent de ses blessures, furent peut-être ses dernières grandes joies.

Car Monsieur BOULANGER était un grand laborieux et le *Concours* fut son grand œuvre. C'est par son application constante que le journal est devenu ce qu'il est et l'on peut dire que, depuis cinquante ans, rien ne s'y fit sans lui. Il y était entré à peine adolescent et pour les plus humbles fonctions. Lui-même aimait à le rappeler, non pour s'enorgueillir d'un succès conquis de haute lutte, mais pour évoquer le temps où il collaborait avec le Docteur CÉZILLY, le fondateur, puis avec le Docteur JEANNE, pour conter quelque trait sur ces deux disparus. Ceux-ci avaient apprécié sa valeur

de telle sorte qu'ils lui avaient abandonné la direction administrative. Dès avant la guerre mondiale, le *Concours* était un grand journal qui tenait une place prépondérante dans la profession médicale.

A la mobilisation, Monsieur BOULANGER partit et le journal suspendit sa publication. Mais dès sa première permission, il rassemblait les éléments épars, trouvait du papier, quelques ressources et mettait sur pied une modeste feuille destinée à porter un réconfort jusque dans les postes de secours de l'avant. Au long des quatre ans de guerre, et tandis qu'avec une section d'ambulances, il courait les routes du front, il confia à sa femme la tâche écrasante d'éditer, à elle seule, la réincarnation du *Concours*. C'est grâce à la volonté acharnée des deux époux que le journal traversa sain et sauf cette redoutable passe.

Et puis, ce fut l'après-guerre, la montée en flèche, le succès dépassant les espérances, l'organisation, sans relâche perfectionnée, de cette maison de la rue de Bellefond que peu de médecins français ignorent, tant ils sont nombreux ceux qui viennent y chercher un conseil, un renseignement, une aide, un secours.

Et c'est maintenant, alors que son œuvre resplendit d'un éclat incontesté, alors qu'il vient de la sauver pour la seconde fois des périls de la guerre, c'est maintenant, au moment de savourer sa réussite, que Monsieur BOULANGER s'en va.

N'y a-t-il pas là une atroce ironie du sort ?

***

Telle fut l'œuvre et tel fut l'ouvrier que nous pleurons. Mais l'homme, l'ami, comment les raconter sans être déchiré ? Mille souvenirs se pressent et le son de sa voix, si proche encore, semble revenir d'outre-tombe pour nous faire douter de la réalité.

Il était bon ; ce sera, je crois, le premier mot qu'auront à la bouche ceux qui parleront de lui. Il était gai, jovial, de cette jovialité « bon enfant » propre aux gens du Nord qui savent réconforter d'un mot et donner confiance d'une poignée de mains. Il était sensible et sans vouloir en convenir, comme ceux de sa race, capable de masquer un bienfait par pudeur, de donner à un attendrissement les faux-dehors de la rudesse. Mais sa grosse voix n'en imposait pas à ceux qui le connaissaient bien et qui éventaient vite le subterfuge. C'était l'ami vrai, entier, qui se donne une bonne fois et ne chicane pas son assistance. Il aimait la simplicité et préférait aux œuvres des hommes, trop souvent entachées d'artifice, les spectacles sans apprêt de la nature. Au retour de ses voyages, il contait avec enthousiasme la majesté d'un clair de lune dans le Sahara, la limpidité d'un fjord norvégien ou les lointains d'un paysage alpestre. Mais ces visions glorieuses ne détournaient pas son cœur de son terroir natal. Il aimait sa petite patrie de l'Aisne, le village où s'étaient écoulées ses jeunes années, avec une dévotion attendrissante et incapable de se reprendre. A tous ceux qu'il aimait, même à la terre, il donnait une affection fidèle.

Il est mort cependant, et un grand vide s'est creusé auprès de nous qui avions coutume de le consulter si souvent. Pour la première fois depuis tant d'années sa main ferme a quitté la barre. Le navire vogue encore sur son erre et garde la direction imprimée. C'est demain qu'il faudra s'accoutumer à son absence.

Monsieur BOULANGER a eu les obsèques qu'il aurait souhaitées : sa famille et un petit nombre d'amis l'ont seuls accompagné à sa dernière demeure, dans un petit cimetière de campagne. Il y trouvera le calme, la grande paix qu'il ne connaissait plus depuis des mois et que mérite sa vie laborieuse.

Que Madame BOULANGER, que ses enfants, Monsieur et Madame DOURIEZ, veuillent bien accepter l'assurance de notre affectueuse sympathie.

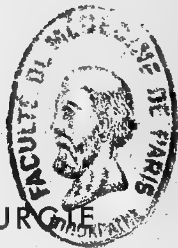
Pour nous, ses collaborateurs, il nous reste à lui rendre le seul hommage qu'il aurait envié : nous inspirer de son exemple, poursuivre son œuvre, et nous efforcer de restituer au *Concours* la parcelle de vie que sa disparition vient d'arracher.

Puissions-nous n'être pas inférieurs à cette tâche.

G. LAVALÉE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX



LES ANOMALIES RÉNO-URÉTÉRALES EN CHIRURGIE

Par le Docteur F. CATHELIN,

Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris

On a très exagéré dans les derniers temps d'avant-guerre, l'importance des anomalies de l'appareil réno-urétéral.

Leur fréquence même a été très surfaite et une révision s'impose, chaque chirurgien au cours d'une longue pratique n'ayant pas l'occasion d'en observer plus d'une dizaine de cas dans sa vie.

Ces anomalies existent donc bien dans le cadre chirurgical, mais, de là à en faire une tête de chapitre d'études pathologiques de ces organes, il y a loin.

Elles n'existent jamais qu'à l'état de rareté et de simple curiosité.

A côté d'elles, on peut également mentionner des *déformations curieuses*, qui rappellent les cas de reins anormaux chez l'animal où le rein a l'aspect d'une véritable grappe, tel ce rein que j'ai enlevé dans l'entourage du Professeur Metchnikoff le 3 novembre 1911 et qui ressemblait à s'y méprendre par ses profondes incisures et ses circonvolutions à encéphale (aquarelle représentée dans mon Atlas).

***

Pour ce qui regarde le rein, l'anomalie de beaucoup la plus importante est le *rein unique* congénital. On en conçoit toute l'importance en pratique pour éviter une exérèse fatale, comme cela est arrivé au moins une fois dans les mains de Tuffier, d'Albarran et de nous-même, tous victimes de nos procédés d'investigation, imparfaits à l'époque.

Il reste essentiel de le dépister par avance, ce que nos méthodes modernes nous permettent aujourd'hui de faire dans le plus grand nombre de cas. Les travaux parus à ce sujet sont dus à Brenner qui en réunit 48 cas, à Ballowitz en 1895 qui en trouve 213 cas, à Mankiewicz en 1900 et à Cadoré en France, en 1903.

J'ai pu en retrouver 25 cas nouveaux.

J'entends d'ailleurs par rein unique, le rein unique *congénital* et non les cas de rein unique par destruction pathologique complète de l'autre.

Cette absence de rein est d'ailleurs plus fréquente à gauche qu'à droite, sauf chez la femme.

Ce rein unique a été frappé de toutes les affections habituelles : cancer, tuberculose, kystes, calculs.

On peut reconnaître cette anomalie par la clinique d'abord, car ils sont souvent hypertrophiés ; par l'épreuve au bleu ou au carmin d'indigo de la méatoscopie urétérale ; par la division des urines, à condition de bien interpréter les résultats ; enfin à l'heure actuelle par la pyélographie, qui joue un rôle capital, et reste très supérieur à toutes les autres méthodes.

***

La seconde anomalie importante en chirurgie est le cas de *rein ectopique croisé*, c'est-à-dire des cas où les deux reins sont placés d'un même côté de la colonne vertébrale.

Tantôt, les deux glandes sont l'une au-dessous de l'autre, mais franchement indépendantes, tantôt, elles sont fusionnées, pôle supérieur de l'une au pôle inférieur de l'autre ; je les ai appelés dans ce cas *concrescents*, qui n'est donc alors qu'une variété du rein ectopique croisé, le terme de rein concrescent étant préférable à celui de rein inversé qui supposerait une rotation autour d'un plan ou d'un axe.

Cadoré dans sa thèse, inspirée par le Prof. Gérard (de Lille) n'en mentionne que treize cas, et il oublie le nôtre, ce qui porte à quatorze le nombre des cas connus.

Siegmund Schumacher en a été le meilleur historien, et notre pièce anatomique a été déposée au Musée Dupuytren sous le n° 669 nouveau.

Je dois dire d'ailleurs que, dans tous ces cas, jamais le diagnostic n'avait été porté du vivant du malade.

Ce qui est remarquable, c'est que, dans tous ces cas, les deux uretères s'abouchent toujours dans la vessie d'*une façon normale*, que l'ectopie soit concrescente ou non, ce qui est en faveur de la fixité très grande d'abouchement vésical de ces canaux.

De même le système vasculaire relève toujours plus de la circulation du bassin que de la circulation abdominale.

Enfin, *jamais* la capsule surrénale ne suit le rein dans son déplacement, ce qu'explique l'anatomie de la loge rénale et des fascias rénaux (1).

***

Une autre anomalie très curieuse est ce qu'on a appelé le *rein en galette.*

Legueu en a publié un beau cas et nous-même deux autres, dont l'un est figuré en aquarelle dans notre Atlas (néphrectomie avec guérison du 16 janvier 1914) et l'autre dans nos Conférences urinaires, à la page 309 du tome II.

Dans les deux cas, le rein plus ou moins aplati est formé en apparence de deux reins reliés par une symphyse moins épaisse.

L'une des portions est toujours plus petite que l'autre et, bien entendu, on ne retrouve pas la morphologie extérieure habituelle du rein, qui devient méconnaissable.

La surprise est déjà éveillée au moment de l'exérèse et l'on pourrait croire à deux reins soudés, mais l'absence de deux uretères nous permet d'éliminer cette hypothèse.

Quand on ouvre le bassinet, on voit les papilles des deux côtés.

Dans notre deuxième cas, la symphyse était moins large, très étirée et l'une des portions présentait des voussures en rapport avec des abcès corticaux.

Dans les deux portions, il y avait des pierres, trois dans l'une et deux dans l'autre.

Ces reins d'aspect très déformé et très irrégulier sont très rares. Ils n'ont rien à voir avec le rein en fer à cheval, dans lequel la forme générale est conservée pour chacun.

Il faut donc connaître ces cas pour les dissocier de cas apparemment semblables et dont l'importance est grande pour la conduite ultérieure à tenir.

***

A côté de ces anomalies rares de l'appareil rénal, on trouve aussi plus souvent des *anomalies urétérales*, mais dont la connaissance est moins importante dans les décisions chirurgicales.

C'est le plus souvent un corollaire du rein dédoublé, qui ne présente de l'intérêt que pour la connaissance de la partie exacte du rein malade correspondant à tel ou tel uretère.

Ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est d'abord l'*uretère bifurqué* en haut avec deux bassinets en forme d'Y ; l'uretère *double* sur tout son trajet ; enfin, l'uretère avec *point d'abouchement anormal* dans la vessie.

Rappelons que, dans le cas de rein unique, le système urétéral peut présenter quatre variantes : l'uretère du rein solitaire s'abouche dans la vessie du même côté où est le rein ; l'uretère dédoublé se porte l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane pouvant faire croire alors à l'existence de deux reins qui n'existent pas ; l'uretère dédoublé peut tomber en deux orifices différents du même côté que le rein ; enfin, l'uretère du rein solitaire débouche à sa place normale et il y a de l'autre côté un méat avec vestige d'uretère sur quelques centimètres, ce qui peut être encore trompeur.

Comme on le voit, l'exploration complète dans ces cas peut encore induire en erreur et il faut toute la perspicacité du spécialiste, pour préciser le diagnostic. Nous sommes entourés d'embûches, et c'est là encore où la moderne pyélographie nous rendra d'inappréciables services.

***

En résumé, et comme nous le disions au début de cette rapide étude, les anomalies de l'appareil réno-urétéral, bien que rares, comportent cependant un intérêt primordial dans la pratique, car, à côté des cas strictement anatomiques et de pure curiosité, il en est d'autres qui revêtent un caractère chirurgical de toute première valeur.

Pour les premières, il a fallu toute la patience et toute la ténacité d'un Le Double pour en avoir fait le but et l'occupation de toute sa vie.

Mais pour les secondes, il y a l'intérêt d'un malade, dont le sort est entre nos mains, aussi devons-nous poser en principe qu'il faut s'entourer de *multiples* moyens d'exploration pour dépister l'énigme ; un seul ne suffit pas.

En dehors de l'exploration purement manuelle, il faut une cysto-méatoscopie de contrôle ; il faut surtout une division des urines par cathétérisme urétéral, double si possible. Il faut encore une analyse détaillée des urines pour apprécier, par l'égalité des taux d'urée et de chlorures, si l'on n'a pas affaire à un seul rein, plutôt qu'à deux reins égaux ; il faut enfin la pyélographie, dont la valeur ici est très supérieure à celle qu'on a voulu lui accorder pour le diagnostic des autres affections rénales où l'on pourrait à la rigueur s'en passer, tellement sont persuasifs les seuls résultats de la division des urines, faite correctement et bien interprétés.

---

(1) Voir notre étude avec Albarran sur l'Anatomie des capsules surrénales dans la *Revue Gynécologique* de Pozzi.

LA VIE FAMILIALE DES TUBERCULEUX

COMMENT LE MÉDECIN DEVRA SE COMPORTER AU POINT DE VUE MARIAGE ET PROCRÉATION (1)

par E. RIST

Puisque l'on est en mesure aujourd'hui de guérir durablement un nombre croissant de tuberculeux qui, avant l'invention de Forlanini et les perfectionnements qu'elle a reçus, eussent été voués à la mort, puisque l'on peut les restaurer à une existence normale, à une capacité complète de travail, à l'indépendance économique, il n'existe, *a priori*, aucune raison valable de leur interdire, une fois cette guérison acquise, le mariage et la procréation. Qu'il y faille des précautions, des tempéraments et des limitations, c'est évident. Voyons donc ce qui en est et comment le médecin devra se comporter dans les circonstances très diverses, où il sera consulté sur ce point.

Je voudrais écarter d'abord le cas de l'hérédité prétendue. Il n'y a pourtant guère d'année où il ne m'arrive plus d'une fois d'avoir à répondre à un père médecin, qui me demande s'il peut consentir au mariage de son fils avec une jeune fille, de sa fille avec un jeune homme, dont un ascendant ou un proche a été ou a passé pour être tuberculeux. Cet ascendant, c'est parfois une grand'mère ou un oncle mort depuis longtemps, et que le candidat au mariage n'a jamais connu. Ou encore, c'est un asthmatique dont l'infirmité n'a rien à voir avec la tuberculose, ou un chétif dont on a toujours dit qu'il avait une pauvre santé, et qui n'était peut-être qu'un ptosique de l'estomac. Les seules questions qu'il soit nécessaire de se poser sont celles-ci : y a-t-il dans la famille du candidat et cohabitant avec lui un tuberculeux contagieux ou qui, l'ayant été, est susceptible de le redevenir ? Le candidat lui-même est-il atteint, fût-ce sous l'aspect le plus torpide, de tuberculose pulmonaire ? ou a-t-il eu, à une époque relativement récente, quelque maladie, une pleurésie séro-fibrineuse par exemple, qui puisse le faire considérer comme prédisposé à devenir un tuberculeux pulmonaire ? S'il n'y a pas, s'il n'y a jamais eu rien de tel, la question est jugée.

Elle se pose tout autrement lorsque le prétendant au mariage a été tuberculeux et qu'il est, ou paraît guéri. Il importe alors d'être renseigné exactement sur ce qu'a été la maladie, d'avoir autant que possible sous les yeux les clichés radiographiques, qui sont les témoins les plus fidèles de ses étapes, de savoir à partir de quelle époque les expectorations ont cessé de contenir des bacilles, et avec quelle rigueur et quelle fréquence ils ont été recherchés. Il importe beaucoup aussi de savoir par quelle méthode la guérison a été obtenue. Un pneumothorax bien conduit, prolongé le temps nécessaire, donne, j'en suis convaincu, une garantie meilleure qu'une simple cure sanatoriale. Cette guérison, il faut ensuite la contrôler soi-même par un examen somatique approfondi et des examens d'expectoration méthodiques. Quand sur un cliché il ne subsiste plus rien de l'ancienne lésion, il est facile de se faire une opinion. Mais quand il y a des séquelles, on ne sait pas toujours, au premier abord, si elles sont entièrement cicatricielles ou s'il leur reste encore quelque activité. Les signes stéthacoustiques sont parfois d'interprétation délicate. De fines crépitations inspiratoires, comme en détermine une atélectasie résiduelle, peuvent en imposer pour des râles pathologiques. Dans un sommet devenu le siège d'une fibrose rétractile permanente tout à fait inactive et vers lequel la trachée s'est déplacée et incurvée, on entend un souffle qu'il faut interpréter. Il est très important, enfin, de savoir de quand date la guérison. Ancienne, stable, compatible avec une activité normale, elle peut être tenue pour durablement acquise. Trop récente, elle oblige à des réserves, et fait différer la décision. Il faut savoir aussi quel genre de vie mènera le futur ménage, et où il s'établira. Si son existence doit être calme, régulière, à portée d'un secours médical compétent, c'est tout autre chose que s'il s'agit d'aller vivre sur le littoral de la Manche, ou dans la brousse de l'Afrique équatoriale. Tout doit être pesé en vue, non seulement de la situation présente, mais de l'avenir, dans la mesure du moins où on peut le conjecturer.

Il y a, d'autre part, pour résoudre le problème, une distinction essentielle à faire, suivant qu'il concerne un jeune homme ou une jeune fille. L'homme, en général, ne court pas grand risque dans la vie conjugale, à moins que la nécessité d'alimenter son foyer ne lui impose un travail excessif. Il trouve, au contraire, dans le mariage les conditions d'une vie

(1) Extrait d'un article publié dans *Paris-Médical*, le 10 février 1940.

plus ordonnée, plus régulière, mieux protégée que celle qu'il menait auparavant. Il est à l'abri des aventures s'il sait être sage, et que sa femme l'y aide. Encore faut-il que sa guérison soit assez assurée, assez solide pour que les probabilités d'une rechute soient réduites au minimum. Retombant malade, il mettrait en péril la sécurité économique du ménage. Et, s'il succombait, il laisserait une jeune veuve et de jeunes orphelins, éventualité qu'on ne peut envisager de gaieté de cœur.

Pour la femme, au contraire, le mariage, s'il est ce qu'il doit être et ce que l'on doit souhaiter qu'il soit, a pour conséquence naturelle la maternité, et nous savons de reste quels dangers cela comporte, lorsque la tuberculose n'est pas complètement et durablement éteinte. Il faut donc multiplier les précautions et les garanties, s'agissant d'une jeune fille jadis atteinte et pour laquelle il est question d'un mariage. Si ces garanties manquent, il est indispensable de faire abandonner le projet, ou en tout cas de conseiller un long sursis.

Heureusement, d'ailleurs, lorsqu'on est interrogé sur ces questions, on se trouve souvent dans l'agréable situation d'avoir à rassurer entièrement une famille à tort inquiétée. Malgré les incontestables progrès qu'a faits depuis trente ans le diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire, on doit déplorer qu'aujourd'hui encore il soit souvent posé sur les fondements les plus futiles et les plus inconsistants, et que des vies soient gâchées pour une rhino-pharyngite invétérée, pour une dyspepsie banale, pour une appendicite chronique, pour une de ces nombreuses affections mineures que, faute d'un examen sérieux et approfondi, on met sur le compte d'une tuberculose sans se soucier d'en donner les seules preuves probantes. Tantôt on n'a même pas pris la peine de faire faire un cliché radiographique, qui eût suffi à faire éliminer tout soupçon, tantôt le cliché a été fait, mais on l'a interprété de façon si tendancieuse et si incompétente qu'on lui a fait dire précisément le contraire de ce qu'il démontre avec clarté.

Mais on n'a pas seulement à se prononcer sur l'opportunité du mariage de tuberculeux guéris ou que l'on croit guéris. La question se pose parfois pour des tuberculeux en cours de traitement, ou même avant que le traitement n'ait été institué. L'on conduit au cabinet du médecin une jeune fille, qui vient d'avoir une hémoptysie révélatrice. Il découvre une lésion tuberculeuse évidente, excavée. Il indique ce qu'il faut faire sans tarder, un pneumothorax, un séjour sanatorial. « Docteur, combien de temps cela durera-t-il ? » Comment répondre avec précision ? C'est impossible. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il faut compter sur de longs mois, sur un an, deux ans peut-être, avant qu'un retour par prudentes étapes à la vie normale soit tenté. « Docteur, c'est qu'il faut vous dire que ma fille est fiancée. » Il n'est pas surprenant qu'à cette annonce le visage du médecin s'assombrisse. Naguère encore, il n'eût pas hésité à conseiller la rupture. Aujourd'hui, connaissant l'efficacité curatrice de la collapsothérapie, — surtout lorsqu'elle est précocement instituée, — avons-nous le droit de prononcer si catégoriquement une telle interdiction ? Je ne le pense pas, pour ma part.

C'est en cette occurence que le médecin a le plus besoin de ces dons de pénétration psychologique et de compréhension humaine, sans lesquels il ne sera jamais que d'un faible secours à son prochain. Tout dépend, en effet, de ce que valent moralement ces fiancés, qu'il va falloir désunir ou laisser engagés l'un envers l'autre. S'agit-il d'un de ces projets arrangés pour la convenance de deux familles et où le cœur n'est pour rien, il vaut mieux le laisser tomber. Je sais bien que ces projets conduisent parfois à de fort bons et solides mariages. Mais leur abandon ne laisse pas de blessure et simplifie tout. Si, au contraire, on a devant soi deux jeunes gens qui ont fait choix l'un de l'autre et dont l'inclination — je voudrais éviter les grands mots — ne fait pas de doute, il faut s'efforcer d'apprécier le sérieux, la profondeur, la qualité du sentiment qui les lie. Le bien-portant est-il de taille à attendre sans impatience l'avènement d'une guérison, qu'il serait téméraire de promettre et qui reste subordonnée à tout un concours de circonstances heureuses ? Aura-t-il le cœur assez ferme, une constance assez sûre d'elle-même, une abnégation assez sincère ? Ne se fait-il pas d'illusions sur sa propre fidélité ? Ne risque-t-il pas de se tenir un jour pour engagé moins par l'attachement spontané et de pur aloi, qui l'inspire aujourd'hui, que par la pitié, qui est bien l'un des plus fragiles fondements sur quoi l'on puisse asseoir le bonheur de toute une vie ?

Et le malade aura-t-il la même constance, la même patience ? Ne trouve-t-il dans le sacrifice qui lui est fait qu'un aliment à son amour-propre, à son égoïsme ? Ou bien l'accepte-t-il avec cette simple, pure et loyale gratitude que connaissent seules les âmes bien nées ?

Que d'erreurs, lourdes de conséquences, le médecin ne peut-il pas commettre, s'il s'est prononcé à la légère, avant d'avoir scruté la conscience de ceux qu'il doit guider ! Mais l'enjeu vaut la peine qu'il se donnera. Le mieux, d'ordinaire, est de temporiser un peu. On verra souvent la difficulté se résoudre d'elle-même.

Le malade, absorbé par le souci de sa guérison, désenchanté par l'absence, fait passer sans douleur à l'arrière-plan un attachement, dont l'importance diminue à ses yeux. Ou c'est le bien-portant qui se retire sans éclat, et l'engagement tombe comme un fruit mûr. Le temps a fait silencieusement son œuvre. La meurtrissure est minime, alors qu'une rupture brusquement imposée aurait pu avoir des conséquences très vulnérantes.

Mais on rencontre aussi de ces fiancés qui ont fait une fois pour toutes le don d'eux-mêmes, et que la maladie ne saurait désunir. Ils prennent la vie au sérieux. Ils savaient d'avance qu'elle est jalonnée d'épreuves. Pourquoi fuiraient-ils devant celle-ci ? Il est des âmes si transparentes que tout cela s'y lit presque du premier coup d'œil. A celles-là le médecin doit toute son aide, tous ses encouragements, toute sa protection. Il sera suivi, obéi avec confiance. S'agissant d'une jeune fille, dont le pneumothorax a été institué de bonne heure et s'est montré efficace dès le début, il faut bien attendre deux ans à partir de la disparition définitive des bacilles, avant que l'on puisse envisager le mariage. Encore prolongera-t-on davantage le délai si possible. Et l'on ne permettra une gestation qu'après un an de vie conjugale, si tout va bien. Mais il ne faut pas différer trop longtemps la maternité. L'enfant est le gage le plus assuré de la solidité du foyer. Cette première gestation se fera sous la tutelle du pneumothorax, qu'il importe beaucoup de maintenir encore plusieurs mois après l'accouchement. Il va sans dire que la mère n'allaitera pas. Et l'on ne songera au deuxième enfant qu'après un délai largement compté. Mais il faut songer à ce deuxième enfant et même au troisième. L'enfant unique est voué au malheur, et y entraîne ses parents.

Voilà donc, depuis que Forlanini nous a montré la voie, ce que nous pouvons entreprendre et ce qu'il y a quarante ans, pas un médecin n'eût cru possible. Qu'on ne se figure pas ce que je viens de décrire comme l'image d'une réussite exceptionnelle, où le hasard a plus de part que le propos mûrement délibéré du médecin. Quel phtisiologue ne compte pas autour de lui plusieurs de ces foyers heureux et sains dont, à l'occasion même de la maladie, il a entouré la fondation de sa sollicitude, qu'il a défendus parfois contre l'opposition de familles timorées, qu'il a vu se développer et s'agrandir, et qu'il tient pour la meilleure récompense qu'il puisse attendre de l'exercice intégral de sa profession ? Parfois même, ce sont deux tuberculeux, qui ont uni leurs destins. J'en connais plus d'un exemple, et qui ne me laissent point de regret.

On se plaint souvent que, devant la spécialisation inéluctable, qui morcelle en nombreuses disciplines distinctes notre art, devenu trop vaste pour être embrassé par un seul, le médecin de famille soit sur le point de disparaître. C'est vrai, et il n'y a peut-être pas grand'chose à faire contre cela. Mais si chaque médecin, dans sa spécialité, avait souci de la vie familiale de son malade, non pas seulement pour l'heure actuelle, mais pour l'avenir, et si, entre médecins, le mot confraternité, au lieu de n'être qu'une formule de courtoisie masquant souvent les plus âpres rivalités, avait le sens d'une entente sincère en vue du bien public, chacun de nous serait à son heure médecin de famille dans la plus haute acception de ce terme.

LES SULFAMIDES DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS PULMONAIRES

Les sulfamides ont été employés dans le traitement des infections pulmonaires aiguës — à la suite des travaux expérimentaux de Whitby — par différents auteurs : Evans et Gaisford, de Birmingham (près de 100 cas de pneumonie lobaire aiguë), Fort, Ferry et Berger (sept cas de pneumonie chez les noirs), Meakins et Hanson (trente cas de pneumonie pneumococcique), Revers, de Heerenisen (Hollande) (vingt-quatre cas de pneumonie ou broncho-pneumonie grippale grave), etc. Les résultats sont apparus, d'une façon générale, avantageux.

Le Docteur Jean DESBORDES, dans sa thèse Paris, 1940) rapporte quinze observations personnelles, recueillies dans le service du Professeur Carrière, de Lille, concernant des broncho-pneumonies, congestions pulmonaires, pneumonies typiques qu'il a traitées par les sulfamides (injections intra-musculaires profondes de soludagénan). Treize de ces malades ont guéri. Dans les cas suivis de guérison, la courbe thermique a obéi ordinairement aussitôt à la médication. Une chute en lysis s'est produite et la défervescence est devenue complète en moyenne au quatrième jour du traitement.

L'amélioration du pouls, de l'état général et des signes physiques était contemporaine de la chute thermique.

P. L.



REVUE DES TRAVAUX DE GYNÉCOLOGIE (1939-1940) (1)

Par H. VIGNES
Prof. agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

et L. BIGEY
Assistant à la maternité de l'Hôtel-Dieu

Cancers. — Pour STANCA, l'érosion cervicale n'a pas l'importance que l'on croit sur le développement d'un cancer ; mais l'ectropion joue un rôle plus grand à cet égard, ce qui est prouvé par le fait que la plupart des cas de cancer du col utérin surviennent chez des multipares. Aussi recommande-t-il d'opérer, à titre prophylactique, l'ectropion cervical. (Importance de l'érosion dans l'étiologie du cancer utérin. *Cancerul*, 1938, nº 3). — WHITE, pour diagnostiquer un cancer du col, n'accorde guère de valeur qu'à la biopsie. Il considère le test de Schiller à l'iode et la colposcopie comme affaire de mode. La recherche des métastases dans les ligaments larges est souvent instructive. Elle se pratique par toucher recto-vaginal combiné. (Cancer du col utérin. *Amer. Journ. of Surgery*, juillet 1939, t. 45, p. 4.) — L. LEMAITRE rapporte cinq cas de métastases osseuses de cancer du col utérin. Deux sont survenues chez des femmes qui avaient subi un traitement radiothérapique complet (curiethérapie et rœntgenthérapie) pour des lésions avancées, une chez une malade récidivée après curiethérapie ; deux chez des patientes opérées d'hystérectomie totale. Ces métastases intéressaient, l'une la clavicule, une autre le col fémoral, et trois le rachis. L'auteur montre la rareté relative des observations cliniques de métastases osseuses de cancers du col, contrastant avec la fréquence rapportée dans les protocoles d'autopsie. (Métastases osseuses de cancers du col utérin). *La Presse médicale*, 29 avril 1939, p. 657).

Ligaments utérins et paramètres

A propos de deux cas de léio-myome du ligament large, COUNSELLER et STALKER rappellent que, dans plusieurs cas publiés, on a laparotomisé et on a conclu à une tumeur maligne inopérable et on a refermé ; puis, voyant que l'état général restait bon, on a réopéré et on a extirpé la tumeur, cette extirpation étant souvent laborieuse du fait des connexions avec l'uretère. (Léio-myome intra-ligamentaire. *Proced. of the staff meetings of the Mayo Clinic*, 6 septembre 1938, p. 572).

Trompes et ovaires

Anatomie et physiologie. — GEIST et SALMON se sont proposés de suivre les modifications du cycle ovarien par des frottis de sécrétion vaginale recueillie sur la valve postérieure du spéculum, diluée et colorée. Quatre types : grande insuffisance ovarienne (absence complète de cellules squameuses, présence de cellules vaginales rondes du type des cellules profondes, leucocytes et globules rouges) ; — moyenne insuffisance (grandes cellules épithéliales irrégulières à gros noyaux et cellules du type profond) ; — insuffisance légère (même aspect, mais avec cellules du type profond plus rares) ; — réaction normale : cellules squameuses nettes (*Am. Jour. of Obst. and Gyn.*, 1939, t. 38, p. 392).

Hormones ovariennes. — H. VIGNES rappelle que le rhumatisme chronique déformant est plus fréquent dans le sexe féminin, mais il ne faut pas exagérer le rôle de l'insuffisance ovarienne, sans cependant le nier complètement. Le rhumatisme ovarien apparaît, surtout, à l'époque de la ménopause (qu'elle soit naturelle ou qu'il s'agisse de castration) et aussi chez les femmes présentant des troubles rentrant dans le cadre de l'insuffisance ovarienne. Le début du rhumatisme ovarien est insidieux et souvent méconnu ; puis surviennent les arthralgies surtout au niveau du genou et des articulations des phalanges ; puis, ultérieurement, apparaissent les déformations articulaires. A ces arthralgies s'associe souvent une obésité plus ou moins accentuée, une laxité articulaire exposant aux entorses et subluxations et à de fréquentes varices. Ce rhumatisme est dû à un processus de décalcification locale, d'ostéolyse, avec nouvelle répartition du calcium mobilisé. Cette décalcification est due à différents facteurs : l'âge, l'hérédité, la pauvreté des réserves calciques et, enfin, les troubles du fonctionnement ovarien. La thérapeutique reposera en partie sur l'opothérapie ovarienne qui doit être très précoce et très prolongée, à laquelle on associera un traitement récalcifiant, une cure d'amaigrissement et, au besoin, une cure thermale. (Rhumatisme ovarien. *Le Progrès médical*, 23 novembre 1939, p. 1309).

Opothérapie des syndromes ovariens — S. LIEBHART, pour traiter le prurit vulvaire, a obtenu de bons résultats par l'emploi d'injections de fortes doses d'hormone ovarienne et d'onctions sur la vulve avec des pommades contenant de la folliculine. (Thérapie hormonale du

(1) V. *Concours médical*, nos 10 et 11 de 1941.

prurit vulvaire. *Ginek. Polska,* tome 17, novembre-décembre 1938, p. 993).

BARGAVAN rapporte l'observation de 21 cas d'hypo-ovarie avec manifestations cutanées diverses. Ces femmes ont été traitées par la folliculine et le gluconate de calcium ; l'auteur a obtenu 16 bons résultats entre la troisième et la dix-huitième injection et cinq résultats incertains.

Greffes ovariennes. — NIEHANS rapporte un cas de greffe de préhypophyse et d'ovaire de génisse dans une aménorrhée primitive, de greffe d'hypophyse et de thyroïde de chien dans une dystrophie adiposo-génitale, de greffe d'ovaire de brebis pour un rhumatisme ovarien. (L'homme et ses insuffisances hormonales. *Société vaudoise de pharmacie,* 7 octobre 1938).

Affections non néoplasiques. — Parfois, il est très difficile de distinguer l'appendicite de l'annexite droite : 10,5 % d'erreurs après des explorations cliniques minutieuses d'après ANDREI LENO. L'appendicite aiguë débute par une douleur dans l'épigastre ou dans tout l'abdomen ; puis ces douleurs se localisent dans l'hypogastre droit. L'annexite droite s'annonce d'emblée par les douleurs dans l'hypogastre droit. L'appendicite à rechutes a, dans les commémoratifs, des accès de douleur dans l'épigastre ou dans tout l'abdomen ; l'annexite à rechutes n'a pas ces accès haut situés. (Contribution au diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite droite. *Rozhledy v. Chirurgie,* 1939, p. 188).

On a beaucoup exagéré, dans le groupe des hémorragies utéro-annexielles, la fréquence des grossesses extra-utérines. Parmi les autres causes possibles d'hématocèles, CHRISTIAN PIERRA insiste sur les apoplexies ovariennes. L'apoplexie se produit à deux époques d'élection : ovulation et prémenstruum immédiat, c'est-à-dire au moment des deux vagues de Stapfer. Elle se voit souvent chez des vierges et, en tout cas, elle s'accompagne souvent de divers signes cliniques d'imperfection utéro-ovarienne. Elle résulte de l'exagération de l'hyperémie cyclique de l'ovaire. Mais, dans un certain nombre d'observations, il faut invoquer le rôle d'une dyscrasie sanguine, peut-être d'une hémogénie locale, le rôle de l'ovarite scléro-kystique, le rôle de tous les facteurs de congestion. L'exagération de l'hyperémie cyclique semble résider dans un déséquilibre neuro-végétatif d'origine hormonale. (L'apoplexie ovarienne. *Revue fr. de Gyn. et d'Obst.,* février 1939, p. 65).

Tumeurs bénignes. — A. AVRAMESCO et N.-N. GHEORGHIU rappellent que les kystes lutéiniques peuvent simuler la grossesse extra-utérine, la salpingite, les kystes ovariens. (Kystes lutéiniques de l'ovaire simulant différentes affections génitales. *Rev. Obst. Gin. Puer.,* janvier-mars 1939, p. 26.) — GROZESCU rapporte l'observation d'une femme présentant des métrorragies avec douleurs lombaires et ténesme, ayant débuté dix jours après ses règles normales. On pense à une grossesse ectopique, malgré un Zondek douteux. A l'intervention, on trouve un fibrome gros comme une noix, et deux ovaires polykystiques. Le fibrome est énucléé, les parties kystiques des ovaires sont réséquées. La malade, après l'intervention, a des règles normales, mais présente des signes de congestion pelvienne traitée par la progestérone. (Kyste folliculaire simulant une grossesse extra-utérine. *Rev. de Obst. Gin. Puer.,* octobre-décembre 1930, p. 310).

SAVULESCU rapporte quatre cas de tuberculose génitale à forme ulcéro-caséeuse ; dans le premier cas, on a fait une colpotomie, puis une incision abdominale avec drainage ; mort ; dans le second cas, on a fait une extirpation partielle et rœntgenthérapie ; la guérison se maintient depuis plusieurs années ; le troisième cas où, après une colpotomie, persistait un trajet fistuleux depuis plusieurs mois avec état fébrile, fut traité par l'extirpation de la masse de la dimension d'une orange ; guérison en quinze jours ; le quatrième cas, qui était une annexite caséeuse de la dimension d'une grosse mandarine, a été traité par une annexectomie et la guérison est obtenue en douze jours. Tous les diagnostics ont été confirmés par examen histologique. La guérison se maintient chez deux malades depuis cinq ans. (Contribution au traitement chirurgical des annexites tuberculeuses. *Rev. de Obst. Gin. Puer.,* janvier-mars 1939, p. 5.).

Tumeurs malignes. — DOCKERTY a rapporté, à l'une des réunions qui groupent les travailleurs de la clinique Mayo, neuf observations de dysgerminone ovarien, tumeur solide, assez souvent bilatérale, maligne sans être très maligne et ayant la structure d'un séminome. On les observe chez des filles ou des jeunes femmes et elles sont associées à des signes nets d'hypoplasie utérine et, parfois, de pseudo-hermaphrodisme. Il s'agit de néoplasme des cellules sexuelles indifférenciées, intermédiaires à l'arrhénoblastome qui masculinise et à la tumeur de la granulose qui féminise à l'excès. Ces tumeurs ne déterminent pas de troubles fonctionnels. Les neuf cas de DOCKERTY correspondent à quatre cents tumeurs solides de l'ovaire. Un des cas concernait une femme enceinte que l'on opéra au début de la grossesse et qui put aller à terme. (Dysgerminome. *Proc. of the Staff meetings of the Mayo Clinic.,* 30 avril 1939, p. 545). — A propos des tumeurs à cellules de la granuleuse, DOCKERTY, MALVAN et WILLIAM CARPENTER décrivent l'aspect clinique et pathologique de 36 néoplasmes à cellule de la granuleuse. Ces tumeurs sont sup-

posées provenir des restes de cellules de la granuleuse du hile de l'ovaire ou de follicules de Graaf en dégénérescence. Les formes folliculoïdes, cylindroïdes des cellules de la tumeur représentent des degrés variant de différenciation plutôt que des entités séparées. Les tumeurs à cellules de la granuleuse semblent être d'une malignité peu élevée. Donc, l'intervention chirurgicale dans ces tumeurs doit être conservatrice lorsque les patientes sont jeunes. (Tumeurs à cellules de la granuleuse. *Amer. Jour. of Obst. and Gyn.*, vol. 37, nº 3, mars 1939, pp. 425-433.)

Affections des voies urinaires chez la femme

Touraine et Mesin indiquent, comme signe de la gonococcie chronique des petites filles, la rougeur du méat et l'érythème de l'hymen et de la face interne des petites lèvres. (Quelques signes de la vulvo-vaginite chronique chez la petite fille. *Bull. de la Soc. française de Derm. et Syphil.*, 1939, nº 1360).

Glandes mammaires

W.-S. Handley relate les observations de cinq sœurs atteintes de cancer du sein, qu'il a suivies pendant dix ans. Leur mère mourut, à 69 ans, d'un cancer du foie et la mère de celle-ci, à 37 ans, d'un cancer de l'abdomen, probablement de l'estomac, attendu qu'elle souffrait de vomissements persistants. Cinq cancers du sein ont été opérés dans cette famille ; de plus, deux amputations simples du sein ont été pratiquées, l'une pour cancer débutant, l'autre pour mastite précancéreuse. Deux des sœurs sont mortes du cancer après survie de neuf et onze ans, et trois étaient en bon état au moment de la publication. L'auteur considère que les résultats plaident pour la rœntgenthérapie de la mastite chronique suivie d'examens périodiques, en réservant l'acte opératoire. A l'apparition des signes suspects, les radiations ont une valeur prophylactique, mais mais ne peuvent se substituer dans tous les cas à la chirurgie. (Chronic mastitis and Breast cancer ; Family history of five Sisters. *British medical Journal*, 16 juillet 1938, p. 113.)

Fécondation

Anatomie et physiologie. — C.-G. Hartman a étudié la menstruation sans ovulation sur 300 femelles de singes. Un tiers environ était composé de spécimens supérieurs qui ovulèrent soit dès leur arrivée, soit après une courte acclimatation. Le second tiers comprenait des sujets inférieurs qui ne menstruèrent pas du tout ou le firent sans ovuler. Le dernier tiers était constitué par des sujets de qualité intermédiaire. Elles restèrent en excellente santé, mais ovulèrent de façon plus ou moins certaine et quelques-unes ne pondirent même jamais. Les guenons n'ovulant pas doivent se diviser en deux groupes : dans l'un, le cycle non ovulaire peut être regardé comme normal ; dans l'autre, il existe un état pathologique. L'étude s'étendit sur 100 cycles ; les cycles non ovulaires se produisant dans la saison de non-reproduction, c'est-à-dire de mai à septembre. Ceci représente le comportement normal. Egalement normaux sont les cycles non ovulatoires de l'adolescence, qui se sont élevés à 240. Il en est de même pour l'époque ménopausique, la puerpéralité, la lactation. D'autre part, chez 260 bêtes, 1.075 cycles sans ovulation, doivent être classées comme étant pathologiques ou anormaux. Certaines de ces femelles étaient nettement malades, soit qu'elles ne fussent pas menstruées du tout ou qu'elles aient eu une menstruation sans ovulation peu de temps avant leur mort. Donc il existe, apparemment, certaines femelles saines qui ne pondent jamais ou occasionnellement seulement. Parmi les cycles non ovulants observés, 17 % appartiennent à chacun de ces groupes. Pour certaines femelles, il est impossible de rien préciser ; elles pondirent environ vers la moitié du cycle de la saison de reproduction et fournirent de beaux embryons. Les femelles acquises récemment restent facilement sans ovuler pendant un certain temps : deux ans, un an, quelques mois. Puis, même parmi les meilleures femelles, il y en eut dont la ponte fit fortuitement défaut à leur temps normal. Environ 10 % de cycles non ovulatoires ressortissent à ce groupe. De cet ensemble, on voit que le cycle non ovulatoire est un état bien défini et devient un facteur qui doit être une considération dans l'occurrence de stérilité. (Menstruation sans ovulation. *Les hormones sexuelles*, Paris, 1938, p. 103, 113).

Stérilité. — Folke Holtz a examiné mille primipares mariées après un temps d'observation de six à sept années. Il résulte de cet examen qu'après la naissance du premier enfant, la stérilité s'est installée chez au maximum 7,1 %. La cause de la stérilité était, dans la plupart des cas, une infection génitale ascendante, moins souvent des troubles hormonaux ou le développement d'un myome, bien exceptionnellement d'autres facteurs. L'emploi des moyens anticonceptionnels pour limiter à un seulement le nombre des enfants est très répandu (35,8 %) surtout parmi les femmes âgées et celles d'âge moyen. (Fréquence et causes de la stérilité après la naissance du premier enfant. *Nordisk Medicin*, 1939, p. 383). — D'après Mukuda et Horie, la puberté des femmes stériles a été en moyenne de quatorze ans et onze mois, alors que l'âge moyen de la puberté au Japon est de quatorze ans et huit mois. Mais, surtout, les femmes ayant été formées après dix-sept ans, ont un risque élevé de stérilité. (*Men. and Sterility, Japonese Journal of Obst. and Gyn.*, mai 1939, p. 190).

PROBLÈME DE LA SÉCRÉTION INTERNE CUTANÉE (1)

Par A. Desaux

Après avoir situé le problème dans le cadre de l'activité générale de la peau, considérée aujourd'hui comme un organe autonome, et après avoir insisté sur la sécrétion externe cutanée, A. Desaux, passe rapidement en revue les nombreuses hypothèses concernant la sécrétion interne du tégument et ne discute que les faits.

I. — Les faits cliniques et expérimentaux prouvent tout d'abord qu'une excitation modérée, s'exerçant sur une large zone de peau et déclenchant une réaction cutanée normale physiologique sans altération structurale, libère, au sein du tissu dermo-épidermique, des excitants chimiques qui passent dans la circulation et agissent à distance sur les autres organes. Ce sont là des substances hormonales, au sens étymologique du mot, mais non des hormones vraies car, contrairement à ces dernières, elles n'ont ni une origine, ni un lieu d'action spécifiques : elles peuvent naître dans bien d'autres tissus que la peau et exercent une action assez diffuse.

L'activité protoplasmique cutanée déclenchée par l'excitation modérée du tégument, crée l'acidose cellulaire et tissulaire, dont l'auteur a signalé l'importance au cours de travaux antérieurs et qui a pour résultat de favoriser la décarboxylation des acides aminés contenus dans la peau et leur transformation en bases aminées. Ainsi l'histidine donne naissance à l'histamine, qui passe dans la circulation et agit à distance sur les organes, en particulier sur l'estomac : à une excitation large cutanée succède l'hyperchlorhydrie.

D'autres acides aminés, la tyrosine, le tryptophane existent dans la peau ; il est possible que la tyramine, la tryptamine, bases aminées correspondantes et toutes deux hypertensives, prennent naissance à la manière de l'histamine et par un mécanisme analogue.

Certaines bases aminées comme la choline paraissent elles-mêmes capables de fournir des dérivés : ainsi se forme dans le tégument sous l'influence du massage, l'acétylcholine, ester acétique de la choline.

II. — Des expériences de A. Desaux et Guillaumin, de Gilberstein et ses collaborateurs, on peut conclure que les rayons X et U. V, libèrent au sein du tissu cutané, des principes œstrogènes, dérivés vraisemblablement du cholestérol, qui diffusent dans l'organisme.

III. — Nombre d'extraits de peau ont été réalisés.

L'extrait aqueux est le plus employé. L'auteur cite quelques procédés de préparation (expression du suc cutané, digestion incomplète de la peau par la pepsine, plasmolyse du tégument dans une solution concentrée de chlorure de sodium, etc.).

L'extrait aqueux de peau stimule l'activité prolifératrice du tissu cutané ; d'où son emploi dans le traitement des plaies atones.

Il détermine une surproduction de lipoïdes. A ce pouvoir lipoïdogénétique, il devrait de bloquer l'intoxication causée par certains corps chimiques.

Il exerce une action de freinage sur les phénomènes d'allergie et d'anaphylaxie, à condition d'être injecté en quantité bien déterminée.

Il provoque une baisse du taux du sucre sanguin.

Il déclenche la vaso-constriction périphérique et réduit les symptômes douloureux ou fluxionnaire de l'inflammation.

A la façon de l'extrait thyroïdien, il élève le métabolisme basal.

Il semble augmenter la résistance du tégument à l'infection ; sous son influence, les agglutinines et les opsonines deviennent abondantes, la leucocytose importante, le pouvoir bactéricide du sérum s'accroît.

Les extraits cutanés aqueux ont le défaut de tous les extraits d'organes ; on peut objecter à leurs auteurs que les substances, dont ils ont observé l'action et qui possèdent d'ailleurs des propriétés pharmacodynamiques indiscutables, ne représentent pas la sécrétion interne de la peau, mais ont pu se former soit après la mort, soit au cours de la préparation de l'extrait.

A. Desaux insiste sur la complexité de la composition des extraits aqueux cutanés et sur l'importance du rôle des dérivés protéiques banaux, que contiennent en abondance ces préparations, dans la pathogénie des diverses actions pharmaco-dynamiques énumérées plus haut.

On devine l'intervention des peptones, des protéoses, des acides aminés dans les expériences concernant soit la prolifération cellulaire, soit la lipoïdogénèse dont dépendrait le pouvoir désintoxiquant ; et c'est probablement à l'histamine

(1) Résumé d'une conférence faite à la Réunion médico-chirurgicale d'Amiens.



qu'est due l'action sur l'allergie, la leucocytose, la glycémie.

L'extrait aqueux de peau paraît plus spécifiquement exercer une action vaso-constrictive, stimuler la thyroïde, posséder un pouvoir anti-infectieux.

Ces mêmes propriétés sont l'apanage de l'ésophylaxine japonaise.

IV. — Les auteurs japonais considèrent l'oreille du lapin, constituée par deux lames de peau accolées, comme un organe cutané type. Ils l'isolent et la perfusent. Le liquide qui s'échappe par la veine efférente possède quelques propriétés physiologiques qu'ils attribuent à la présence d'une hormone nommée « ésophylaxine ».

L'ésophylaxine stimule le corps thyroïde, la glande surrénale et l'adrénalino-sécrétion.

A petite dose, elle provoque l'hypoglycémie et, à dose plus importante, l'élévation du taux du sucre sanguin (cette hyperglycémie ne se produit pas après section des splanchniques ou après ablation des surrénales).

Sous son influence, le taux des agglutinines s'élève, le nombre des leucocytes et des plaquettes sanguines s'accroît, les thrombocytes se forment en abondance, les processus de coagulation et de régénération sanguine s'accélèrent.

Il faut se garder de formuler de hâtives conclusions ; toute cette expérimentation doit être complétée.

Dès maintenant, il convient de signaler la similitude de certains effets physiologiques obtenus, soit par l'excitation large du tégument, soit par les injections d'extrait aqueux cutané, soit par celles du liquide de perfusion de l'oreille du lapin, de l'ésophylaxine.

La constation des phénomènes d'hyperthyroïdisme et d'hypersurrénalisme, succédant aux injections d'extrait aqueux cutané ou d'ésophylaxine, incite à penser que l'organe peau fonctionne en synergie avec la thyroïde et la médullo-surrénale. On peut se demander si le tégument n'élabore pas une hormone, une base aminée se rapprochant de l'adrénaline et de la thyroïdine.

Il ne faut pas oublier que l'adrénaline est une base aminée, apparentée chimiquement à la tyrosine et que la thyroxine, autre base aminée, résulte de la fusion de deux molécules diiodées de tyrosine.

Or, la tyrosine se trouve en abondance dans la peau. L'excès de cet acide aminé passe dans la sécrétion externe, soit en se combinant avec le tryptophane et la cystine pour former la kératine, soit en se transformant en mélanine, qui représente une tyramine oxydée ; kératine et mélanine sont éliminées par l'épiderme. La tyrosine cutanée, dont peut naître par décarboxylation la tyramine, fournit-elle un autre dérivé à action hormonale ? Ou bien est-ce la tyramine (base aminée sympathomimétique, vaso-constrictive et hypertensive, capable d'élever le métabolisme à la façon de l'extrait thyroïdien, d'augmenter la glycémie et l'adrénalino-sécrétion), qui est la substance active contenue dans les extraits de peau et dans l'ésophylaxine.

La sécrétion interne cutanée puiserait-elle une partie de ces éléments dans les mêmes réserves que la sécrétion externe de la peau ?

V. — Les lipides, dont l'excès passe également dans la sécrétion externe sous forme de sérum, sont extrêmement abondants dans le tégument. Aussi, à la suite de nombreux travaux parus sur les hormones sexuelles ou l'hormone cortico-surrénale, a-t-il paru intéressant à Desaux et Pensu de préparer un extrait lipidique de peau, d'après les recherches effectuées sur les hormones liposolubles.

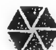
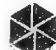
Dans une première expérience, des injections de cet extrait répétées, à doses élevées, ont provoqué chez le rat des lésions hémorragiques du foie et des reins.

Les auteurs n'ont relevé aucune altération endocrinienne, si ce n'est le développement de la couche corticale du thymus.

Par contre, ils ont observé une modification importante de l'épiderme : les mitoses cellulaires étaient anormalement nombreuses et les lésions de parakératose dénonçaient la vigueur de la réactivité cutanée.

Une deuxième expérience, faite également sur le rat, fut plus intéressante ; les injections de cet extrait, à doses faibles, ont augmenté le poids, la vitalité des animaux, le volume du thymus tout en diminuant, comme l'ont montré des dosages faits par Ch.-O. Guillaumin, la teneur cutanée en magnésium et surtout en calcium.

La diminution du calcium cutané est une des conditions du développement de l'hyperexcitabilité de la peau, et c'est peut-être la raison pour laquelle les premiers animaux, soumis à des fortes doses, présentaient les troubles et lésions cutanées signalées ci-dessus.

QUELQUES DONNÉES NOUVELLES SUR LE TRAITEMENT DES PLAIES INFECTÉES

D'après le Professeur agrégé MELNOTTE et ses collaborateurs (1)

L'importance du milieu biologique dans leur évolution

Jusqu'à ces derniers temps, les plaies infectées, celles de guerre en particulier, avaient été étudiées au point de vue de l'identification des germes, de la phagocytose, puis des ferments de lyse mis en liberté par la rupture des leucocytes, et enfin du milieu : rôle nocif des tissus dévitalisés pour la défense de l'organisme ; importance des lésions vasculaires. Ces dernières gênaient ou arrêtaient l'aérobiose, l'arrivée leucocytaire et surtout l'apport des défenses humorales par la lymphe, dotée de propriétés antitryptiques et chargée d'anticorps divers.

Partant de ces principes, les impératifs thérapeutiques étaient les suivants :

1° A la phase de mise au net : supprimer le milieu favorable au développement des germes par l'épluchage chirurgical ; détruire les germes par l'antisepsie (liquide de Dakin, notamment) ; arrêter la protéolyse par l'appel leucocytaire (sérum de cheval, et surtout la solution hypertonique de Wright à 10 p. 100 de NaCl).

2° A la phase du bourgeonnement : maintenir l'antisepsie ; réduire et limiter la protéolyse, dès qu'elle a accompli le nettoyage de la plaie par la séparation du mort et du vif, soit par l'éther, la solution physiologique de NaCl à 7 p. 1000 ou l'héliothérapie, soit par l'appel de la lymphe, élément nourricier du tissu de bourgeonnement (massage, mobilisation, mécanothérapie).

3° A la phase d'épidermisation : protéger les cellules épidermiques par des pansements gras, et les nourrir par apport sanguin (massage, mécanothérapie).

Aujourd'hui, il semble que, précédemment, on ait trop envisagé les éléments microscopiques (germes et leucocytes) pour négliger les facteurs physico-chimiques, c'est-à-dire le milieu de la plaie. Et cependant l'importance de la réaction de ce milieu est soulignée :

a) Par des faits cliniques : cicatrisation interminablement retardée des plaies, en contact avec des solutions très acides ou très alcalines ; suppuration également prolongée de certaines plaies infectées, avec apparition du pus bleu ;

b) Par des faits expérimentaux et de laboratoire, notamment *en ce qui concerne le pH.*

De réaction acide sur la peau saine (5,2), le pH *s'oriente vers* l'alcalinité sur la peau traumatisée. La cicatrisation d'une plaie demande un pH tout près de la neutralité, mais légèrement acide. Les plaies bourgeonnantes sont à pH alcalin, allant jusqu'à 7,6.

D'autre part, la sympathectomie péri-artérielle semble avoir une influence favorable sur l'évolution des plaies en raison des variations qu'elle entraîne, dans la réaction physico-chimique du milieu, par l'hypérémie provoquée. Du côté sympathectomisé, les plaies guérissent plus rapidement, le pH oscillant autour de la neutralité (7,03 en moyenne).

Enfin, il a été démontré que ce n'était pas l'infection qui créait l'acidité ou l'alcalinité, mais bien la plaie elle-même. Il est à remarquer que, dans ce milieu, les germes ne se développent que s'ils trouvent le pH qu'exige leur variété. Ainsi le streptocoque pousse dans les milieux dont le pH est entre 6,2 et 7,2 ; le staphylocoque moins exigeant demande des pH compris en 6,2 et 8,2 ; le colibacille pousse entre 5,6 et 8,5 ; le pyocyanique, enfin, tolère des pH encore plus alcalins. Bref, une plaie acide ne permettrait l'infection qu'au streptocoque, au staphylocoque et au colibacille (pH optimum débutant aux environs de 6).

Le traitement devra obtenir un pH favorable à toutes les phases évolutives de la plaie

Phase de début.

Il existe une réaction acide, qui est due à la protéolyse des tissus atteints. Celle-ci ne peut être empêchée ; elle ne doit cependant pas se prolonger trop longtemps, car elle favoriserait alors le développement de la flore microbienne s'adaptant à cette acidité, et en particulier du streptocoque (un moyen simple de déterminer le pH consiste à mettre en contact de la plaie elle-même — et non du pus — des papiers réactifs, qui sont examinés immédiatement).

(1) P. MELNOTTE, M. JOLY, J. LAMY, L. LLUCIA et F. PINSON. Le pH des plaies de guerre infectées. (*La Presse Médicale,* 1er février 1941.)

Le but à rechercher sera double :

1° Détruire par l'antisepsie les germes, déjà installés dans la plaie. Localement : liquide de Dakin ; sulfamidothérapie à la dose de 1 gr. 50 par pansement, les sulfamidés en poudre ayant un pH neutre, et ne modifiant pas à leur contact le pH des tissus. A l'intérieur, injections intra-artérielles de mercurochrome, de sulfamides ;

2° Neutraliser l'acidité de la plaie en orientant son pH vers l'alcalinité. Emploi de solutions alcalines, telles le liquide de Dakin (dont le pH est de 8,72 et empêche en même temps le développement du streptocoque), mais emploi à surveiller tous les deux jours, de façon à éviter une zone trop alcaline, et surtout à ne pas s'y maintenir. Appel des leucocytes et surtout de la lymphe (réglé par l'apport sanguin). Cet appel sera réalisé, en favorisant la circulation périphérique soit par la solution de Wright (NaCl à 10 p. 100), soit par massage sans brutalité, soit par les interventions sur le sympathique, lorsqu'elles sont anatomiquement possibles (infiltration, novocaïne, sympathectomie).

Phase de mise au net et de comblement.

A cette période, la diapédèse leucocytaire augmente ; la protéolyse s'intensifie et, comme conséquence, le milieu reste acide, condition favorable à l'apparition des germes, dont le pH optimum débute aux environs de 6 : streptocoque, staphylocoque et même coli-bacille, s'il s'est trouvé contaminer initialement la plaie.

Cependant, il est nécessaire que la réaction de la plaie s'approche de la neutralité. Le Dakin ne saurait convenir à ce moment que si la plaie a un pH trop acide ; le maintien de son emploi entraînerait deux complications en aggravant la réaction alcaline : *a*) la suppuration à flore alcalinophile : pyocyanique et colibacille, entretenue par l'alcalinité et, par conséquent résistante à l'action du Dakin ; *b*) l'œdème des bourgeons charnus et l'infiltration leucocytaire. Ces deux complications vont retarder la cicatrisation soit par la suppuration, soit par un tissu de bourgeonnement pathologique. C'est donc à cette phase surtout que va se décider le sort de la plaie ; la détermination du pH, tous les deux jours, par exemple, permettra de parer :

Soit à la tendance alcaline par la *nitratation* des bourgeons charnus, qui fait baisser rapidement le pH du tissu du bourgeonnement et le ramène en zone acide ; — ou par des pansements quotidiens, voire même des irrigations surveillées aux solutions d'acides faibles, fortement dissociées, tels que l'*acide lactique* à 10 p. 1000 (pH = 1,97), utilisé seul ou associé en parties égales au Van Swieten, l'*acide borique* à 30 p. 1000 (pH de 4,4 à 5,2) ou à 40 p. 1000 (pH de 4,2 à 4,8), qui ramèneront le pH local vers l'acidité.

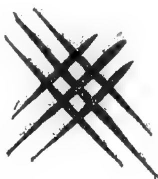
Soit à la *tendance acide* par l'apport de lymphe, apportant le volant régulateur et continu du sérum sanguin et de ses ressources alcalinisantes. Cet apport doit, autant que possible, ne pas amener d'afflux leucocytaire, c'est pourquoi on le demandera, à ce stade, à l'héliothérapie, au massage, aux interventions sur le sympathique.

Phase de cicatrisation.

L'équilibre s'établit à un optimum, fixé aux environs de 6,8, c'est-à-dire de la neutralité, mais avec une très légère déviation acide. La plaie dans l'ensemble évoluera d'autant plus vite et d'autant mieux qu'elle maintiendra son pH dans des limites raisonnables, et surtout en dehors des zones franches d'alcalinité, défavorables au « bon » tissu de bourgeonnement, et favorables à une flore alcalinophile tenace, dont l'installation arrête indéfiniment la plaie au stade de suppuration.

Le contrôle du pH permettra de diriger la cicatrisation en maintenant la plaie aux environs de cet optimum de 6,8 par les applications utilisées (avec beaucoup de précaution, en raison de son pH acide de 5,4) d'eau physiologique à 9 p. 1000 de chlorure de sodium. On lui préfèrera le lacto-sérum (pH = 6,8), dont c'est là la véritable indication. On pourra utiliser aussi la pommade à l'oxyde jaune de mercure, dont les bons effets sont reconnus depuis bien longtemps classiques, tout en aidant la reprise circulatoire de la périphérie, nécessaire au travail d'épidermisation, par un massage adapté, par la mécanothérapie et la mobilisation surveillées.

G. FISCHER.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE



La Presse

L'organisation des services médico-sociaux dans les usines

Le 9 juin 1940 a été publiée à l'*Officiel* une recommandation relative à l'organisation des services médico-sociaux et de sécurité dans les établissements visés à l'article 65 du Livre II du Code du travail. Notamment, l'embauchage ne doit pas se faire au hasard ; l'ouvrier doit être mis à la place qui lui convient, pour qu'il puisse remplir sa tâche dans de meilleures conditions de moindre fatigue et de sécurité. Il y a lieu, dans la suite, de veiller à sa santé physique comme à sa santé morale.

Le Docteur A. FEIL cite les textes législatifs et les commente. Un jeune médecin ne peut s'improviser médecin d'usine ; il lui faut des connaissances théoriques et techniques indispensables.

Il doit connaître les lois sociales sur les accidents du travail, les lois sur la santé publique et surtout le Code du travail. Il est indispensable qu'il ait la pratique de l'examen médico-légal des blessés, qu'il sache rédiger certificats et rapports. Il doit avoir une idée suffisante des installations industrielles modernes pour pouvoir comparer, comprendre, étudier celles dont il aura la surveillance. Il possèdera des connaissances assez précises sur la toxicologie industrielle et sera familiarisé sur les effets toxiques, que produisent sur l'organisme les différents corps fabriqués ou employés dans les manipulations de l'industrie. (*La Presse Médicale*, 28 décembre 1940.)

La sulfamidothérapie dans les complications des otites

L'étude de M. AUBRY est motivée par ce fait que, dans la pratique otologique courante, le sulfamide est administré sans règles bien précises ; il est souvent conseillé sans utilité, soit parce que la dose est insuffisante, soit parce que, dans la complication envisagée, il est inopérant, parfois même dangereux.

La bonne compréhension de l'efficacité du sulfamide se résume dans les notions suivantes : La sulfamide agit par contact direct avec le microbe, d'où la nécessité de porter le médicament au contact même du microbe. L'efficacité semble due non à la destruction de la bactérie, mais à l'arrêt de sa puissance de reproduction. La quantité du sulfamide mise en présence du microbe doit être à un taux suffisant ; mais il faut établir une posologie précise, avec une limite inférieure au-dessous de laquelle le médicament est insuffisant, et une limite supérieure au-dessus de laquelle il devient toxique. Le sulfamide n'agit pas également sur toutes les races microbiennes : le streptocoque hémolytique paraît le plus sensible ; au contraire, le viridens est particulièrement résistant, de même que le pneumocoque et le staphylocoque.

Le sulfamide peut être mis directement en contact avec le microbe, en saupoudrant, par exemple, le foyer infectieux : c'est la sulfamidothérapie locale. La sulfamidothérapie générale se fait par ingestion ; le sulfamide passe rapidement en trois ou quatre heures dans le sang, et celui-ci le porte dans les différents tissus. Ce procédé est d'autant plus efficace que l'organe lésé présente des échanges plus intenses avec le milieu sanguin ; aussi, dans les complications sanguines ou méningées, la sulfamidothérapie générale donne-t-elle des résultats inespérés, tandis que dans une simple mastoïdite, les résultats sont douteux. Le taux de concentration à obtenir dans le sang varie avec le microbe en cause et avec sa virulence. D'une façon générale, on peut admettre qu'une concentration minima de 3 milligr. par 100 c. c. est nécessaire, de même on ne doit pas oublier qu'au-dessus de 15 milligr. le médicament peut devenir toxique. On se rappellera que X grammes de sulfamide ingérés en vingt-quatre heures, donnent dans le sang une concentration de X milligr. par 100 c. c. : ainsi une dose quotidienne de 5 gr. donnent 5 milligr. pour 100 c. c. de sang ou de liquide céphalo-rachidien ; la dose maxima est de 10 grammes.

En schématisant, on peut dire que :

1° La sulfamidothérapie générale, efficace seulement à doses élevées, est indiquée : à titre curatif, dans les complications veineuses (thrombophlébite du sinus, qui déclenche la septicémie) et méningées ; à titre préventif, dans les labyrinthites ou les pétrosites, lorsque l'on craint une complication méningée ;

2° La sulfamidothérapie locale sera employée, au contraire, dans les complications osseuses, où la précédente méthode se montre d'une efficacité douteuse. (*La Presse médicale*, 11 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Les formes anxieuses persistantes des psychoses d'épuisement somato-psychique

(MM. Laignel-Lavastine, M. Bouvet et Follin ; 7-1-1941)

M. Laignel-Lavastine attire à nouveau l'attention sur les psychoses d'épuisement somato-psychique observées par lui en juin 1940. De ces états, certains ont guéri assez rapidement ; d'autres ont eu une évolution beaucoup plus prolongée. Pour ces derniers (formes anxieuses persistantes), la thérapeutique devra s'inspirer du contexte clinique. A l'anxiété liée à des idées fixes post-oniriques conviennent avant tout les calmants corticaux ; à l'anxiété pure, les sédatifs neuro-végétatifs ; enfin, *aux anxiétés avec complexe endocrinien*, les suppléances médicamenteuses endocriniennes et vitaminiques appropriées.

Dispersion du tréponème chez les souris blanches atteintes de syphilis inapparente

(M. Levaditi et Mme Rousset-Chabaud ; 24-12-1940)

La dissémination du virus syphilitique, ainsi que la dispersion et la pullulation du « treponema pallidum » dans l'organisme des souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente sont en fonction des voies d'introduction de ce virus. Parmi celles-ci, les voies sous-cutanée, intra-veineuse et névraxique sont celles qui se prêtent le mieux aux phénomènes dispersifs, contrairement aux voies intra-péritonéale et cutanée, lesquelles apparaissent comme étant les moins favorables.

Influence de la sous-alimentation sur la résistance de l'organisme au froid

(M. F. Besançon ; 7-1-1941)

La sous-alimentation, dangereuse déjà en temps normal, devient plus néfaste lorsqu'il y a nécessité pour l'organisme de lutter contre le froid. L'alimentation des individus exposés au froid ne se ramène pas seulement à une question de calories ; il est non moins utile que la ration soit bien équilibrée, et qu'elle apporte les éléments protecteurs, les sels minéraux, les vitamines, les acides aminés dont l'organisme a besoin.

Académie de chirurgie

Sur le traitement des épanchements traumatiques récents du genou

(M. André Le Roy. — Rapport de M. Roux-Berger ; 16-10-1940)

M. André Le Roy applique aux épanchements traumatiques récents du genou le traitement suivant : ponction articulaire, évacuation du sang épanché et son remplacement par une solution anesthésiante (10 c. c. de novocaïne à 1 %). Le malade est laissé au repos au lit quarante-huit heures, et, à ce moment, dans la majorité des cas, le genou est sec et indolent et la marche peut être reprise. Si l'épanchement récidive, ponction et injection sont faites à nouveau.

Les cas ainsi traités (neuf guérisons sur neuf cas) concernaient des traumatismes récents et des épanchements intra-articulaires purs, sans lésions péri-articulaires décelables cliniquement. S'il y a des altérations péri-articulaires concomitantes, on complète la thérapeutique par une infiltration anesthésique péri-articulaire sur le trajet des ligaments et spécialement à leurs insertions.

Dans deux cas où cette méthode échoua, il s'agissait de renseignements inexacts donnés par les malades (hydarthrose ancienne ; accidents de blocage antérieurs, par lésion méniscale).

— M. Louis Michon traite les entorses du genou par évacuation de l'épanchement suivie de mobilisation active immédiate. L'infiltration anesthésique péri-articulaire et intra-articulaire lui paraît d'importance secondaire.

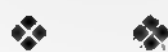
— M. Madier signale l'intérêt de la mobilisation active aussi précoce que possible dans les épanchements traumatiques du genou. Mais, pour s'opposer à la reproduction de l'épanchement, il faut comprimer l'articulation : pour ne pas gêner la circulation poplitée, Auguste Broca conseillait avec raison de placer d'abord une attelle plâtrée postérieure prenant appui sur les masses musculaires du mollet et de la cuisse et de comprimer dessus.

— M. Robert Monod, dans les épanchements sanguins traumatiques bénins du genou, évacue l'articulation et immobilise le genou pendant sept ou huit jours dans une gouttière plâtrée (pour éviter la récidive de l'épanchement). Il commence ensuite la mobilisation.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité



LA SITUATION PRIVILÉGIÉE DES ÉTUDIANTS RÉFORMÉS ET DES ÉTUDIANTES

Le service militaire constitue pour l'étudiant en médecine une lourde charge qu'il accepte volontiers puisqu'il s'agit d'un devoir national commun à tous les Français. Au cours ou à la fin de longues et coûteuses études, les deux années passées au service de la patrie viennent jeter le trouble dans la préparation des concours et des examens et retardent le moment où le jeune médecin pourra s'installer et se constituer une clientèle.

Plus heureux — du moins au point de vue que je viens d'envisager — sont ceux qui, réformés, peuvent continuer leur scolarité sans arrêt et jouissent d'une situation plus favorable en ce qui concerne la préparation aux concours et le moment où ils pourront commencer à exercer la médecine. Les étudiantes jouissent des mêmes avantages.

Il y a là une inégalité dont ont le droit de se plaindre ceux qui, du fait de l'accomplissement d'un devoir, se trouvent défavorisés par rapport à ceux qui n'ont pas à le remplir.

Pour parer aux inconvénients que présente pour l'étudiant la suspension des études pendant deux ans (1), la loi a établi la possibilité du sursis qui retarde de plusieurs années la date de l'incorporation.

Si cette mesure permet aux étudiants, qui doivent être appelés sous les drapeaux, de préparer les concours d'externat et d'internat dans des conditions normales et même de terminer leur scolarité et de subir les derniers examens, elle ne supprime pas l'inégalité qui donne à leurs camarades la possibilité de s'installer médecins plus rapidement, de profiter de postes intéressants et même de continuer la préparation de concours plus importants.

Cette question, que j'ai parfois entendu discuter dans des conversations particulières, n'a jamais été, à ma connaissance, envisagée dans les Sociétés, les Congrès et les journaux professionnels. Elle me semble digne de retenir l'attention

Je me rends compte de la difficulté que l'on éprouvera à lui trouver une solution parfaite. Il ne me semble cependant pas impossible d'améliorer une situation qui crée une inégalité en faveur d'une catégorie d'étudiants.

N'y aurait-il pas lieu, par exemple, de demander que les étudiants réformés et les étudiantes ne puissent soutenir leur thèse que deux ans après avoir subi le dernier examen de clinique ?

Je soumets cette suggestion à l'Ordre des médecins.

J'ajoute que la même question intéresse les étudiants de toutes les Facultés.



Les remarques qui précèdent vont trouver leur application immédiate dans la situation faite aux étudiants par la « *répartition des médecins* » à laquelle les Conseils départementaux de l'Ordre semblent devoir bientôt procéder.

Plusieurs articles, publiés dans le *Concours médical*, ont envisagé cette question sous divers aspects. Je me bornerai à attirer l'attention sur les nouveaux avantages que les étudiants réformés et les étudiantes vont retirer de leur situation privilégiée.

Quand il s'agira de répartir les places vacantes dans une région, ces étudiants et ces étudiantes, reçus docteurs en médecine un ou deux ans avant ceux de leurs camarades ayant commencé leurs études en même temps qu'eux et ayant

(1) Le chiffre 2 (années) en s'applique qu'en temps de paix. Il devient 1 pour les étudiants qui, ayant fait la guerre, n'ont fait qu'une année de service. Il s'élève pour les étudiants qui étaient incorporés avant le début de la guerre. Pour ces derniers des mesures ont été prises qui leur permettront de raccourcir la durée des études qui leur restent à faire.

La situation des étudiants prisonniers sera, selon toutes probabilités, envisagée au mieux de leurs intérêts très légitimes.

passé un ou deux ans au service militaire, pourront choisir des postes intéressants au détriment de ceux qui, ayant dû abandonner leurs études pendant un, deux ans ou davantage, passeront leur thèse avec un ou deux ans de retard.

Je ne doute pas que les étudiants démobilisés trouvent amère la situation d'infériorité dans laquelle ils vont se trouver.

La proposition que j'ai présentée dans le paragraphe précédent parerait en partie à l'inégalité dont ils sont les victimes.

J'estime toutefois qu'elle serait insuffisante dans les conditions actuelles.

Les étudiants démobilisés seront obligés de faire six années d'études, la sixième année entrant pour la première fois en application au cours de l'année scolaire 1940-1941.

L'utilité de la sixième année serait, comme je l'ai démontré dans un travail récent sur la réforme de l'enseignement médical (*Informateur médical*, décembre 1940 ; janvier et février 1941), absolument inutile si le temps passé à la Faculté et dans les hôpitaux pendant les cinq années d'études était mieux employé et si la durée annuelle des vacances n'était pas égale à celle de l'enseignement. Aussi ai-je réclamé instamment une meilleure organisation des études et la suppression de la sixième année qui constitue une lourde charge supplémentaire pour les familles.

En attendant que cette suppression désirable soit décidée, n'y aurait-il pas lieu de suspendre l'application du décret qui prévoyait une sixième année d'études ? C'est une mesure que réclament les étudiants. Certaines Facultés — la Faculté de Lille en particulier — ont émis un vœu dans ce sens.

Souhaitons que le Ministre, mieux informé, donne satisfaction aux intéressés en prenant une mesure qui est amplement justifiée.

Professeur J. VANVERTS.

SUPPLÉMENTS ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Dans un précédent numéro (1), nous avons porté à la connaissance de nos lecteurs les termes généraux de la Circulaire ministérielle du 21 décembre 1940 sur les suppléments alimentaires alloués aux malades.

Nous sommes aujourd'hui en mesure de donner des précisions relatives, tant au taux des rations supplémentaires qu'aux différents régimes accordés aux malades, ainsi qu'aux femmes enceintes et allaitant.

1° Malades ayant droit à un supplément de rations : tuberculeux présentant des lésions indiscutables et en activité ; tuberculeux osseux ; personnes présentant un état d'anémie grave, ainsi que les convalescents de maladies graves ou d'interventions chirurgicales sérieuses.

Pour cette catégorie, les médecins sont autorisés à accorder des suppléments alimentaires dans la limite de :

90 grammes de viande tous les deux jours ;
15 grammes de matières grasses par jour.

2° Malades dont l'état nécessite une modification *qualitative* de la ration.

Ces malades doivent être obligatoirement soumis à l'un des quatre régimes précisés au tableau que tous les médecins ont dû recevoir de leur Préfecture.

Chacun de ces régimes comporte trois colonnes. La première colonne indique le taux de la ration complète. La deuxième, ce qu'il faut déduire de la ration normale. La troisième, ce qu'il faut ajouter à la ration normale.

3° Femmes enceintes.

Elles reçoivent une carte d'alimentation catégorie « T » et ont droit à un demi litre de lait entier par jour dès la constatation de la grossesse, et ce, à l'exclusion de tout autre supplément.

4° Femmes allaitant.

Ces dernières bénéficient d'une suralimentation par suite de la délivrance, dès sa naissance, d'une carte d'alimentation au nom de l'enfant. Elles ont droit en plus à un demi litre de lait entier par jour.

A noter que les femmes allaitant mixte, bénéficient à la fois de leur demi litre de lait et de la ration attribuée aux jeunes enfants et égale à 3/4 de litre, soit au total, 1 litre 1/4 de lait entier par jour.

(1) *Concours Médical*, 1941, n° 9, page 430. Est-ce la fin des certificats abusifs.

A PROPOS DE LA CONSTITUTION DE L'ORDRE DES MÉDECINS



LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX SONT-ILS MAÎTRES DE LEUR TABLEAU ?

Nous nous sommes efforcés de tracer, dans notre précédent article, le domaine légal dans lequel l'Ordre peut recruter ses membres. Mais, par le fait même qu'il est de ce domaine, un médecin peut-il prétendre à s'intégrer automatiquement dans l'Ordre ? En aucune manière, car la loi exige une formalité préalable : l'inscription au tableau par le Conseil départemental. Cette inscription constitue, avec les omissions et radiations, le moyen essentiel pour les Conseils de jouer le rôle de filtre purificateur que la loi leur a dévolu. Mais dans quelles conditions doivent-ils accomplir ce filtrage, quels éléments retenir, quels autres accueillir, sous quels contrôles et avec quelles libertés, en vertu de quels critères et de quels principes, c'est ce que résume cette question unique : les Conseils départementaux sont-ils maîtres de leur tableau ?

Avant d'aborder la question en nous plaçant sur le plan du droit positif qui est le nôtre, nous ne croyons pas inutile de jeter un coup d'œil rapide sur une institution qui fait figure d'ancêtre par rapport à l'Ordre des médecins, nous voulons parler de l'Ordre des avocats. Nous ne méconnaissons certes pas les différences qui séparent ces deux professions, mais l'évolution des idées en matière de maîtrise du recrutement qui s'est poursuivie chez les avocats pendant près de 150 années, ne peut manquer de contenir des enseignements profitables.

Pendant près d'un demi siècle, de 1810 à 1850, l'Ordre des avocats conserve sans contestation aucune, la liberté complète de son tableau. Les Conseils ne doivent point compte à qui que ce soit des motifs pour lesquels ils refusent leur inscription. En 1850, la Cour suprême dans un arrêt célèbre consacre encore officiellement la thèse — pour peu de temps d'ailleurs, puisque vers 1861, elle admet la recevabilité de l'appel interjeté par les candidats évincés. Quels motifs à ce revirement ? C'est que les Conseils de l'Ordre ne statuent pas comme les représentants d'une association volontaire, mais comme une autorité publique chargée de faire justice. Leurs décisions, pouvant blesser un droit, ne sauraient être affranchies de tout recours et de tout contrôle.

A cette jurisprudence, le barreau a voulu apposer une distinction. En ce qui concerne le contrôle de la Cour d'appel sur l'*application* par les Conseils de l'Ordre *des lois et règlements* et le respect des *droits*, on ne peut que s'incliner. Par contre, pourquoi transférer des Conseils à la Cour d'appel le pouvoir discrétionnaire d'apprécier les *faits* ?

Pourquoi la Cour sera-t-elle plus compétente que les intéressés eux-mêmes pour statuer sur des questions d'honneur, de dignité, d'indépendance professionnelles que seul l'exercice de l'art permet de bien connaître ? Cette thèse n'a pas triomphé, mais on doit en retenir cependant l'idée essentielle que si l'Ordre n'est qu'un simple organe de contrôle en matière de droit d'exercice, il possède un pouvoir beaucoup plus large en ce qui concerne l'appréciation des faits, c'est-à-dire des « garanties qu'offre le postulant quant à l'indépendance, la dignité, la moralité et le sentiment des devoirs professionnels ».

Ce pouvoir reste soumis, comme les décisions portant sur un droit, au contrôle de la Cour d'appel ; mais il est, en outre. limité en ce sens qu'il doit s'exercer dans chaque cas d'espèce et non point imposer en général des conditions qui ne seraient prévues par aucun règlement.

En résumé, l'évolution de la jurisprudence et de la doctrine a conduit les Conseils de l'Ordre des barreaux au stade où, nous allons le voir, la loi du 7 octobre a placé l'Ordre des médecins.

Principes posés par la loi du 7 octobre

Aux termes de l'article 9 de la loi instituant l'Ordre des médecins « l'inscription au tableau est prononcée par le Conseil *après vérification des titres* du demandeur. Elle *peut être refusée par décision motivée, si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies. Appel* de cette décision pourra être porté devant le *Conseil supérieur* de l'Ordre des médecins. Le *recours pour excès* de pouvoir sera ouvert devant le *Conseil d'Etat* contre la décision du Conseil supérieur ».

Nous retrouvons donc, formellement posé dans ce texte légal, la distinction essentielle entre la *vérification du droit* d'exercice, et l'*appréciation des faits* de moralité. Dans le premier cas, la décision du Conseil est purement *déclarative,* dans le

second, elle est *attributive*. Dans les deux cas, un recours est ouvert contre les décisions de l'Ordre devant un organe extra-professionnel, le Conseil d'Etat, qui joue ici le rôle de la Cour d'appel pour l'Ordre des avocats. La symétrie et le parallélisme entre les deux institutions sont complets. Nous verrons cependant plus bas certaines superiorités de l'ordre des médecins sur celui des avocats quant à la maîtrise de leur recrutement.

La vérification des droits

Etudions tout d'abord le rôle des Conseils départementaux de l'Ordre, dans la vérification des titres, c'est-à-dire « des conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine » (art. 8 de la loi du 7 octobre). Nous avons vu dans notre précédent article que la législation actuelle requiert la réunion de trois conditions :

1° Posséder le *diplôme* d'Etat français de docteur en médecine (art. 1er de la loi du 26 juillet 1935) ;

2° Posséder la *nationalité* française à titre originaire, comme né de père français (art. 1er de la loi du 16 août 1940) ou bénéficier d'un des cas d'*exception* prévus par l'art. 2 de cette loi, *en vertu d'un décret ministériel* ;

3° Etre habilité par un conseil professionnel dit Conseil de l'Ordre des médecins.

Si les deux premières conditions sont réalisées et si le postulant en fait la preuve entre les mains du Conseil de l'Ordre, celui-là ne saurait repousser la candidature. Il est alors obligé de procéder à la seconde phase de l'admission, c'est-à-dire d'examiner les conditions de moralité, ainsi que nous le verrons ci-dessous.

Un Conseil départemental ne saurait valablement ajouter une exigence supplémentaire, se montrer plus sévère ou, au contraire, plus indulgent que la loi. En particulier, il ne lui appartient pas d'apprécier la religion, la race ou la nationalité d'origine d'un médecin bénéficiant d'une mesure d'exception à la loi du 16 août, même si cette mesure paraît peu justifiée. Il s'agit de constater un droit acquis à l'exercice, non point d'accorder ou de refuser. En cette matière, le Conseil est beaucoup moins un juge qu'un organe administratif de vérification de pièces, et son rôle ne saurait mieux être comparé qu'à celui des Préfectures, mairies et greffes auxquels l'ancienne législation obligeait le nouvel installé à se rendre pour enregistrement et visa de ses titres.

Mais, nous dira-t-on, que faites-vous dans votre énumération, des conditions légales d'exercice, du fameux *décret-loi du* 20 *mai* 1940, lequel, comme chacun sait, subordonne à l'*autorisation préfectorale toute création de cabinet médical.*

Nous lui avons fait volontairement une place à part, car il s'agit d'une mesure exceptionnelle du temps de guerre et non d'une condition permanente à l'exercice de la médecine, et nous craignons, d'autre part, qu'une confusion ne naisse fréquemment dans l'esprit des membres des Conseils de l'Ordre sur la véritable nature de leur pouvoir à cet égard.

Pour tout médecin ayant créé un cabinet dans le département après le 20 mai, le Conseil doit exiger, avant inscription au tableau, la production de l'*autorisation préfectorale*, s'il s'agit toutefois de médecin exerçant pour son propre compte et possédant dans le département son installation principale (art. 11 de la loi). Mais cette autorisation ne concerne en aucune manière les médecins exerçant pour le compte d'une collectivité publique ou privée ou comme assistant d'un confrère. Dans ces cas, seules les lois permanentes sur l'exercice de la médecine s'appliquent. Le domaine du décret du 20 mai n'a pas leur généralité. Il y a en effet une grande différence entre le *droit de s'installer* et le *droit d'exercer.*

Reste la question des médecins désirant obtenir l'autorisation exigée par le décret-loi. C'est ici qu'il y a lieu de faire une distinction qui semblera peut-être trop subtilement juridique, mais qui est loin d'être dépourvue d'intérêt pratique. Le premier réflexe qui vienne à l'esprit consiste à dire : que l'Ordre délivre lui-même les autorisations d'exercice sous forme d'inscription ou de non inscription au tableau. Mais n'oublions pas que la loi du 7 octobre n'a nullement modifié le texte du décret-loi du 20 mai. C'est bien l'*autorité préfectorale et elle seule qui a qualité pour permettre la création d'un nouveau cabinet.* On peut le regretter certes, souhaiter, ce qui est croyons-nous, en cours, une réforme législative transférant aux Conseils départementaux ce pouvoir. Ce serait dans l'axe corporatif, et les Conseils deviendraient ce qu'au fond, ils doivent être : les véritables « Comités d'organisation » régionaux de la profession médicale. Mais à l'heure actuelle, le Conseil doit se borner à formuler un avis que le Préfet suivra toujours en fait (tout au moins formons-en le vœu), mais auquel le Préfet seul donnera force et valeur légale.

Où voulons-nous en venir ? C'est que les *voies de recours sont fort différentes* suivant que la décision émane de l'une ou l'autre de ces deux autorités. S'il s'agit d'un arrêté préfectoral pris en exécution de l'art. 2 du décret-loi, le recours doit être exercé dans un délai de quinze jours devant le ministre de la Santé publique. S'il s'agit de la décision d'un Conseil départemental, le recours doit être formé devant le Conseil supérieur et éventuellement devant le Conseil d'Etat.

Concluons donc en disant que sous l'empire de la législation actuelle , l'application du décret du 20 mai dépend toujours des autorités préfectorales, et non point directement des Conseils départementaux par la voie de l'inscription au tableau.

Au cas où une réforme législative opèrerait ce transfert d'attribution, le Conseil acquerrait alors un véritable pouvoir attributif et non pas seulement déclaratif, et ce serait là une exception à la règle posée par nous au début de ce paragraphe. Toutefois, cette exception aurait un caractère temporaire, elle serait limitée dans le temps à la durée des hostilités.

L'appréciation des faits

De quels faits s'agit-il ? Rappelons-le. Aux termes de l'art. 9 de la loi du 7 octobre, et sous réserve d'une éventuelle application par les Conseils départementaux du décret du 20 mai, *les seuls motifs de fait susceptibles de fonder un refus d'inscription sont des motifs de moralité.* Certes le terme est encore vague et il est difficile d'en préciser le contenu.

Nous reprendrions volontiers la définition donnée par la Cour de Paris en ce qui concerne l'Ordre des avocats : ce que le Conseil doit examiner ce sont « les garanties qu'offrent les postulants, quant à l'indépendance, la dignité, la moralité, le sentiment des devoirs professionnels ». Remarquons, en outre, pour poursuivre notre comparaison, que la moralité dont l'Ordre a le contrôle est aussi bien celle de la *vie privée*, que de la vie professionnelle, dans la mesure tout au moins où la conduite privée du candidat peut nuire à la dignité nécessaire à l'exercice de son art. La moralité professionnelle, c'est évidemment au premier chef, l'observation des *règles déontologiques.* Peut-on y faire entrer le respect des *règles tendant à l'organisation professionnelle de la médecine,* limitant la concurrence, instituant des statuts collectifs, ou des contrats-type avec les collectivités ? A notre avis, la question est douteuse, et la règle présente alors un caractère beaucoup plus économique que moral. Il faut se méfier d'une interprétation trop extensive des « conditions de moralité » et l'on devrait de même considérer comme illégale la *décision d'un Conseil soumettant les admissions à des conditions que n'a établies aucun règlement.* Un exemple : on ne saurait subordonner l'inscription au tableau à la mise en règle du médecin avec les obligations instituées par la loi sur les Assurances sociales ou les allocations familiales. De même un Conseil départemental ne pourrait valablement instituer un *numerus clausus* et n'inscrire les candidats que dans la limite des postes vacants.

Statuant dans les limites posées par l'art. 9, les Conseils ont en matière de moralité et pour chaque cas particulier un *large pouvoir d'appréciation.* Ce pouvoir, comme celui des barreaux, ne *s'exerce toutefois pas sans recours. Un appel* peut être formé devant le *Conseil supérieur de l'Ordre.* A ce propos, rien à dire : nous ne sortons pas de la juridiction intérieure, nous évitons, en outre, le danger des influences ou querelles locales. Mais la décision du Conseil supérieur peut faire l'objet à son tour d'un *recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.*

Quelle est la nature de ce recours ? Introduit-il un tiers, comme la Cour d'appel chez les avocats, dans l'appréciation de faits essentiellement domestiques ? L'ingérence est à notre avis beaucoup moins grande, car le recours en excès de pouvoir n'est pas un surappel, et ne substitue pas au pouvoir discrétionnaire des Conseils médicaux celui d'un Conseil administratif. Toutefois, on ne saurait dire non plus que l'Ordre sur le plan national reste absolument maître de son tableau. En effet, les cas d'ouverture du recours sont les suivants :

a) L'incompétence, c'est-à-dire le fait pour une autorité publique de prononcer une décision qu'il ne lui appartenait pas de prendre. Ainsi en serait-il d'un Conseil départemental autorisant ou refusant d'autoriser la création d'un cabinet en exécution du décret du 20 mai ;

b) L'abus de pouvoir serait par exemple le fait pour un Conseil de l'Ordre d'exiger pour l'inscription au tableau une condition qui n'aurait aucun rapport avec la moralité et ne serait prévue par aucun texte légal.

c) La violation de loi. Constituerait une telle violation, la décision inscrivant au tableau un médecin ne remplissant pas les conditions légales d'exercice.

d) Le détournement de pouvoir. C'est le fait pour une autorité publique de prendre une décision dans la limite de sa compétence en conformité des lois, mais dans un but autre que le bien du service dont elle a la charge.

Seuls les cas d'abus et de détournement de pouvoir pourraient motiver de la part du Conseil d'Etat un contrôle des motifs de fait ayant entraîné la décision du Conseil de l'Ordre. C'est dans cette mesure, et dans cette mesure seulement, que l'on peut considérer le Conseil d'Etat comme le grand maître de l'Ordre des médecins.

Jean MIGNON

LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX DANS LES ENTREPRISES ET LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par J. Carré

Chef de service d'une Compagnie d'assurances

Quels que soient les espoirs que chacun puisse avoir quant à l'avenir, tout le monde est d'accord, en France, sur la nécessité impérieuse de reconstruire en faisant quelque chose de neuf.

Le plan économique et social est vaste et offre à toutes les bonnes volontés la possibilité d'œuvrer utilement.

Pour notre part, et en nous cantonnant dans ce qui est notre activité quotidienne, nous avons voulu apporter notre pierre à l'édifice en construction en exposant nos idées et nos désirs sur ce que devraient être les services médico-sociaux dans les entreprises et la part que chaque employeur devrait prendre dans la lutte contre les accidents du travail.

Le sujet est tellement vaste que nous sommes obligés de ne donner qu'une étude succincte, de ne procéder que par généralités, laissant à d'autres auteurs le soin d'examiner chaque question en particulier.

Les travailleurs sur qui pèsent des risques permanents sont, en principe, protégés par un ensemble de lois qui, toutes, visent à réparer le préjudice subi : Loi sur les « accidents du travail » loi sur les « maladies professionnelles », loi sur les « Assurances sociales ».

Si l'on peut constater que le législateur a bien pensé à réparer le dommage, et s'il est exact que la très grande majorité des employeurs a pris les précautions indispensables pour que le dommage soit effectivement réparé, on reste confondu devant la carence des efforts faits pour prévenir et empêcher la cause de ce dommage. La prévention est restée à l'état embryonnaire.

Trop d'intérêts particuliers — le plus souvent mal compris — s'y opposent. En effet, si certains dirigeants font preuve d'une véritable compréhension dont il faut les féliciter, l'ensemble des entreprises se borne encore à se prémunir, par la souscription de contrats d'assurances, ou simplement par la stricte observation des prescriptions légales, contre les conséquences des accidents et maladies professionnelles pouvant atteindre le personnel qu'elles emploient.

Il s'agit là d'une carence qu'il importe de supprimer, et c'est pourquoi nous souhaitons que ces lignes soient lues non seulement par des médecins mais aussi par des employeurs, les aidant ainsi à comprendre que, dans la France future, le patronat devra, obligatoirement, être social, s'il veut vraiment « faire du nouveau ».

Je souhaite aussi que nos assureurs comprennent qu'ils ont un grand rôle à jouer, et que ce rôle ne peut que leur être profitable en matière d'accidents du travail.

Nous allons donc examiner comment nous concevons le service médico-social d'une entreprise et la prévention des maladies et accidents.

Comment la prévention a-t-elle été conçue jusqu'à ce jour ?

A part quelques exceptions — nous nous plaisons à le redire — la prévention n'a été jusqu'à ce jour qu'effleurée. De temps à autre, on a bien vu quelques entreprises adopter la pratique des visites d'embauche, ou faire examiner leur usine ou leur chantier par des spécialistes susceptibles de donner des conseils quant à l'amélioration du risque.

Les Compagnies d'assurances, elles-mêmes, ont pensé à la prévention depuis quelques années seulement, et fréquemment d'une façon timide, donc partiellement inefficace.

Ces pratiques cependant fort louables, étaient trop peu nombreuses pour qu'on puisse dire que la prévention était véritablement organisée.

Ce que doit être la prévention pour être sociale et efficace :

Il convient tout d'abord de considérer que le travailleur, collaborateur de l'employeur, a droit à un minimum de considération et qu'il n'est pas possible d'occuper n'importe qui à n'importe quoi.

Le plus souvent on exige du travailleur qu'il justifie de capacités intellectuelles ou manuelles pour occuper l'emploi qu'il sollicite. La plupart du temps on ne s'inquiète nullement de ses capacités physiques, si ce n'est pour le congédier, quand son rendement ou ses aptitudes sont insuffisants.

C'est là que le point de vue social est le plus délaissé, et c'est là aussi où l'employeur méconnaît le plus ses intérêts.

Si ,au contraire, le système des visites d'embauche était adopté et *généralisé*, l'examen médical préalable permettrait de déceler ceux qui ne sont pas physiquement aptes à effectuer le travail qu'ils sollicitent et d'organiser tout un travail d'orientation.

L'employeur serait alors assuré de prendre à son service un sujet parfaitement capable d'exercer le métier qu'il connaît (rendement quantitatif et qualitatif), de voir le risque accident con-

sidérablement diminué — le cas fortuit mis à part — un sujet sain étant moins susceptible d'une défaillance souvent dangereuse, qu'un sujet malade.

On objectera que procéder de cette manière serait éliminer automatiquement du marché du travail les faibles, les malades ou les mutilés.

Nous ne saurions trop nous élever contre cet argument, car le système que nous préconisons, étant généralisé par corporations, il serait possible et juste de reclasser un sujet éliminé d'une certaine branche de la production et pouvant parfaitement donner satisfaction dans une autre, en y assurant son gain vital.

D'ailleurs tout point de vue social se concilie, ici, parfaitement avec le profit normal bien compris de l'employeur et le droit au travail de chacun.

D'autre part, l'ouvrier ayant subi avec succès cette visite d'embauche et étant occupé dans l'entreprise, ne doit pas être délaissé.

Le Docteur Barthe et d'autres médecins, parfaitement spécialisés dans l'étude de ces importantes questions et groupés en une Association dont le rôle technique croît rapidement en importance, ont très exactement montré quel était le rôle du médecin d'usine pour le maintien de la santé du personnel d'une entreprise. Des articles nombreux et précis ont paru dans la presse médicale et sans vouloir revenir sur ce qui a été dit par plus compétents que nous en la matière, nous tenons cependant à signaler combien notre attention a été attirée par les résultats obtenus depuis quelques années, notamment dans les questions suivantes : étude et dépistage des maladies professionnelles, liaison personnelle du médecin avec le patron, « afin d'obtenir un changement de travail mieux adapté à l'état pathologique et physique de l'ouvrier » (Docteur Gros) ; par les « examens de santé » systématiques de la main d'œuvre (notamment des apprentis), visites d'usines pour y étudier les problèmes posés par l'horaire du travail, l'organisation des services médico-sociaux, l'aération et l'éclairage des locaux, etc...

Il importe que l'état physique du travailleur soit suivi chaque jour, et c'est alors qu'apparaît le rôle indispensable essentiellement technique, donc spécialisé d'un service médico-social.

Outre la prévention médicale s'exerçant d'une façon continue, comme nous venons de le voir, existe la prévention matérielle.

Tout assureur spécialisé dans les « accidents du travail » sait fort bien que ceux-ci ont souvent leurs causes non seulement dans la fatigue ou la déficience de l'ouvrier, mais encore dans l'emploi d'un matériel impropre ou défectueux.

Nous savons que certains organismes ont tenté un essai de prévention en faisant visiter les usines par des ingénieurs qualifiés, en éditant des affiches et des brochures mettant en garde les ouvriers contre les dangers qu'ils couraient. L'idée et l'intention sont excellentes, mais la réalisation dans le sens cherché de la prévention n'est pas satisfaisante, car elle est incomplète, et son action n'aboutit pas jusqu'alors à un programme d'ensemble.

Aucun industriel n'est omniscient et il serait opportun que chacun d'entre eux convienne que son risque doit être examiné par un spécialiste de la prévention qui verrait immédiatement ce qu'un atelier ou une machine peut présenter de dangereux pour les usagers. Il conviendrait aussi et surtout que les rapports établis ne soient pas considérés comme des pièces d'archives, mais au contraire que les prescriptions, recommandations, conseils, qu'ils contiennent soient mis en pratique quelque soit l'effort financier à accomplir. A ce sujet, nous examinerons, plus loin, les possibilités de financement.

Mais si on accepte de demander au patron un effort financier, moral et social, il n'y a aucune raison pour qu'on ne demande pas et qu'on n'obtienne pas de l'ouvrier un effort semblable sur le même plan.

Il suffirait que des conférences, des projections sur les précautions à prendre, sur les principes élémentaires d'hygiène, sur la stricte observation des règlements et prescriptions, soient faites aux ouvriers pour qu'on les amène à un degré d'éducation professionnelle qui compléterait heureusement et harmonieusement les efforts patronaux.

Le développement à l'usine des exercices de culture physique, des sports, viendrait s'ajouter à cet enseignement et ferait d'un ouvrier un sujet d'une moyenne physiologique satisfaisante pour le travail à effectuer.

Financement

Si nous mettons à part quelques entreprises qui ont déjà réalisé un effort de prévention et qui font figurer dans leur budjet les dépenses inhérentes à cette réalisation, nous nous heurtons au manque de possibilités financières des petits et moyens patrons qui ne peuvent prélever sur les bénéfices de leur exploitation des sommes parfois importantes ou qui n'ont pas la possibilité de faire fonctionner un tel service dans leur entreprise.

Ceci ne saurait être considéré comme un empêchement majeur, en ce sens que la Corporation étant organisée, celle-ci pourrait fort bien prendre à son compte la prévention et la surveillance du personnel des petites et moyennes entreprises, laissant subsister — en l'améliorant parfois — ce qui existe dans les grandes entreprises.

D'ailleurs un nombre de plus en plus grand d'entreprises de moyenne importance créent des

services médico-sociaux techniques à « mi-temps » dont les charges sont proportionnelles à leur importance (services médico-sociaux inter-entreprises).

Le financement de cet organisme de prévention corporatif pourrait d'ailleurs être assuré par un versement patronal et par un versement des Compagnies d'assurances contre les accidents du travail. Ces versements pourraient constituer un fonds commun géré par des responsables de la Corporation, et permettraient de faire bénéficier tous les salariés de la Corporation de la prévention, de la surveillance médicale et des soins urgents à donner en cas d'accident. Des organismes tels que les Assurances sociales, la Mutualité ne se désintéresseraient vraisemblablement pas non plus de ce large effort de prévention, aboutissant rapidement à une diminution de la morbidité générale et, notamment de l'invalidité. D'ailleurs la Fédération mutualiste de la Seine n'a-t-elle pas fait déjà la première des efforts spécialisés considérables dans ce sens depuis trois ans sous la direction du Docteur Gros.

Nous tenons, toutefois, à rectifier des affirmations — fausses à notre avis — qui tendent à faire croire au Corps médical que les droits et intérêts des médecins traitants seraient lésés. Il n'en est nullement ainsi, puisque les services médico-sociaux du travail (usine ou tout autre organisme) ne sont pas des organismes de soins des malades, mais des organismes de prévention.

Nous pensons, à l'inverse de la thèse de certains, qu'il y aurait dans la pratique de cette méthode, un avantage pour le médecin traitant. En effet, il est bien rare de voir un ouvrier, ne souffrant pas d'une affection déterminée, se rendre spontanément chez un médecin pour s'y soumettre à un examen général destiné à déterminer ses possibilités de travail et de rendement. Ces examens pratiqués systématiquement à l'embauche et au cours du travail (examens de santé) révèlent des états pathologiques inconnus du sujet ou négligés par lui qui nécessitent l'orientation vers les médecins traitants.

Ainsi donc tout le monde trouverait son intérêt dans une semblable organisation.

Nous souhaitons que ces quelques idées retiennent l'attention des organismes professionnels et des Compagnies d'assurances qui sont intéressés au premier chef à cette réalisation.

MÉDECINE, STRATÉGIE ET ÉCONOMIE POLITIQUE

Est-il beaucoup de médecins qui se soient avisés de certaines similitudes entre leur art, l'art militaire et l'économie politique ?

Certes, les processus intellectuels de l'homme sont soumis à des directives générales qui établissent des rapprochements entre des activités fort éloignées en apparence.

Mais le texte suivant, que nous communique obligeamment un lecteur, et qui est emprunté à l'économiste allemand bien connu Wegemann, précise de façon curieuse comment le thérapeute, le stratège et l'économiste se coudoient.

En somme, la discipline médicale nous donnerait, le cas échéant, quelques lumières pour conduire une bataille ou intervenir dans la structure économique du pays. Inversement, les militaires pourraient prétendre à une certaine compétence en thérapeutique.

Il ne s'agit bien entendu, que de la tournure générale de l'esprit. Car, si l'on en venait à la *pratique* sans doute tomberait-on vite d'accord pour que chacun se mêlât de ses propres affaires.

Voici ce texte :

... « En essayant de dégager la pensée élémentaire et simple de la doctrine économique, nous aurons sans doute parfois la même impression que le voyageur qui parvenant au sommet des montagnes ne parvient plus qu'à distinguer à grand peine les villes des villages. Mais, par contre, il voit bien au-delà de son horizon habituel. C'est ainsi que nous nous sentirons rapprochés des disciplines avec lesquelles nous n'avons d'ordinaire rien de commun. La politique économique viendra rejoindre des activités intellectuelles ordinairement très éloignées d'elle, comme la thérapeutique médicale et surtout la *stratégie militaire.*

Si nous nous demandons sur quels points elles concordent avec la politique et l'économique, nous ne pouvons certes pas indiquer des buts et des moyens concrets qui leur soient communs. Elles n'ont de points communs qu'à propos des rapports existant entre buts et moyens, en d'autres termes dans les buts fondamentaux de leur action. Ainsi ce sont des systèmes de moyen et de but apparentés non pas matériellement, mais formellement.

Dans le domaine militaire, la *stratégie*, d'après Clausewitz, détermine *le point sur lequel, le moment auquel, les forces avec lesquelles il faut combattre*, bref, elle détermine *le temps, le lieu et l'intensité* de l'intervention. L'intervention militaire se fait avec des troupes et des armements, l'intervention thérapeutique avec des médicaments et des opérations chirurgicales, l'intervention économique avec des forces de travail et du capital, celle de l'*Etat* au moyen de trois pouvoirs : législatif, exécutif et judiciaire. Et cependant chacun reconnaîtra que, dans le domaine politique et économique, comme dans la médecine et l'art de la guerre, ce qui importe avant tout, c'est le temps, le lieu et l'intensité de l'intervention. Aussi n'est-ce pas par hasard que nous parlons de l'assaut général contre une maladie, de la faillite du commandement ou d'un dosage des impôts ; l'échange mutuel des termes techniques de ces divers systèmes de moyens traduit déjà linguistiquement leur parenté formelle ».

G. L.

Chronique automobile



L'ALCOOL DANS LES MOTEURS

Par Henri PETIT,

Ancien élève de l'Ecole polytechnique
Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Lorsque nous avons examiné les différents carburants qui pouvaient être utilisés dans les moteurs d'automobiles, nous avons indiqué comme très intéressant l'alcool éthylique. L'importance du sujet est assez grande pour que nous y revenions maintenant avec un peu plus de détails.

Dans ce premier article sur l'alcool, nous parlerons simplement de l'utilisation de l'alcool, en cherchant toutefois à dire pourquoi tel ou tel dispositif doit être utilisé avec l'alcool, qui est inutile avec l'essence.

De tous les alcools, l'alcool éthylique est le seul pratiquement utilisé en France pour les moteurs.

Nous examinerons dans de prochains articles ses conditions d'emploi, de production, de vente et de dénaturation. Contentons-nous pour aujourd'hui de dire que le service des alcools qui centralise à la fois l'achat de tout l'alcool produit en France et la vente de cet alcool à ceux qui l'utilisent, estime pouvoir disposer au cours de l'année 1941 d'un minimum de deux millions d'hectolitres. Ces espérances étaient plus grandes jusqu'à il y a quelques mois et allaient jusqu'à trois millions. Mais la pénurie de charbon d'une part, les difficultés de transport des betteraves d'autre part, l'ont obligé à réduire ses chiffres.

Deux millions d'hectolitres peuvent remplacer approximativement quatorze cents mille hectolitres d'essence, soit à peu près cent mille tonnes. Si l'on songe qu'on consommait avant la guerre deux millions deux cents mille tonnes d'essence, on voit que cet appoint fourni par l'alcool est encore très faible. Néanmoins, dans la pénurie actuelle de carburant dont nous souffrons, l'alcool reste un des carburants les plus abondants et, par conséquent, les plus intéressants.

Ce qui caractérise l'alcool du point de vue utilisation par rapport à l'essence c'est :

1° sa densité (0,800 environ au lieu de 0,720 pour l'essence) ;

2° sa faible volatilité à la température ordinaire ;

3° sa plus grande viscosité ;

4° et surtout sa très forte chaleur de vaporisation (240 calories au lieu de 80 environ pour l'essence).

Nous allons voir quelles sont les conséquences de ces diverses propriétés physiques sur l'emploi de l'alcool substitué à l'essence.

Du point de vue combustion, on doit remarquer deux points essentiels :

1° Le pouvoir calorifique de l'alcool est de 7.600 calories au kilo, soit 6.000 au litre ;

2° Un mètre cube d'air carburé à l'alcool contient sensiblement la même quantité d'énergie que le même volume d'air carburé à l'essence, soit à peu près 850 calories.

Il en résultera d'une part, une consommation d'alcool plus élevée que la consommation d'essence et, d'autre part, pour le moteur une puissance sensiblement égale avec les deux carburants.

Alcool pur et alcool hydraté

Avant de pénétrer dans le cœur du sujet, une remarque préliminaire s'impose.

L'alcool est malheureusement pour nous, automobilistes, miscible en toutes proportions avec l'eau. L'alcool pur ou anhydre ne contient théoriquement pas d'eau.

Dans la pratique, l'alcool déshydraté contient à peu près 1/2 % d'eau ; on peut le considérer comme anhydre.

L'alcool qui sort des appareils de distillation des distilleries titre 90 à 95 % à l'aréomètre Gay-Lussac. Il contient par suite de 15 à 8 % d'eau. Avant d'être is dans le commerce pour des utilisations autres que la dégustation, l'alcool est dénaturé, c'est-à-dire qu'on lui mélange une petite quantité d'un liquide étranger et aussi nauséabond que possible pour le rendre impropre à la consommation.

L'alcool de carburation est dénaturé avec du benzol et se trouve mélangé par conséquent à 1,3 % de ce carburant. Pour une fois, le dénaturant est favorable à l'utilisation. D'ailleurs, une quantité si faible n'intervient guère du point de vue pratique. Mais il y avait lieu de signaler la présence de cette faible quantité de benzol dans l'alcool pour expliquer pourquoi l'alcool anhydre, qui titre 99,6 à l'alcoolmètre quand il est pur, ne

titre plus que 97 environ quand il a été dénaturé au benzol.

On conçoit que les qualités physiques de l'alcool ne soient pas les mêmes pour l'alcool anhydre et pour l'alcool hydraté. Si l'alcool anhydre a 6.000 calories au litre, l'alcool à 90° en aura à peu près 15 % de moins, soit 5.100. Nous retrouverons d'ailleurs des différences encore plus sensibles et plus fâcheuses quand nous parlerons de la chaleur de vaporisation.

Il suit de tout cela que parler d'alcool sans donner son titre, c'est parler sans précision ; d'autre part, on connaît généralement le titre de l'alcool d'une façon assez vague. Les premiers automobilistes, ceux de la fin du dix-neuvième siècle et même du commencement du vingtième, avaient toujours dans un compartiment de la voiture un densimètre dont ils se servaient chaque fois qu'ils achetaient de l'essence et l'expérience leur avait appris qu'ils devaient rejeter toute essence dont la densité était supérieure à 0,69, faute de quoi ils étaient exposés à un fonctionnement très irrégulier du moteur, parfois même à la panne complète. Les progrès de la carburation ont permis à nos moteurs d'absorber de l'essence d'à peu près n'importe quelle densité et maintenant on ne se préoccupe plus de la peser, mais ceux qui consomment de l'alcool devraient revenir à cette antique coutume et se servir de leur alcoolomètre chaque fois qu'ils s'approvisionneront à une pompe.

Il est si tentant, en effet, pour le marchand d'alcool de réaliser un bénéfice supplémentaire en allongeant sa marchandise d'un peu d'eau qui ne lui coûte rien, que malgré l'honnêteté générale des pompistes il n'est pas tellement rare de constater que l'alcool livré par certains d'entre eux dépasse les limites permises de l'hydratation. On peut dire que l'alcool qui titre moins de 90° n'est pratiquement pas utilisable dans une installation ordinaire. A 95°, on a des résultats infiniment meilleurs et le jour où nous pourrons nous procurer de l'alcool anhydre nous constaterons qu'il n'y a peut-être plus lieu de trop regretter l'essence.

Transformation du moteur et du carburateur pour la marche à l'alcool

Voyons maintenant quelles répercussions la différence de propriétés physiques entre l'alcool et l'essence va avoir sur la transformation à faire subir au moteur et au carburateur :

1° *Différence de densité.*

La différence de densité influe sur le réglage du carburateur. Disons d'ailleurs que cette influence n'est pas très considérable. Si l'on veut en tenir compte, il faudra alourdir le flotteur du carburateur pour que le niveau préalablement repéré quand on l'alimente avec l'essence se retrouve au même point quand la cuve est remplie d'alcool. Tous les automobilistes savent comment il faut faire pour alourdir un flotteur de carburateur ; n'insistons pas davantage. D'ailleurs, si on oublie cette formalité, il n'y aura pas d'inconvénient majeur.

2° *Plus faible volatilité.*

Alors que l'essence émet des vapeurs à la température ordinaire, et cela, en quantité assez importante, l'alcool est, au contraire, fort peu volatil : d'où l'impossibilité de mettre un moteur en route à froid avec l'alcool.

Pour réaliser cette mise en route, deux procédés se présentent à nous : soit faire un démarrage à l'essence et laisser tourner le moteur quelques instants pour qu'il se réchauffe, et ne passer qu'ensuite à l'alimentation en alcool ; soit effectuer un réchauffage convenable de la tubulure qui amène l'émulsion d'air et d'alcool du carburateur au moteur pour obtenir une vaporisation suffisante du carburant. On pourra alors effectuer la mise en route et grâce au réchauffage de la tuyauterie par dérivation de l'échappement dont nous parlerons tout à l'heure, le réchauffage initial pourra être supprimé au bout de fort peu de temps.

Ce réchauffage initial, avant mise en route, s'effectuera naturellement par des procédés électriques : les adaptateurs de moteurs pour la marche à l'alcool ont étudié les dispositifs de réchauffage qui comportent tous une résistance que l'on fait parcourir par le courant provenant de la batterie.

3° *Plus grande viscosité de l'alcool.*

Si l'on fait écouler différents liquides dans un tube capillaire sous une charge donnée, toujours la même et pendant un temps également le même dans chacune des expériences, on constate que le poids de chacun des liquides qui traverse le tube dans les mêmes conditions de temps et de pression est variable suivant la nature du liquide C'est ainsi, par exemple que, dans des conditions déterminées, on observe qu'il s'écoule 175 grammes d'eau pure, tandis qu'il ne passe que 54 grammes d'alcool et qu'il s'écoule 126 grammes d'essence : ces chiffres ont été relevés à une température de 40 degrés qui est à peu près celle du carburateur.

Si nous comparons les poids d'alcool et d'essence correspondants, nous constatons qu'ils sont, entre eux, à peu près dans le rapport de 1 à 2,5 ; autrement dit, il faudra deux fois et demi plus de temps pour faire passer une même quantité d'alcool que d'essence. Comme dans la carburation, on ne dispose pas d'un temps plus long lorsqu'on substitue l'alcool à l'essence, il faudra naturellement prévoir, pour l'écoulement du

carburant dans le carburateur, un gicleur de plus grand diamètre. C'est là une des raisons pour lesquelles le diamètre des gicleurs doit être fortement augmenté quand on passe de l'essence à l'alcool.

Il y a d'ailleurs une autre raison, c'est que si l'on examine les équations de combustion de l'alcool et de l'essence, on constate que pour un même volume d'air, il faudra davantage d'alcool que d'essence, et cela, à peu près dans le rapport de 3 à 2. Ces deux raisons concourent donc pour obliger à augmenter l'orifice des gicleurs quand on substitue l'alcool à l'essence.

Le problème est d'ailleurs extrêmement complexe si on veut essayer de le résoudre complètement : la viscosité dont dépend la vitesse d'écoulement n'est, en effet, pas constante pour un liquide donné, mais varie avec la température. Il coulera davantage d'alcool dans un carburateur chauffé à 60 degrés que dans un carburateur à 15 degrés (de même pour l'essence). Mais ce qui complique la situation, c'est que la loi de variation de viscosité avec la température n'est pas la même pour les deux liquides : il faudra donc obligatoirement se contenter d'un à peu près qui sera trouvé par tâtonnement en cherchant la meilleure marche possible dans les conditions les plus usuelles d'utilisation.

4° *Différence des chaleurs de vaporisation.*

C'est là le gros point par lequel l'utilisation de l'alcool diffère de l'essence du point de vue installation du moteur et du carburateur.

Si, pour vaporiser un gramme d'essence, il suffit de lui fournir environ 80 petites calories, il faudra en apporter 240 à un gramme d'alcool pour le transformer en vapeur, soit environ trois fois plus.

C'est donc trois fois plus de chaleur qui devra être fournie à l'alcool qui traverse le carburateur, en admettant que le même poids d'alcool est substitué au même poids d'essence. Or, nous avons vu qu'il fallait à peu près une fois et demi de plus d'alcool que d'essence pour obtenir le même travail. C'est donc de quatre à cinq fois que la quantité de chaleur apportée au carburateur devra être augmentée.

Nous ne disons rien de la chaleur spécifique, c'est-à-dire de la quantité de chaleur nécessaire pour échauffer sans changement d'état l'alcool et l'essence : ces grandeurs sont pratiquement comparables pour les deux liquides : 0,50 pour l'essence, 0,60 pour l'alcool.

En résumé, on voit qu'en raison des propriétés physiques différentes des deux liquides, il faudra pour transformer un moteur à essence pour la marche à l'alcool, agir sur les points suivants : régler le carburateur en alourdissant le flotteur et en augmentant le diamètre des gicleurs. Il sera bon du reste, pour faciliter l'évaporation, de diminuer la section du diffuseur pour augmenter la vitesse de l'air dans la chambre de carburation, prévoir un système de réchauffage particulier pour la mise en route, prévoir un système de réchauffage très important pour la marche en régime.

Nous verrons dans un prochain article comment ces diverses questions ont été résolues dans la pratique, dans les différents types d'installation que l'on trouve actuellement dans le commerce, et qui peuvent être utilisés pour substituer l'alcool à l'essence.

EN LISANT MONTAIGNE

Les *Essais* fourmillent d'allusions malicieuses contre les médecins, qui démontrent que Montaigne était loin d'avoir une confiance absolue dans l'habileté et la science des praticiens de son époque. Peut-être n'avait-il pas tort ? Cependant, parfois, il semble reconnaître l'utilité de leurs conseils, témoin le passage suivant :

« Comme les hommes qui se sentent de longtemps affaiblis de quelque indisposition se rangent à la fin à la mercy de la médecine et se font desseigner par art, certaines règles de vivre pour ne les plus contrepasser : aussi celuy qui se retire ennuyé et dégoûté de la vie commune, doit former cette-cy aux règles de la raison, l'ordonner et renger par préméditation et discours. »

(MONTAIGNE : *Essais*. Livre I., chap. XXXIX. *De la Solitude.*)

J. N.

Variétés

❖ ❖

VIEILLE MÉDECINE — VIEUX REMÈDES

Il y a plus d'un demi-siècle, j'ai connu un vieux médecin qui eut longtemps 500 francs par an, pour soigner les indigents d'une commune d'environ 3.000 habitants, et leur fournir les médicaments. Ceux-ci, à la vérité, étaient peu nombreux : le sulfate de soude purgatif, l'ipéca vomitif, le bicarbonate de soude digestif, la quinine fébrifuge ? c'était je crois à peu près tout. Les malades trouvaient surtout dans le règne végétal les autres éléments de leur traitement. Citerai-je quelques noms : la bourrache diaphorétique, le chiendent ,l'ulmaire, diurétiques, la mercuriale laxative, les feuilles de ronces sucrées avec du miel antiangineux etc..., la liste en serait longue .On y associait l'eau panée comme rafraichissante et légèrement nutritive, l'eau rouillée (macération prolongée de gros clous rouillés dans l'eau) comme antianémique et les remèdes de bonne femme aussi variés que nombreux complétaient la médication.

Dans mes souvenirs de jeunesse je revois celui d'un voisin qui dans un coin de son jardin cultivait une plante, dont le nom m'intéressait peu alors, qui disait-il faisait pisser la jaunisse et qu'on venait de loin lui demander, je me souviens aussi de l'infusion de marrube blanc qu'on me faisait prendre contre la toux. Il est certain que la médication par les plantes fut la première employée. Faut-il rappeler que la sauge était considérée par les anciens Romains comme une panacée universelle. Virgile n'a-t-il pas écrit :
Cur morietur cui salvia crescit in horto ?
ce que je traduis un peu librement : celui qui a de la sauge dans son jardin ne devrait jamais mourir.

Vint ensuite une période où les médecins formulèrent et associèrent dans leurs prescriptions des produits surtout du règne minéral.

Actuellement on n'entend plus guère dans les pharmacies résonner le pilon, on n'y voit plus guère osciller l'aiguille du trébuchet, les jeunes médecins ne s'embarrassent plus de formules compliquées ; ils prescrivent surtout les spécialités et les produits à injecter : L'opothérapie, la contribution du règne animal prend une place de plus en plus prépondérante dans le traitement des malades.

Dans l'interminable série des remèdes de bonne femme, y en a t-il beaucoup de réellement efficaces ? La grosse clef froide mise dans le dos a pu parfois par réflexe dû au froid arrêter momentanément un léger épistaxis, le cataplasme de bouse de vache bouillie avec du vinaigre et appliqué très chaud sur une articulation douloureuse pouvait par le dégagement de vapeurs ammoniacales être un peu revulsif et par la chaleur lénitif. Mais je doute que la chair saignante du pigeon coupé en deux et placé sur la tête du méningétique ait pu produire le moindre effet, comme je doute de l'effet antirhumatismal d'une pomme de terre portée constamment dans la poche du pantalon. J'ai vu cependant des hommes intelligents, très sérieux, occupant une belle situation sociale et même un confrère réputé, me montrer une pomme de terre noirâtre, toute ratatinée, dont ils ne se séparaient jamais... C'est la foi qui sauve !

A propos de la pomme de terre tout le monde connaît l'action bienfaisante du cataplasme de sa fécule sur les dermatoses ; il fait tomber les croutes, calme le prurit, adoucit la peau etc... Mais on connaît beaucoup moins je pense l'action du cataplasme de pulpe de pomme de terre. Dans les phlegmasies qui commencent : furoncles, panaris, anthrax, orgelet... comme dans les dermatoses le résultat est souvent étonnant.

Il y a quelques années, menacé d'avoir un panaris au pouce qui rouge, enflammé me tourmentait depuis quelques jours, j'appliquai le soir un de ces cataplasmes ; j'éprouvai immédiatement une sensation de fraicheur appréciable, suivie bientôt d'une atténuation de la douleur, je dormis la nuit. Quand le lendemain matin j'enlevai le cataplasme, la pulpe était noipâtre. Pourquoi, je n'en sais rien la bonne femme rirait : parce qu'elle s'est cuite en tirant le feu... En tout cas après d'autres cataplasmes j'étais guéri !

Pour préparer le cataplasme il faut couper la pomme de terre en deux, prendre la pulpe centrale et l'écraser entre un double de tarlatane. C'est simple, peu couteux et sans danger.

Confrères automobilistes, quand en voiture la pluie gène votre vision, avez-vous déjà essayé de frotter la vitre à l'extérieur avec une pomme de terre coupée par moitié ?

Dr P. BLANCHARD.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

14.138 DELON, Le Theil-sur-Huisne (Orne). Syndicat de Mortagne.
14.139 DE MARQUEZ, Montpellier (Hérault). Parrains : Docteurs Nicolas et Biau.
14.140 DIEUZAIDE, Marsolan (Gers). Parrains : Docteurs Jolis et Dieuzaide.
14.141 DORANLO, Falaise (Calvados). Parrains : Docteur Raoul Doranlo.
14.142 FERRON, Puteanx (Seine). Parrains : Docteurs Rauchbach et Falcoz.
14.143 FIL, Chateauroux (Indre). Parrains : Docteurs Caldaguès et Jeannin.
14.144 FRAQUET, Orléans (Loiret). Parrains : Docteurs Alain et Molveaux.
14.145 M. GABAI, Ecole française de Stomatologie.
14.146 GALABRU, Le Bousquet-d'Orb (Hérault.
14.147 GARY, Meulan (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.
14.148 GOUDET, Nîmes (Gard). Parrains : Docteurs Tissier et Pierre Goudet.
14.149 GOUFFRANT, Saint-Martin-de-Hinx (Landes). Parrains : Docteurs Chavoix et Lavielle.
14.150 M. HUICHARD, Ecole Française de Stomatologie.
14.151 JAMBON, 13, rue Le Bastard, Rennes (Ille-et-Vilaine). Parrains : Docteurs Patay père et Brault.
14.152 LANGEARD, Bazas (Gironde).
14.153 LEGRAS, 30, rue du Pré-Botté, Rennes (Ille-et-Vilaine). Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine.
14.154 LEMERLE, Savenay (Loire-Inférieure). Ordre des médecins de la Loire-Inférieure.
14.155 LÉOTHAUD, Nîmes (Gard). Parrains : Docteurs L. Leauthaud et Boujol.
14.156 M. MAROTTE, Ecole Française de Stomatologie.
14.157 MAULINI, Etival-Clairefontaine (Vosges). Ordre des médecins des Vosges.
14.158 MEDIONI (André), 20, place Charles-Fillion, Paris (XVIIe). Parrain : Docteur Pecker.
14.159 MOREL, Varennes-sur-Allier (Allier). Parrains : Docteurs Huguet et Blanchet.
14.160 MOUSSEAU, 58, rue de la Bastille, Nantes (Loire-Inférieure). Association des Internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.
14.161 M. OLIVESI. Ecole Française de Stomatologie.
14.162 PILLET, 14, rue de la Grotte, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Sourdat et Gillet.
14.163 POLACK, 7, avenue de Villiers, Paris (XVe). Société d'Ophtalmologie de Paris.
14.164 PRASLON, Saint-Reverin (Nièvre). Ordre des médecins de la Nièvre.
14.165 PRUDENT, Quimperlé (Finistère). Parrains : Docteurs Buquen et Ulliac.
14.166 QUENTEL, Saint-Renan (Finistère). Parrains : Docteurs Pouliquen et Jacq.
14.167 Madame RÉGIS-GOVAERTS. Ecole de Stomatologie.
14.168 SAUTTER, Autun (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Dallet et Seguin.
14.169 M. SAVY, Ecole Française de Stomatologie.
14.170 SUEL, Seyche (Lot-et-Garonne). Parrains : Docteurs Baillis et Foucade.
14.171 TARDY, La Machine (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.
14.172 TOUREL, Lodève (Hérault). Syndicat de Lodève.
14.173 VANDAELE, Bergues (Nord). Syndicat de Dunkerque.
14.174 VAUCLIN, Angers (Maine-et-Loire). Parrains : Docteurs Breger et Duhazé.

14.175 M. VAVODTZEV, Ecole Française de Stomatologie.
14.176 VIEILLECAZES, Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Laquerrière et Boyer.
14.177 VIGÉ, Brive (Corrèze). Parrains : Docteurs Henri et Pierre Coussieu.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication.

Cependant, pour les adhérents qui ne sont pas complètement en règle, comme n'appartenant pas à une Association médicale régulièrement constituée ou ne s'étant pas fait présenter par deux parrains, membres eux-mêmes de la Ligue, leur admission ne deviendra définitive que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Secrétariat général de la Santé

Décret du 3 *mars* 1941 *portant nomination du Secrétaire général de la Santé*

Art. 1er. — Le décret du 10 septembre 1940 (art 1er) est modifié ainsi qu'il suit :

« M. le Docteur Serge Huard est nommé secrétaire général de la Santé ».

Art. 2. — L'amiral de la flotte, vice-président du Conseil, et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 5 mars 1941).

Inspection de la Santé

M. le Docteur Bapt, chargé à titre temporaire des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la Haute-Vienne, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de l'Indre (intérêt du service), en remplacement de M. le Docteur Meyer, non installé.

M. le Docteur Gwsind est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Haute-Loire.

Madame le Docteur Boucaumont est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé du Puy-de-Dôme.

Mlle le Docteur Le Baccon est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé du Morbihan.

M. le Docteur Gandar est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Ardèche.

M. le Docteur Rodallec est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé du Loir-et-Cher.

(*J. O.*, 7 mars 1941).

Bourses de l'enseignement supérieur

Décret du 23 *février* 1941 *relatif au régime des bourses de l'enseignement supérieur*

Art. 1er. — Les articles 11 et 12 du décret susvisé

du 9 janvier 1925 sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art.* 11. — Dans les facultés, instituts d'universités et instituts de facultés, et dans les établissements privés d'enseignement supérieur, il peut être accordé des bourses nationales :

« 1° Pour les études préparatoires aux grades, certificats, titres et diplômes d'Etat ;

« 2° Pour les études préparatoires aux certificats et diplômes d'universités, dont la liste est arrêtée par le Ministre, sur la proposition du Conseil des universités intéressées ;

« 3° Pour les études spéciales et pour des travaux de recherches scientifiques ;

« 4° Pour des séjours d'étudiants à l'étranger.

« *Art.* 12. — Toutes les demandes pour les bourses énumérées à l'article 11 ci-dessus sont instruites dans les Facultés et Instituts d'Etat et dans les établissements privés d'enseignement supérieur sous la responsabilité des doyens et des directeurs. Elles sont adressées au recteur de l'Université qui les transmet au Ministre avec son avis.

« Elles sont soumises à la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public, sur l'avis favorable duquel le Ministre décide de l'attribution et du montant de la bourse ».

(*J. O.* 24 février 1941.)

Loyers

Loi du 26 *février* 1941 *relative au paiement des loyers arriérés des locaux d'habitation ou à usage professionnel*

Art. 1er. — Sous réserve des décisions de justice intervenues au jour de la publication de la présente loi, les locataires et occupants de bonne foi de locaux d'habitation ou à usage professionnel, loués nus ou meublés, peuvent s'acquitter en douze mensualités égales de leurs loyers dus et échus entre le 2 septembre 1939 et le 31 décembre 1940 inclus. L'échéance de la première mensualité est fixée au 31 mai 1941.

Art. 2. — Pour les locataires et occupants de bonne foi de locaux d'habitation ou à usage professionnel, loués nus ou meublés, qui bénéficient ou ont bénéficié du moratoire prévu à l'alinéa 2 de l'art. 11 du décret du 26 septembre 1939, modifié par le décret du 1er juin 1940 et la loi du 25 novembre 1940, l'échéance de la première mensualité est fixée au dernier jour du mois qui suit la date de l'expiration de ce moratoire, en ce qui concerne les loyers dus et échus pendant la durée de leur présence dans les formations visées à l'alinéa 1er de l'art. 3 des décrets et de la loi précités.

Art. 3. — Lorsque les locataires bénéficiaires des dispositions de l'article précédent ont cessé d'appartenir à leur formation à une date antérieure au 31 décembre 1940, les délais de payement accordés ci-dessus s'appliquent également aux loyers dus et échus entre la date à laquelle ces locataires ont cessé d'appartenir à leur formation et le 31 décembre 1940.

Art. 4. — Le bailleur peut, à toute époque, établir que le locataire est en mesure d'acquitter, immédiatement ou dans un moindre délai, tout ou partie des loyers impayés visés aux articles précédents.

....

(*J. O.*, 10 mars 1941.)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du travail

1.201. — Surveillance prolongée

J'ai recours à la compétence de votre service de renseignements pour vous demander quels sont les honoraires que je puis réclamer à une compagnie d'assurances pour un accidenté du travail que j'ai soigné dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'un blessé à la main présentant une plaie anfractueuse souillée qui avait occasionné déjà une réaction ganglionnaire axillaire avec température à 39° et frissons, pour lequel je venais de faire, après nettoyage soigneux de la plaie, une piqûre de sérum antitétanique préventif vers 20 heures environ.

Rappelé d'urgence pour ce blessé vers 21 heures, je le trouvais en effet très gêné avec un pouls très faible et une baisse de tension considérable qui m'indiquaient que ce blessé faisait un choc anaphylactique très violent au sérum. Je restais auprès de ce blessé jusqu'à 1 heure du matin ayant appelé à son chevet un confrère voisin en consultation.

Pour cette visite, faite la nuit avec consultation et quatre heures de présence à son chevet, veuillez avoir l'obligeance de me dire le tarif à réclamer.

Je dois vous dire que le malade s'est, malgré tout, tiré d'affaire.

Dr F.

Réponse

Vous avez à compter une « surveillance prolongée » en vous basant sur l'art. 6. Donc, en plus de la première demi-heure, comptez une majoration d'une consultation par demi-heure passée auprès du blessé, en ne dépassant pas le « maximum de cinq consultations ». Je ne parle pas de dérangement de nuit, puisque vous avez été appelé à 20 heures, et que celui-ci compte à partir de 21 heures.

Dr F. Decourt

---

943. — Tarif A. T. et tarif de droit commun

J'ai donné le 24 novembre 1940, des soins à un jeune homme blessé au cours d'un match de football et chez lequel j'ai diagnostiqué une fracture de la partie moyenne du cubitus. Toutefois les signes n'étant pas absolument nets et un hématome volumineux gênant l'examen, je l'ai adressé au radiologue voisin. Celui-ci étant absent, le blessé s'est rendu chez un chirurgien qui a un poste de radiologie et a constaté l'existence de la fracture et l'a appareillé. Il me l'a renvoyé de suite

et j'ai continué les soins. J'ai remis au blessé pour la compagnie d'assurances la note suivante :

1940	24 novembre	Certificat	10 fr.
	24 novembre	Consultation	20 fr.
	26 novembre	Consultation	20 fr.
	12 décembre	Consultation	20 fr.
	19 décembre	Consultation	20 fr.
1941	6 janvier	Consultation	20 fr.
		Total	110 fr.

J'ai spécifié que cet accident était un accident de droit commun donc payable au tarif syndical minimum. La Compagnie, veut ramener ma note à 95 francs, au tarif ministériel. Je lui réponds que j'adresse ma note à l'accidenté qui se débrouillera avec elle et que je n'ai ni à connaître les contrats qu'elle passe avec les sociétés sportives, ni à tenir compte des clauses stipulées avec ces sociétés, qu'il m'est dû pour le blessé pour soins à lui donnés une somme de tant et qu'il doit me verser cette somme.

Cette Compagnie agit également de cette façon pour les accidents couverts par une assurance individuelle.

Je lui signifie qu'avec ces assurés, même pour les accidents du travail, je me ferai régler directement par le client.

Enfin j'estime qu'il serait bon d'agir ainsi pour les assurances d'écoles ou de patronages quand les Compagnies (car j'ai eu affaire à des compagnies payant dans ce cas le tarif syndical) veulent appliquer le tarif ministériel.

Dr R.

Réponse

1° Vous n'avez pas à suivre la Compagnie dans ses errements, et vous n'aviez pas surtout à lui envoyer de note, mais au blessé, puisqu'il s'agissait d'un accident de droit commun, et non d'un accident du travail. De plus, c'est avec raison que vous avez pris en l'espèce votre tarif ordinaire de clientèle. Envoyez donc votre note à votre client, qui « se débrouillera avec sa compagnie », suivant son contrat, et cela en dehors de vous.

Il en serait de même pour toute assurance individuelle quelconque et, personnellement, je n'ai jamais agi autrement.

2° Pour les accidents du travail, par contre, depuis la loi du 1er juillet 1938, vous n'avez pas le droit de vous adresser à l'ouvrier. En effet, il n'y a plus possibilité d'entente directe avec l'accidenté comme le permettait le texte de la loi du 9 avril 1898. Désormais on ne peut réclamer qu'au patron seul (ou à son assureur substitué) attendu qu'il est dit à l'art. 4 § 8 de la loi de 1938 « ... le chef d'entreprise est *seul tenu* des frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques. »

Dr F. Decourt.

b) Assurances sociales

714. — Curettage. Tarification

J'ai dû pratiquer à la femme d'un assuré social à 10 kilomètres de mon domicile le 9 août 1940, un curettage instrumental (K 20) pour avortement de deux mois avec hémorragie. J'ai pratiqué deux autres visites le 11 et le 17 août. J'ai été assisté par la sage-femme qui, elle, a pratiqué des visites les 9, 10, 11. 12, 14. 16 et 18 août.

Or la Caisse d'assurances a adopté la note suivante.

Indemnité journalière : Votre intervention pour M. C.

80 % des frais médicaux........	138 fr. 25
80 % des frais pharmaceutiques : intervention du Docteur......	167 fr. 40
	303 fr. 65
Déduction des frais de mandat...	4 fr. 50
	301 fr. 15

Cette femme d'assuré a-t elle son dû ? Merci à l'avance de votre réponse.

La Caisse m'a demandé des détails sur la nature de mon intervention, les causes... J'ai donné toutes explications.

Dr W.

Réponse

a) Si vous avez pratiqué un curettage instrumental, c'est bien K. 20 qu'il fallait marquer, mais pas d'autres visites consécutives puisqu'elles sont comprises « pendant une durée maxima de vingt jours » dans le prix de l'intervention effectuée. Par contre, pour ces mêmes visites le « déplacement spécial pour l'assuré opéré » peut être compté. (Voir nomenclature générale. Instructions, page VII).

b) Quant à la valeur de K (donc la somme remboursable à l'assuré) elle « peut varier d'un département à l'autre », et varie, en fait de 15 à 25 fr. (Voir *Ibidem*, page V). Je ne puis donc vous dire si la malade a touché exactement ce qui lui revenait. Il faudrait le demander, non plus au Syndicat régional, mais désormais à l'Ordre départemental des médecins.

Dr F. DECOURT

Une « analogie » à proposer en matière d'électro-radiologie

Un confrère nous ayant demandé comment tarifer un « traitement par basse fréquence suivant l'appareil Diadynamie du Docteur Bernard », nous avons eu recours aux lumières d'un électro-radiologue des hôpitaux de Paris, qui nous a proposé

l'analogie suivante : « Ce traitement, préconisé par le Docteur Bernard, pourrait, au point de vue honoraires, être éventuellement classé, en ce qui concerne les Assurances sociales, dans la catégorie E R. K. 2 et, pour les Accidents du travail, assimilé à un traitement galvanique ou faradique simple, soit 30 francs par séance. »

Dr F. DECOURT

AUTOMOBILISME

1.397. — Transformation d'une voiture pour marche au gaz d'éclairage

N'ayant pas d'S. P., étant médecin consultant, je serais heureux d'obtenir certains renseignements concernant la transformation d'une voiture pour la marche au gaz d'éclairage.

Je me suis mis à cet effet en rapport avec un établissement qui me demande pour l'installation de trois bouteilles (302 Peugeot 10 CV 4 places, berline rayon de 100 à 120 km.) la somme de 16.500 francs.

Dans la conclusion de votre exposé si documenté vous envisagez la somme de 1.000 à 2.000 par bouteille ; de plus vous ajoutez que certaines Compagnies donnent des bouteilles en location.

Seriez-vous assez aimable de bien voulotr me communiquer nom et adresse des Compagnies susceptibles d'effectuer pour ce prix la transformation de ma voiture ?

Dr P.

Réponse

La Société qui fait la location des bouteilles est l'Air liquide, 75, Quai d'Orsay, à Paris. Vous pourrez trouver auprès de cette Compagnie des renseignements concernant les adresses d'adaptateurs.

Le prix élevé de l'installation qui vous a été proposé s'explique par le fait que, en dehors des bouteilles, il faut prévoir la fourniture d'un détendeur à deux étages, de la robinetterie, du mélangeur, la fixation des bouteilles, et aussi, très souvent, une certaine transformation de la carrosserie.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

1291. — Honoraires pour soins donnés à un assuré individuel contre les accidents

Fin novembre dernier, se présentait, à ma consultation, un cultivateur de la région, atteint d'un écrasement de la phalangette du radius gauche, qui nécessita l'amputation immédiate dans une clinique voisine, Assuré individuel, je lui établis un certificat, sur un imprimé portant la formule

« sous le régime des lois sur les accidents du travail », que j'omis de rayer et à laquelle j'omis d'ajouter assuré individuel.

Tous les deux jours, pendant un mois, je lui renouvelais son pansement, puis mon blessé, s'avisant que la cicatrisation ne survenait pas assez vite, — une légère suppuration persistant, le chirurgien ayant amputé en tissu contus, pour éviter une trop grande mutilation — décidait de se faire soigner chez mon confrère.

Vexé de cette façon de faire, je lui adressais, fin janvier, ma note d'honoraires s'élevant à 250 francs, montant de vingt pansements à 25 francs, plus une injection de sérum antitétanique de 20 francs, omettant les 10 francs de certificat ; note établie d'après le tarif actuel dans notre région. Aujourd'hui, son assurance m'invite de lui faire connaître le détail de ma note d'honoraires, que mon ex-client lui a transmise.

Avant de répondre à cette assurance, j'aimerais avoir votre avis.

Dois-je lui donner le détail de ma note d'honoraires, et accepter par la suite, la réduction au tarif accidents du travail, qu'elle me proposera certainement ?

Ou dois-je ignorer l'assurance et obliger l'assuré à me régler directement, en le poursuivant, au besoin, en justice de paix ?

Dr G.

Réponse

Si l'assurance individuelle de votre client est dans son droit en limitant le remboursement à son assuré ou le paiement à son médecin traitant des frais médicaux suivant le tarif ministériel des accidents du travail, cette limitation ne s'impose pas à vous, médecin traitant et vous êtes en droit d'exiger de votre client le paiement de vos honoraires au tarif de droit commun.

Vous pouvez donc, à la rigueur, recevoir de la Compagnie le montant des honoraires calculés au tarif accidents, en spécifiant bien que vous ne considérez ce paiement que comme un acompte, puis demander à votre client le complément. Mais, plus simplement, vous pouvez vous adresser au client seul et lui demander le paiement intégral au tarif de droit commun, sauf à lui à se retourner contre sa Compagnie pour en obtenir le remboursement de ce qu'elle lui doit en exécution de sa police.

Si le client refuse de vous payer, vous pouvez le faire citer devant le Juge de paix de son domicile.



Soixante-troisième année — N° 13 — 30 Mars 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants............ **50 fr.**

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 82. — Jeune méd. Franç. cherche remplacemt de préfér. région Bretagne. Dr Le Coniat. Kérity-Paimpol (Côtes-du-Nord).

Nº 83. — Confrère prendrait suite de méd. à Rouen ou banlieue. Ecrire Monsieur Benejean, 43, av. de Bruxelles, le Blanc-Ménil (S.-et-O.).

Nº 84. — Paris, près gares Nord et Est. Appart. médical très bien situé, 8 pièces, ascenseur, loyer très modéré, à céder cause santé avec instal. électrologique à méd. disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot. La Chapelle Yvon (Calvados).

Nº 85. — Dem. jeune doct. méd. français ayant qual. rég. p. exercer méd. France, p. collab. en vue success. S'adr. Maître Zimmermann, Paris 3, r. Théodore de Banville.

Nº 86. — A louer Yonne, ligne Paris Dijon, maison 4 pièces princip. jardin, dépendances, électricité de préférence meublée. S'adres. Docteur Giraud à Besançon.

Nº 87. — Import. client. méd. générale, à céder après décès, quartier République. Trente ans d'exercice. Très urgent. S'adres. Pigot, 6, rue Edmond Roger à Paris.

Nº 88. — Clientèle de campagne mis à disposition d'un médecin ne pouvant pas rentrer en zone interdite. Rien à payer. Ecr. Mme Levin, 79, boulev. Montmorency, Paris (XVIe).

Nº 89. — Limitrophe Normandie, bonne client. rurale à céder dans chef-lieu canton. Condit. très intéress. vu l'urgence. Belle mais. agréab. tout confort. Locaux médic. indépend. Grand jardin agrément et potager. Loyer 7.000. S'ad. Genret, 45, aven. de St.Cloud, Versailles.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

— 15 kilom. Paris, Nord, anc. client., belle habitation confort. loyer 6.000 frs., gros rap. prix très intéressant.

— Loire-Inf. Bord de la mer. Habit. confortable loyer 8.000 frs., bon rap. prix moitié.

— Plusieurs postes de campagne, à céder dans, l'Oise.

— Banlieue proche Est. poste repris il y a 18 ans; appart. confort, très gros rap. à céder d'urgence.

Renseignements

Les conséquences de la guerre

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéine,** 6, place Clichy, Paris (9e).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane,** donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer les tablettes de **Mangaïne** c'est saliver abondamment, une salive digestive antiseptique et agréable, 71, rue Sainte-Anne.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du Concours, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182.31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

COMMUNIQUÉS

I

Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine nous communique l'importante note suivante :

Les demandes d'inscription au Tableau de l'Ordre ne seront plus reçues à partir du 15 avril 1941.

Tout médecin qui exercera dans le département de la Seine sans avoir adressé sa demande d'inscription et rempli en entier le questionnaire dressé à cet effet par le Conseil de l'Ordre, s'exposera à être poursuivi pour exercice illégal.

II

Le Conseil de l'Ordre des médecins du département de la Seine communique :

Les jeunes médecins, à la seule condition d'en avoir obtenu l'autorisation du Conseil de l'Ordre, ont parfaitement le droit de créer de nouveaux cabinets dans le département de la Seine. Ils ne sont nullement obligés, pour s'y installer, d'y prendre une succession médicale.

III

Le Conseil de l'Ordre des médecins du département de la Seine,

Rappelle aux médecins de ce département la circulaire C D. S. 1/4, en date du 23 décembre 1940, émanant du Secrétariat d'État à l'Intérieur aux termes de laquelle, hors les cas d'urgence, « il est fait défense absolue aux médecins civils français de traiter aucun ressortissant de l'armée allemande, notamment ceux atteints de maladies vénériennes ».

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Cottet (d'Evian) et Cornil (de Marseille) sont élus correspondants nationaux dans la première division (*médecine et spécialités médicales*).

MM. Guillaume-Louis (de Tours) et Marquis (de Rennes) sont élus correspondants nationaux dans la deuxième division (*chirurgie et spécialités chirurgicales*).



— **Faculté de médecine de Paris.** — M. Ménegaux, agrégé, est chargé provisoirement du cours de pathologie chirurgicale, M. Mondor étant chargé d'enseignement à la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour quatre places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 13 mai 1941, à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats doivent être de nationalité française et étudiants en médecine. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard le 9 mai. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 22 avril.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mer-

credi 14 mai 1941, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard le 10 mai. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 22 avril.

— **Conférences de perfectionnement de pharmacie** (faites aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris par MM. les pharmaciens des hôpitaux). — Ces conférences, instituées avec la collaboration de l'Association des internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, auront lieu à l'amphithéâtre de clinique infantile du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, le dernier dimanche du mois, à 10 heures, au cours des mois de mars, avril, mai et juin 1941.

Elles réuniront, en un exposé pratique, un ensemble de connaissances ressortissant à diverses branches de l'enseignement pharmaceutique, dans le but de permettre aux internes d'être documentés sur les questions les plus actuelles de la thérapeutique et de la biologie. Ils pourront, de la sorte, apporter à leurs chefs de service une collaboration toujours plus utile et plus appropriée, et faire apparaître l'importance du rôle de l'interne en pharmacie dans les services hospitaliers.

Les membres du personnel médical et pharmaceutique des hôpitaux sont cordialement invités à assister à ces conférences.

Le programme pour l'année 1941 est le suivant :

30 mars, M. Chéramy : Recherche des substances médicamenteuses et toxiques dans l'urine et les liquides de l'organisme. — 27 avril, M. Guillot : La stérilisation. Théories modernes et techniques pratiques. — 25 mai, M. Cheymol : L'opothérapie anti-anémique. Etat actuel de la question. — 29 juin, M. Leroux : Les laboratoires des pharmacies hospitalières. Leur rôle dans les progrès de la chimie pathologique, de la toxicologie et de la biologie.

— **Société des chirurgiens de Paris.** — Le bureau de la Société est ainsi constitué pour 1941 : président, M. Dufourmentel ; vice-président, M. Séjournet ; secrétaire général, M. Luquet ; secrétaire général adjoint, M. Armingeat ; trésorier, M. Burty ; trésorier adjoint, M. Laurent ; archiviste, M. Monsaingeon.

— **Fondation d'Heucqueville.** — Le Conseil d'administration de la Fondation d'Heucqueville s'est réuni au siège social de l'Œuvre, 81-85, boulevard Montmorency, à Paris.

Le Docteur d'Heucqueville a exprimé des félicitations aux Professeurs Barthélemy, nommé ministre de la Justice, et Sergent, élu président de l'Académie de médecine, administrateurs de l'Œuvre.

La Fondation, comme le montre le rapport annuel, collabore activement au sauvetage de la race et de la famille française.

Elle diminue aussi les avortements : nombre de femmes y renoncent, dans l'espoir d'une adoption honorable pour l'enfant né de leur faute.

Dans l'hécatombe d'enfants de 1940, la mortalité est restée inférieure à 1 % dans les services de l'Œuvre.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de M. E. LEGENDRE, beau-père des Docteurs P. Vernant de Provins, et A.-J. Martin, de Paris, grand-père de M. Pierre Vernant, étudiant en médecine (Provins, le 11 mars 1941) ; et celle de Mme L. MARTIN, épouse de M. Louis Martin, chirurgien-dentiste, et mère du Docteur A.-J. Martin, Professeur à l'Ecole française de stomatologie (Porcheville, Seine-et-Oise, le 11 mars 1941).

Nous adressons au Docteur A.-J. Martin, au Docteur Vernant et à leur famille, si cruellement éprouvés, nos sincères condoléances.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

LÉGION D'HONNEUR

Sont inscrits au tableau :

Pour chevalier :

LAPINE (Eugène), médecin lieutenant, du groupe sanitaire divisionnaire nº 28 : a fait preuve, depuis le début des hostilités, d'un magnifique sang-froid, d'un allant superbe et d'une haute valeur morale. Par son exemple, son courage, son entrain, ses décisions heureuses, a exalté le moral de toute la formation, galvanisé les énergies, et a obtenu de son personnel un effort à la hauteur de la plus lourde tâche.

***

PECH (Etienne-Jean-Pierre), médecin lieutenant au 54e rég. d'infanterie de forteresse : officier de haute valeur, blessé par éclat d'obus à l'œil droit dans la nuit du 3 juin 1940 ; presque aveugle, a tenu à rester avec le commandant du régiment et a continué à soigner les blessés ; ne s'est rendu au poste de secours que par ordre et après avoir rempli complètement sa mission.

***

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE AÉRIENNE

PAUL (Christian), médecin lieutenant, compagnie de l'air 87/107 : joint à l'amour de son métier le courage et la crânerie du soldat. S'est spontanément présenté, sous un bombardement effroyable, au poste de secours de la marine pour aider ses collègues débordés. A fait preuve de beaucoup de calme et de sang-froid au cours du torpillage du bateau qui l'évacuait.

(*Ordre « C » nº* 72 *du* 14 *février* 1941.)



Fédération des Associations amicales de médecins du front

Les représentants de la Fédération des Associations amicales de médecins du front ont pris l'initiative de demander audience à M. le secrétaire général à la Santé.

Ils ont été reçus par lui le 20 février.

Toutes assurances leur ont été données concernant d'une part l'application stricte et rapide de la loi du 16 août 1940 sur les médecins étrangers, d'autre part concernant l'établissement d'un *numérus clausus.*

L'abrogation du décret du 20 mai 1940 est envisagée.

Les représentants de la Fédération ont été également reçus le 27 février par les membres parisiens du Conseil supérieur de l'Ordre.

Consécutivement à cette audience, les représentants de la Fédération se sont permis de faire les suggestions suivantes :

Donner des directives extrêmement précises et formelles concernant les autorisations à accorder aux étrangers.

Faire retirer immédiatement le droit d'exercice aux 2.500 médecins étrangers qui n'ont pas déposé de demande en dérogation ;

Rendre publique dès à présent la liste de ces médecins, et, donc, des postes devenus vacants ;

Créer une, deux, trois commissions nouvelles, chargées d'examiner les dossiers des 2.000 ou 2.500 médecins ayant déposé leur demande.

Question juive. — La Fédération demande qu'un *numerus clausus* soit *appliqué aux juifs dans la profession médicale, numerus clausus* proportionnel au chiffre de la population juive par rapport à la population générale.

Et, *pour l'avenir, numerus clausus à l'entrée des études médicales.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine

Décret du 22 février 1941 relatif au titre de professeur sans chaire

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 4 janvier 1921 est complété comme suit :

« Peuvent également recevoir le titre de professeur sans chaire, avec les droits rattachés à ce titre, les agrégés libres des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, âgés de soixante ans révolus et remplissant depuis vingt années au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique, rémunérée par un traitement ou une indemnité, sans être soumis aux conditions de présentations prévues ci-dessus par le Conseil de la Faculté et par la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique ». (*J. O.*, 15 mars 1941).

Voir la suite page XXXIX-613

PROPOS DU JOUR

LE MILIEU OÙ NOUS VIVONS, CET INCONNU !

L'exode sans précédent, provoqué par l'invasion, n'a pas été accompagné d'épidémies comme logiquement on aurait pu le craindre. Toutes les conditions cependant se trouvaient réunies pour favoriser l'éclosion de maladies infectieuses : dépression morale, épuisement physique, insuffisance alimentaire, manque de soins hygiéniques, promiscuité, etc., etc., Cela prouve que les découvertes des bactériologistes, des sérologistes, des physiciens et des chimistes, bien que faisant faire un pas considérable à l'étiologie morbide, laissent dans le mystère de l'inconnu les véritables causes des maladies et qu'il y a encore de nombreuses étapes à parcourir avant d'approcher de la vérité, si toutefois on peut y parvenir. *Felix qui potuit rerum cognoscere causas*, a dit il y a quelque deux mille ans Lucrèce. Ce savant heureux du poëte n'est pas près de voir le jour.

Laissons de côté aujourd'hui les causes intrinsèques qui dépendent de nos organes et de leur fonctionnement, faisons même abstraction des influences ataviques et sociales sur notre organisme, bien que Carrel, Freud, Aug. Lumiére, Leriche et bien d'autres savants nous aient montré par leurs recherches ce qu'elles comportent d'inconnu, bornons-nous à énumérer ce qu'il reste à découvrir, parmi les facteurs physico-chimiques qui certainement influent sur notre organisme. Carrel a écrit : l'homme *cet inconnu* ! Un autre homme de science pourrait à son tour intituler un ouvrage tout aussi intéressant et infiniment plus vaste sur le monde inconnu et inconnaissable.

Claude Bernard a dit : *La vie est un conflit entre l'organisme et le milieu extérieur.* La plupart des facteurs de ce conflit sont actuellement ignorés et restent à découvrir. Qui nous dira par exemple la cause de la périodicité des maladies saisonnières de l'enfance ? Pourquoi un agent infectieux, qui sommeille, restant probablement saprophyte, devient-il un jour pathogène et provoque-t-il une épidémie ?

Les phénomènes biologiques les plus étudiés sur lesquels l'ère des recherches expérimentales paraissait close, le rôle de l'air et de son oxygène dans la respiration, a cependant donné lieu à des découvertes surprenantes. Tchijevsky a démontré que, filtré à travers une couche d'ouate, cet air purifié, débarrassé de ses poussières et de ses microbes, était impropre à la respiration, et que les animaux (petits mammifères et oiseaux) mouraient après un séjour de quatre ou cinq jours dans ce milieu. Des recherches plus approfondies permirent au savant biologiste de constater que le filtrage à travers une couche de coton supprimait les ions de l'oxygène de l'air, que ces ions en quantité infinitésimale, permettaient l'oxygénation du sang comme biocatalyseur, que du reste on pouvait revivifier cet air en ionisant artificiellement son oxygène. Qui oserait prétendre que l'ionisation de l'atmosphère, méconnue jusqu'alors, n'ait pas une influence considérable dans l'étiologie des maladies pulmonaires et des affections qui proviennent de l'altération du sang ?

L'ionisation de l'atmosphère n'est qu'un des facteurs qui influencent le milieu où nous vivons, il en est mille autres qui certainement ont une influence sur la santé et dont l'action est encore mystérieuse.

Nous croyons connaître l'action du chaud et du froid sur l'organisme. Les recherches de Baccino au laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne paraissent démontrer que le facteur thermique a une action sur la croissance des animaux. Comment expliquer que les Lapons et les Patagons qui vivent cependant dans des régions similaires comme température, soient de stature aussi différente ? Il y a évidemment d'autres facteurs que le facteur thermique qui agissent sur leur croissance.

La pression barométrique, les vents, les orages ont une influence indiscutable et reconnue sur certaines maladies bien que le mécanisme

de cette influence n'ait pas été jusqu'ici très scientifiquement établi.

L'état électromagnétique de l'atmosphère fait l'objet des recherches de sciences nouvelles, la biophysique et la cosmobiologie qui sont encore à leur début.

La luminosité, les rayons solaires, les rayons colorés du spectre solaire, les rayons ultraviolets et infrarouges, etc., ont une action sur nos tissus, sur notre système nerveux, déjà observée, expérimentée, appliquée en thérapeutique, mais qui demande encore à être approfondie.

Que d'expériences à faire sur le retentissement sur l'organisme et partant sur la santé, des ondes courtes, des ondes hertziennes ! N'a-t-on pas déjà constaté les troubles apportés par la T. S. F. sur le sens d'orientation des oiseaux !

Peut-être l'action des taches du soleil, des diverses phases de la lune ne sont pas de simples préjugés populaires ! Depuis le développement de la circulation automobile et du vacarme des appareils de T. S. F. et des phonographes on a étudié les conséquences des bruits sur le système nerveux. Là encore il y a des phénomènes contradictoires à expliquer. Tel le cas d'un de nos vieux amis qui, habitant auprès d'une ligne de chemin de fer, dormait profondément lors des passages très fréquents des trains et se réveillait et ne pouvait plus retrouver le sommeil, lorsqu'au cours de la nuit, cessait la circulation ferroviaire. Il s'endormait de nouveau au bruit du premier train qui passait le matin sous ses fenêtres.

Que de choses à élucider sur le mal de mer, les vertiges, les influences de la force centrifuge, de la vitesse et de ses variations, de l'arrêt brusque, etc. etc. ? On explique tous ces phénomènes par une action sur le grand sympathique ; c'est la « tarte à la crême » qui répond à tout ce qu'on ignore.

Platon raconte, dans un de ses dialogues, qu'un ami de Socrate allant à Delphes consulter l'oracle, fut chargé de lui demander ce qu'il pensait du philosophe. De retour, le voyageur apporta à Socrate la réponse. L'oracle avait affirmé qu'il était l'homme le plus savant du monde. Socrate demeura pensif ; puis se ravisa : « L'oracle, dit-il, me considère comme le plus savant quand je sais bien que je ne sais rien, mais sachant que je ne sais rien, j'en sais beaucoup plus que ceux qui croient tout savoir et qui comme moi ignorent tout. »

Les véritables savants de notre époque sont modestes. Ils savent, comme Socrate, que devant l'infinité des inconnus et des inconnaissables s'ils ne sont pas parfaitement ignorants, ils ne savent pas grand chose.

J. Noir.

LES FANTAISIES DE LA JUSTICE

Un lecteur nous adresse de Bretagne une coupure de journal relatant une bien savoureuse histoire.

Une sage-femme ayant porté plainte entre les mains du Préfet contre une matrone qui, bien que dénuée de tout diplôme, pratiquait néanmoins les accouchements, la plainte fut transmise au Parquet et le Procureur rechercha les documents officiels attestant que Mlle F. était bien sage-femme.

Il trouva que celle-ci, installée depuis trois ans, avait omis de faire enregistrer son diplôme à la Sous-Préfecture, au greffe du Tribunal et à la mairie de son domicile. Et, pour ce, elle se trouva elle-même inculpée.

Le tribunal commença par juger Mlle F. et lui infligea 25 francs d'amende.

Après quoi il s'occupa de la matrone, vigoureusement défendue, comme de coutume, par des témoins aux hyperboliques louanges et par un avocat fougueux.

Et, pour ne pas changer son fusil d'épaule, le tribunal colloqua à la matrone une amende de 25 francs. C'était peut-être le tarif du jour.

Les juges bretons auront cru, en cette stupéfiante audience correctionnelle, s'être faits les dignes émules de Salomon. En fait, ils ont bafoué eux-mêmes la justice dont ils sont, dont on les croyait les serviteurs.

Assimiler par la peine infligée, une étourderie sans doute condamnable, mais après tout vénielle à un état notoire, avoué et invétéré de délinquance, c'est gros de conséquences, Messieurs les juges. Si c'est tout le cas que vous faites de la loi sur l'exercice de la médecine, quelle autorité vous restera-t-il ensuite pour faire respecter les autres ?

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE D'UN CALCUL DE L'URETÈRE

Professeur G. MARION

Les calculs de l'uretère provoquent parfois des *douleurs* plus ou moins vives ; mais en tous cas, lorsqu'ils séjournent un certain temps dans l'uretère, ils produisent des *altérations du rein* qui peuvent arriver jusqu'à sa destruction.

Les *douleurs* peuvent exister au moment où le calcul s'engage dans l'uretère et y chemine, c'est ce que nous appelons la crise de colique néphrétique, crise excessivement douloureuse. Si le calcul n'est pas éliminé, les douleurs s'atténuent en général, peuvent même finir par disparaître complètement ; ou bien elles reviennent ensuite par intermittences avec une intensité moindre qu'au moment de la crise et avec des caractères un peu différents, qui ne permettent pas toujours de reconnaître la cause de la douleur.

Parfois, lorsque le calcul est très bas situé, ce qui domine, ce ne sont plus des douleurs sur le trajet de l'uretère ou des douleurs rénales, ce sont des phénomènes vésicaux rappelant la cystite.

Mais ce qu'il faut savoir, c'est que, dans bien des cas, le calcul qui s'est arrêté dans l'uretère peut y rester absolument silencieux.

Dans d'autres cas, au moment de l'engagement du calcul dans l'uretère, la douleur ne présente pas l'intensité qu'elle revêt en général. Il s'agit d'une douleur atténuée sans caractère particulier permettant sa localisation à l'appareil urinaire, et ensuite tout disparaît.

Mais que le calcul se soit engagé avec douleurs ou d'une façon presque torpide, qu'il existe dans l'uretère de façon complètement latente ou provoquant de temps en temps des crises douloureuses, il n'en est pas moins vrai que fatalement, à un moment donné, l'uretère se dilate au-dessus de lui, que cette dilatation gagne le bassinet, *puis le rein, qui à la fin pourra être détruit complètement.* Ces altérations du rein se feront parfois de façon absolument aseptique ; dans d'autres cas, à un moment donné, se produiront des accidents infectieux dus à une localisation d'un germe quelconque provenant soit du sang, soit de l'appareil urinaire inférieur. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'un calcul restant pendant longtemps dans l'uretère arrive à provoquer de façon constante des lésions, qui aboutissent à la destruction du rein. Ce n'est que dans des cas très rares, dans lesquels l'uretère se trouve complètement oblitéré et dans lesquels le rein cesse alors de sécréter, se mettant en sommeil, qu'il conserve sa valeur.

Le DIAGNOSTIC d'un calcul de l'uretère, si important pour éviter des accidents de destruction du rein, est parfois extrêmement facile si la crise de colique néphrétique est nette. La localisation de la douleur, ses irradiations vers le bas, vers les testicules chez l'homme, la légère hématurie qui accompagne souvent l'introduction d'un calcul dans l'uretère, ne laissent aucun doute sur le diagnostic de calcul.

Parfois le syndrome que provoque la pénétration et le cheminement du calcul dans l'uretère est infiniment moins net. En particulier, ce sont des phénomènes abdominaux qui dominent la scène, caractérisés par des accidents d'occlusion intestinale extrêmement importants. Un de nos anciens maîtres a manqué être laparotomisé pour une obstruction intestinale brutale, que l'on pensait être d'origine néoplasique. Trois heures avant le moment de l'intervention, il rendait heureusement son calcul et tous les accidents disparaissaient. C'est dire que même au moment d'une crise de colique néphrétique la prédominance de certains troubles peut rendre le diagnostic très délicat.

Plus tard, lorsqu'un calcul est resté dans l'ure-



tère et qu'il détermine des douleurs plus ou moins persistantes, intermittentes, on peut encore penser à des affections autres que le calcul de l'uretère. Pour les calculs de l'uretère droit en particulier, on pense bien souvent à l'appendicite chronique. Un autre de nos maîtres qui présentait ces douleurs fut opéré d'appendicite par un chirurgien spécialisé en cette opération, et comme il s'agissait de l'appendice d'un maître, on le transmit à l'Institut Pasteur pour le couper et l'examiner. L'Institut Pasteur répondit qu'on n'avait jamais pu voir un appendice aussi sain ; au cours de sa convalescence ce maître rendait un calcul de l'uretère.

Une autre affection, qui prête également à confusion, est la colite. Beaucoup de calculs de l'uretère, arrêtés depuis un certain temps, donnent lieu à des troubles qui sont intitulés « colite ». C'est, qu'en effet, étant donné le voisinage de l'uretère et de l'intestin, il y a des réactions qui se transmettent de l'un à l'autre organe et peuvent faire errer le diagnostic ; mais une hématurie, une suppuration, une douleur rénale avec urines infectées, finissent en général par attirer l'attention sur la cause réelle des douleurs.

Pour diagnostiquer un calcul de l'uretère, il faut donc savoir qu'il ne se présente pas toujours de façon classique, qu'il peut simuler plusieurs affections douloureuses abdominales, et il faut en réalité y penser. A droite les douleurs feront trop souvent penser à l'appendicite, et nous autres urinaires avons opéré combien de fois des malades auxquels, antérieurement, on avait supprimé l'appendice sans aucun résultat, et qui avaient simplement un calcul arrêté dans la partie iliaque ou pelvienne de l'uretère. Et si l'on y pense, on fera radiographier le malade ; dans ces cas, il n'y aura aucun doute, la radiographie montrera le calcul et la cause des troubles reconnue.

Exceptionnellement, on peut avoir affaire à un calcul invisible, calcul d'acide urique. Dans ces cas, si les symptômes sont suffisamment précis pour que l'on puisse véritablement penser au calcul de l'uretère, il faudra pratiquer un cathétérisme urétéral et la sonde, très souvent arrêtée, confirmera le diagnostic.

Parfois la sonde pourra passer ; il faudra alors faire une urétérographie qui montrera que l'ombre du liquide injecté dans l'uretère est interrompue à un niveau donné par un espace clair, qui correspondra au calcul.

De toutes façons, penser à un calcul de l'uretère est le meilleur moyen de le reconnaître et il faut y penser aussitôt que des douleurs, pouvant être sous la dépendance d'une affection urinaire, existent.

En présence de la crise de colique néphrétique, le rôle du médecin doit se borner à favoriser l'issue du calcul et cela en ne donnant pas une médication susceptible d'arrêter le cheminement de celui-ci. Evidemment, l malad devra absorber autant de liquide qu'il pourra, de façon à uriner le plus possible, pour que la sécrétion d'urine augmentée refoule en quelque sorte le calcul.

Mais ce qu'il ne faudra faire qu'en dernière analyse, c'est de calmer les douleurs de la colique néphrétique par un médicament qui ralentisse les contractions de l'uretère, la morphine. Trop souvent, en effet, le malade souffrant véritablement beaucoup, on se presse de le calmer par une injection de morphine. Celle-ci est nuisible, parce qu'elle diminue la contraction urétérale et l'on ne devra la faire qu'en dernier ressort. Le médicament de la colique néphrétique n'est pas la morphine, mais la BELLADONE. La belladone calme les douleurs moins que la morphine, mais en général, suffisamment, et, d'autre part, elle excite plutôt la contraction urétérale. On la donnera sous forme de pilules d'extrait de belladone dosée à deux centigrammes ; le malade en prendra jusqu'à concurrence de dix à douze centigrammes par vingt-quatre heures, suivant la tolérance vis-à-vis de ce médicament et suivant l'intensité des douleurs. Très souvent, j'ai vu des malades en état de crise de colique néphrétique, qui durait depuis plusieurs jours, traités par la morphine, sans que le calcul arrive à s'éliminer, qui prenant de la belladone, voyaient leur calcul sortir très peu de temps après l'administration de celle-ci. Bien souvent, par conséquent, la crise de colique néphrétique, traitée convenablement, aboutira à l'issue du calcul et tout sera dit.

Mais il est des cas, dans lesquels la crise de colique néphrétique se prolonge pendant des jours et des jours, et même des semaines. Dans ces cas, si la belladone n'a pas provoqué l'issue du calcul, il est tout à fait inutile de laisser souffrir les malades. Il est un moyen souverain pour faire cesser la crise de colique néphrétique, c'est de pratiquer un cathétérisme urétéral en laissant la sonde urétérale à demeure, si toutefois celle-ci réussit à monter au-dessus du calcul. Quelques minutes après la mise en place de cette sonde, le malade sera absolument soulagé, car la crise de colique néphrétique résulte de la mise en tension de l'uretère et du bassinet par l'urine, qui se trouve retenue au-dessus du calcul ; celle-ci s'écoulant par une sonde la douleur cesse immédiatement.

La sonde à demeure sera laissée en place pendant quatre à cinq jours, et cette sonde ne pourra que favoriser l'issue du calcul en dilatant l'uretère au-dessous de lui, et en permettant l'injection d'huile au-dessus du calcul ce qui facilitera encore son glissement. Nous reviendrons sur ce

moyen si justement employé pour les calculs arrêtés dans l'uretère.

Si, au contraire, la sonde ne franchit pas le calcul, évidemment l'effet sera absolument nul et il faudra continuer à soulager le malade par les moyens que nous avons dit plus haut, jusqu'au moment où une tolérance complète ou relative soit obtenue, ou que le calcul soit expulsé par l'uretère.

Quand le calcul est resté en place depuis assez longtemps, quelquefois le moment, où il s'est engagé, peut être précisé; dans d'autres cas, les phénomènes qui ont accompagné son engagement ont été tellement vagues que le malade ne peut en préciser l'époque. Il convient tout d'abord de se rendre compte de l'existence du calcul, de son volume, de sa situation, de sa forme, et cela par la radiographie simple.

D'autre part, il faudra se rendre compte de l'état du rein, de sa dilatation, de sa valeur, en même temps que de l'état de l'uretère. L'urographie dans ces cas donnera des renseignements très précieux. Si le rein fonctionne, on pourra voir, si le bassinet et le rein lui-même sont ou non dilatés, si l'uretère est dilaté, et le fait qu'il a éliminé la substance opaque prouvera que ce rein a de la valeur. Si, au contraire, le rein soit par inhibition, soit par destruction, n'a pas éliminé la substance, on pourra supposer qu'il est complètement détruit ou qu'il est inhibé. Dans ces cas, c'est le cathétérisme urétéral qui permettra de pratiquer une pyélographie, qui montrera si le bassinet, l'uretère sont dilatés, et parfois en débloquant le rein, si celui-ci a une certaine valeur.

Etant en possession de tous les renseignements fournis par la radiographie, l'urographie, quelquefois par la pyélographie, on pourra alors entreprendre un traitement logique du calcul.

Si le rein est valable, pas trop altéré, si le calcul est susceptible par son volume de sortir, si l'uretère n'est pas trop dilaté, il faut recourir au cathétérisme urétéral. La sonde urétérale mise en place, dépassera le calcul, si elle le peut, et l'ayant dépassé, elle sera laissée à demeure pendant au moins quatre jours. Au cinquième jour, on injectera au-dessus du calcul une huile antiseptique quelconque (goménolée, phéniquée) et l'on retirera la sonde. Assez souvent, mais certainement pas aussi souvent qu'on l'a dit, ce moyen favorise l'issue du calcul par la dilatation qu'a provoquée la sonde à son niveau et au-dessous de lui, par l'huile qui aura été injectée, par la mobilisation que le calcul aura pu subir du fait du retrait de la sonde. Mais il ne faut pas toujours compter que ce moyen réussira. Du reste, ce n'est pas immédiatement que le calcul doit sortir, mais dans les dix ou quinze jours qui suivront le retrait de la sonde. Au cas où une crise de colique néphrétique se déclancherait, ce qui serait bon signe, il faudrait recourir à ce moment à la belladone, comme on l'a fait au moment de la crise de colique néphrétique initiale.

Si la sonde urétérale n'a pas pu franchir le calcul, il est tout à fait inutile de la laisser, parce qu'elle peut bien dilater l'uretère au-dessous du calcul, mais comme l'uretère ne lâchera pas sa proie, il est inutile qu'il soit dilaté au-dessous du calcul, celui-ci étant maintenu plus haut. De toutes façons, si le calcul n'est pas sorti, que le bassinet et l'uretère ne paraissent pas très dilatés, on peut patienter en surveillant l'état du rein par l'urographie. On pourra recommencer encore un cathétérisme urétéral, envoyer le malade faire une saison d'eaux dans les stations diurétiques (Contrexéville, Vittel, Evian, etc.), et si le calcul est toujours immobile, on se résoudra à l'ablation.

Parfois le calcul ne sort pas à la suite de crises de colique néphrétique spontanées ou provoquées par le cathétérisme urétéral ; mais si l'on pratique une radiographie après ces crises, on s'aperçoit que le calcul a progressé, que de la région lombaire, il est descendu par exemple dans la région pelvienne et l'on peut espérer alors que de nouvelles crises amèneront finalement l'issue de ce calcul.

En somme, tant qu'aucune altération de dilatation nette n'est constatée du côté de l'uretère et du bassinet, on peut patienter et attendre l'expulsion spontanée du calcul. Mais si, au contraire, on voit que sur des urographies pratiquées à des époques différentes il y a une altération de l'uretère, du bassinet, il faut sans attendre intervenir. Il faudra également intervenir de toute nécessité si à un moment donné des phénomènes d'infection se produisaient du côté des voies urinaires supérieures.

Lorsqu'au contraire l'urographie, la pyélographie ou l'urétérographie démontrent un uretère très dilaté, il est complètement inutile d'employer le cathétérisme urétéral, car, pour que le calcul puisse sortir, il faut que l'uretère puisse se contracter, et un uretère, très dilaté, est paralysé et ne peut plus expulser ce calcul. Il sera donc inutile de mettre la sonde à demeure et il pourra même être dangereux de la mettre, car si l'introduction d'un germe dans un uretère non dilaté, qui évacue normalement ou à peu près l'urine n'est pas un inconvénient considérable, il en va tout autrement, quand il y a stagnation d'urine au-dessus d'un calcul. Dans ces cas, il faut d'emblée enlever le calcul.

Dans d'autres cas, le rein apparaît valable, mais le calcul à la radiographie apparaît volumineux, d'un volume tel qu'il est impossible qu'il puisse arriver à s'éliminer spontanément. Lorsqu'il s'est engagé, le calcul était de petit volume, mais ayant séjourné dans l'uretère, il a augmenté progressivement et, de grain de blé qu'il était, il

a passé parfois à l'état de noyau de cerise, de noyau de datte et même de noyau d'abricot. Dans ces cas, on ne peut vraiment pas espérer qu'il sortira et il faut aller l'enlever sans chercher à le faire sortir.

Cependant, chez certains phosphaturiques qui apportent des boîtes remplies de calculs phosphatiques qu'ils ont éliminés en années successives, l'uretère est d'une telle complaisance que des calculs qui, chez d'autres malades, ne seraient évidemment pas expulsés, peuvent l'être chez ces sujets, et à notre grande surprise, nous les voyons éliminer des calculs plus gros que des noyaux de dattes, que nous penserions ne jamais pouvoir sortir spontanément. Chez ces malades, il faut avoir plus de patience que pour d'autres et le cathétérisme urétéral, en particulier, réussit plus souvent parce que ces calculs sont essentiellement friables et que la sonde urétérale est susceptible sinon de les fragmenter, tout au moins de les modifier dans leur forme, car ils sont très souvent mous tant qu'ils sont dans les voies urinaires, et de faciliter leur sortie. En dehors de ces cas, un gros calcul de l'uretère doit être enlevé sans attendre davantage, si tout au moins le rein est encore valable.

Mais à la longue le rein, nous l'avons vu, s'est détruit. L'urographie a montré ou bien qu'il ne fonctionnait plus du tout, ou bien qu'il présentait une dilatation considérable avec des poches hydronéphrotiques, et, dans ces cas, ce n'est plus au calcul qu'il faut s'adresser, mais au rein. Il faut, dans ces cas, pratiquer une néphrectomie.

Cette néphrectomie s'impose encore davantage, lorsque des accidents de suppuration, de pyonéphrose, apparaissent brusquement au cours de l'évolution de ce calcul.

Lorsque l'on pratiquera une néphrectomie pour calcul de l'uretère, faudra-t-il enlever en même temps le calcul ?

Si le calcul est situé dans la région lombaire et qu'en réalité son ablation ne présente aucune difficulté au cours de la néphrectomie, on enlèvera ce calcul en supprimant en même temps l'uretère. Mais si, au contraire, l calcul se trouve bas situé dans la région pelvienne, il faudra le laisser, sans s'occuper de lui au moment de la néphrectomie.

Que deviennent ces calculs laissés en place ? Ils peuvent rester indéfiniment silencieux, même lorsqu'ils ont été infectés et le malade en perd complètement la notion. Dans d'autres cas, à un moment donné, ils seront l'origine de douleurs dues à des phénomènes d'infection en général, et on sera obligé d'aller les rechercher par la voie la plus convenable.

Exceptionnellement, l'uretère conservant après la néphrectomie sa contractilité pendant plusieurs mois, on pourra voir ce calcul être éliminé spontanément. Quelques-uns de ces calculs abandonnés après néphrectomie ont donné lieu à des abcès périvésicaux qui, s'étant ouverts dans la vessie, ont permis la sortie du calcul par les voies naturelles.

Parfois, en présence d'un de ces reins que l'on pensait ne pas fonctionner parce qu'il n'éliminait pas la substance injectée lors de l'urographie, on aura la surprise de constater que le rein est fort bon. On était parti pour enlever ce rein et l'on constate qu'il possède un parenchyme en excellent état. C'est, en somme, un rein qui est inhibé par la présence du calcul urétéral et qui, sans être aucunement altéré, a cessé son fonctionnement. Dans ce cas, on en sera quitte pour se reporter au calcul, pour enlever celui-ci.

Telle est la conduite à tenir en présence de calculs de l'uretère. Il faut être bien persuadé qu'un calcul de l'uretère n'est pas dangereux par les douleurs qu'il provoque, mais par les altérations du rein dont il est la cause lorsqu'il s'immobilise dans le canal. Il faut être bien persuadé qu'un calcul de l'uretère est plus dangereux pour le rein qu'un calcul du rein lui-même, qu'il aboutit fatalement à la destruction de l'organe et par conséquent qu'il importe tout d'abord de ne pas arrêter sa migration par des thérapeutiques inopportunes, qu'il importe ensuite d'en favoriser l'issue tant qu'elle paraît encore possible, et enfin, il ne faudra pas hésiter à l'enlever lorsque sa sortie ne se sera pas faite à la suite des moyens que l'on aura employés. La suppression du rein n'est qu'un pis-aller dans les cas où l'on constatera, trop tard, les conséquences qu'aura pu avoir un calcul resté en place méconnu ou mal traité.



PRATIQUE CHIRURGICALE

Les pansements de remplacement. L'utilisation du son

La carence de la tarlatane, celle du coton hydrophile ou cardé met aujourd'hui le chirurgien et le praticien dans une situation pénible.

De la stricte application d'un premier pansement absorbant et aseptique dépend l'avenir de la consolidation.

Divers éléments de pansement d'inégale valeur ont été proposés. Parmi ceux-ci, il convient de retenir à l'heure actuelle, le papier, la sciure ou la fibre de bois, le son.

Le papier présente une grande qualité. Il est facile à stériliser, et supporte non seulement la chaleur sèche, mais encore l'autoclave à 130°, sous condition que la stérilisation soit suivie d'une détente suffisante.

La plupart des autoclaves chirurgicaux modernes sont munis d'un dispositif, qui permet un assèchement absolu de la gaze ou du coton. Ceci demeure exact pour les produits de remplacement.

Le papier stérilisé peut être appliqué directement sur la plaie, sous condition d'être réparti en fines lanières et de ne pas être comprimé.

Il présente l'inconvénient de ne pas être suffisamment absorbant, et, en cas de sécrétion quelque peu abondante, de provoquer une macération fâcheuse.

En revanche, employé comme champ opératoire, il permet un isolement complet de la zone à protéger et remplace sans inconvénients réels les linges de coton ou de toile

Son utilisation est excellente, lors de l'application d'un appareil plâtré ou silicaté. Il supprime le contact du plâtre et de la peau sous-jacente. Résultats aussi satisfaisants que ceux donnés par le jersey moulé. Il est supérieur au coton cardé non stérilisé et aux corps gras, vaseline, lanoline. Ceux-ci qu'il convient d'économiser n'empêchent pas toujours, lors de l'ablation de la carapace plâtrée l'esquisse de supplice chinois, déterminé par l'ablation des poils, qui demeurent adhérents au plâtre. En résumé, possibilité d'une utilisation du papier comme isolant, champ opératoire remplaçant le linge. Utilisation plus douteuse comme pansement au contact. Papier blanc de préférence, mais le papier de journal, quelle que soit son opinion, peut être parfaitement employé. La stérilisation se fait dans les mêmes conditions que celle de la gaze ou du coton hydrophile. Poupinel ou autoclave quarante-cinq minutes 130° ou 124°, four de cuisine même, sous condition de ne pas trop serrer le papier dans une boîte métallique ; contrôler au thermomètre, ou au tube témoin.

Sciure et fibre de bois. — La sciure et la fibre de bois présentent un pouvoir d'absorbtion réel, supérieur aux ouates dites de cellulose ou de tourbe ; elles sont faciles à stériliser à sec ou à la vapeur sous pression.

Elles présentent des inconvénients dont le plus certain est constitué par ce fait, que la sciure n'est pas un matériel primitivement propre. Recueillie sur le sol souvent souillé de terre, il faudra avant son emploi veiller avec grand soin à la stérilisation. Pouvoir d'absorbtion supérieur à celui du coton hydrophile. Nécessité d'un sac de gaze. En pansements humides, en cataplasmes, quelques avantages. Les mêmes critiques s'adressent à la tourbe, aux ouates dites de cellulose qui s'effritent, et de plus, sont peu hygrométriques.

Le pansement au son. — Ceci paraît vraiment intéressant. L'idée première d'utiliser le son comme pansement chirurgical revient à Brun, de Tunis, qui fit sur ce sujet une communication à l'Académie de chirurgie en 1940. Relatant les avantages précis que lui en avait donné l'emploi à l'hôpital Sadiki, facilité d'absorption, stérilisation efficace, il montra les avantages matériels et l'économie que pouvait apporter la suppression du coton hydrophil dans un grand service hospitalier. Brun enrobait le son, tel qu'il était extrait après mouture dans un sac de gaze, le stérilisait, l'appliquait sur la plaie ou le substituait aux compresses pendant l'intervention. Le sac de gaze pouvait être récupéré après usage, avantage matériel indiscutable, le prix de revient dudit pansement étant très inférieur à celui de la tarlatane et du coton hydrophile. Devant l'excellence des résultats obtenus, le regretté chirurgien de Tunis pensait que, sans doute, on pouvait attribuer ceux-ci, du moins en partie, à l'existence dans le son de vitamines thermo-stabiles favorisant la cicatrisation.

Nous avons pu contrôler quelques-unes de ces données (1).

(1) Nous remercions la Société Ségès (Pansement au son), 122, boulevard Saint-Germain, Paris), qui a mis un nombre important de pansements à la disposition de notre service hospitalier.

Sur le dernier point tout d'abord, nous ne pensons pas que Brun eut entièrement raison. Il semble bien que les vitamines soient détruites à une température en réalité très inférieure à celle que nécessite une stérilisation efficace. Il n'y a pas de vitamines thermostabiles, qui résistent à la stérilisation classique. En dehors de cette critique, les avantages mécaniques du pansement au son demeurent indiscutables, mais il semble difficile que la matière première brute soit employée.

Le son, tel qu'il se présente après les opérations de mouture, contient une partie importante de sous produits et quelques impuretés, poussières, etc... Des opérations premières, lavages, centrifugation, séchage permettront d'obtenir une matière, qui sera facile à stériliser et présentera un pouvoir d'absorbtion supérieur sous le même volume à celui du coton hydrophile (Launay).

Enrobé dans une enveloppe de gaze, le pansement ainsi constitué répond à la plupart des usages chirurgicaux ; depuis quatre mois, il nous a donné toute satisfaction.

Les manœuvres de préparation nécessitent, paraît-il, une main-d'œuvre assez importante ; malgré cela le prix de revient doit être inférieur, en employant un produit de notre sol, à celui du coton.

En résumé, et jusqu'à ce que des jours plus clairs surviennent, le chirurgien peut :

— Opérer en utilisant le minimum d'agents de pansements. Dans une plaie non drainée, si les téguments cutanés ont été méticuleusement occlus, la consolidation doit se faire sous un seul pansement et au besoin sans pansement. L'infection secondaire, plaie fermée, est bien rarement d'origine périphérique.

— Récupérer ses compresses, et, s'il a un personnel soigneux, les stériliser à nouveau à l'autoclave après plusieurs lavages.

— Utiliser le papier comme champ opératoire.

— Conseiller, comme logique, l'utilisation des produits de remplacement.

Le pansement au son, facile à réaliser dans l'état actuel de l'économie nationale, présente des avantages certains et, dans bien des cas, peut être substitué au coton hydrophile et à la gaze.

De Fourmestraux.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR INJECTION INTRA-VEINEUSE EN CLIENTÈLE

L'article du Professeur Vanverts, traitant de l'anesthésie générale en clientèle, m'avait à ce point enthousiasmé que je rédigeais aussitôt après sa lecture, une lettre de félicitations à son auteur pour le courage qu'il y manifestait. Car, au siècle de poursuites judiciaires où nous vivons, il fallait un cran peu ordinaire pour engager les praticiens à pratiquer de façon plus habituelle l'anesthésie générale au chevet des malades, des parturientes ou des blessés. Mais M. Vanverts doit développer ce chapitre dans un prochain article. Je laisse à sa plume, plus autorisée que la mienne, le soin de démontrer les torts des clients et des tribunaux, quand ils accablent ce médecin malheureux qui s'est permis une anesthésie générale sans le secours d'un confrère.

M. Pouliquen, dans le numéro du 9 mars 1941, nous expose, avec une foi que je partage, les avantages de l'anesthésie par injection intraveineuse.

Pour ma part, soit avec l'aide de mes confrères, soit seul, j'ai pratiqué plus de 500 anesthésies générales à l'Evipan, le produit français ne m'ayant pas donné satisfaction. Pas un incident n'est survenu. Je reste donc convaincu que, si elle était essayée prudemment par tous les médecins, ils en seraient enchantés. Au seuil de la salle d'opération, si la question était posée aux médecins en imminence d'intervention : préférez-vous la rachi ou l'injection d'Evipan, nous sommes assurés de leur réponse. Quelques-uns diraient peut être : ni l'une, ni l'autre. C'est qu'ils connaissent mal le problème.

Mais je désirerai insister surtout sur le côté pratique de l'anesthésie par voie endo-veineuse. L'on nous dit et l'on nous répète que toute narcose doit être faite avec l'aide d'un confrère. Le tarif des accidents du travail n'admet pas de rétribution au médecin qui s'est permis d'endormir son malade lui même, avant une petite intervention.

J'en appelle a tous les médecins de campagne, qui se trouvent à chaque instant dans des circonstances, telles que l'appel au confrère est absolument impossible, soit que la distance intervienne, soit que la nécessité d'anesthésier le patient s'impose de toute urgence. Il n'est alors pas question de réfléchir aux responsabilités qui vous menacent. C'est ici que l'Evipan est magnifique par la facilité et l'absence de dangers de sa pratique. Mais il faut agir avec prudence et se conformer aux prescriptions, que Pouliquen donne dans son article. Essayez et vous m'en donnerez des nouvelles.

Dr Loussot (Landivisiau-Finistère).



LES SULFAMIDES EN CHIRURGIE

La discussion, à l'Académie de chirurgie, sur la sulfamidothérapie des lésions traumatiques, s'est terminée par une importante mise au point bactériologique et clinique de M. Legroux, et par des conclusions pratiques de M. Lenormant, qui ont résumé, d'après les divers mémoires présentés, l'état actuel de la question. On se rappelle, d'ailleurs, que c'est sur l'initiative de M. Lenormant que la sulfamidothérapie avait été mise à l'ordre du jour de l'Académie de chirurgie.

***

Trois préparations, dit M. Legroux, ont été employées : le Prontosil ou son dérivé le Rubiazol, le Dagenan et le 1162 F.

Quelques chirurgiens ont pulvérisé le Dagenan, avec de bons résultats, à la surface des plaies. Rappelons que, dans les infections méningées, le solu-Dagenan ne doit pas être injecté dans la cavité rachidienne, la forte alcalinité de la solution pouvant provoquer de nouvelles lésions cytologiques.

Le produit le plus généralement utilisé, à la fois par voie buccale et localement, a été le 1162 F, de grande solubilité. On a pulvérisé sur les plaies entre 2 grammes et 15 grammes de ce médicament en une seule fois. M. Legroux ne pense pas que cette dose de 15 grammes puisse être considérée comme un maximum, surtout chez un blessé à lésions multiples. On peut aller notablement au-delà. C'est en répartissant sur toutes les plaies des doses suffisantes que l'on sera assuré des concentrations nécessaires à l'activité anti-bactérienne. Les grosses doses de 40 grammes ne peuvent, évidemment, être mises en œuvre qu'exceptionnellement ; elles seront réservées aux blessures multiples, importantes, qui seront opérées ultérieurement. Dans un péritoine, où l'absorption est rapide, une telle quantité ne doit pas être envisagée.

Le traitement local a souvent été suivi d'un traitement par voie buccale. Cette voie seule, toutefois, est insuffisante pour empêcher la pullulation microbienne sur la plaie avant le nettoyage chirurgical.

C'est surtout lors d'une administration répétée *per os*, ou après une pulvérisation de très fortes doses (30 à 40 grammes) que l'on doit surveiller les concentrations sanguine et urinaire en sulfamide avant de continuer le traitement chimique. La thérapeutique sulfamidée ne sauraitêtre uniformisé pour tous les malades. L'élimination est rapide chez l'enfant, ralentie chez l'homme âgé ou fatigué.

Les accidents imputables au sulfamide sont généralement nuls. On doit cependant surveiller le traitement et retenir l'asthénie des quelques jours qui suivent la cessation du traitement.

Pour juger de la sulfamidothérapie, il ne faut pas s'en tenir aux résultats des examens bactériologiques. La clinique, en la matière, conserve tous ses droits.

En résumé, il semble d'après les observations entendues, que le sulfamide à titre préventif ou curatif dans les plaies de guerre a fait ses preuves de début. C'est évidemment une thérapeutique d'attente ou complémentaire du traitement chirurgical mais elle offre un intérêt de premier ordre.

***

M. Lenormant, dans le résumé qu'il présente, n'envisage que les applications de la sulfamidothérapie aux lésions traumatiques, plaies de guerre ou accidents de la pratique civile, à l'exclusion des infections chirurgicales non traumatiques.

Suivant en cela le conseil donné par Legroux et Tréfouël, la plupart des chirurgiens aux armées ont employé, au moins pour le traitement local, le 1162 F. Quelques-uns ont eu recours à d'autres sulfamidés : rubiazol, dagenan.

La sulfamidothérapie peut s'effectuer dans les lésions traumatiques par deux méthodes : l'ingestion du médicament et son application dans le foyer traumatique. Il y a, le plus souvent, avantage à associer les deux moyens. Pour le traitement par ingestion, le 1162 F et le Dagenan ont été prescrits à peu près également et, semble-t-il, avec des résultats sensiblement analogues. Pour le traitement local, le 1162 F offre une certaine supériorité sur les autres sulfamidés. Il peut être employé en poudre, en crayons (dans les trajets anfractueux), en solution, injectable aussi dans les cavités naturelles, le tissu sous-arachnoïdien par ponction lombaire ou sous-occipitale, dans la plèvre et même les ventricules cérébraux. Le poudrage a été appliqué sur les plaies et aussi sur les viscères : poumon, foie, intestin, péritoine. M. Chaton réalise un « lavage tissulaire antiseptique » par les injections de rubiazol dans la plaie et l'aspiration (1).

(1) Voir *Concours Médical*, nº 5 du 2 février 1941.

Les indications des sulfamidés sont ici de deux ordres. Legroux a montré que les sulfamidés ne sont pas bactéricides mais bactériostatiques, arrêtant le développement du microbe et vieillissant celui-ci, pouvant agir à titre préventif et aussi thérapeutique. La sulfamidothérapie préventive, du moins en chirurgie de guerre, paraît la plus intéressante. L'impression est également favorable dans le traitement des infections traumatiques. Mais, un point primordial sur lequel tous les chirurgiens qui ont employé la sulfamidothérapie dans les lésions traumatiques de guerre ont insisté, c'est la nécessité d'associer toujours à la chimiothérapie le traitement chirurgical des plaies tel qu'il a été codifié au cours de la précédente guerre. Legroux l'a formellement déclaré dès ses premières communications : « seule, l'ablation chirurgicale des tissus meurtris peut éviter l'infection ; la chimiothérapie actuelle ne fait que venir en aide aux chirurgiens en suspendant l'infection des plaies ». Le sulfamide modifie la prolifération et la virulence du microbe, sans le tuer, et son action est assez lente. La sulfamidothérapie ne saurait dispenser en aucune façon de l'exérèse chirurgicale des tissus mortifiés, qui doit être pratiquée le plus tôt possible.

Et, M. Lenormant conclut : Tous ceux qui ont apporté à l'Académie de chirurgie les résultats de leur expérience de la chimiothérapie par les corps sulfamidés aux divers stades d'évolution des plaies ont émis sur cette méthode une opinion favorable, plus ou moins enthousiaste. Une seule voix, celle de MM. Sarroste et Faubert, a été discordante. « La sulfamidothérapie générale, disent-ils, ne paraît pas avoir d'action manifeste sur l'évolution des plaies de guerre ; quant à l'efficacité locale des sulfamidés, elle ne prend pas les caractères d'évidence et de constance qui permettent de l'assimiler à l'action héroïque de ces mêmes produits dans d'autres branches de la pathologie ». Mais il faut remarquer que l'expérience de ces auteurs n'a pas été très étendue. Ils n'ont traité, par exemple, que deux blessés par application locale de 1162 F, et encore, semble-t-il, avec des doses insuffisantes. Cette opinion négative ne peut suffire à contre-balancer les nombreuses autres opinions, positives.

Les conclusions à tirer de cet ensemble de communications ne sauraient être, il va sans dire, définitives. De nouvelles recherches seront nécessaires pour préciser les indications de la sulfamidothérapie, ses doses et sa technique, en pareils cas. Les premiers résultats enregistrés n'en sont pas moins impressionnants. S'il est peut-être exagéré, remarque M. Lenormant, de parler, comme certains, de « révolution » dans le traitement des plaies, si la chimiothérapie ne modifie en rien les indications chirurgicales de ce traitement et ne doit en aucun cas les faire négliger, il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue l'arme la plus puissante dont nous disposons actuellement pour prévenir et combattre l'infection traumatique. Elle représente le plus grand progrès réalisé depuis la dernière guerre dans ce chapitre particulier de thérapeutique chirurgicale.

P. Lacroix.

SÉRO-PROPHYLAXIE DE LA ROUGEOLE EN MILIEU FAMILIAL

Dans un récent article publié dans ces colonnes le 16 mars 1941, le Docteur Liège passe en revue les méthodes sériques et vaccinales de prophylaxie applicables aux maladies de l'enfance.

En ce qui concerne la rougeole, la prophylaxie par le sérum de convalescent est presque toujours possible, si l'on veut bien se souvenir que le sérum d'adultes (ayant eu la rougeole autrefois) est généralement d'une activité suffisante, comme l'a montré un de nos maîtres.

Dans une famille où la rougeole vient d'apparaître, il suffit de prendre dès le premier jour de l'éruption la décision d'utiliser le sang de la mère, dont on prélève quelques dizaines de centicubes par ponction veineuse.

Tantôt le sang maternel est aussitôt injecté aux enfants exposés (10 centicubes sous la peau de la fesse) ; tantôt le sérum, décanté après 18-24 heures de conservation au frais, est injecté à la dose de 3 à 5 centicubes, à condition qu'on ait réalisé l'asepsie dans ces manœuvres.

Les enfants, qui se trouvent en général au sixième ou au septième jour de l'incubation, ont toute chance de présenter quelques jours après, une rougeole atténuée, brève et sans complications.

M. Chevalley.

LES « ÉCLIPSES CÉRÉBRALES » AU COURS DES POUSSÉES HYPERTENSIVES

D'après le Professeur DONZELOT (1)

Voici l'intéressante observation d'un phénomène particulièrement impressionnant, parce qu'il atteint les centres nerveux. Il n'est, en réalité, qu'une modalité de ces crises vasculaires, fréquentes chez les hypertendus.

Un homme de 59 ans, comptable, présente une tension artérielle de 24-13. Depuis quelque temps, il est sujet à de violentes céphalées, s'accompagnant parfois de phénomènes, qui l'ont vivement impressionné et l'ont décidé à consulter. Et voici ce qu'il raconte.

Il y a quelques semaines, il prit le train pour aller passer la journée à la campagne. Il ne se sentait pas très bien et s'était assis près de la glace ouverte. Au premier arrêt, il voulut lire le nom de la station et constata avec une surprise angoissée qu'il était dans l'incapacité de lire le nom tout entier. Quelques instants plus tard, il pouvait déchiffrer péniblement son journal et, en débarquant du train, il lisait parfaitement le nom de la gare où il devait descendre.

Après avoir déjeuné, il se mit en devoir d'écrire une lettre à son frère. Il se souvient qu'il eut quelque peine à l'écrire, néanmoins, il la termina et la mit à la poste avant de regagner Paris. Le surlendemain, il vit arriver son frère qui, après s'être assuré qu'il avait tout son bon sens, lui confia les inquiétudes qu'il avait éprouvées à la lecture de sa lettre, et lui montra un papier sur lequel s'alignaient, en effet, des phrases complètement incohérentes, pleines de fautes d'orthographe et incompréhensibles.

Quelques jours plus tard, alors que tout semblait rentré dans l'ordre, il sortit de son bureau pour aller dîner au restaurant avec quelques amis. Comme il montait l'escalier, il déclara tout à coup : « Inutile, redescendons, tout est éteint au premier ! ». Les protestations de ses amis durent l'obliger à reconnaître, non sans effroi, qu'il était devenu subitement aveugle. Cette cécité complète dura plus d'un quart d'heure, et, en rentrant chez lui, il voyait encore très mal. Le lendemain, la vue était tout à fait normale.

Peu après, alors qu'il avait éprouvé dans la journée une sensation de brouillard épais devant les yeux, il jouait, le soir, au bridge, quand il déclara soudainement : « Tiens, un plomb qui vient de sauter ». Cette fois encore la cécité subite et complète se prolongea pendant plusieurs minutes.

Cet homme, qui toute sa vie a jonglé avec les chiffres, se trouve maintenant, par instants, surtout quand sa céphalée est violente, dans l'impossibilité de faire l'addition la plus simple.

Ses crises d'amnésie sont parfois telles, qu'il est, pendant quelques secondes, ou quelques minutes, dans l'incapacité de répondre aux questions qu'on lui pose sur les sujets, qu'il possède le mieux.

Enfin, si l'on ajoute à cela qu'il a présenté, au cours de ces derniers mois : de l'anarthrie passagère ; de la surdité paroxystique, ordinairement précédée de violents bourdonnements d'oreilles ; des absences plus ou moins prolongées ; une crise légère de type jacksonien avec monoplégie brachiale transitoire, etc..., il n'est pas exagéré de dire que cet hypertendu a fait à peu près toute la gamme de ce qu'il a paru légitime d'appeler, en raison de leurs caractères essentiels, des «*éclipses cérébrales* ».

Pareilles manifestations cérébrales ont pu être notées chez d'autres hypertendus, mais elles étaient, en général, beaucoup moins variées que dans le cas précédent. Habituellement, en effet, c'est presque toujours le même territoire cérébral, qui est en cause. Si bien qu'alors tel hypertendu fait plus volontiers de l'amaurose, tel autre de l'amnésie ou une monoplégie, etc...

***

Examinons maintenant LES BASES D'UN TRAITEMENT RATIONNEL.

Un fait frappe immédiatement : ces brusques déficits fonctionnels correspondent par leur nette délimitation à la topographie vasculaire cérébrale et appellent, par leur *apparition soudaine et leur caractère transitoire*, l'idée d'une *ischémie certaine* et d'un *spasme artériel probable*.

Or, il résulte de l'observation clinique et expérimentale, que les spasmes vasculaires d'une manière générale, et les éclipses cérébrales en particulier, marchent de pair avec les brusques poussées d'hypertension artérielle. Celles-ci peuvent être déclenchées par des réflexes d'origine sanguine, humorale, ou par des réflexes nerveux, suites d'émotions, de fatigue, du froid, et même d'altérations artérielles.

Ces constatations ont un intérêt pratique, car elles montrent que le traitement doit être avant tout dirigé *contre les paroxysmes hypertensifs*.

(1) *La Presse médicale.* 4 Janvier 1941.

♦♦♦♦

Le *traitement médical* comporte la mise en œuvre de médicaments :

vaso-dilatateurs : nitrites organiques, nitrite de soude, acétylcholine seule ou associée à l'yohimbine, benzoate de benzyle, etc. ;

modérateurs du système nerveux : barbituriques, papavérine, valériane, etc. ;

modificateurs et réducteurs du milieu sanguin : iode, extraits organiques (pancréas) ; saignées, ventouses scarifiées. Le gaz carbonique présente une certaine efficacité, d'où l'intérêt de ce genre de cure thermale.

Quant au *traitement chirurgical*, il ne peut être légitimé par les seules éclipses cérébrales, mais par des accidents associés et plus directement menaçants. D'ailleurs, sur celles-ci, ses résultats sont les plus francs ; il est fréquent, en effet, sinon constant, de constater une diminution des poussées hypertensives à la suite des interventions, qui agissent directement (surrénalectomie) ou indirectement (splanchnicectomie, extirpations du ganglion aortico-rénal) sur le fonctionnement du système chromaffine. Une action peut être tentée aussi sur l'action du système neuro-végétatif par l'infiltration et surtout les sections nerveuses sous- et sus-diaphragmatiques.

En ce qui concerne le fond même du syndrome, c'est-à-dire l'hypertension permanente, les résultats sont objectivement modestes. Les chiffres de tension artérielle remontent, quelques jours, quelques semaines ou mois après l'opération, à un niveau assez voisin du niveau primitif. C'est du moins le cas pour la tension moyenne, qui constitue et de beaucoup, le meilleur critérium.

G. Fischer.

ACCIDENTS VACCINAUX

Dans son rapport sur les vaccinations et revaccinations anti-varioliques, en France, pendant l'année 1939, M. Lereboullet mentionne quelques accidents post-vaccinaux graves, signalés à l'Académie de médecine. Ces accidents, malgré leur caractère tout à fait exceptionnel, offrent néanmoins un grand intérêt et soulèvent des problèmes à la fois pathogéniques et cliniques.

Certains des accidents en question paraissent, en raison de leur précocité, difficilement imputables à la vaccination. C'est ainsi que, dans le Loir-et-Cher, un enfant de quatre mois et demi, qui avait été en contact avec des rougeoleux, succomba deux jours après la vaccination. Dans le Jura, un nourrisson succomba également, quarante-huit heures après la vaccination, avec des signes de méningite. En Saône-et-Loire, un enfant de dix mois mourut de broncho-pneumonie neuf jours après une inoculation vaccinale, la réaction à cette dernière ayant été normale. Pour ces faits, on ne peut guère invoquer qu'une relation de coïncidence.

On a eu à déplorer, en 1939, quelques cas d'encéphalite post-vaccinale, une vaccine généralisée, et plusieurs vaccines ulcéreuses.

Un enfant de dix mois, ayant fait une éruption vaccinale régulière, fut pris, dix jours après l'inoculation, d'une hyperthermie élevée sans autres signes cliniques apparents ; terminaison fatale le surlendemain dans des convulsions. Dans un département de l'Est, un enfant présenta, au septième jour d'une vaccination normale, une température à 40°, de la dilatation pupillaire, des convulsions qui entraînèrent la mort en vingt-quatre heures. Dans tous ces cas *mortels, l'enquête montra qu'on* ne pouvait mettre en cause ni la qualité du vaccin, ni la technique de la vaccination.

A l'hôpital d'Epinal, plusieurs petits réfugiés espagnols, vaccinés dans les Pyrénées-Orientales à leur entrée en France, ont été atteints au lieu d'inoculation (à la cuisse) de lésions ulcéreuses à tendance phlegmoneuse, avec suppuration prolongée. Chez trois d'entre eux, la vaccine ulcéreuse s'est accompagnée de signes de méningite (une fois) et de phénomènes broncho-pulmonaires (deux fois). Le mauvais état général de ces enfants doit être considéré comme étant la cause de l'évolution anormale de la vaccine. D'ailleurs, les trois cas se terminèrent par la guérison.

A plusieurs reprises déjà, l'Académie de médecine a appelé l'attention des médecins vaccinateurs sur la grande activité spécifique des préparations vaccinales mises actuellement à leur disposition et sur l'inconvénient des inoculations trop étendues et trop nombreuses. L'activité spécifique élevée des pulpes glycérinées délivrées par les Instituts vaccinogènes est une condition indispensable pour leur conservation quelque peu durable à la température ordinaire. Les praticiens doivent tenir compte de cette particularité. Les inoculations trop larges et trop nombreuses, peuvent donner lieu à des réactions locales et générales intenses et sans intérêt pour la valeur de l'immunité. Pour une primo-vaccination, deux scarifications superficielles de un millimètre au plus de longueur et bien distantes, à la partie supérieure des bras de préférence, sont suffisantes.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Conception actuelle des dysménorrhées et de leur traitement

La dysménorrhée est un symptôme d'une extrême fréquence, si on y inclut les douleurs légères ; près de la moitié des citadines souffrent peu ou prou dans les heures qui précèdent l'écoulement menstruel ou celles qui en suivent le début ; et parmi ces malades, 6 à 8 % sont obligées de garder la chambre ou le lit. Un tiers environ souffrent de dysménorrhées primaires, c'est-à-dire apparues dès la puberté, deux tiers sont des dysménorrhées secondaires, apparues plus ou moins tôt ou tard au cours de la vie génitale.

Dans toute dysménorrhée, précisent le Professeur P. MOCQUOT et R. PALMER, nous avons à déterminer : 1° l'existence d'une lésion ou malformation locale ; 2° la nature du terrain et l'état général ; 3° les phénomènes d'ordre physio-pathologique expliquant le caractère menstruel de la crise douloureuse.

Dans plus de la moitié des cas de dysménorrhée primaire, l'examen ne permet pas d'affirmer l'existence d'une lésion ou d'une malformation locale (hypoplasie génitale, rétroversion), ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existe pas. Au contraire, dans les dysménorrhées secondaires, d'apparence tardive, presque toujours on trouve une lésion locale cliniquement décelable. Ces lésions relèvent le plus souvent d'une infection génitale atténuée : sténoses cicatricielles, rétroversion utérine, ovarite scléro-kystique. Les endométriomes sont aussi une cause assez fréquente de dysménorrhée secondaire grave et progressive. Enfin, une plexite sympathique peut résulter de l'association de troubles vésicaux ou côliques.

L'importance majeure du terrain apparaît de plus en plus ; pour la plus grande majorité, entrent en jeu l'infantilisme avec hypoplasie génitale et surtout le terrain asthénique. Au point de vue endocrinien, on a parfois noté des signes, qu'on peut rattacher à un léger déficit thyroïdien (frilosité, lenteur des réactions) ou surrénal (fatigabilité, hypotension artérielle) ; en outre, de nombreux enregistrements du tonus utérin ont montré combien la contractilité utérine était parfois influencée par l'état psychique, et notamment par la peur ou la contrariété.

Quant au mécanisme de la crise douloureuse, on est porté à incriminer la perception douloureuse de contractions utérines menstruelles normalement très amples, par suite d'une hypersensibilité anormale due au terrain général (asthénique) ou à l'état local (hyperplasie, infection, etc.).

La thérapeutique, pour être rationnelle, devra tenir compte de tous ces facteurs.

Médicalement, dans les hypoplasies, à l'hygiène et au traitement général, on associe avec quelque succès les injections de benzoate d'œstradiol (5 milligr. par semaine pendant deux mois) et les ondes courtes. Dans les métrites, la diathermie, complétée par la vaccination ou la chimiothérapie, au besoin par une électro-coagulation, procure en général la guérison rapide des dysménorrhées secondaires. En présence d'une rétroversion, il convient de faire d'abord la réduction et l'épreuve du pessaire ; puis on opère. Les endométriomes doivent toujours être enlevés par un technicien aussi conservateur que possible ; en cas de récidive, réaliser la castration radiothérapique.

Nous ne dirons rien, qui ne soit connu, sur le traitement du terrain infantile ou asthénique. Quant à la thérapeutique palliative de la crise douloureuse, mentionnons surtout le gardénal. Pour agir sur le spasme de l'isthme et l'hypercontractilité utérine, nous possédons aujourd'hui un moyen efficace : le progestérone, hormone du corps jaune, à injecter suivant les cas à la dose de 2 à 5 milligr. tous les jours ou tous les deux jours, deux à cinq jours avant la date présumée de la crise.

Enfin, si le traitement médical échoue, la chirurgie permettra presque toujours d'obtenir sans mutilation la guérison d'une dysménorrhée, même rebelle.

Localement, contre les sténoses cicatricielles, la dilatation prudente avec les bougies de Douay est préférable à la dilatation par les laminaires ; on les laisse en place au maximum douze heures ; s'en abstenir s'il y a eu la moindre manifestation inflammatoire du côté des annexes. Les récidives sont fréquentes ; le mieux est alors de pratiquer l'amputation conoïde du col. Quand on est amené à faire un redressement chirurgical d'une rétroversion invétérée, il est bon d'y associer la résection du nerf présacré.

Cependant les dysménorrhées rebelles justifient une laparotomie exploratrice par incision sus-pubienne ; celle-ci permet de découvrir parfois des lésions importantes, soit de l'utérus, soit de l'ovaire, quelquefois des organes voisins (appendicite pelvienne), et de les traiter. Comme précédemment, on y ajoute la résection du nerf présacré ; on sectionne ainsi les nerfs de la sensibilité douloureuse et les nerfs vaso-moteurs de l'utérus. (*Le Progrès médical*, 4 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Les vitamines dans les aliments conservés (lait excepté) par des procédés autres que le froid

(M. Charles Richet ; 21-1-1941)

La question des vitamines et des conserves alimentaires, que nous avions envisagée sommairement dans un récent article, a été longuement étudiée à l'Académie de médecine, par M. Charles Richet et par M. Martel. Le rapport de M. Richet concerne les aliments conservés par des procédés autres que le froid.

On a vécu longtemps sur la notion que les vitamines étaient thermolabiles, c'est-à-dire disparaissaient sous l'influence de la chaleur. Or, il est démontré à l'heure actuelle que les vitamines sont au contraire thermostabiles, dans certaines conditions *du moins. Lorsque ces conditions sont remplies*, les vitamines ne sont pas détruites par l'élévation thermique utilisée pour la préparation des conserves. En réalité, la vraie cause de la destruction de la vitamine C par exemple, c'est l'oxydation, due soit à l'oxygène dissous dans l'aliment lui-même, soit à l'oxygène de l'atmosphère qui entoure l'aliment. L'oxydation est facilitée par la présence des oxydases naturelles et de certains sels ou produits agissant comme catalyseurs.

Il y a lieu de distinguer, à ce point de vue, les conserves industrielles et les conserves ménagères. Les conserves industrielles préparées dans de bonnes conditions et avec les soins convenables gardent sensiblement la même quantité de vitamines A, D, E, B, que les aliments frais. Même la vitamine C, la plus fragile du groupe, n'est que peu modifiée, la diminution de l'acide ascorbique variant alors entre 5 et 40 pour 100. Les expériences sur ce sujet ont été faites avec des conserves en boites de dates variables, quelques-unes assez anciennes cependant pour permettre de penser qu'il y a, dans ces conserves, persistance des vitamines pendant deux et même trois ans, peut-être davantage.

Les conserves ménagères, de légumes et de fruits, ne laissent pas une intégrité aussi grande des vitamines, de la vitamine C surtout : l'acide ascorbique. par exemple, y présente une perte de l'ordre de 50 à 80 p. 100.

Les légumes ou fruits stockés (sauf le citron) abandonnent un pourcentage assez important de leur acide ascorbique et de leur vitamine A. Les vitamines B^1 et B^2 ne semblent que peu réduites, Le beurre conservé garderait une partie de ses vitamines A et D. Les conclusions, toutefois, pour le beurre conservé et les fruits et légumes stockés, s'appuient sur trop peu de données encore et ne sont que provisoires.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

L'intoxication par le chlorure de méthyle employé comme frigorifique

(MM. Duvoir et M. Gaultier ; 15-11-1940)

Le chlorure de méthyle est susceptible de provoquer des accidents toxiques, surtout d'ordre nerveux, le plus souvent bénins, mais parfois mortels. De telles intoxications sont assez fréquentes chez les ouvriers qui fabriquent ou réparent les frigorifiques au chlorure de methyle ; elles ont été surtout signalées et étudiées aux Etats-Unis, où l'industrie du froid a pris une grande extension au cours de ces dernières années.

Les frigidaires réservés à l'usage domestique ne provoquent guère d'accidents en raison de leurs faibles dimensions. Déjà plus importants, les appareils utilisés dans le commerce de l'alimentation exposent à l'intoxication les ouvriers qui en réparent les fuites. Enfin, beaucoup plus dangereux s'avèrent les appareils à tour unique et à distributeurs multiples avec canalisation étendue, employés pour des immeubles entiers aux Etats-Unis.

On peut distinguer :

1° Une forme légère, caractérisée par un état ébrieux avec vertiges, troubles visuels et incertitude des mouvements et de la marche.

2° Une forme moyenne, où existe pendant plusieurs heures un état confusionnel, accompagné de douleurs abdominales et de vomissements. Puis survient un sommeil profond, qui dure plusieurs jours et auquel fait suite, pendant également plusieurs jours, un état ébrieux. La guérison survient sans séquelles.

3° Une forme grave caractérisée, après une période latente, par un coma profond, avec convulsions et mort le quatrième jour.

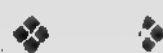
De plus, on a signalé une anémie hémolytique modérée, et des modifications urinaires importantes : oligurie avec albuminurie dans la moitié des cas, cylindrurie et hématurie, acétonurie.

Jusqu'ici le traitement s'est borné à l'emploi de tonicardiaques, de sédatifs nerveux, à l'exclusion du chloral et du chloroforme ; peut-être serait-il bon de recourir à l'adrénaline et au glutathion, comme pour le bromure de méthyle.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité



ORDRE OU CORPORATION

Nous ne voulons pas reprendre ici ce que nous avons écrit, au nom du Comité sanitaire de la région parisienne, sur la Corporation professionnelle.

Le Docteur Ph. Dally en a d'ailleurs excellemment parlé dans ce journal. Disons simplement les conclusions auxquelles nous étions arrivé :

« La Corporation professionnelle comprend donc en principe :

1° Un organe législatif, le Conseil corporatif ;

2° Un organe exécutif : le Prévôt et son Conseil ;

3° Un organe de juridiction professionnelle : le Conseil de l'Ordre ;

4° Un organe financier : le Conseil de Régence du patrimoine.

Et ceci à tous les degrés : départemental, régional et national. »

Nous voudrions cependant ajouter un mot d'explication. Tout d'abord, sait-on que *la Corporation est de naissance française* ? Elle a été créée en effet officiellement en 1060 et constituait une véritable république professionnelle. Ce ne sont pas les abus qui ont fait décréter la disparition des Corporations, mais une question de pure politique. Si nous avions gardé, dans notre projet le terme de Prévot, c'est parce que le titre de prévôt des chirurgiens avait déjà existé. On a préféré l'Ordre avec son président. Acceptons les mots, voyons-en le sens.

Or, il semble bien que la loi ait voulu donner à l'Ordre toutes les prérogatives de la Corporation : « Institution de droit public et personne morale possédant des moyens d'existence indépendants et permanents, elle édicte les règles du métier, jouit de la possession d'un patrimoine destiné à assumer ses devoirs et ses charges dans la Société, et assure la représentation des droits et des intérêts du métier devant l'Etat ». « Le régime corporatif confie à la corporation la prévoyance, l'assistance et l'assurance sociales ». « C'est l'assurance, pour chacun de ses membres, d'une retraite de vieillesse et d'une pension en cas d'accidents survenus au cours du travail. »

Si l'on veut comprendre pourquoi le terme « Ordre » a été choisi, il faut voir ce qui s'est passé chez les Avocats.

Dès l'époque d'Ulpien (170-228), assesseur de Papinien dans la Préfecture du Prétoire, les avocats constituaient une corporation (*collegium*) ou un ordre (*ordo*). Ils exerçaient une profession libérale et recevaient comme salaire des honoraires (*honorarium*). Ces coutumes furent introduites en Gaule et y subsistèrent jusqu'à la Révolution lorsque l'Assemblée constituante, où siégeaient cependant 183 avocats, vota en hâte, et par pure politique comme nous l'avons dit, la loi Le Chapelier (jeune avocat arriviste de Rennes), 14-17 juin 1791, qui supprima du même coup l'Ordre des Avocats et toutes les Corporations.

Les avocats furent alors remplacés par des défenseurs officieux jusqu'à ce que le titre d'avocat fût rétabli par la loi du 22 ventôse, an XII et l'Ordre — avec obligation de l'inscription au tableau — recréé par le décret napoléonien du 14 décembre 1810.

Car il ne faut pas s'y tromper, les corporations ont toujours cherché à revivre : en 1812, proposition de Regnault de Saint-Jean-d'Angély pour le rétablissement des corporations que demandaient les ouvriers, réorganisation du vieux compagnonnage, octroi par Louis-Philippe en 1834, aux groupements professionnels de la faculté de se former, mais avec nécessité de l'autorisation gouvernementale si l'association comprenait plus de dix membres, en 1879 création des premiers syndicats, simples souvenirs des anciennes corporations, enfin lois de 1884 et 1901. Le syndicat, non obligatoire, non armé, non incorporé était une fausse corporation.

Actuellement, nous avons l'Ordre des médecins. Voltaire a écrit, parlant du Barreau : « Ce fut vers ce temps-là que les Avocats prirent le titre d'Ordre ; ils trouvèrent le terme de corps trop commun ; ils répétèrent si souvent l'Ordre des Avocats que le public s'y accoutuma, quoiqu'ils ne soient ni un Ordre de l'Etat, ni un Ordre militaire, ni un Ordre religieux et que ce mot fût absolument étranger à leur profession. »

Ce ne sont certainement pas ces considérations qui ont dicté la décision de la création de l'Ordre des médecins. Il faut donc chercher ailleurs.

Or, qui fut chargé, comme président d'une Commission officieuse composée des Docteurs Fèvre, chirurgien des hôpitaux de Paris et Hollier, actuellement membres du Conseil supérieur de l'Ordre ; Beau, radiologiste des hôpitaux de Paris ; Bidegaray, devenus membres du Conseil départemental de la Seine et de notre ami Boelle (que tous ont regretté de ne pas voir désigné pour un des Conseils) d'élaborer le projet de la réorganisation du Corps médical ?

Le Docteur Grenet, médecin des hôpitaux de Paris, ultérieurement nommé vice-président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Et nous allons trouver le mot de l'énigme dans son livre « Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose » (1).

Voici, en effet, ce qu'il écrit : « On confond trop souvent Ordre et Juridiction : l'*Ordre doit être l'organisme corporatif tout entier*, la juridiction étant dévolue au Conseil de l'Ordre. Certaines critiques adressées au principe même de l'Ordre ne tiennent pas compte de cette distinction et n'envisagent que les pouvoirs disciplinaires. » « Tout en gardant son caractère personnel, la médecine doit donc être organisée : il importe, en effet, que certaines règles, d'*ordre moral* sur tout, soient édictées, et que l'application en soit imposée. Seule permettra d'atteindre ce but la constitution d'une Corporation, ou plutôt d'un Ordre (l'*Ordre est la corporation limitée aux professions libérales*) ».

Et plus loin : « Il est bon, à mon avis, que la Corporation ou l'Ordre ait une liberté et une autonomie assez grandes : car on peut avoir, comme le dit E. Gilson (2) à se défendre contre l'Etat. »

« Si des lois, après mûr examen, s'avèrent injustes ou immorales, ne sera-t-il pas bon que l'Ordre tout entier, sur l'initiative ou sous la direction de son Conseil, puisse se dresser, même contre l'Etat ? Il me paraît donc essentiel que la Corporation médicale demeure assez largement indépendante de l'Etat : non pas que j'estime bon qu'elle se mette en révolte contre lui (ce qui ne serait légitime que dans ces cas tout à fait exceptionnels) mais il serait nécessaire que, conformément à l'opinion de tous ceux qui se sont occupés de ces questions, l'initiative des lois susceptibles de modifier les conditions d'exercice de la médecine appartînt à l'Ordre corporatif, et que de telles lois ne fussent jamais promulguées, sans l'avis de l'Ordre, avis qui pourrait se formuler, le cas échéant, en un veto formel.

« Ainsi l'Ordre des médecins interviendrait de très près dans l'*élaboration des lois relatives à l'exercice de la médecine*.

Mais il aurait aussi à se préoccuper, — et ce serait peut-être son rôle le plus important — du *relèvement de la moralité professionnelle*. »

. . . .

« Une Corporation médicale aurait aussi à organiser un service de renseignements ; et je ne verrais pour ma part aucun inconvénient à ce que, documenté sur les besoins de la profession, le Conseil pût la réglementer, et *limiter le nombre des médecins en cas de pléthore*.

« Il est bien certain qu'une telle organisation ne saurait être complètement centralisée, et qu'elle devrait être *régionale*, les régions étant reliées à un Conseil central, à une sorte de *Conseil supérieur* (1).

« Ce sont là, certes, des questions qui méritent d'être étudiées de très près. Mais, s'il convient, à mon avis, de maintenir la médecine personnelle avec toute sa liberté dans l'action professionnelle, il n'y a rien qui empêche la promulgation de règles assez strictes, réunies dans un *Code de déontologie* (1). Elles fixeraient les rapports des médecins entre eux, avec les malades et avec les collectivités, et surtout elles nous protègeraient contre les médecins indignes, et d'une manière générale contre tous ceux qui manquent à l'honneur. »

Or, que dit la Loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins :

ART. 4. — Le *Conseil supérieur* de l'Ordre des médecins se réunit au moins une fois par trimestre. *Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre.*

Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

Il a la garde de son honneur, de sa morale, de ses intérêts.

Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ses buts.

...Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

Il est l'interprète des médecins auprès des Pouvoirs publics.

. . . .

ART. 17. — Les Syndicats de médecins existants à ce jour sont déclarés dissous. *Leur patrimoine sera dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite* qui seront créés dans chaque département par les Conseils de l'Ordre après avis du Conseil supérieur, *au bénéfice des médecins et de leur famille.*

. . . .

L'Ordre des médecins est donc bien la Corporation médicale telle que la comprend le Docteur Grenet et cet article 17 d'ordre financier, correspond bien au reproche que le secrétaire général à la Famille et à la Santé, le Docteur Huard lui-même, chirurgien des hôpitaux de Paris avait adressé devant nous au Corps médical de n'avoir pas su organiser la Retraite pour *tous* les médecins et l'assistance en cas d'accidents.

Cette Retraite, cette Assistance seront donc organisées par l'Ordre des médecins, et ce, nous est une nouvelle très agréable, à nous qui, depuis 20 ans, luttons pour ces réalisations.

Dr Georges BOYÉ.

(1) Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe), 1939.

(2) E. GILSON. — Corporation médicale et Ordre social chrétien. *Cahiers Laënnec*, 2e année, n° 1, janvier 1936, p. 1.

(1) Soulignés par nous.

SUR L'INTERDICTION DES CABINETS MULTIPLES

Voilà une épineuse question ! Et vaste ! Ne se rattache-t-elle pas au problème de la répartition des médecins sur le territoire national ; à celui des nécessités de travail pour les jeunes ; à celui du respect des droits légitimement acquis ? Certes, elle n'est pas nouvelle. Au temps des Syndicats, elle a déjà fait couler beaucoup d'encre, mais elle n'a jamais été complètement résolue. Il suffisait, en effet, au médecin, à qui le Syndicat voulait imposer la cessation de l'exercice en plusieurs cabinets, de démissionner, pour devenir, *ipso facto*, invulnérable.

L'Ordre tient de la loi des pouvoirs plus fermes que ceux que les syndiqués avaient contractuellement donnés à leurs dirigeants. De plus, l'Ordre régit tous les médecins. Ceux-ci n'ont plus qu'à se soumettre à ses décisions, sans jouir, comme autrefois, de la faculté de se démettre, en cas de gêne. La question des cabinets multiples peut donc, maintenant, si tel est le désir de l'Ordre, recevoir solution.

Dans quelles dispositions est l'Ordre ? Il n'a pu encore prendre officiellement position, puisque le Code de Déontologie tant attendu ,n'est pas publié. Mais officieusement, notamment par l'organe des Conseils départementaux, on a pu savoir que la tendance générale était hostile aux cabinets multiples. Immédiatement, on s'est ému, et d'autant plus que le problème se posait de façon brutale, à propos de l'inscription au tableau.

Certains ayant cabinet dans plusieurs départements, se demandaient s'ils devaient solliciter leur inscription au tableau de chaque département ; plusieurs voyaient leur admission subordonnée à l'abandon préalable d'un des cabinets exploités par eux dans le ressort du même département ; à d'autres enfin, le Conseil départemental faisait toutes réserves sur la continuation de l'exercice d'une spécialité, plusieurs fois par semaine, dans une ville distincte du lieu de leur installation principale. Dans la majorité des cas, les intéressés étaient des spécialistes. L'un d'eux a, d'ailleurs, délibérément attaché le grelot en écrivant au Secrétaire général de la Santé publique, une lettre dont la substance a été reproduite dans un de nos derniers numéros. Sa publication nous a valu un volumineux courrier dont nous publierons de longs extraits.

Puisque rien de définitif ne paraît avoir encore été arrêté, étudions le problème sous ses divers aspects, et sous l'angle pratique, afin d'aider, dans la mesure de nos moyens, à écarter les décisions insuffisamment mûries et à obtenir des mesures équitables. Nous serons par ailleurs, reconnaissants à nos lecteurs, de nous adresser leurs observations dans un sens ou dans l'autre.

Posons, tout d'abord, la distinction entre omnipraticiens et spécialistes. Le cabinet multiple est, en effet, plus difficile à défendre chez ceux-là que chez ceux-ci. Trop souvent, il ne se justifie pas par la commodité des malades. Il forme au contraire obstacle à l'installation d'un nouveau médecin qui, s'il était seul, pourrait vivre dans un noyau de clientèle suffisant, mais qui ne peut lutter contre la concurrence faite par le confrère pourvu d'un autre cabinet et, par cela même, de moyens d'existence lui permettant de « tenir » le temps nécessaire à l'essoufflement du nouveau. La suppression des cabinets multiples en ce domaine peut donc être un excellent moyen de remédier à la pléthore médicale. Par ailleurs, le discrédit qui frappe le cabinet à jour fixe ou certaines tournées médicales est peut être une résonance lointaine des réactions qu'ont suscitées les procédés des anciens charlatans de foires et assemblées... Ne parle-t-on pas de médecine foraine ? Néanmoins, il serait regrettable, à notre sens, de condamner en bloc tous les cabinets multiples d'omnipraticiens. Les conditions d'exercice de la médecine varient selon les régions : inutile ou même nuisible en tel département, la pluralité de cabinets peut rendre à la population de grands services, dans tel autre. Formulons donc l'espoir que le Conseil supérieur de l'Ordre laisse à chaque Conseil départemental une assez grande liberté d'appréciation de chaque cas particulier, sans renoncer pour cela à exercer son droit de contrôle, afin d'éviter les abus pouvant résulter du jeu d'intérêts particuliers.

Prudence et sens de l'opportunité vis-à-vis des omnipraticiens. Mais, prudence encore plus grande en ce qui concerne les spécialistes ! (Nous laissons entièrement de côté la question de la qualification des spécialistes, qui est un autre problème, lié fréquemment à la pluralité de cabinets par les Conseils départementaux pour l'admission au tableau).

Plusieurs situations sont à envisager : celle des médecins dont le traitement original de certaines affections constitue à lui seul une véritable spécialité et qui ont double ou multiple établissement. (Nous ne parlons évidemment pas des traitements charlatanesques, mis à l'index à si juste titre) ; celle des spécialistes qui, dans les

grandes villes et notamment à Paris, possèdent à la fois cabinet de consultations pour clientèle aisée, et clinique pour petits payants ; celle enfin, fréquente chez les chirurgiens de province, de ceux qui ont une installation principale dans une ville de grande ou moyenne importance et une autre, accessoire, dans une moindre agglomération située dans le périmètre normalement réservé à une activité de ce genre ; cette installation étant faite pour éviter à la clientèle des déplacements coûteux ou même dangereux.

L'Ordre décidera-t-il l'interdiction absolue de tous les cabinets secondaires sans avoir égard aux situations particulières ? Nous ne sommes pas compétents pour apprécier les motifs d'ordre purement médical qui le détermineront à telle mesure ou à telle autre. Mais au point de vue de l'intérêt public comme à celui de l'économie de la profession, qu'il nous soit permis quelques remarques. Le rôle de l'Ordre n'est-il pas d'assurer le respect des lois et règlements, et la sauvegarde de l'honneur et des intérêts du Corps médical ?

L'utilité publique veut que les soins soient dispensés aussi largement que possible aux populations. N'y aura-t-il pas inconvénient, par des suppressions hâtives de postes, à contraindre les habitants d'une grande partie du territoire national à des dépenses, à des fatigues, à des risques inconnus d'eux jusqu'alors, pour approcher le médecin ? (Cette observation est d'ailleurs valable pour le cas de l'omnipraticien tout aussi bien que pour celui du spécialiste.) Le moment serait en tous cas mal choisi : les transports ferroviaires ou automobiles, sont-ils donc aujourd'hui si aisés ? A propos du décret du 20 mai — pourtant si utile, mais qui constitue un obstacle indéniable à l'installation de nouveaux médecins ou même, selon les errements de certains Conseils départementaux, à la suppléance de ceux momentanément absents —il nous a été signalé que dans certaines régions particulièrement déshéritées, la difficulté de faire venir ou d'aller voir le médecin provoquait une désaffection, un ressentiment même vis-à-vis du Corps médical, soupçonné de ne songer qu'à protéger les fiefs médicaux sans souci de la commodité des malades. Qu'attendre alors de la fermeture de nombreux cabinets de spécialistes ? L'intérêt moral du Corps médical paraît étroitement lié à cette question. Nous savons que l'Ordre envisagerait de remplacer à bref délai le spécialiste ambulant par un confrère sédentaire. Mais si celui-ci ne trouve pas, dans ce maigre poste, de quoi vivre ?

Ceci nous amène au côté économique de la question. Où sera le bénéfice pour le Corps médical de supprimer un poste secondaire là où un poste principal ne pourra « nourrir son homme » ? L'Ordre subventionnera-t-il le jeune médecin ? Par quels moyens ?

Une formule absolue et sans nuances ne peut donc être une solution parfaite. Le Conseil supérieur semble d'ailleurs l'avoir admis puisque, si nous sommes bien informés, il a distingué le cas des omnipraticiens de celui des spécialistes, laissant en ce qui concerne ces derniers, à chaque Conseil départemental, une assez grande latitude.

Admettons néanmoins, par hypothèse, que sans être systématique, la suppression de certains cabinets multiples soit décidée. De quelle manière procéder, pour respecter les droits légitimement acquis par les médecins que l'on « expropriera... ? »

Différer l'application de la mesure jusqu'à la cessation d'exercice des titulaires actuels ? Ce serait trop retarder, nous semble-t-il, l'administration du remède à un mal qui, s'il existe effectivement, — c'est l'hypothèse — doit cesser sans délai.

Attendre au moins la cessation des hostilités et des conditions de vie moins instables, pour une réforme de cette importance et qui risque de frapper même des absents ? Certains penseront que ce serait sage et humain.

En tous cas, ce que l'équité ne peut admettre, — quel que soit le délai d'application des mesures prises — c'est que le titulaire actuel du poste supprimé, soit contraint de « l'abandonner », pour employer une expression communément répandue. Cet « abandon » sans indemnité serait une spoliation pure et simple. Pour l'installation de ces cabinets, des capitaux importants ont été investis, de lourds sacrifices consentis. Sous quel prétexte frustrer les médecins de la contre-valeur de ce qu'on les force à répudier ? Une expropriation pour cause d'utilité publique s'accompagne toujours d'une indemnité.

— La cession des clientèles médicales est prohibée, nous objectera-t-on. Impossible pour l'Ordre, organisme officiel, de reconnaître la valeur marchande de ces cabinets, et d'en codifier, par cette voie, la mutation.

Objection d'un pharisaïsme désuet, et qui ne soutient pas la discussion, depuis que le décret-loi du 20 mai 1940, en limitant expressément la création ou l'extension de tout cabinet médical, a institué une véritable prime à l'achat d'une clientèle ; depuis que la loi fiscale du 13 janvier 1941, en frappant « les indemnités reçues en contrepartie du transfert d'une clientèle » a donné par le fait même à ce transfert le lustre d'une reconnaissance légale. Aucune raison sérieuse par conséquent, pour écarter le principe de l'indemnisation.

Dans nombre de cas, la solution la plus simple sera le rachat du poste par un jeune médecin, sous

forme de conventions librement et directement débattues avec son confrère.

Mais ce procédé ne pourra être employé de façon constante, chaque jeune candidat ne pouvant nécessairement disposer de moyens financiers suffisants.

L'Ordre pourrait alors arrêter le montant et la cadence des annuités que le jeune confrère aurait à verser à son prédécesseur, compte tenu des revenus qu'il tirerait du cabinet. L'Ordre aurait à fixer le chiffre, à surveiller les paiements, et même à user des moyens disciplinaires dont il dispose, pour assurer, à ce sujet, la correction des rapports entre les deux confrères : il ne devrait pas se décharger de ce soin, sous prétexte qu'il s'agirait de questions purement pécuniaires et de droit privé. Les cessions devant être faites sur son injonction et dans un but d'intérêt professionnel, c'est à lui de veiller à l'achèvement parfait des réformes décidées.

Mais si le poste en question est tellement peu important qu'il ne peut nourrir le titulaire actuel ? Répétons-nous : pourquoi alors le supprimer ?

Si cependant, on veut en faire une question de principe, alors encore, aucune raison de spolier, même de peu de choses, le médecin qui s'en va. La fermeture du cabinet profitera certainement à quelqu'un : selon les cas, aux confrères exerçant dans la même ville, ou dans les localités voisines. Il appartiendra alors à l'Ordre de fixer et répartir entre les médecins intéressés la charge du paiement de l'indemnité, soit en une fois, soit par annuités. Autrement dit, on « éteindra » le poste, comme chez les officiers ministériels, la compagnie de discipline décide, dans certaines conditions, le rachat de la charge d'un confrère par ses confrères du même ressort.

Quelle base de calcul pourrait adopter l'Ordre pour évaluer le montant de l'indemnité ? Le chiffre des déclarations fiscales, afférentes au cabinet en question, multiplié par un nombre d'années à fixer. Suivant quelles règles répartir le paiement de cette indemnité entre les confrères bénéficiaires ? Soit au prorata de l'importance des clientèles de ces bénéficiaires, en vertu du principe que les grosses clientèles profitent proportionnellement plus de la suppression d'un poste que les petites clientèles, soit en divisant cette charge également entre tous. Les deux solutions ont été adoptées, selon les circonstances, en cas « d'extinction » d'un office ministériel.

Ainsi, croyons-nous, pourrait se régler la question des cabinets multiples.

En adoptant des solutions tempérées et souples, sans esprit de système d'une part, en ne dépouillant pas sans contre partie les titulaires des cabinets secondaires supprimés d'autre part, on obtiendra, comme nous le promet un de nos correspondants : « le consentement intime des intéressés » à une réforme qui, à bien des points de vue, est souhaitable. A défaut, on pourrait craindre « l'amertume et la révolte » contre ce qui serait tenu par beaucoup pour une iniquité.

Dans une période troublée comme celle que nous traversons, il faut que le médecin fasse un effort particulier d'esprit de compréhension et de confraternité. Il faut surtout dans ce domaine aussi, éviter de dresser les anciens contre les jeunes. Que les premiers admettent de sacrifier au bien commun une part, minime souvent, de leurs recettes. Que les seconds sachent limiter leurs appétits, et adopter pour construire leur vie professionnelle, des méthodes plus ardues, mais plus nobles que celle du coucou.

L'idée de la répartition entre tous les membres de la communauté nationale, des lourds effets de la défaite est très en faveur aujourd'hui. Que le Corps médical se soumette spontanément à ce que la loi a imposé aux propriétaires et aux locataires, aux employeurs et aux employés. Sa discipline et son sens de la solidarité lui ferait ainsi connaître, à lui aussi, « sa plus belle heure ».

Mais souhaitons que l'Ordre, pour don de joyeux avènement, lui facilite la tâche, en lui proposant des solutions raisonnables et justes.

Pierre DOURIEZ.



QUELQUES CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES SUR LA NÉCESSITÉ DE RÈGLEMENTER L'EXERCICE DE L'ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Par J. Surmont (de Paris)

Comme suite aux intéressantes suggestions déjà apportées dans ces colonnes par différents confrères, et en particulier tout récemment par le Docteur A. Laquerrière, je me permets de formuler quelques desiderata sur l'exercice futur d'une spécialité que je m'excuse de connaître particulièrement, car c'est aussi celle à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir.

Je n'insisterai pas sur la nécessité de la spécialisation électroradiologique qu'a si bien défendue Laquerrière.

Ceci acquis, je crois qu'il faut partir du principe général que s'il y a des spécialités et, en conséquence des spécialistes reconnus officiellement, il faut ques ces dits spécialistes soient *réellement qualifiés* et puissent vivre de leur spécialité. Or, si l'on admet comme il est vraisemblable la spécialité électroradiologique, il est urgent d'en réglementer l'exercice, car actuellement presque tous les médecins de la jeune génération font de l'électroradiologie sans aucune discrimination, et, en conséquence, les cabinets des spécialistes seront bientôt complètement désertés.

Quelles sont les causes de ce phénomène, qui n'est d'ailleurs pas spécial à l'électroradiologie ?

Les principales sont la facilité apparente de l'acte électroradiologique ; la réclame faite auprès des jeunes médecins non spécialistes par les fabriquants d'appareils ; l'attrait aussi de justifier des honoraires plus élevés quand le confrère de médecine générale pratique lui-même les examens et les traitements électroradiologiques qu'il juge utile ; enfin, une certaine auréole que la fée Electricité dispense à ceux qui ont l'air de l'avoir asservie.

Cette pratique est néfaste pour le client. En voici les raisons : il a toujours été reconnu qu'un médecin n'a pas le droit d'être intéressé aux médicaments ou aux appareillages qu'il prescrit. Il y a le même danger et la même immoralité à ce qu'il soit intéressé à pratiquer des examens ou des traitements *importants* sur ses malades ; or il ne peut pas l'être davantage que si c'est lui-même qui les fait. Cette faute contre la saine compréhension de notre profession beaucoup de nos confrères n'en ont même plus conscience.

Or, les examens ou les traitements électroradiologiques sont *toujours des actes importants* pour l'avenir thérapeutique du malade. Il y a donc toujours intérêt à ce que le diagnostic du médecin traitant soit confirmé ou infirmé par un confrère. Sans cette précaution, s'il y a erreur de diagnostic, elle risque fort de durer longtemps, pour le plus grand dommage du malade.

Seuls les spécialistes peuvent avoir l'appareillage si compliqué et si onéreux actuellement et la pratique suffisante pour faire courir au malade le minimum de risques et lui donner le maximum de garantie. Qu'on augmente, et ce sera justice, la difficulté d'obtenir le diplôme pour les électroradiologistes. Il sera facile de s'assurer qu'ils possèdent les notions indispensables à une pratique correcte de leur spécialité, sinon il faut leur en interdire l'exercice. De même, il sera facile et indispensable de faire contrôler périodiquement par une Commission spéciale leur appareillage et leur imposer au besoin les modifications nécessaires. On évitera ainsi le scandale de traitements inefficaces, parce que faits avec des appareillages ne correspondant pas aux affections traitées ou en mauvais état, par exemple les traitements d'ultra-violets avec des générateurs ne donnant plus d'ultra-violets, pratique si fréquente qu'elle a réussi à discréditer un traitement pourtant remarquable. Le traitement radiothérapique des cancers par les rayons commence à connaître un sort analogue, des appareils de traitement étant mis par des sociétés commerciales à la disposition de n'importe quel médecin, et n'importe quel médecin ou chirurgien se croyant souvent autorisé à faire des applications de radium.

A un autre point de vue, seuls les spécialistes électroradiologistes peuvent être régulièrement assurés par les compagnies contre les risques d'accidents, d'ailleurs rares, mais toujours possibles, survenant à leurs malades. Ces derniers ne pourront donc avoir une garantie effective contre un tel risque que s'ils s'adressent à un spécialiste, garantie que le corps des radiologistes pourrait avaliser dans un esprit de solidarité analogue à celui qui rend les notaires ou les agents de change responsables les uns des autres.

Etudions plus spécialement le problème du radiodiagnostic.

Il ne peut être question d'interdire à un médecin de médecine générale, à un phtisiologue, à un gastro-entérologue, de regarder lui-même ses malades à l'écran, ou même de leur faire une plaque, mais ces actes doivent être considérés comme rentrant dans l'exercice normal de leur profession, et ne doivent pas comporter d'honoraires spéciaux. En un mot, il doit être interdit à un non radiologiste de faire commerce de l'électroradiologie, et s'il fait des radiographies, elles doivent être considérées comme des documents personnels, et il doit être interdit de les remettre aux malades, de même qu'il est interdit dans les

hôpitaux de l'Assistance publique de remettre les clichés aux malades pour qu'ils les emmènent en dehors de l'hôpital. Le médecin traitant pourra toutefois naturellement donner par écrit au malade le résultat de son examen radiologique.

La radioscopie peut donc, selon notre avis, être pratiquée par n'importe quel médecin ou spécialiste ; par contre, la radiographie doit être normalement réservée au spécialiste *sauf cas d'urgence*. La radioscopie fait partie dans bien des cas de l'examen complet d u malade, comme une prise de tension artérielle, et ne doit comporter d'honoraires que dans la mesure où elle prolonge le temps de l'acte médical. Il faut tenir compte du facteur temps dans le prix minimum officiel des visites et consultations, et doubler, tripler par exemple ce prix par fractions de quart d'heure, de même qu'on fait intervenir le facteur distance. Les actes qui comprennent normalement un contrôle radioscopique doivent comprendre cet examen dans le prix de l'acte. Exemple : insufflation de pneumothorax, réduction de fracture, etc.

Il n'y a aucune raison valable pour que la radiographie soit pratiquée par le phtisiologue ou le gastroentérologue ou tout autre praticien, sauf en cas d'incapacité du radiologue. Dans ce dernier cas, il y aurait lieu de déposer une plainte motivée au Conseil de l'Ordre, avec preuves à l'appui, qui, si elle est reconnue exacte, permettrait à son auteur de faire lui-même ses examens radiologiques tant que le radiologue défaillant ne serait pas remplacé.

Il ne peut y avoir qu'avantage pour le malade à ce que l'interprétation de ses radiographies soit faite *en collaboration* par le radiologue et le spécialiste intéressé. De la discussion jaillit souvent la lumilère.

Il doit de plus être *de règle*, sauf convention contraire, que c'est au médecin que le radiologue doit communiquer le résultat de son examen, et non au malade, surtout si son diagnostic diffère de celui du médecin traitant. Il est toujours possible d'éluder les questions plus ou moins pressantes du malade, en invoquant la nécessité d'étudier le dossier complet avant de pouvoir lui répondre.

Si certains gastroentérologues ou phtisiologues préfèrent abandonner leur spécialité pour devenir des spécialistes radiologistes en tube digestif ou en poumons, il n'y a aucune objection à ce que cela se fasse, s'ils ont des titres suffisants, ou passent le diplôme correspondant.

Enfin, si certains spécialistes désirent absolument faire eux-mêmes leurs examens radiographiques complets, en particulier à cause de l'absence de radiologue dans le pays, qu'ils prennent alors à la fois le diplôme de la spécialité et celui de radiologiste limité au radiodiagnostic de leur spécialité, ce diplôme partiel ne donnant pas droit au titre d'électro-radiologiste, ni à la mention « rayons X », ni la faculté d'examiner aux rayons les clients d'un confrère.

D'autres réformes me paraissent aussi souhaitables : il y a nécessité de réglementer de façon très précise les *appellations*, les titres et les sous-titres que les médecins s'octroyent trop généreusement.

En radiologie, comme dans les autres spécialités, il y aura sans doute lieu de *limiter le nombre des diplômes* à accorder, de manière que l'exercice de cette spécialité puisse se faire correctement.

Il y a aussi nécessité dans chaque spécialité d'établir un *tarif minimum*, dont chaque client pourrait prendre connaissance.

Il faut enfin dans chaque spécialité avoir des *tarifs réduits* pour la clientèle modeste et des *actes gratuits* pour la clientèle pauvre, par l'intermédiaire d'œuvres officielles, avec contrôle de ceux qui en bénéficient.

De même que tout examen radiographique doit être fait par un radiologiste, *tout traitement électroradiologique doit être fait par un spécialiste* même les rayons U. V. et I. R. Les exceptions sont à préciser : bistouri électrique du chirurgien, électro-coagulations de certaines spécialités, etc.

Pour conclure, je dirai qu'il faut choisir : ou bien on estime que l'électroradiologie peut être pratiquée par n'importe quel médecin sur n'importe quel appareil, et il faut supprimer la spécialité ; ou bien, on reconnaît la nécessité d'un bon technicien et d'un bon appareillage, et alors, il faut conserver la spécialité radiologique en lui donnant la place à laquelle elle a droit et qu'*elle n'a pas encore* ni dans nos facultés, ni dans nos hôpitaux. Il faut organiser en particulier l'étude de la radiologie à la fois pour les spécialistes et pour les non spécialistes, donner des lits aux services d'électroradiologie et enlever le titre d'électroradiologiste à ceux qui s'en sont parés injustement. Le respect des situations acquises doit passer après le respect dû aux malades.

En conséquence de ce qui précède, je propose l'adoption des mesures suivantes :

1° Ne peuvent être désormais *titularisés spécialistes en électroradiologie* que les docteurs en médecine ayant suivi un enseignement particulier sanctionné par trois diplômes (électrologie, radiodiagnostic, radiothérapie), et comportant trois années d'études supplémentaires et de pratique hospitalière. Les mentions : rayons X, radiodiagnostic, électricité médicale, etc., sont exclusivement réservées à ces spécialistes ;

2° Ne peuvent exercer le radiodiagnostic avec graphies de leur spécialités et pour leur propre compte que les médecins spécialistes ayant obtenu le diplôme de radiodiagnostic correspondant à leur spécialité.

Les spécialistes qui sont autorisés à avoir recours à certains traitements électrologiques ou

radiologiques sans être radiologues, doivent faire la preuve de connaissances suffisantes par un examen approprié et leur appareillage surveillé comme celui des radiologistes.

3° Seront révisées toutes les titularisations des spécialistes électroradiologues actuellement en exercice, et de ceux qui font l'électroradiologie de leur spécialité. Ceux qui n'offriront pas des garanties suffisantes devront passer des épreuves pour pouvoir continuer à se prévaloir de leur titre ;

4° Une Commission de contrôle des installations électroradiologiques sera instituée dans chaque département. Elle visitera chaque année l'appareillage des spécialistes et s'assurera qu'il *est correct et en bon état. Elle pourra exiger* telle ou telle transformation ou la cessation de telle ou telle activité pour insuffisance d'appareillage ;

5° Une Commission composée de médecins de toutes les spécialités et d'omnipraticiens se mettra d'accord d'après les directives données par le Conseil de l'Ordre sur les actes qui peuvent être normalement exécutés par les praticiens de médecine générale et ceux qui sont normalement réservés aux spécialistes ;

6° Les comptes rendus des spécialistes doivent être adressés à leur correspondant sous pli fermé en double exemplaire, dont l'un sera remis au malade par le médecin traitant avec les commentaires qu'il jugera opportuns.

UNE CONFÉRENCE SUR L'ORDRE DES MÉDECINS

Le Comité des Conférences « Rive gauche » nous a fort aimablement convié, le samedi 15 mars dernier, à écouter une causerie faite par le Professeur Desmarets sur l'Ordre des médecins. Cette institution, chacun s'efforce maintenant d'en mesurer les pouvoirs et la charge d'opérer toutes les réformes espérées. Et ces espoirs s'inspirent plus souvent de désirs et de conceptions personnelles que d'une véritable connaissance des possibilités réelles et légales de l'heure. Différant en cela de beaucoup, le Professeur Desmarets a lu, et nous a lu la charte de l'Ordre, c'est-à-dire la loi du 7 octobre 1940. Ce n'est pas à dire qu'il en fasse toujours une parfaite application. Il n'est point utile par exemple de recommander aux Conseils de l'Ordre une « application rigoureuse et sans faiblesse » de la loi du 16 août sur les étrangers. C'est, en effet, au ministre de la Santé et à ses Commissions de faire cette application que l'Ordre ne peut que respecter. C'est évidemment une entorse grave à la maîtrise du tableau dont le conférencier n'a d'ailleurs pas manqué de signaler le danger. Autre chose également : l'Ordre a bien reçu de la loi, l'actif des anciens syndicats, mais non celui des mutualités médicales. Enfin, et pour en terminer avec nos critiques, si le Conseil supérieur de l'Ordre a qualité pour émettre des vœux et des conseils sur toute matière touchant à la Santé publique, il ne peut prétendre à lui tout seul « avoir la gérance de la corporation sanitaire » et prendre en charge toutes questions de natalité, hygiène, sport ou de lutte contre le taudis, les fléaux sociaux. Une telle universalité ne saurait appartenir qu'à une véritable Corporation de la santé, dont l'Ordre des médecins n'est encore que la première pierre.

Nous retiendrons par contre, les suggestions nouvelles sur les problèmes à l'ordre du jour que le Professeur Desmarets nous apporte, en brossant un vaste tableau de toutes les réformes que l'Ordre pourrait faire selon lui. Sur la dichotomie cette thèse : ne pas désolidariser le spécialiste et le médecin qui fait le diagnostic. La participation n'est illicite que dans sa clandestinité et ses excès. L'enseignement de la déontologie ? Oui, mais pas à la Faculté ; de manière vivante et pratique dans les hôpitaux, par les chefs de service. Réforme des études médicales ? Il faut surtout incorporer les étudiants dans les hôpitaux et les services de garde. Avant tout opérer un vaste referendum auprès des praticiens par l'intermédiaire des Conseils départementaux. La Pléthore ? Elle existe, mais la solution n'est pas le *numerus clausus*. Le Professeur Desmarets reprend le projet Taberlet dont nous parlerons prochainement et qu'il n'accepte pas sans réserves d'ailleurs : il s'agit de créer un nombre fixe de postes médicaux, les jeunes exerçant avant d'être titulaires eux mêmes, comme « apprentis » auprès de leurs aînés. La retraite serait en même temps résolue : le jeune verse à l'ancien titulaire une rente viagère comme prix de rachat.

Rapide revue, au cours de laquelle nous fut heureusement rappelé le rôle constructif des anciens syndicats en matière de médecine sociale, dont la succession en cette matière a tout lieu d'être acceptée. Ordre et Syndicats vivant ensemble eussent fait s'entrechoquer morale et intérêt. L'Ordre actuel peut défendre harmonieusement ces deux points de vue.

Pour conclure, le Professeur Desmarets insista sur l'ampleur et la noblesse de la tâche qui s'offre à ceux qui ont temporairement en mains la conduite de la profession — ou que, d'ici quelques mois, les praticiens librement consultés voudront bien désigner.

Jean MIGNON.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La notion de taudis pour les architectes et les économistes

« Une nuit de cet hiver qu'il neigeait..... comme il a pu neiger cet hiver, je regardais par la fenêtre de ma maison, à la campagne, la ferme voisine tapie dans la tourmente . C'est une très vieille bâtisse que construisirent les Templiers il y a 4 ou 500 ans. Je la connais bien et je l'admire certainement plus que ses propriétaires qui savent d'elle tout juste que leur famille l'habite depuis trois générations. Les murs sont épais, faits de bons moellons bien assemblés, les poutres des plafonds d'un chêne qui défie les siècles. Un toit trapu la tient au chaud. Le puits lui fournit une eau abondante. Les communs, les étables, le poulailler sont disposés autour d'une grande cour. Le domaine commence derrière la maison et comprend toute l'étendue qu'il faut pour la faire vivre. Bien assise sur sa terre, toujours valide, malgré les ans, pour abriter ses habitants, cette ferme, malgré sa rusticité, m'apparaît comme le plus beau type de l'habitation humaine ».

Ainsi s'exprimait, à une récente séance du « *Comité sanitaire de la région parisienne* », M. Ménabréa, architecte.

Et j'évoquais, en l'écoutant, ces fermes du Canada français, dans l'île d'Orléans, en face de Québec, qui m'ont laissé un souvenir si attendri. Elles aussi, depuis des centaines d'années que les premiers Français commencèrent à défricher le sol, y demeurent enfoncées et prospèrent dans la simplicité d'une vie patriarcale. Les habitants de cette île heureuse tirent toute leur subsistance de la terre qu'ils cultivent. Et non seulement leurs aliments ; mais ils filent la laine de leurs troupeaux, la tissent, la teignent et s'en font des vêtements. Du cuir de leur bétail, ils se font des chaussures. C'est de loin en loin seulement qu'ils passent le Saint-Laurent et vont à la ville faire quelques achats. En vain les transatlantiques, tout illuminés, promènent devant leurs yeux ce luxe criard que les modernes prennent pour le dernier mot du confort. Les Canadiens français de l'île d'Orléans ont la sagesse de croire encore qu'ils ont pris la vie par le bon bout. Et l'événement leur a donné raison : car tandis que les fermes de l'île d'Orléans sont toujours, du moins j'aime à le croire, à couvrir vaillamment leurs habitants, leur bétail, leurs récoltes, le caravansérail flottant qui m'amena au Canada et celui qui m'en ramena sont tous les deux au fond de l'eau. Le luxe et le confort, artifices pleins de fragilité, étaient à la merci d'une torpille.

M. Ménabréa continuait en rappelant qu'il n'est pas difficile de fonder un habitacle humain mais que, si l'on veut faire œuvre durable, il faut s'inquiéter si les hommes peuvent y vivre. C'est une notion que les grands fondateurs de villes n'ont pas méconnu. Ainsi Alexandre le Grand sut où il fallait placer Alexandrie d'Egypte, Alexandrette de Syrie, Samarkand. Ainsi Damas aux eaux vives ne serait pas, sans elles, la plus vieille ville du monde. Ainsi tous les grands estuaires sont bordés de villes toujours prospères. Au contraire, un emplacement dont la valeur est purement militaire ou politique est-il fait pour vouer la ville qu'il porte à la décadence. Il faut que l'homme, à proximité du lieu qu'il habite, trouve la subsistance et le travail.

Ces prémisses posées, M. Ménabréa n'avait pas de peine à montrer combien le XXe siècle a été imprévoyant. L'industrialisation a attiré en masses compactes les campagnards vers les villes à hauts salaires. Elle a, en outre, en introduisant la machinerie dans l'exploitation rurale, privé des millions d'ouvriers agricoles de leurs moyens d'existence. Elle a agi à l'inverse des abbayes du Moyen-âge qui ordonnaient le travail, approvisionnaient par voie directe la main d'œuvre recrutée et enseignaient les modes d'exploitation. Les vieilles fondations rurales individuelles ont été délaissées et les emplacements urbains emplis à déborder. Cette surpopulation soudaine il a fallu la loger en la tassant, la nourrir en aspirant la subsistance à des distances de plus en plus grandes et dans des campagnes de plus en plus dépeuplées. Déjà le taudis trouvait son climat d'élection à la fois dans les villes parce que la population y était trop dense et dans les campagnes parce qu'elle y était trop raréfiée ; faute de bras, les jachères s'étendaient.

Les pouvoirs publics, par le vote de la loi Loucheur et la création des offices d'habitations à bon marché, prétendirent parer au surpeuplement. Mais le terrain était cher ; et ce furent les lotissements des banlieues et les immeubles à logements innombrables du pourtour des villes. Deux formules qui, chacune en son genre, privées des commodités essentielles, devaient aboutir, ainsi qu'il est advenu, au taudis.

Et ici se fait jour la conception du taudis pour les architectes ; elle est différente de celle des

hygiénistes, en ce qu'elle précise les conditions par lesquelles un logement est voué à devenir un taudis. Un logement mal construit, en mauvais matériaux, sans souci des alentours ni de réserver au dedans et au dehors l'espace indispensable à la cellule humaine qui l'habite, sans préoccupation de la viabilité, des apports et des évacuations, *doit* devenir un taudis. Ainsi les lotissements parce qu'ils étaient construits par des incompétents, les habitations à bon marché parce que la question financière étranglait les conceptions des architectes qui en avaient dessiné les plans, furent de mauvaises réalisations.

La crise économique étant survenue pour ajouter aux premiers un nouveau facteur de sabotage, le chômage, il en est résulté que la politique d'urbanisme de ces dernières années a fait une complète faillite et que la plupart des villes se sont vues ceinturées d'habitations qui étaient un défi au bon sens. Ce défi au bon sens a bientôt fait à son tour un défi à l'hygiène. On a rasé des taudis vétustes et on a construit des taudis nouveaux. Le bénéfice est minime et hors de proportion avec les énormes capitaux engagés et les charges nouvelles qui, de ce fait, ont pesé sur la collectivité.

Ainsi la civilisation moderne, pour avoir cru qu'elle pouvait déroger aux anciens principes directeurs et avoir fondé des agglomérations humaines dépourvues de moyens autonomes d'existence, a connu un échec qui l'ébranle gravement. Le malaise qui depuis quelques années pèse sur l'Europe et l'a menée à la guerre est venu en partie de ce trouble profond, propagé dans les masses sociales par de mauvaises conditions de vie et d'habitation.

A la suite de cet exposé, un économiste, M. Kula, a pris la parole et fait, de son point de vue, un exposé de la question de l'habitation. Pour lui, le taudis contemporain est une conséquence directe des lois sociales de ces dernières années, grâce auxquelles le loyer a, peu à peu, été décroché de la valeur normalement rentable de l'immeuble et arbitrairement limité à des niveaux bien inférieurs. De ce fait, la construction a été pratiquement arrêtée ; n'ont pu construire que l'Etat ou les organismes subventionnés par l'Etat. Encore cet Etat et ces organismes ont-ils dû, devant l'accumulation des charges, renoncer à entretenir les bâtisses comme elles devaient l'être. Les anciennes constructions ont été privées d'à peu près toute réparation. Le taudis a proliféré dans ces maisons livrées à l'abandon et à l'incurie.

La grande faute a consisté dans cette prétention de source parlementaire de cesser de faire payer le loyer « à son prix ». L'élévation des salaires était consacrée à tout, sauf à une amélioration de l'habitation. Rien de surprenant que celle-ci soit devenue de plus en plus sordide.

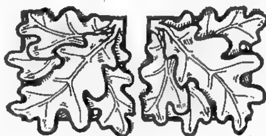
Au reste, on a calculé que, dans les conditions actuelles de vie et de construction, le coût normal du loyer ne peut être supporté que par les célibataires et les ménages sans enfants. Pour les familles nombreuses, le paiement du loyer « à son prix » exigerait des restrictions par ailleurs, donc, en premier lieu, sur le budget alimentaire. Le loyer du célibataire est payé par 400 heures de travail si les capitaux engagés se contentent du revenu très modéré de 4 % net. En estimant à 1/6e la part du budget qui peut être consacrée au loyer, il faut en conséquence que le célibataire, pour être logé de façon convenable, travaille 2.400 heures par an, soit 300 jours de 8 heures.

On voit que la doctrine de la réduction des heures de travail ne tenait pas compte de certaines nécessités primordiales et qu'il lui fallait y parer par un abaissement artificiel des loyers dont nous portons les conséquences en ce moment.

M. Kula propose de greffer sur la législation des allocations familiales ce qu'il appelle « l'allocation-logement », sursalaire versé par les Caisses d'allocations familiales directement au propriétaire, de façon à ne pouvoir être détourné de sa réelle destination, à charge par le propriétaire d'entretenir son immeuble en bon état et d'y apporter les perfec- onnements requis par l'hygiène et les règles de il'urbanisme.

Il s'agit ici d'une conception nouvelle et intéressante à laquelle les « familiaux » et tous ceux que préoccupe l'avenir de la race ne peuvent qu'apporter une approbation totale.

G. LAVALÉE.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

Inspection de la santé

M. le Docteur Castaigne est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Lot-et-Garonne.

M. le Docteur Deschamps, directeur du bureau municipal d'hygiène du Havre (Seine-Inférieure), est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé d'Eure-et-Loir (raison de service), en remplacement de M. le Docteur Viette, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Landret, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Côtes-du-Nord, en remplacement de M. le Docteur Violette, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Lassus, inspecteur départemental d'hygiène de la Savoie, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Jura (raison de service).

M. le Docteur Moncenix, directeur du bureau municipal d'hygiène de Grenoble (Isère), est chargé à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Savoie, en remplacement de M. le Docteur Lassus, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Vernhes, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Hérault, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Vaucluse.

(*J. O.*, 8 mars 1941).



CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Assurances sociales*

1212. — Convention pour hôpital privé

Après ma démobilisation, je n'ai pu rouvrir ma clinique qu'au début de cette année :

1° Pourriez-vous me conseiller sur l'attitude à prendre vis-à-vis des Assurances sociales. A quel organisme central m'adresser pour passer, le cas échéant, convention avec les diverses Caisses ou être agréé par elles ? ou leur signifier que j'accepte le contrôle. J'aimerais, en effet, savoir dans quelle catégorie elles tiennent mon établissement et quels remboursements sont faits à mes clients ;

2° Veuillez aussi me dire si je puis, pour les hospitalisés, me servir des feuilles de médicaments.

Ai-je le droit d'y inscrire les pansements, anesthésiques et ligatures ; de même que les médicaments rendus nécessaires du fait de telle ou telle complication ou maladie intercurrente, ou bien, si tout cela est compté comme forfait, du fait même de l'hospitalisation ?

3° Enfin dernière question ; je viens d'opérer une malade, pour mort d'un fœtus de quatre mois, et macération. Un début de travail à cinq mois n'a pas permis l'accouchement ; le col restant contracturé et à peine dilaté. J'ai dû procéder à l'extraction du fœtus par morcellement, après dilatation forcée du col sous anesthésie rachidienne.

Dois-je compter cette intervention comme un curettage (CH1 K × 20) ou comme une embryotomie, bien qu'il ne s'agisse pas d'un enfant voisin du terme ?

Dr P.

Réponse

1° Il n'y a pas, *a priori*, d'organisme central avec lequel vous passeriez convention pour toutes les Caisses de la région. C'est avec chaque Caisse que vous aurez à passer convention, quitte à demander « en cas de contestation avec cette Caisse, l'agrément de la Commission régionale tripartite » (voir pour le tarif limite de réassurance, l'arrêté du 7 octobre 1938, chapitre II, alinéa 2).

Le remboursement fait à vos clients dépendra de la catégorie dans laquelle sera compris votre établissement, et s'il y a convention passée ou non, avec contrôle ou non, etc... ;

2° Pour la chirurgie, il est dit (*Ibidem, alinéa* 2) « .....La prestation ainsi définie (chiffres-clé de la Nomenclature générale) sera destinée à couvrir, en plus des honoraires du chirurgien le coût des objets de pansements, ainsi que les autres frais accessoires de l'opération ». Il s'agit là d'hôpital privé agréé évidemment ;

3° Dans la nomenclature de pratique médicale courante, qui est d'ordre national, en date du 18 décembre 1939, il est indiqué en P. C. 6 : « Délivrance artificielle au cours des 4e, 5e et 6e mois pour fausse couche ». Toutefois, vous dites avoir « extrait le fœtus par morcellement après dilatation du col sous anesthésie rachidienne », auquel cas, il m'apparaît que vous seriez plutôt en droit de compter K.20 pour curetage.

Dr F. DECOURT.

1227. — Petite transfusion de sang

Je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer quel coefficient je dois appliquer à une petite transfusion (100 grammes) faite au cours du traitement d'une infection grave. Le tarif des Assurances sociales ne porte en effet que : « La transfusion massive K40 au chapitre Chirurgie des vaisseaux ».

Dr F.

Réponse

Il est indiqué en K.40 : « Transfusion massive ». Il m'apparaît évident qu'il ne peut s'agir d'une petite infusion de 100 grammes. Mais je ne vois pas, même dans la nomenclature de petite chirurgie, qu'on ait indiqué des honoraires spéciaux pour une « petite transfusion ». Il faudrait donc chercher une analogie. Je proposerais P. C. 3 comme pour la « saignée », alors qu'il s'agit précisément d'une intervention analogue « inversée », si je puis dire. Cette proposition sous toutes réserves évidemment.

Dr F. DECOURT.

1.659. — Intervention effectuée à titre gratuit chez un assuré social

Appelé d'urgence la nuit auprès d'un enfant de 16 ans atteint d'appendicite perforée avec péritonite, je l'ai fait opérer de suite par un chirurgien allemand. Ce jeune homme est aux assurances sociales. Dois-je signaler à la caisse des Assurances sociales qu'il a été opéré par un chirurgien allemand en raison de l'urgence et peut-on porter sur la feuille CHI K 60. Et pour le règlement des honoraires comment faire ? Moi-même j'ai aidé le chirurgien (aide opératoire) puis-je compter pour moi PC6 ?

Dr M.

Réponse

Vous avez à indiquer sur la feuille d'Assurances sociales ce qui correspond aux sommes

payées par l'assuré (donc votre aide à l'intervention), mais ne mettre que « pour mémoire » le K.60 de ladite intervention, en spécifiant qu'elle fut effectuée par un major allemand à titre gratuit.

Dr F. DECOURT.

b) Accidents du travail

1.463. — Pansement de brûlures

Je m'excuse de devoir venir, à nouveau, vous demander un renseignement au sujet de la tarification des accidents du travail, mais ce renseignement je ne puis le trouver nulle part et vous seul pouvez me le fournir.

J'ai eu à soigner une femme accidentée du travail, qui s'est fait de graves brulûres du 2e degré (avec de l'essence enflammée) aux deux mains : phlyctènes étendues *à tous* les doigts des deux côtés. J'ai fait l'épluchage, le pansement au tulle gras et tous les deux jours, j'ai défait et refait le pansement après nettoyage, désinfection et application de Baume du Pérou.

Pansement long et délicat, devant être fait précautionneusement à cause de la sensibilité extrême, et qui me demande à chaque fois plus d'une demi-heure : quel tarif demander pour le premier pansement avec épluchage des phlyctènes et pour les suivants (pansement à chaque main) ?

Je vous remercie à l'avance pour les renseignements que vous voudrez bien me donner et vous remercie aussi pour ceux que vous m'avez donnés dernièrement par lettre.

Dr T.

Réponse

Il s'agit là de « pansements de brûlure comprenant deux segments de membre », soit un segment pour chaque main. Auquel cas, le tarif est de 30 francs par séance.

Il n'y a pas de tarification spéciale pour la première séance, et il ne saurait être question d'« épluchage » alors qu'il n'y eut pas évidemment de « sutures par première intention » ; (Voir au sujet de l'épluchage, la note 1 de l'art. 17).

Dr F. DECOURT.

1.889. — Consultation entre spécialistes

Quels sont, au tarif *accident du travail,* les honoraires prévus pour un confrère oculiste appelé *en consultation* par l'oculiste traitant ?

Dr B.

Réponse

En cas de consultation entre confrères, « le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif horokilométrique sera appliqué en plus s'il y a lieu ». (Art. 5).

Il s'en suit que s'il s'agit d'oculiste, dont le prix de visite ou consultation est de 22 fr. 50 (art. 1er, alinéa 3), c'est trois fois 22 fr. 50, soit 67 fr. 50 qu'il faut compter et non plus 3 × 17 = 51 francs comme s'il s'agissait de non spécialiste.

J'ajoute que s'il s'agissait d'un omnipraticien appelant un spécialiste en consultation, les prix seraient de 51 francs pour le premier, et de 67 fr. 50 pour le second ; toujours déplacement en plus s'il y a lieu.

Dr F. DECOURT.

1.369. — Ostéosynthèse effectuée en clinique privée

1° Pourriez-vous me dire, si les blessés, ayant une police *individuelle*, les garantissant contre les accidents du travail (en l'espèce, il s'agit d'un cultivateur propriétaire) bénificient du barème des soins de la loi de 1898 ?

2° Quel serait, au titre de la loi de 1898, le montant des honoraires chirurgicaux, concernant l'enclouage d'une fracture transcervicale du col du fémur, par clou de Petersen, guidé par une broche ?

Je précise qu'il s'agit d'un blessé traité *en clinique* ; que l'assistance d'un radiographe était indispensable, pour prendre au cours de l'intervention *quatre séries de clichés face et profil de la hanche*; que la valeur des fournitures opératoires est la suivante :

Clou de Petersen, marque Drapier, 181 fr. 50 (tarif de 1939) ;

Plâtre de Hanche, prix de revient, 120 francs environ.

3° Le barème des accidents du travail, porte : ostéosynthèse (*appareil compris*) 825 francs ; en défalquant la valeur des fournitures il resterait des honoraires de 525 francs ; ce qui ne me semble pas en rapport avec la difficulté opératoire. A remarquer qu'en fait d'ostéosynthèse courante, la fourniture comporte le prix d'une plaque (20 francs en 1939) et d'un plâtre qui n'est pas toujours indispensable.

Dr P.

Réponse

1° Le tarif des accidents du travail ne s'applique qu'aux blessés au service d'un patron, et nullement à un cultivateur propriétaire qui s'est assuré lui-même par une police individuelle ;

2° Si toutefois vous prenez comme base de vos honoraires le tarif accident du travail, voici ce qui en résulte.

Vous avez fait une réduction et contention d'une fracture du col du fémur par « enclouage ». Il s'agit donc là d'une « ostéosynthèse « qui, « appareil compris », est tarifée 825 francs (art. 20-F.). Que le blessé soit soigné à l'hôpital, en clinique privée ou à domicile, cela ne change rien puisque les honoraires de l'acte opératoire sont toujours les mêmes (art. 30, alinéa 2) ;

3° Vous dites avoir « à défalquer la valeur des fournitures ». Je ne le pense pas. A mon avis « appareil compris » signifie la pose de l'appareil, et non pas les « fournitures » qui doivent être payées en plus, qu'il s'agisse d'objets de pansement, ou d'une gouttière, ou d'un « clou », etc.. S'il y a, par exemple, un lit articulé à installer pour une fracture de la colonne vertébrale, ce n'est pas le chirurgien qui le paiera sur les honoraires que le tarif alloue...

Dr F. DECOURT.

6.385. — La contention d'une fracture ou d'une luxation est comprise dans le prix de l'intervention

Le 21 décembre 1940 je suis amené à opérer sous anesthésie générale une réduction pour luxation complète du coude en arrière. Après réduction, la luxation se reproduit avec une grande facilité bien qu'il n'y ait pas de fracture. Je mets donc pour éviter tout ennui ultérieur un plâtre prenant le bras et l'avant-bras et je fais une radiographie de contrôle qui témoigne du résultat correct.

La Compagnie d'assurances refuse de payer la somme de 100 francs comptée pour ce plâtre sans donner aucune explication.

Voici le passage : Nous avons déduit de votre relevé :

« La somme de 100 francs qui nous était comptée

pour le plâtre du bras et du coude pour maintenir la réduction de luxation ».

C'est très facile, mais qu'en pensez-vous ?

Dr D.

Réponse

« La Compagnie est dans son droit d'après le texte du tarif qui dit : « Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante : Coude = 110 francs ».

Donc, la « contention » que vous avez dû effectuer par un appareillage quelconque (plâtre en l'espèce) est bien comprise dans l'intervention tarifée à 110 francs à l'art. 19.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS

1.609. — Accident causé par une voiture de l'armée occupante

Votre avis s'il vous plaît et vos conseils pour l'affaire suivante :

Un charretier au service de la Mairie de X... est renversé au cours de son travail par une auto allemande. Les allemands le conduisent à l'hôpital.

Comme toujours personne ne veut payer les frais de clinique ni les honoraires.

L'agent de la Cie X... déclare qu'il s'agit là non d'un accident du travail mais d'un fait de guerre — qui serait couvert par un fonds de Solidarité spécialement créé à cet effet sous le patronage du Ministre du travail. Comment et à qui m'adresser ? 1° Pour mes honoraires ; 2° Pour les frais d'hospitalisation ; 3° Pour faire verser à cet ouvrier son demi-salaire si c'est possible ? Fracture ouverte de jambe avec incapacité temporaire de six mois.

Dr N.

Réponse

Il s'agit bel et bien d'un accident du travail normal.

Le fonds de garantie dont parle l'agent de la Compagnie ne couvre que les accidents du travail résultant directement du fait de la guerre, c'est-à-dire « les accidents causés, soit par l'action de l'ennemi, soit par la défense active contre l'ennemi » (Décret du 24 avril 1940, art. 1er).

Aussi, nous vous conseillons, au cas de nouveau refus de l'agent de la Compagnie, de citer le patron en justice de paix pour obtenir le paiement de vos honoraires. De même pour l'ouvrier pour le paiement de ses demi-salaires.

ASSURANCES SOCIALES

1.568. — Droit aux prestations : règles spéciales en période de guerre

Ce sont toujours les mêmes qui posent des questions : j'ai encore besoin d'un avis que je vous prie de me donner.

Un de mes malades, tombe malade le 22 décembre 1940. Guérison le 6 mars 1941.

La Caisse d'Assurances sociales refuse de verser les prestations pour insuffisance de cotisation.

Immatriculé le 1er novembre 1939 à une Caisse agricole, mon jeune malade verse :

Pour le 4e trimestre 1939, 12 × 2 = 24 francs ;
Pour le 1er trimestre 1940, 18 × 2 = 36 francs ;
Pour le 2e trimestre 1940, 25 × 2 = 50 francs.

Il est évacué avec son patron et par son patron

le 15 juin dans la Creuse jusqu'au 15 août et il verse pour le 3e *trimestre* 1940, 15 × 2 = 30 *francs*.

Pendant son évacuation il n'a pas touché de salaire, mais l'indemnité aux évacués de 10 francs par jour. Il n'a donc pas eu de « retenue sur son salaire » du 15 juin au 15 août 1940.

D'où le refus de la Caisse de payer les prestations pour la maladie survenue le 22 décembre 1940. *Est-ce légitime* ? Evacué avec son patron, ne pouvait-il pas se considérer comme encore au service de son patron? *Aurait-il du verser pendant le temps de son évacuation,* mais alors, il n'y aurait pas eu « retenue sur le salaire », puisqu'il n'a touché aucun salaire pendant ce temps et les Caisses de mon département refusent maintenant les versements complémentaires.

Dr P.

Réponse

Aux termes d'une loi du 12 septembre 1940, tous les assurés sociaux qui justifient avoir subi un précompte au moins égal à 15 francs au cours de l'un des trimestres compris entre le 1er avril 1939 et le 1er avril 1940 sont considérés comme ayant subi au cours des 2e et 3e trimestres 1940, *le minimum légal* de retenues ouvrant droit aux prestations d'Assurances sociales.

La Caisse a donc tort de refuser les prestations à votre client, puisque, au cours du 1er trimestre 1940, il a subi un précompte de 18 francs. Il est donc en règle, et serait même en règle s'il n'avait subi aucun précompte au cours des 2e et 3e trimestres 1940.

Si la Caisse persiste dans son refus, il serait fondé à saisir la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée, adressée à son président, au Greffe du Tribunal civil du Siège de la Caisse, dans les trois mois de la réception de la notification de la décision de refus.

AUTOMOBILISME

1.395. — Voitures électriques. Gazogènes

1°) Tout d'abord, existe-t-il actuellement, sur le marché, un cycle-car électrique extra-léger, à une seule place, qui grâce à son faible poids permettrait de parcourir une distance intéressante sans recharge des accus, et serait en outre d'un prix d'achat moins élevé ?

2°) Sinon, quels sont les modèles actuels de commerce paraissant les plus indiqués pour l'exercice de la profession, soit en ville, soit à la campagne ?

3°) Quelle est l'opération financière comparative (débours, amortissement, dépense au kilomètre...) réalisée par la transformation en gazogène d'une voiture de tourisme de 9 à 11 CV. d'une part ; et par l'achât d'une voiturette électrique susceptible de donner satisfaction, d'autre part (évidemment, sans revente de la voiture de tourisme à essence).

Je serais — comme beaucoup d'autres confrères sans doute, particulièrement les praticiens ruraux, qui n'ont pas le temps d'aller s'informer dans les grandes villes — très heureux d'avoir des renseignements assez précis sur ces questions. En effet, toutes choses restant inchangées, il va falloir d'ici peu prendre une décision pour la transformation de nos voitures (c'est d'ailleurs déjà chose faite par une minorité de confrères).

Dr B.

Réponse

1° Il n'existe pas à ma connaissance actuellement sur le marché de cycle-car électrique extra-léger ;

2° Je ne connais les modèles actuels de voitures légères électriques que par la publicité qui

en a été faite dans certains journaux. Malgré cette publicité d'ailleurs, je ne connais pas de voiture qui puisse être livrée actuellement, et d'une façon immédiate, à la clientèle ;

3° La transformation en gazogène d'une voiture de tourisme de 9 à 11 CV. doit se chiffrer par un débours de 12 à 15.000 francs.

Le prix d'une petite voiture électrique permettant de faire un service de médecin est de l'ordre d'une trentaine de mille francs au moins, si l'on veut quelque chose d'à peu près sérieux.

Je me permets de vous signaler d'autres solutions possibles et, en particulier, la marche au gaz d'éclairage (si, à proximité de chez vous se trouve un poste de compression de gaz), ou mieux la marche à l'acétylène qui me paraît constituer la réalisation la plus immédiate pour se passer d'essence.

Henri PETIT.

I.396. — La moto électrique

Pouvez-vous me donner des tuyaux sur cette moto électrique. Le nom du fournisseur ? Le prix.

Dr C.

Réponse

Je ne connais pas la motocyclette dont vous me faites parvenir la photographie et ne puis, par conséquent, vous renseigner sur elle.

Toutefois, je dois vous indiquer qu'une décision récente du ministère de la Production a pratiquement interdit l'électrification des bicyclettes, motocyclettes et cyclecars. Je connais, en particulier, un constructeur qui a fait un prototype de remorque pour bicyclette et qui ne peut l'exploiter.

Henri PETIT.

FISCALITÉ

I.143. — Amortissement du prix d'une voiture volée

Je viens vous demander un renseignement concernant ma déclaration des revenus professionnels. Il s'agit de l'amortissement de ma voiture. A la fin de septembre 1938, j'ai fait l'acquisition d'une nouvelle voiture. D'accord avec le Contrôleur, l'amortissement de cette voiture pour *quatre ans* avait été fixé à 6.600 francs par an. Or, le 17 juin dernier, ma voiture fut volée. Au mois d'août suivant, j'ai acheté une nouvelle voiture payée 20.000 francs. Il restait donc à amortir 13.200 francs sur l'ancienne voiture à ce qu'il me semble. Je voudrais bien savoir ce que je dois inscrire cette année comme amortissement.

Dr C.

Réponse

Vous porterez en déduction de vos bénéfices réalisés en 1940, la perte subie à la suite du vol de votre voiture. Cette perte est égale aux amortissements restant à effectuer, soit à la somme de 13.200 francs.

Vous amortirez votre nouvelle voiture en 4 ans, puisque ce pourcentage a été admis par le contrôleur, soit 5.000 francs par an. Mais, l'achat datant du mois d'août, vous ne devrez comprendre dans vos frais professionnels de 1940 qu'un amortissement sur 5 mois, soit 5.000 × 5 : 12 = 2.083 francs.

Vous devez procéder ainsi si votre voiture sert uniquement à l'usage professionnel, sinon,

il conviendrait de déduire du prix d'achat (20.000 francs), le pourcentage afférent à l'usage personnel.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux.

QUESTIONS DIVERSES

1.115. — Obtention de la carte de combattant

Mobilisé le premier jour, comme médecin chef d'un train sanitaire, j'ai été affecté avec mon unité en zone des armées où nous sommes restés cinq mois puis renvoyés à l'Intérieur ; nous sommes repartis aux armées le 15 mai 1940 et depuis lors jusqu'à l'armistice, n'avons cessé de fonctionner, souvent sous le feu de l'ennemi.

Avons-nous droit à la qualité de combattants 39-40 ?

Je vous serais très obligé de me renseigner à ce sujet.

Dr T.

Réponse

Les Trains sanitaires ne figurent pas dans la liste des unités combattantes.

Mais si vous croyez avoir des titres spéciaux à la qualification de « combattant 1939-1940 » adressez votre demande, avec tous détails intéressants, au Directeur du Service de Santé, 28, avenue Friedland, à Paris. Celui-ci vous répondra vraisemblablement qu'il ne peut vous délivrer le « certificat provisoire » qui vous est nécessaire pour obtenir de l'Office départemental du Combattant, la carte du combattant. Muni de cette lettre rejet, vous écrirez au secrétaire général des anciens combattants, 37, rue de Bellechasse, Paris (7e), pour lui demander d'examiner votre cas, au titre de l'art. 4 du décret du 1er juillet 1930.

1.318. — La ration de lait en cas d'allaitement mixte

Une femme qui allaite a droit à un demi litre de lait, — un nourrisson a droit pour ses biberons à trois quarts de litre, — est-ce qu'un nourrisson au sein a droit à son lait, ce qui ferait un litre et quart pour la mère et le bébé ? Et, sinon, quels sont les droits de la mère nourrissant incomplètement (mais ayant la fatigue d'allaitement) et d'un nourrisson qui doit être complété ?

Les mairies des divers arrondissements ne sont pas d'accord.

Dr V.

Réponse

Au service du Ravitaillement de la Préfecture, il nous a été répondu d'une manière tout à fait affirmative que, dans le cas d'allaitement mixte, la mère et l'enfant avaient droit, l'un et l'autre, à leur ration de lait, soit au total 1 litre 1/4 par jour.

Dans les cas où certaines mairies se refuseraient encore à délivrer les deux cartes, il suffirait aux intéressées d'aller demander une note officielle au Service du Ravitaillement. Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, 3e étage, bureau 315, Madame de Gevaudan.



Soixante-troisième année — N° 14 — 6 Avril 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

— sommaire —

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **75 fr.** — Etudiants .... **50 fr.**

Le Numéro .... **2 fr. 50**

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 90. — Paris, près gares Nord et Est. Appart. médical très bien situé, 8 pièces, ascenseur, loyer très modéré, à céder cause santé avec instal. électrologique à méd. disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

N° 91. — Méd. radiologue, 20 ans de pratique, ferait remplacement Paris. Ecrire Mme Deleye, poste restante, Bureau 43 Paris, qui transmettra.

N° 92. — Doctoresse cherche remplac. longue durée médecine avec ou sans propharmacie. Toute région. Ecrire Marg. Cormon, 15, av. Emile-Deschanel, Paris, qui transmettra.

N° 93. — Chirurgien femme remplacerait ou assisterait confrère surchargé. Paris ou province. Références l'Ordre. Ecr. Marg. Cormon, 15, av. Emile-Deschanel, Paris qui transmettra.

N° 94. — Demande poste chirurg., succession, assist. ou remplac. Ecr. Monsieur Reignier, Société générale à Saintes (Ch.-Inf.).

N° 95. — Recherche tensiomètre Vaquez-Laubry complet et en bon état. Dr Parrot, 11 *bis*, rue de Surène, Paris (VIIIe).

N° 96. — Clientèle de médecine générale à céder dans ville du Sud-Ouest. S'adres. Dr Renou, à Saintes.

N° 97. — Serais acquéreur collection « Revue de Chirurgie ». Prière faire offre Dr Morel-Fatio, 46, rue Spontini, Paris (XVIe).

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe)

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les dyspeptiques, par quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades. 71, Rue Ste-Anne. Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Hôtel du Parc, Saujon (Charente-Marit.) Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du CONCOURS, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul RIBEYRE, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182.31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de pathologie et thérapeutique générales.* — Programme de l'enseignement : Lundi 21 avril, M. BAUDOUIN : Les déséquilibres acido-basiques (1re leçon) ; mercredi 23 avril (2e leçon) ; vendredi 25 avril, M. BARIÉTY : Les syndromes hémorragiques (1re leçon) ; lundi 28 avril (2e leçon) ; mercredi 30 avril, M. LELONG : Infantilismes et nanismes (1re leçon) ; vendredi 2 mai (2e leçon) ; lundi 5 mai, M. BINET : La défaillance respiratoire ; mercredi 7 mai, M. BÉNARD : Les troubles de la respiration cellulaire (1re leçon) ; vendredi 9 mai (2e leçon) ; lundi 12 mai, M. JUSTIN-BESANÇON : Pathologie générale des avitaminoses (1re leçon) ; mercredi 14 mai (2e leçon) ; vendredi 16 mai (3e leçon) ; lundi 19 mai, M. CACHERA : Le choc traumatique ; mercredi 21 mai, M. TURPIN : Hérédité et génétique (1re leçon) ; vendredi 23 mai, (2e leçon) ; lundi 26 mai, M. GASTINEL : Processus et syndromes infectieux (1re leçon) ; mercredi 28 mai (2e leçon) ; vendredi 30 mai, M. GASTINEL : Les phénomènes allergiques ; lundi 2 juin, Congé de la Pentecôte ; mercredi 4 juin, M. BAUDOUIN : Les processus d'involution cérébrale ; vendredi 6 juin, M. DELAY : Généralités sur les démences ; lundi 9 juin, M. DELAY : Généralités sur les délires ; mercredi 11 juin, M. BAUDOUIN : Le syndrome d'hypertension intracranienne, (1re leçon) ; vendredi 13 juin, (2e leçon).

Le cours a lieu au Petit amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur Noël Fiessinger). — *Cours de physiothérapie et de radiologie clinique*, au Service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, sous la direction du Professeur Noël Fiessinger et de M. Duhem, chef du service de physiothérapie, du lundi 21 avril au 13 mai 1941.

Programme. — Lundi 21 avril, M. STROHL : Bases physiques de l'électrothérapie. — Mercredi 23 avril, M. DOGNON, agrégé : Bases physiques de la radiothérapie. — Mercredi 23 avril, Professeur BÉNARD : Rayons ultra-violets ; étude biophysiologique. — Jeudi 24 avril, M. DUHEM : Electro-diagnostic, climalyse et courants progressifs. — Vendredi 25 avril, M. DUHEM : Affections du neurone moteur périphérique. — Samedi 25 avril, M. ARRAUD : Diathermie et ondes courtes. — Lundi 28 avril, M. ARRAUD : Diathermo-coagulation. — Mardi 29 avril, M. MORO : L'ionisation médicale. — Mercredi 30 avril, M. ARRAUD : Physiothérapie en gynécologie. — Jeudi 1er mai, M. BEAUGRAND : Chaleur et infra-rouges, hydrothérapie. — Vendredi 2 mai, M. MORO : Radiologie du poumon. — Samedi 3 mai, M. MORO : Radiologie du cœur et du médiastin. — Lundi 5 mai, M. LAGARENNE : Radiologie du tube digestif et du foie (1). — Mardi 6 mai, M. LAGARENNE : Radiologie du tube digestif et du foie (2). — Mercredi 7 mai, M. LAGARENNE : Radiologie du tube digestif et du foie (3). — Jeudi 8 mai, M. TAILHEFER : Thérapeutique des tumeurs malignes. — Vendredi 9 mai, M. RICHARD : Radiothérapie pénétrante et ses applications. — Samedi 10 mai, M. RICHARD : Radiothérapie semipénétrante et ses applications. — Lundi 12 mai,

M. Richard : Curiethérapie. — Mardi 13 mai, M. Duhem : Les accidents de l'électricité.

Les cours auront lieu le matin à 10 heures au service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. Il sera délivré un certificat à la fin du cours. Le prix du cours est de 300 francs.

L'inscription aura lieu au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. Jeanneney, professeur de chirurgie générale, a été proposé à l'unanimité par le Conseil de la Faculté pour la chaire de clinique chirurgicale.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de l'internat.* — Un concours d'internat en médecine aura lieu au mois d'octobre 1941.

Chirurgiens des hôpitaux (chefs de service). — A l'hôpital de Vaugirard, en remplacement de M. Pierre Duval, décédé : M. Sénèque, de Laënnec. — A Laënnec, en remplacement de M. Sénèque : M. Picot, chirurgien honoraire. — A Saint-Louis, en remplacement de M. Madier, passé à l'hôpital temporaire de la Cité universitaire : M. Soupault, chirurgien des hôpitaux.

Electro-radiologistes (chefs de service). — A Laënnec : M. Delherm, chef du service central. — A Cochin : M. Dariaux, chef du service central. — A l'Hôtel-Dieu: M. Gibert, chef du service de rœntgenthérapie et de curiethérapie. — A Broussais : M. Morel-Kahn, chef du service central. — A Bicêtre : M. Truchet, chef du service central.

— **Société française de dermatologie et de syphiligraphie.** — Cette Société a organisé des *Conférences d'« enseignement mutuel »* pour faire connaître des questions rares ou peu étudiées ou pour exposer l'état de nos connaissances sur des sujets importants.

Les prochaines réunions auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, à 9 h. 30, aux dates ci-après :

24 avril 1941, M. Demanche : La réaction de Kline en syphiligraphie. — M. Degos : La réaction à la luétine en syphiligraphie.

29 mai 1941, M. Levaditi : Le virus de la maladie de Nicolas-Favre. — M. Duperrat : Choristomes et hamartomes.

— **L'examen pré-nuptial obligatoire. Le contrôle médical de l'enfance et des moins de vingt ans.** — Le nouveau statut de la Maternité en voie d'élaboration comporterait l'institution de l'examen prénuptial obligatoire.

Le contrôle médical de l'enfance et des moins de vingt ans, en voie d'organisation également, comprendrait : la création d'un « carnet de croissance » remis aux parents, pour chaque enfant, lors de la déclaration de naissance ; des mesures concernant l'inspection médicale scolaire, et un contrôle médical des moins de vingt ans, qui serait confié dans l'avenir à des médecins titulaires de certificats spéciaux délivrés par les Facultés de médecine.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Auguste Plédel, co-directeur

des Laboratoires Thaïdelmo. Nous adressons à Madame Auguste Plédel et à Mademoiselle Plédel, nos bien sincères condoléances.

— **Remerciements.** — Madame C. Boulanger, Monsieur et Madame Pierre Douriez, dans l'impossibilité de répondre personnellement aux très nombreuses marques de sympathie qui leur ont été adressées, expriment leurs plus sincères remerciements aux personnes qui leur ont adressé leurs condoléances à l'occasion de la mort de notre très regretté administrateur, Monsieur Constant Boulanger.

Nous les informons qu'un service à la mémoire de Monsieur Boulanger sera célébré le mardi 22 avril 1941, à 10 heures, en l'Eglise Saint-Vincent-de-Paul, place La Fayette, à Paris.

Le Livre d'Or du Corps médical Français

Christian PAUL
1901-1940

« Médecin du plus rare mérite joint à l'amour de sa profession, le courage et la crânerie du soldat avec le mépris absolu du danger ; s'est présenté spontanément sous un bombardement effroyable au poste de secours de la marine à Dunkerque pour y aider ses collègues débordés ; a refusé de s'embarquer pour rester à ce poste ; a fait preuve de calme et de courage au cours du torpillage du torpilleur « Bourrasque » durant lequel il remontait le moral à ceux qui l'entouraient ; a péri au cours de ce torpillage ».

Cette citation à l'Ordre du jour de l'armée de l'Air décernée à M. le médecin lieutenant Christian Paul comporte l'attribution de la Croix de guerre avec palme et entraîne une proposition pour la Légion d'honneur.

Tel est le document qui nous apprit la mort de Christian Paul confirmée par les témoignages des rescapés du torpillage du « Bourrasque ». Ainsi s'effondraient tous les espoirs de ses amis qui espéraient toujours son retour l'imaginant retenu quelque part de l'autre côté de l'eau.

Sa mort plonge dans la consternation tous ceux qui l'ont connu, elle est un deuil cruel pour ses amis et pour le Corps de l'internat et une perte irréparable pour ses malades qui l'aimaient tant.

Né en 1901, Christian Paul commença à être remarqué et apprécié dans le milieu hospitalier par ses collègues et ses aînés pour sa brillante intelligence dès 1926, époque où il était externe à Laënnec. Nommé interne provisoire en 1928, il était interne titulaire en 1930.

Peu de collègues ont personnifié aussi parfaitement le type de « l'interne » avec son dévouement inlassable envers ses malades, le respect des traditions de gaîté et de bonne camaraderie qui contribuent à la solidité de l'édifice de l'internat.

Qui l'a connu en salle de garde ne peut oublier le charme et la cordialité de son accueil ainsi que l'entrain qu'il communiquait à tous. Animateur de pre-

mier ordre il alliait à un esprit des plus vifs d'extraordinaires dons artistiques.

Successivement interne des Professeurs Terrier, Hartmann, Cunéo, Carnot, il s'orienta vers la phtisiologie, vers la fin de son internat et fut choisi par le Professeur Besançon comme chef de clinique. Peu de temps avant la guerre, il était assistant du Professeur Troisier à l'hôpital Laënnec.

Sa thèse sur la contagiosité de la tuberculose fut particulièrement remarquée. Au cours de son internat il avait déjà fait un certain nombre de publications dont quelques-unes portaient sur des sujets d'ophtalmologie.

Nous unissons notre sympathie à celle de ses camarades de combat et de ses chefs militaires dont les témoignages d'admiration abondent. Nous ne pouvons mieux faire que reproduire l'opinion qu'avait de lui son chef le Commandant Villon, héros de la guerre 1914-1918 et de celle-ci, qui affirmait qu'il était le plus beau soldat qu'il ait rencontré au cours de ces deux guerres.

A l'époque douloureuse où nous vivons, un tel exemple de bravoure et de sentiment du devoir est un réconfort et il honore le Corps médical tout entier ; il est une grande consolation pour son père le Docteur Paul Depasse, auquel nous pouvons assurer la fidélité de notre souvenir.

Favory.



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE

60, Boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe)

Communiqué

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a tenu une session à Paris du 15 au 21 mars 1941.

Il a mis au point le règlement intérieur. Il a statué sur plusieurs questions relatives aux installations. Il s'est occupé de régler les inscriptions au tableau de l'Ordre. Il a étudié le statut général des spécialités. Il a précisé les titres universitaires, hospitaliers et honorifiques, dont les médecins peuvent faire état. Il s'est attaqué au problème des dispensaires. Il a poursuivi l'étude de la retraite. Il a établi le fondement des organisations régionales. Il a jugé plusieurs instances en appel et s'est réuni en Conseil de discipline.

Un certain nombre de vœux ont été formulés, relatifs en particulier aux pouvoirs des Commissions administratives, à l'organisation des services, et du mode de recrutement du personnel médical des hôpitaux et hospices, à la liaison entre l'Administration et l'Ordre des médecins. Une collaboration constante et confiante avec le Secrétaire général à la Santé est de nature à établir solidement l'autorité du Conseil supérieur de l'Ordre.

L'action du Conseil supérieur de l'Ordre s'exerce parallèlement en zone non occupée et en zone occupée.

Voir la suite page XLIII 657

PROPOS DU JOUR



CONSIDÉRANTS

Considérant que M. A., maire de la commune de St.-P., fait preuve d'une négligence inconciliable avec la bonne gestion des intérêts communaux...

Considérant que M. G., maire de la commune de B.-sur-M. a sciemment détourné des bons d'essence de leur destination...

Considérant que M. Le B., adjoint au maire de la commune d'H. a incité des bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite à se fournir de médicaments chez sa fille établie pharmacien...

Considérant que M. A., adjoint au maire de la commune de V.-les-B. a fait l'objet d'un mandat d'arrêt pour attentat aux mœurs...

Ces quatre textes de motifs à des arrêtés de révocation sont extraits d'un seul et même numéro du *Journal Officiel*, celui du 4 mars 1941. Ils s'ajoutent à des centaines (peut-être des milliers) d'autres analogues, publiés presque chaque jour, depuis des mois, à la même place. Ceux-ci me semblent appeler quelques réflexions en ce journal où, récemment, j'exprimais l'opinion que nous n'avons plus le droit, nous, médecins français, de faire fi de la politique comme nous fîmes trop longtemps. Si accaparés soyons-nous par notre profession, si voué soit un journal à la défense professionnelle, ne faut-il pas que les problèmes primordiaux prennent le pas sur les autres et dictent l'ordre d'urgence de nos préoccupations ? Or, à l'heure présente, le salut du pays est la condition impérieuse et inéluctable au salut de chacun de nous. Le malheur nous a faits solidaires et c'est en Français que nous devons penser avant tout, avant de penser en médecins et même en individus.

***

Certains reprochent au gouvernement d'être plus fertile en intentions qu'en actes et d'avoir claironné de vastes projets pour ne nous donner, en définitive, que de menues réalisations. Je ne parle pas des roquets de la presse quotidienne : c'est la nature et le gagne-pain des roquets d'aboyer aux chausses de ceux dont ils croient n'avoir rien à redouter. Mais de bons esprits ont exprimé avec humeur l'avis que le gouvernement amenuise vraiment trop ses réformes et que la barre d'acier qu'il brandissait au début comme une redoutable massue se résout, au sortir d'on ne sait quelle filière, en un flexible fil, tout juste bon à relier quelques poteaux indicateurs. Ici même, et à propos de la lutte anti-alcoolique, plusieurs ont parlé ce langage et dit en propres termes que rien ne serait fait tant que l'on s'en tiendrait aux timides mesures prises.

Il se peut qu'ils aient raison, et même je le crois. Ce n'est pas à dire que le gouvernement ait tort, ni qu'il faille (déjà !) lui chicaner la confiance que nous lui déclarions à grands cris à l'issue du désastre de juin.

De quoi s'agit-il en effet ? De refaire la France ou plutôt, car en réalité on ne « refait » pas une France, de refaire aux Français une âme collective, grande comme le nom qu'ils portent et ferme comme elle a su l'être à travers les séculaires fluctuations de son destin. Ce but, est-ce par des lois, des institutions, des aménagements administratifs qu'on l'atteindra ? Ou bien par une action directe sur les hommes ? Va-t-on se confiner dans l'abstrait d'une doctrine et d'un plan ? Ou bien rechercher premièrement les ouvriers dignes d'entrer sur le chantier et de s'en voir confier une partie ?

Tant valent les hommes, tant valent les régimes. Si la République a si mal fini c'est que nous avions, nous, bien mal commencé en lui infligeant pour serviteurs les plus tarés que nous avions pu trouver. Ce n'est pas de camarades que la République avait besoin, de ces camarades à la façon d'entre-deux guerres, unis par une commune inconsistance et de mutuelles complicités. Mais de censeurs qui eussent signifié les limites de la respectabilité et du bon sens, mais de citoyens assez fiers de leur titre pour ne pas le vilipender et pour bannir autour d'eux la pacotille et l'attrape-nigauds. Bâtie sur ce patron, une république serait une sorte de paradis terrestre. Une dictature menée par un saint en serait un autre, et à coup sûr très analogue au premier. Car les limites imposées à chacun seraient précisément celles que tout être de bonne foi s'imposerait à lui-même. Le joug n'est plus sensible lorsqu'il est bien adapté ; il devient alors un instrument de travail individuel et un mode d'union à l'effort collectif.

Tout ceci pour dire, en somme, que peu importent les institutions, et même les constitutions, si les hommes en place ont le respect de leur rôle. Chez nous, les élus du peuple avaient souvent perdu ce respect là, au cours des sordides tractations de campagnes électorales. Et les fonctionnaires, créatures soumises des puissants, l'avaient perdu par l'avilissement même que leur avait coûté la place convoitée pour l'obtenir. Quémandeurs et pourvoyeurs se trouvaient ainsi bien commodément de plein pied pour échanger la fausse monnaie de ces honteux trafics. Donnant donnant : telle sinécure à cet imbécile contre tant de voix à cet autre. Mais l'aptitude ? Mais la

compétence ? Mais l'honnêteté ? Mais le caractère ? Vétilles, naïvetés, que nos gens balayaient d'un revers de main et d'un ricanement. « Il fallait un calculateur ; ce fut un danseur qui l'obtint ». C'est un mot de comédie et qui, sur la scène, a de quoi faire sourire. Mais la comédie des mœurs ne connaît pas les dénouements bien arrangés et satisfaisants du théâtre. Les péripéties y sont plus ou moins longues et le déroulement plus ou moins chatoyant. Puis, brusquement, en trois répliques, on est en plein drame. Et avant que le rideau tombe, le décor s'est écroulé.

C'est un tel écroulement dont nous avons été témoins le 25 juin 1940. Les camarades s'enfuyaient à toutes jambes laissant leur République moribonde.

On n'a pas entendu dire qu'un seul se fût suicidé de remords.

***

Contre cette dégoulinade du sens national nous entendons tous, n'est-ce pas ? réagir et sans délai. Le régime qui l'avait tolérée en est mort et les conspirateurs sont dispersés, du moins les premiers rôles. Mais ce n'est pas tout d'avoir dissous le Parlement. Le mal avait gagné en profondeur et jusqu'aux infimes échelons de la hiérarchie administrative. Le Conseil national (pas si mal composé que cela et où les nuances d'aptitudes et de mentalités se trouvent représentées) doit s'étayer sur des organismes locaux désinfectés et remis en état de marche. C'est à cette préoccupation que répondent les arrêtés de révocation et, parmi les considérants, les quatre qui me servent de texte dessinent assez bien la doctrine nouvelle.

Les vulgaires délinquants, rebuts que des électeurs ilotes avaient placés sur le pavois, non par dérision mais bien par atrophie du sens critique, sont destitués comme il se doit. On ne peut plus tolérer qu'un Monsieur A., arrêté pour attentat aux mœurs, brave la justice en devenant ou demeurant adjoint au maire de sa commune, et bafoue aussi cyniquement les élémentaires convenances.

Mais ce sont surtout les trois autres considérants qui me paraissent révélateurs du « climat » nouvellement instauré dans le pays. Détourner des bons d'essence de leur destination est devenu, est redevenu, devrais-je dire, répréhensible. On eut bien étonné beaucoup de nos élus municipaux en leur révélant qu'une barrière infranchissable s'élevait entre l'usage collectif et leur usage personnel. Le mandat dont ils étaient investis constituait, à leur idée, un titre à certaines licences impraticables au vulgaire, dont ils prétendaient se différencier non par la tenue et les obligations mais bien par les privilèges et les immunités. Etat d'esprit qui avait gagné une si notable partie de la population, qu'en ces dernières années quiconque avait encouru une contravention et ne parvenait pas à la faire lever, était considéré comme un pauvre sire dépourvu de toute surface.

Il est même, aujourd'hui, tenu pour faute d'avoir manqué à la simple délicatesse, par exemple, pour un adjoint au maire, d'avoir usé de son prestige auprès des indigents inscrits à l'Assistance médicale gratuite pour les aiguiller vers l'officine de sa fille. Menu trafic de mandat et dont le coupable lui-même n'a peut-être pas perçu le vrai caractère. Il y a un certain nombre de chances pour qu'il se soit considéré comme ayant strictement rempli ses devoirs paternels, les devoirs civiques ne se formulant plus depuis longtemps.

Enfin est destitué M. A., maire, coupable de négligence inconciliable avec la bonne gestion des intérêts communaux. La bonne gestion des intérêts communaux ! Voici bien et dûment énoncé un devoir élémentaire des élus du peuple. Depuis des années, cependant, ils n'en avaient pas entendu autant. On voit de quelle hauteur nous sommes remontés depuis l'inculpation pour attentat aux mœurs. Nous en voici déjà à ne plus être satisfaits d'un casier judiciaire vierge : nous exigeons en outre la conscience des responsabilités et le zèle dans les fonctions. C'est selon cette formule qu'il nous faut chercher des hommes. On les trouvera car ils existent ; mais pour les remettre aux postes de décision qu'ils avaient autrefois et dont ils furent chassés par la plèbe, le plus urgent est d'abord, de balayer les détritus amoncelés par cette plèbe.

Les hommes dignes de nous mener existent et même un certain nombre sont déjà désignés. Qu'on ne s'indigne pas si un tel et un tel sont discutables ou même franchement mauvais. On ne répare pas en un jour la gabegie de vingt ans, on ne sélectionne pas à coup sûr et sans maldonne les dirigeants d'un pays.

C'est pourquoi, entre nous, médecins français, commençons par ne pas dénigrer les Conseils de l'Ordre tels qu'ils sont aujourd'hui constitués. Cela se tassera, cela se tasse déjà et des retouches incessantes sont apportées aux désignations premières. Convenons que, dans l'ensemble, a triomphé le souci d'offrir leur chance aux aptitudes et la palme à la dignité personnelle. Autour de ce premier noyau se fera l'agglomérat de tous ceux qu'anime l'intérêt national.

Et les hommes qu'il faut étant aux endroits qu'il faut, l'institution démarrera cherchant sa voie et à tout moment perfectible comme toute œuvre humaine.

On ne demande pas pour elle les acclamations unanimes d'un peuple bien stylé, car, ayant perdu tant de libertés, nous tenons au moins à garder le libre-arbitre.

Il suffit de bonne volonté et d'un préjugé favorable en faveur de ceux qui s'emploient à conjurer l'adversité et à faire du neuf avec du dépareillé. C'est une œuvre assez ingrate pour que les spectateurs regardent... et se taisent.

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

UN CAS DE PLEURÉSIE PUTRIDE

M. le Professeur ABRAMI (1)

L'histoire d'un malade hospitalisé dans notre service et atteint de pleurésie putride, va nous permettre de reprendre l'étude de cette question et nous enseigner surtout un fait : que, pour les affections pleuro-pulmonaires, la clinique réduite à ses seules ressources donne des renseignements incomplets ou même faux. Seule la radiographie permet un diagnostic certain.

Qu'est-ce qu'une pleurésie putride ?

Ces pleurésies font partie d'un groupe, auquel le Professeur Dieulafoy a donné le nom de pleurésies ozéneuses ou puantes, à cause de l'odeur infecte que dégage leur liquide, lors de la ponction ou d'une vomique. Elles comprennent trois variétés :

1° Les *pleurésies fétides* : elles sont purulentes, le plus souvent enkystées, caractérisées par un liquide purulent, à odeur désagréable, mais non putride ; elles ne s'accompagnent pas d'un dégagement de gaz dans la plèvre. Cette fétidité est due à la pullulation dans la plèvre de microbes, dont le plus fréquent est le colibacille. Mais ce microbe est incapable de former des gaz en milieu albumineux ;

2° Les *pleurésies putrides*, dues à des microbes anaérobies, développant des gaz par fermentation des matières protéiques, des matières grasses et des matières hydrocarbonées. C'est donc un épanchement hydro-aérique : pyo-pneumothorax. Tout se passe dans le liquide pleural luimême. La surface de la plèvre n'est pas gangrénée. Elle est tapissée par une fausse membrane grumeleuse ;

3° Les *pleurésies gangréneuses* : en plus des caractères du liquide des pleurésies putrides, il y a atteinte de la paroi pleurale, qui est nécrosée, mortifiée, sphacélée.

Le malade, dont je veux vous parler, est atteint de pleurésie putride. C'est un homme de 43 ans, livreur, qui entre dans notre service le 3 janvier, parce que son médecin a constaté un épanchement pleural. Le 23 décembre dernier, il ressent brusquement au niveau de l'hémithorax gauche, un point de côté violent, sans toux, ni frisson. Le lendemain, il appellé un médecin. Celui-ci fait le 30 une ponction qui ramène 500 c. c. d'un liquide séro-fibrineux, non fétide. La température est à 39°. Le malade est hospitalisé. A son entrée, c'est un malade dyspnéique, asthénique, très amaigri. Il a une toux quinteuse, surtout aux changements de position, un pouls rapide mais régulier, des urines diminuées, mais non albumineuses.

A la partie inférieure du thorax, on constate de la matité, une abolition des vibrations et du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés.

A la partie supérieure de l'épanchement, on entend un souffle doux, expiratoire. Le cœur est dévié à droite. Les crachats sont muco-purulents. On fait une ponction qui révèle un liquide purulent, verdâtre, épais, d'odeur horriblement fétide. L'examen microscopique montre que ce liquide renferme des polynucléaires très altérés, de très nombreux germes bacillaires, associés à des coccis, streptocoques surtout. La mise en culture donne naissance à des microbes anaérobies.

Le 11, on lui fait une ponction évacuatrice qui ramène 160 c. c. de liquide toujours fétide et, le 15, une nouvelle ponction de 500 c. c. On lui donne du dagénan et l'après-midi, il fait une vomique au cours d'une quinte de toux. La température tombe à 37°, le pouls à 92. L'état général s'améliore rapidement. Les urines dépassent deux litres.

D'après l'évolution clinique de ce cas, il semble que l'on soit en présence d'une pleurésie putride *primitive*, c'est-à-dire indépendante de l'infection du poumon sous-jacent. La plèvre est infectée par voie sanguine. C'est une bactériémie avec localisation pleurale. Cette forme, sans atteinte du poumon, existe sans doute, mais elle est loin d'être la règle. L'examen radiographique est seul capable de montrer s'il en est ainsi, car des phénomènes pulmonaires peuvent passer cliniquement inaperçus.

Chez ce malade, malgré les apparences, la radio a montré un très petit abcès cortical du poumon, développé à bas bruit. C'est l'éventualité la plus fréquente : l'infection de la plèvre naît de l'infection du poumon. L'abcès du poumon peut être petit et ne donner aucun symptôme. Il passe donc inaperçu.

Pour notre malade, on a cru aussi à un syndrome liquidien putride primitif. Quand on a fait l'examen radiographique, on a trouvé toute autre chose. La première radio a montré l'existence d'un pyo-pneumothorax, puisque le niveau liquidien est horizontal. La radio faite après la vomique a montré l'existence dans le poumon gauche d'une ombre, résultant sans aucun doute

---

(1) Leçon faite le 21 janvier 1941 à la Clinique médicale de l'hôpital Broussais-La Charité.



d'un foyer abcédé . Donc ce malade a fait un abcès pulmonaire, et sa contamination du parenchyme s'est propagée à la plèvre.

Quel est le *pronostic* de ces pleurésies putrides ? Les pleurésies putrides primitives tuent le malade par septicité. Un symptôme important de la septicité, sur lequel nous ne saurions trop insister, est le développement sur le trajet de la ponction d'un *phlegmon gazeux*. Dans la plupart des traités, on lit que la gravité d'une pleurésie est fonction de l'intensité du point de côté, de la dyspnée, de la toux, des phénomènes généraux. Tout cela est vrai, mais malgré ces symptômes alarmants, j'ai vu des cas de guérison. Il y a, au contraire, un symptôme de gravité qui ne trompe pas, qui est toujours un arrêt de mort, c'est le développement sur le trajet de la ponction d'un phlegmon gazeux — en quarante-huit heures, emphysème putride sous-cutané généralisé et mort.

Ce symptôme n'a pas existé chez notre malade, au cours des quatre ponctions pratiquées. Le pronostic est donc plus favorable. La virulence des germes est relativement atténuée.

Il y a, en second lieu, un intérêt considérable *à savoir si la pleurésie est primitive ou secondaire* à une infection pulmonaire. Les premières guérissent par vomique souvent. Pour les deuxièmes, le pronostic dépend avant tout de l'évolution de l'abcès du poumon.

L'abcès putride du poumon n'est pas plus grave que l'abcès non putride, surtout quand il est cortical et de faible volume. Mais si l'abcès est extensif, le pronostic est plus grave. En somme, une pleurésie paraît primitive quand l'abcès est petit et n'évolue pas pour son propre compte, ou alors la pleurésie est secondaire à un abcès. Le pronostic est au poumon, l'épanchement est épisodique.

Notre malade a donc fait une petite infection putride du poumon. D'où vient cette infection ? Le plus souvent, c'est à la suite d'une amygdalite, de l'ablation d'une dent de sagesse, d'une appendicectomie. Ici, rien de pareil. Ce que l'on sait, c'est que cet homme est un tousseur de vieille date, dont les rhumes traînent. A-t-il fait une dilatation à minima des bronches, et son infection est-elle d'origine cavitaire buccale ? En tout cas, son épanchement est en régression ; il a été évacué à l'extérieur par ponction, à l'intérieur par vomique. L'abcès du poumon n'est pas étendu, il n'y a pas eu de phlegmon gazeux sur le trajet de la ponction. Le pronostic est bon.

Mais supposons que malgré la ponction, l'état s'aggrave. *Que faut-il faire* ? Je ne suis pas de l'avis des médecins qui disent : opération. On se rend compte, en effet, que chez ces opérés, il existe deux faits :

Ceux chez lesquels il n'y a pas eu de phlegmon gazeux sur le trajet de l'aiguille de ponction guérissent. Mais ils auraient guéris sans opération.

Ceux chez lesquels il y a au contraire apparition d'un phlegmon gazeux meurent tous, malgré l'opération . L'opération précoce ne me paraît pas indiquée. Dans des pleurésies très septiques, l'opération est le coup de grâce. Il faut suivre son malade. Quand le liquide devient de plus en plus purulent, de plus en plus épais et ne peut plus sortir par l'aiguille, alors on peut faire une incision petite dans la plèvre, au point déclive, mettre un petit drain ou des crins de Florence pour drainer. C'est le seul cas où il faut opérer.

En résumé, deux catégories de cas :

1° Pleurésies d'emblée septiques, avec phlegmon gazeux sur le trajet de ponction de l'aiguille ; ce sont des cas mortels . Si on les opère, le malade meurt plus vite ;

2° Pleurésies sans phlegmon gazeux ; ne pas les faire opérer tout de suite. Les surveiller et faire opérer tardivement, vers le trentième jour, si la température persiste et les signes d'infection.

En même temps, instituer un traitement médical. Il ne faut pas faire de sérum anti-gangréneux, comme cela est recommandé dans les traités. C'est un sérum préparé pour guérir les gangrènes de guerre, où il y a des microbes de la terre. Il n'en est pas de même pour les pleurésies, où ces germes ne sont jamais en cause. L'introduction intra-veineuse de sérum gangréneux peut produire *par choc* la guérison. Mais n'importe quel sérum aurait pu avoir le même résultat.

Les arsénobenzènes, novar, sulfarsénol sont indiqués lorsque le liquide contient — ce qui est rare — des spirilles ou spirochètes. Les sulfamides sont encore un traitement récent. Chez notre malade, on a injecté 10 c. c. de sulfamide dans la plèvre. En outre, soutenir le cœur avec de l'huile camphrée.

Dans le cas où la pleurésie est nettement secondaire à un abcès du poumon quelle est la thérapeutique ?

Dans ce cas, la lésion pulmonaire prime tout. Quand elle est accessible et s'étend, il faut intervenir, mais attendre quelques jours pour que des adhérences se constituent.

Le problème des pleurésies putrides est donc intéressant. Sans l'examen radiographique, on n'est pas certain d'être en possession de la vérité. Les deux facteurs qui règlent le pronostic sont :

1° La virulence des germes, mise en lumière par l'apparition, ou non, d'un phlegmon gazeux sur le trajet de l'aiguille ;

2° L'élément pulmonaire ; tantôt la pleurésie apparaît comme primitive, quand l'abcès est absent, ou petit et évolue à bas bruit. La pleurésie guérit alors, à condition de ne pas opérer, surtout précocement. Tantôt la pleurésie est secondaire à un abcès extensif du poumon. Le pronostic est alors fonction de la lésion pulmonaire.

LE TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE

par R. Benon

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

Sommaire. — *Le traitement, plus spécialement, de la mélancolie vraie, typique.* 1. *Le milieu. Famille. Maisons de santé ouvertes et fermées.* 2. *Psychothérapie. Ce qu'elle est : l'art d'écouter. Infirmiers psychothérapeutes.*

Le traitement de la mélancolie vraie et aussi le traitement de la mélancolie-syndrome comportent l'installation du patient dans un milieu convenable, une psychothérapie bien comprise, patiente, humaine, surtout silencieuse, mais variée comme les malades eux-mêmes, enfin un traitement symptomatique très appliqué. Cet exposé sera suivi de considérations sur la convalescence. Nous nous appliquerons à préciser le mieux possible le traitement de la mélancolie vraie, typique ou atypique, délirante ou non ; mais nous dirons toujours quelques mots de celui du syndrome mélancolique associé à d'autres affections comme délire, asthénie, démence même.

***

1. Le milieu. — Tout mélancolique vrai, au début de sa maladie et lorsque la famille dispose d'une certaine aisance, peut être soigné chez lui. Dans les maisons de santé, ouvertes ou fermées, on reçoit spécialement les mélancoliques anxieux, énervés, négativistes avec refus d'aliments, enclins au suicide, et encore les mélancoliques en état de stupeur. Dans la *famille* du malade, il importe de pratiquer l'isolement. Cela ne veut pas dire qu'il faut enfermer les mélancoliques dans une chambre noire. On peut faire l'obscurité s'ils le demandent ou s'ils l'exigent (la souplesse, la patience sont ici qualités maîtresses), mais il faut souvent et longtemps rester près d'eux pour les écouter, pour les assister. Il faut peu de personnes autour des mélancoliques, mais il faut quelqu'un de sûr et d'informé. Quelquefois, ils acceptent la présence d'un ami qui leur est cher, mais aussi ils peuvent en souffrir. Lorsqu'ils parlent, il ne faut pas les contrarier, ou les contrarier à peine, très doucement ; il est vain et contre-indiqué de les contrarier, car ils tendent à s'entêter dans leur système. Ceux qui déclarent ne pas être malades, il faut, ceux-là surtout, bien essayer de les comprendre et ne pas les contredire, si absurdes que soient leurs propos : au bout d'une heure ou deux, ils se calmeront, accuseront de la fatigue et se reposeront. Le médecin qui les visite ne doit jamais être pressé ; et il lui faut disposer de tout son temps, admettre qu'ils ne sont pas malades, venir les voir en ami, leur conseiller, sans insister, quelque médicament contre la douleur, contre l'insomnie, ne pas protester quand ils disent qu'ils sont de grands coupables, que le châtiment qu'ils attendent est justement mérité, etc. Lorsque le praticien ne se conduit pas de la sorte, lorsqu'il n'arrive pas à éduquer l'entourage pour qu'il se comporte comme il convient, sa visite est inutile, mauvaise, aggravante. Certes il faut beaucoup de patience pour écouter longuement de tels malades ; il faudrait même y prendre goût, car une besogne imposée à soi-même est exécutée un peu froidement, sans curiosité, sans souci du but à atteindre, et ce but est fort éloigné. Quand les malades ont de la fortune, le séjour paisible dans une maison de campagne, au bord de la mer même, a ses indications, mais ils devront y être bien entourés, bien compris ; ils pourront y recevoir les visites peu nombreuses, longues, au cours desquelles ils parleront à peu près seuls, répèteront ce qu'ils ont déjà dit des centaines de fois : ce sera pour eux un grand soulagement. Les distractions, les voyages ne sont indiqués que s'ils les demandent eux-mêmes et cela est bien rare. La *maison de santé ouverte*, où les malades entrent sans formalités administratives spéciales, remplace maintes fois pour les mélancoliques aisés le traitement à domicile. L'isolement est ainsi parfaitement réalisé ; il ne doit durer à notre sens qu'un temps limité, quelques semaines, quelques mois, et cela encore à la condition que le médecin passe chaque jour plusieurs heures près de ces sortes de malades, non pas pour leur démontrer la vanité de leur délire (ce serait trop facile), mais pour entendre leurs plaintes, saisir l'enchaînement de leurs conceptions vésaniques, évoquer avec eux ou mieux les laisser évoquer spontanément leur passé, etc. C'est une tâche fatigante, mais combien utile ! Nul qui l'aura essayée et pratiquée, ne saurait le contester. Il sera nécessaire, à l'exposé de la psychothérapie, de revenir sur ce point capital. A *l'asile des aliénés*, maison de santé fermée soumise à une règlementation particulière, l'isolement des mélancoliques ne devra pas être total ou il ne devra l'être que pendant un temps assez court : les visites de la famille (une seule personne à la

fois) sont presque toujours sédatives : elles rassurent même les grands anxieux, pour un moment seulement, il est vrai. De même que dans les cliniques ou maisons de santé ouvertes, il faut, à l'asile, consacrer beaucoup de temps aux mélancoliques, les laisser parler longuement lorsqu'ils y consentent : malheureusement à ce jour, par encombrement, le nombre des malades est tel dans les maisons départementales d'aliénés qu'il est impossible de traiter méthodiquement les malades curables. Que les mélancoliques soient soignés dans la famille, dans une maison de santé ouverte, ou dans un asile d'aliénés, il est absolument nécessaire d'organiser autour d'eux, un service de *surveillance active et continue*, à cause de leurs idées de suicide, à cause de leurs tendances aux automutilations, à cause du danger aussi qu'ils font courir aux autres. Les idées de suicide sont plus ou moins évidentes, plus ou moins dissimulées : on peut dire qu'elles existent toujours. Il faut avoir sans cesse présent à l'esprit que le suicide prémédité est commun chez les mélancoliques. En cas d'angoisse par illusions ou hallucinations, en cas de peurs se succédant *les unes aux autres, la surveillance* permanente permet d'éviter les conséquences graves des raptus pantophobiques (gestes, actes, impulsifs et violents). Comment établir cette surveillance active et continue ? Dans la famille le dévouement des proches y suffit souvent, non pas toujours, parce qu'il faut assurer un service de jour et un service de nuit : il en résulte bientôt pour l'entourage un surmenage tel que des négligences dangereuses ne manqueront pas de se produire. En cas d'agitation à base d'anxiété, d'énervement, il faut augmenter le nombre du personnel. Dans les maisons de santé, ouvertes ou fermées, il sera désormais facile avec la semaine de 40 ou de 48 heures, d'obtenir une surveillance convenable dans les salles communes et dans les chambres particulières : c'est dans les chambres d'isolement ou cellules que les mélancoliques parviennent le mieux à se suicider. Chez les jeunes sujets, la mélancolie vraie sans agitation, peut se traiter, comme celle de l'adulte, dans la famille ou dans une maison de santé. Les formes atypiques, avec idées délirantes polymorphes, avec alternatives d'excitation et de dépression (mélancolie des dyscérébraux constitutionnels, des dégénérés ou déséquilibrés de Magnan) nécessitent plus ou moins rapidement le placement à l'asile des aliénés. Le syndrome mélancolie qui survient chez des malades affectés d'asthénie transitoire, d'asthénie chronique, d'asthénie périodique, de démence, de délire de la persécution, etc., peut difficilement être traité à la maison, d'autant que la complexité des troubles exige des soins divers et constants : cependant dans un milieu familial dévoué, appliqué, aisé, on pourra toujours l'essayer durant quelques semaines ou mois. Dans les temps actuels le service social, avec infirmières assistantes et infirmières visiteuses, est appelé à faciliter le traitement à la maison des mélancoliques calmes, et non véritablement dangereux : les conseils à donner aux familles ont ici grande valeur et ils permettront des guérisons aujourd'hui irréalisables. Ce service social contribuera grandement à l'amélioration de la réputation des asiles, comme à celle des hôpitaux : dans ces établissements les soins d'ordre scientifique aujourd'hui y sont le plus souvent suffisants ; les attentions, les prévenances d'ordre moral y sont nulles ou exceptionnelles.

2. **La psychothérapie.** — La psychothérapie est l'acte d'écouter longuement et doucement les malades mentaux pour connaître leurs sensations, leurs pensées, leurs émotions, ce qui les soulage, les console, les rassure et peut les guérir. C'est une sorte d'art, l'art d'écouter. Le vrai psychothérapeute, c'est celui qui sait écouter et qui apprend à ses collaborateurs à écouter. Attendre et écouter, voilà peut-être la vraie formule de la psychothérapie. Et ce n'est pas une tâche très difficile que cette conversation à caractère unilatéral ; elle exige seulement de la patience parce qu'elle devra être quotidienne, et cela pendant des mois, sinon plus ; elle n'est pas fastidieuse quand on en comprend et voit l'intérêt. La psychothérapie n'est pas la persuasion : l'acte de persuader serait ici trop simple, tellement les troubles intellectuels observés sont absurdes. Lorsqu'il se produit à un moment une persuasion, et une persuasion durable, c'est à longue échéance, lentement, sans doute progressivement. La psychothérapie n'est pas la suggestion, directe ou indirecte, si subtile qu'elle soit, accompagnée ou non d'hypnose : en ces matières l'habileté ne suffit pas à tout. On peut dire que dans tous les états mélancoliques, surtout dans la mélancolie vraie, la psychothérapie ou traitement moral est le traitement de choix : il fait bien défaut à l'époque actuelle, laquelle est fortement matérialiste, à cause, sans doute, de ses tendances autoritaires.

Dans la mélancolie vraie, typique, délirante ou non, propre surtout à l'adulte, lorsque les malades parlent, il faut les laisser dire ce qu'ils pensent ; ils doivent diriger l'entretien. Le praticien répondra par monosyllabes, avec douceur, avec bienveillance. Il sera très attentif. Il croira les paroles entendues. Il n'essaiera pas de contredire ; il pourra peut-être le faire à la fin d'un long entretien : il cessera au moindre signe d'énervement. Cela vaut mieux que la dialectique, la persuasion, la suggestion, l'hypnose, si savantes qu'elles soient et vraiment

trop prétentieuses : les malades lucides, réfléchis, voient bien où l'on veut en venir, n'écoutent plus, s'échappent et retournent à leurs idées obsédantes, à leur thème vésanique. Lorsqu'on arrive à les vaincre en apparence et momentanément, c'est qu'ils éprouvent de l'épuisement nerveux. Toute tentative de persuasion directe, violente, doit être évitée : ainsi on ne développe que l'irritabilité et par suite le désir de partir, de changer de milieu, de maison de santé. Cette conversation avec les malades, cette conversation qui n'est guère qu'une audition, devra être prolongée. Elle ne sera jamais hâtive. Bien comprise elle n'est pas une cause de fatigue. Elle peut cesser dès que les malades en expriment le désir. Elle est souvent suivie de repos, de demi-sommeil. Le silence est très important à observer près de ces malades. Lorsqu'ils sont abattus, se montrent peu disposés à parler, on restera quand même près d'eux un certain temps, on attendra. S'ils ont dans l'esprit quelques idées obsédantes spéciales, s'ils éprouvent quelques douleurs, ils les exprimeront, et cela sera cause de soulagement, d'apaisement. On apprendra parfois ainsi des faits utiles à connaître, et insoupçonnés. On ne bavardera jamais à plusieurs personnes autour d'eux : s'ils participent à la conversation, ce n'est qu'en faisant effort pour refouler leurs sentiments, et cela est cause d'énervement ; s'ils écoutent avec attention les paroles échangées, c'est souvent pour les interpréter faussement. Lorsqu'ils refusent de parler, en particulier par négativisme, il sera vain ou à peu près de chercher à obtenir d'eux une réponse en élevant la voix, en les secouant légèrement : convaincus que leur affaire ne regarde pas la médecine, qu'elle est d'ordre purement moral, ils se renferment davantage en eux-mêmes. Quelquefois, en tête à tête, à la longue, voyant qu'on s'intéresse à eux, qu'on voudrait les soulager, ils se mettent à parler. Répétons qu'il faut toujours faire preuve d'une exceptionnelle patience. Dans la mélancolie vraie atypique, notamment chez les jeunes sujets, la psychothérapie est plus complexe, plus difficile encore que chez l'adulte : là encore il faudra écouter longuement, observer en détail les faits et gestes du malade. Dans la mélancolie syndrome associée à l'asthénie, au délire, à la démence, etc., la compréhension exacte de l'ensemble des troubles psychiques permet toujours de traiter plus rationnellement le moral du malade.

La psychothérapie particulière de la mélancolie, comme du reste toutes les autres variétés de psychothérapie, est très difficile à pratiquer dans les maisons de santé, fermées ou ouvertes, vu le nombre des malades à soigner, vu le temps exigé par ce traitement. Dans ces conditions, nous estimons qu'il faudrait avoir à l'asile des aliénés, des infirmiers ou infirmières spécialisés pour cette tâche, personnes que nous appellerions volontiers des *infirmiers psychothérapeutes*, ou des assistantes psychothérapeutes. Le chirurgien a bien ses infirmiers panseurs, pourquoi le neuro-psychiatre n'aurait-il pas ses infirmiers psychothérapeutes ? On trouverait parmi les infirmiers des personnes qui présentent des aptitudes à cette fonction. Pour bien soigner un malade mental, il faut le comprendre. Est-ce que déjà les meilleurs infirmiers ne sont pas ceux qui essaient de comprendre les malades ? Ne sont-ce pas eux qui les dirigent le mieux, qni les occupent le mieux ? Ajoutons que le service social, avec ses infirmières visiteuses, n'aura de la valeur pour le traitement en neuro-psychiatrie que si le personnel qui l'assure est capable dans une certaine mesure de concevoir la complexité intellectuelle des malades, ou en tout cas de rendre compte au médecin chef de service, des particularités observées et des difficultés à surmonter. Les mélancoliques seraient les premiers avec les asthéniques à bénéficier du service social. Le jour où fonctionnera cette nouvelle organisation thérapeutique, l'asile des aliénés sera autre chose qu'une garderie. La psychanalyse de Freud, qui apparaît comme une variété de psychothérapie à tendances psychologiques un peu spéciales, semble être indiquée dans la mélancolie : l'intérêt porté au malade, ici, est considérable et partant précieux (1).

(1) Dans un article ultérieur sera envisagé le traitement symptomatique de la mélancolie.

RUPTURES SPONTANÉES DU MYOCARDE

Sur un total de 18.000 autopsies (dont 2.795 concernent des cas de mort subite) faites à l'Institut de médecine légale de Bucarest, le Prof. MINOVICI (*Revista de med. leg.* et thèse de Guttmann) a relevé 28 cas de rupture du myocarde. L'âge des sujets a varié de 54 à 80 ans et la grande majorité des ruptures s'est produite au niveau du ventricule gauche.

Les lésions qui ont causé ces ruptures ont été : l'infarctus du myocarde, la dégénérescence graisseuse, les plaques fibreuses de ce muscle, la myocardite chronique, l'anévrysme du ventricule gauche, le carcinome pleuro-péricardique, etc. Dans 26 cas, la rupture s'est produite sans effort de la part du malade. La plupart des victimes étaient des sujets bien développés.

P. L.



COMMENT PRÉVENIR LA CONGESTION PULMONAIRE PASSIVE NOTAMMENT AU COURS DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

D'après MM. J. GRENIER, M. LARGET et J.-C. RUDLER (1)

Il s'agit d'une insuffisance cardiaque inapparente

Cette redoutable complication est observée très souvent, lorsqu'on est obligé de maintenir au lit pendant longtemps *un vieillard, atteint de fracture ou opéré.* Or, la congestion pulmonaire attribuée au décubitus est, en réalité, l'expression clinique d'une insuffisance cardiaque inapparente, qui existe chez tout vieillard, et que le séjour au lit ne fait qu'accentuer. A cette insuffisance cardiaque s'ajoute souvent un certain degré d'insuffisance rénale.

Toujours l'expérience clinique est venue confirmer cette conception. On ne pouvait qu'être frappé par les faits suivants : des vieillards, atteints d'affection broncho-pulmonaire aiguë, dont le cœur avait été correctement soutenu au cours de la maladie, guérissaient complètement. Les bruits anormaux d'auscultation disparaissaient ; le cœur paraissait être en parfait état, tout semblait aller au mieux. Le malade guéri se levait et, quelques jours après, on apprenait sa mort subite, survenue généralement au réveil. Il fallait en conclure, semble-t-il, que le sujet, qui présentait en apparence un cœur parfaitement sain, avait, en réalité, un myocarde insuffisant.

De telles constatations avaient incité à traiter le cœur des vieillards *convalescents* d'affection pulmonaire aiguë *pendant encore trois à quatre semaines*, et, dès lors, il n'y eut plus à déplorer de pareils accidents.

De plus, quand ceux-ci étaient constatés chez des fracturés du col, en particulier, grévant terriblement la mortalité de ces malades, ils pouvaient être dus également à une insuffisance cardiaque inapparente.

Que se passe-t-il, en effet, sous l'influence du séjour prolongé au lit ? Le muscle cardiaque, comme les autres muscles, perd, en partie, sa valeur fonctionnelle. Comme ceux-ci, il doit s'entretenir par l'exercice. Ne connaît-on pas l'essoufflement du convalescent, même jeune ? or celui-ci témoigne d'un muscle cardiaque déficient ? N'assiste-t-on pas aussi à la chute de la tension maxima chez le malade alité ?

Cet ensemble de constatations ont amené à penser que la congestion pulmonaire, dite de décubitus, n'était pas due à la position du corps, mais à l'amoindrissement de la valeur fonctionnelle du myocarde, valeur fonctionnelle déjà diminuée par l'âge.

L'urgence d'un toni-cardiaque approprié, et d'un régime déchloruré

Donné dès le premier jour, un toni-cardiaque doit assurer la tonicité du myocarde, et empêcher l'apparition de la congestion pulmonaire. Si l'on tarde un peu à soutenir le myocarde, la circulation pulmonaire s'encombre, et, par un cercle vicieux, retentit à son tour sur le cœur.

Quel toni-cardiaque employer ? En principe, *pas de digitale*, à moins, que le malade ne soit antérieurement un cardiaque justiciable de cette médication. Dans les autres cas, celle-ci est souvent mal supportée par le cœur du vieillard : elle ralentit le rythme et oblige le ventricule à promouvoir une masse de sang plus importante ; elle n'a pas d'action favorable sur le rein.

Le médicament de choix, c'est l'adonis vernalis, qui ne ralentit pas le cœur, maintient parfaitement la tension artérielle et qui est, d'autre part, un excellent diurétique. A la dose de 4 à 6 pilules ou de XL à L gouttes par jour, dès le premier jour, il donne toute satisfaction. On le continue par période de dix jours, en l'alternant avec le strophantus, 2 granules de 1 mgr. pendant cinq jours, et ainsi de suite, sans interruption jusqu'à la guérison du malade.

A cette médication essentielle, on pourra joindre le *régime hypochloruré ou déchloruré*, si le malade présente le jour même de l'accident, (fréquence chez le vieillard), un peu d'œdème des malléoles, ou quelques râles aux bases.

Les soins classiques : position demi-assise soins du siège, ventouses, seront ordonnés, et on n'aura plus d'échec. Des vieillards de 85 à 90 ans ont fini par succomber à une affection intercurrente ou à l'urémie, sans avoir présenté d'affection pulmonaire ; alors que chez le vieillard atteint d'affection aiguë, la tension artérielle s'effondre très rapidement en 24 ou 48 heures, chez ceux-là au contraire, elle ne descendait que très progressivement, prolongeant parfois, d'ailleurs inutile ment, cet ultime combat.

Ce qui vient d'être dit des fracturés du col s'applique naturellement à tous les autres cas semblables. Aussi faudra-t-il instituer ce traitement cardiaque chez les vieillards atteints d'affection pulmonaire aiguë pendant les semaines qui suivent la guérison apparente. Les urologues l'emploieront avec avantage lors des opérations pour adénome de la prostate.

G. FISCHER.

---

(1) La *Presse Médicale*, 18 février 1941.

A PROPOS DE L'ÉLECTROCARDIOGRAMME

Quelques données a l'usage des praticiens

« L'électrocardiographie est entrée dans la clinique courante grâce aux appareils portatifs, qui permettent aisément d'enregistrer un tracé au lit même du malade. Tout médecin peut, s'il le désire, comprendre les principes théoriques fondamentaux (1), sur lesquels s'appuie l'électrocardiographie et apprendre, sinon à interpréter, l'électrocardiogramme (E. C. G.), du moins à connaître les cas, où il doit demander un E. C. G., et les renseignements qu'il est en droit d'en attendre.

« *L'auscultation* nous a surtout révélé les souffles et la pathologie valvulaire, donc endocardique. La *radiologie* nous a montré les épanchements péricardiques, les augmentations de volume ou les déformations du cœur, les anomalies de l'aorte. *L'électrocardiographie*, en extériorisant le développement jusque-là inconnu de la contraction cardiaque, a précisé la nature des arythmies et détecté des lésions myocardiques diffuses ou localisées, qui échappaient autrefois à notre perception ; de la lésion du myocarde, elle permet souvent d'en inférer à la lésion des coronaires, à l'insuffisance coronarienne, qu'elle réhabilite. Ainsi, un examen cardiologique comporte-t-il nécessairement trois étapes : clinique, radiologique, électrocardiologique. Ces trois méthodes d'investigation donnent des résultats différents, qui se complètent heureusement : ni l'E. C. G., ni aucun autre élément isolé de l'examen médical n'est en mesure, à lui seul, de juger de l'état du cœur ».

Ainsi s'exprime M. le Professeur agrégé Lenègre (2), dans une étude fort complète de la question. Nous en extraierons les parties essentielles, de portée plutôt pratique ; et ces données, qui sont nécessaires aux praticiens, pourront être utilement complétées par la lecture du travail que nous venons de mentionner.

Rappel anatomo-physiologique

Le muscle cardiaque est un muscle creux, qui ne diffère pas fondamentalement du muscle strié ordinaire. Il est formé d'une double musculature : la « musculature indifférenciée » (muscle auriculaire et muscle ventriculaire), de beaucoup la plus importante, représente la musculature de travail, chargée d'assurer la contraction et l'évacuation des cavités ; la « musculature différenciée » réduite à quelques groupes de fibres musculaires, que caractérisent des propriétés histologiques et physiologiques particulières. Celle-ci provoque, rythmiquement, l'excitation et la transmet dans des conditions appropriées au muscle de travail. Elle est en rapport avec le système nerveux végétatif, grâce à des fibres émanées du vague et du sympathique.

La musculature différenciée comprend : le *nœud sinusal*, situé sous le péricarde de l'oreillette droite, et totalement isolé du reste de cette musculature spécifique ; le *nœud auriculo-ventriculaire*, situé à la partie inférieure de la cloison interauriculaire, juste en face de l'orifice du sinus veineux coronaire, sous le myocarde de l'oreillette droite ; le *faisceau de His*, prolongeant sans solution de continuité le précédent nœud, et traversant en un tronc commun l'anneau fibreux interauriculo-ventriculaire ; ce faisceau, cheminant en plein septum fibreux interventriculaire, se divise ensuite en deux branches principales, gauche et droite, lesquelles se répandent en filets dans les masses ventriculaires correspondantes ; leurs arborisations terminales, appelées *fibres de Purkinje*, entrent en relation directe avec les fibres musculaires non différenciées.

Le stimulus (excitation automatique et rythmique) naît dans le nœud sinusal, qui est ainsi le régulateur de l'activité du muscle cardiaque normal. Après un léger retard, ce stimulus gagne par dessus l'intervalle sinus-oreillette la musculature de travail des oreillettes, qui se contractent ; l'excitation est alors reprise par le nœud auriculo-ventriculaire, qui la renforce et la transmet aux régions ventriculaires.

On sait, d'autre part, que tout muscle, qui se contracte sous l'influence de l'excitation nerveuse, développe une série de *potentiels électriques*, qui précèdent leurs effets mécaniques.

L'Électrocardiographie

Ainsi, on en arrive au principe même de l'électrocardiographie, qui a pour but de recueillir et d'enregistrer graphiquement les éléments électriques, liés aux contractions des oreillettes et des ventricules : le cœur en activité peut être assimilé à une source de courants électriques, et le corps humain à un champ électrique, de ce champ électrique, on établira des dérivations

(1) Bases physiologiques de l'électrocardiogramme. *Le Concours Médical*, 9 mars 1941.

(2) Lenègre. Ce qu'est l'électrocardiogramme. *Paris Médical*, 28 février 1941.

pour enregistrer les variations du potentiel électrique cardiaque. On utilise comme dérivations habituelles les deux avant-bras et la jambe gauche, en connectant de trois façons différentes :

Le bras droit au bras gauche ; c'est la dérivation I (D I) ;

Le bras droit à la jambe gauche ; c'est la dérivation II (D II) ;

Le bras gauche à la jambe gauche (D III).

A noter que la dérivation II est la plus employée, et que le sens des déformations électriques, dont il va être question, varie avec chaque dérivation. Pour être complètement documenté, il conviendrait donc de prendre les trois dérivations et de les comparer entr'elles.

Outre les courants variables dépendant du cœur, il s'en accuse ordinairement, dans l'organisme humain, un autre relativement fort et assez constant, dû au fonctionnement des glandes de la peau, et qui s'appelle « le courant de la peau ». Il faut, dans la prise de l'E. C. G., contrebalancer ce courant : ce que l'on fait avec la plus haute précision, en intercalant une différence de potentiel équivalente et opposée (1).

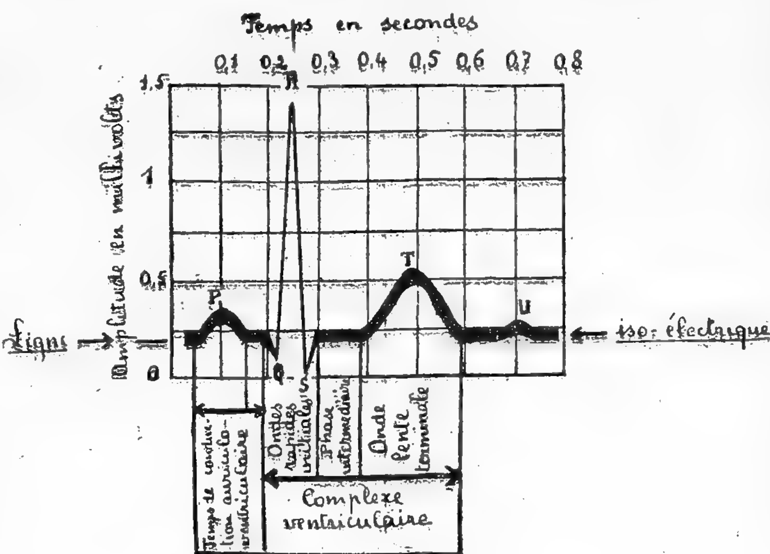
Pour prendre l'E. C. G., dans la pratique, le sujet est couché sur un lit, les poignets et les chevilles en contact avec des électrodes impolarisables, représentées par des lames d'étain pur, incluses à l'intérieur d'une bande de feutre, que l'on trempe dans une solution d'eau salée à saturation, et que l'on enroule autour du membre. Ces électrodes sont en connexion avec le galvanomètre, et un dispositif spécial permet, au moyen d'une manette qui se déplace, de réaliser successivement chacune des trois dérivations.

Description de l'électrocardiogramme

L'électrocardiogramme correspondant à une révolution cardiaque présente trois élévations P, R et T : P et T étant moins fortes, R plus forte, — et deux inflexions Q et S, au dessous de la ligne iso-électrique.

Les espaces, séparant les divers mouvements du tracé (vers le haut, et vers le bas), de même que la largeur du complexe Q. R. S. T. sont très importants à considérer. On peut les mesurer grâce au chronographe, annexé à l'E. C. G., dont les stries verticales, tracées sur le rouleau de papier sensible, correspondent suivant les cas au 1/25 ou au 1/50 de seconde.

Il convient donc d'apprécier les accidents du tracé, non seulement dans l'espace, mais encore dans le temps : les ondes enregistrées pourront être plus ou moins hautes que normalement, et d'une durée plus ou moins longue qu'à l'état normal. Aussi, allons-nous indiquer (fut-ce par la simple lecture de la figure ci-contre) la valeur habituelle qu'il convient de reconnaître à chaque accident du tracé, en amplitude et en durée.



L'électrocardiogramme d'un homme normal en D II (figure empruntée au travail de M. Lenègre).

Le soulèvement P (*onde auriculaire P*) est une onde relativement lente, de faible amplitude, rarement bifide ; il correspond à la contraction des oreillettes. Sa durée totale est de 0''06 à 0''09.

L'espace auriculo-ventriculaire P. Q. ou P. R. est compté du début de P. au début des ondes ventriculaires rapides (Q. ou R.). Il comprend donc l'onde P et le segment iso-électrique, qui lui fait suite. Il est considéré comme représentant le temps de conduction auriculo-ventriculaire, et dure normalement 0''15 à 0''18 ; une étendue supérieure à 0''20 révèle un trouble de la conductibilité.

La dépression Q est très peu accentuée, et peut manquer.

Le *complexe ventriculaire* comprend lui-même trois parties : les ondes rapides, le segment intermédiaire, l'onde lente.

Les ondes rapides consistent en une onde principale, celle-ci est la plus aiguë, la plus élevée ; elle correspond à la *systole ventriculaire* ; en *dérivation II, elle* est habituellement dirigée vers le

(1) MARTINET. Diagnostic clinique. Masson, éditeur, *Paris 1934.*

haut ; une ou deux ondes accessoires (Q et S) l'accompagnent généralement, et sont dirigées en sens inverse ; la dépression Q est très peu accentuée et peut manquer ; la dépression S est en général plus profonde que Q. La durée totale de Q R S ne doit pas excéder 0''10, et, si l'onde rapide R est unique, sa durée est normalement de 0''06. L'amplitude de l'onde principale est égale ou un peu supérieure à 1m01, ce qui correspond à une différence de potentiel égale ou un peu supérieure à 0,001 volt.

Le segment intermédiaire R T ou S T débute avec la fin des ondes rapides et se termine au début de l'onde lente T. Il est horizontal et doit coïncider avec la ligne iso-électrique. Sa durée varie entre 0''05 et 0''10.

L'onde lente T, normalement dirigée vers le haut, débute de façon progressive et se termine de même ; elle appartient, elle aussi, à la période systolique, mais son origine n'est pas nettement déterminée. Son sommet est arrondi ; son amplitude est égale à 1 /3 ou 1 /4 environ de celle de l'onde rapide principale. Sa durée, souvent imprécise, est de 0''15 à 0''20. L'onde lente T est parfois, mais rarement, suivie d'une très petite onde U.

La diastole correspond à la ligne horizontale, qui fait suite à T.

Le complexe ventriculaire s'étale donc pendant un laps de temps variable (0''25 à 0''40), d'autant plus bref que le rythme cardiaque est plus rapide, d'autant plus long que le rythme cardiaque est plus lent : c'est l'espace QT ou RT.

L'amplitude des déflexions, nullement proportionnelle à l'énergie de la persistance cardiaque, n'a de signification que quand elle est très réduite (insuffisance cardiaque).

Les données de l'électrocardiogramme

L E. C. G. permet d'étudier les troubles du rythme et les rapports chronologiques, qui existent entre l'activité auriculaire (onde P) et l'activité ventriculaire (complexe Q R S T) ; il montre donc si l'excitation initiale part bien des oreillettes et gagne normalement — ou non — les ventricules. De plus, en nous révélant les modifications de la silhouette électrique, l'E. C.G. extériosise les anomalies de la marche de la contraction à travers les oreillettes et les ventricules ; il permet d'en inférer à l'existence de troubles ou de lésions susceptibles de perturber cette marche ; il autorise même, dans nombre de cas, à localiser l'altération anatomique.

En présence d'une extrasystolie, quel qu'en soit le type clinique, force est d'avoir recours à l'E. C. G. si l'on veut en préciser l'origine : auriculaire, nodule ou ventriculaire, ce qui n'est pas indifférent, cela comportant une différence de pronostic, surtout chez une mitrale. Il n'est pas négligeable non plus de savoir s'il existe un ou plusieurs centres anormaux d'excitation, la deuxième éventualité comportant un sens péjoratif. Enfin, il n'est pas toujours possible cliniquement de discriminer certaines arythmies extrasystoliques de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Un simple examen du tracé permettra également, mieux qu'une auscultation attentive, une discrimination immédiate entre les différentes tachycardies : sinusale, par flutter auriculaire, paroxystique, ventriculaire, toutes quatre d'un pronostic et d'un traitement différents. Les mêmes remarques s'appliquent aux bradycardies.

Au sujet des *déformations des accidents électriques*, il faut savoir qu'il n'y a pas une silhouette univoque de l'E. C. G. normal, mais que chaque sujet a son tracé électrique propre. Ensuite, une déformation électrique est rarement caractéristique, mais peut s'observer dans des affections diverses ; il est donc parfois difficile de tirer de l'E. C. G. des indications formelles en ce qui concerne l'étiologie de l'affection cardiaque en cause. Cependant des anomalies dans la distribution du champ électrique du cœur, donc des troubles dans l'apparition, la marche et la répartition des potentiels électriques à l'intérieur du cœur, permettent souvent de conclure à l'existence d'altérations anatomiques plus ou moins étendues, et même de préciser la localisation de la lésion en tel ou tel secteur du cœur.

Il en est, en somme, de l'électrocardiographie comme de tous les autres modes d'investigation médicale, comme d'un signe d'auscultation ou d'une radiographie : un E. C. G. demande à être interprété avec prudence, ce qui exige une notable expérience électroradiographique, jointe à un sens clinique averti ; il demande aussi à être confronté avec les autres données cliniques et radiologiques de l'examen, parmi lesquelles il tient une place méritée, mais sans les supplanter.

L'onde auriculaire P peut être tantôt élargie et d'amplitude augmentée (affections mitrales, thromboses coronaires, hyperthyroïdie), tantôt élargie et bifide (rétrécissement mitral par hypertrophie et dilatation de l'oreillette gauche), tantôt aplatie, tantôt diphasique et inversée.

L'espace auriculo-ventriculaire P R ou P Q peut être non seulement allongé au delà de 0''20, mais en outre déformé : par exemple, décalé au-dessus ou au-dessous de la ligne iso-électrique, ou encore oblique ou curviligne. En pareil cas, il s'agit souvent de lésions du myocarde auriculaire par trouble de la circulation coronarienne.

Les *ondes ventriculaires Q R S* peuvent être modifiées dans leur hauteur, leur largeur, leur forme (encoches, bifidité). A ces atypies s'ajoutent parfois des anomalies de l'onde lente T, plus ou moins fusionnées avec l'espace S T : asynchronisme dans la contraction des deux



ventricules, la branche de His étant interrompue par une lésion organique.

Le bas voltage est réalisé, lorsque la hauteur des ondes rapides principales n'excède pas 5 millimètres dans aucune des trois dérivations : il s'observe dans des affections myocardiques graves et diffuses (insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque), mais aussi dans la péricardite à épanchement, pendant les maladies infectieuses aiguës, dans l'emphysème pulmonaire, dans le myxœdème.

Le segment intermédiaire R T ou S T, doit toujours coïncider avec la ligne iso-électrique. Lorsqu'il s'en écarte de plus d'un millimètre, on est en droit de penser à une lésion organique du myocarde.

L'onde ventriculaire lente T doit toujours être dirigée vers le haut ; le bas voltage dans les *trois* dérivations témoigne toujours que le muscle ventriculaire est en mauvaise condition, et souvent qu'il est le siège de lésions diffuses et graves.

En conclusion, l'électrocardiographie est une méthode simple, précise, essentiellement clinique, qui donne sur l'activité myocardique des renseignements précieux qu'aucun autre mode d'investigation ne peut actuellement fournir. L'E. C. G., interprété avec une prudence jointe à une certaine expérience du procédé, peut, à lui seul, mettre en évidence une lésion, qui échappe souvent à l'auscultation et aux rayons X ; non seulement il révèle des altérations myocardiques ou fonctionnelles, mais parfois même en indique le siège en tel ou tel point du cœur, et en précise l'étiologie.

G. FISCHER

ACCÉLÉRATION DE L'ÉRUPTION DENTAIRE PAR HYPERVITAMINOSE D

En pathologie, on parle surtout des manifestations des avitaminoses, qui sont fréquentes, mais il existe aussi des manifestations, plus rares, des *hyper*-vitaminoses.

L'avitaminose D intervient dans le rachitisme. L'hypervitaminose D provoque des phénomènes d'ordre inverse, d'hypercalcification, qui se traduisent par des productions calciques, cutanées, artérielles, des lithiases calciques et, à un moindre degré, par des modifications dentaires, à savoir une accélération de l'éruption dentaire. Les premiers accidents sont, à la vérité, exceptionnels et ne se produisent qu'au cours de traitements par des doses fortes et prolongées (plusieurs mois) de vitamine D.

L'accélération de l'éruption dentaire, chez le nourrisson, par hypervitaminose D de moyenne intensité, est moins rare. Elle est même quelquefois recherchée en thérapeutique pour remédier aux retards de la poussée dentaire. Le Professeur G. Mouriquand prescrit volontiers la vitamine D à doses modérées, en pareille circonstance, avec de fréquents succès.

Toutefois, le traitement doit être surveillé et l'emploi de la vitamine D ne doit pas être prolongé au-delà de la limite qui convient. M. Mouriquand a rapporté, à ce propos, dans le *Lyon Médical*, un cas où, la mère de l'enfant ayant continué d'elle-même, sans surveillance médicale, pendant une année, l'administration de la vitamine D, il s'ensuivit une accélération très accentuée de l'éruption dentaire, dépassant le but.

Il s'agit d'un nourrisson de cinq mois à qui l'on avait prescrit, en raison de son inappétence, huit gouttes par jour de vitamine D en solution huileuse. Le médicament est donné pendant quinze jours, arrêt de dix jours, reprise de quinze jours, et ainsi de suite pendant un an. L'enfant aurait ainsi pris 160 gouttes par mois, soit environ 1.900 gouttes en douze mois (1.500.000 unités internationales), doses très importantes et prolongées. La mère déclare que dès qu'elle cessait les gouttes, l'appétit diminuait rapidement, ce qui l'obligeait à les reprendre, d'où la longue durée du traitement vitaminique.

Quoiqu'il en soit, chez ce nourrisson, la première dent (incisive inférieure) apparut vers le cinquième mois et les autres dents poussèrent au rythme d'une tous les huit ou dix jours, si bien qu'à l'âge de douze mois, 200 jours après le début de la cure vitaminique, toutes les dents (au nombre de vingt) avaient poussé.

L'accélération de l'éruption dentaire ne s'est d'ailleurs accompagnée d'aucun autre trouble, ni local (pas de réaction gingivale), ni général (pas de calcifications cutanées ou autres). Elle paraît bien avoir été en rapport avec la forte vitaminisation de l'organisme en vitamineD, calcifiante, et dépendre de l'hyper-vitaminose D, celle-ci ayant entraîné un véritable forçage de la nutrition dentaire, une précipitation calcique prématurée.

Le Professeur Mouriquand retient de cette observation les indications pratiques suivantes :

1° L'action de la vitamine D sur l'éruption dentaire est d'une réelle valeur thérapeutique ;

2° Mais cette action doit être ménagée. De fortes doses aussi prolongées que celles données à cet enfant entraînent une accélération « pathologique » non désirable, de la poussée dentaire, et peuvent conduire aux autres manifestations parfois sévères de l'hyperavitaminose D.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sexualité, accroissement pondéral et poids pendant l'enfance et la jeunesse

Le Professeur NOBÉCOURT démontre que, durant ces périodes de la vie, l'accroissement pondéral et le poids, comme la croissance staturale et la taille, revêtent des modalités particulières chez le garçon et chez la fille ; ils sont grandement influencés par la sexualité.

A la naissance, le poids et le rapport du poids à la taille de la fille sont inférieurs à ceux du garçon ; la taille est également un peu plus petite. De la naissance à dix ans, l'accroissement du rapport du poids à la taille, plus fort chez la fille que chez le garçon, témoigne d'une certaine influence de la féminité sur le poids. De dix à quatorze ans, la fille conserve une tendance à être un peu plus petite que le garçon et pèse encore un peu plus que lui. De quatorze à vingt ans, le poids du garçon devient supérieur à celui de la fille ; son excès pondéral augmente chaque année, surtout à dix-huit et dix-neuf ans ; à vingt ans, il reste sensiblement le même.

Pour l'accroissement pondéral comme pour la croissance staturale, les modalités communes aux deux sexes ou particulières à chacun paraissent être sous la dépendance de propriétés acquises par l'ovule au moment de la fécondation, alors que le sexe de l'embryon est déjà déterminé, du sexe somatique ou génétique, plutôt que sous l'influence des hormones sécrétées par les glandes sexuelles au cours de l'existence. Mais, il règne à ce sujet beaucoup d'incertitude ; on ne peut émettre que des hypothèses. (*Paris médical*, 14 décembre 1940.)

Influence de l'alcool éthylique ingéré

MM. Guy HAUSSER et Louis TRUFFERT ont déjà montré qu'au point de vue médico-légal, pour des taux d'alcoolémie voisins de 1 p. 1.000, en tous cas inférieurs ou égaux à 2 p. 1.000 en poids, le dosage de l'alcool dans le sang et la salive était insuffisant, et qu'il était nécessaire d'effectuer des recherches cliniques complémentaires, comportant notamment des épreuves psycho-techniques. Ce sont les résultats de ces recherches, qu'ils viennent d'exposer.

Ils ont ainsi constaté que de faibles doses d'alcool de 0,5 à 1 p. 1.000 avaient une influence certaine sur les réflexes des individus. (*La Presse médicale* 28 décembre 1940.)

Traitement de l'eczéma par les sulfamides

Le Docteur P. CHEVALLIER préconise l'emploi d'une pommade à base de sulfamide, qui ne doit pas être faite à plus de 40 p. 100 ; celle-ci n'a jamais donné de phénomènes toxiques.

A l'intérieur, il convient de donner des doses suffisantes de sulfamides, et d'emblée les doses maxima. La dose optima paraît être de 3 grammes (six comprimés à 4 grammes par jour ; 3 gr. 50 paraissent généralement suffisants). On continue cette dose au moins cinq jours, dix parfois, si cela est possible ; on peut aussi, lorsque l'effet est nettement déclenché (après quelques jours) diminuer la dose. Les doses, d'abord légères, puis progressivement augmentées, ne donnent pas de bons résultats. Il est très important que les sulfamides soient pris par doses fractionnées toutes les heures et demie à deux heures. Le grand inconvénient des sulfamides est l'intolérance stomacale (état nauséeux, vomissements).

La pâte-pommade aux sulfamides a des indications plus larges que l'administration buccale. Mais les indications sont les mêmes pour le traitement externe et pour le traitement interne.

Ne sont pas justiciables des sulfamides : les eczémas vésiculeux, les eczémas lichénifiés localisés, les eczémas lamelleux des jambes, les eczémas mixtes.

Sont justiciables des sulfamides, les eczémas parakératosiques secs ou suintants, qui sont, en presque totalité, l'ancien eczéma séborrhéique de Unna. Ils constituent le triomphe de la médication sulfamidée ; elle s'y montre d'autant plus active que l'eczéma est plus aigu, plus étendu, plus suintant ; elle est presque toujours remarquable dans les poussées intenses, atténuant extrêmement vite le prurit et le suintement, et même les supprimant parfois dès le second ou le troisième jour de la cure. Elle est, au contraire, beaucoup moins rapide d'action, lorsque l'eczéma est sec et torpide, même s'il est récent. Les résultats les meilleurs s'obtiennent lors des poussées aiguës ou subaiguës. Il ne semble pas que, sinon de façon constante, du moins en règle générale, la guérison soit complète ; il reste une plaque d'eczéma larvé, dont le malade ne s'occupe même pas, mais qui laisse prévoir des rechutes ultérieures. (*Paris Médical*, 10 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La conservation des vitamines dans les aliments. Rôle du froid artificiel et des agents chimiques

(M. H. MARTEL ; 21-1-1941)

Le froid artificiel conserve les vitamines des viandes et abats, du poisson, du lait, des œufs, des beurres et fromages, des jus de fruits désaérés, etc.

Les viandes congelées, toutefois, ont leurs gras de surface qui subissent l'action de l'air. La rancidité qui y survient peut constituer une source d'affaiblissement des vitamines liposolubles. Après trois à quatre mois à — 8° les gras de la viande de porc deviennent rances ; après douze mois, la rancidité a pénétré jusqu'à 2 à 4 millimètres de profondeur.

La congélation est le meilleur moyen de conserver les vitamines des légumes : vitamines C, B^1, B^2, et A des épinards ; C, B^1, B^2, des petits pois et des asperges ; B^1, B^2, des haricots verts. La réfrigération, même prolongée, protège très bien la vitamine C des pommes de terre.

Se rappeler aussi que les légumes perdent facilement une partie de leur acide ascorbique avant l'arrivée sur le marché et avant l'entrée à l'usine de congélation.

On ne sait quelle peut être l'action sur les vitamines de nombre de substances chimiques plus ou moins employées en matière alimentaire : nitrate de potasse des saumures utilisées en charcuterie ; nitrate de soude toléré à faible dose dans le sel de salage des beurres ; acide borique et borate de soude admis dans les beurres, les morues d'exportation ; nombreux colorants naturels ou synthétiques ; antiseptiques conseillés par divers auteurs pour les conserves alimentaires, etc.

L'idéal, dit M. Martel, est de conserver les produits alimentaires sans le secours des substances chimiques. Le froid artificiel reste le meilleur moyen de préserver les vitamines des aliments.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos du traitement des blessures cranio-cérébrales.

(MM. Marcel DAVID (Paris) et Daniel FEREY (Saint-Malo) ; 16-10-1940)

Les auteurs semblent avoir été, dans leur spécialité, parmi ceux qui ont opéré le plus de blessés du crâne dans cette guerre, du fait, disent-ils eux-mêmes, de la stabilité de leur centre situé à Verdun et qui recevait tous les blessés de la IIe armée. Ils ont reçu à leur ambulance 389 blessés cranio-cérébraux et ils en ont opéré 288. Leur activité se décompose en deux périodes : une calme, d'octobre 1939 à mai 1940, et l'autre extrêmement active, du 10 mai au 12 juin 1940. On note dans leur mémoire, la fréquence des blessures au niveau de l'hémisphère gauche (116 contre 117), la rareté des blessures du cervelet. Après avoir réchauffé, traité le shock, ils procédaient de la façon suivante :

Ils n'opéraient pas les blessés du crâne dans le coma et qui présentaient des troubles du rythme respiratoire, des troubles de la déglutition, et les hypertendus artériels (25-29 quelquefois) car après deux essais infructueux, leur opinion fut faite. Il en fut de même pour un cas de hernie cérébrale infectée, arrivée à leur ambulance au troisième jour. En fait, sur 39 blessés graves non opérés, la mort est survenue entre dix minutes et dix-huit heures après leur admission.

Pour ceux chez lesquels on intervenait, après avoir institué un traitement anti-shock, le cuir chevelu était rasé complètement, et une radiographie de face et profil était faite systématiquement.

L'intervention fut pratiquée chaque fois qu'ils constataient une blessure d'un sinus veineux, quand ils pensaient qu'un ventricule était ouvert, quand ils soupçonnaient une compression progressive par hématome ou œdème cérébral, et *bien entendu dans toutes les plaies cranio-cérébrales ouvertes.*

Le délai optima pour opérer ces blessés semble être entre cinq et dix-huit heures. Ils en ont opéré dont la blessure datait de vingt-quatre et même de quarante-deux heures, mais la date extrême moyenne, ne doit pas dépasser vingt-quatre à trente heures. Ils attirent l'attention sur l'absence presque complète de complications infectieuses grâce au Dagenan, donné uniquement *per os*, très rarement en injection, à la dose de 6 grammes les deux premiers jours, 4 grammes les deux jours suivants, 2 grammes les deux derniers jours. Ils ont différé l'intervention dans les plaies punctiformes par balles ou petit éclat sans signe neurologique et dans les commotions légères avec plaie du cuir chevelu et légère fissure de la voûte, mais en faisant surveiller très attentivement ces blessés par un personnel compétent.

Chez les polyblessés, toujours commencer par les blessures des membres ou des viscères ; l'anesthésie générale étant presque toujours indispensable, elle entraîne une congestion encéphalique passagère qui

risquerait de faire saigner ou de provoquer un œdème cérébral si le cerveau avait été opéré en premier.

Presque tous leurs opérés l'ont été à l'anesthésie locale.

Le choix de l'intervention

Il leur a été dicté par les cas qu'ils ont pu étudier de près pendant la période calme et au début de la période active et par plusieurs autopsies qui leur ont montré ce qu'ils appellent *le cône d'attrition*, beaucoup plus étendu que l'éclat ou les esquilles qui ont pénétré dans le cerveau ne le laisseraient supposer. Ils pensent que l'éclat métallique et les esquilles en pénétrant arrachent à une grande distance autour d'eux, comme par un mouvement d'hélice ou de tourbillon, la matière cérébrale, et c'est ce tissu mort qui est la cause des complications secondaires. Il faut donc :

Tailler un volet cranien ostéo-plastique, qui seul permet une exploration complète du cerveau, des sinus, des méninges, la fermeture de la dure-mère et évite la hernie secondaire et la fistule persistante de liquide céphalo-rachidien.

Nettoyer très soigneusement le *cône d'attrition cérébrale* et faire une hémostase rigoureuse. Aller nettement en tissu sain après avoir enlevé éclats métalliques, esquilles, bouillie cérébrale, caillots. L'aspiration facilite énormément l'opération.

Eviter toute solution de continuité entre l'extérieur et le cerveau lors de la fermeture. Fermer à tout prix la dure-mère. Ils ont employé pour cela systématiquement la membrane d'amnios et se sont toujours efforcés de recouvrir l'orifice d'entrée par le cuir chevelu, quitte à laisser à nu à distance une surface plus ou moins grande d'aponévrose épicranienne.

La seule contre-indication à cette technique, en dehors d'une infection marquée, est une trop grande perte de substance osseuse et un délabrement cutané trop important.

Les suites opératoires

Elles leur ont paru simples, beaucoup plus simples que celles des tumeurs cérébrales. Ils notent seulement la très grande et fréquente agitation des blessés pendant les premières quarante-huit heures. Par contre, ils attribuent l'absence de complications infectieuses au Dagénan. Ils citent quelques cas où par faute de ravitaillement pendant deux jours, ils n'ont pu en donner à tous leurs entrants et où ils ont vu apparaître de petites réactions infectieuses qui ont disparu dès qu'ils ont pu être réapprovisionnés.

Les résultats immédiats ont été bons. Ils enregistrent sur l'ensemble 10 % de mortalité, qui passe par contre à 24 % si l'on ne tient compte que des 83 hernies cérébrales opérées. En effet, sur les 288 opérés, ils ont eu 28 morts dont 20 chez des blessés porteurs de hernies cérébrales infectées ou non.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le diagnostic précoce de la spondylose rhizomélique

(M. Mathieu-Pierre WEIL ; 2-11-1940)

On connaît le syndrome clinique constitué par une ankylose de la colonne vertébrale et des articulations de la racine des membres. La maladie siège au niveau des articulations vertébrales postérieures ; mais la mise en évidence de ces arthrites reste extrêmement délicate. S'il est permis chez un homme jeune et élancé qui souffre du dos, dont la colonne vertébrale est inapte aux mouvements, de soupçonner l'affection, la confirmation radiologique, par l'exploration des articulations vertébrales postérieures, reste des plus difficiles à fournir, en raison de l'obliquité de ces articulations, qui est variable avec le segment du rachis envisagé.

L'auteur pense avoir apporté un élément important au diagnostic de la maladie, en mettant en évidence un phénomène radiologique initial, et des plus faciles à reconnaître : l'arthrite ankylosante et bilatérale des articulations sacro-iliaques. Celle-ci semble antérieure à l'atteinte intervertébrale ; elle constitue plus qu'un signe de présomption ; elle apporte la certitude, surtout s'il s'agit d'un homme et d'un individu jeune, surtout si, par ailleurs, les épreuves radiologiques peuvent mettre en évidence la plus minuscule calcification ligamentaire. Les résultats thérapeutiques viendront confirmer l'intérêt d'un diagnostic posé bien avant que les calcifications ligamentaires aient atteint leur degré caractéristique, catastrophique et terminal.

Les accidents de la thérapeutique hormonale et leur prévention

(15 et 22-11-1940)

M. E. BOLTANSKI rapporte un cas de diabète consomptif, apparu chez un prédisposé, au cours d'un traitement pour ectopie testiculaire bilatérale par des injections sous-cutanées du principe gonadotrope extrait du sérum de jument gravide. Il semble, dit-il, que la prudence commande de s'abstenir d'utiliser l'hormone gonadotrope chez les sujets à hérédité diabétique chargée.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et JUSTIN-BESANÇON constatent que les accidents consécutifs à l'emploi des hormones sont de ceux qui préoccupent actuellement les cliniciens. Des inquiétudes analogues ont surgi chaque fois qu'une chimiothérapie nouvelle s'est imposée, qu'il s'agisse des arsénobenzènes, des barbituriques, ou des sulfamides. Or, entre la chimiothérapie et l'hormonothérapie, les différences sont en train de s'effacer. Non seulement on fait aujourd'hui la synthèse des hormones naturelles, mais encore celle de substances artificiellement douées de propriétés voisines. Cette chimiothérapie hormonale pose des problèmes tout différents de

ceux de l'opothérapie classique, pratiquée avec les extraits totaux ou poudres d'organes, moins actifs et proportionnellement moins toxiques.

Aussi semble-t-il opportun de rappeler la nécessité d'une surveillance médicale de cette thérapeutique et de souhaiter que la prescription des hormones reste l'apanage des médecins.

Phlegmon gazeux suraigu, mortel en vingt-quatre heures, par injection d'adrénaline

(M. G. Milian ; 22-11-1940)

L'auteur, à l'occasion de cette observation, insiste sur les dangers que présente le pouvoir biotropique de l'adrénaline. On avait pratiqué une injection intrafessière d'un milligramme d'adrénaline. Dans les régions œdémateuses et suppurées du phlegmon, on a trouvé en extraordinaire abondance le bacillus perfringens, qui a joué certainement un rôle considérable dans la destruction et la dislocation des muscles, puisque, à l'incision de la fesse à l'autopsie, il sortit des gaz abondants. Il s'est agi là, à côté de l'action mécanique de l'adrénaline, d'une infection suraiguë due à ce bacille anaérobie, puisqu'elle a évolué en un peu plus de 24 heures et amené la mort du sujet en ce court espace de temps.

Le B. perfringens, circulant vraisemblablement dans l'organisme, s'est fixé au point injecté comme dans un véritable abcès de fixation. L'adrénaline, dont l'action biotropique a été démontrée *in vitro*, a exercé une action stimulante directe sur ce bacille. L'administration de ce médicament doit donc être entourée de certaines précautions, et non pas supprimée de la thérapeutique : asepsie sérieuse des seringues ; injection sous-cutanée en plusieurs points d'une même dose, au lieu d'une injection intramusculaire ; abstention chez les sujets atteints d'affections intestinales ulcéreuses et infectieuses, capables de provoquer le passage du B. perfringens dans le sang.

Erythrémie chez une malade atteinte de dilatation de l'artère pulmonaire

MM. R. Kourilsky, J. Regaud et H. Dugrenot ; 29-11-1940)

La coexistence d'une érythrémie vraie et d'une dilatation de l'artère pulmonaire est très rare. Ici, le diagnostic a pu être établi cliniquement, puis vérifié anatomiquement. Une femme de 70 ans présentait une coloration particulière des téguments, qui tenait à la fois de la cyanose et de l'érythrémie, et qui s'accompagnait effectivement d'une polyglobulie dépassant 7.000.000 de globules rouges. L'existence d'une splénomégalie modérée aurait fait croire à une érythrémie, si l'on n'avait découvert à l'auscultation un dédoublement du deuxième bruit pulmonaire et, à l'examen radiologique, des hiles énormes et battants, évoquant aussitôt l'idée d'une affection pulmonaire.

L'autopsie démontra l'existence : 1° d'une dilatation cylindrique du tronc de l'artère pulmonaire et de ses branches extra et intra-pulmonaires. 2° D'une reviviscence médullaire d'ordre érythrémique sur tous les os accessibles ; 3° d'un mégacæcum. Il est donc intéressant de noter, d'une part, l'existence de dilatation congénitale de l'artère pulmonaire ; d'autre part, la possibilité de voir se développer chez ces sujets, non seulement une polyglobulie par anoxhémie, secondaire à la stase pulmonaire, mais encore, à la longue, une érythrémie vraie.

Les dilatations congénitales de l'artère pulmonaire

(MM. R. Kourilski, M. Guédé et J. Regaud 29-11-1940)

Les auteurs communiquent dix observations, dont neuf avec autopsie ; elles montrent que la dilatation congénitale de l'aorte existe avec des aspects différents, et peut être diagnostiquée cliniquement ; elle a été rencontrée dix fois sur 350 autopsies. L'origine congénitale est prouvée par l'intégrité de structure anatomique et histologique des parois de l'artère et par la fréquence des malformations congénitales associées (six fois sur neuf), soit cardiaque (communication inter-auriculaire), soit pulmonaire (kyste congénital), thyroïdienne (goitre plongeant), rénale (reins polykystiques), articulaires (luxation congénitale).

Le signe, qui permet essentiellement le diagnostic, est l'examen radiologique, lorsqu'il fait constater la saillie anormale de l'arc moyen et des crosses pulmonaires et la pulsatilité violente et diffuse de chacun de ces éléments. Tous les autres symptômes physiques peuvent être extrêmement variables (dédoublement du deuxième bruit pulmonaire, souffle systolique pulmonaire, accentuation du deuxième bruit pulmonaire) et peuvent manquer. Il en est de même de l'irrégularité des symptômes fonctionnels. Les aspects cliniques de la dilatation de l'artère pulmonaire sont variables suivant les lésions cardiaques ou vasculaires qui lui sont associées.

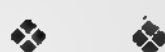
L'évolution est variable ; la lésion peut rester latente ; elle peut se révéler à la longue par des signes particuliers (dyspnée d'effort, surtout cyanose et même érythrémie), ou bien elle peut être méconnue le cœur ayant subi lui-même des atteintes rhumatismales inflammatoires, lésant le myocarde et les valvules, qui viennent la masquer.

M. Lian. — La connaissance de la dilatation congénitale de l'artère pulmonaire est une donnée importante, mais insuffisante vraisemblablement à expliquer tous les cas où la dilatation artérielle pulmonaire ne rentre pas dans les cadres déjà connus.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité



UN OBSTACLE AUX PROGRÈS DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE

Dans le *Concours Médical* du 16 février, le Docteur Maire, au cours d'un long exposé, cherche à donner une forme concrète à l'organisation en ville de la médecine par équipes. Dans le *Concours Médical* du 23 février, le Docteur Noir reprend de son côté son ancienne idée de la maison médicale rurale où nous pourrions aussi, en nous organisant par équipes, utiliser un matériel plus important et plus moderne, pratiquer une plus fréquente collaboration et obtenir ainsi de notre travail un meilleur rendement pour le plus grand bien de nos malades.

Mais, nous dit le Docteur Noir, « cette idée se heurta à l'esprit individualiste du plus grand nombre. »

L'esprit individualiste est, et surtout il fut, un sérieux obstacle à la réalisation d'un tel progrès, mais nous pensons que celui-ci se heurte plutôt à la nécessité d'investir quelques capitaux et à la crainte des médecins de faire ce sacrifice en pure perte. Ont-ils tout à fait tort ?

La plus belle création du dernier demi-siècle en matière d'organisation de la médecine, création due uniquement à des initiatives privées, fut la décentralisation chirurgicale. Partout en province, elle a mis la chirurgie à la portée de tous avec des chirurgiens qualifiés et bien outillés ; elle a fait mieux connaître aux médecins et au public ce que l'on pouvait attendre des progrès techniques de cet art ; elle a largement contribué à ces progrès. Qui pourrait évaluer son heureuse influence sur la mortalité et la morbidité générales et sur la valeur physique de la population ?

La décentralisation chirurgicale a exigé de la part de tous ceux qui l'ont faite l'investissement de capitaux importants qui ont été généralement rémunérés. Mais ces maisons de santé se voient aujourd'hui menacées par la transformation des hôpitaux en hôpitaux toutes classes qui leur feraient à armes inégales une âpre concurrence et les ruineraient. Déjà, dans ces dernières années, certaines caisses d'assurances ont su, pour obtenir de chirurgiens propriétaires de maisons de santé, des tarifs excessivement bas, faire jouer la menace de leur refuser leur agrément, ce qui équivalait à la ruine pour des établissements que l'on avait eu le courage de créer dans des régions ouvrières.

En face de tels exemples, comment demander aux médecins de créer des centres de diagnostic ou des maisons médicales rurales ? Ils n'ont pas non plus perdu de vue tous ces dispensaires de soins que des municipalités, des Sociétés de secours mutuels, des établissements industriels, des Sociétés de secours aux blessés militaires, des Caisses d'assurances, et tant d'autres ont créés à leur porte dans un but qui n'était pas souvent philantrophique. Trop de gens, trop de collectivités rêvent d'organiser la médecine et de faire de quelques médecins leurs salariés. L'indépendance qu'il ne faut pas confondre avec l'individualisme, et qui nous semble indispensable à l'exercice d'une profession basée sur la confiance, porte ombrage à certains milieux qui étendraient volontiers leur autorité sur tous les corps de la nation. Cela rend pratiquement impossible toute initiative créatrice de la part des médecins.

Que l'on donne au Corps médical aujourd'hui réuni tout entier dans un Ordre, le pouvoir d'organiser réellement la médecine en accord avec les hautes personnalités responsables ; que l'on enlève ce pouvoir à tous autres ; qu'on donne à l'Ordre des médecins la direction technique de tous les établissements de soins existant ; qu'on donne aux médecins la certitude que les efforts personnels ou collectifs qu'ils feront pour organiser ne seront pas contrecarrés ou annihilés par une concurrence étrangère à eux, et on les verra prendre courage, oser, entreprendre et mettre l'organisation des soins aux malades en rapports plus étroits avec les progrès techniques de notre art.

Dr HUMBEL

BAREME D'HOSPITALISATION

Par les Docteurs J.-P. Lamare et Maurice Larget
Chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Associés nationaux de l'Académie de chirurgie

Les Caisses d'Assurances sociales ont commencé, les Mutuelles chirurgicales ont continué, car elles sont toutes obligées, pour établir leur budget, de prévoir des durées d'hospitalisation. A cette fin elles ont établi des barêmes qui précisent pour chaque intervention chirurgicale le nombre de jours d'hôpital ou de Maison de santé dont elles entendent assumer les frais (1) Elles ont prévu la possibilité de prolonger ce séjour, dans certaines conditions, mais ces frais supplémentaires doivent être exceptionnels sous peine de retirer au barème toute vertu et toute signification.

Malheureusement la vie s'accorde mal de prévisions immuables et il est bon de se demander s'il est possible de satisfaire les nécessités financières en même temps que les fantaisies de la matière vivante.

La lecture de ces barêmes nous incite à quelques remarques :

1° Il ne faut pas que les chiffres proposés soient systématiquement faux. Une fracture de cuisse n'est pas consolidée en 45 jours. Il y a donc lieu de réviser ce chiffre en *fonction du mode de traitement qu'imposent les lésions.*

Si la réduction de la fracture est obtenue et bien maintenue par un plâtre qui permet le transport de retour au foyer, et les transports de contrôle consécutifs, une quinzaine de jours d'hospitalisation suffisent. Si en revanche une traction continue a été reconnue nécessaire la sortie ne peut être autorisée qu'au 90e jour, et encore.

Une appendicectomie à *chaud ou à froid* qui s'est terminée par une fermeture totale de la paroi abdominale est cicatrisée en moins de neuf jours. Mais si un drainage a été rendu nécessaire par la présence de pus, l'état sphacélique de l'appendice (appendicite aiguë), ou la rupture saignante d'adhérences anciennes (appendicite chronique), neuf jours constituent une hospitalisation nettement insuffisante. Cette même remarque s'applique aux laparotomies, aux plaies traumatiques également.

De cette première remarque découle un principe : *Le mode opératoire imposé par les lésions, bien plus que le nom de la maladie, détermine la durée d'hébergement.*

A ne considérer que la qualification de la maladie, même sous la rubrique : Traitement de..... ; sans tenir compte du mode de traitement qui varie suivant les lésions, les constructeurs de barêmes risquent fort de voir infirmer leurs prévisions, donc crouler leur budget.

2° Pour quitter l'hôpital ou la Maison de santé un malade utilise ses membres inférieurs (surtout en ces temps de restriction de moyens de transport). Il est capable de marcher même s'il porte une lésion du membre supérieur, mais il faut qu'il puisse marcher sans dommage. Il y a donc lieu de prévoir une durée d'hébergement différente, *selon qu'il s'agit d'un membre supérieur ou d'un membre inférieur,* pour les plaies profondes avec ou sans corps étranger, avec ou sans section tendineuse ou musculaire, avec ou sans lésion vasculaire ou nerveuse. Il en va de même pour les fractures, les arthrotomies, les adénectomies, etc.....

La prise en considération du drainage ou du non drainage, de la localisation au membre supérieur ou au membre inférieur a été proposée par les Caisses d'Assurances sociales à certains hôpitaux. Il faut féliciter l'union des Caisses de cette *heureuse initiative qui devrait être codifiée et rendue officielle par une modification imprimée des barêmes.*

3° Nous savons maintenant que l'opération chirurgicale constitue à l'égard de l'organisme une véritable agression qui déclanche une maladie que le Professeur Leriche a justement dénommée « La maladie post-opératoire. »

La gravité de cette maladie traumatique n'est pas en rapport avec la gravité de celle qui a motivé l'acte chirurgical, ni avec l'importance de celui-ci. Certains malades sont morts après une petite opération pratiquée pour une maladie bénigne, d'autres supportent allègrement l'opération sérieuse indiquée par une affection grave.

Si dans certains cas la détermination de la résistance d'un organisme s'efface devant l'urgence de l'acte opératoire, en revanche, avant toute opération « à froid », il est indispensable d'établir parfaitement le degré de résistance des organismes à l'agression opératoire et d'accroître ensuite cette résistance, si celle-ci est reconnue insuffisante. Cette résistance nous pouvons la mesurer jusqu'à un certain point par une série de recherches qui nous renseignent mieux que l'analyse des urines, l'examen pulmonaire et cardiaque, dont nous devions nous contenter jusqu'à présent.

C'est un véritable *bilan de santé* qu'il y a lieu d'établir avant chaque intervention, si nous

(1) *Bulletin Médical*, J-P. Lamare et M. Larget.

voulons traiter nos malades, quelque soit leur condition sociale, comme ils ont le droit de l'être, si nous voulons, comme c'est notre devoir, diminuer les risques opératoires, si nous voulons ne pas nous contenter d'opérer « à la chaine » aux risques et périls de nos patients. *Des morts, des complications, des prolongations de séjour sont évitées par les examens et la préparation* qui précèdent l'opération.

Les examens pré-opératoires, dont nous venons de montrer là nécessité, exigent du temps, un à deux jours en moyenne. La correction des défauts organiques révélés par ces examens exige elle aussi un certain laps de temps variable selon la qualité et selon le degré des insuffisances.

Or, il est des malades que leur situation sociale, leur profession autorisent à faire exécuter les examens préalables par un laboratoire de ville, qui peuvent en outre suivre un traitement correcteur sous la direction de leur médecin traitant, en interrompant, si besoin est, leurs occupations professionnelles. Ce sont là les clients habituels des Maisons de santé. Leur admission en clinique peut se faire la veille de l'opération. Les autres ne peuvent sans dommage pécuniaire interrompre leur travail, se plier à des déplacements parfois multiples. Ils n'ont pas les moyens de faire les frais d'examens et d'analyses dont les Caisses n'assurent pas le total remboursement. Ceux-là ne sont opérés que plusieurs jours après leur entrée à l'hôpital. Pour eux la durée d'hébergement est aggravée par cette période pré-opératoire.

4º La qualité du milieu qui doit accueillir l'hospitalisé dès sa sortie entre en ligne de compte pour l'établissement d'un barême de séjour. De cette qualité dépend en effet l'état dans lequel le malade peut quitter la maison de soins. Nous avons envisagé cet état il y a trois ans déjà (1) et nous avions conclu que les Caisses d'Assurances, dans l'état actuel de leurs finances, ne paraissaient guère pouvoir entretenir le séjour à l'hôpital de leurs adhérents jusqu'en fin de convalescence, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'ils soient *en état de reprendre leur travail*. Nous pensions qu'il était inhumain de les renvoyer alors qu'ils étaient en cours de traitement, *encore infirmes* et susceptibles d'aggraver leur lésion par manque de surveillance chirurgicale, d'augmenter aussi par leur seule présence les charges et les soucis de leur famille.

L'état de convalescent nous paraissait le seul que nous puissions envisager pour nos malades au moment de leur sortie de la maison de soins. Encore convient-il de distinguer à cet égard les clients des maisons de santé, et les clients des hôpitaux.

(1) *Bulletin Médical*, 5 mars 1938.

Les premiers, dans la mesure où ils ont la possibilité, que nous avons mentionnée déjà, de n'entrer en clinique que la veille de l'opération, possèdent aussi les moyens de retourner en convalescence dans une famille qui peut les accueillir, les soigner, et les faire surveiller. Les seconds trouvent à leur retour soit un foyer vide parce que les autres membres de la famille sont retenus au dehors par leur indispensable métier, soit un foyer surchargé de besogne déjà parce que la mère de famille y est accaparée par le soin de ses enfants et de son ménage.

Aussi avions-nous suggéré aux Caisses d'Assurances, qui depuis lors se sont préoccupées de la « Réadaptation des malades au travail » le rôle magnifique qui leur restait dévolu par la création, à l'exemple de l'Assistance publique de Paris, *de Centres de convalescence* où seraient hébergés, pendant leur convalescence et à moindres frais qu'à l'hôpital, ceux que leur famille ne peut accueillir sans risques et privations, ceux aussi qui doivent, au sortir de l'hôpital, retomber dans la solitude d'un hôtel ou d'un garni.

Nous pensions en outre que le développement du Service des assistantes sociales à domicile nous paraissait apte, par l'aide efficace des *assistantes au foyer*, d'abréger la durée d'hospitalisation sans nuire au malade, sans écraser de charges et de soucis supplémentaires la famille du convalescent. Mais il faut que ces assistantes rendent les services que réclament les foyers qu'elles ont la charge d'entretenir et que, tout en n'ignorant pas le texte des lois sociales, elles soient instruites des soucis ménagers, de puériculture et douées d'une santé solide.

5º Un contrôle de la durée d'hébergement paraît nécessaire aux dirigeants des Caisses d'assurances, non pas que ceux-ci imaginent que le séjour d'hospitalisation porté sur les feuilles d'assurances ne corresponde pas à la réalité, mais parce qu'ils estiment que certains malades demeurent à l'hôpital ou à la Maison de santé pendant un temps plus long que ne l'exige raisonnablement l'intervention ou la maladie qui a motivé leur hébergement. En dépit de l'intérêt pécuniaire, minime à la vérité, qui pourrait inciter les médecins et chirurgiens des hôpitaux à prolonger indûment le séjour hospitalier de leurs malades, nous pensons que l'épuration pratiquée par l'Ordre des médecins et la crainte de sanctions réduit singulièrement ce risque. Mais si les Caisses d'assurances pensent devoir user de contrôleurs à leur solde, il paraît normal que les médecins appelés à régir ainsi les actes d'opérateurs souvent chevronnés, apportent à ce contrôle les capacités, consacrées par leurs titres, que leur auront conférées de solides études scientifiques, qu'ils

aient acquis par une longue pratique personnelle, la faculté de discerner et de comprendre les difficultés de notre art, qu'ils n'apportent ni intransigeance, ni automatisme dans l'exercice de leur métier délicat, qu'ils fassent confiance à ceux dont l'Ordre des médecins garantit l'intégrité et qu'ils n'exigent pas que ceux-ci leur dévoilent des secrets que la loi leur interdit de communiquer à quiconque, *même aux médecins contrôleurs qui doivent eux la vérité à ceux dont ils sont les représentants techniques* (1).

Un contrôle de cette qualité facilitera la mise en pratique de l'heureuse décision *prise le* 27 *mai* 1940 *par la Commission supérieure des Assurances sociales* à la suite du conflit qui mit aux prises les cliniques du Pas-de-Calais et la Caisse primaire départementale des Assurances sociales du Pas-de-Calais.

Cette décision dit ceci :

« En ce qui concerne la limitation des durées « d'hospitalisation (article 5 de la convention).....

« Considérant que si on peut prévoir, pour « les interventions chirurgicales normales, un « barème de durées probables d'hospitalisation « ayant un caractère *indicatif, une limitation « rigoureuse de la durée du séjour préalablement « à l'intervention ne paraît pas opportune,* que « la décision de la Commission régionale sur ce « point doit être confirmée.....

Aussi la Commission supérieure des Assurances sociales a donné raison à la Commission régionale contre l'avis de la Caisse primaire départementale.

Nous ajouterons à ce considérant important que la limitation rigoureuse de la durée d'hospitalisation n'est pas non plus opportune *après* l'intervention, parce que les individus ne sont pas plus égaux devant l'opération chirurgicale que devant la maladie. Le contrôle des Caisses peut alors s'exercer pour reconnaître le bien-fondé des prolongations de séjour qu'aura nécessitées l'inégalité des organismes devant l'agression opératoire.

(1) *Bulletin Médical*, 11 juin 1938. Barêmes d'hospitalisation et secret professionnel.

SUR LA QUALIFICATION DU SPÉCIALISTE

En lisant dans le numéro du 16 février la lettre d'un de nos lecteurs sur la qualification des spécialistes, je voudrais revenir sur un point qu'il soulève et qui a été souvent l'argument utilisé pour faire échouer les efforts de ceux qui demandaient qu'on ne puisse exercer une spécialité, en chirurgie en particulier, sans l'avoir apprise.

..... « *Nous connaissons tous des chirurgiens officiels qui ont beaucoup de titres théoriques : adjuvat, professorat, bureau central, agrégation voire même professorat, qui sont membres de très nombreuses sociétés savantes et qui opèrent..... disons médiocrement* » écrit notre correspondant.

Je lui répondrai que je connais quelques rebouteux qui remettent avec plus de rapidité et aussi plus d'adresse les luxations que bien des docteurs, mais que je ne saurais utiliser pareil argument pour lui laisser exercer la médecine.

L'exception ne doit pas guider nos décisions et, pour ma part, je ne me rallie point à l'avis de notre confrère. Il ne peut pas prendre pour argent comptant les moqueries souvent intéressées de camarades de salle de garde, et tous les chirurgiens que je connais, qui depuis trente ans ont passé l'adjuvat, le prosectorat, le bureau central, l'agrégation voire même le professorat, sont des chirurgiens auxquels sans hésitation je me confierais moi ou l'un des miens. Les réputations bonnes ou mauvaises ne sont pas toujours justifiées. J'ai moi-même, étant interne, blagué des patrons, monté en épingles ce que nous appelions des erreurs et qui étaient seulement des manières de voir différentes des nôtres. Mais je me rends compte à trente ans de distance que nous n'étions pas toujours justes.

Contrairement à mon correspondant je persiste à croire qu'un homme qui a étudié et *pratiqué* la chirurgie comme interne, comme chef de clinique, comme assistant, comme agrégé, comme chef de service, a autre chose qu'une instruction théorique.

J'ai vu aussi des chirurgiens autodidactes habiles, quelquefois même surprenants d'adresse, mais il ne fallait pas les sortir de deux ou trois opérations classiques sans qu'aussitôt, leur classe s'effondre, qu'ils cafouillent et que se révèle le manque total d'une solide éducation première.

La chirurgie ne consiste pas seulement en l'ablation d'un appendice ou d'un corps utérin plus ou moins fibromateux, c'est un tout qui exige, outre l'adresse manuelle, des qualités de l'esprit, du sens clinique pour poser des indications, la connaissance de la pathologie générale pour surveiller les suites opératoires ; et tout cela, si on ne l'a pas appris pendant ses études auprès des maîtres, on l'apprend aux dépens de ses malades au cours de son existence.

Il ne s'agit donc point, lorsque l'on parle qualification, d'un certificat ou d'un diplôme plus ou moins théorique, mais d'une attestation donnée honnêtement.

Dr Raphaël MASSART.

LA NOUVELLE LÉGISLATION SUR LES LOYERS

Paiement des loyers arriérés. — Limitation du prix

Depuis longtemps, la presse nous avait annoncé la préparation de textes législatifs relatifs tant au paiement des loyers arriérés qu'à la limitation du taux des loyers actuels.

Ces textes viennent de paraître à l'*Officiel*. Aussi nous proposons-nous de les commenter.

I. Loyers arriérés

La loi du 26 février 1941, parue au *Journal officiel* du 10 mars, accorde aux locataires ou occupants de bonne foi de locaux d'habitation ou à usage professionnel, loués nus ou meublés, un délai d'un an pour s'acquitter des loyers arriérés.

Le point de départ de ce délai, ainsi que les termes couverts par cette mesure, diffèrent suivant que les locataires ont été mobilisés ou non.

Les locataires non mobilisés bénéficient de cette mesure pour le paiement des loyers dus et échus entre le 2 septembre 1939 et le 31 décembre 1940.

Ces loyers sont payables en un an, par douze mensualités égales, dont la première viendra à échéance le 31 mai 1941.

Quant aux locataires mobilisés, nous savons que pour le paiement de leurs loyers courus pendant le temps de leur mobilisation, ils bénéficient déjà de plein droit, en vertu du décret-loi du 26 septembre 1939 modifié par le décret du 1er juin 1940, d'un moratoire de six mois à dater du jour de leur démobilisation, pendant lequel aucune somme ne peut leur être réclamée à titre de loyer.

La loi du 26 février 1941 leur donne en plus la faculté de s'acquitter des loyers échus en un an, et par douzièmes, la première échéance mensuelle commençant à la fin du mois au cours duquel le moratoire a pris fin.

Les loyers bénéficiant de cette mesure sont :

— ceux courus du jour de la mobilisation du locataire au 31 décembre 1940, si ce dernier a été démobilisé avant cette date.

— ceux courus pendant la mobilisation du locataire, si ce dernier a été démobilisé postérieurement au 1er janvier 1940.

Illustrons par des exemples ces règles compliquées.

Prenons tout d'abord le cas d'un médecin mobilisé en août 1930 et démobilisé le 20 juillet 1940. Le moratoire de six mois a pris fin pour lui le 20 janvier 1941. Le propriétaire peut donc lui réclamer dès maintenant le versement de la première mensualité égale au douzième des loyers échus entre le 2 septembre 1939 et le 31 décembre 1940.

Solution étrange. Comment expliquer, en effet, que ce locataire mobilisé pendant onze mois puisse se voir dès maintenant réclamer le paiement de son loyer arriéré, alors que s'il n'avait jamais porté l'uniforme, il n'aurait à s'acquitter du même loyer qu'à partir du 1er juin prochain ?

Notre législateur paraît encore une fois ne pas avoir aperçu les conséquences pratiques des textes qu'il promulgue.

Prenons comme deuxième exemple celui d'un médecin mobilisé également en août 1939, fait prisonnier, puis libéré de captivité le 15 février 1941 et mis en congé sans solde à cette date par les autorités françaises.

Le moratoire de six mois prévu par le décret-loi du 26 septembre 1939 prendra fin le 15 août 1941. C'est donc à dater du 1er septembre 1941 que le propriétaire pourra exiger le versement du premier douzième des loyers dus et échus entre le 2 septembre 1939 et le 15 février 1941.

Telles sont les règles.

Conformément au principe de la législation de guerre sur les loyers, le propriétaire conserve la possibilité d'obtenir le paiement des loyers arriérés dans un délai inférieur à un an, s'il établit en justice que le locataire est en mesure de s'en acquitter plus rapidement.

Précisons enfin que l'ensemble de ces mesures est applicable nonobstant toutes conventions contraires, sauf dans le cas où une décision judiciaire antérieure au 10 mars 1941 aurait prescrit au locataire un délai pour s'acquitter des loyers arriérés.

La loi du 26 février 1941 apporte évidemment un soulagement appréciable aux locataires touchés par la guerre, mais il faut déplorer la situation réservée aux mobilisés qui, plus que tous autres, avaient besoin d'un régime particulièrement libéral.

Souhaitons enfin qu'au jour où les prisonniers reviendront dans leurs foyers, il leur sera consenti des avantages plus substantiels encore.

II. Limitation du prix des loyers

Le Gouvernement, poursuivant son œuvre de stabilisation des prix, vient, par la loi du 28 février 1941, parue à l'*Officiel* du 15 mars, de fixer les prix limites applicables aux loyers.

Jusqu'au décret fixant la cessation des hostilités, le loyer principal et les charges des locaux d'habitation ou à usage professionnel, appartements ou chambres, loués nus ou meublés, sont stabilisés au taux en vigueur le 1er septembre 1939. Si les locaux n'étaient pas loués à cette date, les prix limites sont déterminés par analogie avec ceux des locaux similaires.

L'augmentation du loyer principal n'est possible que, dans le cas et dans les limites des dépenses effectuées par le propriétaire à l'avantage direct du locataire. Il faut entendre par là toutes améliorations dont le locataire tire bénéfice, à l'exclusion des réparations, entretien courant ou remise en état des lieux.

Quant aux charges et prestations (chauffage, eau chaude, ascenseur, tapis, concierge, taxe municipale ..), elles ne peuvent être majorées que dans la mesure où leur prix de revient aurait augmenté par rapport à celui pratiqué au 1er septembre 1939.

Le principe de la limitation du taux des loyers est donc très simple : aucun loyer ne doit, jusqu'à la cessation des hostilités, dépasser sa valeur au 1er septembre 1939.

Le législateur s'est efforcé de limiter les contestations entre bailleurs et locataires, relatives à l'application de ce principe et de décourager les tentatives de fraude, en édictant les mesures suivantes :

La loi est applicable nonobstant toutes conventions contraires, mêmes conclues antérieurement au 15 mars.

Les sommes indûment perçues par le propriétaire, c'est-à-dire celles excédant le taux limite des loyers, sont remboursables immédiatement pour celles qui ont déjà été versées par le locataire, ou déductibles sur les quittances à venir pour les autres.

Sont nuls tous les accords ou conventions, même antérieurs à la loi, conclus à l'occasion d'une location et ayant pour effet de dissimuler sous une forme quelconque une augmentation de loyer, tels que : gonflement des charges, remise d'une somme d'argent, pas de porte, reprise d'objets mobiliers pour une somme dépassant leur valeur véritable, rémunération d'une tierce personne non proportionnée au service rendu, et plus généralement tous avantages que le propriétaire se serait réservés dans le but de majorer le loyer d'une manière directe ou indirecte.

Dans le même but, la loi limite les dépôts de garantie à deux mois de loyer d'avance pour les locations au mois, et à trois mois pour les autres, quelle que soit la durée du bail.

La violation de ces mesures est sanctionnée par des peines purement civiles, dont l'institution est une innovation en droit privé.

C'est ainsi que le propriétaire convaincu d'avoir exigé un loyer supérieur au prix limite, est passible d'une amende ou d'une peine de prison. L'amende peut atteindre 100.000 francs, et l'emprisonnement deux ans.

Toutes les contestations relatives à l'application de ces dispositions seront tranchées selon les règles de procédure applicable aux demandes en réduction de loyer.

Enfin, les locataires de bonne foi ayant obtenu une réduction du loyer indûment majoré, se prouvent protégés contre toutes velléités d'expulsion de la part du propriétaire par la possibilité que leur accorde la loi d'obtenir judiciairement leur maintien dans les lieux, et ce, d'année en année jusqu'au terme suivant le décret de cessation des hostilités. Pour pouvoir bénéficier de cette prorogation, les locataires doivent occuper effectivement les lieux, par eux-mêmes ou par les personnes vivant habituellement avec eux, et payer régulièrement leur loyer.

Les règles que nous venons d'exposer déterminant le prix limite des loyers ne sont applicables ni aux locations dont le prix est déjà limité par le taux du loyer de 1914, ni à celles consenties dans les immeubles dont la construction n'était pas achevée au 1er septembre 1939.

***

Ces mesures, bien que provisoires puisqu'elles ne sont valables que jusqu'au décret fixant la cessation des hostilités, n'en constituent pas moins un ensemble cohérent.

En permettant tout d'abord aux locataires d'étaler sur un an et par douzièmes le paiement des loyers de guerre, elles allègent dans une mesure appréciable les charges de ceux qui ont été touchés par les événements.

En limitant d'autre part la hausse des loyers, elles stoppent la tendance à la hausse qui paraissait s'amorcer depuis quelques mois, et qui était particulièrement sensible sur les petits et moyens loyers.

Félicitons enfin le législateur de s'être efforcé de limiter les cas litigieux en édictant des règles précises, et de décourager les fraudeurs par l'institution de sanctions civiles. Mais regrettons toutefois le sort réservé aux locataires mobilisés et prisonniers qui méritaient un traitement plus favorable.

Brice MAUREL,
Docteur en Droit.



L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

INFORMATIONS JUDICIAIRES

L'impôt foncier, mis par le bail à la charge du locataire, doit entrer dans le calcul de la réduction à consentir par le propriétaire.

Le différentes lois sur les baux d'immeubles en temps de guerre (1), ont donné aux locataires mobilisés, non mobilisés ou réfugiés, le droit d'obtenir une réduction, d'une importance variable, sur le montant du loyer par eux dû.

Dans le commentaire de ces textes, nous avons précisé que seul le *principal* du loyer devait être réduit, à *l'exception des charges*, considérées comme un remboursement, fait par le locataire, de prestations qu'il reçoit en nature

Deux décisions jurisprudentielles — passées sous silence du fait de la guerre, mais qui sont plus que jamais actuelles — nous donnent l'occasion de souligner que si dans les charges, se trouve compris, comme il arrive fréquemment, le paiement par le locataire de l'impôt foncier normalement à la charge du propriétaire, le montant de cet impôt doit entrer dans le calcul de la réduction, et ne pas rester, massivement, à la charge du locataire.

La première de ces décisions est une ordonnance de référé du Président du Tribunal civil de la Seine, en date du 11 décembre 1939, spécialement intéressante parce qu'elle a statué sur l'application du décret-loi du 26 septembre 1939. (Il s'agissait de locaux industriels, mais les principes ne diffèrent pas, dans cette loi, de ceux relatifs aux locaux d'habitation ou professionnels). Le Président a décidé que la réduction des deux tiers du loyer qu'il accordait au locataire s'appliquait également au remboursement de l'impôt foncier *parce que cette imposition est personnelle au propriétaire et que, lorsque le contrat de bail en impose le remboursement au locataire, ce ne peut être qu'à titre de supplément de loyer* ».

La seconde décision, relative elle aussi à des locaux commerciaux, émane de la Chambre sociale de la Cour de cassation, en date du 21 décembre 1939, et tranche un litige basé sur la loi du 12 juillet 1933, spéciale aux baux commerciaux. Mais la solution adoptée a cependant un grand intérêt, de par l'autorité suprême de la juridiction dont elle est l'œuvre et de par la généralité des principes proclamés : « *Le paiement de l'impôt foncier normalement dû par le propriétaire et mis par le bail à la charge du locataire est un élément constitutif du loyer et la prestation ainsi faite par le preneur aux lieu et place du bailleur doit donc être imputée en diminution du loyer réduit...* » Tels sont les termes mêmes de la Cour de cassation.

Ces décisions ne font que consacrer, en droit privé, une thèse qui avait été admise par le Conseil d'Etat en matière fiscale, pour le calcul de la patente. *Le droit proportionnel,* a décidé la haute juridiction administrative, *doit porter non seulement sur le loyer principal mais encore sur les charges qu'un propriétaire fait payer en son acquit à son locataire, et notamment sur le montant de la prime d'assurance de l'immeuble* (Conseil d'Etat 10 décembre 1934). Il n'est que logique que le locataire recueille, en matière de loyer, le profit de l'interprétation même qui lui porte tort au point de vue patente.

En équité aussi, les décisions que nous rapportons se justifient. Il serait injuste de diminuer le montant du remboursement par le locataire de dépenses effectivement faites par le propriétaire, afin d'assurer au preneur des avantages positifs accessoires du loyer, comme le chauffage de l'immeuble, l'eau chaude, le fonctionnement de l'ascenseur, le bon état des tapis, etc... Une telle amputation entraînerait pour le propriétaire un appauvrissement incompatible avec la notion de revenu légitime et normal, à la base de la location d'immeubles.

Par contre, lorsque le propriétaire a exigé de son locataire le paiement d'une imposition personnelle comme la contribution foncière, ce ne peut être que dans le but de se procurer un revenu net de son immeuble, et la charge ainsi mise sur les épaules du locataire ne peut s'analyser que comme un supplément de loyer. Faire entrer cette fraction de prix dans le calcul de la réduction du principal est équitable, car c'est interpréter la commune intention des parties.

Rappelons en terminant que ces solutions doivent être d'autant plus approuvées que le décret-loi du 26 septembre 1939 et le décret du 30 novembre de la même année ont accordé aux propriétaires un *allègement de l'impôt foncier dans la proportion de la perte de loyers subie du fait des réductions de guerre.* Le propriétaire n'aura donc pas à payer plus à titre d'impôt foncier que la participation reçue du locataire. C'est à lui de faire, en temps voulu, les demandes de dégrèvement nécessaire.

Pierre DOURIEZ.

(1) *Concours Médical* des 3, 10 novembre 1940 et 5 janvier 1941.

LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL DES TUBERCULEUX

par le Docteur BAILLARGÉ (de Rennes)

Médecin Conseil de l'Union régionale des Caisses d'Assurances sociales.
Diplômé de l'Institut d'hygiène de Paris
Diplômé de la Clinique de la tuberculose

Question particulièrement épineuse que celle-ci ! Aussi n'avons-nous pas la prétention d'apporter à ce problème une solution définitive, mais après plus de quatre ans d'observation des assurés sociaux de la région de l'Ouest pensionnés pour tuberculose pulmonaire, nous voulons apporter ici le résultat de nos constatations personnelles.

Précisons tout de suite qu'il ne s'agit pas de l'opinion d'un médecin contrôleur atteint par une incurable déformation professionnelle. Bien au contraire, dans la grande majorité des cas nos décisions sont prises en parfait accord avec nos confrères médecins traitants et les contestations sont exceptionnelles.

Ajoutons encore que nous ne parlons que des tuberculeux pulmonaires et bien entendu de ceux dont l'état est stabilisé après un traitement plus ou moins long.

Pour les autres, les « évolutifs », la question du travail ne peut évidemment se poser.

Depuis quatre ans nous avons eu l'occasion de suivre régulièrement plus de 3.000 pensionnés des assurances sociales dont 56 % sont des tuberculeux pulmonaires et dont beaucoup avaient obtenu leur pension dès 1934-1935 ou 1936 (le cas de ces derniers peut donc déjà être apprécié avec un certain recul).

Nous les examinons le plus souvent au siège des dispensaires anti-tuberculeux et parfois même en collaboration avec nos confrères spécialisés de ces dispensaires.

Nous échangeons constamment des avis avec les médecins traitants de ces malades, qui sont souvent des spécialistes de la phtisiologie.

Voilà en gros le résumé de nos constatations.

Chaque année nous suspendons en moyenne 19 % des pensions accordées pour tuberculose pulmonaire.

C'est-à-dire que sur un effectif de 1.700 tuberculeux environ, effectif qui se renouvelle constamment par l'accord de nouvelles pensions, bon an, mal an 19 % d'entre eux (320) reprennent le travail et pour le plus grand nombre après deux ou trois ans de traitement (chiffre moyen vingt-six mois). Ajoutons en outre que sauf exception il s'agit de sujets de moins de 40 ans.

Ces sujets restant assurés sociaux et continuant à bénéficier des soins, nous sommes appelés à les revoir par la suite et notamment lorsqu'ils ont travaillé régulièrement pendant deux ans, époque à laquelle un nouvel examen est obligatoire pour préciser leurs droits à l'assurance (nous faisons grâce des détails administratifs qui n'ont rien à faire ici).

Au cours de cette période de deux ans de travail qui fait suite elle-même, rappelons-le, à deux ou trois années de traitement, nous ne constatons qu'un très petit nombre de rechutes ; moins de 2 % (1,7 % exactement). Il reste donc, en prenant les chiffres les plus défavorables, 17 % de réadaptés à la vie sociale et pour lesquels l'épreuve du travail est d'au moins deux ans.

Il faudrait sans doute plus de recul pour dire si la stabilisation est définitive ; pour une soixantaine au moins de sujets, les pensionnés de 1934-1935 et 1936, il est déjà d'au moins trois ans, voire même de quatre ans, mais comme nous n'avons pu observer encore d'une manière aussi prolongée l'ensemble du groupe, nous ne donnons cette indication qu'à titre strictement documentaire.

Sans doute aussi c'est là un chiffre bien modeste (17 %) mais disons tout de suite qu'il ne s'agit que de tuberculeux ne présentant plus aucun signe d'évolutivité (expectoration, sueurs, température) ayant retrouvé un état général satisfaisant, pour lesquels les examens radiologiques montrent un bon nettoyage ou une bonne localisation des lésions anciennes et enfin chez qui la bacilloscopie était négative depuis au moins un an au moment où le travail a été repris.

Pour les autres, soit 63 %, la récupération est beaucoup plus problématique et les suspensions de pensions sont très rares après trois ans (auxquels il faut ajouter six mois au compte de l'assurance maladie).

42 % sont décédés au cours de la première ou de la deuxième année de pension.

Le reste de l'effectif (41 %), avec bien entendu des différences très grandes d'un cas à l'autre, continue à évoluer d'une façon plus ou moins apparente ; un certain nombre, les fibreux, bacillaires intermittents, reprennent une activité normale ou quasi-normale, mais du point

de vue strictement médical on ne peut évidemment parler de stabilisation.

Ces chiffres sont ceux de la région bretonne, mais d'après une étude publiée ailleurs et dont nous parlons plus loin, ils sont sensiblement les mêmes pour les autres régions, tout au moins pour la Normandie et pour la région parisienne.

Il convient d'ailleurs pour être complet de donner quelques précisions sur la nature des cas qui composent notre effectif ; nous n'avons fait porter notre étude que sur des tuberculoses bactériologiquement et radiologiquement constatées, formes ulcéro-caséeuses plus ou moins étendues, lobites excavées, formes ulcéro-fibreuses, infiltrations plus discrètes mais confirmées par des examens de crachats répété.

Quant aux modes de traitement qui ont été appliqués à ces malades ils se répartissent ainsi :

26 % ont été traités à domicile par la cure médicale simple.

14 % ont été traités à domicile avec adjonction de la collapsothérapie.

49 % ont bénéficié d'un placement en sanatorium avec cure simple.

11 % de la cure sanatoriale avec collapsothérapie.

Mais arrêtons là les chiffres qui n'avaient pour objet que de donner plus de précisions à l'impression d'ensemble que notre pratique quotidienne nous avait permis de former. Pour ceux qui voudraient de plus amples détails et notamment sur le résultat des différents modes de traitement, nous renvoyons à une étude extrêmement documentée publiée par le Docteur Lesafre dans le « Médecin conseil » de janvier 1939.

Venons-en maintenant à la question posée en tête de ce travail.

Dans quelle mesure et à quel moment la réadaptation au travail du tuberculeux pulmonaire peut elle être envisagée sans inconvénients ?

Il faudrait reprendre ici toute la question des tests de guérison de la tuberculose qui a été déjà traitée à maintes reprises dans ce journal.

Nous nous bornerons pour notre part à présenter quelques observations.

1° Nous avons dit plus haut qu'après 3 ans 1 /2 de repos (six mois de maladie et trois ans d'invalidité) les récupérations étaient exceptionnelles parmi nos assurés sociaux. Il semble donc que la récupération quand elle doit se produire soit relativement précoce. Elle serait par contre assez illusoire dans les cas plus prolongés qui sont évidemment aussi les cas les plus graves.

2° Les phtisiologues spécialisés se montrent en général beaucoup plus favorables à cette reprise précoce du travail que nos confrères de la médecine générale. C'est là une constatation que nous faisons constamment, elle est surtout vraie pour les cas traités par le pneumothorax et nous la rapportons sans nous permettre aucun commentaire.

3° Nous avons indiqué plus haut qu'un certain nombre de nos « récupérés » avaient été traités par le pneumothorax ; précisons que pour la presque totalité d'entre eux la reprise du travail se produit en cours de collapsothérapie.

Cette question de la reprise du travail des tuberculeux traités par le pneumothorax a fait couler beaucoup d'encre.

Les uns pensent que le porteur de pneumothorax ne doit pas travailler avant cinq ans. Certains demandent que le pneumothorax soit résorbé depuis au moins un an (Docteur Veucher).

D'autres émettent des avis un peu différents.

Le Professeur Sergent estime que le pneumothorax entretenu et radiologiquement nettoyé doit être considéré comme un *état séquelle* (*Concours Médical* du 5 septembre 1937).

Le Professeur Rist écrit : « Ne serait-il pas étrange que le fait d'être traité par la méthode la plus efficace que l'on connaisse frappe en quelque sorte le tuberculeux d'une suspicion supplémentaire. La pratique nous enseigne que la capacité de travail du tuberculeux traité est souvent restituée bien avant que le pneumothorax soit abandonné » (*Concours Médical* du 5 septembre 1937).

Pour notre part nous nous bornerons à rappeler ce que nous avons dit plus haut, à savoir que chez nos pensionnés la réadaptation se produit d'une façon relativement précoce. Elle est le plus souvent conseillée par le médecin traitant, notre décision n'intervenant que plus tard après quelques mois d'épreuve. Pour les sujets traités par le pneumothorax les chiffres extrêmes s'établissent entre dix-huit et trente mois (reprise du travail entre le dix-huitième et le trentième mois de collapsothérapie). Enfin nous avons vu qu'après trois ans la consolidation devenait très problématique du moins parmi nos pensionnés.

Nous n'avons pas qualité pour conclure et nous voulions seulement apporter ici quelques faits pratiques.

Avant d'en terminer nous ferons simplement une dernière remarque ayant trait plus particulièrement au côté social de la question.

Faut-il créer un statut spécial pour les tuberculeux ?

Beaucoup de bons esprits ont pensé dans un souci fort louable qu'il convenait d'établir un « statut des tuberculeux » et de leur réserver certains emplois.

Nous pensons pour notre part que cette mesure n'irait pas sans de gros inconvénients.

Bien entendu il convient de tenir le plus grand compte de la profession des intéressés avant de les autoriser à travailler. Mais est-il souhaitable d'attirer tout spécialement l'attention sur la qualité de tuberculeux du travailleur que nous jugeons apte à une reprise d'activité ?

La vérité nous oblige à dire que dans la pratique il existe à leur égard une suspicion particulièrement regrettable.

Les employeurs embauchent volontiers à nouveau un cardiaque, un rhumatisant, voire même un épileptique (nous en connaissons plusieurs), mais le tuberculeux et particulièrement celui qui sort de sanatorium éprouve les plus grandes difficultés à se faire accepter.

Nous ne pensons pas qu'il y ait intérêt à augmenter encore cette injuste suspicion en attirant trop bruyamment l'attention sur eux et en accréditant cette opinion que les anciens tuberculeux ne conviennent qu'à un certain nombre d'emplois extrêmement limité et dans des conditions toutes spéciales.

A moins de disposer à l'égard des employeurs de moyens puissants de coercition (doit-on le souhaiter ?), il semble bien qu'au lieu « d'emplois réservés » le tuberculeux risquerait alors de ne plus trouver d'emploi.

Et puis il serait sans doute facile de démontrer que d'autres catégories de malades améliorés peuvent prétendre aussi à un statut spécial (les cardiaques par exemple).

Faudrait-il alors classer en de multiples catégories tous les travailleurs qui ont présenté un passé pathologique un peu chargé ? Nous ne le pensons pas, car il faudrait encore tenir compte de la spécialisation antérieure et des compétences de chacun. Le problème deviendrait vite insoluble.

Pour nous en tenir aux seuls tuberculeux nous estimons que plutôt que de créer un statut spécial dont les termes seront plus ou moins respectés, il serait plus efficace de convaincre les chefs d'entreprise par une propagande appropriée.

Nous avons été appelés pour notre part à « placer » un certain nombre de nos anciens pensionnés et nous avons pu constater que la prévention à leur égard tombait facilement devant des arguments fort simples (non contagiosité — assurance que l'ancien malade peut fournir un travail aussi efficace qu'un autre employé).

Cette étude est sans doute un peu sommaire ; il serait nécessaire pour être complet de faire une étude clinique plus poussée des cas que nous avons eu l'occasion de suivre. Sans doute aussi serait-il intéressant de voir quels genres d'emplois ont repris nos « récupérés ». Mais cela nous entraînerait trop loin pour le moment et aussi bien nous n'avions pour but que de résumer ici quelques observations personnelles. Nous laissons à chacun le soin d'en tirer des conclusions.

HISTOIRE DU SAVON

On trouve déjà mention dans la Bible de produits alcalins et végétaux usités pour se laver. Il s'agit probablement du carbonate de soude naturel et de la saponaire.

Les Grecs et les Romains de l'antiquité se servaient de nettoyants mécaniques tels que les cendres ou la pierre ponce. La première allusion au savon se trouve dans l' « Histoire naturelle », de Pline l'Ancien. Mais celui-ci n'en fait un cosmétique bien plus qu'un détersif. Les Arabes connurent le savon ; ils l'employaient à la confection d'emplâtres et de liniments.

Comme détersif d'usage général, le savon commença sa carrière au XIII[e] siècle. A la suite des Croisades et de leur contact avec les Orientaux les Européens acquirent le goût de la netteté corporelle. Marseille, Venise, Gênes et Padoue devinrent d'importants centres de production.

La fabrication du savon demeura empirique et primitive jusqu'aux travaux de Chevreul qui, au début du XIX[e] siècle, étudia la constitution des graisses et donna à l'industrie du savon une base scientifique.

C'est à dater de ce moment qu'il fut possible de réaliser d'intéressants progrès, comme de substituer à l'huile d'olive d'autres corps gras moins coûteux (graisses animales, huiles de coco et de palme) et de récupérer la glycérine comme sous-produit.

Le savon est devenu pour les peuples civilisés un produit de première nécessité, à ce point que Liebig affirmait que l'on pouvait juger de la civilisation d'un peuple par la quantité de savon qu'il employait.

Comment, d'après ce critère, Liebig jugerait-il donc notre civilisation actuelle ?

LE RAPATRIEMENT DES MÉDECINS PRISONNIERS

Cette question, depuis qu'elle a été abordée ici, soulève un intense intérêt parmi nos lecteurs. Des parents de médecins prisonniers nous écrivent chaque jour, nous adjurant de poursuivre l'action entreprise. Ils peuvent compter que ce sera fait.

Mais plutôt que de ressasser des doléances, si justifiées soient-elles, nous avons cru que le plus urgent était d'abord de renseigner les familles sur les mesures déjà prises ou envisagées en faveur des prisonniers.

Ces précisions, nous les devons à l'obligeance d'une haute personnalité officielle, qui s'occupe notamment du sort et du rapatriement de nos confrères prisonniers, et cela avec d'autant plus de dévouement et de compétence que ce confrère a, lui-même, été captif durant sept mois dans un camp de l'Allemagne orientale.

Dans l'état actuel des choses, de très nombreux médecins civils mobilisés sont encore en captivité dans les camps ou les hôpitaux d'Allemagne et de France occupée, et il en est de même de près de 500 médecins de l'active.

La question de la relève des médecins prisonniers a soulevé de vives discussions. L'importance de cette question n'a pas échappé au Directeur du Service de santé au Ministère de la Guerre. Mais cette « relève » nécessiterait, étant donné le nombre très élevé de médecins prisonniers à remplacer, une remobilisation des médecins de réserve actuellement démobilisés. Or, il s'agit là d'un problème très complexe relevant de l'Etat-major de l'Armée, problème qui dépasse les attributions du Service de santé. Mais ce service s'efforce de faire adopter par les autorités occupantes le principe de la réduction du nombre de médecins prisonniers à la proportion nécessaire et suffisante de un médecin et de cinq infirmiers pour 1.000 captifs dans les camps, et de deux médecins et quatre infirmiers pour 100 malades dans les hôpitaux. Cette réduction est déjà en bonne voie de réalisation. Il n'en reste pas moins que si l'on évalue le chiffre des prisonniers à 1.800.000, il faudrait encore, pour le seul service des camps, 1.800 médecins, auxquels il faut ajouter de nombreux confrères pour les hôpitaux, dont le nombre ne nous est pas connu.

Le nombre des médecins militaires d'active est tout à fait insuffisant pour satisfaire à ces besoins si importants. Le cadre des médecins de carrière n'atteint en effet que 1.570. Or, comme nous le disions plus haut, près d'un tiers d'entre eux sont encore prisonniers en Allemagne ou en France. Les besoins de l'Armée d'armistice et des troupes de l'Afrique du Nord et du Levant absorbent le second tiers de cet effectif et il existe encore des vides à combler dans le service médical de ces troupes. Le dernier tiers est composé de médecins militaires retraités par l'abaissement des limites d'âge, ou en congé d'armistice. D'autres sont en congé pour blessures ou maladie. Il faut regretter en outre, la perte de vingt médecins d'active tués au cours des hostilités. Le nombre des médecins militaires de carrière libérés et actuellement affectés en dehors des camps de prisonniers est donc extrêmement réduit et ne correspond qu'à une partie très restreinte des besoins. Il est donc indispensable de faire appel au dévouement des médecins de réserve.

Pour pourvoir au remplacement éventuel des médecins prisonniers, le Service de santé ne peut s'adresser actuellement qu'aux rares médecins d'active disponibles et aux médecins de réserve libérés en zone occupée. En effet, les médecins de complément libérés en zone non occupée sont démobilisés, tandis que ceux de la zone occupée ne peuvent être démobilisés qu'au cas où ils sont dégagés de par leur âge de toute obligation militaire par la loi du 14 août 1940, soit : Colonels 56 ans ; lieutenants-colonels, 54 ans ; commandants, 52 ans ; officiers subalternes, 50 ans. Cette situation inégale tient aux ordres de l'autorité occupante, qui a prescrit que les médecins libérés en zone occupée ne le soient qu'à titre conditionnel. Ces médecins sont remis à la disposition du Service de santé militaire français en vue de combler les vides qui se produiraient parmi les médecins prisonniers, et de constituer une réserve de 10 %. Il en résulte que les médecins libérés par l'autorité allemande en zone occupée ne peuvent être placés que dans l'une des catégories suivantes :

1° En congé sans solde, avec faculté d'exercer la pratique civile ;

2° En réserve de personnel, avec traitement, sans autorisation d'exercer.

Qu'ils appartiennent à l'une ou à l'autre de ces deux catégories, les médecins libérés en zone occupée peuvent être rappelés à concourir au remplacement de vacances survenant dans les camps ou les hôpitaux de prisonniers.

Il n'est pas possible actuellement au Service de santé militaire français de modifier ces dispositions dictées par les autorités d'occupation.

Mais il est tenu le plus grand compte dans ces réaffectations de la situation de famille, de l'âge, de la date de libération et des services rendus

pendant la campagne. Les médecins auxiliaires non diplômés ne sont pas affectés et sont mis en congé sans solde pour leur permettre d'achever leurs études. Signalons que la solde journalière des médecins auxiliaires maintenus en service (3 fr. 45) vient, grâce à une heureuse et louable initiative, d'être remplacée par une solde mensuelle de 1.400 francs.

Notons enfin qu'un projet de statut est actuellement élaboré en vue d'obtenir des avantages moraux et matériels très sérieux pour les médecins maintenus ou rappelés en service dans les camps et hôpitaux de prisonniers. Des avantages spéciaux seront faits à ceux qui seraient appelés à servir en Allemagne. Des négociations sont en cours à ce sujet avec les autorités allemandes et avec le ministre des Finances français. Nous donnerons des précisions, quand ce statut sera définitivement adopté.

Il est bien entendu, dans l'esprit du Directeur du Service de santé de la Guerre, que ces différents avantages et garanties seront accordés de plein droit aux médecins déjà prisonniers en Allemagne, qui accomplissent un excellent service et dont les Autorités allemandes se plaisent à reconnaître la parfaite conduite.

Bibliographie

Les Beaux draps, par Louis-Ferdinand CÉLINE. Nouvelles éditions françaises, Paris.

Un certain nombre de surprises attend le lecteur de ce livre.

La surprise d'abord, et elle est de taille !, d'un Bardamu qui tourne au poète. Non pas, certes, un lyrique. Pas davantage un faiseur d'odes ou de sonnets. Les octosyllabes de cette prose rythmée ont toujours le fumet de bas de muraille propre à l'auteur. S'il y a ici du lyrisme, c'est celui d'une prophétesse avinée qui se débonde et vocifère en pataugeant. Cela n'est pas sans puissance ni sans verve, du reste.

Une autre surprise c'est de voir cette verve, sous la plume d'un auteur qui ne se cache pas d'être médecin, s'ébattre avec allégresse sur un corps pantelant et ricaner de ses blessures. Comme « les beaux draps » sont ceux dans lesquels nous sommes depuis juin dernier, vous voyez de quelle blessée il s'agit. La débandade de l'armée française inspire à Céline, français d'origine sinon de style, des accents d'une rabelaisienne dérision. On cite comme un trait de race que les Juifs inventent eux-mêmes les meilleures des histoires juives. Est-ce que Céline par hasard..... ?

Enfin la surprise majeure, maxime ! c'est de trouver ici la solution de la question sociale et du grand malaise actuel par le « communisme Labiche » et le retour à la gaîté.

Solution qui sautait aux yeux, et l'on en veut aux sociologues de n'y avoir pas pensé plus tôt.

En somme la défaite nous aura valu comme premiers bénéfices ce livre gracieux comme un bâton de cage à poules et l'assurance pour demain d'entrer au paradis terrestre.

« Et puis c'est marre, et puis c'est tout », dira-t-on a la façon de Céline.

Mais ce n'est déjà pas mal.

G. LAVALÉE.

L'OPINION DE GŒTHE SUR LE P. C. B.

Il n'y a pas là un horrible anachronisme, de quoi précipiter un érudit de la dyspepsie dans *la mélancolie* et *de la mélancolie* dans *l'apoplexie.*

Car cette opinion, Gœthe l'a formulée d'avance et parce qu'il observait de ses yeux les premiers effets de cet état d'esprit universitaire qui, inchangé et inéducable, devait aboutir à l'institution du curieux certificat bagage, hâtivement composé et plus hâtivement encore dispersé.

« On apprend là (à l'Université) dit Gœthe, beaucoup trop de choses et beaucoup d'inutilités. Les professeurs, étendant leurs développements bien au delà de ce qui est nécessaire aux auditeurs. Autrefois, la chimie et la botanique étaient enseignées comme des accessoires de la médecine, et cela suffisait aux médecins. Mais aujourd'hui, chimie et botanique sont devenues des sciences indépendantes pour lesquelles un coup d'œil ne suffit pas, qui exigent chacune toute une vie d'homme, et l'on veut les exiger des médecins ! On n'arrivera à rien de cette façon; on laisse, on oublie une science pour l'autre. Celui qui est sage repousse toutes ces prétentions qui dispersent les forces ; il se renferme dans une seule science et il y devient supérieur » (1).

(1) *Conversations de Gœthe avec Eckermann.* Edit. Charpentier, t. I., p. 96.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

Le Conseil supérieur de l'Ordre n'oublie pas qu'il a la garde de l'honneur du Corps médical. C'est dans cet esprit qu'il a pris connaissance de certains articles publiés dans la Presse, et qui tendent à faire retomber sur le Corps médical tout entier les fautes commises par quelques-uns de ses membres indignes. Après examen, il a jugé inutile et contraire à sa dignité d'engager une polémique de presse sous quelque prétexte que ce soit. Il a seul la charge de faire respecter la discipline et l'honneur de la profession ; il saura la remplir.

Comité sanitaire de la Région parisienne

Séance du 11 mars 1941

Médicaments manquants. — Le Comité a émis un vœu demandant aux Pouvoirs publics de renseigner périodiquement les médecins sur les médicaments susceptibles de manquer, ou bien qu'il faut économiser, et, d'autre part, sollicitant l'Académie de médecine et les Sociétés scientifiques de signaler aux praticiens, les substances encore existantes qui pourraient les remplacer, en leur indiquant leurs propriétés, leur posologie et leur mode d'emploi.

Abattoirs. — M. Lafaye a rendu compte de l'audience qu'a bien voulu accorder, à une délégation du Comité, M. le Directeur général des Travaux de Paris et du département de la Seine. L'accueil de M. Giraud a été très bienveillant et il s'est montré parfaitement informé de la situation et très désireux d'y remédier, par la reconstruction des abattoirs et la réforme de leur fonctionnement. La taxe d'abattage, qui est destinée à financer ces travaux, pourrait être perçue *ad valorem* au lieu de l'être au poids de viande vendue. Elle est trop souvent versée par les municipalités dans le gouffre des budgets, au lieu d'être affectée à son objet légal. Bien employée, elle suffirait amplement sur l'ensemble du territoire à gager les emprunts nécessaires à la modernisation rapide des abattoirs. Par malheur de gros intérêts et d'anciennes habitudes s'opposent depuis longtemps à ces réformes, et l'état actuel de nos abattoirs qui sont à la fois un scandale hygiénique et une absurdité économique, ne pourra être mis à la hauteur des pays voisins que par une volonté continue et énergique de rénovation, M. Giraud paraît décidé à accomplir cette tâche d'assainissement.

Taudis. — Une des oppositions les plus actives contre la suppression du taudis rural est celle des grandes exploitations qui logent trop souvent leur personnel dans des conditions déplorables. La base de toute réforme de l'habitation rurale est l'allocation logement, distribuée sur le plan de la compensation et qui doit être appliquée moyennant l'obligation d'un logement sain et bien entretenu.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Inspection de la santé

M. le Dr Depierris, directeur du bureau d'hygiène de Bordeaux, est nommé médecin inspecteur de la Santé de la Gironde.

M. le Dr Porte, inspecteur départemental adjoint d'hygiène de Saône-et-Loire, est nommé médecin inspecteur de la Santé de l'Aube.

M. le Dr Romain, directeur de la deuxième circonscription sanitaire maritime, est nommé médecin inspecteur de la Santé de la Manche, en remplacement de M. le Dr Salauze, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Cayla, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, est nommé médecin inspecteur de la Santé du Calvados, en remplacement de M. le Dr Lesbroussart.

M. le Dr Leclaire, inspecteur adjoint départemental d'hygiène d'Ille-et-Vilaine, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la Santé du Morbihan, en remplacement de M. le Dr Triollet, appelé à d'autres fonctions.

Mme le Dr Claveau, directeur du bureau d'hygiène de Metz, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé du Rhône.

Mlle le Dr Regnault, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Nord, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Somme.

M. le Dr Bernard est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Manche.

(*J. O.*, 20 mars 1941).

Sanatoriums

Mlle le Dr Ulrich est nommée médecin adjoint, à titre temporaire, au sanatorium de La Chapelle-des-Pots (Charente-Inférieure).

(*J. O.*, 20 mars 1941).

Médecin assermenté

M. le médecin commandant des troupes coloniales Muraine a été nommé médecin assermenté auprès de la Commission de réforme du secrétariat d'Etat aux colonies, à Vichy.

(*J. O.*, 19 mars 1941).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

1.713. — Infiltrations anesthésiques

Membre du Sou Médical, j'ai effectué à un blessé (après contusion de l'épaule et sur conseil d'un chirurgien consultant) quatre jours de suite des infiltrations de scurocaïne. J'ai demandé quatre fois 50 francs. La Compagnie d'assurances répond :

50 francs pour la première, 17 francs pour les suivantes.

J'ai du reste interrompu cette thérapeutique devant son échec.

Qui a raison ?

Dr M.

Réponse

Quand fut tarifée la « méthode Leriche » à la Commission du tarif, il fut bien convenu que les 50, 100 ou 120 francs, indiqués seraient alloués en une seule fois, quel que fût le nombre des infiltrations ultérieures, lesquelles rentreraient dans le prix de la visite ou consultation simple.

La Compagnie est donc dans son droit pour la modification proposée.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

1.666. — Accouchement avec majoration du forfait

J'ai fait récemment un accouchement épaule dans utérus vide d'eau. Enfant en état de mort apparente. Ai fait manœuvres habituelles et adrénaline intra-cardiaque. Est resté mort. Malade assurée sociale. Ce traitement de l'enfant se tarifie-t-il ? Combien ? Quelle indication mettre sur la feuille ?

Dr C.

Réponse

Je suppose qu'il s'agit d'un accouchement à domicile chez une assurée sociale ou femme d'assuré. Voici les prestations du tarif de réassurance des Caisses qui peuvent servir de base de façon générale, dans tous les départements. Car, il ne faut pas oublier que, pour l'accouchement, aucune notation avec coefficient n'est à inscrire sur la feuille de maternité. C'est parce que le remboursement consiste en un forfait sans rapport avec le tarif syndical, ce forfait étant le même que l'accouchement ait été fait par un médecin ou une sage-femme.

Donc, je reviens au tarif réassurance où l'on peut lire, pour les localités de moins de 200.000 habitants :

1° Accouchement.............	325 fr.
2° Majoration en cas d'accouchement avec version..........	200 fr.
Total.............	525 fr.

en ce compris tous soins donnés à la mère et à l'enfant. Mais il est à noter que cette majoration n'est applicable que lorsque l'intervention causale a été pratiquée par un médecin.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

1.755. — Délivrance des certificats d'allaitement aux mères assurées sociales

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint une copie du rapport que j'ai rédigé au sujet de la délivrance des certificats d'allaitement aux mères assurées sociales en avril et mai 1939.

Le 27 mai 1940 une décision de la Commission supérieure des Assurances sociales n° 218 semblait me donner satisfaction en décrétant que, pour les consultations et visites post-natales de la mère et du nourrisson, les assurés sociaux avaient le libre choix.

Il semble qu'il n'en soit rien.

Une de mes clientes Mme T... s'est vu refuser les prestations à elle dues parce qu'elle n'avait pas présenté son bébé dans une consultation agréée.

C'est à ma consultation que Mme T...s'est présentée au lieu et place de la consultation de nourrissons. J'ai régulièrement signé les certificats d'allaitement comme je l'ai fait pour d'autres caisses qui n'ont fait aucune objection.

J'ai le 12 mars 1941, déposé une plainte à ce sujet entre les mains du Président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins 28, rue Serpente.

Et je lui envoie aujourd'hui la copie du refus de la Caisse.

J'estime en effet que cette manière de faire porte un préjudice moral et matériel à moi-même, en tant que médecin, et au Corps médical tout entier.

Je viens vous demander aujourd'hui la marche que doit suivre ma cliente pour faire trancher son cas.

Désignez-moi. s'il est possible explicitement, à quel organisme elle doit s'adresser et sous quelle forme, au besoin libellez-moi la formule de cette plainte.

Elle tient, comme moi-même, à faire trancher ce différend.

Dr R.

Réponse

Nous avons pris connaissance de votre rapport avec le plus grand intérêt.

Nous sommes entièrement de votre avis sur le fond de l'affaire, et avons d'ailleurs déjà développé cette thèse dans différents numéros du *Concours Médical.*

Du point de vue juridique, la question se présente, en effet, de la manière suivante.

Tout d'abord, l'art. 6, parag. 2 relatif à l'assurance-maladie, et l'art. 9, parag. 1er, alinéa 3 sur l'assurance maternité, prévoient formellement pour les assurées sociales ou les bénéficiaires de l'assurance, la liberté de choix du praticien.

Ce principe a été formellement respecté par l'art. 61 du règlement intérieur type des Caisses d'Assurances sociales institué par l'arrêté du 30 janvier 1937, qui stipule dans son paragraphe 3, que les visites pré-natales ou post-natales peuvent être effectuées par un médecin ou une sage-femme ou avoir lieu à leur cabinet. En d'autres termes, les mères assurées sociales ne sont nullement tenues de se rendre aux consultations pré ou post-natales organisées par les Caisses. Elles sont seulement obligées de subir des visites pré ou post-natales, soit dans ces organisations, soit par un praticien de leur choix.

Ceci éclaire le sens de l'art. 62 parag. 2, cité dans votre rapport.

Il est parfaitement exact que les allocations mensuelles d'allaitement doivent être payées sur attestation d'allaitement délivrée et datée par un médecin ou une sage-femme, sans que ce médecin, ou cette sage-femme ait besoin d'avoir été au préalable agréé par la Caisse à cet effet.

Les dispositions des art. 61 et 62 du règlement type, doivent être obligatoirement observées par les caisses depuis le 1er octobre 1937, et une action de l'assurée fondée sur ces dispositions a une suffisante valeur juridique.

En conclusion, nous conseillons à votre cliente de ne point s'incliner devant le refus de paiement qui lui a été opposé par sa Caisse, mais bien au contraire de poursuivre cette dernière devant la juridiction compétente.

L'action doit être intentée, aux termes de l'art. 36, parag. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par celui du 14 juin 1938, par lettre recommandée adressée au président de la Commission d'arrondissement (dans la Seine, au président de la Commission départementale) dans un *délai de trois mois* à compter de la date de réception de la notification d'une décision de refus émanant de la Caisse.

Cette lettte recommandée doit être conçue de la manière suivante : énoncer les qualités de la demanderesse et du défendeur (Caisse d'Assurances sociales), rappeler succinctement les faits motivant le recours à la Commission, développer les points de droit ci-dessus, et se terminer par des conclusions demandant la condamnation de la Caisse au versement des allocations légales. A cette lettre doit être jointe la décision attaquée.

La procédure devant la Commission d'arrondissement est dispensée de tous frais de timbre et d'enregistrement, et n'est soumise à aucune forme spéciale.

L'intéressée peut défendre elle-même ses droits ou se faire représenter par un mandataire, muni d'un pouvoir sur papier libre.

Appel de la décision de la Commission peut être formé devant le Tribunal civil dans le mois de la réception de la notification de la décision attaquée.

L'affaire présentant un incontestable intérêt de principe, nous vous serions très obligés de bien vouloir nous tenir au courant de la suite qui lui sera donnée, et notamment de la décision de la Commission lorsqu'elle sera intervenue.

1.720. — Durée des prestations des assurances sociales et maladies professionnelles.

Chaque année un assuré s'offre une bronchite à la même saison ; a-t-il donc de ce fait épuisé les 13 feuilles correspondant aux « six mois de soins pour la même maladie » ? Mais le législateur n'a-t-il pas voulu entendre par « six mois de soins » : la chronicité. Or entre chaque poussée annuelle de bronchite le malade reprend du travail tout le reste de l'année... ? ?

D'un autre côté cet assuré est un ouvrier de battage... poussière de la batteuse — maladie professionnelle ? Quels liens entre le règlement des caisses d'Assurances sociales et les maladies professionnelles ? et si le médecin traitant n'a pas fait sa déclaration du mal professionnel ?

Je ne sais comment conclure ?

Dr P.

Réponse

La durée des prestations ordinaires de l'assurance maladie est, en effet, fixée en principe à six mois (art. 6, parag. 13 décret-loi sur les Assurances sociales).

Ceci ne veut point dire qu'à l'expiration de ce délai l'assuré ne puisse plus en aucun cas prétendre bénéficier de l'assurance pour cette affection. Bien au contraire, il est prévu par l'article précité que « lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie, et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours. Il en est de même

si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations. »

Par suite, en cas de rechute d'une affection ayant déjà donné lieu au versement des prestations pendant six mois, l'assuré peut prétendre à nouveau à ces prestations, à deux conditions :

1° Avoir été pendant plus de deux mois en période de guérison apparente ou en fin de période de maladie. Il suffit pour cela que l'état de l'assuré ait traversé une phase de stabilité, le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles.

2° Avoir averti la Caisse dans les huit jours de cette guérison apparente.

Au cas où une difficulté s'élèverait entre votre client et sa Caisse sur le point de savoir s'il a été réellement guéri ou si sa période de maladie a pris fin, le différend devrait être soumis à la Commission technique convoquée par lettre recommandée, adressée au Juge de paix du domicile de l'intéressé.

Si le différend porte sur les droits de l'assuré, ou si la Caisse ne veut pas s'incliner devant la décision de la Commission technique, il y a lieu alors de saisir la Commission d'arrondissement par lettre recommandée, adressée à son président, dans les trois mois de la notification du refus de la Caisse.

Un assuré social peut-il invoquer les dispositions de la loi si son état est dû à une maladie professionnelle ?

La coordination entre *la législation* sur les risques professionnels et celle afférente aux Assurances sociales est réglée par l'art. 20 du décret-loi du 28 octobre 1935. Aux termes de cet article « ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent des assurances maladies, les maladies et les blessures indemnisées, ou susceptibles d'être indemnisées, au titre de la loi sur les accidents du travail ».

Lorsqu'il y a contestation sur l'applicabilité de la loi sur les risques professionnels dans un cas particulier, la difficulté est tranchée par l'art. 20, parag. 4, qui s'exprime ainsi : « l'assuré qui est victime d'une maladie reconnue comme ayant un caractère professionnel, et dont le droit aux réparations prévues par la loi du 25 octobre 1919 ou du 9 avril 1898, est contesté par son employeur ou par l'assureur substitué, reçoit à titre professionnel les prestations de l'assurance maladie si par ailleurs il justifie des conditions de versement exigées par la loi sur les Assurances sociales, et s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué, une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre des lois susvisées. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré. »

A notre avis, votre client est mal fondé à invoquer en l'espèce la loi sur les risques professionnels.

Tout d'abord, les maladies professionnelles ne sont indemnisées que si elles figurent sur la liste limitative dressée par la loi du 25 octobre 1919. Or, on rechercherait en vain dans cette liste les maladies pulmonaires ou autres, provoquées par l'absorption de poussière. Il s'agit seulement de lésions morbides susceptibles d'être déclarées par le médecin à l'Inspecteur du travail, en vertu du décret sur la préven-

tion des maladies professionnelles, du 16 octobre 1935.

D'autre part, on peut difficilement considérer que l'absorption de poussière et les troubles qui s'en suivent soient un accident, c'est-à-dire une atteinte violente et soudaine à l'intégrité du corps humain.

Dans ces conditions, c'est bien, à notre avis, la loi sur les Assurances sociales, et cette loi là, seule, qui peut être invoquée en l'espèce.

Si la Caisse fait des difficultés à ce sujet, que votre client se conforme à l'art. 20, parag. 4, et lorsque sa demande contre le patron ou l'assureur aura été rejetée, il bénéficiera à titre définitif des prestations des Assurances sociales.

1.642. — Droit aux prestations pendant la période de guerre

Une assurée sociale a perdu sa place du fait de la guerre. Son patron mobilisé en 1939 est encore, actuellement, prisonnier.

L'employée avait payé ses cotisations jusqu'à fin septembre 1939. La caisse lui a refusé sa cotisation du dernier trimestre sous le prétexte qu'elle ne travaillait plus.

Aujourd'hui ma cliente, qui n'a pas pu travailler depuis le départ de son patron, a besoin de soins coûteux. Peut-elle se faire rembourser une partie des frais par sa caisse d'Assurances sociales ?

Dr V.

Réponse

Une loi du 12 septembre 1940 a décidé que tous les assurés sociaux qui justifient avoir subi un précompte au moins égal à 15 francs au cours de l'un des trimestres compris entre le 1er avril 1939 et le 1er avril 1940 sont considérés comme ayant subi, au cours des 2e et 3e trimestres 1940 le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations d'assurances sociales.

En outre, une loi du 23 janvier 1941 a décidé que les assurés sociaux qui seront réputés n'avoir pu cotiser du fait des hostilités ou des conséquences de celles-ci et qui justifieront avoir subi un précompte au moins égal à 15 francs au cours de l'un des trimestres compris entre le 1er avril 1939 et le 1er avril 1940, seront considérés comme ayant subi au cours du 4e trimestre 1940 et du 1er trimestre 1941 le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations d'assurances sociales.

Votre cliente devra donc, si le précompte par elle subi a été au moins égal à 15 francs au cours de l'un des trimestres compris entre le 1er avril 1939 et le 31 octobre 1939, bénéficier de ces lois, de la première si elle est tombée malade au cours du 4e trimestre 1940, des deux si elle est tombée malade au cours du 1er trimestre 1941.

AUTOMOBILISME

1.977. — Quelles précautions prendre pour la marche à l'essence alcoolisée

La Préfecture de X. nous alloue chaque mois un carburant composé d'essence alcoolisée à 20 %.

Je possède une 11 CV Citroën traction avant ayant fait 12.000 kilomètres et en excellent état.

Avec ce nouveau carburant est-il nécessaire de mettre un gicleur d'un diamètre plus élevé, de diminuer la buse, d'augmenter le poids du flotteur, d'augmenter l'avance ?

Dois-je m'attendre à des difficultés de mise en marche le matin à froid ?

Est-il préférable de vidanger entièrement mon réservoir avant d'y introduire le nouveau carburant ; ou puis-je le mélanger sans inconvénients avec la petite réserve d'essence pure qui me reste ?

Enfin est-il préférable d'additionner ce nouveau carburant d'huile de vaseline versée directement dans le réservoir et dans quelles proportions ? Le système interlub ou diffuzuil vaudrait-il mieux et avec quelle sorte d'huile ?

Dr P.

Réponse

Vous n'avez absolument rien à craindre quant à l'utilisation d'essence contenant 20 % d'alcool. Vous avez d'ailleurs avant la guerre, sans vous en douter peut-être, utilisé de l'essence de tourisme alcoolisée à 10 ou parfois même à 15 %. Vous ne constaterez vraiment rien du point de vue différence de marche.

Vous pouvez utiliser de l'huile de vaseline pour le superhuilage, en mélangeant au carburant dans la proportion de un demi-litre d'huile pour 100 litres de carburant.

Par temps très froid, vous aurez peut-être un peu de difficulté à mettre en route, mais je suis certain que vous n'aurez pas besoin de dispositifs spéciaux (à moins de froids extrêmement vifs bien entendu, comme il n'y en a jamais à B...).

Les systèmes interlub ou diffuzuil donnent de bons résultats, pas meilleurs du reste que l'incorporation de l'huile à l'essence.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

1.390. — Pension militaire Preuve d'imputation au service

Je reçois d'un infirmier qui a été sous mes ordres, au front, pendant la guerre, une demande de renseignements à quoi je ne puis répondre.

Soldat pris « bon » à la visite d'incorporation. Bacillose postérieure à cette visite, actuellement soignée par pneumothorax dans un hôpital militaire. Voici des extraits de la lettre reçue aujourd'hui. « Aujourd'hui, je viens de recevoir du centre de réforme une feuille sur laquelle l'expert a reconnu une invalidité de 100 pour 100 et sur laquelle je suis proposé sans pension à titre indicatif. Je n'ai pas signé cette feuille ; la plupart de mes camarades en traitement comme moi ont reçu, eux, des papiers ouvrant droit à pension ».

Pourriez-vous me renseigner ? Qu'est ce motif « sans pension à titre indicatif » ? Et que devrait faire mon poilu pour se faire vraiment octroyer une pension ?

Dr D.

Réponse

« Sans pension à titre indicatif » signifie que l'intéressé ne recevra pas de pension d'invalidité, parce qu'il n'a pas apporté la preuve de l'imputabilité au service de sa maladie. Celui-ci devrait pouvoir établir une relation de cause à effet entre un fait de service (refroidissement, etc.) et cette maladie, par toutes pièces officielles, témoignages de chefs, de camarades, etc. S'il en est ainsi, qu'il adresse des copies certifiées conformes de ces documents originaux, au Secrétariat général des anciens combattants, service du Contentieux, 37, rue de Bellechasse, Paris (VIIe). Ou encore, qu'ayant reçu le rejet ministériel de sa pension, il profite du délai de six mois pour se mettre en instance devant le Tribunal des pensions.

Soixante-troisième année — N° 15 — 13 Avril 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité scientifique

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 98. — Après décès, instrum. de chirurgie à céder à jeune médec. S'adr. Mme Lutaud, 1, rue Savorgnan-de-Brazza, Paris (VII°). Tél. Inv. 41-41.

N° 99. — Poste à reprendre après décès accidentel du titulaire contre faible indemn. On pourrait reprendre appareil de diathermie et lampe U. V. ainsi que équipement de salle d'examen. Ecr. Dr Péchilliot à Orgerus (S.-et-O.)

N° 100. — Doct. 32 a., célibat., exerçant en zône interdite, reprendrait, préférence Paris ou Midi, cabinet radiologique ou gastro-entérologique à clientèle active. Ecr. Mme Lechartier, 5, place Alexandre-Ier, à Versailles.

N° 101. — Paris rive g. appart. médical confort. 5 pièces neuves, bains. Loyer 9.000 bail 9 ans. à céder à confrère. Ecr. Hermann, 4, av. d'Eylau.

N° 102. — On demande un microscope d'occasion en très bon état susceptible de grossissements suffisants pour examens hématologiques. Sté Accu. Fulmen, Clichy.

N° 103. — Reprise de bail et client. de 35 ans à céder quartier Champs-Elysées. Pour tous renseig. s'adr. Pharmacie du Coq Héron, 7, rue du Coq Héron, Paris (Ier). Gutenberg 11.50.

N° 104. — Demande poste chirurgical, succession, assist. ou remplact. Ecrire M. Reignier. Société générale à Saintes (Ch.-Inf.)

N° 105. — Clientèle médecine générale à céder dans ville du Sud-Ouest. S'adres. Dr Renou, à Saintes.

N° 106. — Paris près gares Nord et Est. Appart. médical très bien situé. 8 pièc., ascenseur, loyer très modéré, à céder cause santé avec instal. électrologique à médec. disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Banlieue Sud. Poste anc. en appartement 7 pièces, loyer 7.500 francs. très bon rapport. Prix modéré, belle installation.

Eure-et-Loir. Chef-lieu de canton 2 médecins, loyer 3.500, très bon rapport, prix moitié, comptant moitié.

Maison de santé chirurgicale de 20 lits, loyer 25.000 francs, à céder pour cause de maladie.

Préfecture Ouest. Gros poste de radiologue à céder.

Renseignements

TARIF DES ASSURANCES SOCIALES

Erratum

Le Syndicat national des praticiens de l'art dentaire a bien voulu nous signaler une erreur qui s'est glissée dans notre dernier supplément documentaire publiant les « Tarifs des Assurances sociales ».

Cette erreur concerne le chapitre du tarif de réassurance relatif aux « Soins dentaires » (page 8). Un arrêté ministériel en date du 10 *avril* 1940 *en a, en effet, modifié le texte. Nos lecteurs voudront donc substituer, au paragraphe périmé, le paragraphe suivant :*

Chapitre IV

Soins dentaires

« Le tarif de réassurance, en ce qui concerne les chiffres-clés pour la nomenclature de pratique courante des soins et interventions bucco-dentaires, la prothèse et la nomenclature spéciale d'orthopédie dento-faciale, est fixé à 7 francs pour tout le territoire.

« Le tarif de réassurance ne s'applique à la consultation dentaire, au nettoyage de la bouche et au traitement des gencives que si ces interventions sont nécessitées par une intoxication générale médicamenteuse, ou par résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse, ou par l'ablation d'une tumeur bénigne.

« Si un praticien de l'art dentaire, autre qu'un médecin stomatologiste, pratique une intervention non prévue par la nomenclature dentaire et rentrant néanmoins dans sa capacité professionnelle, le tarif du chapitre Ier (Nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités) est applicable à cette intervention. »

DERNIÈRES NOUVELLES

—Faculté de Médecine de Paris.—*Cours de pathologie chirurgicale.* — M. André SICARD, agrégé, a repris son cours le 2 avril 1941, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants à la même heure.

PROGRAMME. — Affections chirurgicales du rachis.

— *Cours de stomatologie.* — M. le Dr DECHAUME, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie, le lundi 21 avril 1941, à 18 heures (salle de thèses, no 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

OBJET DU COURS : Pathologie bucco-dentaire.

— **Institut de thérapeutique.** — L'enseignement de l'Institut de thérapeutique de la Faculté de médecine commencera cette année le 1er mai et comportera douze leçons magistrales. Il traitera des actualités thérapeutiques et sera fait au grand amphithéâtre de la Faculté, à 20 h. 30.

PROGRAMME : Lundi 5 mai, M. LEGROUX, chef de service à l'Institut Pasteur : La sulfamidothérapie locale. — Mercredi 7 mai, M. le Professeur agrégé JUSTIN-BESANÇON : Les dernières venues des vitamines, P_1, K_1. — Vendredi 9 mai, M. le Professeur agrégé GIROUD : Les ressources thérapeutiques de l'écorce surrénale. — Lundi 12 mai, M. le Professeur HAZARD : Les sympathicolytiques de synthèse. — Mercredi 14 mai, M. OBERLIN, chirurgien des hôpitaux : l'anesthésie par voie veineuse. — Vendredi 16 mai, M. le Professeur agrégé RÉGNIER : Les derniers dérivés de l'opium. — Lundi 19 mai, M. le Professeur SANNIÉ : Les œstrogènes de synthèse. — Mercredi 21 mai, M. le Professeur LAUBRY : Les associations médicamenteuses en thérapeutique cardiaque. — Vendredi 23 mai, M. le Professeur BÉNARD : Les injections intra-veineuses lentes. — Lundi 26 mai, M. le Professeur DOGNON : La télérœntgenthérapie. — Mercredi 28 mai, M. le Professeur LERICHE : La chirurgie de l'hypertension permanente. — Vendredi 30 mai, M. le Professeur CLAUDE : Les chocs médicaux en thérapeutique neuro-psychiatrique.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Professeur Loeper, hôpital Saint-Antoine, ou au secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 10 à 12 heures et de 14 à 16 heures.

— **Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris.** — Une nouvelle session de stages, conférences et travaux pratiques aura lieu, à l'Institut Alfred Fournier, du 5 mai au 5 juillet 1941.

Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Les cours comprennent : 1o un stage préparatoire,

de deux semaines ; 2° le cours proprement dit : conférences et travaux pratiques pendant trois semaines ; 3° un stage d'application de quatre semaines.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (décret du 2 juin 1927).

Le nombre des élèves étant limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) avant le 20 avril.

Faire connaître exactement : nom, prénoms, lieu et date de naissance, nationalité, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse.

Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'Ecole.

Les élèves admis devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, et payer les droits (1.290 francs).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred Fournier.

— **Hôpital des Enfants-Malades** (service central d'électro-radiologie). — Depuis le 3 avril, une conférence publique est faite chaque jeudi à 11 heures, salle Giraldès, sur le thème suivant :

« Ce que le radiologiste doit connaître de telle ou telle spécialité pour exécuter utilement et interpréter les examens qui lui sont demandés. »

Noms des conférenciers : MM Dechaume, Fèvre, Fey, P. Funck-Brentano, Ed. Hartmann, Padovani, Patel, Petit-Dutaillis, J. Rolland, Soulié et Wilmoth.

— **Hôpital temporaire de la Cité Universitaire.** — Un nouveau service de médecine a été ouvert à l'hôpital temporaire de la Cité Universitaire. Chef de service : M. Hamburger, médecin des hôpitaux.

— **Hôpitaux de Paris.** *Répartition dans les services hospitaliers des élèves internes et externes pour l'année* 1941-1942. — La répartition des internes en médecine et des externes en premier pour l'année 1941-1942 a eu lieu du 31 mars au 5 avril 1941. Celle des externes aura lieu aux dates suivantes à l'hôpital Laënnec (salle des consultations des spécialités) :

Externes (pour entrer en fonctions le 12 mai 1941) terminant leur 6e année (concours 1934, non mobilisés, et 1933, mobilisés) : le 25 avril 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 6e année (concours 1934, mobilisés) : le 26 avril 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 6e année (concours 1935, non mobilisés) : le 28 avril 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 5e année (concours 1935, mobilisés) : le 29 avril 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 5e année (concours 1936, non mobilisés) : le 30 avril 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 4e année (concours 1936, mobilisés) : le 1er mai 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 4e année (concours 1937, non mobilisés) : le 2 mai 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 3e année (concours 1937, mobilisés) : le 3 mai 1941,

à 15 heures. — Entrant effectivement en 3e année (concours 1938, non mobilisés) : le 5 mai 1941, à 15 heures. — Entrant effectivement en 2e année (concours 1938, mobilisés) : le 6 mai 1941, à 15 heures.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. Ferrari, agrégé libre, est chargé du cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

— **Société française de gynécologie.** — *Conseil d'administration pour* 1941 : Président : M. F. Jayle (Paris) ; vice-présidents : MM. Binet (Nancy), Douay (Paris), Guyot (Bordeaux), L.-M. Pierra (Paris) ; secrétaire général : M. Maurice Fabre (Paris) ; secrétaire adjoint, rédacteur en chef des Comptes rendus : M. Raoul Palmer (Paris) ; trésorier : Mme Meurs Blatter (Paris) ; Membres : Mlle Blanchier (Paris) MM. E. Chauvin (Marseille), Cotte (Lyon), Jeanneney (Bordeaux), Mériel (Toulouse), Louis Michon (Lyon), Papillon (Paris), Paucot (Lille), Turpault (Paris), Violet (Lyon).

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Georges du Lac de Fugères sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Françoise.*

Longny (Orne), le 27 février 1941.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur O. Baude, de Guines-en-Calaisis, décédé à Guines le 15 février 1941. Nous adressons à Mme Baude, veuve de notre regretté confrère, nos sincères condoléances.

A TITRE DE COURTE RIPOSTE

Le Corps médical n'a pas à se louer de la presse, celle que l'on qualifie par antiphrase de grande presse.

Il y a quelques mois, c'était le déchaînement d'une rubrique qui tint le public en haleine, à propos de l'attitude de certains médecins lors de l'exode.

Puis intervint une journaliste occasionnelle qui crut le moment venu de délaisser le tourisme pour d'incompétentes considérations sur la médecine.

Aujourd'hui, un quotidien, spécialisé dans l'agression nocturne, achalande sa boutique, tantôt en vitupérant le Secrétaire général à la Santé ou le Conseil supérieur de l'Ordre, tantôt en reprenant l'inusable couplet sur la dichotomie.

A quoi tout cela rime-t-il ? et pourquoi cet insolite acharnement sur une profession qui n'espérait pas tenir une telle place dans la sollicitude de la presse « parisienne ».

Est-ce vraiment de nous épurer qu'il s'agit ?

G. L.

Fédération des Associations amicales des médecins du front

26 MARS 1941

1° *Appel aux confrères pour l'envoi de livres et journaux médicaux aux médecins prisonniers de guerre.*

Le bureau de la Fédération a fait, le mois dernier, un pressant appel à tous les médecins.

Cet appel a été entendu par quelques confrères et quelques journaux. Grâce à eux, quelques colis ont pu être expédiés. Beaucoup trop peu.

Qu'on sache qu'il y a 108 camps de prisonniers à fournir.

Il faut des livres, encore des livres, et des journaux médicaux, et des revues médicales.

Adressez-les chez le président de la Fédération : Jean Schneider, 16, rue Alfred-de-Vigny, (VIIIe) ; ou chez le secrétaire général : Raymond Tournay, 2, rue Dupuytren (VIe) ; ou, mieux encore, directement, au Comité central d'assistance aux prisonniers de guerre, section livres, générale Lasserre, 29, boulevard de Latour-Maubourg (VIIe).

* * *

2° Le bureau de la Fédération des associations amicales de médecins du front rappelle que les médecins anciens prisonniers de guerre sont représentés à la section des médecins de l'avant 1939-1940, au même titre que les médecins des corps combattants et ceux des formations sanitaires.

Tous renseignements sur ce sujet leur seront fournis par B. Lafay, 18, avenue de Versailles (XVIe).

Le Secrétaire général : R. TOURNAY.

En faveur des jeunes médecins prisonniers

Un lecteur nous écrit :

Nous constatons actuellement qu'un tel nombre de jeunes praticiens veulent s'installer qu'ils ne trouvent pas de postes ou n'en trouvent que dans des localités amplement pourvues déjà.

Or il faut prévoir que le retour des prisonniers ne fera qu'aggraver cette situation, et que *ces derniers seront encore plus désavantagés.*

Il en est qui se préparaient à des concours, lesquels concours eussent pu leur assurer des postes ou des fonctions.

S'ils ne peuvent plus les affronter à leur libération, force leur sera de rester *des praticiens encore.*

On nous a appris que ceux qui auront à passer des examens ne seront examinés que sur les programmes qu'ils ont connus auparavant.

Mais quand il s'agira de concours, pareille chose sera-t-elle possible ?

Admettant même qu'elle le soit, il serait nécessaire d'entretenir la mémoire de tous ces confrères ou étudiants.

Les quelques colis qui sont permis aux familles doivent, de toute évidence, être réservés à des envois de vêtements et de vivres.

Le Conseil de l'Ordre ne pourrait-il essayer d'obtenir la possibilité d'envois *supplémentaires* de livres d'étude ?

Dr E. DAREY.

Voir la suite page XLIII-701

PROPOS DU JOUR



L'ORDRE NOUVEAU

Tous, nous devons lui donner notre confiance et notre aide à ce nouvel Ordre des médecins, et si dans ce journal, il y a quelques années, au moment où l'on discutait de son utilité, nous avons été les premiers et peut-être même les seuls à l'étudier, à en montrer les dangers et les défauts, je crois qu'aujourd'hui nous devons laisser nos confrères, choisis parmi les meilleurs, s'occuper de nos intérêts en toute tranquillité.

Certes, leur tâche est écrasante quand on envisage tout ce dont l'Ordre va avoir à s'occuper; elle l'est d'autant plus que pour beaucoup de nos conseillers ces questions sont nouvelles, qu'elles se posent toutes à la fois, d'aucunes réclamant des solutions rapides. La besogne ne sera pas ménagée à nos confrères qui cumulent avec cette charge professionnelle des clientèles importantes ; il va être nécessaire pour eux de se mettre au courant de bien des questions qu'ils ignorent, d'autant qu'ils n'auront pas pour les renseigner ceux qui les ont étudiées comme dirigeants d'œuvres ou de syndicats. Il faut espérer qu'il sera tenu compte de toute la documentation qui existe, de toutes les études, de tous les travaux qui ont été réalisés, car il serait dommage, sous prétexte de renouveler et de réformer, de faire table rase de tout ce qui a été fait de bien et d'utile depuis plus de vingt ans.

Nous sommes certains que le Conseil de l'Ordre, chaque fois que l'occasion s'en présentera, pourra trouver des collaborations dévouées et compétentes chez tous ceux qui se sont occupés des intérêts médicaux et qui, bien que n'ayant point été choisis, sauront mettre de côté tout amour-propre pour se consacrer encore à des intérêts qu'ils ont défendus pendant des années, sans en attendre ni remerciements ni gratitude.

Beaucoup de ces travailleurs capables de consacrer de longues soirées à l'intérêt général fournissaient des efforts dont beaucoup de confrères ne se rendaient même pas compte. C'est de détails que sont faites les réalisations qui ont abouti et il ne suffit pas, pour construire solidement, de quelques réunions mensuelles où on fixe seulement les grandes lignes de ce qui doit se faire.

En relisant le programme des réformes que l'Ordre des médecins a fixé, on voit qu'il englobe les mêmes questions que celles dont nous discutons depuis des années et dont quelques-unes arrivaient peu à peu à recevoir une solution, mais que de difficultés soulevées pour la moindre chose, que de mérites, que de coups de téléphone avant d'aboutir. Je doute qu'aujourd'hui on ait plus de facilité du seul fait d'un changement des principes directeurs, car les hommes restent les mêmes, les situations sont moins prospères et les évènements les ont plutôt aggravées. Il y a donc dans l'œuvre à entreprendre une sélection à faire entre ce qui a été étudié et réalisé, ce qui a été étudié et dont la réalisation rencontre des difficultés, ce qui a été étudié uniquement.

Il serait dommage d'entraver la marche de tout ce qui fonctionne bien et de ne point laisser sans y toucher les œuvres prospères ; beaucoup sont des œuvres privées, elles ne sont pas toujours d'émanation syndicale. Il est probable que les bons rapports qu'elles avaient avec les Syndicats, elles les auront avec les Conseils de l'Ordre et qu'elles continueront, bien que privées, à être des œuvres utiles à l'ensemble du Corps médical. Je pense, en écrivant cela, à celle qui m'est particulièrement chère, car depuis des années j'y ai consacré tous mes efforts : *La Maison du Médecin.*

Cette œuvre, après bien des difficultés, a réussi à offrir un lieu de retraite à des confrères âgés, dont les ressources sont très petites ; elle leur offre le repos dans la dignité ; tous ceux qui vivent soit au Château des Charmilles à Valenton, soit à la résidence de la Badine à Antibes, y ont une vieillesse heureuse à l'abri de tout souci matériel. Depuis deux ans qu'avec mon éminent maître le Professeur Cunéo nous gérons cette œuvre, assistés d'un Conseil formé de membres éminents de la médecine, nos efforts ont été couronnés d'un tel succès que nous pouvions, avant la guerre, envisager l'avenir avec tranquillité et espérer étendre encore notre action en créant de nouvelles fondations. L'une d'elles était à l'étude dans le Sud-Ouest. Tout cela, nous l'avons fait sans l'appui des grands laboratoires, sans des subventions astronomiques, par l'effort individuel de nos membres, par la gestion économique de nos fonds, et, partis de rien, nous connaissions la prospérité, nous avions recueilli des héritages, nous en espérons encore. Mais ce que chacun faisait pour une œuvre privée, par amitié pour ses dirigeants, par sympathie pour une formule où l'argent n'est pas dilapidé, où le personnel est réduit au minimum, je doute qu'on le fasse pour quelque chose d'impersonnel noyé dans un tout, qui serait une corporation.

Ces efforts qui ont abouti à une réussite doivent être respectés ; pour toutes les œuvres comme celle à laquelle j'ai fait allusion il faut que confiance soit faite à leurs dirigeants ; ceux-ci tiennent des fondateurs les idées directrices qui ont assuré le succès, ils doivent, en toute

liberté, continuer dans le sens qui les a menés à la réussite, sans en être détournés.

De telles œuvres sont nombreuses, et il y a deux ans, pour les rendre encore plus agissantes, elles avaient réalisé une idée chère à notre ami le Docteur J. Noir en se groupant, en coordonnant leurs efforts et en créant le véritable organisme de secours du médecin, de sa veuve, de ses orphelins. De tous côtés me parviennent des lettres alarmées de tous ceux qui sont secourus par ces œuvres ou qui s'y intéressent ; je connais trop les dirigeants actuels du Conseil de l'Ordre pour ne pas, dès maintenant, rassurer les alarmes, en disant que tout ce qui était bien, serait conservé, l'Ordre ayant assez à faire avec ce qu'il faut réformer ou reconstruire.

A côté des réalisations qui donnent toute satisfaction, il y a les réalisations sur le point d'aboutir et où les difficultés soulevées ont été telles qu'elles ont entravé l'action des dirigeants.

Ah ! ces études de questions, ces rapports, ces discussions qui n'ont jamais abouti, comme il était facile d'en deviner le pourquoi ! Je me souviens de ces premières réunions où, frais émoulu de la Faculté, je considérais comme un devoir d'aller, pour accomplir ma tâche syndicale. J'ai encore à l'oreille cette phrase d'un orateur puissant : « On ne touchera pas aux situations acquises ».

Elles tombaient dans mon oreille de jeune médecin sans beaucoup de clients ; je n'y trouvais que cette réponse « A la mort des anciens, pour faire place aux jeunes » et je pensais en moi-même qu'au jour où à mon tour je serais parvenu à ces situations, mon rôle serait de les défendre pour remplir dignement ma mission professionnelle.

Ce sont bien ces situations acquises qui ont fait échouer tant de réalisations qui auraient apporté au médecin plus de bien-être et à la médecine plus de considération ; mais qu'il était impossible d'effleurer sans qu'aussitôt des opposants vinssent se dresser en masse. Que de fois d'ailleurs ces situations acquises étaient mal acquises, au prix d'intrigues, de combinaisons, de démarches, rarement au prix du savoir et c'est ce qui interdisait d'y toucher.

Je pense que ces oppositions ne trouveront pas d'écho auprès des réformateurs dont la force, n'étant point tournée à l'élection, est de n'avoir aucun intérêt particulier à ménager et de n'avoir point à essayer de découvrir l'intérêt général dans la somme des intérêts particuliers.

L'Ordre qui naît au milieu d'un immense espoir de renouveau, peut dès maintenant faire aboutir des réformes urgentes et faciles, comme la qualification nécessaire et réelle du chirurgien et du spécialiste. Il a le pouvoir d'empêcher que des hôpitaux aient à la tête de leurs services des médecins et des chirurgiens nommés sans concours, ou après des caricatures de concours, ce qui est pire, et qui de notoriété publique n'ont aucune compétence et sont des dangers, cependant que, fiers d'un titre conquis par l'intrigue, ils barrent la route à d'autres plus capables.

Dans toutes ces réalisations il faut arriver à supprimer la course à la bonne place, où les candidatures les plus imprévues étaient appuyées et où souvent ce n'était pas le plus méritant qui était choisi. Or, on pardonne toujours à un plus méritant de vous prendre une place, on ne le pardonne jamais à celui dont la valeur est moindre. Ainsi sont nées ces inimitiés, ces haines dont on m'a souvent entretenu au cours de voyages, cette *invidia medicorum* qu'on a tout fait pour faire naître et pour entretenir.

Avec des mesures simples, mais basées sur l'équité, il sera possible de replacer, de rétablir les élites aux places qu'elles méritent et ainsi, sans avoir à connaître la masse des intérêts particuliers, on pourra mener à bien des réformes que les Syndicats, malgré tout leur désir de bien faire, et tous leurs efforts pour être équitables, n'ont jamais pu faire aboutir.

Je ne suis pas de ceux qui pensent que du syndicalisme vient tout le mal, j'ai appartenu à ses assemblées. J'y ai compté des amis fidèles pour lesquels j'ai la plus grande admiration. Mais je crois que la Corporation qui nous a valu la révolution de 1789 ne vaut pas mieux, et j'estime que c'est en étant en dehors de ces deux tendances que l'Ordre pourra le plus sûrement défendre notre profession.

Il lui reste en effet à étudier ces réformes que nous n'avons jamais pu entreprendre et qui sont légion.

La première de toutes et la plus utile c'est de redonner au malade confiance en son médecin. Tout l'avenir de la médecine tient en ces quelques mots. Que la médecine soit ce qu'elle voudra, individuelle, hiérarchisée, fonctionnarisée ou militarisée, peu importe ; avant tout il faut que le malade reprenne confiance. Pour cela, point n'est besoin de multiplier les contrôles, de créer des postes d'inspecteurs et toute une armature excessive, il suffit de quelques mesures heureuses tendant à garantir au malade que l'homme qui le soigne est instruit, qu'il ne se pare pas de titres empruntés, qu'il ne considère pas la médecine comme une affaire, mais comme une noble profession où pitié, charité, dévouement doivent trouver leur place.

Eloigné depuis plusieurs mois de tout exercice, j'ai eu le loisir de réfléchir au mal dont souffre la profession tout entière ; je réalise que la vie médicale va devenir de plus en plus difficile, que toutes les situations seront touchées et que si une transformation profonde ne s'opère pas pour remettre le médecin sur le piédestal dont il est descendu, de longues années passeront encore avant de voir finir la grande pitié des médecins de France.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT PONDÉRAL ET STATURAL DEVANT L'ÉDUCATION PHYSIQUE (1)

Par M. Jacques DECOURT,

Médecin des Hôpitaux de Paris

Le contrôle de l'éducation physique présente une importance particulière chez l'enfant et chez l'adolescent, dont l'organisme encore inachevé subit des transformations incessantes, qui ne se font pas, même à l'état physiologique, sans créer des dysharmonies, causes de fragilités particulières.

Au cours de la croissance, l'éducation physique se propose d'aider la nature dans le perfectionnement de l'être humain ; mais on ne doit pas oublier que, mal réglée, mal dosée, mal adaptée à tel ou tel individu, elle peut la contrarier.

Le contrôle doit être particulièrement attentif chez les enfants, si nombreux, dont le développement subit des anomalies d'ordre statural ou pondéral. Sans envisager même les sujets proprement malades, il existe, aux confins de la pathologie, un grand nombre de *dystrophies de croissance*, qu'il importe de bien connaître, avec leurs conséquences, d'où peuvent découler des indications ou surtout des contre-indications particulières aux différentes variétés d'activités physiques.

Mais, pour comprendre et classer ces anomalies, il est nécessaire tout d'abord de rappeler quelques notions essentielles sur l'évolution normale du développement pondéral et statural.

Le développement normal de la taille et du poids

A) DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL

D'une manière générale, de la naissance à l'âge adulte, *le poids s'accroît proportionnellement plus que la taille* : la densité du sujet augmente. Ce phénomène tient en partie à ce que les tissus s'appauvrissent en eau, mais surtout à ce que les os et les muscles, organes essentiels de la vie de relation, prennent progressivement une prépondérance sur la graisse et les viscères, plus spécialement affectés à la vie végétative.

Il en résulte que le rapport $\frac{\text{poids}}{\text{taille}}$, qui exprime en grammes le poids du centimètre de taille, s'élève progressivement. De 65 grammes à la naissance, il atteint chez les garçons 130 grammes à 1 an, 146 grammes à 2 ans, 195 à 10 ans, 285 à 15 ans, 374 à 19 ans.

De sorte que, si l'on représentait, en valeurs absolues, les courbes de poids et de taille, les deux courbes seraient de plus en plus divergentes.

Mais ces chiffres absolus sont sans grand intérêt. Pour avoir une vue d'ensemble de l'évolution de l'individu, il est nécessaire de considérer, au cours de la croissance, le *rythme des deux accroissements*. On constate alors, qu'aux différentes phases du développement, la *vitesse d'accroissement du poids n'est pas toujours proportionnelle à la vitesse d'accroissement de la taille*. Pour s'en rendre compte, il ne faut pas considérer des moyennes, portant, pour chaque âge, sur des mensurations d'individus différents ; il faut suivre d'année en année les mêmes sujets. C'est précisément ce que vous permettra de faire le con-

(1) Conférence faite le 26 février 1941 à l'Institut d'Education physique, recueillie par M. Maurice AUDRY, interne des hôpitaux de Paris, et revue par l'auteur.

trôle de l'Education physique et la tenue régulière des Fiches d'état physique des enfants et des adolescents de 7 à 20 ans. Vous aurez ainsi l'occasion d'enrichir la littérature scientifique d'une foule de documents d'une valeur inestimable. Et sans doute votre expérience vous permettra-t-elle d'apporter des corrections aux notions mêmes, que je suis chargé de vous exposer aujourd'hui.

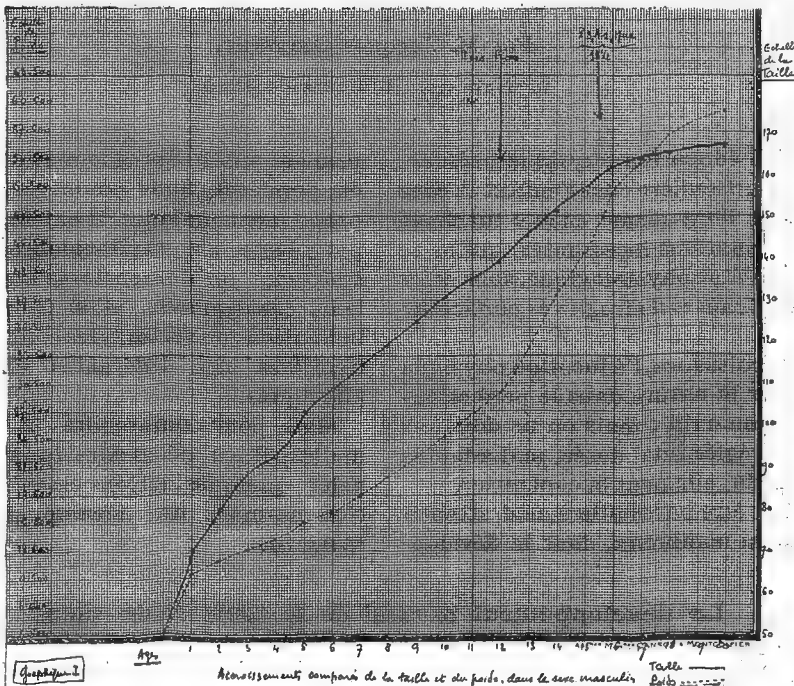
En procédant ainsi, vous constaterez que les deux courbes de la taille et du poids subissent physiologiquement de légères dissociations, qu'il importe de bien connaître pour juger des faits pathologiques.

Ces dissociations peuvent être schématisées en trois périodes, régies par les phases de l'évolution pubertaire. En outre, elles diffèrent sensiblement d'un sexe à l'autre.

B) INFLUENCE DE L'ÉVOLUTION PUBERTAIRE.

Nous l'étudierons d'abord *dans le sexe masculin.*

Vous savez que la puberté accomplie se place en moyenne, chez le garçon, à 15 ans 1/2. Mais dès la treizième année, l'évolution pubertaire s'annonce par une poussée de croissance, caractérisant la période prépubertaire.



a) De la naissance à la douzième année, la croissance subit une marche de moins en moins rapide et, du fait de l'allongement électif des membres, l'accroissement du poids se fait à un rythme moins rapide que celui de la taille ;

b) Vers la douzième année, cependant, apparaît une phase d'engraissement relatif. Il semble que l'organisme accumule des réserves de graisse et de force, en vue de la poussée subite de croissance qui va se manifester ;

c) De 12 à 15 ans 1/2, période prépubertaire, la taille subit un accroissement soudain et rapidement accéléré. Cet accroissement se fait surtout *en longueur,* et aux *dépens des membres.* Le sujet s'élance. Il tend à prendre le type macroskèle, c'est-à-dire que, comparativement à l'adulte, les membres paraissent trop longs par rapport au tronc, qui reste proportionnellement petit et grêle.

Les os s'allongent plus qu'ils ne s'épaississent; et il en est de même des muscles. Le développement des viscères lui-même est en retard sur celui du soma.

C'est la période critique de la croissance, celle où peuvent s'extérioriser des carences, notamment de calcium ; celle où s'installent fréquemment des dystrophies osseuses ou ostéo-ligamentaires, du fait du peu de résistance et de la malléabilité particulière des organes de la vie de relation ;

d) A 15 ans 1/2 en moyenne, la puberté est accomplie. A défaut du signe caractéristique, la première éjaculation contenant des spermatozoïdes, elle se reconnaît à l'association des trois signes suivants: 1° toison pubienne suffisamment développée pour dissimuler entièrement la peau du pubis (P3); 2° début d'apparition de poils axillaires (A1) ; 3° mue de la voix accomplie ;

e) Après 15 ans 1/2. — Dès lors, le sujet pubère s'achemine vers la nubilité. C'est-à-dire qu'il doit se perfectionner en harmonie et en vigueur pour devenir vraiment digne de se reproduire.

L'accroissement de la taille se ralentit brusquement, et de plus en plus.

Par contre, l'accroissement du poids se poursuit à peu près au même rythme qu'auparavant. C'est que le développement se fait maintenant en largeur et en épaisseur. Au niveau des membres, les os, les muscles ne subissent plus qu'un allongement minime, tandis qu'ils augmentent de volume. Le tronc — et surtout la partie supérieure du thorax — se développe ; la carrure augmente, au niveau du bassin, et plus encore au niveau des épaules.

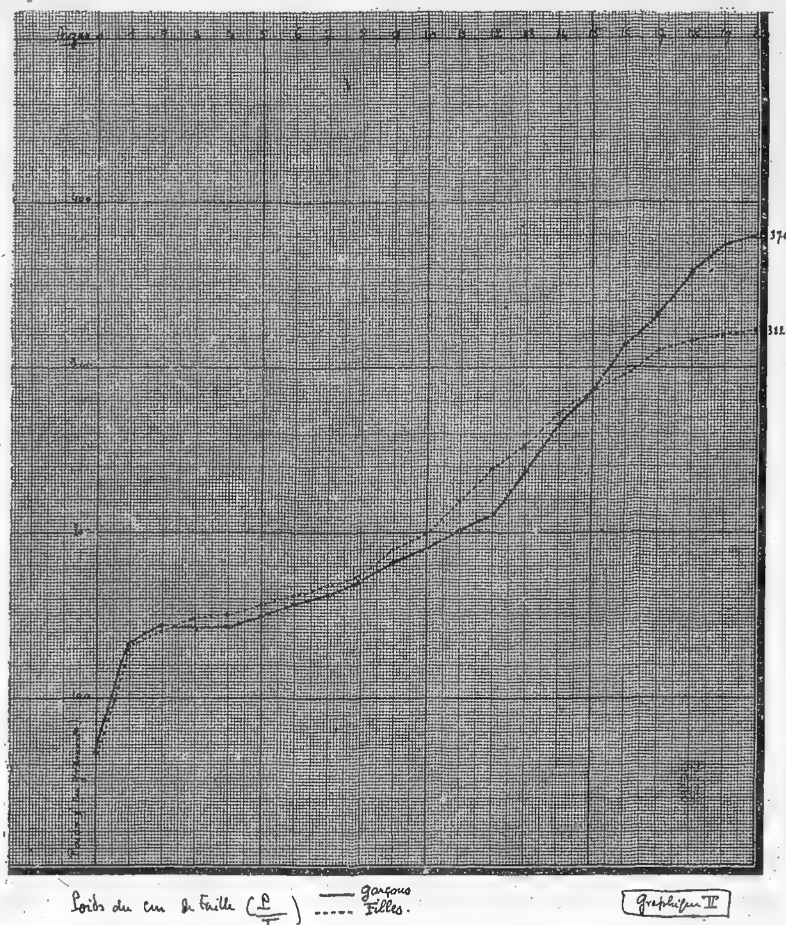
Le rapport $\frac{P}{T}$ subit un accroissement considérable

C Influence du sexe

Chez les filles, dont la puberté, facile à repérer par l'apparition des règles, se fait en moyenne à 12 ou 13 ans, la poussée de croissance prépubertaire précède de deux ou trois ans celle du garçon. Mais d'un sexe à l'autre la différence des accroissements de la taille et du poids n'est pas seulement une question de date.

Dès la seconde enfance, l'action du sexe se manifeste. Les filles ne grandissent pas seulement plus tôt et plus vite que les garçons. Mais encore, à taille égale, leur poids est un peu supérieur.

La phase d'accroissement prépubertaire, qui s'étend en moyenne de 10 à 13 ans, est comparable à celle du garçon, à ceci près que le rapport $\frac{P}{T}$ reste généralement un peu plus élevé que chez celui-ci.



Après la puberté, la croissance se ralentit aussi très vite, et les formes s'harmonisent ; mais le développement de la graisse l'emporte sur celui des os et des muscles, si bien que la densité du corps devient nettement inférieure à celle du jeune homme. Les deux courbes, féminine et masculine, du rapport $\frac{P}{T}$ se croisent à 15 ans, c'est-à-dire à l'âge de la puberté masculine.

* * *

Telle est l'évolution générale du développement pondéral et statural, ainsi qu'on l'observe chez la moyenne des sujets.

Mais — à l'état physiologique — il existe des différences de race, et des différences individuelles très notables, si bien que l'observation des sujets doit tenir compte moins des chiffres absolus que de l'*évolution générale des courbes*, qui peuvent se maintenir au-dessus ou au-dessous des courbes moyennes, mais qui doivent garder la même allure d'ensemble pour témoigner d'un bon équilibre physiologique.

L'étude du *rapport* $\frac{P}{T}$ présente cependant un intérêt particulier, parce que, quelle que soit la taille absolue de l'enfant, il doit correspondre toujours — à peu près — à la valeur moyenne indiquée pour l'âge du sujet. Mais lui-même ne doit pas être considéré en valeur absolue ; car le chiffre du poids ne représente que l'addition d'éléments divers. Deux sujets de même âge peuvent avoir sensiblement la même taille et le même poids, et être cependant de qualités physiques très différentes, si l'un, par exemple, doit son poids à ses muscles et à ses os, et l'autre à sa graisse.

On voit ainsi quelle importance prend, à côté des données numériques, l'*examen clinique et morphologique* pour étudier la valeur d'un sujet (1).

(1) La seconde partie de cette conférence — consacrée, après ce préambule sur le développement normal, aux ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT PONDÉRAL ET STATURAL et aux conseils médicaux qu'elles comportent quant à l'éducation physique — paraîtra dans notre prochain numéro (N.D.L.R.)

APPAREILLAGE POUR FRACTURES DES DOIGTS ET DES ORTEILS

Par le Docteur Lucien DERMER

Divers procédés d'appareillage ont été essayés depuis le simple abaisse-langue, jusqu'à l'extension continue. Ce dernier procédé, séduisant théoriquement, se heurte dans la pratique à des inconvénients qui rendent son efficacité plus ou moins douteuse.

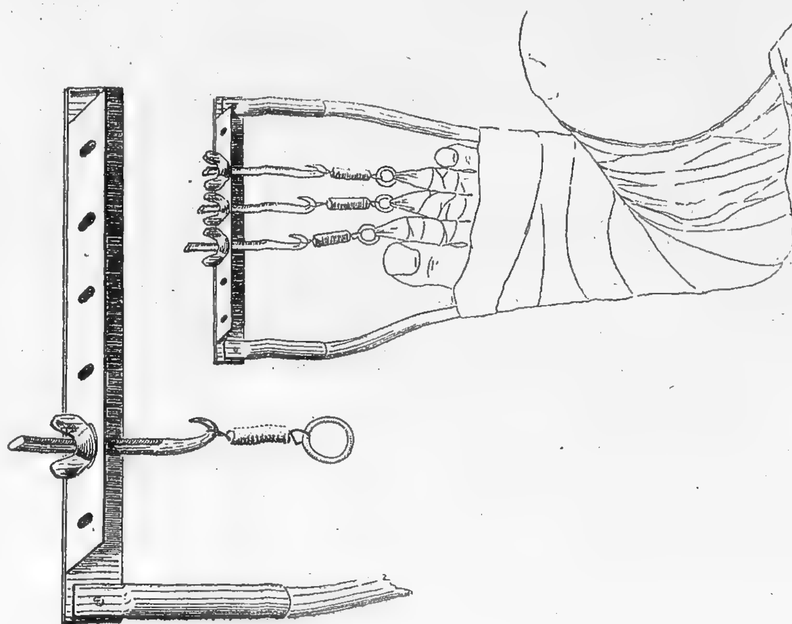
En effet, le procédé à extension continue le plus couramment employé est formé d'un arceau métallique incorporé dans un plâtre de poignet ou de pied, laissant libre les phalanges. Sur les phalanges fracturées, on fixe par l'intermédiaire d'un leucoplaste, un lien de caoutchouc que l'on noue sur l'arceau. La difficulté consiste alors dans le réglage de la tension à donner à l'élastique ; et pour la modifier, il faut défaire le lien élastique et essayer, en tâtonnant, une nouvelle extension.

Pour remédier à ces inconvénients nous avons fait construire l'appareil représenté ci-contre ; nous l'utilisons maintenant avec satisfaction.

Il se compose d'une cornière métallique renversée, percée sur sa face supérieure de six trous espacés régulièrement les uns des autres de 2 cm. 5. Ces orifices ovalaires servent de passage et de guide à des crochets à tiges filetées, munis d'écrous papillons. Chacune de ces tiges présente deux méplats, d'où leur section ovalaire s'adaptant aux orifices ci-dessus décrits et leur permettant, en jouant librement, de monter ou descendre sans tourner sur elles-mêmes, en vissant ou dévissant l'écrou papillon.

Les crochets sont destinés à recevoir l'extrémité supérieure d'un ressort à boudin, dont l'autre pôle est fixé sur la phalange. Des élastiques peuvent également être adaptés, mais nous préférons le ressort métallique plus sûr et plus pratique.

Nous utilisons pour la fixation du ressort à la phalange le procédé de R. Massart, le plus efficace. On imprègne au fur et à mesure de collodion, une bande de gaze que l'on enroule autour de la ou des phalanges distales sur lesquelles doit se faire l'extension. Tout en mettant la bande, faire passer en anse, un morceau de gaze à travers l'anneau du ressort (V. le schéma).



A gauche, schéma de l'appareil, montrant le passage d'un crochet dans un orifice de la cornière.
A droite, adaptation de l'appareil au traitement des fractures de la tête des 2e et 3e métatarsiens et de la 1re phalange du 4e orteil.

Ce procédé de fixation au collodion réalise une meilleure répartition de la force d'extension nettement supérieure à celle du leucoplaste qui finit toujours par glisser. L'appareil s'adapte par l'intermédiaire de deux petits cylindres creux mobiles fixés à ses extrémités, à deux tiges métalliques noyées dans un plâtre de poignet ou de pied. Il est très simple dans son maniement grâce à ses écrous papillons. Un tour de vis dans un sens ou dans l'autre et en une seconde, l'extension correcte est trouvée. Nous voilà loin du réglage avec le lien du caoutchouc. Sur l'efficacité de l'extension ou de la réduction, le contrôle radiologique nous fixera et un nouveau tour de vis procurera, sous écran, une réduction parfaite. En cas de fractures multiples, le réglage précis, rapide de l'appareil, simplifiera la surveillance. Il offre encore, de par son sixième trou percé dans la cornière, la possibilité de tractions obliques en adduction ou abduction ; enfin, il est adaptable aux fractures soit des doigts et des métacarpiens, soit des orteils et des métatarsiens.

LE TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE (1)

Par R. BENON

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

SOMMAIRE. — *Traitement symptomatique. Insomnie. Agitation. Amaigrissement. Convalescence. Service social.*

Traitement symptomatique. — Tout mélancolique, mais surtout le mélancolique vrai et typique, en même temps qu'il est surveillé attentivement, sans tracasseries, en même temps qu'il est entouré de l'atmosphère morale qui convient, doit être traité symptomatiquement avec le plus grand soin, et avec variété souvent dans la médication.

A. ÉPIGASTRALGIE. — L'épigastralgie, le serrement épigastrique, — qu'il ne faut pas appeler angoisse sous peine de confusion terminologique, car le mot angoisse a deux sens, celui d'anxiété, et celui de serrement de cœur — l'épigastralgie n'est pas toujours bien exprimée au premier contact. Elle est constante, singulièrement pénible, mais susceptible de certaines variations individuelles de tonalité, d'intensité. Contre cette épigastralgie, on conseillera, par intervalles, dans la journée, au moment des paroxysmes, une médication tantôt interne, tantôt externe. Les boissons très chaudes (thé, tilleul, menthe poivrée, café, etc.), les boissons froides, glacées, en petite quantité, les analgésiques stomacaux (sirop d'éther, eau chloroformée avec ou sans cocaïne : deux à dix centigrammes de cocaïne par vingt-quatre heures), ont maintes fois une action nettement sédative, mais de courte durée. L'application sur le creux épigastrique de compresses d'eau chaude, d'une vessie contenant de la glace, les frictions à la vaseline mentholée, au crayon de menthol, l'application d'une plaque chaude, d'un sinapisme, d'un vésicatoire, provoquent parfois du soulagement. Ces petits soins, sans doute, sont assez peu efficaces, ils sont souvent difficilement acceptés : ils contribuent toujours à améliorer l'état moral ; ils sont la preuve de l'attention soutenue qu'on porte au malade ; ils occupent sa journée, si lente à s'écouler, si pénible à supporter. Pour les bien exécuter, il faut des personnes calmes, non énervées, décidées, sans précipitation, sans impulsivité, à faire quelque chose pour le malade.

B. INSOMNIE. — L'insomnie, dans la mélancolie, est à traiter très activement : cela se trouve facilité à la période de début par ce fait que l'état organique est bon. L'insomnie simple, l'insomnie sans agitation nocturne, ne crée pas pratiquement de grosses complications. En revanche, lorsqu'il existe avec l'insomnie des idées de suicide, le patient devra être surveillé de très près, notamment entre minuit et six heures du matin, période favorable aux réactions nuisibles. Les opiacés sont les médicaments qui agissent le mieux contre la tristesse, la mélancolie, le chagrin. Le laudanum de Sydenham, à doses quotidiennes et progressives, et de même l'extrait thébaïque, la morphine, l'héroïne, le pantopon, etc., sont administrés souvent avec succès. (Nous reverrons le traitement de la mélancolie par les opiacés au paragraphe agitation, qui suit.) En cas d'inefficacité certaine de l'opium, on donnera le gardénal, le véronal, le chloral, les préparations bromurées, le cratægus (associé ou non à la passiflore, aux chatons de saule, à la ballotte), la valériane, le sédormid, etc. (Nous retrouverons encore tous ces médicaments au traitement de l'agitation.) Notons que les recherches sur les sécrétions internes, les travaux sur la sympathicotonie et la vagotonie, n'ont pas apporté encore de directives nouvelles et sûres dans le traitement de l'insomnie mélancolique. En principe, pour organiser cette thérapeutique, on se basera sur les faits suivants : prédominance du chagrin, de la tristesse, opiacés ; prédominance relative de l'anxiété, barbituriques, cratægus ; prédominance relative de l'énervement, valériane, bromure. Dans les cas complexes, on essaiera chloral, etc. Mais c'est lorsque l'insomnie se complique d'agitation presque permanente, de jour et de nuit, que les plus hautes difficultés surviennent.

C. AGITATION. — Les états d'agitation qu'on observe dans la mélancolie sont : l'agitation anxieuse, l'agitation à base d'énervement, l'agitation confusionnelle. L'agitation anxieuse avec ou sans raptus pantophobiques doit se traiter par *l'alitement*, que les malades se trouvent chez eux, dans une maison de santé ouverte, dans une maison de santé d'aliénés. C'est le meilleur moyen d'assurer la surveillance continue. Certes, lorsque l'état d'anxiété avec agitation relative persiste pendant des mois, on pourra essayer de sortir les patients dans une

(1) Voir *Concours médical*, n° 14 du 6 avril 1941.



cour, sous un préau, dans un jardin, mais pendant quelques heures seulement. Au lit, il est assez aisé de maintenir les mélancoliques sans emploi de la camisole de force : il suffit de placer de chaque côté d'eux un infirmier, et ces deux personnes arrivent rapidement à les persuader de rester définitivement couchés. S'ils quittent impulsivement leur lit, ils s'y laissent ramener sans difficulté. L'alitement par terre, dans un coin de salle, comme faisait Magnan, à Sainte-Anne, à Paris, est un peu pénible à contempler au premier abord, mais il rend bien service dans certains cas : petit à petit, les malades se rendent compte qu'ils doivent rester là où on les a installés ; ils y prennent comme de nouvelles habitudes, de sorte que l'intervention du personnel a lieu de plus en plus rarement. Il est bon de rassurer les mélancoliques anxieux, d'un mot, sans trop insister, car cela, bien sûr, est à peu près vain. Lorsqu'ils cherchent fréquemment à se lever, sinon à fuir, on ne devra pas les maintenir de force constamment au lit, ou en tout cas ce maintien ne devra pas dépasser dix minutes, ou un quart d'heure, ce qui est long. Il faut éviter une sorte de lutte. On leur donnera donc quelque liberté, on les laissera circuler dans la salle, en les entourant sans les toucher, en leur parlant pour les tranquilliser ; puis, un moment après, on les ramènera à leur lit qu'ils regagnent d'ailleurs maintes fois spontanément ou sur conseil. Cette pratique est un peu délicate ; elle exige autour des malades la présence de bons infirmiers, mais elle est bien réalisable. En cas d'agitation à base *d'énervement*, l'alitement est indiqué comme pour l'agitation anxieuse. Souvent anxiété et énervement se succèdent. Compréhension aussi exacte que possible de l'état des malades, souplesse du personnel, sont toujours ici indispensables. Les mélancoliques énervés font rarement de l'agitation colérique, verbale, motrice, mais ils ont besoin de mouvement : on les laissera se tourner dans leur lit, s'asseoir, défaire leur lit, descendre de leur lit. Ils se recouchent spontanément, ou sur invitation. (La parole, douce, patiente, répétée, vaut toujours mieux que le geste chez les aliénés.) On pourra ne pas voir d'inconvénient à ce qu'un mélancolique aille et vienne dans une chambre : la marche diminue la douleur de l'énervement. L'agitation nerveuse, ainsi traitée, ne donne lieu à aucune réaction impulsive fâcheuse contre le personnel, comme coups ou morsures, etc. L'agitation due à la *confusion mentale*, à la confusion inconsciente, par troubles de perceptivité et de la reconnaissance, par égarement, par hébétude, nécessite une grande surveillance (raptus possibles, suicide, violences). Elle peut compliquer l'agitation à base d'anxiété et d'énervement. Elle coexiste souvent ici avec la confusion dans les idées, confusion consciente par asthénie psychique.

Avec l'alitement, contre l'agitation des mélancoliques, le praticien emploiera l'hydrothérapie, les médicaments calmants et hypnotiques. *L'hydrothérapie* donne rarement de bons résultats dans la mélancolie vraie typique de l'adulte. On n'usera que des bains chauds, plus ou moins prolongés, pas trop prolongés lorsque l'asthénie est nettement accusée. Le bain chaud, qui calme bien l'excitation nerveuse, est par suite plus indiqué chez les mélancoliques énervés que chez les mélancoliques anxieux, lesquels ont peur de tout, du bruit, du feu, en particulier de l'eau. Le bain chaud convient chez les mélancoliques atypiques, chez les mélancoliques confus. La douche tiède, la douche écossaise, le drap mouillé, ont leurs indications et sont à continuer quand ils sont bien tolérés. Les *médicaments* calmants et hypnotiques sont constamment à prescrire chez les mélancoliques, jamais les médicaments dits fortifiants. Voici ceux que le praticien devra donner de préférence : les opiacés, les barbituriques, le cratægus, le bromure, la valériane, le chloral, etc. *L'opium*, médicament de la mélancolie vraie, délirante ou non, chez l'adulte et aussi chez l'adolescent, est administré par la voie gastro-intestinale ou par la voie sous-cutanée. On commence par des doses assez faibles, mais progressivement et rapidement croissantes, en une à deux semaines. Il faut arriver à donner des doses fortes, ou ce traitement sera vain d'emblée. On surveillera soi-même de très près, l'état somatique. Les phénomènes d'accoutumance sont curieusement exceptionnels : on diminuera les doses en cas de nausées, vomissements, dyspnée, faiblesse du pouls, intermittence du pouls, vertiges, etc. Au début du traitement, lorsqu'il est urgent d'agir vite, on fera, on ne fera pas faire, dès la première journée, à intervalles de quelques heures, en injections sous-cutanées, des doses faibles de morphine (cinq milligrammes, 0,005 par exemple), sans dépasser à ce moment dans les vingt-quatre heures, trois à cinq centigrammes, 0,03 à 0,05, dose maxima chez un sujet non préparé. Par *la voie digestive*, le laudanum de Sydenham est le médicament le plus fréquemment employé : on donne vingt gouttes le matin, vingt gouttes le soir, dans un verre d'eau sucrée (vingt gouttes correspondent à un centigramme de morphine) ; on augmente d'une ou deux gouttes, matin et soir, pour atteindre 100, 150, 200 gouttes (200 gouttes font dix centigrammes de morphine par vingt-quatre heures). On peut prescrire aussi le laudanum de Rousseau (douze gouttes correspondent à un centigramme de morphine), les pilules d'opium (une pilule de cinq centigrammes correspond à un centi-

gramme de morphine), les pilules de phosphate de codéine (deux à dix centigrammes par jour), etc. Par la voie sous cutanée, on emploie la morphine, l'héroïne, la dionine, le phosphate de codéine, le pantopon, etc. Le chlorhydrate de morphine est donné les premiers jours à la dose d'un à deux centigrammes ; on augmente progressivement jusqu'à dix et même vingt centigrammes par jour. Les *barbituriques* (gardénal, véronal), dans la mélancolie vraie, typique, surtout lorsque l'anxiété tend à prédominer, sont maintes fois efficaces (gardénal, 0,10 à 0,30, le soir et dans la nuit, en une ou mieux en plusieurs fois, 0,10 + 0,10 + 0,10 ; véronal, 0,25 à 0,50). Des dizaines de spécialités ont été fabriquées avec les barbituriques ; elles ont leur utilité, prescrites le soir et dans la nuit. Le *bromure*, la *valériane*, lorsque l'énervement est très marqué chez les mélancoliques, sont des médicaments dont l'administration peut se trouver fort utile. Le bromure de sodium, seul ou associé aux bromures de potassium, de strontium, d'ammonium, s'administre à la dose de quatre à six grammes par vingt-quatre heures. Les tablettes de sédobrol sont des tablettes bromurées qui fournissent un bouillon de goût agréable. La valériane doit être prescrite à hautes doses, sinon elle est maintes fois totalement inefficace. Le chloral, à la dose de deux à six grammes, est encore un sédatif à essayer dans la mélancolie vraie (sirop de chloral). Il est bien toléré lorsqu'on peut le faire prendre dans un grand verre d'eau sucrée, ou dans du lait. Il peut se donner en lavement. Chez les mélancoliques, il n'a pour ainsi dire jamais d'action fâcheuse sur le cœur. Le cratægus oxyacantha a ses indications chez les mélancoliques anxieux (teinture d'aubépine : dix à cinquante gouttes par jour en cinq fois). Il se prescrit seul ou associé à la passiflore, à la ballotte (marube noire), aux chatons de saule frais. Il convient surtout aux petits mélancoliques anxieux, non délirants, auxquels il procure un sommeil agréable. Le sédormid (un comprimé le soir et un ou deux autres dans la nuit) a l'avantage d'être peu toxique, sinon pas toxique du tout, mais dans la mélancolie vraie son action paraît faible, de courte durée, et de même l'action de la paraldéhyde, de la trinitrine, de la cocaïne, etc, qu'on prescrira pourtant dans les cas rebelles.

L'opothérapie (extraits d'ovaire, de testicule, de surrénale, d'hypophyse, etc.), sur laquelle tant d'espoirs furent fondés, n'a pas encore donné de résultats thérapeutiques satisfaisants dans la mélancolie. Chez certains malades, en cas de *vagotonie* nette (ralentissement cardiaque, myosis, hypersécrétion salivaire, réflexe oculo-cardiaque positif, réflexe solaire négatif), on pourra administrer l'adrénaline, la jusquiame (hyosciamine, hyoscine), la belladone (atropine). En cas de sympathicotonie (accélération cardiaque, mydriase, hyposécrétion salivaire, etc.), on recourra à la fève de Calabar (ésérine), au Jaborandi (pilocarpine). Mais chez un même mélancolique très typique, on voit la vagotonie alterner avec la *sympathicotonie* et cela rend très difficile le choix des médicaments. Les abcès de fixation, les injections de lait, de sérum anti-infectieux, dans le dessein de produire un choc hémoclasique, sont parfois indiqués chez les mélancoliques adolescents, délirants, polymorphes ou non. L'électricité, galvanique ou faradique, a quelquefois une influence sédative heureuse dans la mélancolie. Quelques essais de médication sensibilisatrice (hyposulfite de soude, carbonate de soude) ne nous ont donné encore aucun résultat notable. Signalons que les médications dites fortifiantes, à base d'arsenic, de strychnine, de fer, de quinquina, etc., sont excitantes, et que, le plus souvent, elles augmentent l'agitation. En principe, jamais on n'usera de la cellule, qui favorise le suicide et les automutilations, ni de la camisole de force qui est un instrument de contention pénible et dangereux.

D. *Anorexie. Constipation.* — Les mélancoliques vrais d'ordinaire ont peu d'appétit : tout à leur chagrin, à leur anxiété, ils n'ont pas de goût à manger, à boire, et se font constamment prier. Le spasme épigastrique (spasme de l'estomac) contribue pour une large part à cette diminution de l'appétit. C'est un fait cependant que l'absorption des aliments atténue pour un moment le serrement de l'estomac. L'anorexie des mélancoliques types avec état saburral des voies digestives ne doit pas être confondue avec le refus d'aliments par négativisme, c'est-à-dire par énervement contenu. En principe, aux mélancoliques vrais, typiques, on n'imposera pas de régime sévère. On s'attachera à obtenir simplement que la nourriture soit régulière, légère, variée et suffisante. On donnera aux malades, les aliments qui leur plaisent ; ceux-ci seront très frais et abondants si cela est possible. On préfèrera les potages, les purées de légumes, bien assaisonnés, les œufs (un par jour, pas plus), les laits de poule, le lait simple ou écrémé ou additionné d'eau de Vichy, les laitages, les viandes bien cuites ou non, mais dégraissées, finement coupées par l'entourage, les fruits cuits ou crus, etc... Le vin, le café, en petite quantité, le thé, les tisanes, sont à conseiller. Néanmoins, on aura souvent de la peine à bien alimenter un mélancolique vrai, soit qu'il s'obstine à ne pas manger pour se punir, soit qu'intimement, il ait le désir de se laisser mourir de faim. Il faudra beaucoup de temps, beaucoup de patience, pour parvenir à lui faire absorber par intervalles quelques tasses de tisane, de lait. On n'usera jamais

de violence, par exemple en appelant des aides pour maintenir les bras, pincer le nez, etc. On agira seul, on saura attendre, on insistera doucement, sans brusquerie, et presque toujours le succès couronnera ces tentatives répétées. On se pénètrera de cette idée que l'alimentation à la sonde est un pis-aller, une pratique fâcheuse. Chez tous les mélancoliques qui se nourrissent peu, mal, il faut faire la courbe de poids et noter ainsi chaque jour la quantité d'aliments liquides et solides absorbés. La constipation est très fréquente chez les mélancoliques types. Elle sera traitée par les purgatifs salins, l'huile de ricin, la rhubarbe (poudre : un à quatre grammes dans du pain azyme), le calomel (cinquante centigrammes à un gramme), les pilules d'aloès (pilules de dix centigrammes ; deux à quatre par jour), etc. On prescrira ces laxatifs tous les trois ou quatre jours, ou encore des lavements, des entéroclyses (douches rectales ascendantes, irrigations intestinales). On fera en sorte de ne pas déterminer de coliques. Ainsi, en traitant avec soin, la constipation, en instituant un régime varié, on évitera les phénomènes d'auto-intoxication gastro-intestinale secondaires à l'état émotionnel primitif et fondamental ; ce sont eux, très probablement, qui sont la cause des épisodes confusionnels observés au cours de la mélancolie vraie.

E. *Alimentation à la sonde*. — L'alimentation forcée à la sonde est une opération qu'on devra imposer aux mélancolique, lorsque sont établis l'insuffisance de l'alimentation, la progression de l'amaigrissement. En aucun cas, le patient ne devra être attaché sur un fauteuil, camisolé sur un lit. Il sera maintenu de la façon suivante, en particulier lors de la première alimentation artificielle : couché dans le décubitus horizontal, la tête et le tronc un peu relevés avec un oreiller, il a la tête fixée droite par un infirmier à l'aide d'une serviette pliée. Deux infirmiers immobilisent la ceinture scapulaire ; ils maintiennent les membres supérieurs à leur racine, au niveau de l'articulation de l'épaule, avec la paume de la main droite ou gauche suivant le côté, cependant qu'ils tiennent le poignet de la main restée libre. Deux autres infirmiers immobilisent la ceinture pelvienne en plaçant la paume correspondante de la main sur l'épine iliaque antéro-supérieure ; l'autre main fixe le fémur au niveau de son tiers inférieur. Un drap simple recouvre les membres inférieurs. Le médecin opérateur doit dire quelques mots au malade, le rassurer, lui affirmer, par exemple, qu'il s'efforcera de lui faire le moins de mal possible, qu'il ne saurait le laisser mourir de faim, etc. Il introduit la sonde par le nez, à droite ou à gauche. On se sert de sondes œsophagiennes, en caoutchouc vulcanisé, sur lesquelles on a remarqué deux repères : 1° la distance qui sépare les arcades dentaires de l'extrémité supérieure de l'œsophage (14 cent., quatorze cent.) ; 2° celle qui sépare l'extrémité supérieure de l'œsophage du cardia (vingt-cinq cent. : 25 cent. ; 14 + 25 = 39 cent). Une fois la sonde introduite, on dépassera le dernier repère de cinq à dix cent. : 5 à 10 cent. Le point délicat de l'opération est l'acte de franchir l'extrémité supérieure de l'œsophage. Lorsque la sonde a été introduite par le nez jusqu'au premier repère, on prie un aide, le sixième, de verser une petite quantité d'eau par l'extrémité de la sonde munie au besoin momentanément d'un entonnoir en verre. L'eau, en arrivant dans le pharynx, produit un réflexe de déglutition : la bouche se ferme. L'opérateur en profite pour passer la sonde dans l'œsophage. A la vérité, la sonde doit être comme déglutie, et non pas introduite de force. Lorsque la sonde est considérée comme étant dans l'estomac, avant d'introduire le liquide alimentaire, on fera verser dans le bock en verre, relié à la sonde par un caoutchouc d'un mètre dix cent. environ, quelques centimètres cubes d'eau. On ne se hâtera pas. On constatera les réactions réflexes produites. Si la sonde était engagée dans la trachée, on observerait de la toux, de la dyspnée, de l'asphyxie. Si le malade crie ou parle, c'est que le larynx est libre. La sonde sera passée matin et soir. Chaque fois on administre au moins un litre de liquide : lait, bouillon, avec ou sans œuf très frais, poudre de viande, jus de viande, purée de lentilles, de pommes de terre, etc. On devra y ajouter parfois des médicaments hypnotiques, quelques drogues à base d'acide phosphorique (pas d'arsenic, ni strychnine, ni fer, ni quinquina), et aussi des laxatifs ou des purgatifs. Le bock, relié à la sonde par un tube de caoutchouc, sera toujours en verre et non en métal émaillé, non en porcelaine. L'opérateur doit pouvoir observer le niveau du liquide. Le tube de caoutchouc doit porter une clef d'arrêt et on disposera, à vingt centimètres au-dessus de cette clef d'arrêt, un tube de verre de dix centimètres de longueur, qui permet de voir si le liquide passe ou ne passe pas dans le tube de caoutchouc. Lorsqu'on retire la sonde, on fait présenter par le sixième aide une grande cuvette vide destinée à recevoir le bock de verre, le caoutchouc de ce bock et la sonde. On pincera la sonde au premier repère et on évitera ainsi de projeter à droite et à gauche du liquide alimentaire. En résumé, il faut un matériel spécial avec six aides pour faire convenablement une alimentation artificielle, difficile, surtout la première.

F. *Asthénie*. — Lorsqu'un syndrome asthénique bien caractérisé s'installe au cours d'un état mélancolique, sous l'influence de cet état douloureux spécial, il importe de soigner rationnel-

lement cette asthénie. D'ailleurs, quelquefois celle-ci tend à devenir la dominante symptomatique cependant que le délire mélancolique, le chagrin initial, s'atténuent, disparaissent même. De tels malades, si possible, doivent être mis au repos, en un endroit calme, silencieux. L'alitement complet n'est pas indispensable, à moins qu'il ne soit désiré. Ils se lèveront tard, s'allongeront, l'après-midi, sur leur lit plutôt que sur une chaise longue ; ils se coucheront tôt, quelquefois pas trop tôt, s'ils se trouvent un peu mieux le soir, ce qui est assez commun chez les asthéniques types. Ils ne recevront pas de visites, qui les fatiguent et les irritent. On les laissera s'isoler. On ne leur imposera aucune distraction, mais on leur procurera celles qu'ils sont susceptibles de désirer : la présence d'un ami qui les comprend bien, pourra être utile. Ils feront, s'ils le veulent, de courtes marches, non pas des voyages. Ils ne prendront pas de bains, qui les importunent, les courbaturent, les anéantissent. Ils devront suivre un régime alimentaire spécial, car ils font souvent de l'asthénie gastro-intestinale ; ce régime sera fait de potages, de purées, de viandes bien cuites et dégraissées, de fruits cuits, de fromages frais, de laitages (pas de lait le matin, ni chocolat, ni cacao, très peu d'œufs, etc). Maintes fois pourtant, on suivra le goût des malades. On ne leur donnera pas de médications reconstituantes, qui toujours sont excitantes ; si on tente de le faire, on devra surveiller de très près leurs effets, et cesser en cas d'aggravation de l'insomnie, de l'énervement. L'acide phosphorique est assez bien supporté (prendre dix jours et cesser dix, etc.). Il importe avant tout chez les asthéniques de ne pas méconnaître la réalité et l'importance de leur état d'impuissance musculaire et psychique.

G. *Amaigrisssement. Cachexie.* — Quelques mélancoliques vrais, typiques, malgré les soins attentifs dont ils sont l'objet, s'amaigrissent, tendent à la cachexie et progressivement y aboutissent. Ce sont surtout, croyons-nous, des mélancoliques négativistes et plus ou moins asthéniques. Est-il possible d'éviter cette cachexie et par quel traitement ? Dépend-elle d'un état organique, lésionnaire, décelable, qui reste à préciser, notamment dépend-elle de complications hépatiques ? Est-elle d'origine purement nerveuse, et sous l'influence de quel mécanisme ? On fera établir les courbes du poids, de la température, du pouls, enfin de l'alimentation. Malgré toute l'attention apportée aux soins du malade, on voit petit à petit l'amaigrissement progresser. Tous ces malades s'alimentent un peu, mais insuffisamment. L'alimentation à la sonde, lorsqu'on la pratique, est pénible et suivie de vomissements, de sorte qu'il devient préférable de ne pas y recourir. On assiste ainsi à la fonte générale et lente des masses musculaires. Le sujet est réduit à l'état squelettique. Cette situation peut durer pendant des mois : l'absorption de quelques aliments liquides ou solides suffit pour entretenir la vie un bien long temps. On fera des injections d'eau de mer, des injections de sérum artificiel : sérum de Hayem ou sérum artificiel (sept grammes cinquante centigrammes de chlorure de sodium pour mille grammes d'eau distillée bouillie) : on injectera une ou deux fois par jour vingt à cinquante centimètres cubes de ces liquides, et si possible davantage. On prescrira encore de temps en temps des lavements alimentaires, des injections d'huile camphrée. Dans quelques cas, on note un arrêt de cet amaigrissement progressif, pourtant toujours fatal.

H. *Complications organiques diverses.* — C'est une chose digne de remarque que la mélancolie vraie, en particulier la mélancolie vraie de l'adulte, évolue sans complications organiques précises. On a noté, il y a longtemps, probablement surtout depuis Galien, la coexistence avec la mélancolie de troubles gastro-intestinaux (langue saburrale, constipation, diarrhée, etc.). Sur ces faits, on a bâti des théories de la mélancolie. On a pensé que la cause directe de la maladie était les phénomènes d'auto-intoxication constatés. En vérité, dans la mélancolie, les troubles gastro-intestinaux paraissent secondaires, non pas primitifs. Nulle auto-intoxication particulière n'a encore été isolée chez eux, enfin le traitement de l'auto-intoxication générale de la mélancolie reste sans résultat thérapeutique appréciable. Dans les états mélancoliques typiques, chroniques, stabilisés, les troubles de l'estomac et de l'intestin sont d'ailleurs assez peu accusés ; lorsqu'ils s'aggravent, il est vrai, le sujet maigrit et tend au marasme. Du côté du foie, on relève souvent des symptômes d'insuffisance. La question serait à reprendre par un organiciste compétent. A l'autopsie, nous avons maintes fois observé des signes de dégénérescence graisseuse de la glande rénale ; son insuffsance paraît bien plus rare. Nous avons vu la mélancolie vraie évoluer chez des adultes porteurs de néphrite chronique, sans complication confusionnelle, onirique. Dans un cas même, sans doute exceptionnel, le patient avait cependant été frappé, quatre ans avant son accès mélancolique, de coma urémique. Une cardiopathie peut coexister avec un état mélancolique typique, sans qu'elle en soit aggravée : l'accès délirant guérit et l'affection cardiaque est, après la maladie mentale, ce qu'elle était auparavant. Les affections pulmonaires graves, en particulier la tuberculose, ne coexistent pas souvent, non plus, avec la mélancolie vraie, à moins que ce ne soit chez des adolescents. Chez un mélancoli-

◆◆◆◆

que, affecté de syphilis, mais sans altérations du liquide céphalo-rachidien, on ne voit nullement la psychopathie s'améliorer par le traitement spécial pourtant tout indiqué. Les complications du côté de l'encéphale (hémorragie, ramollissement) sont certainement exceptionnelles. La simple céphalée paroxystique chez les mélancoliques chroniques est une rareté, alors qu'elle est si commune dans l'asthénie chronique séquelle, mal comprise, irrationnellement traitée.

Convalescence. — A quel moment commence la période de convalescence chez un mélancolique vrai, chronique et adulte ? L'affection a duré plusieurs mois, plusieurs années : à quels indices reconnaître l'évolution favorable vers la guérison ? Dans quelles conditions particulières devra-t-on mettre fin au traitement à la maison de santé, provoquer la sortie de l'établissement ? Ce sont questions difficiles à apprécier, à résoudre. Le praticien fondera son opinion sur la connaissance qu'il a de son malade, sur les renseignements fournis par son personnel, recueillis près de la famille. Les visites d'amis, les distractions, les promenades hors de l'établissement, produisent de bons effets. Dans quelques cas, il est utile de pratiquer un changement de milieu, de placer le convalescent à la campagne, à la mer, à la montagne, près de personnes calmes, attentives, éduquées spécialement, soucieuses de la guérison. Pour les mélancoliques des classes moyennes et ouvrières, le *service social* seul sera capable de rendre les services désirés, chez l'adulte comme chez l'adolescent. Le plus souvent, en vérité, le médecin spécialiste procèdera par tâtonnements, après étude appliquée. Il observera les inclinations du malade ; il se renseignera aussi exactement que possible, par témoignages divers, sur la situation morale et matérielle de la famille : les faits psychologiques ne sont pas tout à ce moment, mais ils ont encore une haute importance pour le retour à l'état de santé antérieur ; le médecin instruit n'a aucune tendance à les négliger, quand il a pratiqué une analyse approfondie de l'affection de son malade mental et du milieu dans lequel ce dernier a vécu. Cette tâche, dans les temps actuels si grossièrement matérialistes, peut paraître fastidieuse : pourtant elle est appelée sans aucun doute à un large développement au double point de vue familial et social, quel que soit l'avenir économique. Etant une œuvre essentiellement humaine, elle ne saurait que grandir, pour le bien des malades.

***

La complexité du traitement de la mélancolie vraie et de la mélancolie-syndrome tient à la complexité même de ces états. Le point capital, toujours, reste le diagnostic, et il importe en particulier de ne point appliquer le même traitement à la mélancolie vraie et à la fausse mélancolie de Baillarger, puis de Kraëpelin, laquelle n'est pas de la mélancolie périodique, mais de l'asthénie périodique. Ne pas essayer de comprendre ce qu'il y a d'essentiellement différent dans ces deux sortes de psychopathies, c'est accepter d'un cœur léger la confusion nosologique la plus fâcheuse et la plus contraire à toute thérapeutique rationnelle.

A PROPOS DE L'ATROPHIE OPTIQUE AU COURS DU TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

On reconnaît généralement que les médications arsénicales, en particulier les sels pentavalents, constituent la méthode chimiothérapique la plus active dans la paralysie générale ; mais ceux-ci, à de rares exceptions près, sont considérés comme particulièrement dangereux pour le nerf optique. Aussi la nécessité d'un examen ophtalmologique est-elle vite apparue aux psychiatres.

M. Prieur insiste sur l'augmentation rapide des cas d'atrophie optique constatés entre les années 1925 et 1930 et sur les conseils donnés, dès cette époque, d'être plus prudent dans les traitements arsenicaux, et de consulter plus souvent les ophtalmologistes en pareils cas.

Pourquoi l'arsenic, si activement thérapeutique dans la syphilis pure, devient-il toxique dans la paralysie générale ? C'est probablement parce qu'une maladie encore peu connue, à virus neurotrope, cultivant à basse température, vient bloquer la défense de l'organisme par lésion primitive des centres du mésencéphale, et ouvrir la porte à l'agent pathogène de la syphilis. Or, avec la malariathérapie, l'arsenic pentavalent semble perdre de sa toxicité ; même, à l'époque où l'impaludation était suivie de doses massives de sulfarsénol et de stovarsol intraveineux, on n'a jamais vu d'atrophies définitives avec cécité complète, semblables à celles provoquées par les seuls sels d'arsenic. Il semble que la malariathérapie, par des accès fébriles à haute température, libère les centres nerveux, et permette une thérapeutique arsenicale plus aisée et moins dangereuse.

Retenons finalement que la chimiothérapie arsenicale de la paralysie générale oblige à une extrême prudence, aidée d'un *contrôle ophtalmologique*. (*La Médecine*, janvier 1941).

LES ALIMENTS ENVISAGÉS AU POINT DE VUE VITAMINIQUE

Dans un rapport intitulé « Conseils au sujet des vitamines », M. H. Martel a présenté à l'Académie de médecine une étude des divers aliments usuels envisagés au point de vue des vitamines qu'ils peuvent fournir aux consommateurs. Ces « Conseils », dont nous résumons ci-après les grandes lignes, permettront, lorsqu'il y aura lieu de parer à une déficience vitaminique, de choisir les produits alimentaires, d'origine animale ou végétale, les mieux appropriés dont nous pouvons disposer. Sont successivement envisagées les vitamines A, B, C, D, E.

Vitamine A (*de croissance*).

La vitamine A jouant un rôle dans la croissance, l'insuffisance de cette vitamine entraîne, pour l'organisme, un retard de développement, un manque de vigueur, un affaiblissement de la vision. Une carence plus accentuée provoque des troubles des tissus de revêtement, des altérations de la cornée en particulier.

Sont riches ou assez riches en vitamine A : les huiles de foie de poissons, le foie de veau, le beurre, le jaune d'œuf, le gruyère ; et les végétaux suivants : le persil, le pissenlit, les épinards, les choux frisés, les feuilles de laitue, les carottes rouges, la pêche, la prune, l'abricot.

Remarquons que, dans les aliments d'origine végétale, la vitamine A existe à l'état de *provitamine A* ou *carotène*.

Contiennent des vitamines A en quantité moindre, mais encore importante : le lait, les sardines à l'huile, les huîtres, le thon, les haricots verts, la tomate.

La vitamine A résiste à la chaleur. La stérilisation des conserves en boîtes, effectuée suivant les principes modernes, détruit peu cette vitamine. Toutefois, la cuisson à l'eau fait perdre à la carotte 25 à 50 % de son carotène. De même, au point de vue vitaminique, le beurre doit être consommé à l'état nature. On ne doit le laisser fondre qu'à basse température, sur les légumes cuits encore chauds, par exemple. La cuisson du beurre, est ici contre-indiquée.

La congélation des beurres, œufs, fruits et légumes conserve bien la vitamine A.

Vitamine B1 (*antinévritique*).

La vitamine B1 intervient également dans la croissance et favorise l'assimilation générale. Sa carence provoque une mauvaise assimilation, un retard de croissance, des polynévrites. Une carence très accentuée occasionne le béribéri.

Sont riches en vitamine B1 : la levure de bière, les oranges, les germes de grains, le rognon de porc, le foie de bœuf, le jaune d'œuf.

Sont assez riches en cette vitamine : les lentilles, pois secs, châtaignes, choux frisés, choux de Bruxelles, la carotte, la chair musculaire, la chair de poulet, etc.

L'adulte peut trouver, par exemple, la quantité de vitamine B1 dont il a besoin en un jour dans 40 grammes de levure de bière, le jus d'une orange, un bon plat de lentilles ou de châtaignes, etc.

La vitamine B1, hydrosoluble, est relativement résistante à la chaleur. En raison de sa solubilité dans l'eau, elle passe en partie dans l'eau de cuisson. C'est ainsi que la pomme de terre peut perdre 25 %, et la carotte 50 % de sa vitamine B1. Il est indiqué de les cuire par immersion directe dans l'eau bouillante.

Vitamine B2 (*lactoflavine*).

Nécessaire à la vie de diverses cellules (système nerveux), utile à l'assimilation des sucres, sa carence provoque des troubles digestifs, des troubles de croissance, des troubles nerveux.

Sont riches ou assez riches en vitamine B2 : la levure de bière, le germe de blé, les foies et rognons de bœuf et de veau, le jaune d'œuf, les fromages, lentilles, pois secs, châtaignes, etc...

Soluble dans l'eau, la vitamine B2 résiste assez bien à la chaleur.

Vitamine C (*antiscorbutique ; acide ascorbique*).

La vitamine C assure l'intégrité des petits vaisseaux et du sang. Elle intervient indirectement pour soutenir la résistance physique et morale de l'individu. Sa carence entraîne des états divers de dépression, de la propension au saignement des gencives, et, dans les cas accentués, du scorbut (anémie, hémorrhagies).

On évalue à 1 milligr. par kilogr. de poids le taux d'acide ascorbique nécessaire chaque jour.

Les aliments les plus riches en vitamine C sont : le persil, le cresson, le pissenlit, les feuilles de radis, le chou de Bruxelles, le chou rouge, les feuilles de chou-fleur, l'épinard, le jus de citron, le rutabaga, la fraise, la tomate, la laitue verte, le haricot vert, les foies de bœuf, de veau, de mouton, de porc, de poulet, la groseille, la framboise, la mûre, la mandarine, l'orange.

La pomme de terre, la banane, le melon sont d'assez bonnes sources, encore, de cette vitamine. Le lait est une source peu riche.

Sont relativement pauvres : la carotte, la pomme, la poire, le raisin, la cerise, etc.

Manquent de vitamine C : le beurre, le fromage, l'œuf de poule, les fruits secs, l'olive mûre.

Dans un fruit, l'acide ascorbique est plus abondant dans la peau que dans la chair ; la proportion de vitamine C est d'autant plus accusée que l'on se rapproche du tégument externe. La coloration rouge (tomate, orange) marque un accroissement de la teneur en acide ascorbique.

L'acide ascorbique est hydrosoluble. La cuisson à l'eau occasionne des pertes de cette substance (qui passe dans l'eau de cuisson), allant suivant le temps d'ébullition, de 70 à 99 % pour le chou, de 25 à 80 % pour les épinards ; de 50 % pour le navet, de 50 % pour la pomme de terre pelée ou grattée. Frite, la pomme de terre perd soit 25, soit 50 % de sa vitamine anti-scorbutique. La pomme de terre « en robe des champs », ne perd que 1 %. Dans la cuisson à la vapeur, les pertes par oxydation et par épuisement sont évitées. Les légumes et surtout les choux doivent donc être cuits à l'étuvée.

Le stockage et le transport des légumes frais nuit à leur teneur en vitamine C. On note des pertes allant rapidement, lorsque ces légumes sont étiolés, à 80 et 90 % pour les épinards, la laitue, le haricot vert, le pissenlit. La vieille pomme de terre (avec liseré grisâtre sur la coupe au voisinage de la peau et parallèlement à celle-ci) peut avoir perdu 50 %. L'ébullition et la pasteurisation du lait peut réduire de 50 % la vitamine C. De même, l'exposition à la lumière solaire (lait en carafes de verre blanc) est nuisible à l'acide ascorbique.

On recommande de ne pas broyer les légumes avec des instruments en métal oxydable. On conseille de gratter plutôt que de peler les légumes et de consommer les fruits avec leur peau lavée.

Vitamine D (*anti-rachitique*).

Elle intervient dans l'ossification. Sa déficience provoque une prédisposition à la carie dentaire, une croissance difficile. Sa carence complète entraîne le rachitisme.

Le rôle de la lumière solaire est, en l'espèce, capital. Les rayons solaires peuvent transformer la provitamine D des téguments (stérol de la peau) en vitamine D.

Les meilleures sources de cette vitamine sont les huiles de foie de poissons, les chairs de l'anguille et du thon, la graisse extraite des cosses de cacao.

Sont encore d'assez bonnes sources : le beurre, le jaune d'œuf, les sardines à l'huile, les foies de veau, de porc, de bœuf, le riz de veau, la cervelle de bœuf.

Le lait entier, les huîtres sont pauvres en vitamine D.

Insoluble dans l'eau, cette vitamine résiste à la chaleur et se conserve bien à la congélation.

Vitamine E (*de reproduction*).

Sa carence entraîne la stérilité ou, d'autres fois, la momification et l'expulsion du fœtus.

Les bonnes sources de vitamine E sont : le grain de maïs, l'arachide, le riz, le cresson, la laitue. Viennent ensuite la chair musculaire, le jaune d'œuf, le foie, le germe de blé.

N'en contiennent pas ; la levure de bière, les foies de morue, le jus de citron.

La vitamine E, insoluble dans l'eau, est stable au regard de la chaleur. Elle est toutefois très oxydable.

P. Lacroix.

SUR LE TRAITEMENT DES STAPHYLOCOCCIES PAR L'ANATOXINE STAPHYLOCOCCIQUE

L'anatoxine staphylococcique, dit le Professeur Mauriac (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 2 de 1941), constitue une arme utile en chirurgie comme en médecine.

Toutes les infections staphylococciques aiguës ou chroniques (furonculose, sycosis, ostéomyélite, septicémie à staphylocoques), peuvent relever du traitement par l'anatoxine. La furonculose (furoncle, anthrax, panaris) en est l'indication principale. L'ostéo-myélite est une indication plus discutée.

Avant de commencer le traitement, rechercher l'albumine dans les urines. L'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique ou cardiaque, la tuberculose sont des contre-indications.

Les injections se font dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sus-épineuse, aux doses suivantes : 1re injection, un dixième de cent. cube d'anatoxine staphylococcique de l'Institut Pasteur ; 2e injection (quatre jours après), un quart de cent. cube d'anatoxine ; 3e injection (quatre jours après), un demi cent. cube ; 4e injection (quatre jours après), un cent. cube ; 5e injection (quatre jours après), deux cent. cubes. Si les injections , la première surtout, sont suivies de réaction locale ou de fièvre, ne pas continuer le traitement. Dans la première enfance, doses de 1 /20e à 1 /2 cent. cube, et employer l'anatoxine purifiée de l'Institut Pasteur.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos du rôle du système nerveux dans l'occlusion intestinale

R. LERICHE expose que le point de départ de la contraction intestinale physiologique paraît, avant tout, être dans la muqueuse, dont la sensibilité est bien plus grande qu'on ne le dit communément. Etant donné cette sensibilité très active, on ne saurait concevoir qu'une striction totale ou partielle de l'intestin, qu'une compression qui l'atteint, ne provoque pas des actions motrices par voie réflexe, en dehors de toute distension. La sensibilité des mésos n'est pas moins grande, et, dans la pathologie de l'occlusion, elle joue peut-être tout autant que celle de la paroi elle-même. C'est un fait général que, contrairement à ce que l'on pense souvent, il n'y a pas de phénomènes purement mécaniques, sinon épisodiquement. Aussitôt que le fait mécanique se produit, le système nerveux excité intervient et modifie le tableau.

Bref, on peut se poser la question de savoir si, dans les phénomènes qui accompagnent une occlusion aiguë du grêle, une grande partie de ce qui se passe en dehors des altérations materielles de la paroi, n'est pas d'ordre nerveux ; les phénomènes mécaniques ne seraient que la conséquence des troubles que le déséquilibre nerveux végétatif entraîne. Il pourrait en résulter des indications thérapeutiques fécondes, comme celle de l'emploi des infiltrations anesthésiques pré-opératoires du splanchnique et des chaînes lombaires, pour modifier l'état de la paroi intestinale en amont, et préparer le terrain des interventions chirurgicales.

En y réfléchissant, on est amené à penser que l'élément nerveux réflexe est considérable dans l'évolution de la maladie, que c'est lui qui produit les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, qui ne peut s'expliquer mécaniquement, puisque l'intestin, le gros intestin surtout, se vide au premier moment, au-dessous de l'obstacle.

Certains faits cliniques permettent au reste de voir que, dans la phase préclinique d'une occlusion intestinale, il y a déjà des phénomènes nerveux à grande distance, même en aval. Dans l'état préocclusif, la striction incomplète de l'iléon peut produire un spasme colique à grande distance ; une bride sur le grêle est susceptible de ne déterminer pendant longtemps que de vagues troubles digestifs et des phénomènes gastriques sécrétoires. (*Paris-Médical*, 8 février 1941).

Sur la dystrophie inapparente du lait de vache

Le Professeur MOURIQUAND admet la notion d'une forme inapparente de dystrophie, dans laquelle aucune séméiologie, même fruste (dans l'état actuel de nos connaissances), n'est observée. Cet état de dystrophie inapparente, de déséquilibre caché, peut être indéfiniment maintenu sans que la santé du sujet soit compromise. Son poids, sa taille, les fonctions de ses organes paraissent normaux. Et pourtant, il suffit qu'un pareil sujet rencontre un facteur de révélation (alimentaire, physiologique, toxique, infectieux, météorologique même) pour que la dystrophie inapparente devienne affirmée, soit sous la forme fruste, soit avec une séméiologie classique.

Les faits cliniques montrent que l'enfant au lait de vache est en état de dystrophie inapparente générale, et de dystrophie inapparente phospho-calcique. En effet, en présence des facteurs de dénutrition générale grave et des facteurs rachitiques, il peut s'orienter vers l'athrepsie et le rachitisme. Il s'oppose au nourrisson au sein qui, en présence des mêmes facteurs, ne s'oriente, dans l'immense majorité les cas, ni vers l'athrepsie, ni vers le rachitisme.

Pour que subsiste la dystrophie inapparente du lait de vache, il faut que toutes les règles d'hygiène alimentaire soient observées ; mais les fautes alimentaires ne tardent pas à révéler le déséquilibre latent. Par contre, les autres modes d'alimentation du nourrisson, qui surclassent le déséquilibre relatif de ce lait, sont des facteurs directs de dystrophie manifestée et non de dystrophie inapparente. Ainsi en est-il des farineux à l'eau, trop souvent préconisés, si souvent employés comme aliments de base par les mères. La dystrophie affirmée se caractérisera par un fléchissement pondéral, de l'hypothrepsie ou athrepsie, plus tard de l'hypotrophie.

Ajoutons que l'adjonction de ce lait de vache (modérément déséquilibré) aux farineux (gravement déséquilibrés) permet, dans la majorité des cas, le retour de la nutrition à un équilibre relatif, mais pratiquement suffisant. (*Lyon médical*, 13 octobre 1940).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

A propos des tumeurs bénignes de l'estomac

(M. P. Guillaume-Louis, de Tours ; 14-1-1941)

Les tumeurs bénignes de l'estomac sont assez rares, si l'on compare leur fréquence à celle du cancer de cet organe. Ainsi, à la Clinique Mayo, de 1907 à 1921, on a opéré 27 tumeurs bénignes de l'estomac alors que durant la même période plus de 2.000 malades étaient opérés pour cancer gastrique.

M. Guillaume-Louis rapporte une observation d'adénome de l'estomac. Elle concerne un malade de 50 ans présentant la symptomatologie habituelle de ces tumeurs : évolution à bas bruit, troubles fonctionnels de dyspepsie, sans hématémèse ; aspect de lacune « fermée » à la radio ; perception d'une petite masse arrondie à travers la paroi stomacale. L'auteur pratiqua l'ablation de la tumeur par gastrectomie. Ces adénomes étant des lésions d'ordre précancéreux, dans bien des cas il est préférable de faire une exérèse large.

La gale à l'hôpital Saint-Louis en 1940

(M. M. Pignot. — Présentation par M. Gougerot ; 28-1-1941)

Toutes les guerres se sont accompagnées d'une multiplication des cas de gale, dans les milieux militaires et aussi dans les milieux civils, par répercussion. Il en était ainsi au temps de Napoléon. Il en fut de même en 1914-1918 et en 1939-1940. Déjà, dès novembre 1939, au moment des premières permissions de détente, le nombre des cas de gale s'était accru. Il est resté élevé, à Paris, jusqu'en juin 1940, s'est abaissé alors et a repris son ascension lors de la rentrée des évacués. En 1940, à l'hôpital Saint-Louis, 24.664 cas de gale ont été soignés au lieu de 6.194 en 1938 et 7.914 en 1939. Il est à craindre que les re trictions de savon n'interviennent pour maintenir assez élevé le nombre des gales.

D'autre part, les corps gras usuels devenant de plus en plus rares, les préparations de pommades anti-psoriques ont dû subir, pour un large usage, quelques changements. M. Goris et M. Leroux ont modifié la pommade d'Helmerich en ajoutant à de la lanoline un mucilage de graine de lin et les proportions nécessaires de soufre et de carbonate de potasse. La pommade de Milian au polysulfure est obtenue par addition à la lanoline soufrée de sulfure de potasse en dissolution dans l'eau distillée et d'oxyde de zinc.

M. Pignot remarque qu'il est de règle à l'hôpital Saint-Louis de traiter non seulement les malades atteints de gale avérée mais aussi toute personne saine d'apparence qui a été en contact avec des galeux. On évite ainsi bien des contagions nouvelles.

Remarques sur l'emploi de la saccharine

(M. Lapicque ; 4-2-1941)

Revenant sur la communication faite par MM. Kling, Bovet et Mme Ruiz, M. Lapicque émet, comme ces auteurs, une opinion favorable à l'emploi alimentaire du glucose sacchariné.

— M. Bougault ne partage pas l'avis de M. Kling sur la nocivité de la dulcine. Il estime que cette nocivité n'est pas établie de façon précise, chez l'homme en particulier. Le rejet de cette substance, comme agent sucrant, est peut-être, pense-t-il, prématuré.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Aminobenzène sulfamidothiazol (2090 R. P) et infections à colibacilles

(MM. J. Célice, Louis Gougerot et P. Chastand ; 29-11-1940)

On a vu des septicémies céder grâce à la simple ingestion de ce nouveau médicament, de même des infections à gonocoques et à méningocoques. Sur certaines infections à colibacilles, les résultats paraissent également encourageants.

La formule chimique du sulfathiazol (2090 R. P.) diffère de celle de la sulfapyridine (693) par remplacement du noyau pyridine par un noyau thiazol. En général, d'une bonne tolérance, le 2090 doit être ingéré par doses réparties également dans les 24 heures, avec des boissons abondantes, bicarbonatées de préférence. L'innocuité du médicament permet d'y recourir, sans hésitation, puisqu'il ne lèse pas le rein. Grâce à lui, on essaie de soustraire, au moins temporairement, des organismes fatigués à l'action d'un microbe : 2 à 3 grammes par jour pendant trois jours, puis des quantités décroissantes réparties sur une semaine totale de traitement. Ceci pour des colibacilluriques, surtout chez les sujets âgés ou tarés fortement.

S'il s'était agi de grosses infections fébriles, les auteurs n'auraient pas hésité à employer de 6 à 8 grammes par jour, mais en surveillant la diurèse et la non-cristallisation du produit dans le bocal à urines.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROJET DE RÉORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE EN FRANCE

Par le Docteur Taberlet, de Paris



L'auteur a déjà eu l'occasion de présenter ce projet dans diverses assemblées professionnelles où il a retenu l'attention des assistants.

Il souhaite maintenant élargir son audience en s'adressant aux lecteurs du « Concours ».

Etant donné l'importance de ce travail et la conscience qui l'anime, nous avons pensé que le Corps médical français méditerait utilement sur les propositions qu'il renferme.

Il est toutefois à noter que celles-ci appartiennent personnellement à l'auteur.

Exposé des motifs

Déjà, avant la présente guerre, la profession médicale, en France, souffrait d'une crise profonde :

Nombre sans cesse croissant des médecins ;

Mauvaise répartition de ceux-ci ;

Difficulté, pour beaucoup d'entre eux, de vivre décemment de l'exercice honnête de leur art.

Or, cette honnêteté est une condition essentielle, fondamentale de la médecine. Celle-ci livre, en effet, sans possibilité critique, le malade à son médecin. Il n'y a, le plus souvent, entre l'un et l'autre, comme juge et comme témoin, que la conscience professionnelle.

Il est douteux, en cette matière comme en toute autre matière sociale, que la multiplication des organes et des codes répressifs ait une influence quelconque sur les mœurs.

Mais une chose est certaine, capitale : pour maintenir à un niveau moral élevé l'exercice de la médecine, il ne faut pas l'avilir matériellement. Pour éviter au médecin, l'entraînement de tentations funestes, il faut, d'abord, qu'il puisse vivre et faire vivre les siens avec décence, d'une pratique loyale de la médecine. Pour un médecin, comme pour tout homme, ventre affamé n'a pas d'oreille !

Si des possibilités matérielles acceptables sont assurées aux médecins, alors que ceux d'entre eux qui failliraient soient durement frappés par des lois justes maniées par des juges sévères.

Il s'agit douc d'étudier ces possibilités matérielles.

De quoi souffre la médecine française ?

Elle souffre du même mal que l'ensemble de la production, depuis le début du XXe siècle.

Ce mal n'est autre que le *libéralisme total.* Celui-ci qui n'est, en réalité, qu'une forme de l'anarchie, a déchaîné, tel un seau d'apprenti sorcier, un débordement de produits, sans jamais se préoccuper d'ajuster l'offre à la demande possible : il en est résulté, dans la plupart des domaines, une inondation !

En médecine, le libéralisme total a amené une surproduction de médecins !

Là, comme ailleurs, il faut en venir à une économie dirigée. Mais il y a deux sortes d'économies dirigées : l'intégrale et la relative.

L'économie dirigée intégrale, pour la médecine c'est la fonctionnarisation, la socialisation.

Les médecins français ont marqué bien des fois qu'ils ne veulent pas de cette forme de médecine, moins dans leur propre intérêt, que dans celui des malades. Ils ne veulent pas d'une médecine ruineuse pour l'Etat, brutale et bureaucratique pour le malade, privée de la confiance, de l'humanité qu'impliquent les rapports directs de médecin à malade.

Cette solution écartée, il nous reste à adopter une économie dirigée relative : c'est l'objet de cette étude.

Principes directeurs

1. Les malades ont droit à des soins compétents et honnêtes ainsi qu'au libre choix de leur médecin.

2. Les médecins ont droit à des honoraires qui leur permettent de vivre, eux et leur famille, avec décence.

Ces honoraires doivent être suffisants mais non arbitraires : ils doivent être compris entre certaines limites minima et maxima que fixeront les ordres régionaux.

3. La Nature ne multiplie pas indéfiniment le nombre des malades. Il y a une réelle sta-

bilité dans la somme d'actes médicaux qu'exige une population donnée, au cours d'une période donnée (les grandes épidémies mises à part, que l'hygiène moderne rend de plus en plus rares).

En France, l'expérience montre qu'il faut un groupement de 1.500 à 2.000 individus pour qu'un médecin puisse vivre honnêtement de son art.

4. Les Facultés de médecine, donc l'Etat, peuvent multiplier indéfiniment le nombre des diplômes de Doctorat et, par leurs fonctions mêmes, ont une tendance certaine à le faire.

5. Les médecins dont le nombre est ainsi livré au hasard, se répartissent au gré de leur fantaisie, mais non des besoins et souvent contre leur propre intérêt. Les pléthores locales engendrent une concurrence exaspérée et ouvrent la porte à toutes sortes de compromissions et de fâcheuses pratiques.

6. Si, par un fait naturel, le nombre des actes médicaux est sensiblement constant, il n'est au pouvoir de personne de l'accroître.

C'est donc le nombre des médecins qu'il faut ajuster au nombre des malades possibles, c'est-à-dire, de la population.

Toute tentative pour résoudre le problème en sortant de cette alternative est une chimère et ce n'est pas en organisant même d'une façon parfaite, la hiérarchie d'une profession pléthorique qu'on freinera cette pléthore !

Ces considérations nous amènent à l'exposé suivant :

Exposé schématique de la réorganisation de la profession médicale en France

I. Il sera créé, en France, 18.000 *charges de médecine générale,* géographiquement fixées par département, par canton, par arrondissement, dans les grandes villes.

Nous appelons « coefficient de population », le nombre d habitants pour lequel une charge sera prévue.

Le chiffre de 2.200 semble rationnel.

Ce chiffre ne sera pas le même pour toute la France. La densité médicale variera autour de ce chiffre de base, en tenant compte des possibilités économiques (des ressources) et de la morbidité des diverses régions.

Ces charges seront attribuées aux médecins français de médecine générale actuels.

Cette attribution tiendra compte, dans le cadre régional.

a) des prééminences professionnelles ;
b) de l'activité physique possible (âge) ;
c) des situations acquises.

Des *permutations* seront largement admises, au gré des convenances personnelles des médecins.

II. Considérant que l'apprentissage de la médecine exige une organisation technique et un « matériel humain » que seuls peuvent réunir les grands centres, on décidera la suppression des écoles de médecine.

Pour les mêmes raisons, les Facultés existantes ne réunissant pas ces conditions de fonctionnement, seront également supprimées.

Les Facultés qui subsisteront, admettront les étudiants sans limitation à l'entrée.

On ne saurait préconiser le principe du concours à l'entrée. Des sujets capables de devenir d'excellents et habiles praticiens peuvent n'être que de médiocres candidats à un concours qui, au surplus, ne saurait porter sur des questions médicales.

Tout jeune français qu'attire la médecine doit pouvoir l'étudier.

Mais il ne devra pas ignorer les barrières qui apparaîtront à la fin de ses études et qui seront les suivantes :

L'étudiant qui aura fini sa scolarité *ne pourra* exercer la médecine autrement que comme *assistant.* Il sera médecin-adjoint ou, si l'on veut, clerc d'un médecin titulaire d'une charge.

Le diplôme de docteur en médecine lui sera conféré par le Conseil de l'Ordre national, le jour seulement où il sera, lui-même, titulaire d'une charge.

La Thèse sera supprimée.

Pendant une période transitoire et *à titre exceptionnel,* le coefficient moyen de population pourra être abaissé et le nombre de charges de médecine générale augmenté et, cela, pour permettre de sortir d'une période troublée, en lésant le moins d'intérêts possible.

Dès le rétablissement d'une situation normale, ce nombre sera ramené à un chiffre normal, en procédant par extinction, comme il sera dit plus loin (§ VI), au sujet des grands centres.

III. Les charges ne seront pas la propriété des médecins titulaires.

Elles ne pourront être vendues, comme un immeuble ou un fonds de commerce. Mais le titulaire aura le droit de choisir son successeur.

Ce dernier, qui ne pourra acheter la charge puisqu'elle ne sera pas cessible, sera tenu de verser à son prédécesseur une somme annuelle viagère proportionnelle au rendement de la charge et à l'âge du prédécesseur.

Notons, à ce sujet, que le coefficient de 2.200 a été choisi un peu trop élevé, pour un seul médecin, par rapport aux moyennes admises. Ainsi, les titulaires du plus grand nombre possible de charges seront amenés à faire appel à un médecin-clerc.

Toutefois, cela ne constituera pas une obligation (1).

Ce *modus faciendi* paraît résoudre la question si controversée de la retraite du médecin.

S'il restreint la liberté d'exercice de la médecine, pour les jeunes, il les mettra en face de la vraie pratique médicale.

Au sortir de l'école, ils seront, en fait, assurés de gagner leur vie.

Leurs qualités, enfin, leur vaudront de succéder, un jour, à leurs aînés, dans des conditions satisfaisantes pour ces derniers, pour eux-mêmes et pour les malades qu'ils connaîtront déjà.

Il est vraisemblable d'admettr qu'il résultera de telles mesures, une limitation *de facto*, des postulants au diplôme de doctorat en médecine.

De même, on est fondé à prévoir l'établissement progressif de traditions entre médecins et clercs, traditions éminemment souhaitables pour une bonne pratique de l'art médical.

Il y a lieu de noter, enfin, qu'une juste et désirable concurrence sera maintenue entre médecins titulaires de charge, au bénéfice des malades : les qualités du cœur et de l'esprit sont stimulées par l'aiguillon de l'intérêt personnel.

Les malades pourront, en effet, choisir librement le médecin à qui ils se confieront : ainsi, les conséquences d'une médecine totalement fonctionnarisée seront évitées.

IV. Des charges de chirurgie générale et de spécialités seront créées, suivant la même méthode.

En admettant que 26.000 médecins exercent réellement la médecine en France et que 18.000 d'entre eux pratiquent la médecine générale, il y aurait 8.000 médecins chirurgiens ou spécialistes.

Pour ces derniers, il n'est pas possible de prévoir un coefficient global ni même un nombre global de charges, car le caractère de la spécialité est mal défini. Beaucoup de médecins font, en outre, à la fois de la médecine générale, et une spécialité.

Il apparaît comme impossible d'admettre en principe et, dans certains cas, en fait, une limitation légale au droit qu'a tout docteur en médecine d'exercer toutes les branches de son art.

C'est donc aux spécialistes, *eux-mêmes*, que nous demanderons de limiter leur activité médicale, par une déclaration préalable.

En retour, ils jouiront d'honoraires spéciaux et d'un coefficient de population plus grand que celui de la médecine générale.

Aussi, pour être considéré comme *spécialiste*, il faudra :

1° Justifier de connaissances particulières (les spécialistes à venir devront être pourvus d'un certificat d'études spéciales — les spécialistes actuels devront justifier d'une pratique habituelle et de notoriété publique, de leur spécialité).

2° S'engager, devant le Conseil de l'Ordre national, à n'exercer que cette seule spécialité.

Ce n'est donc pas la loi qui limitera les spécialités (délimitation pratiquement impossible) mais les médecins eux-mêmes qui fixeront leur spécialité et la déclareront officiellement.

Dès lors, pour chaque catégorie de spécialistes, sera établi un coefficient de population duquel dépendra le total des charges de ladite catégorie.

Pratiquement, il faudra donc obtenir, d'abord, de chaque médecin spécialiste actuel, une déclaration de la branche exclusive à laquelle il se destine.

Ce travail préliminaire étant fait, le coefficient, puis le nombre des charges, puis leur fixation géographique seront établis pour chaque catégorie.

Les honoraires maxima et minima des spécialistes et chirurgiens seront fixés par le Conseil national de l'Ordre, pour chaque région, après avis des ordres départementaux et consultation des groupes intéressés.

V. Les membres du corps enseignant dans les Facultés, ne seront pas autorisés à donner leurs soins à des clientèles personnelles, mais seulement à le faire en consultation avec des confrères titulaires de charges et sur appel de ces derniers. Leurs traitements seront élevés, de manière à tenir compte de cette restriction nécessaire aux intérêts des étudiants qui ne doivent, en aucun cas, être négligés.

VI. Le fonctionnement d'un tel système ne saurait donner lieu à aucune difficulté particulière, une fois qu'il aura été établi.

Le passage de l'anarchie actuelle à l'organisation méthodique qu'il représente doit, certes, présenter des écueils.

Il n'est probablement pas possible de ménager entièrement tous les intérêts acquis. Néanmoins, il est souhaitable d'en ménager le plus grand nombre.

Dans les campagnes et les centres petits et moyens, la plupart des postes actuels représentent des charges médicales de fait.

Le passage d'une forme à l'autre sera donc aisé.

Dans les grands centres, il en ira différemment. Si nous prenons l'exemple de Paris, il y

(1) Toutefois, toute charge dont le rendement annuel dépassera un chiffre donné, devra ou employer un médecin-assistant ou être scindée.

aura lieu de procéder par arrondissement. Ce dernier, dans l'ensemble, groupe une population assez homogène socialement et économiquement.

Voici un arrondissement parisien de cent mille âmes. Si l'on admet, pour Paris, le coefficient 1.500, cet arrondissement doit comporter 66 postes de médecine générale. Supposons qu'il en ait actuellement le double. Sur ce total, quelques postes tenus par des étrangers deviendront libres : admettons dix pour cent, environ.

Pour ramener progressivement ces 120 postes à 66, il sera nécessaire de prévoir un certain nombre de mesures.

Tous les postes parisiens ayant moins de deux ans d'existence, la guerre non comprise, seront supprimés.

Les titulaires actuels de ces postes seront pourvus de postes en d'autres régions, qu'ils devront accepter (sauf permutation).

Afin de les dédommager, l'Etat, par l'intermédiaire de l'Ordre national, leur allouera, sur leur demande, un prêt d'honneur à bas intérêt et de longue durée.

Supposons que vingt pour cent des postes, environ, soient ainsi éliminés de l'arrondissement, 96 postes demeureront, au lieu des 66 prévus.

Il faudra, dès lors, procéder par extinction.

On peut admettre que certains titulaires, les plus âgés et les moins valides des postes parisiens restant, consentent à céder leur place à des confrères voisins, de telle sorte que des clientèles puissent fusionner : des transactions directes pourront ainsi avoir lieu entre praticiens et un certain nombre de postes seront éliminés de la sorte.

Si les titulaires âgés conservent leur clientèle jusqu'à la limite possible de leur activité, il y aura lieu de décider qu'aucune cession de l'un de ces postes ne sera permise à un médecin venu d'un arrondissement voisin ou à un médecin extra-parisien, car ce serait perpétuer le surnombre.

A la retraite ou au décès de l'un de ces médecins, le poste sera supprimé. Et cela, jusqu'à ce que le chiffre de 66 soit atteint, pour l'arrondissement.

Les postes deviendront alors des charges légales.

L'objection suivante s'impose :

Les intérêts de ces médecins prenant leur retraite à la limite de leurs forces sont compromis ; leur poste est supprimé ; ils sont donc spoliés d'un bien dont ils pouvaient espérer tirer profit.

L'Ordre des médecins, en tant qu'organisme de prévoyance sociale médicale, interviendra alors.

L'Ordre, avec le concours de l'Etat, sera chargé d'assurer une honorable retraite à ces médecins âgés ou malades qui cesseront d'exercer en pleine période de transition, c'est-à-dire, avant d'avoir pu bénéficier de l'organisation nouvelle.

Le mécanisme précédent, exposé à titre d'exemple, pour Paris, sera étendu à tous les centres où le coefficient reconnu rationnel se trouvera dépassé.

VII. Le financement des prêts d'honneur et des retraites médicales, pendant la période transitoire dont il vient d'être question, ne saurait être assuré par l'Ordre national, réduit à lui-même : ses ressources, au début, seraient insuffisantes.

C'est donc l'Etat qui, en définitive, devra pourvoir à ce financement.

A priori, il n'y a aucune raison pour que l'Etat assure une retraite à des médecins qui ne sont pas fonctionnaires.

Voici donc comment on pourrait envisager la solution de ce problème :

Toute la partie extra-hospitalière de l'Assistance médicale gratuite sera dévolue aux charges médicales.

Les médecins titulaires assureront les soins des indigents, à domicile et au cabinet. Ils ne recevront, pour ce faire, aucune rémunération (sinon une indemnité de déplacement kilométrique, s'il y a lieu).

Les collectivités et, en dernière analyse, l'Etat, feront donc l'économie des sommes importantes versées, actuellement, aux médecins pour assurer ce service de l'Assistance médicale gratuite.

L'Etat, en retour, financera les retraites médicales de la période transitoire.

Les médecins titulaires des charges ne refuseront pas de donner, de bon cœur, un peu de leur travail, afin que leurs vieux confrères puissent finir dignement leur vie et, cela, jusqu'à l'extinction des postes en surnombre et de leurs titulaires.

De telles mesures en impliqueraient une autre qui est la suivante :

Dans les admissions à l'Assistance médicale gratuite, les autorités locales n'auront plus, seules, à se prononcer. Mais les titulaires des charges d'une commune et, à Paris, d'un arrondissement, délégueront pouvoir à un des leurs qui sera membre de droit de la Commission administrative du bureau d'assistance et y aura une voix délibérative. Sans une telle mesure, les abus passés ne manqueraient de se multiplier. Les médecins titulaires pourront, dans les cas litigieux, faire appel à l'arbitrage du Préfet du département.

LES REGRETTABLES LACUNES DE LA LOI SUR L'ORDRE DES MÉDECINS
en ce qui concerne la procédure d'inscription au tableau

Donc les Conseils départementaux, tout en n'étant point maîtres absolus de leur tableau, tiennent de la loi du 7 octobre 1940 un large pouvoir d'appréciation et leurs refus d'inscription peuvent avoir d'assez redoutables conséquences pour que l'on soit fondé à exiger qu'ils n'interviennent pas hors de toute garantie de procédure et de bonne justice.

Il est curieux de constater, en se reportant au texte légal, combien un tel souci semble avoir été tenu pour secondaire et accessoire par le législateur. Il s'est, en effet, borné à poser de grands principes, sans se préoccuper aucunement de leurs modalités d'application. Il était à espérer qu'un règlement d'administration publique viendrait en temps opportun mettre un peu de clarté et d'ordre dans un domaine où il en est justement question. Ce n'était qu'une illusion de plus, et les Conseils départementaux doivent dès maintenant commencer à appliquer une loi incomplète selon leur humeur et leur inspiration.

Les décisions des Conseils doivent-elles etre notifiées ?

Le mécanisme de l'inscription au tableau se présente juridiquement ainsi : nul ne peut continuer ou entreprendre l'exercice de la médecine (c'est-à-dire intervenir de manière habituelle et suivie dans le traitement des maladies) sans se conformer aux obligations de la loi du 7 octobre 1940, c'est-à-dire sans demander son inscription au tableau du département où il est établi. Il est à présumer que les médecins déjà installés avant la loi du 7 octobre, ou autorisés depuis à opérer leur installation, peuvent continuer légalement à exercer tant qu'une décision n'est pas intervenue au sujet de leur demande d'inscription. Sinon tous les médecins de France et de Navarre se trouveraient en situation illégale depuis le 7 octobre 1940 !

La décision du Conseil va donc avoir pour effet de mettre un terme à cette situation précaire et de donner au médecin un statut définitif. S'il est admis, mention est faite de son nom dans le tableau public de l'Ordre. Dans le cas contraire une simple *omission* dans le tableau ne saurait suffire aux exigences légales. L'art. 9, § 2 prévoit en effet une *décision motivée*, sans spécifier d'ailleurs si cette décision doit être ou non *notifiée à l'intéressé.*

Cette *notification* est, à notre avis, prévue implicitement par le texte. Notons dès l'abord que les décisions d'inscription ou de non inscription n'ont aucun caractère secret, leur publicité étant expressément spécifiée à l'art. 8. Nous avons vu par ailleurs l'importance d'un tel refus qui *met fin au droit d'exercer* s'il était déjà acquis. La notification du refus, contenant les motifs ayant conduit le Conseil à rendre une telle sentence, est donc l'élément essentiel qui va permettre à l'intéressé de faire appel devant le Conseil supérieur, et c'est bien afin de respecter les droits de la défense que la loi exige l'énoncé des motifs, et, tacitement donc, leur communication. Une telle formalité est à ce point naturelle que les anciens projets de loi l'avaient expressément prévue (V. art. 45 du projet adopté par le Sénat en 1935).

Qu'arrivera-t-il si aucune notification n'intervient et si le médecin ne connait son inadmission qu'en constatant l'absence de son nom sur le tableau ? L'Ordre des médecins, ainsi qu'il en est va pour l'Ordre des avocats, constitue un *établissement public.* La loi oblige, nous l'avons vu, tous les médecins à demander à cette institution publique une décision individuelle d'admission pour pouvoir continuer à exercer. Si cette demande, faite par lettre recommandée avec avis de réception, n'a point fait l'objet d'une décision expresse *motivée et notifiée* dans un délai de quatre mois, l'intéressé est fondé, en application de l'art. 47 de la loi du 18 décembre 1940 sur le Conseil d'Etat, à considérer sa demande comme rejetée, et peut se pourvoir devant le Conseil d'Etat dans les deux mois qui suivent.

L'appel devant le Conseil supérieur est-il suspensif ?

La décision motivée portant refus d'inscription vient d'être notifiée au médecin qui en a fait l'objet. Ce dernier peut, en application de l'art. 9, § 3 de la loi sur l'Ordre, interjeter appel devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. *Cet appel est-il suspensif* ? Autrement dit, le médecin peut-il continuer à exercer jusqu'à ce que le Conseil supérieur ait infirmé ou confirmé la décision attaquée ?

Le texte restant muet, force nous est donc de chercher dans les principes généraux et dans d'autres domaines, une réponse à ce problème qui pratiquement ne peut être laissé sans solution.

Si nous nous trouvions dans le domaine ordinaire du droit civil ou du droit pénal, il ne serait point besoin de grands développements. Le caractère suspensif de l'appel est un principe indiscuté. Ses raisons en sont évidentes : il n'est point possible de donner force exécutoire à une décision qui n'est point encore définitive.

En matière administrative par contre, l'effet suspensif de l'appel n'est qu'exception. Il ne s'agit

point en effet, que l'ordre public soit entravé par des questions d'intérêts privés et que l'Administration soit sous la dépendance des juges.

Le droit *disciplinaire* n'est pleinement assimilable ni au droit pénal, ni au droit civil, ni au droit administratif. Il tient à ces trois matières et possède en outre, ses caractères propres.

Toutefois, dans le problème qui nous occupe, la proximité d'avec le droit pénal, est extrêmement grande. D'autre part, nous avons pour nous de nombreuses analogies :

a) Tout d'abord, dans le domaine extrêmement voisin de l'*Ordre des avocats*, il est admis sans contestation que l'appel formé contre les décisions du Conseil produit un effet suspensif. (V. F. Payen. Les règles de la profession d'avocat, nº 539) ;

b) Le *projet de loi* tendant à instituer un Ordre des médecins, adopté en 1935 par le Sénat stipulait formellement dans son art. 40 que « le médecin a toujours le droit de former un appel dont l'effet est suspensif »;

c) La loi sur les *Assurances sociales* (décret-loi du 28 octobre 1935), a institué un contrôle disciplinaire. Ce contrôle est confié aux juridictions professionnelles avec appel possible devant une Commission supérieure. L'art. 8, § 5, alinéa 3 précise formellement que « le recours (devant elle) est suspensif » ;

d) De manière analogue, la loi du 31 mars 1919 sur les *pensions de guerre* a institué une juridiction disciplinaire. Aucun texte n'a précisé si le recours devant la Commission supérieure était suspensif. Mais cette Commission même l'a reconnu, en invoquant d'ailleurs les règles du droit pénal, dans une intéressante décision en date du 9 novembre 1933 (Aff. Dr A.).

La jurisprudence ultérieure du Conseil d'Etat ne peut donc manquer de *reconnaître à l'appel devant le Conseil supérieur de l'Ordre ce même effet suspensif.*

Dans quel délai l'appel doit-il intervenir ?

Plaçons-nous maintenant au moment où le Conseil départemental vient de rendre sa décision refusant l'inscription au tableau. Quand cette décision va-t-elle entrer en vigueur, c'est-à-dire quand sera-t-elle définitive ?

Deux hypothèses : le médecin intéressé interjette immédiatement appel devant le Conseil supérieur. Celui-ci rend sa décision. Une voie de recours est encore ouverte : la requête, pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat. Mais cette requête, conformément à l'art. 44 de la loi du 18 décembre 1940 déjà citée, « n'a point d'effet suspensif ». Donc la décision rendue par le Conseil supérieur aura un caractère définitif et produira immédiatement ses effets, sous réserve seulement d'annulation ultérieure.

Seconde hypothèse, le médecin objet de l'omission au tableau n'interjette pas immédiatement appel. Il n'en conserve pas moins ce droit d'appel assorti de son effet suspensif et peut continuer à exercer. La décision qui le frappe ne sera définitive, ne pourra prendre effet qu'à *l'expiration du délai d'appel* qui, comme en matière pénale, *est lui-même suspensif.*

Et c'est ici que nous tombons sur une nouvelle et magistrale lacune légale : *la loi du* 8 *octobre n'a pas prévu de délai d'appel* ! Autrement dit, si nous nous en tenons à la lettre du texte, nous serons en droit de conclure qu'une décision du Conseil départemental non frappée d'appel *n'aura jamais de caractère définitif.*

Le législateur eût été heureusement inspiré en imitant sur ce point le projet de loi voté en 1935 par le Sénat auquel nous nous sommes déjà référés et qui avait judicieusement enfermé le droit d'appel dans un délai très court (dix jours à compter de la notification).

Toutefois trop d'intérêts exigent la limitation du délai d'appel pour que, dans le silence du texte, on ne cherche point à fermer rapidement les voies de recours contre les décisions des Conseils.

Rappelons-nous qu'en droit pénal, les délais de cette nature sont extrêmement brefs (dix jours en matière correctionnelle). Il en va de même en matière disciplinaire (dans l'Ordre des avocats : délai de dix jours). La jurisprudence du Conseil d'Etat, s'inspirant des nécessités d'ordre public, et de la durée normale des délais d'appel dans les domaines les plus proches du nôtre, pourrait, considérer comme forclos le médecin inadmis qui aurait laissé s'écouler un trop long temps (un à deux mois par exemple) avant d'en appeler au Conseil supérieur.

Notons au passage une autre conséquence : tant que la décision n'est point définitive, *il n'est point possible de la rendre publique.* Cette publicité constituerait une peine accessoire, qui doit attendre la décision au principal. Si, en particulier, les services préfectoraux communiquaient à tous les pharmaciens, aux Caisses d'assurances sociales, ou à tout autre organisme les refus d'admission, ceux qui en font l'objet pourraient valablement poursuivre le département devant les juridictions administratives et exiger une indemnité compensatrice du dommage moral causé.

Toutes ces incertitudes, peuvent être facilement réglées par un texte complémentaire. Que le législateur intervienne donc rapidement, prévoie la notification des décisions, nécessaire par ailleurs à faire courir les délais d'appel, fixe ce délai, et spécifie formellement son effet suspensif. Les Conseils départementaux seront alors à même de faire « une bonne justice ».

Jean Mignon.

LES DEVOIRS ET LES DROITS DES MÉDECINS

Conclusions internationales votées en 1935 par l'A. P. I. M.

et rappelées par son Secrétaire général

le Docteur Fernand DECOURT

Dans le courant de l'année 1935, une des Enquêtes effectuées par l'*A. P. I. M.* (Association professionnelle internationale des médecins) avait pour objet : « *Les Droits et les Devoirs des médecins d'après les législations dans les divers pays* » (Enquête A. F.). Elle avait été décidée, à la Session annuelle du Conseil général de 1934, sur la proposition du Docteur LEPASSON, le distingué correspondant d'Esthonie (1).

D'après les résultats de cette Enquête, le Secrétaire général de l'A. P. I. M. avait présenté un « Projet de conclusions » destiné à servir de base à la discussion, lors de la Session du Conseil général de septembre 1935. Un certain nombre d'heures, durant deux séances, furent consacrées aux débats sur cette question (2). Puis furent votées les conclusions rappelées ci-dessous. Elles ne sont pas sans présenter un certain intérêt, étant donné leur caractère international, bien que l'internationalisme ne soit pas précisément à l'ordre du jour en ces temps de guerre..... Néanmoins, comme ces conclusions codifient, en quelque sorte, les idées émises par une vingtaine de Nations, elles ont, nous a-t-il paru, une valeur *documentaire* indiscutable.

Voici le texte, *in extenso*, des conclusions ainsi votées définitivement.

***

PRÉAMBULE

Les médecins ont des *Droits* et des *Devoirs* particuliers inhérents à leur profession même et dont il importe à chacun d'eux de prendre nettement conscience.

C'est afin d'établir un premier aperçu de ces droits et de ces devoirs que fut effectuée par l'A. P. I. M., au cours de l'année 1935, l'Enquête A. F.

En ce qui concerne les « Devoirs » du médecin, cette Enquête n'est pas entrée dans les détails même de la DÉONTOLOGIE, chaque groupement national, dans son autonomie, devant conserver le droit de les établir lui-même. Il ne pouvait s'agir que de fixer, de façon générale, les droits et les devoirs *primordiaux* du médecin.

C'est d'après les résultats fournis par cette Enquête que sont établis ci-dessous des *préceptes*, des « *postulats* » qui pourront d'ailleurs être complétés dans la suite, s'il y a lieu.

Des Devoirs du médecin

Le médecin, conscient de ses responsabilités et de la considération dont il doit jouir, s'efforcera de bénéficier d'une situation morale exemplaire.

I. — Le premier devoir du médecin, avant même le début de tout exercice de sa profession, est d'avoir acquis, au cours de ses études, un bagage scientifique suffisant pour que — en toute conscience — il puisse se sentir à la hauteur de la tâche qui lui incombera au cours de sa carrière médicale.

II. — Mais comme il ne peut être l'unique juge en la matière : dans l'intérêt de la santé publique ce devoir doit être sanctionné par des lois qui subordonnent expressément l'exercice de la médecine à l'obtention préalable de diplômes techniques ou d'une « qualification » officielle donnant toute garantie aux malades, ainsi qu'il en est déjà, du reste, dans un grand nombre de législations nationales.

III. — L'acquisition de la science médicale, nécessaire pour l'exercice journalier de la médecine, doit avoir été précédée d'une culture générale suffisante, « par les études dites » secondaires et ayant été l'objet de sanctions probatoires préalables. Celles-ci, ordinairement, obligatoires pour les nationaux, avant tout début d'études médicales, doivent l'être également pour les naturalisés et les étrangers.

IV. — Il s'ensuit qu'avant tout exercice de la médecine en un pays, les naturalisés et étrangers doivent avoir réellement effectué les mêmes études théoriques et pratiques afin d'assurer aux malades un maximum de garanties.

V. — **Le médecin traitant doit à son malade le secret absolu sur ce qu'il a pu apprendre ou constater dans l'exercice de sa profession.**

(1) Les résultats de l'Enquête (A. F.) ont paru dans la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, organe officiel de l'A. P. I. M. dans son numéro de mai 1935 (pages 11 à 102).

(2) Le compte rendu de ces débats a paru dans la *Revue internationale* dans son numéro de novembre 1935 (pages 32 à 47).

Les médecins ne peuvent que s'incliner devant les lois de leurs pays (par exemple pour la déclaration des maladies épidémiques) ; mais ils doivent s'efforcer dans toute la mesure possible de préserver le secret professionnel. (N° 2 de la Charte).

VI. — Il est nécessaire que soient établies, en chaque pays, des règles écrites — sous forme, par exemple, de Code de Déontologie — fixant les rapports du médecin envers les malades, les Collectivités ou l'Etat, les professions para-médicales et envers ses confrères eux-mêmes.

Il est nécessaire que dans chaque Faculté ou Ecole, l'enseignement de la déontologie, ainsi déterminé, soit effectivement donné aux étudiants. En conséquence, il est du devoir de tout médecin de fixer sa ligne de conduite professionnelle suivant les préceptes de ces règles déontologiques.

VII. — Un des corollaires du précédent postulat est que le médecin doit accepter le contrôle de ses actes professionnels par son groupement médical et, le cas échéant, les sanctions que pourrait lui imposer un tribunal confraternel.

VIII. — Un organisme disciplinaire doit donc être institué, soit librement par le groupement professionnel, soit par accord entre celui-ci et l'Etat, afin de veiller à l'application des préceptes déontologiques et de conserver ainsi au Corps médical un prestige nécessaire... Il est du devoir de tout médecin de reconnaître cet organisme et de s'y soumettre éventuellement — même s'il n'y est pas strictement obligé par la Loi, comme il le serait au cas d'un Ordre des médecins légalement institué.

IX. — Si des contrats collectifs ont été établis, en accord avec le Groupement professionnel dont fait partie le médecin, celui-ci a le devoir de respecter loyalement tous les termes du contrat.

X. — Les rapports des médecins avec les Collectivités ou l'Etat, en matière de médecine sociale, doivent être réglés par l'établissement de contrats collectifs.

Les médecins amenés à traiter individuellement doivent le faire dans le cadre des contrats tracés par les organisations professionnelles et, de préférence, avec l'approbation de celles-ci (N° 6 de la Charte).

Il est éminemment souhaitable que dans les nations représentées à l'A. P. I. M., et où ne sont pas encore en usage les contrats collectifs ou les conventions-type, une note sur ce sujet concluant à l'établissement de tels contrats, soit soumise aux Gouvernements avec l'insistance nécessaire.

Il est également désirable que le B. I. T. soit appelé à discuter de la nécessité de contrats-type et que l'accord de principe soit obtenu entre l'Internationale des Caisses et des Sociétés de Secours mutuels d'une part, et l'Association professionnelle internationale des médecins d'autre part.

XI. — En cas de contrats collectifs, le Groupement professionnel a le devoir de surveiller constamment le maintien des clauses de chaque contrat, en ce qui concerne particulièrement le mode de travail, les tarifs d'honoraires applicables, le contrôle médical. Il serait, en outre, souhaitable que le Groupement professionnel ait la possibilité de veiller à l'exécution loyale des contrats individuels établis sous son inspiration.

XII. — Juridiquement, le médecin peut toujours « louer ses services », mais il a le devoir de conserver entière son indépendance professionnelle, en ce qui concerne l'exercice technique de la médecine.

XIII. — Au cas où un médecin a « loué ses services » en totalité, à l'Etat ou à une Collectivité, il est devenu, en réalité, un « fonctionnaire » ou analogue. Il doit alors accepter tous les devoirs inhérents à sa fonction, mais en conservant toujours, là encore, son indépendance technique, en ce qui concerne le traitement de ses malades, sous réserve, s'il y a lieu, de toute « consultation entre confrères » lui donnant la possibilité de s'expliquer en toute franchise, liberté et dans une parfaite égalité.

XIV. — Le médecin doit s'efforcer, en toutes circonstances, de conserver des rapports corrects, bienveillants même, envers ses confrères. Il devra en être de même envers les para-médicaux (infirmiers, masseurs, sages-femmes, pharmaciens, etc...). Au sujet de ces para-médicaux, il ne devra jamais tolérer de ceux-ci une usurpation de fonctions et encore bien moins masquer de sa complicité un exercice illégal de la médecine.

XV. — L'exercice simultané de deux professions par un médecin est considéré par la plupart des Groupements médicaux comme contraire à la dignité médicale.

Spécialement l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie ne saurait être admis.

Lorsque pour des raisons spéciales (topographiques ou autres) un médecin est autorisé à fournir des médicaments, il ne saurait tenir officine ouverte à tous, et doit s'abstenir de la vente de tout produit ou objet qui n'est pas directement utile au traitement prescrit par lui.

Des Droits du médecin

I. — On a pu voir ci-dessus combien les devoirs du médecin sont multiples et impérieux. Il en résulte que — en dehors des droits généraux

de tout citoyen — il doit posséder certains droits spéciaux, inhérents à sa profession même et qui d'ailleurs, pour la plupart, sont indispensables à l'exercice normal et sain de la médecine. Ces droits doivent donc lui être légalement reconnus, dans l'intérêt même de la santé publique.

II. — Les lois doivent donner aux médecins diplômés ou qualifiés officiellement, des garanties contre l'exercice illégal de la médecine et contre toute usurpation de titres, d'ordre médical.

III. —De telles lois existent dans beaucoup de pays, mais les sanctions sont souvent insuffisantes et — même lorsqu'elles ne le sont pas légalement — sont trop souvent insuffisamment appliquées.

IV. — Les lois doivent donner — soit au médecin, diplômé ou qualifié après de longues études, soit au public, pour qu'il ne puisse être trompé sur la compétence technique de celui à qui il confie sa santé — la garantie que tout médecin a réellement effectué les études légalement reconnues nécessaires pour l'exercice de la médecine.

V. — Pourvu de titres acquis après des études longues et dispendieuses, tout médecin doit pouvoir vivre normalement et honorablement de sa profession. Le Corps médical organisé a donc le droit de réclamer de l'Etat, les mesures nécessaires pour éviter une pléthore médicale contraire d'ailleurs au bien public. Un médecin, en effet, ne pouvant subvenir à ses besoins vitaux et à ceux de sa famille, pourrait être entraîné à de regrettables compromissions, matérielles et morales, incompatibles avec un exercice régulier et normal de la médecine.

VI. — L'un des principaux facteurs de guérison étant la confiance mutuelle entre le malade et son médecin, sauf exceptions réduites (armée et certains hôpitaux publics) tout malade doit pouvoir choisir librement son médecin (n° 1 de la Charte).

VII. — Le médecin doit conserver — lui aussi — le droit de choisir librement ceux qu'il veut soigner, hors les cas d'humanité, d'urgence ou de réquisition légale.

VIII. — Le médecin doit, en général, avoir le droit de fixer lui-même ses honoraires, d'accord avec son malade ou la famille de celui-ci. Même en cas de « médecine sociale », ce principe doit être, le plus possible, respecté. Si la législation ne le permet pas, des « Contrats collectifs » doivent être établis, avec des conditions approuvées librement par les groupements professionnels médicaux, au nom de leurs membres.

IX. — La liberté de prescriptions doit être maintenue ou recherchée sous réserve des contrôles d'abus et de la préférence donnée aux médications économiques lorsque le résultat thérapeutique apparaît sensiblement le même (n° 5 de la Charte).

X. — Le médecin accusé d'une faute professionnelle d'ordre déontologique — en dehors de toute faute de droit commun — doit avoir le droit d'être jugé par ses pairs, dans un « Conseil de famille », un « Comité d'honneur » ou analogue. Seuls des médecins peuvent apprécier les causes matérielles et psychologiques d'une telle faute et en préciser équitablement les sanctions.

XI. — Toute juridiction professionnelle doit comporter un organisme d'appel.

XII. — Les rapports des médecins avec les collectivités ou l'Etat en matière de médecine sociale, doivent être réglés par l'établissement de contrats collectifs (N° 6 de la Charte, 1er alinéa).

Il s'ensuit que le Corps médical organisé doit avoir des représentants qualifiés au sein des organismes s'occupant de l'hygiène générale et de la Santé publique.

***

ADDENDUM

En réponse à une question posée par un groupement national, l'A. P. I. M. exprime l'avis qu'il n'y a pas lieu, pour le Corps médical, de réclamer de l'Etat des « avantages spéciaux », d'ordre pécuniaire (retraite par exemple), « en compensation *» des devoirs qui incombent à tout médecin dans l'exercice de sa profession. Celle-ci est reconnue de tous comme « profession libérale », le médecin doit donc garder, professionnellement, sa liberté individuelle et ne pas solliciter des « avantages » qui pourraient l'entraîner, dans la suite, vers la « fonctionnarisation ».*

C'est au Groupement professionnel lui-même *qu'il appartient de procurer à ses membres certains* avantages spéciaux *éventuels, tels que, par exemple : des caisses mutuelles de secours en cas de maladie, une retraite en cas d'invalidité ou vieillesse, etc...*

Pour copie conforme

Le Secrétaire général de l'A. P. I. M.

Dr Fernand DECOURT.

NOTA. — Dans un prochain article, beaucoup plus bref d'ailleurs, nous publierons le texte même de la « CHARTE MÉDICALE INTERNATIONALE » votée également en 1935, à la suite d'une autre enquête (A. G.) de l'A. P. I. M.

CRITIQUES ET ESPOIRS

L'article d'un chirurgien de province que nous avons récemment publié sous ce titre a soulevé une controverse, les uns l'approuvant sans réserves, les autres l'infirmant dans tous ses termes.

Toutes les opinions ont le droit de s'exprimer dans ce journal qui, voué à la défense d'une profession, s'efforce d'offrir une vision exacte de l'état des esprits dans cette profession.

C'est en confrontant des avis différents qu'une commission d'études éclaircit un problème.

Devant la médecine française se posent aujourd'hui toutes sortes de problèmes, et c'est en les abordant tous, l'un après l'autre, dans un esprit de coopération, que nos lecteurs aideront à ce qu'une solution satisfaisante soit trouvée.

Un de nos correspondants évoque les « Assises de la Médecine » où tout médecin français pouvait venir exposer le cas rare qu'il avait observé et provoquer l'avis de ses confrères. Il faudrait, pour notre période de transition et de reconstruction, des assises professionnelles qui dégagent l'opinion et les vœux du Corps médical. Or seuls se rassemblent les membres des Conseils de l'Ordre et ils ont à faire face à toutes sortes de préoccupations diverses.

Dans le cadre restreint de ce journal nous songeons à créer une rubrique qui devienne pour nos lecteurs une tribune libre où ils puissent exprimer de libres opinions.

C'est une initiative à méditer.

En attendant nous publions ci-dessous quelques extraits des ripostes à « Critiques et espoirs ».

Nous n'ajouterons qu'un mot pour ceux qui nous demandaient s'il ne s'agissait pas là d'une fantaisie ou d'une mystification.

L'auteur, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, a des titres techniques pour parler de la chirurgie. Il a aussi des titres professionnels étant membre du Conseil de l'Ordre de son département.

Réponse d'un médecin de campagne à un chirurgien de province

Mon cher confrère,

Puisque vous confiez vos critiques et vos espoirs à la tribune professionnelle du *Concours Médical*, je me permets de vous répondre.

Et d'abord de vous offrir mes bien sincères condoléances ! Votre anonymat m'empêche de savoir dans quelle région vous exercez, mais je vous plains d'avoir pour confrères (et par conséquent pour correspondants) les membres du Corps médical que vous nous dépeignez !

..... J'ai exercé dix ans à la campagne, dans la Loire-Inférieure. Figurez-vous que dans un rayon de 12 kilomètres ne comportant que des agglomérations de 3 ou 4.000 habitants, on trouvait trois postes de radiologie, des ultra-violets, de la diathermie. Oh, les confrères qui faisaient de la radio n'étaient pas spécialistes ! mais ils avaient assez de conscience professionnelle lorsqu'un cas dépassait leur compétence, pour l'envoyer à un « vrai » radiologiste ! Leur installation leur permettait quand même d'examiner leurs blessés osseux et de réduire leurs fractures convenablement ; elle leur permettait de voir un cœur ; de rechercher des corps étrangers métalliques ...

Nous avions même, dans le même rayon, un potard qui avait été préparateur de bactériologie et qui faisait quelques examens pour nous dépanner parfois ! Quand, pour lui aussi, cela se révélait très compliqué, nous avions dans deux préfectures, Rennes et Nantes, des laboratoires à notre disposition. Le prélèvement partait par le car ou le train et le téléphone nous donnait la réponse.

Il arrivait parfois à mes confrères, avec ces moyens, de faire des diagnostics qui n'étaient pas d'approximation, et le « patron » appelé dans des cas difficiles, confirmait parfois purement et simplement le diagnostic du pauvre médecin de campagne.

Le médecin de ville, je le connais trop peu pour en parler. Mais je ne vous comprends pas quand, parlant de lui, vous dites qu'il ne peut pas envoyer facilement son client d'un spécialiste à un autre, ni d'un laboratoire à un autre. Il me semble que c'est au contraire pour lui que ces manœuvres sont le plus faciles. Ces examens sont onéreux, dites vous ; mais pour les indigents et les « économiquement faibles » il est des moyens de se procurer à des tarifs abordables, les examens utiles.

Je n'ai pas connu, en dix ans, de chirurgien qui se cantonnât dans les opérations faciles ; j'ai fait opérer 6 ou 8 chirurgiens et je crois que tous travaillent, confrère ; publient les résultats qu'ils obtiennent ; font des recherches cliniques ; essaient de perfectionner un point de technique.

Autre opinion d'un médecin de campagne

... Je suis tout à fait d'accord cependant avec notre confrère sur l'inexistence de moyens de transport des malades ou blessés. Avant la guerre il n'y avait aucune organisation. Le

transport d'un blessé grave, d'une femme en travail, d'un enfant contagieux n'était pas facile. Actuellement c'est un problème presque insoluble.

Certes, ce n'est pas l'idéal. Des progrès sont nécessaires. Mais je me refuse à accepter le tableau vraiment trop sombre que trace notre contrère.

***

Réponse d'un chirurgien de province

Vous portez sur les organisations chirurgicales de province un jugement très dur, mais heureusement inexact en partie.

Je ne sais dans quel département arriéré vous vivez, mais je vous assure que dans le nôtre, vos critiques tomberaient à plat.

Je ne connais pas de chirurgiens qui n'aient de radio ; pourquoi un laboratoire, quand à 50 mètres de chez soi, un docteur ès-sciences qualifié peut vous donner les résultats immédiats ? Je ne pense pas que vous exigiez par clinique un spécialiste capable de débrouiller un examen biopsique.

Quant au service de l'hôpital, pour une ville de 20.000 habitants, on y trouve tout, bistouri électrique compris, et on y « besogne ferme » depuis le traitement des prostates jusqu'à celui des abcès du poumon.

Et puis, ne vous laissez pas ébouriffer par ce que vous avez observé à l'étranger ; j'ai vu « travailler » en Allemagne, en ex Autriche, en Amérique ; j'y ai vu beaucoup de complications qu'il ne faut pas prendre pour des perfectionnements : vous regrettez qu'il n'y ait pas de coffret individuel stérilisé à chaque lit ; c'est du tape à l'œil.

J'aime mieux, moi client, qu'on m'ouvre la paroi abdominale, avec un aide, en 40 secondes, qu'en près de 10 minutes avec trois aides, comme je l'ai vu faire dans le plus grand centre chirurgical des Etats-Unis, à proximité du fichier médical le plus complet du monde.

Et d'un autre chirurgien

Ce « Chirurgien de Province » qui n'ose pas dire son nom, affirme la nullité scientifique de notre chirurgie provinciale, qu'ont illustrée les Témoin, les Delagénière, pour ne citer que quelques disparus. Ne lit-il donc pas les comptes rendus de l'Académie de Chirurgie, sans cesse alimentés par les travaux des chirurgiens de province et de l'Empire ?

La chirurgie de province s'honore de continuer une grande tradition de travail et d'honneur ; héritière du passé de dévouement et de sacrifice de tout le Corps médical français, elle possède, en plus, la marque de l'Internat des hôpitaux de Paris ou des grandes Facultés de France ; ce sont là des titres contre lesquels la calomnie ne saurait avoir de prise.

DISCIPLINE DES TEMPS NOUVEAUX

Ils étaient deux, qui se retrouvaient après la séparation des mois tragiques, une génération les sépare.

Coutumiers, avant guerre, de discussions sereines, desquelles l'on admettait jadis que naît parfois la lumière, ils reprenaient tout naturellement leur dialogue familier. Nous les avons écoutés. Peut-être, leurs propos, indiscrètement recueillis, éveilleront-ils chez nos lecteurs quelques échos.

L'aîné. — Il nous faut changer radicalement de discipline intellectuelle. Les discussions byzantines, à la lettre, nous ont conduits à l'abîme. Obéissons maintenant. Là seulement est le salut.

Le cadet. — Pourquoi obéir aveuglément à des directives quelles qu'elles soient, et d'où qu'elles viennent ? Si le guide est mauvais, où est l'utilité — et le mérite — d'une telle soumission ?

— Si, en fait, reprit l'aîné, le guide possède ne intégrité morale et un prestige intellectuel hors de discussion, s'il s'entoure de conseillers jouissant au moins d'une présomption de compétence, ne faut-il pas lui faire confiance ? Et, l'impulsion étant donnée dans une direction donnée, ne devons-nous pas la suivre loyalement et sans arrière-pensée jusqu'au but assigné ?

Pour réussir, une expérience a besoin de temps, gardons-nous de critiques vétilleuses et en tous cas prématurées.

— L'œuvre entreprise ne pouvant, par hypothèse, être destinée, d'un premier jet, à la perfection absolue, gagnera toujours à être amendée et redressée en cours de développement, par des critiques objectives et dépourvues de malignité.

— Où commence l'objectivité ? Quelle que soit la pureté de vos intentions, êtes-vous sûr de n'être pas déformé par un auditoire, toujours enclin à tendre l'oreille à ses propres désirs ?

— Dans un cercle choisi, aucun danger...

— Erreur, mon jeune ami. Ce qui parle en vous c'est — déjà ! — « le vieil homme », qu'il vous

faut dépouiller. Même en petit comité, la discussion est, aujourd'hui, nuisible non seulement dans ses effets, mais en soi, comme tendance. Notre devoir, à l'heure actuelle, est de nous faire violence pour réfréner les penchants qui nous portent à mettre perpétuellement en question les principes essentiels sur lesquels il faut construire. Nous avons trop pensé, parlé, soupesé. Nous n'avons pas agi. « Nous avons été agis » ! Il m'en coûte de vous tenir pareil langage, moi qui, plus que vous, fut bercé du mot« liberté », mais...

— Pas question de revenir, même par la pensée, au point où des préférences personnelles pourraient nous entraîner. Ce serait du temps perdu : plus, du mauvais travail. Admettons les nouvelles notions, ou plutôt le renouveau de vieilles notions certainement aussi respectables que celles dans lesquelles j'ai été élevé. Mais dans l'application concrète des principes à la vie nationale, nous devons, quand nous sommes techniquement qualifiés pour le faire, aider l'autorité de nos suggestions et de nos critiques.

On a reproché, à juste titre, aux hommes d'hier de légiférer sur la place publique. Il y a danger, aussi, à légiférer en vase clos.

Prenons des exemples dans notre vie professionnelle.

Les Syndicats médicaux sont dissous et remplacés par l'Ordre. Inutile de s'attarder à gémir sur les syndicats défunts. D'accord. Mais tâchons de travailler, selon nos moyens, à ce que la tâche de l'Ordre nouveau-né soit féconde. Pour cela, soulignons-lui les points sur lesquels une rapide intervention est souhaitable : application stricte mais intelligente de la loi sur les étrangers ; urgence des besoins de travail des jeunes ; nécessité de sauvegarder les droits des prisonniers ; utilité de sanctions sévères et effectives en cas de manquements aux règles de correction confraternelle.

Etudions avec l'Ordre, l'usage qu'il peut faire des pouvoirs à lui conférés. Comparons dans ce but, les règles qui le régissent et celles auxquelles sont soumis des organismes analogues : l'Ordre des avocats, les Chambres de discipline d'officiers ministériels, qui ont déjà derrière eux un long passé d'expérience ; l'Ordre des architectes, ce frère puiné.

Des réformes de l'exercice professionnel comme l'interdiction des cabinets multiples, sont sur le chantier. Signalons à l'Ordre, l'ampleur et la complexité des questions mises en jeu ; quels intérêts légitimes sauvegarder ; examinons pour lui par quels moyens pratiques parvenir au but recherché sans léser personne. En un mot, débroussaillons le sujet. Notre ambition doit même être plus haute : L'Etat nouveau, dans le bouleversement actuel, pare au plus pressé. Les lois se ressentent de cette hâte et contiennent des lacunes : telles, celle sur l'exercice de la médecine par les étrangers, si incomplète qu'il n'a pas fallu moins de trois circulaires pour lui donner apparence viable ; celle créant les directeurs régionaux à la santé qui a créé en même temps autant de sources de conflits avec le ministre de la Santé publique et avec le Conseil de l'Ordre ; celle même sur l'Ordre des médecins, si pleine d'obscurités et d'insuffisance, quant aux règles concernant les admissions au Tableau, quant au caractère des décisions prises par les Conseils départementaux et à l'efficacité des sanctions qui peuvent être prononcées, quant à la procédure à utiliser et aux délais à observer pour les recours devant le Conseil supérieur. Est-ce faire figure d'esprit frondeur et malveillant que de demander, ici, une loi complémentaire pour combler les lacunes ; là, une refonte générale de l'organisation de la Santé dans le cadre régional ; et en dernier lieu quelque prudence dans l'application de sanctions disciplinaires et quelques éclaircissements sur les droits des médecins à saisir la juridiction supérieure.

— Peut-être, a conclu l'aîné, y a-t-il là une forme de collaboration loyale et féconde. Mieux vaut en tous cas s'y prêter que de se cantonner dans une abstention mi-railleuse, mi boudeuse et de guetter l'échec possible, pour triompher bruyamment.

Retenez cependant qu'il peut y avoir intérêt pour tous, à nous imposer dans certains cas, et pour un temps donné, un mutisme attentif. Le silence est un milieu favorable à la réflexion, à l'étude. Utilisons-le et permettons aux autres d'en jouir. Comme nous avons péché par excès de résistances, réussissons la performance inverse, de risquer de pécher par excès de conformisme. A la condition de ne rien abdiquer d'essentiel, nous acquerrons ainsi, sur nous-mêmes, une maîtrise plus grande qui nous servira à surmonter plus aisément les obstacles de l'avenir.

Pierre DOURIEZ.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

Institution de prêts d'honneur aux pharmaciens sinistrés

Le groupement professionnel des fabricants de produits pharmaceutiques nous prie de faire connaître qu'afin de permettre aux pharmaciens victimes de la guerre, et tout d'abord à ceux dont l'officine a été intégralement détruite, de reprendre leur activité professionnelle, il vient de se constituer à Paris, 57, rue de Babylone, un Comité d'entr'aide.

Celui-ci a été institué en accord avec le Comité officiel d'organisation de la pharmacie grâce à la parfaite collaboration des deux syndicats de réglementation auxquels appartiennent la plupart des pharmaciens et des laboratoires exploitant des spécialités pharmaceutiques.

Sitôt constitué, ce Comité a créé une caisse de secours pour répondre à la détresse immédiate des sinistrés et a étudié la possibilité de constituerune caisse d'entr'aide chargée de consentir des prêts d'honneur pouvant aller jusqu'à 100.000 francs.

Le financement de l'opération a été très heureusement trouvé dans la création d'un timbre, dit « timbre d'entr'aide » qui devra être apposé par tous les fabricants de spécialités sur chacun de leurs produits.

De façon à réaliser immédiatement une masse importante de fonds susceptible de répondre aux premiers appels, un effort particulier a été demandé aux grands laboratoires. Ceux-ci, en effet, ont été invités à acheter d'avance le nombre de timbres correspondant soit à la totalité, soit au moins à la moitié de leurs besoins pour le temps durant lequel les fabricants devront apporter leur participation à cette œuvre de solidarité professionnelle.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Un supplément de savon pour les médecins

Le droit des médecins à une allocation spéciale de savon est désormais acquis. Le « Journal officiel » *du* 1er *avril* 1941 *publie un arrêté fixant les besoins supplémentaires de certaines catégories de professionnels.*

Les médecins sont classés dans la 4e *catégorie, celle dont la ration est la plus forte.*

Nous nous félicitons de cette satisfaction apportée à la demande que nous avions présentée au nom de nos confrères.

Voici les textes intéressant les médecins et les autres « sanitaires » :

Art. 3. — Les attributions supplémentaires de savon ou de produits à base de savon faites aux professionnels appartenant à chacune des catégories définies à l'article précédent sont les suivantes :

....

4e catégorie

Par mois : deux rations pour les soins corporels et deux rations pour le lavage du linge.

Art. 5. — Les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires en exercice, ainsi que les infirmiers et infirmières professionnels donnant régulièrement des soins aux malades sont assimilés, pour l'attribution de quantités supplémentaires de savon, aux professionnels de la 4e catégorie.

Les pharmaciens et les sages-femmes sont assimilés pour l'attribution de quantités supplémentaires de savon, aux professionnels de la 3e catégorie.

Art. 6. — ....

Les demandes des médecins, des chirurgiens, des

chirurgiens-dentistes, des vétérinaires en exercice et des pharmaciens sont présentées individuellement, même si l'intéressé est rattaché à un établissement industriel, médical ou hospitalier, elles ne sont pas soumises à un visa préalable.

Les demandes des sages-femmes et des infirmiers et infirmières professionnels rattachés d'une façon permanente à une communauté ou à un établissement industriel, médical ou hospitalier, sont présentées par le chef de cette communauté ou de cet établissement sous sa responsabilité personnelle.

Dans les communes de plus de 2.000 habitants, les demandes formulées par les sages-femmes et par les infirmiers et infirmières professionnels non rattachés d'une façon permanente à une communauté ou à un établissement hospitalier doivent avoir reçu préalablement le visa de l'inspecteur départemental de la santé.

Art. 10. — Les malades dont l'affection nécessite des nettoyages importants du corps ou du linge peuvent obtenir des attributions supplémentaires de savon sur justification constituées par un certificat médical légalisé comportant l'indication de la quantité supplémentaire de savon à accorder et précisant que ces attributions sont faites en application du présent article.

Ces attributions sont faites conformément aux indications d'un barème porté à la connaissance des médecins par les soins du Conseil de l'Ordre des médecins.

Questions juives

Loi du 29 *mars* 1941 *créant un commissariat général aux questions juives.*

Art. 1er. — Il est créé, pour l'ensemble du territoire national, un commissariat général aux questions juives.

Art. 2. — Le commissaire général aux questions juives a pour mission :

1° De préparer et proposer au chef de l'Etat toutes mesures législatives relatives à l'état des juifs, à leur capacité politique, à leur aptitude juridique à exercer des fonctions, des emplois, des professions ;

2° De fixer, en tenant compte des besoins de l'économie nationale, la date de la liquidation des biens juifs dans les cas où cette liquidation est prescrite par la loi ;

3° De désigner les administrateurs séquestres et de contrôler leur activité.

Arrêté du 29 *mars* 1941

Article unique. — M. Xavier Vallat est nommé commissaire général aux questions juives.

Médecins de sanatorium

Par arrêtés du 20 mars 1941 :

Mlle le Docteur Boudon, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne), est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Sévérac-le-Château (Aveyron).

M. le Docteur Chognon, médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Sévérac-le-Château (Aveyron) est affecté, à titre provisoire, en la même qualité, au

sanatorium Marie-Mercier, à Tronget (Allier), en remplacement de M. le Docteur Virmont, mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er mai 1941.

M. le Docteur Virmont, médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier, est mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er mai 1941.

M. le Docteur Corre, médecin adjoint du sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est nommé médecin adjoint au sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne), en remplacement de Mme le Docteur Pouret, placée dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêtés du 20 mars 1941 :

M. le Docteur Fassou, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er avril 1941.

M. le Docteur Rougean, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Lô, est affecté, en la même qualité, à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Cayssiols, en remplacement de M. le Docteur Frey, appelé à d'autres fonctions (intérêt de service).

M. le Docteur Usse, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er avril 1941.

Comité consultatif d'hygiène

Par arrêté du 20 mars 1941, M. le Professeur Verge, professeur à l'école nationale vétérinaire d'Alfort, est nommé, pour trois ans, membre du comité consultatif d'hygiène de France (section d'épidémiologie).

(*J. O.*, 26 mars 1941).

Inspection de la santé

Par arrêté du 22 mars 1941, M. le Docteur Thurel est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Charente.

Médaille d'honneur des épidémies

La médaille d'argent des épidémies a été décernée à :

Mlle Forgeot (Madeleine), médecin directeur du bureau d'hygiène de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

M. le Docteur Dorochevsky (Nicolas), médecin de la Santé publique à Bou-Arada (Tunisie),

pour maladie grave contractée dans l'exercice de leurs fonctions.

(*J. O.*, 28 mars 1941).



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DE DROIT COMMUN

1.914. — Soins donnés à une jeune pensionnaire victime d'un accident

Dans un pensionnat de jeunes filles, j'ai soigné une élève atteinte d'une fracture. Le pensionnat a une assurance-accidents.

J'ai fait ma note d'honoraires que la sœur supérieure a transmise à la Compagnie. J'ai tarifié ma note avec le tarif de clientèle ordinaire (visite à domicile à 25 francs ; appareil plâtré 100 francs) ; la Compagnie par l'intermédiaire de son agent et de vive voix me fait savoir que je devrais appliquer le tarif-accidents de travail (visites à 17 francs). La famille consent à me payer au tarif clientèle ordinaire. Mais la Compagnie n'est-elle tenue qu'à rembourser le tarif accidents de travail, car il s'agit ici vraisemblablement d'une assurance individuelle (collective) ?

Dr G.

Réponse

Dès lors que la police d'assurance du pensionnat stipule que la Compagnie ne sera tenue de payer les honorairesmédicaux pour soins donnés aux élèves victimes d'un accident, qu'à concurrence du tarif des accidents du travail, le pensionnat ne peut exiger d'être remboursé par la Compagnie d'une somme supérieure.

Mais, puisque la famille consent à vous payer au tarif de droit commun (ce à quoi elle est d'ailleurs tenue) rien ne s'oppose à ce que vous touchiez vos honoraires calculés à ce tarif. La Compagnie remboursera seulement au pensionnat ou à la famille, les honoraires calculés au tarif des accidents du travail.

1.996. — Contestation de l'existence d'une incapacité permanente

Un de mes clients s'est fait une fracture de l'humérus supra-condylienne.

La lésion est actuellement consolidée. Je lui ai fait un certificat de guérison indiquant une incapacité permanente probable de 30 %. Il s'agit d'une assurance agricole patronale. La Compagnie dit qu'il lui est impossible de tenir compte de mes conclusions, attendu que son médecin contrôleur lui a fait un rapport n'indiquant aucune incapacité permanente partielle.

Quelle procédure doit suivre mon client pour obtenir gain de cause ?

Dr C.

Réponse

Puisqu'il existe, à votre avis, une incapacité permanente qui n'est pas reconnue par la Compagnie, il y aurait lieu d'établir et de remettre au blessé un certificat relatant l'existence de cette incapacité et, pour le blessé, de transmettre ce certificat, soit, s'il n'a pas encore été effectué d'enquête à la suite de l'accident, ou si l'enquête n'est pas close, au Juge de paix, soit, dans le cas contraire, au Président du Tribunal civil du lieu de l'accident.

Ces magistrats devront effectuer les formalités prescrites par la loi et le Président du Tribunal civil devra convoquer les parties devant lui,

en vue de s'entendre, si cela est possible, sur la fixation de la rente à allouer à la victime.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.994. — Révision en cas d'aggravation d'incapacité permanente d'un accidenté du travail

Un de mes clients accidenté a obtenu une incapacité permanente provisoire avec rente en octobre 1937.

Or, actuellement, mon client souffre beaucoup de sa jambe (séquelle d'ostéomyélite par suite de fracture). Comment dois-je procéder pour obtenir une augmentation de son taux d'incapacité ?

Dr R.

Réponse

Aux termes de l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifiée par la loi du 1er juillet 1938, la demande de révision de l'indemnité, fondée sur une aggravation de l'infirmité de la victime d'un accident du travail, peut être formée en saisissant le Président du Tribunal civil compétent, celui du lieu de l'accident, par voie de simple déclaration au greffe dudit Tribunal ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette demande doit être formée, bien entendu, par le blessé et non par son médecin traitant.

1.981. — Frais d'hospitalisation d'un accidenté du travail

J'ai recours à votre obligeance pour savoir ce que doivent faire les religieuses de mon petit hôpital dans le cas suivant. Une de mes clientes porteuse d'une fracture est transportée sur mon ordre à l'hôpital où je la radiographie et appareille. Elle y reste quatre à cinq jours. Le prix de journée est fixé, d'accord avec les Compagnies, à 30 francs par jour. Les religieuses peuvent-elles réclamer en plus les frais de bandes plâtrées, jersey, etc. ? ou bien 30 francs, est-ce tout compris encore actuellement. Dans ce dernier cas, elles mangent de l'argent.

Dr S.

Réponse

Aux termes de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, modifié par la loi du 1er juillet 1938, en cas d'hospitalisation d'un accidenté dans une clinique privée dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, l'employeur, seul tenu au remboursement des frais, ne le sera que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers.

Or, en cas d'hospitalisation dans un établissement public, l'employeur est seul tenu au payement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens, conformément au tarif ministériel.

Il résulte de cette disposition que le prix de journée comprend les frais pharmaceutiques, les frais de pansements et autres accessoires.

Mais, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, le prix de journée (30 francs), est fixé

d'accord avec les Compagnies. Il faudrait connaître les termes de cet accord pour savoir si les religieuses de l'hôpital ont le droit de compter lesdits frais en sus de ce prix forfaitaire.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Assurances sociales*

1.870. — Tentatives infructueuses d'accouchement. Envoi à l'hôpital et frais de transport

J'ai été demandé par une assurée sociale indigente pour un accouchement.
Je suis resté près d'elle de 6 heures à 10 h. 1/2. J'ai essayé un forceps inutilement. Je l'ai ensuite conduite à l'hôpital de B... avec ma voiture à 10 kilomètres de distance ; je ne suis rentré chez moi qu'à midi et demi.
Je désirerais savoir ce que je peux demander pour cette assistance.

Dr M.

Réponse

C'est assez difficile, car vous n'avez pas fait l'accouchement, et c'est à l'hôpital et non à vous que la Caisse-maladie va verser le forfait habituel de l'accouchement d'une assurée sociale.

Toutefois, à l'amiable, vous pourriez marquer sur une feuille de visite « surveillance prolongée de 6 heures à 10 h. 1/2 et pose de forceps sans résultat : 100 francs » par exemple ; cela vaudrait mieux que rien et comblerait quelque peu une lacune du tarif qui est d'une injustice criante pour le médecin praticien.

Quant aux vingt kilomètres que vous avez fait pour conduire la malade à l'hôpital, ce n'est plus une question « médicale », mais bien de « loueur de voiture ». Là encore vous pourriez vous entendre à l'amiable avec la Caisse, en déclarant que vous avez conduit la parturiente à défaut de tout autre moyen rapide de transport et que vous demandez uniquement le remboursement de vos frais.

Dr F. DECOURT.

---

b) *Accidents du travail*

1.923. — Intervention chez un A. T. hospitalisé

J'ai donné des soins à un accidenté du travail le 13 février 1940 pour phlegmons de la jambe. J'ai fait hospitaliser ce malade le 29 janvier 1942 à l'hôpital de M., dont je suis médecin adjoint.
Le certificat de consolidation a été délivré le 13 août 1940 au moment où le malade quittait l'hôpital.
Comment établir ma note d'honoraires.

Dr B.

Réponse

Il s'agit là d'un accidenté du travail hospitalisé, auquel cas le médecin du service a droit à des honoraires de 6 francs par journée d'hospitalisation, sauf les jours d'intervention où chacune est l'objet des mêmes honoraires que pour intervention à domicile ou au cabinet (art. 30*b*) Toutefois, si au cours de l'hospitalisation, une intervention est faite par un autre que le médecin du service, cet acte, quel qu'en soit le prix,

donne lieu à un honoraire au profit du médecin qui est intervenu et suivant les prix des interventions à domicile ou au Cabinet (art. 30. *c*).

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

1.917. — Renonciation par un assuré social au bénéfice de l'Assistance.

Je soigne une personne admise à bénéficier de l'article 19. Je lui ai fait récemment une radiographie pulmonaire. Ma cliente m'a payé directement, quoiqu'elle soit à l'article 19, et j'ai acquitté sa feuille de maladie pour qu'elle puisse se faire rembourser.

La Caisse d'assurances sociales refuse de la rembourser et me prie de lui reverser les honoraires qu'elle m'a payés, disant que le service de l'Assistance médicale gratuite me fera directement le paiement.

Je vous serais obligé de m'indiquer s'il est un texte de loi qui interdise de faire payer un article 19, à condition qu'il ne soit rien réclamé dans le mémoire envoyé à la Préfecture.

Dr R.

Réponse

Aux termes d'une réponse faite par le ministre du Travail, à M. Vernay, député, publiée au *Journal Officiel* du 19 juillet 1934, l'assuré social qui, pour des raisons de convenance particulière, s'adresse à un médecin de son choix, dont il paie directement les honoraires, n'est plus considéré comme assuré social notoirement indigent, mais il n'est pas déchu pour autant des avantages que la loi accorde à tous les assurés sociaux : il peut réclamer à sa Caisse le remboursement de ses dépenses, dans les limites du tarif de responsabilité, et elle n'est pas en droit de les lui refuser.

Cette réponse peut s'appliquer dans le cas qui fait l'objet de votre lettre et, par suite, vous n'avez pas à reverser à votre cliente, comme le voudrait la Caisse, les honoraires qu'elle vous a payés.

Votre cliente, au contraire, est en droit de demander le remboursement à due concurrence de vos honoraires à la Caisse et, si celle-ci refuse, elle peut saisir la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée adressée au Président de ladite Commission, au Greffe du Tribunal civil du siège de la Caisse, dans les trois mois de la réception de la notification de la décision de refus.

1.848. — Contestation sur l'état de l'assuré malade. Compétence de la Commission Technique.

Une jeune fille de mes clientes fait, paraît-il, il y a quatre mois, un faux pas dans un escalier et souffre du pied. Je pense d'abord à une légère entorse. Mais après un mois, on me rappelle, elle ne peut pas marcher, souffre beaucoup, non seulement du pied, mais de la main homologue dont elle ne peut allonger certains doigts.

Je conclus donc à une manifestation rhumatismale et elle se soigne au compte des Assurances sociales. Dans l'entrefaite, elle est admise à l'assurance sociale individuelle. Actuellement, elle va beaucoup mieux, mais boîte encore et ne peut rester

longtemps debout. Sa main est depuis longtemps guérie.

Elle demande à ce que son pied soit radiographié. Je rédige un certificat et une demande en règle est faite à la Caisse d'assurances sociales. Le résultat est qu'elle est convoquée chez le médecin-contrôleur de la Caisse, lequel lui enjoint le surlendemain par lettre recommandée de reprendre immédiatement son travail.

Or :

1° Aucune radio n'a été faite ;

2° Aucun refus de radio n'a été notifié par la Caisse ;

3° Ma cliente est dans l'incapacité absolue de reprendre son travail (domestique de ferme).

Peut-on exiger du médecin contrôleur qu'il motive sa décision ?

Ma cliente peut-elle se refuser à reprendre son travail et obliger la Caisse à continuer les prestations ?

Quelle est la marche à suivre ?

Dr P.

Réponse

Puisqu'une contestation s'est élevée en ce qui concerne l'état de l'assurée sociale, entre celle-ci et la Caisse, il y a lieu de saisir la Commission technique instituée par l'article 8, § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Cette Commission doit être saisie par lettre recommandée adressée au Greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré. Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant, indiquant la nature de l'affection, en vue de permettre la désignation, pour faire partie de la Commission, qui comprend le médecin traitant et un médecin désigné par la Caisse, d'un troisième médecin, qui remplit les fonctions de président de la Commission.

LOYERS

1.924. — Réduction du loyer pour défaut de chauffage

J'habite un immeuble, sans cheminée, mais pourvu du chauffage central. Cet hiver, je n'ai pas été chauffé.

Je désirerais savoir quelle est la procédure, afin d'obtenir une réduction du terme, pour troubles de jouissance dus à un non chauffage.

Dr B.

Réponse

Le Tribunal de la Seine, aux termes d'une jurisprudence toute nouvelle, a, en effet, estimé que l'absence de chauffage constituait pour le locataire un trouble dont le propriétaire lui devait réparation.

Cette jurisprudence accorde au locataire : d'une part, le droit de retenir sur les charges, le montant de la valeur du charbon non consommé, et, d'autre part, d'obtenir sur le principal du loyer, une réduction qui, suivant les cas d'espèce, variait de 10 à 30 % et s'appliquait aux deux termes d'hiver.

Un arrêt rendu le 26 mars dernier, par la Cour d'appel de Paris, après conclusions du ministère public, confirme cette jurisprudence.

Nous vous conseillons donc de demander à votre propriétaire de vous accorder amiablement ces réductions. S'il s'y refuse, il sera nécessaire que vous intentiez une instance à cet effet.

Soixante-troisième année — N° 16 — 20 Avril 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants.......... 50 fr.

Le Numéro.......... **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

Nº 107. — Paris, près gares Nord et Est. Appart. méd. très bien situé, 8 pièces asc. loyer très modéré. A céder santé avec install. électrologique à méd. disposant quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

Nº 108. — Client. méd. générale à céder dans ville du Sud-Ouest. S'adr. Dr Renou, à Saintes.

Nº 109. — Maroc. Bon poste méd. chirurg. ville côte, excellent climat, à céder avec install. clinique et radiol. Divers titres et fixe conven. à méd. français seul. Ecr. Gillet, 10, rue de Nancy, Paris (Xe) ou Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 110. — Méd. 33 ans, démobilisé, ne pouvant rentrer zône occupée, remplacer. confr. prisonn. ou aiderait confr. fatigué. D. Rémy Goldstein, 14, rue Trachel, Nice (Alpes-Maritimes).

Nº 111. — A céder suite décès. Cabinetméd.dans importante ville, littoral algérien.. Ecr. Mme Sauzy, 6, rue Gonssolin, à Bone (Algérie).

Nº 112. — On dem. à acheter sanat. montagne, préfér. Haute-Savoie, 25 lits environ. Faire offr. Dr Lefrançois-Thomé, 2, rue Alfred-de-Vigny, Paris et M. Moneau, Les Bruyères, Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie).

Nº 113. — Suite à prendre Paris, quart. populaire. Cabin. méd. génér. et A. T. très beau local, trois pièces, loyer insignif. Bail très longue durée. Prix minime. Dr Thin, 131, rue de la Tour, Paris (XVIe).

Nº 114. — A céder apr. décès belle install. méd. près Parc Monceau. Me J. Chartier, 85, rue de Sèvres Paris.

Nº 115. — Après décès client. à céder à Herblay (S.-et-O.). S'adr. Dr Lesage, 21, rue Saint-Vincent-de-Paul, à Paris.

Nº 116. — A louer banl. Lyon, entrep. avec petits locaux d'habitat. (réparat. charge du preneur), conviendr. laborat. replié. Dr G. Faury, 6, rue du Prat, à Guéret.

Nº 117. — Cèderai cause santé client. méd. située proximité grande ville Midi. Condit. raisonnabl. Ecr. Gillet, 10, rue de Nancy, à Paris.

Nº 118. — Méd. campag. grosse client. ferait situat. intéress. longue durée mais sans possib. de success. à assiste ou assist. français, célibat. actif et sérieux. Mme Pierre Guillot, 12, rue Raymond-Poincaré, à Troyes.

Nº 119. — Méd. cherch. pour son fils, pharmacien, 26 ans marié, rapatr. d'Allemagne, pharma c. à vend. ou à déf. bonne gérance, de préf. Centre. Dr Bardoz, Beaucourt (terr. Belfort).

Nº 120. — Rég. Ouest sur ligne Paris-Bordeaux, post. campag. à céder, pays riche et agréab. conviend. jeune doct. non install. Dr Ardillaux, à Jaunay-Clan (Vienne).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

A toucher Paris. — Belle banl. Ouest. Excel. client., bon rap. actuel. Pavillon, belle instal. Prix 35000 vu urgence.

Paris. — Quartier commerç., méd. gén., bon rapp. Appart. moderne. Prix : 35.000.

Normandie. — A céd. 2 client. rurales anc. Petite indemn.

Sologne. — Propharmacien, client. agglomérée. Prix : 40.000 à déb. avec instrument.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe)

Cito, jucundeque curo
Acres et languentes stomachos,
Amaras linguas purgo ;
Ut pueri sane crescant
Morbosa eorum viscera recreo.

Tablettes de **Mangaïne**, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

LE CONTRIBUABLE FRANÇAIS

A. MARTINOT, Directeur

Rédige les actes (baux, ventes, cessions, etc..), les déclarations, réclamations, etc., (foncier, impôts commerciaux, successions et enregistrement) tout ce qui regarde la partie commerciale des maisons de santé et cliniques.

Écrire, 6, rue de l'Isly, PARIS (VIIIe)

Avis à nos adhérents de la zone non occupée

Abonnés du CONCOURS, veuillez payer à son échéance votre abonnement (75 francs) à M. Paul RIBEYRE, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte courant postal Lyon 953.92.

Adhérents du Sou Médical et de la Mutualité Familiale, faites parvenir vos cotisations 1941 et années suivantes directement au siège de Paris, par virement postal aux comptes courants : Sou : Paris 182.31 (130 francs), Mutualité : Paris 182.32.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique des maladies du système nerveux.** (Professeur : M. Georges Guillain). — Un cours sur les maladies du système nerveux sera fait à l'hospice de la Salpêtrière par : M. Georges Guillain, professeur ; MM. Alajouanine, Delayt, Desoille, Garcin, Guy-Laroche, Mollaret, Petit-Dutaillis, agrégés ; M. Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes et chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Salpêtrière ; MM. Decourt, Marquezy, Péron, Rouques, de Séze, médecins des hôpitaux ; M. Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; M. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux ; M. Bourguignon, chef du service d'électrologie de la Salpêtrière ; M. Ledoux-Lebard, chef du service de radiologie de la Salpêtrière ; M. Bidou, chef du service de récupération fonctionnelle de la Salpêtrière ; MM. Aubrun, J. Lereboullet, P. Mathieu, Ribadeau-Dumas, Sigwald, anciens chefs de clinique de la Salpêtrière ; MM. Auzepy, Gabriel, Guilly, Salles, chefs de clinique à la Salpêtrière.

Ce cours, avec présentations de malades, projections, démonstrations anatomiques, comportera, du 21 avril au 24 mai, une série de 58 leçons. Deux leçons seront faites chaque jour, la première à 14 h. 30, la seconde à 16 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot. La première leçon sera donnée le lundi 21 avril, à 14 h. 30.

Ce cours public s'adresse spécialement aux internes et externes des hôpitaux et aux médecins désirant se perfectionner dans l'étude des affections du système nerveux.

— **Clinique de la tuberculose** (hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, Paris. Professeur : M. Jean Troisier ; assistants : M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. Brouet, agrégé). — Un cours théorique et pratique sur *Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose* sera fait à la clinique de la tuberculose du 5 au 17 mai 1941. Les leçons théoriques auront lieu tous les jours de 14 h. 30 à 15 h. 30, à la salle des cours. Elles seront suivies de 15 h. 30 à 18 heures de travaux pratiques sous la direction du Docteur Henri Brocard, chef de laboratoire. Les assistants seront individuellement exercés à la pratique de la bacilloscopie directe, de l'homogénéisation, des cultures, des inoculations, à l'examen des biopsies, à la pratique de la sédimentation globulaire, à la mesure de la pression pleurale, à la recherche et à l'identification des pneumocoques et des agents des suppurations pleuro-pulmonaires. Le nombre des auditeurs est limité à dix. Les droits d'inscription sont fixés à 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la clinique de la tuberculose, les mardis, vendredis et samedis, de 10 heures à midi par le Docteur Brocard, et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

— **Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.** — *Conférences de l'année* 1941 : 1er mai, M. L.

DUFOURMENTEL : Etat actuel de la question des greffes réparatrices. — 8 mai, M. R. VAUDESCAL : Conceptions actuelles de l'obstétrique. — 15 mai, M. Jean LHERMITTE : La narcolepsie-catalepsie. Syndrome de Gélineau. — 29 mai, M. Clément SIMON : Les prurits périnéaux. Etiologie, diagnostic, thérapeutique. — 5 juin, M. LE MÉE : Les otites du nourrisson. — 12 juin, M. MORLAAS : La périarthrite de l'épaule. — 19 juin, M. Marc ISELIN : Les pleurésies purulentes aiguës. Classification, indications opératoires et choix des méthodes. — 26 juin, M. Robert DUCROQUET : Les redressements progressifs en orthopédie et leur consolidation. — 3 juillet, M. SOULAS : Bronchoscopie et bronchologie. — 10 juillet, M. Maurice DELORT : Les méthodes thérapeutiques en gastro-entérologie. Leurs contrôles d'efficacité.

— **Médicaments de remplacement.** — Le rationnement actuel, qui intéresse les principaux produits agricoles et industriels, porte également sur de nombreux produits pharmaceutiques (huiles médicamenteuses, huile de paraffine, glycérine, coton hydrophile, etc.). Un certain nombre d'agents thérapeutiques sont d'ailleurs totalement manquants et doivent être remplacés par des succédanés : tels les plantes médicinales d'origine américaine et leurs extraits. Dans son numéro de janvier 1941, la *Gazette médicale de France* signale les succédanés suivants des dites plantes : le boldo peut être remplacé par l'artichaut, ou le romarin (2 à 6 gr. d'extrait fluide) ; le cascara par la bourdaine (1 à 2 gr. d'extrait fluide) ; l'hamamélis par le cyprès (30 gouttes d'extrait fluide de cônes) ; le viburnum par le marron d'Inde ; l'hydrastis par l'épine-vinette ; le atanhia par la bistorte ; etc...

— **Nevers.** — En application de la nouvelle loi municipale, le Docteur René LE DROUMAGUET a été nommé, par arrêté ministériel du 1er mars 1941, maire de Nevers. Médecin-chef de l'hôpital, membre du Conseil de l'Ordre départemental des médecins de la Nièvre, notre confrère a fait les deux guerres, de 1914-1918, et de 1939-1940. Il est père de huit enfants.

— **Naissances** — Le Docteur J.-M. AUCLAIR, chirurgien-accoucheur de l'hôpital d'Argenteuil, et Madame ont la joie de nous annoncer la naissance de leur fils *François.*

Argenteuil, le 28 mars 1941.

— Le Docteur et Madame Félix PIAGET sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Françoise.*

Grenoble, le 11 octobre 1940.

— **Mariage.** — Le Docteur Marcel Boulanger, de Louvres (Seine-et-Oise), et Madame, nous font part du mariage de Mademoiselle Jeanne-Marie BOULANGER, leur fille, avec Monsieur Pierre-Yves BERTHIER.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 16 avril 1941 en l'Eglise Saint-Justin de Louvres.

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Maurice DUBARD, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Dijon, décédé le 15 février 1941 à l'âge de 79 ans ; de Madame OMIECINSKA, née Marie-Angélique Noël, femme du Docteur S. Omiecinski, décédée à Faremoutiers (Seine-et-Marne) le 25 mars 1941 ; de Madame le Docteur Hélène BRISARD-CAUBET, ancien externe des hôpitaux de Paris, femme du Docteur Pierre Brisard, de Paris, décédée le 11 mars 1941 ; du Docteur PETIT, de Lucenay-les-Aix (Nièvre), beau-père du Docteur Ranglaret, de Moulins.

— Messe à la mémoire de Monsieur Constant Boulanger. — Nous rappelons qu'une messe à la mémoire de notre très regretté administrateur, Monsieur Constant Boulanger, sera dite le mardi 22 avril 1941, à dix heures précises, en l'Eglise Saint-Vincent-de-Paul, place La Fayette, à Paris.

Les nombreux amis de Monsieur Constant Boulanger sont priés de vouloir bien y assister.



Le Livre d'Or du Corps médical Français

LÉGION D'HONNEUR

Sont inscrits au Tableau spécial de concours (croix de guerre avec palme).

Pour chevalier :

LAFAY (Auguste-Paul-Laurent), *médecin lieutenant au 72e rég. d'artillerie* :

Officier d'un courage et d'un dévouement absolu. Muté sur sa demande dans une unité combattante, n'a cessé, depuis le début de la campagne, de se dépenser sans compter, assurant son service d'une façon parfaite dans les circonstances les plus difficiles. S'est particulièrement fait remarquer, du 6 au 12 juin 1940, en assurant, sous le feu de l'ennemi, l'évacuation de tous les blessés qui lui étaient confiés.

(*J. O.*, 16 mars 1941).

BIGONNET, *médecin-lieutenant.*

Officier des Services de santé d'une conscience et d'un moral hors de pair. Grièvement blessé dans la nuit du 22 au 23 mai 1940, alors que, sous un violent bombardement, il organisait un poste de secours et prodiguait ses soins aux blessés, amputé de la jambe droite ».

(15 juin 1940).

***

MÉDAILLE MILITAIRE

Sont inscrits au Tableau spécial de concours (croix de guerre avec palme).

DOUSSOT (Henri-Gérard), *médecin auxiliaire au 57e rég. d'infanterie coloniale mixte sénégalais* :

A été très grièvement blessé, le 25 mai 1940, au cours d'un bombardement aérien au Bois-Impérial (Somme). A dû subir l'amputation du bras droit.

MECHALI (David), *médecin auxiliaire de l'école du service de santé militaire : médecin auxiliaire dans un bataillon d'infanterie* :

A été très grièvement blessé au cours d'une attaque à la bombe et à la mitrailleuse par avions volant à très basse altitude, le 17 mai 1940, près de Cambrai. Amputé du bras gauche.

(*J. O.*, du 4 avril 1941).

***

CITATIONS A L'ORDRE

QUINTARD (Georges), *médecin-lieutenant, médecin de bataillon* :

A assuré son service malgré les plus violents bombardements. En particulier, le 6 juin 1940, s'est dépensé sans compter pour porter secours aux nombreux blessés et assurer leur évacuation.

(*Ordre du 31e régiment de tirailleurs algériens nº* II, *du* 6 *juillet* 1940).

SARRAZIN, *médecin-lieutenant du G. S. D. 72, 2e D. I. C.*

« Jeune médecin d'un dévouement à toute épreuve, a pris spontanément la direction de l'Hôpital militaire de Bourges, où de nombreux blessés étaient restés abandonnés.

Travaillant jour et nuit, avec un personnel de fortune, a sauvé la vie d'au moins cent soldats ».

(*Citation à l'ordre du groupe de subdivisions nº* 2 *de la 5e région*).

ROBIOLIS, *médecin commandant, chef du service sanitaire du 341e rég. d'infanterie* :

« Affecté sur sa demande à une unité combattante, a fait preuve en toutes circonstances du plus bel esprit de sacrifice et d'un mépris absolu du danger. Au cours des journées de combat autour de Dunkerque, s'est dépensé pour secourir les blessés dans la zone du Régiment contribuant personnellement à leur enlèvement sous des bombardements violents, donnant à tous le plus bel exemple d'abnégation et de courage ». (*Ordre du régiment, 4 juin* 1940).

***

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION

Le Gouvernement cite à l'ordre de la Nation :

Le Docteur ANTOINE (Albert-Georges), *médecin de la santé publique à Menzel-Temime (Tunisie)* :

Jeune médecin d'une valeur professionnelle exceptionnelle. A fait preuve, dans les différents postes qui lui ont été confiés, d'un zèle et d'un dévouement incomparables. A su, dès sa libération du service militaire, à Ghardimaou en 1936, puis à Menzel-Temime depuis 1938, dans une des régions les plus impaludées de la Tunisie, organiser, en dépit de la précarité des moyens, un centre médical de premier ordre. A obtenu le maximum de rendement de son personnel qu'il galvanisait par son ardeur et son dévouement. A gagné la confiance des populations dans des conditions politiques particulièrement difficiles. A contracté le typhus au chevet de ses malades, en est mort le 7 mars 1941 après avoir continué de servir jusqu'à épuisement de ses forces.

(*J. O.*, du 4 avril 1941).

Voir la suite page XLIII-745

PROPOS DU JOUR

L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE.
LES OBSTACLES QUI SE DRESSERONT DEVANT LES CONSEILS DE L'ORDRE.
LA NÉCESSITÉ DE MAINTENIR LES MÉDECINS-PROPHARMACIENS.

L'Ordre des médecins s'imposait, mais la tâche de ses conseils sera infiniment délicate. Le code de déontologie ne peut tout prévoir et sera souvent difficile à appliquer. A notre avis il faut que les Conseils de l'Ordre ne se retranchent pas dans leurs jugements derrière la barrière de textes trop juridiques et trop étroits. A l'exemple des juges de paix, ils devront prendre leurs décisions le plus souvent en équité plutôt qu'en droit. On devra éviter de leur soumettre tout ce qui concerne le traitement du malade et de taxer de charlatanisme des méthodes thérapeutiques peu connues et nouvelles. Cela amènerait à rayer la suggestion du traitement des maladies, alors que le Professeur Charcot guérissait parfois ses malades en leur prescrivant des pilules de *mica panis*. Les sociétés les plus savantes et les plus compétentes nous donnent maints exemples de l'ostracisme dont certains de leurs membres frappent *a priori* les nouveautés qui sortent de la pratique classique. Souvenons-nous des discussions orageules que les doctrines de Pasteur soulevèrent à l'Académie de Médecine, le refus du mémoire de D'Arsonval sur les courants à haute fréquence par le Secrétaire perpétuel de la même Académie.

Des méthodes actuellement de pratique courante auraient paru très dangereuses et presque criminelles, il y a moins de cinquante ans, telles les injections intraveineuses, intra artérielles, intracardiaques. La chirurgie cérébrale et des centres nerveux pour laquelle on a créé la chaire de clinique de neurochirurgie à la Faculté de Médecine de Paris eût fait frémir il y a quelques années. Il en est de même de la chirurgie du sympathique. Les méthodes nouvelles pour établir les régimes des nourrissons auraient fait hausser les épaules à beaucoup de médecins du siècle dernier.

***

Une des préoccupations des Conseils de l'Ordre sera de limiter la qualification de spécialiste. C'est ce que nous paraît indiquer l'article 13 du questionnaire à la réponse duquel sont soumis les docteurs en médecine qui veulent se faire inscrire au tableau des médecins de la Seine, inscription sans laquelle ils ne pourront exercer.

Il ne s'agit pas de restreindre les prérogatives du diplôme de docteur en médecine, mais celui qui actuellement, sans études spéciales, sans apprentissage spécial, sans avoir appris le maniement parfois dangereux d'instruments délicats et compliqués, s'intitule spécialiste, trompe le public et commet un acte malhonnête. Nous sommes là tout à fait de l'avis de notre collaborateur, le distingué maître en radiologie, Professeur Laquerrière.

***

Au sujet du questionnaire du Conseil de l'Ordre des médecins du département de la Seine que nous avons publié dans le numéro 5 du *Concours Médical*, nous avons reçu d'un confrère provençal la lettre suivante :

« Je lis dans le *Concours* du 2 courant le questionnaire à remplir par les confrères de la Seine et à joindre à leur demande d'inscription au tableau. A ce questionnaire, tous les médecins de France vont sans doute avoir à répondre très prochainement. Ce questionnaire est clair, précis, peut-être point suffisamment à la demande 19 :

Avoir des intérêts dans un organisme ou une entre-

prise touchant les professions médicales ou para-médicales.

Qu'est-ce à dire exactement selon le Conseil de l'Ordre ?

Faut-il remplir dans ces organismes une fonction active ? collaborer ? ou être tout bonnement actionnaire de Rhône-Poulenc ou de toute autre société intéressant de près ou de loin la médecine ?

Si le _Concours_ pouvait sur ce point éclairer ma lanterne, grande serait sa bienveillance. De cette dernière à laquelle les abonnés n'ont jamais recours en vain, je vous remercie par avance et vous prie d'agréer, etc.....

Dr L...

Il nous a été impossible d'éclairer notre correspondant sur les intentions du Conseil de l'Ordre de la Seine. En tous cas, nous posons la question aux lecteurs plus perspicaces ou mieux informés que nous.

Les intentions du Conseil sont évidemment de prévenir tout fâcheux compérage médico-pharmaceutique, mais à ce sujet il faudrait s'entendre et préciser, car le fait de posséder des actions de Rhône-Poulenc ou de la compagnie des Eaux de Vichy ne nous paraît pas suffisant pour attirer sur nos confrères les foudres du Conseil de l'Ordre.

Nombre de chirurgiens, de spécialistes, d'aliénistes possèdent des maisons de santé ou y ont des intérêts ; ce sont des organismes ou des entreprises sans lesquelles ils ne pourraient sans doute pas exercer. Il serait nécessaire d'avoir quelques précisions à ce sujet.

***

Une question aussi qui se pose, est celle des propharmaciens. Par propharmaciens il faut entendre les médecins qui, habitant une commune dépourvue de pharmacien, délivrent contre rémunération des médicaments à leurs clients. Ils sont quelques milliers en France. Leur privilège, d'ailleurs légal, doit être maintenu, d'abord dans l'intérêt des malades. Sans l'appoint que la vente de médicaments apporte aux honoraires médicaux, un praticien ne pourrait exercer dans un pays pauvre puisqu'aucun pharmacien ne songe à y créer une officine. Le médecin propharmacien serait contraint de s'installer dans un centre déjà pourvu de praticiens, d'où une nouvelle cause de mauvaise répartition dans le pays. D'autre part, il est abusif d'obliger le parent ou le voisin d'un malade qui a déjà fait un long trajet pour aller chercher un médecin, de recommencer cette course pour faire exécuter une ordonnance. L'industrie pharmaceutique a fait suffisamment de progrès pour qu'il soit possible au médecin propharmacien d'avoir chez lui ou dans sa voiture sous forme de granulés, pilules, cachets ou solutions à prendre par gouttes, les vingt à trente médicaments actifs, indispensables pour le traitement des maladies aiguës.

D'autre part, nous avons lu dans le *Propharmacien*, organe de l'union des médecins propharmaciens de France, sous la signature de notre excellent confrère, le Docteur Fougerat, qui fut, nous croyons, propharmacien autrefois, un plaidoyer éloquent en faveur des propharmaciens, où il fait valoir un dernier argument :

« Certes, écrit-il, les inspections départementales d'hygiène renseignées sur le refus des grossistes en médicaments d'approvisionner les médecins propharmaciens, tout est rentré dans l'ordre, mais il nous faut veiller, veiller attentivement, car sans propharmaciens pas de médecins dans les petites communes rurales et se dresse devant nous cette constatation, que nous avons maintes fois démontrée et qui fait de notre vigilance un impérieux devoir national :

Là où un médecin demeure, reste un noyau de population. Le médecin parti, cette population s'amenuise et disparaît. Or pour le salut de la France, il ne faut plus que les populations rurales s'amenuisent et disparaissent. Il faut au contraire qu'elles reviennent s'intégrer au sol national, ce qu'elles faisaient déjà d'elles-mêmes quand le médecin revenait. »

Nous sommes bien de cet avis et pour les raisons que nous venons d'exposer, il convient de protéger le propharmacien si utile dans sa modeste sphère et qui ne porte préjudice à personne.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE



Présentation de malades du 18 *janvier* 1941

Par M. le Professeur Laignel-Lavastine,

Rédigée par M. Lionel Vidart, Chef de Clinique à la Faculté

M. Laignel-Lavastine. — Je vais vous présenter aujourd'hui une série de malades atteints de la même affection. Ce sont tous des paralytiques généraux. Vous savez que le pronostic de la méningo-encéphalite diffuse, de nature spécifique, a été heureusement modifié par la malariathérapie préconisée par Wagner-Jaureg. Cette méthode thérapeutique a l'avantage de faire rentrer la paralysie générale dans les voies de l'évolution normale de la syphilis nerveuse.

Après avoir été soumis à la malariathérapie les paralytiques généraux peuvent bénéficier au mieux du traitement médicamenteux par le stovarsol sodique. Vous allez voir maintenant plusieurs malades atteints de paralysie générale. Parmi ceux-ci, la première n'a pas encore été traitée. Les autres, grâce au traitement, ont été suivant les cas, améliorés de façon variable. Vous pourrez ainsi, grâce à cette présentation de malades situés à des niveaux cliniques différents, juger pour chacun d'eux, des résultats de notre action thérapeutique.

I. — Une paralytique générale non traitée. Intoxication éthylique subaiguë surajoutée

M. Laignel-Lavastine. — Emilie est âgée de 47 ans. Elle a été internée le 2 décembre dernier, parce que, peu après les événements de juin, elle a exprimé des idées délirantes de persécution.

A la malade. — Racontez-nous ce que vous avez fait au mois de juin dernier ?

La Malade. — « Je suis partie dans le train avec mon mari et mon beau-frère. Nous sommes partis, mais je ne sais même pas pourquoi... Ensuite, je suis revenue de Bourges à Sarcelles à pied.

M. Laignel-Lavastine. — Que s'est-il passé ensuite ?

La Malade. — Peu après mon retour, j'ai eu l'impression que les gens m'en voulaient. On m'insultait à tous moments. On me traitait de voleuse. On m'accusait d'avoir volé des oignons, des prunes et un lapin. Les passants, dans la rue, parlaient de moi et me montraient du doigt. On m'insultait en polonais pour que je ne comprenne pas.

M. Laignel-Lavastine. — Vous voyez que ces idées de persécution étaient accompagnées d'hallucinations auditives et d'interprétations délirantes multiples. Bientôt, elle se barricade solidement chez elle ; elle met un double verrou à sa porte et accroche ses volets avec des ficelles.

A la malade. — Pour quelles raisons preniez-vous toutes ces précautions ?

La Malade. — On essayait d'entrer chez moi . Un soir, le Polonais a tenté de couper les ficelles des persiennes. Il voulait entrer et me disait : « Je vais te faire ton affaire ». J'entendais, en haut, sa femme qui riait. Un autre soir j'ai vu, par la fenêtre, la Polonaise habillée en mariée. Elle avait un soldat à son bras et il y avait, avec eux, une foule de soldats polonais habillés en français. Ils dansaient sur la place en face de chez moi. Ils sont venus me chercher pour me faire danser sur les bouches d'égoût où ils avaient installé des fils électriques pour me tuer. Dans le ciel, j'ai aussi vu Dieu, avec sa barbe et sa pipe, des enfants de chœur, des avions. Un soir, les Polonais m'ont envoyé des gaz ; ils ont mis leur masque pour se protéger et moi, je n'ai eu que le temps de mettre mon corsage devant mon nez pour ne pas être incommodée.

M. Laignel-Lavastine. — Il s'agit là d'un épisode onirique caractérisé surtout, comme à l'habitude, par des hallucinations visuelles. Cet état, accompagné d'une impression de peur et d'une vive réaction anxieuse, rappelle de très près les accidents de l'intoxication éthylique subaiguë. Dans ses antécédents, en effet, on retrouve la notion de quelques excès éthyliques. Mais, il est plus intéressant encore, de noter chez elle, d'autres particularités cliniques qui permettent d'objectiver son déficit intellectuel. Vous avez remarqué, tout d'abord, son euphorie, ses éclats de rire presque immotivés, déclanchés par la moindre parole. En outre, elle est approbative et, à tous moments, « opine du bonnet ». Enfin, vous n'avez pas été sans entendre l'achop-

◆◆

pement qui caractérise sa dysarthrie. Ces différents éléments sont très caractéristiques de la paralysie générale et témoignent d'un affaiblissement intellectuel marqué. Celui-ci se traduit encore par l'absurdité de certaines de ses réactions.

A LA MALADE. — Qu'avez-vous fait au moment où vous avez vu le Polonais à la fenêtre, accoudé à la balustrade ?

LA MALADE. — J'ai sauté par la fenêtre...

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Elle est, d'autre part, incapable de résoudre correctement les petits problèmes qu'il est classique de poser à ce genre de malades. Au point de vue mental, il s'agit donc d'un épisode onirique survenu sur un fond d'affaiblissement intellectuel incontestable. L'examen neurologique montre, à gauche, un signe d'Argyll-Robertson avec sa dissociation classique ; à droite, une ophtalmoplégie interne avec abolition des réflexes à l'accommodation et à la lumière. Les réflexes achilléens sont abolis. Nous ne pensons pas que cette aréflexie soit la preuve d'une polynévrite éthylique surajoutée, car, d'autre part, il n'y a pas d'hyperalgésie musculaire et, d'autre part, ce symptôme n'a pas été modifié par la suppression de l'élément toxique. Par contre, il est assez fréquent de rencontrer au cours de l'évolution de la paralysie générale, quelques éléments de la série tabétique. Le tabès reste, dans ce cas, très fruste dans ses manifestations cliniques, car, il y a, dit-on, une sorte de balancement entre les deux variétés de spécificité nerveuse. Chez notre malade, il existe aussi les signes humoraux de la paralysie générale. Le taux de l'albumine est augmenté : à 0 gr. 45. Il n'y a que deux éléments par mill. cubes, mais le benjoin est précipité dans les onze premiers tubes. La réaction de B. W. est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Ainsi, vous avez pu constater, ici, une paralysie générale très caractéristique par sa symptomatologie clinique et biologique. Emilie est encore jeune. Elle n'a aucune tare organique. Son cœur et son foie fonctionnent parfaitement. Nous allons pouvoir l'impaluder et peut-être, un jour, la reverrez-vous, ici-même, très améliorée par notre traitement.

II. — Un paralytique général en cours de traitement

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Marcel a été interné le 2 septembre 1940 parce qu'il était atteint d'une paralysie générale caractérisée par un affaiblissement intellectuel global accompagné de dysarthrie, d'hyper-réflectivité tendineuse et d'un signe d'Argyll-Robertson bilatéral. Les réactions spécifiques étaient positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

AU MALADE. — Vous souvenez-vous de ce qu'on vous a fait quand vous avez été hospitalisé ici ?

LE MALADE. — Très bien. On m'a impaludé.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Qu'avez-vous ressenti ?

LE MALADE. — J'ai eu de la fièvre, des frissons, des sueurs. Les sueurs, surtout, étaient désagréables.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Combien avez-vous eu d'accès ?

LE MALADE. — Une dizaine.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — C'est exact. Il a été impaludé le jour même de son entrée. Il a été deux jours sans fièvre. Puis, une petite fièvre d'invasion a précédé la période des accès véritables. Voyez cette courbe thermique tout à fait typique avec ses clochers aigus à plus de 40°. Nous avons ensuite arrêté cette fièvre en lui donnant, pendant quatre jours, chaque jour 1 gr. 50 de sulfate de quinine. Il a eu ensuite 21 injections d'un gramme de stovarsol sodique à raison de trois par semaine. Quel est le résultat obtenu ?

Marcel exprime constamment des préoccupations de nature hypocondriaque. Il se plaint d'une sensation de fourmillements dans le corps, de courants électriques qui le traversent. Il dit avoir des maux de tête, des digestions douloureuses, des palpitations, etc... Toutes ces plaintes, au sujet de sa santé, sont formulées avec un sourire discordant, qui indique que son étiage psychique n'est pas très élevé.

La dysarthrie a presque disparu. Le tremblement des doigts est très léger. Il a encore une très grosse inégalité pupillaire. Le signe d'Argyll Robertson est retrouvé des deux côtés. Il est probable qu'il persistera malgré l'amélioration clinique du trouble des facultés intellectuelles. Marcel a encore 0 gr. 40 d'albumine dans son liquide céphalo-rachidien. La réaction du benjoin montre une amélioration, mais le B. W. est encore positif. Il faut donc continuer le traitement et on peut encore espérer chez lui une amélioration notable de son état.

III. — Un paralytique général peu amélioré par le traitement

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Jean fut interné au mois de juillet, à la suite d'erreurs répétées faites dans son travail, qu'il accomplissait, jusque là, très correctement. Le diagnostic de paralysie générale était à cette époque facile à porter.

Ce malade était dysarthrique, euphorique et l'affaiblissement intellectuel était global. Il avait de l'inégalité pupillaire et les réflexes photomoteurs étaient abolis des deux côtés.

Il a été impaludé le 26 juillet, mais il n'a eu que trois accès fébriles importants. Après l'impa-

ludation, il lui a été injecté 21 grammes de stovarsol sodique. Voyons maintenant quels sont les résultats de ce traitement :

A LA FEMME DU MALADE. — Que fait-il dans la journée ?

LA FEMME DU MALADE. — Il fait le ménage, mais il le fait à son idée, c'est-à-dire que c'est plus ou moins bien fait. Il y a bien des choses dont il ne se souvient pas. Il se conduit un peu comme un enfant.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et pourtant son sens critique est amélioré, car il a donné des réponses satisfaisantes aux tests d'absurdité. L'examen physique montre toujours les mêmes signes oculaires qui n'ont pas varié depuis le premier examen. Ceci n'a pas grande importance pour le pronostic, et l'amélioration du syndrome mental peut se produire en dehors de toute modification des troubles pupillaires. Mais on trouve également, chez lui, des signes de la série tabétique ; il a des douleurs fulgurantes dans les cuisses, et les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Cette aréflexie tendineuse peut prêter à discussion chez les malades traités par les arsénicaux, par l'acétylarsan en particulier. A l'époque où la préparation de ce produit n'était pas encore parf.ite, on rencontrait quelquefois des polynévrites arsenicales thérapeutiques.

Je me rappelle avoir vu un malade chez lequel se trouvaient associées les deux séries de symptômes et il a suffi de supprimer le traitement pour obtenir une amélioration. Pour en revenir à ce malade, vous avez pu constater qu'il avait été amélioré par le traitement. Il persiste néanmoins un déficit intellectuel important. Mais son impaludation a été imparfaite, puisqu'il n'a eu que trois accès fébriles. De plus, les réactions spécifiques sont encore positives. Il y a donc lieu de continuer à le traiter. Il faut, à nouveau, l'impaluder, puis lui faire une nouvelle série de stovarsol.

IV. — Une paralytique générale guérie

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Anne-Marie a été internée le 24 septembre 1937 à la suite de troubles graves de son comportement. Elle faisait scandale, dans son immeuble, par son agitation, sa malpropreté, son tapage nocturne. L'examen, à son entrée, révélait un affaiblissement intellectuel global. Elle était dysarthrique, euphorique, et disait vouloir se marier avec un homme de 40 ans, qui l'emmènerait faire un voyage de noces en Italie. Les réactions spécifiques étaient gositives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Elle a été impaludée le 17 octobre 1937, et, depuis, on lui a fait plusieurs séries de stovarsol. Le cas d'Anne-Marie est intéressant, car il s'agit d'une forme conjugale. Elle est la victime physique de son mari.

A LA MALADE. — Savez-vous ce qu'avait votre mari ?

LA MALADE. — Il avait été aux colonies. Il buvait beaucoup. Il faisait des fugues, surtout au moment où il touchait sa pension. Puis, il a été interné, parce qu'il était atteint de paralysie générale.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'existence de ces formes conjugales, rencontrées quelquefois, a fait poser la question des qualités neurotropes particulières de certains tréponèmes pâles. A l'appui de cette hypothèse, on cite volontiers le cas rapporté par Morel-Lavallée, des trois internes, qui, « après avoir bu à la même source, sont devenus, tous trois paralytiques généraux ».

En fait, malgré ces observations curieuses, il ne semble pas qu'il soit possible, en général, de différencier les tréponèmes par la prédilection de leur localisation.

Et maintenant, quel est l'état mental de cette malade ?

A LA MALADE. — Que faites-vous, ici, dans la journée ?

LA MALADE. — Je m'occupe... Je travaille tout le temps... Je fais le ménage de MM. les internes.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Elle travaille très bien et rend de grands services par ses qualités d'ordre et de propreté. Elle sait même, au besoin, prendre des initiatives intelligentes. Sa mémoire fonctionne bien. La ponction lombaire mon.tre une amélioration progressive des réactions liquidiennes. C'est donc un succès incontestable et on peut parler, à son sujet, de guérison totale.

Néanmoins, le certificat d'internement, à l'entrée, signale un petit appoint éthylique surajouté et on peut se demander s'il n'y avait pas, à l'époque, un état confusionnel surajouté qui a fait croire à un affaiblissement plus important qu'il n'était. Quoiqu'il en soit, son état mental est maintenant parfait et c'est un très beau succès thérapeutique.

Pour conclure, il paraît, quant au pronostic possible, de distinguer les paralytiques généraux traités, en trois catégories :

1° Il y a des malades dont l'état mental est amélioré nettement, mais dont les troubles neurologiques et humoraux ont persisté. Il faut continuer le stovarsol jusqu'à la négativité des réactions humorales ;

2° D'autres fois, l'amélioration est plus ou moins nette, mais les réactions biologiques sont négativées. Il est alors inutile de continuer le traitement, avec lequel on ne pourra plus obtenir de progrès dans le domaine intellectuel ;

3° D'autres fois, enfin, les malades sont améliorés au moment où on leur fait la malariathérapie, puis, ils changent bientôt de catégorie psychique et de déments qu'ils étaient, deviennent, par exemple, des hallucinés chroniques.

INCIDENTS ET ACCIDENTS DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE

L'emploi des sulfamides ayant pris actuellement, en thérapeutique, une très grande extension, il nous paraît utile de rappeler quels sont les incidents et accidents, d'ailleurs aujourd'hui plus rares, signalés au cours de cette médication, quels sont les moyens de les prévenir autant que possible et de les traiter. Ces accidents ont été bien décrits par M. R. Fabre dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie* (1 et 16-3-1939).

Les accidents en question sont de deux ordres : les uns, précoces, constituent des manifestations d'*intolérance* ; les autres, tardifs, relèvent d'un processus d'*intoxication*. Les uns et les autres se rapprochent des troubles décrits sous le nom d'anilisme.

Les accidents précoces sont nombreux et multiformes. Ils se produisent peu de temps (12 à 36 heures) après le début du traitement et s'observent surtout avec les doses supérieures à 3 ou 4 grammes. En voici l'énumération : des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la céphalée, des vertiges, de la somnolence, de l'asthénie, de l'œdème de la face avec ou sans érythème, avec ou sans larmoiement, de la fièvre, des érythèmes, de l'irritation des muqueuses urinaires, de la cyanose, etc. Les plus communs sont les troubles digestifs, la céphalée, l'asthénie et la cyanose.

La cyanose a appelé plus spécialement l'attention, par sa fréquence, en particulier quand l'administration du médicament est massive ou prolongée, et par son aspect révélateur : teinte rosée, cyanosée des muqueuses (lèvres, conjonctives), des régions génitales, du derme sous-unguéal, plus rarement des téguments. L'aspect du malade est parfois très impressionnant.

On a beaucoup discuté sur l'origine de cette cyanose des sulfamides. Dans un récent article du *Journal de médecine de Bordeaux*, M. L. Servantié s'est efforcé d'en élucider l'étiologie.

Les cyanoses peuvent, d'une manière générale, dériver de trois causes principales : 1° l'anoxie (cyanose des dyspnéiques, des sujets en état d'asphyxie) ; 2° la production de pigments sanguins anormaux, de méthémoglobine, de sulfhémoglobine (cyanose pigmentaire) ; 3° la maladie de lumière (cyanose actinique). La cyanose vraie, anoxique, est rarement en cause dans l'aspect cyanotique observé après l'administration des sulfamides. La dyspnée est d'ailleurs rare en pareil cas. La cyanose par pigments sanguins anormaux a été considérée comme jouant ici un rôle beaucoup plus important. La troisième pathogénie, admettant la teinte cyanotique par maladie de lumière, interviendrait aussi, pour une part non négligeable, d'après M. Servantié.

De là découlent des déductions prophylactiques et thérapeutiques. La sulfhémoglobine résultant de la transformation de l'hémoglobine en présence d'éléments soufrés, on évitera, pendant le traitement sulfamidé, les purgatifs salins, la médication sulfatée. La cyanose vraie, anoxique, est justiciable de l'oxygénation qui est un test thérapeutique. L'efficacité de l'oxygénation caractérise l'origine anoxique. L'emploi de l'oxygène est, en fait, généralement sans action sur les cyanoses des sulfamides, qui, dans la règle, relèvent d'autres causes, d'une origine pigmentaire ou actinique.

Pour déceler et traiter une méthémoglobinémie, il suffit de faire absorber du bleu de méthylène au patient. Une injection de 150 milligrammes de bleu de méthylène peut faire disparaître en dix minutes environ une cyanose marquée méthémoglobinémique (Campbell). La prise par ingestion aurait le même effet avec une dose plus forte et dans un délai plus long.

L'acide nicotinique (20 milligr., trois fois par jour) a une action remarquable (Mac Ginty, Doughty) sur la cyanose des sulfamides et aussi sur les phénomènes toxiques.

Ces troubles morbides d'intolérance aux sulfamidés sont, d'ailleurs, passagers, et disparaissent dès la cessation du traitement. Ils ne semblent pas devoir être d'une réelle gravité. On arrêtera toutefois la médication, momentanément tout au moins, si les moyens indiqués ci-dessus (bleu, acide nicotinique, oxygène) restent inefficaces ou si les troubles sont accusés. Contre les incidents légers, donner de l'aspirine (céphalée), du bicarbonate de soude (nausées).

Quant aux accidents tardifs, d'intoxication (anémie, phénomènes nerveux, agranulocytose), ils sont plus rares, mais aussi plus importants. Le plus important est l'agranulocytose, se traduisant par une diminution des granulocytes sanguins. Les causes n'en sont pas parfaitement élucidées, mais sa constatation exige la cessation immédiate du traitement sulfamidé. Pour les traitements prolongés (au-delà de dix jours) et à doses fortes surtout, il apparaît dès lors nécessaire de faire, en cours de médication, des examens répétés de la formule sanguine.

Signalons les contre-indications générales des traitements sulfamidés : tare rénale, insuffisance hépatique, oligurie, anémie, hémophilie et hémogénie. Rappelons enfin, qu'il faut conseiller aux malades, pendant l'administration des sulfamides, le repos autant que possible, et se souvenir, pour ces médicaments, de la bien meilleure tolérance du sujet couché.

P. LACROIX

LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT PONDÉRAL ET STATURAL DEVANT L'ÉDUCATION PHYSIQUE (1)



Par M. Jacques Decourt,
Médecin des Hôpitaux de Paris

Les anomalies du développement pondéral et statural

C'est à l'examen clinique et morphologique qu'il faut s'en référer pour classer les anomalies du développement pondéral et statural, qui sont monnaie courante au cours de l'adolescence, et prennent, dans le contrôle médical de l'éducation physique, une importance de premier plan.

Sans entrer dans le détail des grands syndromes pathologiques qui seraient hors du cadre de notre sujet, je vais vous schématiser rapidement les différents types d'anomalies pondérales et staturales qui constituent moins des maladies que des *dysharmonies*, souvent d'ailleurs passagères, car elles représentent de simples dérogations aux lois normales de l'évolution somatique.

Sous un angle pratique, nous pouvons envisager successivement : les sujets trop petits, — les sujets trop grands — les gros et les maigres. Ces différentes anomalies peuvent d'ailleurs se combiner ; et l'interprétation clinique dépend précisément de la comparaison des trois éléments : taille poids et morphologie.

A. Hypotrophies staturales

1° Je ne parlerai pas des *nanismes par déformations osseuses*, qui constituent des contre-indications évidentes à la pratique de la culture physique, du moins en équipe :

— les uns par leur nature, comme le nanisme pottique ;

— les autres par l'aspect grotesque de leurs difformités, comme c'est le cas des achondroplasiques et des grands rachitiques, qui cependant ne sont pas dépourvus de vigueur physique ;

2° Je ne parlerai pas non plus des *hypotrophies staturales liées aux maladies graves de l'enfance* : lésions cardiaques congénitales, rétrécissement mitral, aplasie rénale, diabète sucré, colites graves, tuberculose pulmonaire, cirrhose cardio-tuberculeuse, etc... qui concernent des malades manifestement inaptes à l'éducation physique et aux sports.

3° Et je retiendrai surtout *les retards ou les arrêts du développement statural d'origine endocrinienne* :

a) Un premier type nous est fourni par l'*insuffisance thyroïdienne*. Il vous est trop familier pour que j'y insiste longuement, et je me contenterai de quelques remarques.

L'insuffisance thyroïdienne fait des sujets petits et retardés. Mais, sans parler même des formes graves, congénitales, incompatibles avec une activité physique normale, elle fait aussi de ces sujets des malades. Tel enfant par exemple, par sa taille et son développement général, paraît quatre ou cinq ans de moins que son âge réel ; mais il est en outre disproportionné : ses membres sont trop courts par rapport au tronc et à la tête (il est microskèle). Son poids est trop élevé pour sa taille. Je ne parle pas de l'infiltration des téguments, des modifications du système pileux, ni du retard de l'intelligence, éléments sur lesquels repose le diagnostic. Mais il ne faut pas oublier que la vie végétative de ces sujets est profondément troublée. Leur régulation thermique, cardiaque et circulatoire est particulièrement déficiente, et de tels sujets ne doivent même pas être soumis aux activités physiques des sujets plus jeunes, dont ils ont la taille. Il faut éviter particulièrement de les exposer au froid, contre lequel ils ne réagiront pas normalement, et de les soumettre à des exercices fatigants pour leur cœur.

Il va sans dire qu'un traitement bien conduit peut les ramener au niveau des sujets plus jeunes, dont ils ont la taille.

b) A ce type s'oppose le *nanisme ou l'infantilisme type hypophysaire*. J'entends ici les formes pures, sans obésité, et sans signes de tumeur cérébrale. Il s'agit de sujets bien proportionnés ; mais qui ont l'aspect d'enfants beaucoup plus jeunes que leur âge. S'ils avaient trois ou quatre ans de moins que ne l'indique leur état civil, ils pourraient être considérés comme normaux. En ce qui concerne leur éducation physique, il y a donc lieu de les classer dans le groupe des sujets plus jeunes dont ils ont l'aspect, et ils pourront se livrer aux mêmes activités qu'eux.

Cette notion de l'âge physiologique, opposé à l'âge légal, est d'une importance capitale

(1) Conférence faite le 26 février 1941 à l'Institut d'Education physique, recueillie par M. Maurice Audry, interne des hôpitaux de Paris, et revue par l'auteur.

Voir la première partie de cette conférence in *Concours Médical*, n° 15 du 13 avril 1941.

❖❖❖

pour le médecin contrôleur de l'éducation physique.

Mais, bien entendu, ces sujets devront être préalablement soumis à un examen neurologique complet, car certains d'entre eux présenteront des signes de tumeur hypophysaire ou juxtahypophysaire, et devront être confiés au médecin seul, et non à l'éducateur. D'autres sont des hérédo-syphilitiques qu'il conviendra de traiter tout en les laissant se livrer aux activités physiques appropriées à leur aspect morphologique.

4° A côté des types précédents, il faut placer l'*hypotrophie simple*, groupée autrefois dans le cadre de l'*infantilisme du type Lorain*.

Ce cadre comportait des sujets bien proportionnés et seulement en retard dans leur développement général. Ceux-ci doivent être assimilés aux cas précédents.

Mais on y range encore des sujets non seulement retardés mais malingres et souvent dystrophiques, à poids insuffisant pour leur taille, à musculature grêle, et pouvant présenter les différents troubles classés dans le cadre du rachitisme tardif. Ces sujets sont, sinon des malades vrais, du moins des tarés, soit par hérédité syphilitique ou alcoolique, soit à la suite de maladies graves de l'enfance, soit par le fait de la misère et de la sous-alimentation. On ne doit pas leur refuser les bienfaits éventuels de l'éducation physique, en les classant bien entendu parmi des sujets plus jeunes, *de même poids* (et non pas de même taille); mais un contrôle attentif devra s'exercer sur eux, en s'assurant d'autre part qu'ils reçoivent une alimentation suffisante et les soins médicaux appropriés à leurs tares particulières.

5° Restent enfin les faits de *nanisme essentiel* (microsomie essentielle hérédo-familiale de E. Lévi).

Il s'agit de sujets qui, dans leurs formes et leur développement somatique et sexuel, seraient rigoureusement normaux, n'était leur petite taille. Ils sont petits, souvent très petits, véritablement nains, mais, à l'échelle près, ce sont des individus sains.

Leurs performances ne seront pas brillantes ; mais on peut leur permettre toutes les activités physiques dont ils se montrent capables. Au royaume de Liliput, ils pourraient faire des champions.

Ce type de nanisme est habituellement héréditaire et familial. On retrouve généralement dans les antécédents des cas semblables.

B. Hypertrophies staturales

Au nanisme essentiel familial s'oppose :

1° *L'hypertrophie staturale simple*, dont la signification est de même ordre.

J'observe actuellement un adolescent de 16 ans qui mesure 1 m. 93. Il ne se plaint de rien. Sa famille s'inquiétait seulement de cet excès de taille. Et je l'ai rassurée, car il s'agit d'un sujet parfaitement proportionné. Son poids est en rapport avec sa taille. Les différentes parties du corps ont les proportions normales à cet âge. La musculature est très développée, ainsi que les caractères sexuels secondaires. La puberté a été plutôt précoce, et l'intelligence est normale. La seule anomalie est une tendance très discrète au *genu valgum*. Il n'existe aucun signe de tumeur hypophysaire.

Ayant fait ces constatations, j'ai tout de suite affirmé qu'il s'agissait d'une hypertrophie staturale simple, constitutionnelle, probablement héréditaire et familiale. Et j'ai appris, en effet, que ce jeune homme avait un oncle et un grand père dont la taille dépassait deux mètres, et qui, par ailleurs, se portaient parfaitement bien.

De tels sujets peuvent donc être considérés comme normaux, supernormaux si l'on peut dire. Ils sont aptes à toute activité physique, à tous sports ; mais il convient de ne pas tabler sur leur vigueur apparente pour tenter d'obtenir d'eux des performances particulières. Il faut tenir compte de leur âge, et ne rien leur demander de plus qu'aux sujets normaux de même âge.

2° *Gigantisme vrai.* — Tout autre est le gigantisme vrai qui est une maladie, et une maladie grave, même quand il n'existe pas de signes évidents de tumeur hypophysaire.

Les géants, vous le savez, sont dysharmoniques. Plus grands que les autres, ils continuent à grandir encore bien au-delà de l'âge normal parce que la soudure des cartilages de conjugaison est retardée. Il en résulte un allongement excessif des membres, surtout aux extrémités, d'où l'aspect macroskèle. Le défaut de développement proportionnel des ligaments et des muscles entraîne tôt ou tard des déformations : cyphose ou cypho-scoliose, *genu valgum*, pieds plats, etc... Le retard de la puberté ajoute encore à l'excès de croissance et à la tendance macroskèle. L'intelligence est souvent déficiente. Si le sujet arrive à l'âge adulte, son gigantisme se complique souvent d'acromégalie.

Il s'agit là de malades que l'on doit délibérément écarter de l'éducation physique.

Mais ce gigantisme-maladie ne doit pas être confondu avec :

3° *L'hypertrophie staturale pubertaire*, répondant au type bien décrit par Hutinel, sous le nom de « dystrophie des adolescents ».

C'est, si l'on veut, un gigantisme, mais passager, et de pronostic assez favorable, car il n'évolue plus après l'âge de la nubilité, et même souvent de la puberté. C'est, en somme, l'exagéra-

tion pathologique de la poussée normale de croissance prépubertaire.

Vers la treizième année, tel garçon se met à grandir démesurément, gagnant jusqu'à 16 ans, 10 à 12 centimètres par an, au lieu de 5 à 6.

Le poids ne s'accroît pas proportionnellement si bien que le sujet devient maigre. Il offre la caricature de la morphologie des adolescents au moment de la puberté : les membres sont démesurément longs ; le torse est court, grêle, étriqué, le thorax étroit.

Comme chez le vrai géant, des dystrophies résultent souvent de cet allongement excessif du squelette : cyphose ou cypho-scoliose, *genu valgum*, pied plat, coxa vara, etc...

Les organes viscéraux eux-mêmes présentent des signes de souffrance. On note de l'acrocyanose avec refroidissement des extrémités, du livedo, des engelures. Les sujets s'essoufflent facilement, se plaignent de palpitations ; ils présentent cette fausse hypertrophie cardiaque de croissance, qui n'est que la gêne apportée au cœur par un thorax trop étroit et une mauvaise régulation neuro-végétative.

Il peut exister des troubles dyspeptiques, de la ptose gastrique, de l'albuminurie orthostatique, des céphalées, une inaptitude au travail intellectuel.

La puberté est souvent retardée, et j'estime qu'il y a là une indication aux injections d'hormone sexuelle, qui peuvent apporter un frein à l'excès de croissance.

Car, généralement, la puberté achevée, la croissance reprend une rythme normal ; la poussée de gigantisme a été passagère et n'aboutit pas au gigantisme vrai.

Il faut savoir d'ailleurs que le syndrome, avec ses caractéristiques évolutives et morphologiques, peut s'observer chez des sujets dont la taille n'est pas très notablement élevée, mais qui sont, si j'ose dire, trop grands pour eux-mêmes. De taille moyenne ou petite par hérédité, ils grandissent trop pour leur constitution propre.

De tels sujets doivent naturellement être ménagés ; mais il ne convient pas de les priver de l'éducation physique, qui peut leur rendre au contraire les plus grands services.

Des contre-indications viennent de leur mauvaise adaptation circulatoire et de leurs dystrophies ostéo-ligamentaires. Elles vous sont exposées en détails dans d'autres conférences.

J'insiste par contre sur l'utilité, pour ces sujets, de la vie au grand air et à la lumière, des exercices respiratoires, et des méthodes spécialement rééducatives destinées à combattre les effets de la dysharmonie ostéo-musculo-ligamentaire.

4° Quant aux faits de *macro-génitosomie précoce*, liés au développement d'une tumeur épiphysaire ou d'une lésion juxta-épiphysaire, ils sont de constatation trop rare, et d'ordre trop nettement pathologique pour nous retenir ici.

C. Obésités

L'excès de développement pondéral comporte aussi des variétés nombreuses, qui n'ont pas toutes, vis-à-vis de l'éducation physique et des sports, les mêmes conséquences.

Ne pouvant entrer dans le détail des faits, qui comportent d'ailleurs beaucoup d'obscurités, je me contenterai de schématiser les types suivants :

Comme pour les troubles du développement statural, il y a lieu d'envisager d'abord une :

1° *Obésité simple* ou *constitutionnelle*, généralement *familiale*.

Elle peut s'associer à une hypertrophie staturale, et représenter, aux yeux d'un public mal averti, l'indice d'une santé exubérante. C'est le type de Gargantua.

Ces sujets sont gros de partout. La face, le cou, la partie supérieure du thorax et les membres sont gras, au même titre que l'abdomen et les fesses. Les muscles, les os eux-mêmes sont souvent gros, la peau épaisse.

Les longueurs des différents segments du corps sont assez bien proportionnées. L'évolution pubertaire se fait normalement, quelquefois même d'une façon précoce.

Ces sujets sont actifs, ont le visage coloré ; leur résistance physique est bonne. Ce sont généralement de gros mangeurs, et leur obésité peut céder partiellement au régime. Toutes les activités physiques leur sont favorables, à condition d'être adaptées à leur âge, et non à leur taille et à leur poids. Le seul inconvénient qu'on pourrait leur reconnaître, c'est qu'elles exagèrent généralement un appétit déjà excessif, et que l'exercice que l'on recommande à ces sujets pour les faire maigrir, les fait souvent engraisser s'ils ne modèrent pas en même temps leur régime alimentaire.

Il faut songer aussi que, même chez les jeunes, le cœur de ces sujets doit être ménagé, et qu'ils sont candidats à l'hypertension artérielle.

2° *Obésités dites endocriniennes.*

Tout autre est l'aspect des obésités dites endocriniennes :

a) Je ne reviendrai pas sur l'excès de poids de l'*insuffisance thyroïdienne* qui tient moins à la graisse qu'à l'infiltration mucoïde, et qui ne prend quelque importance que dans le myxœdème caractérisé, dont j'ai déjà parlé.

b) Le type le plus intéressant est le *syndrome adiposo-génital* de Babinski-Fröhlich. Je n'insiste pas sur ses formes graves, associées parfois

à des signes de tumeur cérébrale, notamment à une tumeur de la poche de Rathke, qui intéressent plus le pathologiste que l'hygiéniste. Mais, comme pour les hypertrophies staturales, on observe ici des formes atténuées, liées à de simples anomalies du développement pubertaire et d'un pronostic favorable ;

c) Ces *dystrophies adiposo-hypogénitales de la puberté* sont très fréquentes. Elles représentent une forme transitoire et bénigne du syndrome de Babinski-Fröhlich, dont elles offrent les caractéristiques morphologiques essentielles.

Dès la deuxième enfance, on voit le poids s'élever notablement au-dessus de la valeur correspondant à la taille ; mais, c'est à la période prépubertaire, entre la dixième et la douzième année chez les fillettes, entre la onzième et la treizième chez le garçon, que l'obésité s'accuse franchement, ne faisant en somme qu'exagérer un phénomène physiologique à cet âge.

L'excès de graisse affecte surtout le tronc, les régions mammaires, l'abdomen et le bassin, ainsi que la racine des membres, tandis que la face, le cou, les extrémités sont relativement respectées.

La taille est tantôt petite, tantôt normale, tantôt même excessive.

Si ces sujets ne sont pas positivement des malades, ils présentent pourtant certaines déficiences qui nous intéressent particulièrement :

Il faut insister sur l'hyperlaxité ligamentaire, qui prédispose aux déformations ostéo-articulaires : le *genu valgum* est de règle. La fragilité du tissu élastique peut se traduire par l'apparition de vergetures.

La circulation périphérique est généralement déficiente, comme l'attestent la microsphygmie, l'acrocyanose, le refroidissement des extrémités.

La puberté se fait parfois à la date normale ; on peut voir alors la surcharge graisseuse subir une certaine atténuation ou même disparaître à peu près complètement. Mais, plus souvent, la puberté est retardée, et les caractères sexuels secondaires peuvent demeurer imparfaits. C'est alors que l'on peut voir l'obésité prendre définitivement un caractère franchement pathologique.

Le régime, les exercices physiques ne l'atténuent que faiblement.

A ces sujets, d'ailleurs généralement assez apathiques, ne conviennent que les exercices modérés ne surmenant pas leurs fonctions circulatoires et ne risquant pas de traumatiser leurs articulations déficientes.

Par contre, ces sujets font parfois des nageurs corrects, grâce au principe d'Archimède, qui les délivre d'une partie de leur poids, sans les rendre toutefois capables de grandes performances ;

d) A l'opposé se placent les *syndromes adiposo-hypergénitaux* que je ne puis que signaler.

Dans ce cadre rentrent certains faits de *macrogénitosomie précoce*, d'origine épiphysaire ou juxtaépiphysaire, auxquels j'ai déjà fait allusion.

On peut y rattacher aussi le syndrome *génito-surrénal* type Apert, qui se traduit dans le sexe féminin par une obésité diffuse, avec virilisme pilaire et masculinisation, et le *syndrome de Cushing* dont l'aspect est assez voisin. Dans leurs formes atténuées qui sont fréquentes, ces syndromes sont compatibles avec une activité physique proportionnée à l'âge des sujets.

D. Maigreurs

Je classe ici les faits disparates, où le poids se montre manifestement insuffisant par rapport à la taille :

1° Je laisse naturellement de côté les *maigreurs symptomatiques* d'affections cachectisantes, telles que les entéro-colites graves, le diabète, ou la tuberculose pulmonaire, ainsi que les maigreurs par insuffisance alimentaire ;

2° Je ne puis que rappeler également les *maigreurs relatives* des sujets atteints d'hypertrophie staturale pubertaire, dont j'ai déjà parlé ;

3° Les *maigreurs endocriniennes* de la *maladie de Basedow* ou de la *cachexie hypophysaire de Cushing* sont trop nettement d'ordre pathologique pour nous retenir ici ;

4° Je m'arrêterai davantage aux *maigreurs constitutionnelles*, qui offrent généralement un caractère familial, et comportent, selon les cas, une signification différente ;

a) Les unes sont compatibles avec une *vigueur physique* satisfaisante. Les sujets sont grands et secs, sans graisse. Leurs muscles sont peu volumineux, mais fermes et puissants ; leurs articulations sont solides et résistantes. Les fonctions organiques sont excellentes. A ce type appartiennent nombre d'excellents sportifs, coureurs ou sauteurs notamment ;

b) D'autres au contraire sont des *longilignes avec insuffisance musculaire et hypotonie ligamentaire*, prédisposés aux troubles neuro-végétatifs, aux ptoses, aux hernies, au varicocèle, aux varices, aux scolioses, aux pieds plats. Ils se présentent le dos voûté, les épaules tombantes, le ventre saillant. Des exercices méthodiques, appartenant moins aux méthodes usuelles d'éducation physique qu'à la rééducation musculaire, sont appelés à leur rendre les plus grands services, et prennent la valeur d'une véritable méthode thérapeutique, qui doit savoir s'adapter à chaque cas particulier.

A PROPOS D'UNE PNEUMONIE TUBERCULEUSE SPONTANÉMENT GUÉRIE

D'après P. Ameuille (1)

Les faits d'observation clinique

Une jeune femme de 18 ans fait une élévation thermique entre 38° et 39°. Pas de diagnostic précis durant quinze jours ; puis, expectoration d'une gorgée de sang pur, découverte de crachats bacillifères en même temps que d'une submatité thoracique postérieure, très accentuée à la base droite ; vibrations thoraciques difficilement perçues à ce niveau, mais absence de liquide pleural à plusieurs ponctions exploratrices. Un cliché radiographique montre une opacité compacte de la base de l'hémithorax droit, allant des côtes au médiastin.

En possession de ces données, on pose le diagnostic de pneumonie tuberculeuse, d'autant plus facilement que le taux de la température reste assez modéré et que la malade a conservé un certain degré d'embonpoint, de l'appétit, de la fraîcheur, du teint, de la vivacité du regard ; on hésite, d'autre part, à créer sur cette tuberculose pulmonaire unilatérale un pneumo-thorax artificiel. D'ailleurs, la température va s'abaisser tout doucement vers 38° ; la toux et les crachats se raréfient ; l'opacité diffuse de la base s'est éclaircie. Sept mois plus tard, la malade paraît absolument normale et bientôt, nouveau test de guérison, débute une grossesse, qui est menée à terme avec des suites favorables pour la jeune mère.

Pourquoi « pneumonie tuberculeuse », et non « pneumonie caséeuse »

Il y a une cinquantaine d'années, on aurait dit « *pneumonie caséeuse* », parce qu'on connaissait exclusivement les formes les plus graves, qui succombent en quelques semaines, et à l'autopsie desquelles on trouvait une lésion pulmonaire massive, homogène, étendue comme celle de la pneumonie à pneumocoques, mais ayant subi dans tout ou partie de son étendue la nécrose caséeuse.

Cependant *ces formes ne représentent qu'une partie des pneumonies tuberculeuses* ; elles correspondent à la lésion nodulaire, fréquemment présentée en foyers multiples, qui est le *tubercule*. A côté de ces formes caséeuses, existent celles de l'*infiltration tuberculeuse*, c'est-à-dire d'une lésion homogène, diffuse et étendue : notamment la pneumonie tuberculeuse.

Le siège de cette dernière est variable : ou bien il est dans les lobes supérieurs, lorsque la lésion initiale avait atteint cette région, ou bien il peut être en n'importe quelle zône du poumon, lorsque la première manifestation de l'infection tuberculeuse a été la lésion pneumo-ganglionnaire, lorsque les lésions du complexe primaire siègent n'importe où dans le poumon.

La lésion pneumo-ganglionnaire, qui précède les lésions dites post-primaires, peut nous être accessible cliniquement, quand nous avons occasion de surveiller le virage de la cuti-réaction, ou quand des manifestations bruyantes (érythème noueux, poussée fébrile prolongée), nous amènent à en faire la recherche radiologique. Peu de temps après ce complexe primaire, et très différente de la tuberculose du type adulte (à début apical ou sous-apical, à excavation rapide) on observe parfois des accidents comme la spléno-pneumonie *curable*, qu'on peut donc appeler accidents post-primaires.

Dans le cas étudié ici, chez cette femme encore très jeune, qui sort tout juste d'une vie de famille très abritée, on a des raisons de penser que la primo-infection était toute récente, d'autant plus que sur tous les clichés, on trouvait d'évidentes adénopathies médiastinales, qui sont l'apanage à peu près exclusif de la tuberculose primaire. La « pneumonie tuberculeuse » de cette malade serait donc un accident non pas primaire, mais superposé au complexe primaire, une épituberculose, une spléno-pneumonie tuberculeuse curable.

Destinée de la pneumonie tuberculeuse

Du temps où l'on identifiait pneumonie tuberculeuse et pneumonie caséeuse, la maladie avait l'évolution fatale d'une pneumonie grave et très prolongée. Elle tuait le malade, par l'intensité de l'infection, en six ou dix semaines, au lieu d'agir en six à neuf jours comme une pneumococcie banale. Sans doute, il existe beaucoup de tels cas ; mais la multiplication des examens radio-

(1) *La Presse médicale*, 16 novembre 1940.



logiques dans les poussées tuberculeuses aiguës du poumon nous a appris à en connaître bien d'autres.

Elle nous a montré qu'un assez grand nombre d'infiltrations tuberculeuses disparaissent complètement sans laisser de traces, non seulement dans l'enfance, mais aussi chez l'adulte. C'est surtout chez celui-ci que l'avenir de l'infiltration tuberculeuse à type pneumonique est le plus varié. Elle peut disparaître complètement et disparaître partiellement, se nécroser complètement ou partiellement, et l'association des processus de résolution, de nécrose avec excavation, comme aussi d'infiltration durable s'organisant en sclérose massive, peut produire les combinaisons les plus variées.

Le pronostic de cette forme d'infiltration tuberculeuse est généralement un des meilleurs qui soient. Aussi ne faut-il pas trop précipiter les gestes thérapeutiques.

Dans le cas, qui nous intéresse aujourd'hui, un pneumothorax n'a pas été créé d'emblée, on espérait une résorption spontanée et le pneumothorax thérapeutique, si efficace sur les lésions cavitaires, l'est infiniment moins sur les lésions purement infiltrées.

Le repos imposé à la malade a été méthodique et complet pendant six mois, on l'a progressivement relâché. Au bout d'un an, elle reprenait une vie normale. On a vu, sans inquiétude grave, s'installer une grossesse qu'on aurait tout de même préféré plus tardive.

G. FISCHER.

L'EFFICACITÉ DU « POUMON D'ACIER » DANS LA PARALYSIE RESPIRATOIRE SUITE D'UNE POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

D'après MM. Noël FIESSINGER, J. FAUVET et J. NICK (1)

Au cours de la poliomyélite antérieure aiguë, une forme évolutive très redoutée est la forme ascendante, réalisant un syndrome de Landry. L'extension aux racines du phrénique et l'atteinte bulbaire amènent, en effet, une paralysie respiratoire, qui entraîne la mort par asphyxie progressive. Cependant, la respiration artificielle peut maintenir la vie du malade et permettre d'attendre la régression des paralysies.

Les appareils, dits « poumons d'acier » assurent dans les meilleures conditions cette respiration artificielle (ou mieux : mécaniquement entretenue) ; ils ne sont rien d'autre qu'un spirophore de Woillez mû électriquement.

Dans un cas récemment observé, cette méthode a contribué à la guérison complète, puisque la maladie n'a laissé aucun déficit musculaire. Une paralysie respiratoire progressive avait, pendant un certain temps, dominé le tableau clinique et assombri considérablement le pronostic vital. D'apparition relativement tardive (cinq jours après la paralysie phénique), elle a duré 17 jours, soit bien après la guérison des paralysies.

La malade a présenté une dyspnée vive, angoissante. Ne respirant plus que par les muscles cervico-thoraciques indépendants de l'automatisme respiratoire, elle ne pouvait plus dormir. Cette paralysie aurait entraîné la mort, s'il n'avait été possible d'entretenir mécaniquement la respiration.

Une telle paralysie transitoire constitue l'indication majeure du poumon d'acier. Les médecins américains et australiens ont réuni un nombre impressionnant d'observations : Branly, 63 malades ; Bergman, 15 malades. Les faits publiés sont beaucoup plus rares en France, mais vont sans doute se multiplier, étant donné le nombre croissant d'appareils répartis dans les hôpitaux.

Le premier effet du poumon d'acier a été le retour du sommeil chez la malade en question, qui se trouvait enfin délivrée du souci angoissant d'assurer tant bien que mal sa respiration déficiente. L'adaptation au rythme de l'appareil (24 à 28) a été rapide, alors que le rythme respiratoire était de 44. La toux et l'expectoration ont été facilitées. Dès le début, on a pu ne faire fonctionner l'appareil que de façon discontinue (une heure sur deux), en se tenant prêt à le remettre en marche, dès que la cyanose et la gêne respiratoire s'accentuaient. Cette respiration forcée, qui donne dans le cylindre des différences de pression de 18 à 20 centimètres d'eau, est un peu pénible au niveau des muscles abdominaux. L'appareil impose son rythme à la malade, qui ne peut parler et tousser que pendant l'expiration. Mais ses légers inconvénients s'effacent devant le bien-être apporté par la respiration forcée.

G. F.

(1) *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 21 janvier 1941.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Fréquence et importance du parasitisme intestinal au cours de la première enfance

Le Professeur COUTELEN étudie sa place dans la médecine préventive ; il base son travail sur les résultats statistiques de 1.487 examens coprologiques complets, pratiqués avec une technique rigoureuse, chez 649 enfants de 2 à 6 ans, fréquentant des écoles maternelles.

Il en résulte que, beaucoup plus nombreux que les malades, sont les porteurs sains de parasites intestinaux ; du point de vue de l'hygiène préventive, ce sont eux qui assurent, dans la plupart des cas, la transmission des affections parasitaires dans les collectivités humaines.

Il convient donc de les dépister systématiquement pour les traiter et préserver ainsi leur entourage. D'autre part, ce parasitisme latent et ignoré peut déterminer des périodes de troubles gastro-intestinaux à répétition, avec ou sans phénomènes nerveux concomitants, dont le diagnostic étiologique n'est pas fait le plus souvent.

De ces considérations découle la nécessité, pour le médecin praticien, de penser plus souvent aux parasitoses intestinales latentes, même chez les tout jeunes enfants, et, pour le médecin hygiéniste, l'utilité d'effectuer des examens coprologiques systématiques dans ses services techniques d'hygiène préventive. (*La Presse médicale*, 11 janvier 1941).

Douglassite et douglassopathies dans leurs rapports avec les crises d'asthme

On sait déjà qu'à côté des crises asthmatiques déterminées par des troubles de sécrétions hormonales (comme le démontre une thérapeutique modificatrice de celles-ci), il peut en exister qui soient en connexion avec des perturbations ovariennes (hyper ou hypo-ovarie).

A ces différentes causes, le Professeur R. CONDAMIN en ajoute une autre, qu'il a observée trois ou quatre fois : l'épine irritative partait non d'une perturbation des sécrétions hormonales de l'ovaire, mais d'une simple pression sur les multiples filets nerveux des plexus hypogastriques inférieurs, ou peut-être d'autres filets nerveux du voisinage, sans que ceux-ci aient une relation directe certaine ou même probable avec l'ovaire. En pareil cas, plus fréquemment qu'on ne le croit, on pouvait invoquer une douglassite, consécutive à une affection inflammatoire de la cavité abdominale, n'ayant aucune relation avec les organes sexuels féminins, indemnes de toute altération pathologique : appendicite, cholécystite ; cette éventualité serait notée surtout quand le chirurgien n'intervient pas, ou quand il n'intervient que tardivement. (*Lyon médical*, 24 novembre 1940).

Les risques de la hernie chez un ascitique

Cette question est étudiée par MM. LOEPER, LEDOUX-LEBARD et MANDE. Chez les cirrhotiques, l'ombilic de l'abdomen, distendu par l'ascite, est fréquemment repoussé en avant, à tel point que son déplissement est un signe précoce de l'ascite ; à un degré de plus, il s'évagine en doigt de gant. Les hernies ne sont pas exceptionnelles sur cette paroi distendue : hernie ombilicale proprement dite, ou hernie de la ligne blanche siégeant au-dessus de l'ombilic, qui est remplacée par une éventration véritable chez les malades déjà opérés.

La fréquence des hernies semble relativement grande chez les cirrhotiques, dont la paroi est déjà déficiente et amaigrie, et chez qui la stase sanguine et les altérations vasculaires facilitent les troubles trophiques.

La coexistence de la hernie avec l'ascite expose la malade à un certain nombre de dangers. Ceux-ci sont de deux ordres :

La hernie se rompt à l'ombilic ou dans la région para-ombilicale ; elle s'étrangle par la eule poussée du liquide ou par le volvulus des anses qui y sont contenues, peut être à la faveur d'adhérences déjà développés.

L'imminence de la perforation s'annonce par des lésions cutanées, des excoriations , des ulcérations. Elle peut être prévenue par des soins et des précautions : il faut réduire le volume de l'abdomen et évacuer fréquemment le liquide.

Lorsque l'apparition d'ulcérations ou l'amincissement extrême de la peau feront craindre la rupture, on devra supprimer toute cause mécanique de frottement, panser avec soin l'abdomen. Enfin, en présence du danger que constitue la coexistence de l'ascite et de la hernie, il faut opérer celle-ci préventivement ; cette mesure a permis, dans certains cas, d'éviter l'accident grave de la rupture et même d'améliorer l'ascite. Quant à la rupture, elle justifie évidemment l'abstention opératoire, mais elle nécessite la position de décubitus latéral et l'évacuation aussi complète que possible et immédiate de l'ascite ; ainsi pourra se réaliser l'application parfaite d'un pansement protecteur, stérile et épais.

(*Le Progrès médical*, 4 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Nécessité d'une organisation prophylactique et thérapeutique contre les intoxications par l'oxyde de carbone

(M. Ch. Flandin ; présentation par M. Achard ; 4-2-1941)

La multiplication, constatée cet hiver, des intoxications par l'oxyde de carbone et le gaz d'éclairage tient à diverses causes (Kling) : l'extension du chauffage par le gaz, le taux élevé de C O dans le gaz d'éclairage à Paris (20 p. 100 au lieu de 7 p. 100) qui rend le gaz plus toxique et plus insidieux parce que moins odorant ; l'utilisation d'appareils défectueux ; les variations de pression dans les canalisations, variations qui peuvent amener l'extinction d'une flamme suivie de fuite de gaz, fuite insuffisamment signalée par un gaz presque inodore ; les appareils de chauffage en mauvais état de fonctionnement ; le calfeutrement des pièces pour éviter les pertes de chaleur ; les cheminées non utilisées antérieurement et tirant mal ou fissurées.

A côté de l'intoxication aiguë par C O, peuvent exister des cas d'intoxication légère, chronique, caractérisés par de la céphalée, des troubles visuels, de l'inappétence, des troubles gastro-intestinaux, des vertiges, des paresthésies, de la lourdeur des membres inférieurs, de la maladresse des mains et surtout de la fatigue progressive avec inaptitude au travail physique et intellectuel.

De la connaissance de ces faits s'ensuivent une série de mesures de prophylaxie : surveillance des appareils, des conduites, des raccords de gaz ; accroissement si possible de l'odeur révélatrice du gaz ; ventilation des locaux ; vérification du tirage des cheminées, recherche des fissures.

L'intoxication oxycarbonée aiguë commande un traitement d'urgence par le carbogène, puis l'oxygène pur. Son pronostic dépend de la précocité, de l'intensité et de la durée de ce traitement. M. Léon Binet a signalé l'effet favorable sur l'ampliation respiratoire des injections d'éphédrine. On sait les inconvénients de l'alcool et l'avantage de la diète chez de tels malades. La nécessité de l'inhalation d'oxygène pur, toutefois, est le point essentiel et vital.

Il apparaît utile de créer dans chaque quartier une permanence d'oxygénothérapie dotée d'équipes mobiles pour porter les soins à domicile en attendant le transport à l'hôpital. Les hôpitaux eux-mêmes devraient avoir des services organisés, suivant le modèle du centre d'oxygénothérapie de M. Léon Binet à Necker. L'oxygénothérapie est désirable également dans la voiture d'ambulance transportant l'intoxiqué à l'hôpital.

L'utilisation des colorants minéraux dérivés de la houille pour la coloration des boissons gazeuses, sirops et limonades

(M. L. Tanon ; 11-2-1941)

M. Tanon présente un rapport concernant une demande du Syndicat des fabricants de boissons gazeuses, faite en vue d'obtenir l'autorisation d'utiliser, pour la coloration des sirops et limonades, des colorants minéraux dérivés de la houille (jaune naphtol, bleu patenté, coccine nouvelle). Ces produits sont déjà autorisés, à doses déterminées, pour la coloration des bonbons et pâtisseries. Le syndicat fait remarquer que la cochenille, seule admise pour teinter les boissons gazeuses, est actuellement des plus rares.

M. Tanon note, que dans tous les pays, ces additions de colorants à des taux très faibles sont tolérées. Il en résulte pour le commerce français une concurrence désavantageuse. Il semble, à son avis, que l'Académie pourrait peut-être se départir de sa rigueur, surtout à l'époque actuelle, et accepter ces additions à des doses minimes. La question de toxicité ne paraît pas pouvoir être invoquée : les quantités à autoriser sont très inférieures à celles quelquefois données à titre thérapeutique (bleu de méthylène, violet de gentiane).

— M. Martel demande à l'Académie de formuler son avis sans se préoccuper des contingences économiques. M. Martel s'est toujours opposé aux additions de substances chimiques, quelles qu'elles soient, aux produits alimentaires.

— M. Roussy apporte un argument nouveau sur cette question des colorants chimiques en matière alimentaire. En plus de leur toxicité, dit-il, certains colorants (ceux notamment dérivés de l'aniline) semblent posséder, à longue échéance, un pouvoir cancérigène. Un rapport sur cette question a été présenté en 1939 par M. Reding, aux « Journées de cancérologie » de Liége.

Le rapport de M. Tanon est, en conclusion, envoyé à la Commission. MM. Martel et Roussy y sont adjoints.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

A propos des formes graves mais curables de l'intoxication par l'apiol

(MM. E. CHABROL, J. JOANNY et Cl. LAROCHE ; 6-12-1940)

Les auteurs ont observé une forme grave d'intoxication par l'apiol, qui, malgré une azotémie de 6 grammes au litre, s'est terminée par la guérison. Cette femme, dans le but de provoquer un avortement, avait absorbé pendant huit jours, matin et soir, un cachet renfermant de l'apiol ; il s'en suivit une hépato-néphrite, avec ictère, anurie et vomissements.

En général, les hépatonéphrites de l'apiol sont rares ; mais ici il faut invoquer le terrain : la malade présentait depuis fort longtemps une débilité rénale, caractérisée par des crises d'albuminurie, avec dysurie, douleurs lombaires, céphalées. Il faut signaler, chez elle, l'importance des troubles digestifs dans le tableau de l'urémie ; les vomissements quotidiens durant trois semaines, une stomatite ulcéro-membraneuse firent contraste avec l'absence complète de dyspnée et d'angoisse, de céphalée, de somnolence, d'accidents convulsifs. On notait cependant un signe de Trousseau et un signe de Chvostek, dont la coïncidence est assez fréquente au cours de l'intoxication par l'apiol ; par contre, on relevait l'absence de modifications des réflexes tendineux ou cutanés, permettant de songer à la polynévrite, dont cet empoisonnement est coutumier.

D'autre part, l'azotémie de cette malade se maintint durant vingt jours entre 5 et 6 grammes alors qu'elle ne recevait comme aliment que des injections sous-cutanées de sérum glucosé à 40 p. 1.000 ; et cependant, pendant cette période, celle-ci ne cessa d'uriner 1.000 à 1.500 grammes de liquide, ayant une concentration de 15 grammes d'urée au litre. On peut s'étonner qu'avec le correctif d'une semblable diurèse, cette femme n'ait pu se libérer plus facilement de son azotémie. Il y a lieu de penser que cette dernière dépendait en grande part d'une uréogénie exagérée, dont on pouvait trouver l'origine dans une fonte musculaire rapide et un amaigrissement d'une quinzaine de kilos. La disparition de la rétention azotée fut, de son côté, fort curieuse car, loin de se traduire par une débâcle uréique, elle se manifesta brusquement par une régression parallèle de l'urée urinaire et de l'urée sanguine. Le traitement de rechloruration ne fut pas étranger à la disparition de l'azotémie. Ayant noté une hypochlorémie globulaire (1,43 p. 1.000) et plasmatique (2,10), on pratiqua six injections intraveineuses de sérum salé hypertonique à 20 p. 100, à la dose de 10 c. c. ; et le jour même où l'azotémie ne fut plus que de 3 gr. 93 p. 1.000, le chlore globulaire était remonté à 1,85, et le chlore plasmatique à 2,76. Cependant, en présence de l'anarchisme bien connu du métabolisme chloré, il faut une grande prudence et bien des tâtonnements, avant d'obtenir par le chlorure de sodium une meilleure élimination des substances azotées.

Hématurie et azotémie aiguë, d'origine sympathique au cours d'une infection aiguë

(MM. CATHALA et R. CLER ; 29-11-1940)

Il s'agit ici d'une manifestation pathologique, en apparence banale, mais qui témoigne d'une étiologie un peu particulière, qu'il ne faut pas méconnaître et qui mérite d'être approfondie.

Chez une enfant de six ans et demi survient une infection aiguë, type adénoïdite aiguë sans angine, grippe si l'on veut. D'emblée état général grave et perturbation circulatoire importante avec tendance au collapsus. Traces d'albumine. Au troisième jour, syndrome hémorragique marqué par une hématurie, un purpura cutané discret et des modifications importantes du temps de saignement. Parallèlement une forte poussée azotémique, qui dépasse 4 grammes, sans autres symptômes de la série urémique.

Le point le plus intéressant est la restauration extrêmement rapide, et semble-t-il complète, de la fonction rénale. En quinze jours, tout signe d'atteinte rénale a disparu.

Le fait pourra sembler très banal. Quoi de plus courant dans les services d'enfants que les néphrites aiguës avec azotémie transitoire, souvent œdème et même retentissements cardio-vasculaires, qui en huit ou dix semaines s'acheminent progressivement vers la guérison. On ne sait d'ailleurs pourquoi certaines de ces néphrites, après une première détente, font deux ou trois rechutes marquées par des reprises hématuriques et de nouveaux troubles de la perméabilité rénale. Pour quelles raisons certains cas guérissent-ils définitivement, et d'autres entrent-ils progressivement dans une glomérulo-néphrite progressive et irréductible. On ne peut grouper tous ces faits sous le vocable banal de néphrite aiguë sans méconnaître leur liaison clinique et pathogénique avec une altération transitoire du système capillaire et des vaso-moteurs, à l'exclusion de toute atteinte plasmatique.

L'idée s'impose d'un retentissement sur la dynamique rénale par une irritation sympathique, conformément à la doctrine élaborée par J. Reilly et ses collaborateurs ; ceux-ci ont établi avec une parfaite rigueur expérimentale que des offenses de nature diverse, physique, chimique, infectieuse ou toxique, allergique, portées sur certains points sensibles du système sympathique sont susceptibles de provoquer dans des viscères éloignés des désordres d'intensité variable mais, qui, généralement, sont caractérisés par la rapidité et la soudaineté de leur déclenchement, puis par leur résolution rapide et leur restauration intégrale, si toutefois le sujet a pu faire les frais d'une crise toujours dangereuse. Ces accidents viscéraux sortent ainsi du cadre de la pathologie spéciale des organes, et entrent dans celui des réponses viscérales à une agression localisée. G. F.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Chez Amédée LEGRAND et J. BERTRAND
93, boulevard Saint-Germain, Paris

Jacques STÉPHANI, Privat Docent à la Faculté de Genève. — **Précis de tuberculose.** LES FORMES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. LES LOCALISATIONS EXTRA-PULMONAIRES. Préface du Prof. Bickel. Un vol. 568 p., 191 fig. 1941. Prix : 250 francs.

Chez VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Dr G. BARRAUD. — **La puériculture éternelle.** Préface du Prof. Marfan. Un vol. 160 pages, 1941.

Editions du Comité National de l Enfance,
51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe)

Cours de puériculture, à l'usage des élèves des Ecoles primaires supérieures et des Lycées (Docteurs Julien Huber et H. Rouèche). Une broch. 80 pages.

Alimentation de la première enfance. Une broch., 24 pages.

Régime alimentaire dans les crèches. Une broch., 14 pages.

Alimentation des enfants et des adolescents de 4 à 18 ans. Une broch., 16 pages.

Alimentation des enfants dans les cantines scolaires. Une broch., 14 pages.

Alimentation de l'adulte. — Régime des femmes enceintes et des nourrices. Une brochure, 28 pages.

Librairie ARNETTE

I. I. MANOUKHINE. — **L'agent pathogène de la grippe dite espagnole.** Un vol. 96 pages avec fig. et microphotos. Prix : 20 francs.

Chez MASSON et Cie

Cl. OLIVIER et L. LÉGER. — **Les thrombo-phlébites dites «par effort» du membre supérieur.** Préface du Professeur Mondor. Un vol. (Collection médecine et chirurgie ; recherches et applications, n° 28), 210 pages. Prix : 40 francs.

Chez MALOINE et Cie

J. TARNÉAUD. — **Traité pratique de phonologie et de phoniatrie.** La voix, la parole, le chant. Avec la collaboration de S. Borel-Maisonny. Un vol. 480 p., 115 fig. Prix : 160 francs.

Librairie PLON, Paris

D'Arsonval. — Une vie. Une époque, 1851-1940, par le Docteur Louis CHAUVOIS. Un volume in-16. Prix : 15 francs.

MASSON, éditeur,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

F. DUMAREST, P. BRETTE, J. GERMAIN et P. LAVAL. —**Le drainage endo-cavitaire avec aspiration.** Un vol. (Collection médecine et chirurgie : Recherches et applications, n° 26), 120 p., 28 fig. 1940. Prix : 20 francs.

L'Ecole d'Hauteville dont le Docteur Dumarest est l'animateur, publie dans ce petit livre les résultats de son expérience concernant cette nouvelle méthode.

Il ressort de cet exposé que l'aspiration endo-cavitaire ou application à une caverne tuberculeuse du traitement chirurgical du drainage, est appelée à devenir un auxiliaire précieux du traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire. Nous savons que ses résultats immédiats ne sont pas négligeables. En outre, elle ouvre à l'étude des cavernes, de leur réductibilité, des conditions de leur guérison, du rôle de la bronche de drainage, des possibilités inattendues. Elle révèle l'existence et fait apercevoir le rôle de certaines régions péri-cavitaires. Enfin, en rendant la caverne accessible à ce mode d'exploration direct et facile, qui est l'endoscopie, elle laisse espérer soit des investigations fécondes, soit des interventions possibles sur la paroi cavitaire elle-même ou sur la bronche de drainage.

Ed. CORRÉA, 166, boul. du Montparnasse, Paris

Dr E. DE POMIANE. —**Recettes nouvelles pour le printemps.** 1 vol. 64 pages. Prix : 7 fr. 50.

Le même auteur nous a donné récemment, dans « Cuisine et Restrictions », des conseils précieux pour assurer au mieux une alimentation rationnelle et suffisante dans les temps plutôt difficiles que nous vivons. Il fallait arriver à modifier intelligemment, scientifiquement, nos habitudes culinaires en vue de les adapter aux conditions actuelles.

Mais un livre sur la cuisine et les restrictions doit continuellement se modifier, en suivant les variations que nous subissons dans le choix de nos aliments.

Aussi le Docteur de Pomiane a-t-il eu la bonne idée de commencer la publication de suppléments saisonniers à son ouvrage de base. Voici le premier de ces fascicules, qui contient un grand nombre de recettes printannières d'actualité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

QUE VOULONS-NOUS ?
UNE MÉDECINE « ORDONNÉE » OU FONCTIONNARISÉE... ?

Nous publions depuis quelques mois une série de projets, de plans, de suggestions concernant l'exercice professionnel qui nous sont adressés par nos abonnés et dont le déroulement pourrait laisser une impression d'incertitude, de trouble, peut-être même d'incohérence.

Les uns, en effet, prônent avec chaleur ce que les autres dénigrent non moins ardemment.

Que pensera le lecteur pris ainsi entre deux feux ? C'est précisément afin qu'il dégage la sienne propre que nous publions ces opinions divergentes.

Il appartient aujourd'hui à tout médecin français de prendre position dans les études pour un nouvel aménagement de la profession.

Sans organiser un referendum, comme le suggère le Docteur Ecklé, car cela nous entrainerait un peu loin, le « Concours » *pense servir le Corps médical en faisant défiler sous ses yeux les façons diverses d'aborder les problèmes posés.*

Il se réserve, le moment venu, d'exprimer lui aussi son avis.

Depuis près de trois mois, il ne se passe pas de semaine, où les périodiques médicaux ne publient les conceptions de nombreux médecins sur l'organisation future de la profession.

Leur lecture, très instructive, conduit au dilemme suivant : les médecins veulent-ils seulement mettre de l'ordre dans leur profession, ou, avides de contraintes, souhaitent-ils au contraire d'exercer désormais leur art sous la férule d'un caporalisme pseudo-corporatif ?

Loin de moi l'intention d'entamer ici un plaidoyer en faveur de la « vénérable » médecine libre. Qu'on le regrette ou non, il faut bien admettre avec le Docteur Maire (*Concours médical*, nº 7 du 16 février 1941 : A propos du nouveau statut professionnel) qu'en dépit des apparences et des protestations officielles, «. . .les faits parlent et annoncent une médecine surveillée et dirigée ».

Puisque, semblables aux grenouilles de la fable nous nous sommes avérés incapables, en des temps meilleurs, de nous organiser raisonnablement sur le plan syndical, réjouissons-nous d'être gratifiés d'un Ordre-roi.

Redoutons cependant que, par une propension bien naturelle à l'absolutisme, encouragé par notre soif collective de disciplines expiatoires, ce roi ne se transforme en dictateur. Il y aurait alors fort à parier que notre profession de plus en plus surveillée et dirigée, évoluera insensiblement, mais inéluctablement, vers le fonctionnarisme : idole inavouée de la plupart des Français.

Je ne veux, pour preuve à l'appui de ce que j'avance, que les solutions proposées par quelques confrères au problème, brûlant paraît-il, de la limitation et de la répartition des médecins en France.

De quoi s'agit-il ? Il faut : d'une part résorber la pléthore actuelle et empêcher sa reproduction; d'autre part, assurer une répartition territoriale plus équilibrée des médecins autorisés à exercer.

Examinons successivement et avec objectivité les deux faces du problème ainsi posé.

Y a-t-il à ce jour pléthore de médecins en France ? Peut-être. Persistera-t-elle après qu'aura été loyalement appliquée la loi du 16 août 1940 visant à l'élimination des médecins étrangers ? Vraisemblablement non : l'excédent des médecins français à pourvoir (les déracinés et les jeunes notamment) ne doit, en effet guère dépasser le contingent des postes encore « embolisés » par des étrangers tombant sous le coup de la loi. Sous réserve, bien entendu, que ceux-ci soient obligés de « céder ».

Pour éviter que la pléthore ainsi résorbée ne pose une fois de plus, dans un avenir proche, le problème de la limitation du nombre des installations, pourquoi ne pas restreindre le recrutement des futurs médecins, à l'orée de leurs études ? Cette mesure restrictive n'a rien d'arbitraire ni de coercitif. Ne constitue-t-elle pas la base même du fonctionnement de nos grandes écoles nationales (Institut agronomique, Ecoles Saint-Cyr, Centrale, Polytechnique), dont la valeur est incontestée ? Un concours d'entrée à programme précis, succédant lui-même à un P. C. B. mieux compris, opèrerait une première sélection parmi les centaines de bacheliers bâclés en série, qui se ruent plus nombreux chaque année vers les guichets d'inscription des Facultés de médecine. Très rapidement, par une plus grande sévérité aux examens (écrits et anonymes, sanctionnés par une éviction définitive après deux échecs), par des « colles » mensuelles en

cours d'études, par des épreuves cliniques sérieuses et répétées, couronnant un internat spécial (temporaire mais obligatoire), l'élimination d'un grand nombre d'inaptes et d'incapables, s'opèrerait automatiquement. On peut également envisager l'opportunité, considérée par beaucoup comme une nécessité, d'un premier *numerus clausus* appliqué à la base : 1° aux juifs, suivant une proportionnalité en rapport avec le nombre de leurs coreligionnaires ; 2° aux femmes, considérées lors de leur installation comme aptes seulement à certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie, obstétrique).

L'application immédiate des mesures précédentes constituerait la meilleure prophylaxie d'une pléthore nouvelle. Le problème épineux de la limitation du nombre des médecins s'en trouverait du même coup résolu. Nos futurs confrères n'y perdraient rien. Bien au contraire, ils y gagneraient un niveau technique, intellectuel et moral plus élevé, facteur d'une considération plus grande et... plus méritée. Les malades bénéficieraient de soins plus éclairés, et partant d'une guérison ou d'un soulagement plus rapide de leurs maux. Enfin la Société, en recueillant nombre de candidats médecins éliminés à temps et sans préjudice pour ces derniers, récupèrerait nombre de commerçants et de fonctionnaires qui s'ignoraient. Fourvoyés dans la profession médicale, ils n'auraient constitué que des praticiens insuffisants, aigris ou indésirables. Voilà ce que pensent beaucoup de confrères, ce que beaucoup écrivent et proclament.

Il en existe par contre un certain nombre qui se révèlent moins soucieux de la surproduction des jeunes médecins que de leur utilisation malthusienne. Ils envisagent la limitation, non par une sélection rigoureuse des postulants au début des études, mais bien en enlevant pratiquement à la majorité la possibilité d'exercer après le doctorat. Voyons, en effet, ce qu'ils préconisent dans ce sens à l'Ordre tout-puissant : si tant est que l'Ordre veuille bien accepter de codifier à l'usage de la profession, en vue de la réglementer, les suggestions motivées émises par celle-ci. « N'autoriser l'installation d'un nouveau poste que par décès ou par démission, fixation du nombre de postes par l'Ordre des médecins, selon les besoins de la population », ce nombre de places étant déterminé en se basant « sur des statistiques de mortalité ou d'après le nombre de vacances », enfin « créer par tant d'habitants une charge de médecin comme cela a lieu pour les notaires, huissiers, et autres officiers ministériels, en laissant au médecin la faculté d'être appelé en consultation par un confrère, en dehors du périmètre de l'arrondissement où serait située sa charge : celle-ci pouvant être cédée avec l'investiture de l'Ordre des médecins et constituant en cas de décès un capital réalisable ».

Je suis persuadé qu'il ne s'agit pas là de suggestions intéressées, émanant de médecins sans clientèle ou à l'activité déclinante, qui verraient ainsi un moyen de se protéger contre la concurrence éventuelle d'un confrère plus actif ou plus instruit, venu s'installer dans leur voisinage. Pas davantage, je ne veux voir se refléter dans ces propositions, le secret désir de certains de s'assurer providentiellement le capital d'une retraite qu'ils n'ont pas eu la sage prévoyance de se constituer peu à peu au cours de leurs belles années.

Je suis convaincu par contre qu'il faut interpréter ces façons de voir, comme l'expression d'un idéal nouveau chez les médecins.

Un jeune confrère, le Docteur Maire, déjà cité, ne souhaite-t-il pas en effet, que, dans les centres urbains « le nombre des médecins par quartier soit strictement calculé d'après l'importance de sa population. Un médecin prendrait-il sa retraite ou viendrait-il à mourir, un successeur lui serait désigné selon un choix dont il faudrait fixer les modalités ». Au risque de passer pour avoir « l'épiderme sensible » comme le dit plaisamment le Docteur Maire, j'estime quant à moi, que cette « désignation au choix » (où la valeur intrinsèque des candidats en présence risque de ne pas être le seul facteur pris en considération) sent la fonctionnarisation d'une lieue.

Et est-ce bien cela que nous voulons réellement ?

De toute évidence le concept d'une limitation du nombre des médecins basée sur une répartition ainsi comprise, est actuellement envisagé par nos dirigeants. Les précisions recueillies par le Docteur G. Lavalée (*Concours médical*, n° 3 du 19 janvier 1941) auprès d'une « personnalité particulièrement autorisée pour les donner, au sujet des mesures en cours concernant le sort des médecins », illustre bien cet état d'esprit. On y trouve en particulier : « indication au médecin désireux de s'installer dans un département, des postes vacants ou des postes nouveaux, dont, compte tenu des besoins de la population et des possibilités d'exercice, la création est admise, l'installation n'étant autorisée que dans l'un de ces postes vacants, aucun poste en surnombre n'étant désigné ».

Cette façon toute militaire de résoudre le problème sans s'embarrasser des contingences n'est-elle pas entachée d'un arbitraire que rien au fond ne légitime valablement. Pour tout dire, la limitation du nombre des installations médicales et leur répartition administrative après recensement s'imposent-elles à l'Ordre comme des mesures urgentes, profitables, au-delà des intérêts particuliers, à la profession toute entière ? A mon très humble avis, je ne le crois pas.

En ce qui concerne la limitation du nombre

des médecins, je pense que l'application sans faiblesse ni sectarisme, de la loi du 16 août 1940, suffira à procurer une installation à la majorité des docteurs en médecine français, à la recherche d'un poste. Pour l'avenir, une sélection rigoureuse obtenue en exigeant, au prix de solides études, des capacités éprouvées, éliminerait à temps de notre profession, considérée communément jusqu'ici, comme facile et très lucrative, les candidats qui n'y seraient pas véritablement aptes. Quant à ceux qui, par leur valeur auront conquis de haute lutte le diplôme désormais envié de docteur en médecine, pourquoi ne pas les laisser comme auparavant, libres de s'installer où ils le veulent et se faire — honnêtement — leur place au soleil ? L'épreuve de la clientèle, les exigences de la vie quotidienne et professionnelle suffiront à parfaire la sélection commencée. « La concurrence loyale constitue une émulation et représente un utile stimulant » (Docteur Leuret).

L'exercice de la profession médicale exige la réussite. Or, celle-ci dépend avant tout, n'est-il pas vrai, de la consécration des malades. Avec un instinct infaillible, ceux-ci savent très vite reconnaître le « bon médecin », celui à qui ils sentent pouvoir de préférence se confier. *Vox ægri, vox Dei* ! pourrait-on dire. Le praticien « honnête homme », instruit de son art, donnant chaque jour des preuves de sa science et de sa conscience professionnelle, de sa charité désintéressée bien que clairvoyante, ce praticien-là, quoi qu'on veuille, et quoi qu'on fasse pour s'y opposer, sera toujours préféré à ceux de ses pareils, si nombreux soient-ils qui possèdent ces qualités à un moindre degré.

Alors pourquoi protéger d'un triple airain administratif et laisser s'épanouir à l'aise, sûre de n'être pas menacée, la médiocrité indéfendable de quelques-uns ? Pourquoi enlever au médecin le libre choix de son lieu d'exercice, basé le plus souvent sur des affinités de terroir, sur une orientation intellectuelle, affective ou constitutionnelle particulières ? Est-il indispensable au bien des malades, de la médecine et des médecins, que notre belle profession, déjà si diminuée, soit appelée à n'avoir plus de libéral que le nom ? L'individualisme des médecins a conduit la profession médicale à une anarchie qu'il faut réfréner, diront en se frappant la poitrine certains vieux syndicalistes professionnels qui ont pourtant fait la preuve de leur ombrageuse impéritie. Faut-il à cause de cela que nos cervelles, tout comme les poussiéreuses paperasses d'un officier ministériel, s'achètent et se revendent sous la forme d'une charge, d'un privilège monnayable ?

La question de la répartition des médecins ne constitue en fait qu'un aspect secondaire du problème démographique général, auquel il est intimement lié. Quand le retour à la terre, le repeuplement des campagnes, aura cessé d'être une formule pour devenir une réalité, quand des provinces entières, actuellement dépeuplées par l'attrait du fonctionnarisme urbain, la démagogie et ses conséquences : l'alcool et la misère, auront retrouvé leurs populations d'antan, alors tout naturellement une répartition territoriale plus équilibrée des médecins s'ensuivra automatiquement.

Quant à la répartition dans les régions géographiquement défavorables, ce n'est pas en acculant les jeunes médecins à une installation obligatoire dans ces pays déshérités, qu'on résoudra intelligemment le problème. Ce n'est qu'en contraignant l'Etat et les collectivités à relever les honoraires de famine, les indemnités kilométriques dérisoires qu'il nous verse comme à regret, avec des mois de retard et des retenues de tous genres, au titre de l'Assistance médicale gratuite, article 64, vacations vaccinales, expertises médico-légales, accidents du travail, etc..

Comme le dit très justement le Docteur Lavalée, toutes les mesures proposées « n'auront de valeur réelle et ne pourront être imposées avec fermeté, que si elles ont été prises à bon escient et après une longue étude. Le sort de la médecine française est en jeu aujourd'hui. Et nous ne pouvons pas envisager qu'il soit réglé de la façon hâtive dont naguère on nous confectionnait les lois ». C'est là l'évidence même ! Mais qu'on y prenne garde : il ne faut pas, que même provisoirement, notre avenir s'édifie sans nous. Après il sera trop tard pour récriminer, et quasi impossible de faire marche arrière. L'expérience des Assurances sociales est là toute fraîche qui doit nous faire réfléchir.

Au fait, pourquoi le *Concours médical* n'ouvrirait-il pas à tous ses lecteurs un referendum sur le problème qui nous occupe ? Journal d'information et de liaison, il touche chaque semaine un grand nombre de praticiens, c'est-à-dire de médecins vivant chaque jour les réalités de leur profession, au lieu d'en être les augustes et lointains théoriciens.

Nous connaîtrions ainsi « le point de vue de l'usager ». Intéressés tous les premiers aux réformes qu'on nous mijote, nous saurions ce que nous voulons, et partant où nous voulons qu'on nous mène. « Il s'agit pour nous de raisonner avec nos organisateurs et avec eux de mûrir scrupuleusement ce qu'ils sont en train d'édifier ».

Et qui sait si l'Ordre, arbitre tout puissant de nos destinées, ne s'inspirerait pas, au moins partiellement dans l'élaboration de notre futur statut, des suggestions réfléchies et motivées ainsi exprimées ?

Dr P. ECKLÉ.

ABROGATION TOTALE OU ABROGATION PARTIELLE DU DÉCRET-LOI DU 20 MAI 1940 CONCERNANT DES INSTALLATIONS MÉDICALES NOUVELLES ?

Devant les difficultés considérables, et même le plus souvent les impossibilités absolues, rencontrées par nos jeunes confrères démobilisés, ou de retour des camps de prisonniers, comme aussi par les médecins d'Alsace-Lorraine ou des territoires dévastés par la guerre, pour s'installer quelque part en France et pour créer une clientèle qui leur permit de vivre et de faire vivre leurs familles, la Fédération des Associations amicales des médecins du Front avait pris l'initiative de demander l'abrogation du décret-loi du 20 mai 1940, lequel subordonnait toute installation nouvelle à l'autorisation préfectorale, après agrément du Syndicat médical local hier, du Conseil départemental de l'Ordre aujourd'hui.

Le Secrétaire général à la Santé avait bien voulu dire aux représentants de la Fédération qu'il allait agir de tout son pouvoir pour faciliter à nos jeunes camarades, comme à leurs aînés ayant perdu leurs postes, l'installation par eux désirée.

Il avait ajouté que, par ailleurs, il envisageait l'abrogation partielle de décret-loi du 20 mai 1940, réservant pourtant les postes des médecins prisonniers, pour lesquels ne seraient accordées que des autorisations provisoires, et laissant aux Conseils départementaux de l'Ordre toute latitude pour « diriger » les installations nouvelles, et éviter ainsi que certaines régions soient surpeuplées de médecins alors que d'autres en seraient dépourvues.

Rien de plus logique, de plus juste, de plus conforme à l'intérêt général, tenant compte à la fois de l'intérêt du public et de celui du Corps médical.

Il serait question à présent, nous dit-on, d'abroger purement et simplement la loi du 20 mai.

Un certain nombre de membres des Conseils de l'Ordre départementaux nous en ont manifesté leur étonnement et leur émotion.

« Il faut faire de l'Ordre », nous disent-ils.

Pas d'ordre sans une direction, un contrôle.

On ajoute : « Dans l'intérêt des jeunes, des « combattants, des méritants, s'il faut abroger « cette loi étatiste (qui est aussi égalitaire), au « même instant, il faut la remplacer par une *loi « d'esprit corporatif*, qui permette au Conseil de « l'Ordre d'avoir l'œil sur les installations et, « au besoin, de favoriser les mérites et de satis- « faire les véritables besoins ».

Nous sommes tout à fait d'accord. Peut-être d'ailleurs n'est-il pas besoin d'une loi nouvelle que pourraient remplacer des « instructions » du Conseil supérieur de l'Ordre.

Cela est à étudier.

Des Conseils départementaux ont fait déjà, sur ce terrain, d'excellent travail.

Pour le prouver, rien de mieux que de mettre sous les yeux des lecteurs l' « *Avis* » adressé à tous les médecins de la région par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins d'Indre-et-Loire, dont le président est le Dr Mahoudeau, d'Amboise.

Conseil départemental de l'Ordre des médecins d'Indre-et-Loire

AVIS

Devant la pléthore médicale, qui sévit particulièrement en Touraine, le Conseil de l'Ordre des médecins d'Indre-et-Loire, après avoir pris avis du Conseil supérieur de l'Ordre, a décidé d'accorder, en principe, aux médecins expulsés ou réfugiés et aux jeunes non encore installés, des autorisations d'exercer :

1° De sa propre initiative, près des médecins étrangers qui, à son avis et conformément à la loi, ne doivent pas être inscrits au tableau de l'Ordre, sans attendre le jugement définitif de la Commission supérieure du contrôle des dossiers ;

2° Conformément à la circulaire n° 3 du Conseil supérieur de l'Ordre, près des médecins âgés de plus de 65 ans, dans certains cas et sous de certaines conditions.

I

Nous avons pris ces décisions parce que :

1° L'examen des dossiers des médecins étrangers, vu leur nombre, ne pourra pas être terminé rapidement ;

2° Le projet de retraite pour les vieux médecins est encore à l'étude et se heurte à de grosses difficultés (en particulier, taux élevé des cotisations à demander) ;

3° Les mesures universitaires à l'étude pour limiter, à l'avenir, le nombre des médecins, n'auront d'effet que dans plusieurs années ;

4° De nombreux expulsés, réfugiés ou jeunes médecins, attendent leur installation avec une impatience légitime et se trouvent parfois dans des situations angoissantes.

***

Pour accorder ces autorisations nouvelles d'exercer, la circulaire n° 3 nous donne des directives que l'on peut résumer ainsi :

1° Préserver absolument la zone d'influence des médecins prisonniers ;

2° Sauvegarder les intérêts de la veuve et des enfants de nos confrères tombés au champ d'honneur ;

3° Ne pas autoriser, en principe, l'installation de *plus d'un médecin par* 1.500 *habitants*.

(*N. B.* — En Indre-et-Loire, sauf peut-être dans ses régions les plus riches, cette proportion nous a

paru avoisiner l'extrême limite et mieux vaudra, sans doute, dans l'intérêt de tous, ne pas l'atteindre.)

***

La même circulaire nous indique aussi l'ordre dans lequel nous devons, d'une façon générale, accorder des autorisations. En nous en inspirant, nous avons établi un classement des candidats dont les demandes nous sont parvenues. Voici les bases qui ont fixé nos préférences :

A. — Pour les autorisations définitives

1° Avant tous autres, les expulsés Alsaciens-Lorrains ;

2° Les jeunes non encore installés, en tenant compte de leurs charges de famille, des services rendus au pays et de leurs titres ;

3° Les jeunes déjà installés, compte tenu également de leurs charges, de leurs états de service et de leurs titres, quand, du fait de la guerre, leurs clientèles se sont trouvées par trop réduites ;

4° Les médecins militaires en congé d'armistice, s'ils n'ont qu'une faible solde et s'ils justifient de charges de famille assez lourdes ;

5° Les médecins qui désirent changer de poste pour raisons de convenances personnelles.

B. — Pour les autorisations provisoires

1° Les médecins de la zone interdite (leur autorisation ne pouvant devenir définitive que s'ils prouvent, plus tard, que leur foyer est détruit) ;

2° Les réfugiés, s'ils y ont été contraints par les circonstances.

N. B. — Nous n'accorderons aucune autorisation, pas même provisoire, aux réfugiés volontaires.

II

Nous croyons bon d'attirer l'attention de tous les intéressés sur les observations suivantes et sur les conséquences qui en découlent.

A) En ce qui concerne les installations près des médecins étrangers que nous n'inscrivons pas au tableau, *nous ne pouvons évidemment pas garantir que le jugement de la Commission supérieure de contrôle confirmera le nôtre*, donc :

a) Ceux qui s'installeront près des étrangers risqueront de rester plus tard en concurrence avec eux dans des clientèles devenant, de ce fait, peu importantes (c'est ce risque que nous prenons l'initiative d'autoriser) ;

b) Jusqu'à l'énoncé définitif du jugement de la Commission supérieure, les étrangers en cause doivent être considérés comme des confrères, traités comme tels, avec les mêmes égards et cela, en particulier, par ceux qui s'installeront près d'eux.

B) En ce qui concerne les installations près des médecins âgés de plus de 65 ans, il importe de remarquer que :

a) Un certain nombre de médecins âgés de plus de 65 ans sont encore en pleine activité ; que la plupart d'entre eux sont, surtout dans les circonstances actuelles, dans l'impérieuse nécessité de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille et qu'aucune loi ne les contraint et vraisemblablement ne pourra jamais les contraindre à abandonner tout ou partie de leur clientèle.

Dans ce cas, nous autoriserons un médecin expulsé ou un jeune à s'installer près d'un médecin âgé, s'il assure le service d'une clientèle importante et pouvant être partagée dans les conditions que nous précise la circulaire n° 3 (1 médecin pour 1.500 habitants au minimum).

Dans cette éventualité, nous conseillons, d'accord avec le Conseil supérieur de l'Ordre, qu'une entente intervienne, dans toute la mesure du possible, entre le possesseur de la clientèle et le nouvel arrivant ; que, si possible, le premier considère le second comme son successeur éventuel et que le second garde toujours pour le premier les marques de considération et de respect qu'il lui doit. Cette entente peut revêtir diverses formes, au choix des intéressés. Il suffit qu'elles soient légales et conformes aux règles de la déontologie. Nous jugeons, d'accord avec le Conseil supérieur, que ce qui est éminemment désirable, c'est que le confrère âgé et parfois surchargé de besogne prenne près de lui un assistant.

b) Certains médecins âgés et peu fortunés occupent, seuls dans une bourgade, un poste dit « de demi-repos » qui les aide seulement à vivre médiocrement. Nous n'accorderons pas l'autorisation de s'installer près d'eux. Ce serait trop contraire à la solidarité professionnelle. Ce serait remplacer une gêne par une misère. Au surplus, le médecin autorisé ne trouverait pas l'emploi de son activité.

Toutefois, il faut prévoir le cas où un médecin âgé et fatigué, dans une petite ville par exemple, soigne encore quelques malades près d'un ou de plusieurs concurrents en pleine activité. Dans ce cas, si la clientèle globale est telle que le médecin âgé ne se trouve pas en surnombre, sa présence ne peut pas être un obstacle à l'installation d'un nouveau. Nous autoriserons celui-ci. Ce qui est désirable, en l'occurrence, c'est que celui-ci désintéresse celui-là qui, en revanche, patronnera celui-ci.

c) La ligne de démarcation entre la zone occupée et la zone non occupée d'Indre-et-Loire coupe parfois en deux certaines clientèles jadis importantes, ce qui en rend le service difficile et en diminue le rendement dans des proportions parfois considérables.

Provisoirement, nous tiendrons compte de cette conditions anormale pour délivrer ou refuser des autorisations.

d) Enfin, quelques médecins âgés ont déjà prévu leur succession et porté leur choix sur un fils, le fils d'un parent ou d'un ami, ou même sur un étudiant dont ils connaissent la valeur.

Cet ordre de succession est trop normal et trop désirable pour que nous ne le prenions pas en grande considération. Donc, les confrères âgés qui ont déjà en vue un successeur *devront en faire la déclaration dans le plus bref délai possible à notre Secrétariat*, en ayant soin de nous fournir toutes les précisions désirables, tant sur les qualités de leur futur successeur que sur la date probable de son installation.

A moins que leur clientèle ne soit si étendue qu'elle puisse faire vivre deux médecins, nous n'autoriserons pas un jeune ou un expulsé à s'installer définitivement près d'eux, ce qui, pour l'avenir, serait créer un poste en surnombre.

En cas de nécessité, s'il était démontré que le médecin âgé, en attendant son successeur, est insuffisant à sa tâche et a besoin d'être aidé, nous accorderions une autorisation provisoire de s'installer près de lui. Celle-ci serait annulée *ipso facto* le jour de l'arrivée du successeur. Elle ne pourrait devenir définitive que si le successeur prévu renonçait à son projet ou en retardait trop la réalisation.

***

Qu'ajouter à ces lignes si sages ?
Notre approbation.

Dr Raymond TOURNAY.

LES ASSURANCES SUR LA VIE ET LA GUERRE

De nombreux membres du « Sou médical » nous ont écrit pour nous demander renseignements et conseils sur ce qu'ils devaient faire au sujet de leurs assurances sur la vie. Aussi pensons-nous qu'il est intéressant d'indiquer à nos lecteurs quels sont leurs droits vis-à-vis des Compagnies d'assurances envers lesquelles ils sont liés par un contrat.

Le régime des assurances-vie se trouve, en effet, modifié en temps de guerre par le risque supplémentaire que les hostilités font courir aux assurés. Aussi les pouvoirs publics ont-ils été amenés à réglementer au cours de la guerre 1939-1940 la couverture du risque de guerre.

Il en résulte que suivant leur date de souscription, les polices d'assurance sur la vie sont soumises à des régimes différents, que nous nous proposons d'analyser.

Il convient tout d'abord de faire une distinction entre les contrats ne couvrant pas le risque de guerre et ceux qui le garantissent.

I. — Contrats ne couvrant pas le risque de guerre

Les règles qui régissent ces contrats sont différentes suivant que l'assuré est mobilisé ou non.

Assuré non mobilisé :

Les hostilités ne changent rien au fonctionnement du contrat souscrit par un assuré non mobilisé. Ce dernier reste tenu par les conditions générales et particulières de sa police sans pouvoir y déroger en raison des circonstances. Il doit notamment acquitter les primes à leurs échéances normales.

En cas de non paiement, le contrat se trouve soit résilié, soit réduit (par réduction, il faut entendre que le capital assuré sera diminué proportionnellement au montant des primes versées).

Nous conseillons d'ailleurs aux médecins qui ne pourraient, en raison des circonstances, faire face au paiement des primes à leurs échéances, de demander à leur Compagnie d'assurance de leur consentir sur leurs contrats, une avance égale au montant des primes arriérées restées impayées. Cette avance, faite à un taux d'intérêt variant entre 5 et 7 %, est remboursable à volonté de l'assuré ou retenue au moment du versement du capital assuré.

Ce procédé a l'avantage de conserver à l'assuré le bénéfice intégral de sa police, sans l'obliger à verser immédiatement une somme trop élevée pour ses ressources du moment.

Ainsi que nos lecteurs le savent, le capital faisant l'objet du contrat est payable, soit au décès de l'assuré pour les contrats dits « en cas de décès », soit à l'expiration d'une certaine période ou en cas de décès, si ce dernier survient avant le terme fixé, pour les contrats « mixtes ».

Il n'y a pas de difficulté si le décès, survenant au cours des hostilités, est dû à une cause naturelle indépendante de l'état de guerre.

Si, par contre, le décès est imputable à un fait de guerre, le capital assuré ne sera pas versé puisque le contrat ne couvrait pas le risque de guerre. La police se trouvera donc résiliée. Dans ce cas, les ayants-droit de l'assuré auront néanmoins droit au remboursement des réserves mathématiques au jour du décès, plus les intérêts jusqu'au jour du paiement.

Assuré mobilisé :

La mobilisation d'un médecin assuré sur la vie, non couvert contre le risque de guerre, suspend de plein droit sa police d'assurance. Cette suspension dure tout le temps des hostilités et pendant un délai supplémentaire de trois mois à compter du jour de la cessation des hostilités. Tel est le principe.

A l'expiration de la période de suspension, la police se trouve remise de plein droit en vigueur si l'assuré est vivant.

Les médecins démobilisés avant la fin de la période de suspension, soit avant la cessation des hostilités ou avant l'expiration du délai de trois mois suivant la cessation des hostilités, c'est-à-dire tous les praticiens rendus actuellement à la vie civile, peuvent faire remettre leurs polices en vigueur dès leur démobilisation, en produisant un certificat médical émanant d'un médecin agréé par la Compagnie. Autrement, le contrat ne reprendra son cours que trois mois après envoi d'une lettre recommandée dans laquelle l'assuré préviendra l'entreprise d'assurances de sa démobilisation et les primes échues entre sa démobilisation et l'envoi de la lettre recommandée deviennent immédiatement exigibles.

Les ayants droit d'un assuré mobilisé décédé par le fait ou des suites de la guerre, au cours de la période de suspension, ne peuvent évidemment prétendre au bénéfice du contrat. Ils n'ont droit qu'au remboursement du montant des des réserves mathématiques, calculées au jour de la suspension, augmentées des intérêts de cette réserve au jour du paiement.

Après la suspension et la remise en vigueur des polices un seul point reste à préciser : celui relatif au paiement des primes arriérées.

Aux termes de la loi, les Compagnies d'assurances doivent, après la cessation des hostilités, mettre leurs assurés en demeure de régler dans

les deux mois le montant des primes arriérées, augmentées de leurs intérêts, mais *réduites* dans la mesure où le risque de décès n'a pas été assuré au cours de la période de suspension.

Devant cette mise en demeure, les médecins peuvent verser sur-le-champ le montant des primes arriérées, ou prendre l'engagement de les acquitter de l'une des manières suivantes :

— soit dans les deux années de la cessation des hostilités ;

— soit par réduction du capital assuré ;

— soit par répartition des sommes dues sur le montant des primes restant à échoir ;

— soit par prolongation de la période de paiement.

Si l'assuré ne prend pas cet engagement ou ne le respecte pas, la police se trouvera, suivant les cas, résiliée ou réduite.

Nous conseillons aux médecins de demander, soit la répartition des sommes dues sur le montant des primes à échoir, ce qui ne nécessite pas de leur part un décaissement important, ou encore, d'obtenir de la Compagnie, une avance égale au montant des primes dues, à un taux d'intérêt passant entre 5 et 7 %, dans des conditions analogues à celles que nous avons exposées plus haut pour l'assuré « non mobilisé ».

II. — Contrats garantissant le risque de guerre

Il faut faire une discrimination parmi ces contrats, suivant qu'ils ont été souscrits antérieurement ou non au 27 février 1940, date de la promulgationdu décret du 22 février 1940 réglementant l'assurance du risque de guerre.

Contrats antérieurs au 27 février 1940.

Suivant les Compagnies, la garantie du risque de guerre était assurée sur la base du contrat initial, soit par prorogation de l'échéance de la police, soit par réduction du capital assuré, soit par paiement d'une surprime.

Les polices prononçaient généralement, en cas de non paiement des primes, la déchéance de l'assuré. Mais ces derniers peuvent se prévaloir du bénéfice du décret du 1er septembre 1939 qui protège les mobilisés contre toute déchéance contractuelle pour inexécution d'une obligation mise à leur charge.

Ces primes échues et demeurées impayées deviennent exigibles à la démobilisation de l'assuré, dans les mêmes conditions que pour les contrats ne garantissant pas le risque de guerre.

Contrats postérieurs au 27 février 1940.

Le décret du 22 février 1940, en réglementant le régime de l'assurance du risque de guerre, a commencé par définir ce qu'il fallait entendre par risque de guerre. La définition légale est très large puisqu'en effet, elle comprend :

— le décès quelle qu'en soit la cause, des militaires appartenant aux formations de l'armée et du territoire, lorsqu'il survient pendant la mobilisation de l'assuré ou moins de deux ans après que ce dernier a cessé d'appartenir auxdites formations, et au plus tard un an après la cessation des hostilités.

— le décès de toutes personnes, survenant au plus tard un an après la cessation des hostilités, lorsqu'il résulte directement de blessures ou lésions infligées par l'action soit de l'ennemi, soit de la défense active contre l'ennemi.

— le décès quelle qu'en soit la cause, de toutes personnes déportées ou internées par l'ennemi, lorsqu'il survient pendant que lesdites personnes sont l'objet de ces mesures, ou moins de deux ans après qu'elles ont cessé d'en être l'objet et au plus tard, un an après la cessation des hostilités.

Les Compagnies ne pouvaient plus assurer personnellement le risque de guerre qui, obligatoirement, était pris en charge par un groupement spécial formé dans ce but par toutes les Compagnies pratiquant l'assurance-vie.

Ce risque était couvert par une surprime égale à 7 % du capital assuré, lequel ne pouvait d'ailleurs dépasser la somme de 300.000 francs, payable en trois annuités non fractionnables, égales à 4 % pour la première année, 2 % pour la seconde et 1 % pour la troisième.

Mais il est probable qu'étant donné les conditions dans lesquelles s'est déroulée la guerre 1939-1940, ce groupement, qui ne doit réaliser aucun bénéfice, consentira un abattement sur cette surprime, car les risques n'ont pas été aussi lourds qu'on aurait pu le craindre.

Le défaut de paiement de cette surprime à son échéance normale entraîne la suspension du contrat dans les conditions du droit commun.

***

Tels sont les principes généraux qui régissent à l'heure actuelle, les contrats d'assurance sur la vie.

Il apparaît d'ailleurs que ces règles ne sont pas appliquées d'une manière brutale par les Compagnies d'assurances qui s'efforcent, au contraire, de reprendre contact avec leurs assurés et de s'entendre amiablement avec eux.

Nous espérons donc que les renseignements que nous venons de donner à nos lecteurs pourront les guider utilement au moment où ils discuteront avec leurs Compagnies d'assurances les modalités de la remise en vigueur de leurs contrats.

Brice Maurel,
Docteur en Droit.

LES MÉDECINS CONTRE L'ALCOOLISME

Après avoir lu, ces temps derniers, dans le *Concours Médical*, un certain nombre de lettres ou d'articles relatifs à l'alcoolisme, j'ai pensé que d'assez nombreux confrères estimaient nécessaire de voir le Corps médical prendre l'initiative d'une lutte objective contre ce fléau.

C'est pourquoi, le 3 février 1941, j'ai demandé au *Concours* de grouper les bonnes volontés. Dès le 5, il m'a été répondu qu'il « paraissait légitime de me voir prendre cette tâche en mains ».

Tels sont les motifs de l'insertion dans le numéro du 16 février 1941, de l'entrefilet qu'on a pu lire.

Des lettres fort judicieuses m'ont été envoyées ; j'ai reçu quelques visites de confrères auxquels j'ai exposé la méthode que je comptais suivre.

Il faut citer le Docteur Le Gall se plaçant au point de vue de l'aliéniste, le Docteur Mouchet Cailleret exposant celui de l'omni-praticien, le Docteur Sicard de Plauzolles qui m'a communiqué une partie de ses travaux et le Docteur Dupuy parlant en médecin inspecteur d'hygiène. Tous m'ont fait de très intéressantes suggestions et tous m'ont encouragé à ne pas me dérober.

Voici donc ce que je propose au Corps médical :

Tout d'abord, nous repousserons l'idée de la constitution d'une ligue à nom ronflant et cela, pour plusieurs motifs.

1° Les circonstances rendent malaisée la formation légale d'un tel groupement et l'on risquerait de perdre en démarches un temps et une activité dignes d'un meilleur emploi.

2° Trop souvent, les Conseils d'Administration chargent un ou deux de leurs membres d'étudier questions et projets, puis, quand un rapport laborieusement établi leur est soumis, ils en détruisent la valeur par des arguments improvisés.

3° Les assemblées nombreuses :

A) Permettent à peine l'exposition des idées.

B) Donnent souvent naissance à des discussions d'où les questions de personnes ne sont pas toujours exclues et dont l'âpreté nuit au but cherché. Chacun maintient obstinément son point de vue et se répète pendant que le temps passe et, de guerre lasse, on finit par voter une motion qui fixe des règles théoriquement définitives.

Or dans ces décisions :

a) La langue française est quelquefois malmenée.

b) On découvre des possibilités d'interprétations diverses.

c) Bien des obstacles ne sont pas prévus.

d) On trouve la trace de ménagements d'intérêts multiples dont la symbiose conduit à des résultats voisins de zéro.

Il semble qu'on puisse parer à ces inconvénients sans se priver des compétences, en observant la méthode suivante.

Un plan général sera publié *in fine*. Chacun voudra bien le considérer comme base d'un travail personnel.

Tout en suivant ce plan, on s'efforcera d'être objectif et constructif. Nous savons tous que le péril est grand, ce n'est donc pas sur son ampleur que nous nous étendrons ; nous n'entreprenons pas un travail de critique ni un recueil de lamentations. Ce que nous cherchons c'est l'établissement d'un ensemble de moyens de lutte contre l'alcoolisme visant, non pas surtout le traitement des lésions, mais les procédés destinés à les empêcher de se produire.

Cependant un premier chapitre sera réservé aux constatations personnelles, il servira à créer l'ambiance, pour employer le terme utilisé par les cinéastes quand ils parlent des premiers mètres de leurs films.

Les autres parties du sujet, les vraies, viendront suivant un ordre précisé par un numérotage.

Au cours des chapitres, comme à la fin du plan, des numéros seront laissés en blanc pour qu'on puisse y placer ce qui ne serait pas susceptible d'entrer dans les divisions prévues.

On voudra bien traiter tout ou partie du plan, selon ses goûts, ses aptitudes ou son expérience personnels, mais toujours dans l'ordre et suivant le numéro fixé.

Chaque rubrique sera établie sur une feuille ou sur un groupe de feuilles distinctes, et afin de faciliter le classement, chaque feuillet portera le numéro du plan général auquel il se rapporte, de même que le nom et l'adresse de l'auteur.

Les confrères voudront bien m'envoyer leur travail établi, si possible sur du papier du format commercial (0,275 × 0,21) pour éviter la perte des feuilles de grandeurs différentes, et cela, avant le 1er *juillet* 1941.

Nous nous permettons de rappeler que la machine à écrire est une belle invention.

Ainsi, chacun pourra méditer et exposer d'une façon calme et réfléchie ses constatations, ses

idées, ses suggestions et la manière dont il conçoit la lutte contre l'alcoolisme.

Pour le dépouillement, il sera fait appel à l'assistance rétribuée d'étudiants en médecine de ressources modestes.

Le résultat du collationnement sera réuni dans une brochure qui ne contiendra qu'une fois les idées semblables entre elles, mais dans laquelle figureront toutes les suggestions. On y trouvera de même les noms de tous ceux qui auront contribué d'une façon quelconque à l'établissement du travail, sauf désir d'anonymat.

Tous en recevront un exemplaire.

L'impression sera faite avec une marge suffisante pour recevoir les observations, et de plus chacun pourra rayer ce qui lui paraitrait abusif ou inapplicable. Ceci fait, la brochure me sera retournée.

Un nouveau dépouillement permettra d'établir un texte qui, à mon sens, et après évaluation des voix pour ou contre pourra être considéré comme reflétant les opinions et les désirs de tous les médecins s'intéressant à la question.

Les médecins de la zone non occupée pourront faire leurs envois par l'intermédiaire de M. Ribeyre, à Vals-les-Bains, 5, rue Auguste-Clément.

Le texte ainsi établi devra :

1° Etre soumis à un Conseil juridique choisi parmi l'un des avocats du Concours et du Sou. Il aura, du reste été consulté en cours de travaux.

2° Subir une mise au point définitive.

3° Etre présenté pour avis au Conseil de l'Ordre des médecins qui, entre temps et dès la première rédaction, aura été mis au courant et dont l'avis et l'aide auront été sollicités.

Le plus important restera à faire. Il faudra présenter aux Pouvoirs publics, c'est-à-dire au chef de l'Etat en personne, l'exposé des moyens sur lesquels le Corps médical français compte pour vaincre l'alcoolisme.

Tout porte à croire qu'on y parviendra facilement, mais, dans ce cas particulier, la loi du nombre conservera sa force.

Parlant au nom de quelques rares médecins, on courra à l'échec ; mais si l'on peut prouver que ceux qui se sont intéressés à la question sont en nombre imposant on aura le droit d'insister et d'espérer le succès.

D'autres veilleront, ils ne seront peut-être pas tous désintéressés. Contre eux nous devrons avoir : l'autorité du nombre, la solidité des arguments, la possibilité d'application de nos projets, l'évidente efficacité de ce que nous proposerons.

Plan proposé

Les numéros manquants sont destinés aux parties du sujet qui ne sont pas mentionnées dans le plan mais qui trouveraient leur place dans l'une des divisions fixées.

A la fin, un dernier chapitre sera réservé aux imprévus ne pouvant être classés sous aucune des rubriques envisagées.

Première partie

Importance de la question

1° Réflexions sur l'action proposée ;
2° Critiques sur l'action proposée ;
3° Modifications à apporter au *mode d'action*.
4° Suggestions relatives au *mode d'action* ;
10° Réflexions sur le *plan de travail* ;
11° Critiques du *plan de travail* ;
12° Modifications à faire au *plan de travail* ;
13° Suggestions relatives au *plan de travail* ;
21° Activités personnelles qu'on mettrait au service de l'œuvre entreprise ;
22° Moyens de l'œuvre entreprise.
30° Autres sujets ayant leur place dans l'avant-propos.

Chapitre I

Intérêt de la question

101. Faits ayant déterminé votre conviction.
102. *Milieux d'observation.*
103. *Par* quoi *y* devient-on alcoolique ?
103. *A*) Liquides titrant moins de 10°.
103. *B*) Liquides titrant de 10 à 20°.
104. *C*) Apéritifs avec essences.
104. *D*) Apéritifs sans essence.
103. *E*) Alcools forts de production familiale.
103. *F*) Alcools forts commerciaux.
105. Fréquence et lésions constatées en bloc.
106. Ivresse aiguë *A*) Fréquence ; *B*) Symptômes ; *C*) Evolution.
107. Alcoolisme chronique à formes larvées susceptible de guérison totale : *A*) Fréquence ; symptômes ; *C*) Evolution.
108. Alcoolisme chronique net avec lésions constituées mais améliorables : *A*) Fréquence ; *B*) Symptômes ; *a*) Somatiques ; *b*) mentaux ; *C*) Evolution.
109. Alcoolisme chronique subaigu avec lésions devant tarer l'organisme même après traitement et sevrage :

A) Rapport avec le chiffre de la population ;

B) Symptômes observés (somatiques et mentaux) ;

C) Evolution.

110. Alcoolisme chronique aigu avec lésions incurables et anéantissement du rôle social :

A) Fréquence par rapport à la population ;

B) Symptômes observés (physiques et mentaux).

111. Evolution des lésions en fonction des milieux d'observation vers des décès dus à des affections :

A) Respiratoires ; *B*) Circulatoires ; *C*) Digestives ; *D*) Nerveuses.

112. Combinaisons diverses des lésions ci-dessus.

120. Fixation du degré (avec précision des symptômes) à partir duquel un individu est *minimisé* par l'imprégnation alcoolique.

A) A temps ; *B*) A temps après sevrage et traitement ; *C*) Définitivement.

121. Pourcentage de la diminution de la valeur sociale en fonction des symptômes constatés.

122. Age moyen à partir duquel on est imprégné.

123. Sexe des imprégnés.

124. Alcoolisme infantile.

131. Essai d'établissement d'un test clinique d'observation facile et rapide qui serait la signature de l'imprégnation alcoolique. Ce test pourra être basé sur plusieurs symptômes.

141. Longévité et alcoolisme.

151. Répercussions sur la race.

A) Mortalité et alcoolisme de 1re génération.

B) Avortements.

C) Morti natalité.

D) Natalité.

E) Hérédo alcoolisme de 1re, de 2e, de 3e générations.

160. Pourquoi devient-on alcoolique ?

161. Soif motivée.

162. Facilités.

163. Inconfort de l'habitation.

164. Insuffisance de l'alimentation : *A*) Qualité ; *B*) Volume ; *C*) Valeur énergétique.

165. Causes morales.

166. Causes mentales.

167. Entraînement.

168. Effets de la publicité.

169. Préjugés sur les bienfaits de l'alcool.

180. Constatations touchant l'efficacité des moyens de lutte antialcoolique sur : *A*) la création ; *B*) l'entretien ; *C*) l'aggravation.

190. Genre de procédés qui auraient votre préférence, prière de n'envisager que les principes, les détails auront leur place plus loin.

191. Persuasion.

192. Code de la lutte anti-alcoolique.

193. Rationnement.

194. Sanctions.

195. Assimilation à certains délits. Lesquels ?

196. Sévérité.

197. Mesures draconiennes.

Deuxième partie

I

La lutte

Jusqu'à présent nous avons parlé de l'étiologie, de la pathogénie, des symptômes, de l'anatomie pathologique et du traitement déjà fait. Nous sommes en consultation et nous devons désormais nous *limiter* à la thérapeutique, c'est-à-dire écrire une ordonnance qui précisera les remèdes et la méthode à employer pour rendre nos prescriptions applicables et pour les faire accepter par les malades et par leur entourage.

Nous serons donc désormais objectifs et nous ne regarderons que vers l'avenir.

II

La persuasion

201. Moyens touchant l'individu par la vue ;

202. Moyens touchant l'individu par le goût ;

203. Moyens touchant l'individu par l'ouie ;

204. Moyens touchant l'individu par l'odorat ;

205. Moyens touchant l'individu par le toucher prière de donner des exemples.

210. Moyens utilisant l'action simultanée de plusieurs sens.

211, 212, 213, 214, 215. Même sens, dans le même ordre, mais en envisageant les cas où chacun est le vecteur principal (exemple, le cinéma touche surtout la vue, le texte est l'accessoire.)

220. Procédés visant particulièrement la mentalité.

221. Conscience.

222. Sens moral.

223. Intérêt pécuniaire.

224. Famille.

225. Race.

226. Patriotisme.

231. Rôle et moyens d'action du médecin.

240. Rôle et moyens des paramédicaux.

250. Rôle et moyens des éducateurs.

260. Rôle et moyens des autorités.

III

Les moyens de dérivation

301. Logement.

302. Alimentation.

303. Travail.

304. Conscience et goût professionnel, leur répercussion sur la vie familiale.

305. Apprentissage.

306. Salaires individuels. Bases.

307. Sursalaires familiaux. Allocations.

311. Politique de la famille et de la natalité.

315. Travail des femmes (manuel).

316. Travail des femmes (intellectuel).

317. Travail des femmes (professions libérales).
320. Droits et devoirs des femmes dans les différents milieux.
321. Milieu rural.
322. Milieu ouvrier.
323. Milieu employés, fonctionnaires.
324. Milieu petit commerce.
325. Milieu moyen commerce.
326. Milieu grand commerce et industrie.
327. Milieu professions libérales.
328. Bourgeoisie.
329. Classes aisées.
331. Loisirs familiaux.
341. Foyers de réunion.
351. Sports.
360. Produits de substitution.

IV

Les restrictions

401. Possibilités de contingentement et de restriction.
402. Avis sur le caractère d'obligation.
403. Comment conçoit-on la restriction et comment la croit-on applicable.
404. Récoltes. Producteurs.
405. Fabrication des liquides titrant moins de 10° (bière, cidre, vin).
406. Fabrication de liquides titrant de 10 à 20°.
407. Fabrication de liquides titrant plus de 20°.
408. Point de vue des produits de qualité.
411. Intervention de l'Etat (monopole-surveillance-liberté) toujours au point de vue de la *fabrication*.
412. Stockage.
421. Distribution.
422. Bases du rationnement.
423. Quantités d'alcool pouvant être consommées sans danger. Formes.
424. Catégories de consommateurs.
425. Ration de chaque catégorie en liquides titrant 10° au maximum.
Ration en liquides titrant plus de 10°.
431. Moyens de rationnement .Cartes, tickets et autres procédés.
432. Réalisation des cartes et tickets pour chaque catégorie. Modèles de cartes.
433. Moyens destinés à encourager à la tempérance les personnes qui n'auraient pas consommé les quantités allouées.
441. Exécution des projets, données pratiques.
442. Lois strictes ou non.
451. Création éventuelle d'un Corps de fonctionnaires d'un service de répression de l'alcoolisme.
452. Financement de ce service.
461. Limitation de la production.
462. Limitation de la fabrication.
463. Importation.
464. Exportation.
465. Utilisation des produits bruts.
466. Utilisation des produits fabriqués.
467. Utilisation des produits distillés.
470. Moyens fiscaux.
481. Limitation du commerce de gros.
482. Limitation du commerce de détail.
483. Cumuls de commerces dont l'un d'alcool.
491. Sauvegarde des intérêts des producteurs.
492. Sauvegarde des intérêts des commerçants en gros.
493. Sauvegarde des intérêts des commerçants en détail.
494. Sauvegarde des intérêts des différentes parties pouvant être en cause (conventions, baux, etc.).

CHAPITRE V

Mesures pénales

501. Commerce.
502. Fraude.
503. Ivresse aiguë, constatation, sanctions.
504. Alcoolisme chronique léger curable.
504. Alcoolisme chronique avéré.
506. Alcoolisme chronique aigu.
507. Alcoolisme chronique suraigu dangereux pour autrui.
510. Responsabilité pour chacun des cas envisagés.
511. Au point de vue médical.
512. Au point de vue juridique.
513. Au point de vue social.
520. La volonté a-t-elle un rôle actif dans la création de l'alcoolisme ?
521. Alcoolisme et circonstances atténuantes.
522. Alcoolisme considéré comme circonstance aggravante.
523. Alcoolisme considéré comme ne *devant* pas modifier la responsabilité.
524. L'alcoolisme facteur de présomption de responsabilité.
531. Nuisance active de l'alcoolique.
532. Nuisance passive de l'alcoolique.
551. Sanctions à prendre contre le porteur de lésions dues à l'alcool même en l'absence de délit.
552. Doivent-elles être limitées aux porteurs de lésions définitives incurables ?
553. Sanctions légères et limitées dans le temps aux porteurs de lésions curables par l'abstention.
554. Minimisation sociale et familiale des alcooliques. Degrés de minimisation en fonction des lésions.
561. Propositions de moyens de minimisation suivant l'importance des lésions, c'est-à-dire suivant la nuisance en puissance.
571. Dépistage.

581. Expertises. Bases de ces expertises : voir le chapitre tests, I, 131.

Chapitre VI

Réservé aux initiatives et aux suggestions ne pouvant être classées sous les rubriques précédentes.

Conclusions

Prière de les résumer avec autant de brièveté et de concision que possible. On supposera que l'on rédige un projet de loi ou de règlement. Les numéros pairs ont été réservés pour les points non prévus.

I. Publicité.

III. Culture, commerce des produits susceptibles de fournir de l'alcool.

Fabrication des produits alcooliques, bière, cidre, vins ordinaires, vins de qualité, vins forts, apéritifs avec ou sans essences, alcools forts.

Stockage à la production.

V. Logement (fûts, bouteilles, etc.).

Transport.

VII. Exportation.

Importation.

IX. Contingentement, stockage en vue de la distribution. Réglementation de la consommation, catégories de consommateurs, distribution. limitation des commerces, modalités, répercussions.

XI. Usages thérapeutiques.

XII. Usages industriels d'alcools rectifiés.

XV. Limitation de la production ; utilisation des excédents.

XVII. Service de répression, financement, taxes et surtaxes.

XIX. Salaires de base, travail des femmes sur salaire familial.

XXI. Encouragement à la propagande antialcoolique.

XXIII. Encouragement à la découverte de procédés propres à l'utilisation des excédents.

XXV. Encouragements relatifs à l'hygiène du logement et de l'alimentation familiale.

XXVII. Sanctions contre les fonctionnaires intempérants.

XXIX. Mesures contre l'ivresse. Preuves de l'ivresse.

XXXI. Dépistage des alcooliques chroniques aux différents degrés.

XXXIII. Assimilation de l'ivresse, de la provocation à l'ivresse ou à l'alcoolisme chronique, de l'alcoolisme chronique à d'autres délits. Lesquels ?

XXXV. Minimisation civile familiale et sociale des alcooliques chroniques suivant les degrés. Durée. Conséquences.

XXXVII. Mesures contre le commerce clandestin.

Tel est le plan que nous proposons à nos confrères. Ils nous aideront certainement à le mettre au point et nous serons reconnaissants à tous ceux qui nous apporteront leur concours.

Qu'il nous soit permis d'espérer que leur dévouement ne se limitera pas à cela. Malgré la gratuité de ma direction, le dépouillement du travail d'un confrère demandera deux ou trois heures qu'il faudra payer. La première brochure aura peut être 150 pages qu'on devra tirer à plusieurs mille, espérons-le. Or, la page d'une thèse revient à 22 francs pour 150 exemplaires, à 16 francs pour 1.000 et à 11 francs pour 2.000. Les frais de correspondance viendront corser l'addition.

Aucun journal professionnel ne pourra nous donner gratuitement l'hospitalité nécessaire.

D'aucuns penseront qu'on pourrait solliciter nos habituels fournisseurs de papier à en-tête et de buvards... Non ! Cette œuvre doit être celle du Corps médical et je me permets de prier tous les médecins qui croient à la nécessité de la lutte contre l'alcool non seulement de faire leur part du « pensum » demandé, mais encore de verser ce qu'ils jugeront utile au compte de chèques postaux Paris, n° 3.127-20 spécialement ouvert à cet effet.

La première brochure prévue contiendra la mention des donateurs (sauf demande d'anonymat), elle publiera un bilan. A la fin, s'il y a de l'excédent, il sera versé à la Maison du Médecin de Valenton.

Au cas où le nombre d'envoyeurs ne permettrait pas de poursuivre le but fixé, les sommes confiées seraient retournées sous déduction des frais d'envoi et l'œuvre serait abandonnée.

Confrères, dispensez-moi de quelques lignes pathétiques.

Nous pouvons encore *Servir*. Pas de phrases, au travail. Nous avons un moyen d'exprimer ce que nous pensons et de le faire savoir.

Nous devons éviter tout ce qui pourrait être une allusion aux autorités occupantes, mais la marge est grande et nous devons en profiter.

Docteur Julien,
3, place du Panthéon, Paris (Ve).

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

Hôpitaux de Paris

Assistants des Services de Médecine, Chirurgie et Accouchements pour 1941

HÔTEL-DIEU

Services de médecine. — M. MERKLEN, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Fiessinger. — M. Jacques LENORMAND, assistant de M. Halbron. — M. DEPARIS, assistant de M. Henri Bénard. — M. AZERAD, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Baudouin. — M. HANAUT, assistant de M. Bariéty.

Service de chirurgie. — MM. P.-A. HUET et André SICARD, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. le Professeur Mondor.

Service d'accouchement. — M. DIGONNET, accoucheur des hôpitaux, assistant de M. Chirié.

HÔPITAL DE LA PITIÉ

M. François THIÉBAUT, assistant médical de M. le Professeur Clovis Vincent.

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE SAINTE-ANNE

M. Jean DELAY, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Laignel-Lavastine.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Service de médecine. — M. André VARAY, assistant de M. le Professeur Loeper. — M. Marcel CACHIN, assistant de M. Chabrol. — M. André DOMART, assistant de M. DEBRAY. — M. André PLICHET, assistant de M. Mouquin. — M. André RAMBERT, assistant de M. Boulin.

Services de chirurgie. — M. Raymond BENARD, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Bréchot.

HÔPITAL NECKER

Services de médecine. — M. Henri DURAND, assistant de M. le Professeur Aubertin. — M. Jean THIÉRY, assistant de M. Laederich. — M. Pierre TANRET, assistant de M. le Professeur Binet.

Service de chirurgie. — M. Jean CHARRIER, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. GOUVERNEUR. — M. Jacques BOUDREAUX, assistant de M. Bergeret. — M. Jacques MIALARET, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Jean Berger.

HÔPITAL COCHIN

M. Paul FROMENT, assistant de M. le Professeur Rathery. — M. DE BRUN DU BOIS-NOIR, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Harvier. — MM. Pierre WILMOTH et Serge OBERLIN, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. le Professeur Lenormant. — M. Paul PADOVANI, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Mathieu. — M. Roger COUVELAIRE, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Fey.

HÔPITAL TENON

Services de médecine. — M. OLLIVIER et Mme Annie LOGEAIS, assistants de M. May. — M. Pierre HILLEMAND, médecin des hôpitaux, assistant de M. Brulé. — M. Marcel PERRAULT, médecin des hôpitaux, assistant de M. Carrié. — M. Jean FACQUET, assistant de M. Lian. — M. Etienne BOMPARD, assistant de M. Guy Laroche. — M. Pierre GRENET, assistant de M. Gautier.

Services de chirurgie. — M. Léon AUROUSSEAU, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Houdard. — M. Jacques LONGUET, chirurgien des hôpitaux, assis-

tant de M. Métivet. — M. Jean MEILLÈRE, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Girode.

HÔPITAL LAENNEC

Services de médecine. — M. Serge VIALARD, assistant de M. Louis Ramond. — M. Marcel POUMAILLOUX, assistant de M. René Bénard. — M. André THÉVENARD, assistant de M. Léchelle.

Services de chirurgie. — MM. André MAURER et René SAUVAGE, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. Roux-Berger. — M. LECŒUR, assistant de M. Robert Monod.

HÔPITAL BICHAT

Services de médecine. — M. Jacques BOUSSER, assistant de M. Boidin. — M. Charles DEBRAY, assistant de M. le Professeur Chiray. — M. Georges MAURIC, assistant de M. le Professeur Pasteur Vallery Radot. — M. Robert MOUCHOTTE, assistant de M. Faroy.

Services de chirurgie. — M. Jean-Claude RUDLER, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Brocq. — M. Jacques GUEULLETTE, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Capette. — M. Jean VUILLIÈME, assistant de M. Rouhier.

HÔPITAL BROUSSAIS

Service de médecine. — Mme Marthe JOURDAN-GAGNEUR, assistante de M. Lenègre, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

Service de chirurgie. — M. André AMELINE, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Basset.

HÔPITAL BOUCICAUT

Service de médecine. — M. Jean PARROT, assistant de M. Tinel.

Service de chirurgie. — M. Guy SEILLÉ, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Guimbellot.

Service d'accouchement. — M. René SUZOR, accoucheur des hôpitaux, assistant de M. Ecalle.

HÔPITAL AMBROISE-PARÉ

Services de médecine. — M. Louis BRUNEL, assistant de M. Monier-Vinard. — M. Jean FERROIR, assistant de M. Jacquet. — M. Raoul PERROT, assistant de M. Levesque.

Service de chirurgie. — M. Marcel THALHEIMER, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Sauvé.

HÔPITAL SAINT-LOUIS

Service de médecine. — M. POUMEAU-DELILLE, assistant de M. Duvoir. — M. René PRIEUR, assistant de M. Stévenin.

Services de chirurgie. — M. Sylvain BLONDIN, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Bazy. — M. Paul BANZET, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Desplas. — M. Charles GARNIER, assistant de M. Boppe. — M. Pierre DELINOTTE, assistant de M. Michon.

Service d'accouchement. — M. Jean SÉGUY, accoucheur des hôpitaux, assistant de M. Devraigne.

HÔPITAL BROCA

Service de chirurgie. — M. Raoul MONOD, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Mocquot.

CLINIQUE BAUDELOCQUE

Service d'accouchement. — M. François LEPAGE, accoucheur des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Couvelaire.

HÔPITAL CLAUDE-BERNARD

Services de médecine. — M. Antoine LAPORTE, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Lemierre. — Mlle Marcelle LADET, assistante de M. Marquézy.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Services de médecine. — M. André HUREZ, assistant de M. Heuyer jusqu'au retour de M. Darré). — Mme Michelle ZAGDOUN, assistante de M. Darré (à partir de la date de retour de M. Darré). — M. Jacques FLORAND, assistant de M. Huber.

Service de chirurgie. — M. Jean CALVET, assistant de M. le Professeur Ombrédanne.

HÔPITAL TROUSSEAU

Services de médecine. — M. Georges PATEY, assistant de M. Paisseau. — M. Robert LAPLANE, assistant de M. Cathala.

Service de chirurgie. — M. Robert GUICHARD, assistant de M. Sorrel.

HÔPITAL BRETONNEAU

Services de médecine. — Mlle Renée GAUTHERON, assistante de M. Grenet. — M. Jean FOUQUET, assistant de M. Milhit.

Service de chirurgie. — M. Pierre PETIT, assistant de M. Leveuf.

HÔPITAL HÉROLD

Services de médecine. — Mme Elisabeth ODIER-DOLLFUS, assistante de M. Janet. — Mlle Marie TISSERAND, assistante de M. Turpin.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

Service de médecine. — M. Marcel LELONG, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Lereboullet.

Service de chirurgie. — M. Jean JUDET, assistant de M. Fèvre.

MAISON DE SANTÉ

Service de médecine. — M. René FAUVERT, assistant de Mme Bertrand-Fontaine.

HOSPICE DE BICÊTRE

Services de médecine. — M. Robert THUREL, assistant de M. Alajouanine. — M. Georges BOUDIN, assistant de M. Moreau.

Service de chirurgie. — M. Alain MOUCHET, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Toupet.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

Service de médecine. — M. Pierre MOLLARET, médecin des hôpitaux, assistant de M. le Professeur Guillain. — M. Jean CHABRUN, assistant de M. Ribadeau-Dumas. — M. Stanislas DE SEZE, médecin des hôpitaux, assistant de M. Lévy-Valensi. — M. Jean CHRISTOPHE, assistant de M. Faure-Beaulieu. — M. Emile GILBRIN, assistant de M. Lemaire, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.— M. AUBRUN, assistant de M. Barbé.

Service de chirurgie. — MM. Paul FUNCK-BRENTANO et Jean GOSSET, chirurgiens des hôpitaux, assistants de M. le Professeur Gosset. — M. Charley RIBADEAU-DUMAS, assistant neurologiste de M. Petit-Dutaillis.

HOSPICE D'IVRY

Service de médecine. — M. Marcel MORIN, assistant de M. Coste (à partir du 1er mars 1941).

Service de chirurgie. — M. Gaston CORDIER, assistant de M. Jacques Bloch.

HOSPICE DES MÉNAGES

Service de médecine. — M. André AUBIN, assistant de M. Brodin.

Service de chirurgie. — M. Pierre GÉRARD-MARCHANT, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. Madier.

CLINIQUE ANTOINE-CHANTIN

M. Jean PATEL, chirurgien des hôpitaux, assistant de M. de Gaudart-d'Allaines.

HÔPITAL TEMPORAIRE PICCINI.

M. Daniel MAHOUDEAU, assistant de M. de Gennes.

Comité Sanitaire de la région parisienne

Séance du 25 mars 1941

POUR LES PRISONNIERS

Le Comité sanitaire de la Région parisienne, rappelant son vœu du 3 décembre 1940, transmis à cette date à M. le Secrétaire général à la Famille et à la Santé, attire de nouveau l'attention des Pouvoirs publics sur le danger que présente l'absence de tickets d'alimentation pour les prisonniers. Les familles doivent, pour envoyer à leurs prisonniers des colis alimentaires, prendre sur leur propre ration ; les femmes et les enfants, dont l'alimentation est déjà insuffisante, doivent ainsi se démunir encore, si bien que cette ration tombe à une pauvreté dangereuse.

Le Comité émet donc le vœu que des allocations spéciales alimentaires, représentées par des tickets particuliers, soient distribués aux familles pour leurs prisonniers.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 1er avril 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.178 ALLILAIRE, Nevers (Nièvre). Ordre des médecins de la Nièvre.
14.179 AVRILLEAUD, Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire). Parrains : Docteurs Schtein et Richaux.
14.180 BARRAL, Mazamet (Tarn). Parrains : Docteurs Delteil et Bonneville.
14.181 BEDARD, Béziers (Hérault). Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
14.182 BENA, Stains (Seine).
14.183 BENTZ, Lormont (Gironde). Parrains : Docteurs Bentz et Gelin.
14.184 BERCEGEAY, Auxerre (Yonne). Association amicale des médecins des Asiles publics d'aliénés.
14.185 BIETTE, Romorantin (Loir-et-Cher). Parrains : Docteurs Pascalini et Marteville.
14.186 BUZY, Labastide-Villefranche (Basses-Pyrénées). Parrain : Docteur Ortal.
14.187 CHAUVEAU, Domfront (Orne). Parrains : Docteurs Remon-Beauvais et Leblanc.
14.188 COURTIN, Vimoutiers (Orne). Parrains : Docteurs Fardet et Garraud.
14.189 CUÉNOT, Arcachon (Gironde).
14.190 DASTE, Rabat (Maroc), Syndicat de Rabat
14.191 DELVALLET, Guines (Pas-de-Calais).
14.192 DENIS-PERALDI, Plogastel-Saint-Germain (Finistère). Ordre des médecins.

14.193 DUMONT, Cormeilles (Eure). Parrains : Docteurs Dumont et Wagner.
14.194 DUPAIN, Veneux-les-Sablons (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Matry et Gaultry.
14.195 DUVAL, 25, rue Henry-Genestal, Le Havre (Seine-Inférieure). Académie de chirurgie.
14.196 GAURAND, 72, Cours de la Martinique, Bordeaux (Gironde). Ordre des médecins.
14.197 GOUST, Ivry-Port (Seine). Parrains : Docteurs Girard et Perrault.
14.198 GOUZI, 5, rue Espinasse, Toulouse (Haute-Garonne). Syndicat de la Haute-Garonne.
14.199 LEMOINE, Saissac (Aude). Parrains : Docteurs Cannac et Delteil.
14.200 MAILLARD, Maretz (Nord). Parrains : Docteurs Savoie et Lefebvre.
14.201 MANDET, Ambert (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs de Villiencourt et Souteyrand.
14.202 MARÉCHAL, Vif (Isère). Parrains : Docteurs Rolland et Jacquier-Bret.
14.203 MARGUET, Salbris (Loir-et-Cher).
14.204 MATHIEU, Bussang (Vosges). Ordre des médecins des Vosges.
14.205 MEIR, Ry (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Hartglas et Ragot.
14.206 MONNIER, Esperaza (Aude). Parrains : Docteurs Girou et Craponne.
14.207 MULLER, 14, rue de Friedland, Lille (Nord). Vice-président du Syndicat de Lille.
14.208 NUX, 21, rue Lafayette, Toulouse (Haute-Garonne). Parrains : Docteurs Cadenat et Stillmunkes.
14.209 PASCAL, Draguignan (Var). Parrains : Docteurs Berthier et Gayrand.
14.210 PELTIER, 12, rue de l'Avalasse, Rouen (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Greze et Pesqué.
14.211 POLGE, Rabat (Maroc).
14.212 PRUNEL, 23, avenue Niel, Paris. Parrains : Docteurs Coliez et Loiseau.
14.213 RACHET (Marcel), 87, boulevard Berthier, Paris. Syndicat de la Seine.
14.214 SIDAINE, Bondy (Seine). Parrains : Docteurs Fidon et Asselin.
14.216 WINTZER, Les Brouzils (Vendée). Syndicat de la Vendée.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication.

Cependant, pour les adhérents qui ne sont pas complètement en règle, comme n'appartenant pas à une association médicale régulièrement constituée ou n'ayant pas été présentés par deux parrains, membres eux mêmes de la Ligue, leur admission ne deviendra définitive que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins.

Fédération des Associations Amicales des Médecins du Front

Le Docteur Tournay nous demande de préciser le point de vue de la Fédération sur la question des médecins juifs insuffisamment défini par notre insertion du 30 *mars* 1941 (p. 588).

Nous ne demandons pas leur exclusion totale de la médecine.

Même pas l'exclusion partielle des médecins juifs déjà installés ou ayant terminé leurs études, et que

ne concerne pas la loi du 16 août 1940 sur les médecins étrangers, à la condition qu'ils se soient toujours conduits correctement, tant au point de vue militaire que civil.

Mais, pour tous ceux qui n'ont pas terminé leurs études ou passé leur thèse : *numerus clausus*, proportionnellement au chiffre de la population juive par rapport à la population générale.

Et, pour l'avenir, *numerus clausus* à l'entrée des études médicales, mais aucune autorisation — ceci en contre-partie du fait que nous laisserions exercer les médecins juifs déjà reçus docteurs sans leur imposer à eux de *numerus clausus* — avant que le nombre des médecins juifs exerçant en France ne soit descendu, par extinction, à la proportion normale, qui doit être environ de 2 %, que nous accepterions à la rigueur de voir porter à 3 %.

Pour la détermination des bénéficiaires du *numerus clausus*, pas de concours : c'est l'ancienneté de l'établissement familial sur le sol français qui, seule, interviendrait.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médailles des épidémies

Médaille d'or (à titre posthume) : M. le Docteur Malmonte, ex-médecin municipal à Carthage (Tunisie).

Médaille de vermeil : M. le Docteur Guillemin, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Bervet, de Bastia (Corse) ; Diot, de Marrakech et Mahieu, de Meknès (Maroc).

Médaille de bronze : M. le Docteur Mary, de Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse (Aude) ; M. Morel, interne à l'hôpital d'Arles ; Mlle Seillon, interne des hôpitaux de Marseille ; Mme Poirier, interne à l'hôpital d'Angoulême ; M. Manipoud, interne des hospices civils de Vienne (Isère) ; M. Cornière, externe des hospices civils de Nantes ; M. le Docteur Graillon, de Méru (Oise) ; M. Bonnet, étudiant en médecine, en traitement à l'hôpital de Clermont-Ferrand ; M. Debain, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris ; Mlle Duchamp, externe à l'hôpital Saint-Louis, à Paris ; M. le Docteur Naillat, de Paris ; M. Pardon, externe à l'hôpital Hérold, à Paris ; M. le Docteur Rollet, de Paris ; Mlle Rouget, interne faisant fonctions d'assistant à l'hôpital Trousseau, à Paris ; MM. les Docteurs Beyrand, de Casablanca ; Escalle, de Fez ; Messerlin, de Rabat ; Sicard, de Tebourba (Tunisie).

(*J. O.*, 1er avril 1941).

Inspection de la Santé

M. le Docteur de Kermabon est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Morbihan.

Hôpitaux psychiatriques

M. le Dr Ferdière, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit, est déplacé d'office et affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, en remplacement de M. le Dr Usse, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Regis, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille, en remplace-

ment de M. le Dr Fassou, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Bargues (Roger), médecin chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, est placé dans la position prévue à l'article 7 de la loi du 3 octobre 1940 à compter du 20 décembre 1940.

M. le Dr Fretet, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron, est affecté, en la même qualité, au quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, en remplacement de M. le Docteur Bargues.

M. le Dr Gardien, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux, est nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit, en remplacement de M. le Docteur Ferdière, déplacé d'office (intérêt de service).

Mme le Dr Gardien, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Limoux, est affectée, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron, en remplacement de M. le Dr Fretet, déplacé d'office (intérêt de service).

Sanatorium

M. le Dr Bertheau, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), est chargé provisoirement des fonctions de médecin directeur du sanatorium des Tilleroyes (Doubs), en remplacement de M. le Dr Thibaut.

(*J. O.*, 3 avril 1941).



CORRESPONDANCE

ALLOCATIONS FAMILIALES

2.064. — Conditions d'exonération des cotisations au profit des pères ayant élevé quatre enfants

Je m'adresse soit au *Concours médical*, soit au « Sou » dont je fais également partie pour vous demander quelques précisions au sujet des allocations familiales et je joins mes feuilles à payer pour que vous me donniez un conseil.

Comme père de cinq enfants (21, 19 1/2, 17 1/2, 15 et 12 ans 1/2), tous étudiants ou écoliers, j'avais demandé si je n'avais pas droit à être exempté d'une partie des cotisations d'après l'article paru dans le *Concours*. Sur mes feuilles, je ne crois pas qu'on en tienne compte. Comment faire ?

Dr C.

Réponse

Le décret du 1er novembre 1940 qui exemptait les pères ayant élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans du paiement des cotisations des allocations familiales, n'est applicable qu'aux travailleurs indépendants.

En votre qualité d'employeur, vous ne pouvez prétendre à son bénéfice.

Les décomptes des cotisations qui vous ont été envoyés sont donc exacts.

AUTOMOBILISME

2.213. — Transformation des automobiles en voitures électriques

Comme tous les confrères, surtout ceux qui exercent à la campagne, je suis très gêné par les quantités trop réduites de carburant mises à ma disposition. Il y a quelques jours, à la radio, un ministre nous prévenait que les stocks diminuaient très vite et qu'ils ne pourraient être renouvelés. Que faut-il conclure que, d'ici peu, l'essence va manquer et qu'il faudra, à défaut de carburant, faire toutes les visites à pied ou à bicyclette ...

Je me suis laissé dire que les voitures anciennes pouvaient, à la rigueur, être équipées en vue de la traction électrique. Cela est-il possible pour le genre de voiture que je possède (novaquatre Renault 1939) ? Si oui, en abandonnant moteur et changement de vitesse, à quel prix pourrait revenir l'équipement ? Pourrait-on m'indiquer une maison du Maine, de l'Anjou ou de la Bretagne, outillée pour ce genre de travail ? Combien de kilomètres pourrais-je espérer parcourir, après rechargement des accus ?

Dr V.

Réponse

On peut, en effet, transformer les voitures en véhicules électriques ; la transformation est d'autant plus onéreuse et moins indiquée que la voiture est plus importante. La novaquatre me paraît être la limite supérieure à laquelle il faut s'arrêter.

L'équipement d'une telle voiture doit coûter approximativement 25 ou 30.000 francs. Le parcours possible sans recharge dépend de l'importance de la batterie d'accumulateurs et, par conséquent, du prix. Il ne faut guère compter plus de 60 ou 80 kilomètres.

Je regrette de ne pouvoir vous indiquer d'adresses de transformateurs dans votre région.

Henri PETIT.

2.211. — Pièces nécessaires pour circuler en automobile

Installé depuis quelques mois, je viens d'être forcé de remplacer ma bicyclette par une auto. C'est-à-dire que j'ignore tout de l'actuelle législation auto.

J'ai un Ausweiss, j'ai des bons d'essence, mais la mairie de mon petit pays ignore s'il faut un carnet de bord pour les médecins.

Pourriez-vous me renseigner à ce sujet ?

Dr P.

Réponse

Je crois que si vous avez un permis de circuler et des bons d'essence, rien ne s'oppose à ce que vous rouliez en voiture.

Cependant, comme la législation n'est pas appliquée de la même façon dans toute la France, le meilleur procédé pour être fixé est de vous renseigner, soit à la mairie, soit à la préfecture de votre département, en somme auprès de l'autorité qui vous délivre vos bons d'essence.

Henri PETIT.



Soixante-troisième année | N° 17 | 27 Avril 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuse toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 121. — Client. Médec. génér. a céd. dans Ville Sud-Ouest. S'adres. Dr Renou à Saintes.

N° 122. — Oise. Client. médic. à céder cause départ deuil. Prix à débat. Ecr. Gilbert Gendron, 12, rue Eugénie à Stains (Seine).

N° 123. — Paris. Près Gares Nord et Est. Appart. médic. très bien sit. 8 pièc. asc. loyer très modér. à céd. cause santé avec instal. électrolog. à médec. dispos. de quelques disponib. Dr Pernot, La Chapelle Yvon (Calvados).

N° 124. — Médec. campagne, gros. client. ferait situat. intéress. longue durée mais sans possibil. success. à assistte ou assist. français, célibat. actif, sérieux. Mme Pierre Guillot, 12, rue R. Poincaré à Troyes.

N° 125. — Hom. 30 a. présent. bien, capable trav. bureau, permis poids lourds chercb. empl. pr chaland, livrais. encais. etc.. Ecr. Malgras, 8, rue Déodat de Séverac, Paris (XVIIe).

N° 126. — On aiderait l'instal. ds bon. client. province d'un jeun. méd. bon. val. profess. Ecr. réf. Situat. de famil. à Mme L. P. Chagué, 1, rue des Ursulines, St.-Denis (Seine) qui transmettra.

N° 127. — Post. à reprend. médec. génér. proximité imméd. Saumur. Mais. tt confort. Faib. indemnité. S'adr. Dr Forest, 5, rue du Pont Fouchard, Bagneux-les-Saumur (M.-et-L.).

N° 128. — Doct. Parizot B. à Dijon (Côte-d'Or) désire remett. sa client. et recherc. poste demi repos ds chef l. cant. de la Creuse ou Indre rég. du Blanc.

N° 129. — Médec. ayt exercé à la campag. cherc. trav. comme aide prs de médec. ou pl. en sana, cliniq. ou mais. de sant. S'adr. Dr Roth, Chouzé-sur-Loire (I.-et-L.).

N° 130. — Bretagne. Import. poste médec. rur. à céd. dans chef-l. cant. Gros chiffr. d'aff. Ecr. M. L. Sternberg, à Eréac (C.-du-Nord). à

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Paris, quartier populaire, 4 pièces tout confort. Loyer 8.700 fr. charges comprises, très bon rapport, prix 35.000 fr. comptant 20.000 fr.

Touraine, suite décès, seul propharmacien, six pièces, jardin, loyer 5.000 fr. rapport moyen, prix modéré à discuter.

Près Blois, gros bourg, 2 médecins, 2 pharmaciens, 6 pièces, jardin, loyer 3.500 fr. très bon rapport, prix moitié.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le gargarisme le plus agréable pour le syphilitique, **c'est** la TABLETTE DE **Mangaïne.** Grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier. 71, rue Sante-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, c'est-à-dire dans quelques jours, le *Concours Médical* pourra parvenir aux prisonniers, tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au Journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'Entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers, 5, place Saint-Michel, Paris, qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gracieusement chaque semaine à la disposition des prisonniers cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *L'utilisation des colorants minéraux dérivés de la houille pour la coloration des boissons gazeuses, sirops, limonades.* — La Commission d'hygiène de l'Académie (rapport de M. Tanon) propose de donner un avis favorable, du moins jusqu'à ce qu'il devienne possible de se procurer les matières végétales antérieurement autorisées, étant donné que les expériences faites sur les colorants minéraux en question ont prouvé que leur usage très prolongé pourrait avoir des inconvénients.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis). — *Leçons du mercredi, à 10 heures*, par le Professeur Laignel-Lavastine : Mercredi 30 avril : L'actualité de Cabanis ; 7 mai : Les troubles végétatifs des psychopathes ; 14 mai, 21 mai : Leur sémiologie sympathique ; 28 mai, 4 juin, 11 juin : Leur sémiologie endocrinienne ; 18 juin : Leur sémiologie avitaminique ; 25 juin : Thérapeutique de la personnalité.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale**, (1, rue Cabanis). — *Conférences hebdomadaires du samedi à 11 heures sur les problèmes psychiatriques*: Samedi 3 mai, M. Vinchon : Les obsessions par contraste ; 10 mai, M. Poyer : L'incohérence ; 17 mai, M. Bessières : La valeur de la malariathérapie d'après 400 cas personnels ; 24 mai, M. Parcheminey : L'hypnotisme ; 31 mai, M. Porcher : Statistique et psychiatrie.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis). *Cours de perfectionnement de psychiatrie.* — Le Professeur Laignel-Lavastine, assisté de MM. Delay, agrégé, médecin des hôpitaux ; Heuyer, médecin-chef de l'infirmerie spéciale près la Préfecture de police, médecin des hôpitaux ; Puech, neuro-chirurgien des hôpitaux psychiatriques de la Seine ; Parcheminey, chef de laboratoire ; Durand, Bouvet et Vidart, chefs de clinique, fera, avec l'aide des internes du service, ce cours du 15 au 30 mai 1941.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en psychiatrie.

Il consiste essentiellement en leçons cliniques et techniques et présentations de malades, chaque matin de 9 heures à midi et chaque après-midi de 15 heures à 17 heures, en exercices cliniques et thérapeutiques et assistance aux opérations de neurochirurgie.

Programme du cours : Jeudi 15 mai, 9 heures, M. Laignel-Lavastine : Le mouvement thérapeutique en psychiatrie ; 10 heures, M. Mignot : Exemples cliniques. — Vendredi 16 mai, 9 heures, M. Delay : Syphilis cérébrale et paralysie générale ; 10 heures, M. Delay : L'impaludation et ses indications. — Samedi 17 mai, 9 heures, M. Durand : L'impaludation technique et résultats ; 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Présentation de paralysie

générale impaludée ; 11 heures, M. BESSIÈRES : La valeur de la malariathérapie d'après 400 cas personnels. — Lundi 19 mai, 9 heures, M. HEUYER : La thérapeutique en neuro-psychiatrie infantile ; 10 heures, M. HEUYER : Présentation des résultats. — Mardi 20 mai, 9 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Schizophrénie et insulinothérapie ; 10 heures : Consultation. — Mercredi 21 mai, 9 heures, M. MIGNOT : L'insulinothérapie : technique et réactions ; 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Séminologie sympathique des psychopathes (avec projections). — Vendredi 23 mai, 9 heures, M. BOUVET : La valeur de l'insulinothérapie ; 10 heures, M. VIDART : Présentation des résultats. — Samedi 24 mai, 9 heures, M. PARCHEMINEY : La psychothérapie ; 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Présentation de malades ; 11 heures, M. PARCHEMINEY : L'hypnotisme. — Lundi 26 mai, 9 heures, M. PUECH : La chirurgie des psychoses ; 10 heures, M. PUECH : Ses résultats. — Mardi 27 mai, 9 heures, M. DURAND : La cardiazolthérapie ; 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation. — Mercredi 28 mai, 9 heures, M. MIGNOT : Résultats de la cardiazolthérapie ; 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : La séminologie endocrinienne des psychopathes. — Jeudi 29 mai, 9 heures, M. BOUVET : L'endocrinothérapie chez les femmes ; 10 heures, M. BOUVET : Ses résultats cliniques. — Vendredi 30 mai, 9 heures, M. VIDART : L'endocrinothérapie chez les hommes ; 10 heures, M. VIDART : Ses résultats cliniques.

Le droit à verser est de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures ou à la salle Béclard tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures sauf le samedi après midi.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Un congé de six mois, sans traitement, est accordé à M. le Professeur Chevassu, à compter du 1er avril 1941.

Un congé de trois mois, avec demi-traitement, est accordé à M. le Professeur Villaret, à compter du 1er avril 1941.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. Wunschendorff, professeur à la Faculté de médecine d'Alger, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— **Ecole de médecine de Nantes.** — M. Maurice Bretel, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri BRODIER, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté ; du Docteur Henri POLAILLON, décédé à Paris.

— Nous apprenons la mort de M. J.-M. HUARD, frère du Docteur Serge Huard, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire d'Etat à la Santé publique.

Nous prions celui-ci, en ces douloureuses circonstances, d'agréer l'expression de notre confraternelle sympathie.

Communiqués du Conseil de l'Ordre des Médecins
du Département de la Seine
28, rue Serpente

I

La Préfecture de police rappelle à tous les médecins que l'usage de l'automobile les dimanche et jours fériés est réservé aux seuls bénéficiaires d'un S. P. portant la mention « valable dimanches et jours fériés ».

Les services de police relevant de la Préfecture de police comme de l'autorité d'occupation ont reçu des instructions pour que soit intensifiée la surveillance de la circulation.

Les médecins que leurs obligations professionnelles les astreignent à l'usage de leur voiture le dimanche et jours fériés sont priés, au cas où ils n'auraient pas encore cette autorisation, d'adresser leur demande au Conseil de l'Ordre qui la transmettra avec son avis.

II

Le Conseil de l'Ordre des médecins du département de la Seine doit contresigner les certificats médicaux délivrés à l'appui d'une demande de passage en zone libre. Il est indispensable que le Conseil puisse statuer sur un certificat détaillé posant es indications de ce départ. Afin de ne pas contrevenir aux principes fondamentaux du secret professionnel, le Conseil demande de joindre au certificat destiné à l'administration un certificat détaillé et médical qui sera remis directement au Conseil de l'Ordre et sera conservé comme pièce justificative.

Conseil de l'Ordre des médecins des Ardennes

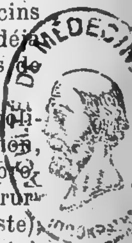
Secrétariat : 26, rue du Petit-Bois,
CHARLEVILLE

Réunion du 1er avril 1941

Sous la présidence de M. le Docteur Baudoin se sont réunis MM. les Docteurs Martin, Tilman, Vassal et Vilte.

Le Docteur Rozoy, conseiller technique, fait les fonctions de secrétaire.

Le questionnaire en vue de l'inscription au tableau de l'Ordre a été envoyé à tous les médecins rentrés dans les Ardennes. La plupart ont déjà répondu, quelques-uns s'étonnent d'être obligés de s'inscrire à une Caisse d'Allocations familiales.



Quelque soit son domicile en France métropolitaine, qu'il ait du personnel professionnel ou non, qu'il ait des enfants ou non, tout membre des professions médicales (médecin, pharmacien, chirurgien, dentiste, vétérinaire, sage-femme, herboriste) est depuis le 1er avril 1940, assujetti légalement à s'affilier à l'unique caisse agréée pour ces professions : la Caisse d'Allocations familiales des professions médicales dont le siège est 22, rue Drouot et le siège administratif, 66, rue de la Chaussée-d'Antin pour la zone occupée, et 10, rue de Plat à Lyon pour la zone non occupée.

Pour les gens de maison s'adresser à la caisse interprofessionnelle du département créée spécialement à cet effet.

Le Conseil décide d'écrire aux médecins dont le poste a besoin de titulaire pour savoir s'ils reprendront ou non l'exercice de leur profession dans les Ardennes. Au cas où ces médecins ne seraient pas décidés à rentrer immédiatement, leurs postes pourraient être attribués provisoirement pour un an, à des confrères nouveaux.

Le Conseil donne ensuite quelques autorisations d'installation.

Il décide d'envoyer aux médecins une circulaire rappelant l'obligation de déclarer les maladies professionnelles et contagieuses, exposant le régime des soins pour accidents du travail et assurances sociales au personnel occupé par les allemands, les conditions d'achat de matériel radiologique appartenant au Service militaire et diverses questions d'actualité.

Abrogation du décret du 20 mai

Loi du 2 avril 1941 (N° 1471)

relatif à la création ou à l'extension de cabinets médicaux

Article 1er. — Les dispositions du décret du 20 mai 1940 sont abrogées en ce qui concerne les cabinets médicaux.

L'exercice de la médecine est et demeure soumis aux conditions fixées par les lois des 30 novembre 1892, 7 août 1940 et 7 octobre 1940.

Toutefois, aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier

Article 2. — Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins pourra, sur demande du Conseil départemental, fixer par délibération spéciale le nombre maximum de médecins susceptibles d'exercer leur art dans un département. Ce nombre ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui des médecins en exercice dans ledit département à la date du 1er septembre 1939.

L'application de cette décision incombera au Conseil départemental de l'Ordre. L'inscription au tableau institué par l'article 8 de la loi du 7 octobre 1940 ne pourra être refusée par le Conseil départemental, pour motifs tirés de l'encombrement de la profession, à moins que l'inscription sollicitée n'ait pour effet de dépasser le maximum fixé par la délibération du Conseil supérieur.

Article 3. — Les Cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter lesdites autorisations. En cas de refus, appel de la décision pourra être porté devant le Conseil supérieur, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'État.

(*J. O.*, 18 avril 1941).

Voir la suite page XXXIX-785

PROPOS DU JOUR

LA RACE HUMAINE ET SON AVENIR

L'homme en est venu à ce point de son histoire où il peut valablement, où il *doit* se demander si sa prééminence intellectuelle lui a été un don bienfaisant ou funeste, s'il a fait ou non fausse route en échafaudant la civilisation actuelle sur les inventions de son esprit, s'il s'est assuré l'avenir ou s'il va à sa perte.

Ruminations de désabusé et bien à la couleur de notre siècle incohérent. En être là trente ans après Berthelot, un siècle et demi après Condorcet ! Faut-il que nous en ayons essuyé des déceptions depuis les beaux jours de la foi totale en la science et dans le perfectionnement indéfini de l'espèce humaine !

Oui ! nous avons été déçus, et le sommes encore tous les jours. Il y a de quoi ! Car nous nous figurions avoir accompli un travail de Titans et avoir mérité pour le moins la gloire de Prométhée ; maintenant nous doutons, assez piteusement, d'avoir fait autre chose que brasser du vide et nous leurrer nous-mêmes.

Où est-il le progrès tel que le prêchaient et le prophétisaient les encyclopédistes ?

Condorcet avait annoncé que les progrès de la *médecine préservatrice* feraient disparaître les maladies transmissibles ou contagieuses ; que les progrès de la *médecine conservatrice*, c'est-à-dire de l'hygiène, pourraient amener un perfectionnement réel de l'espèce humaine. « L'observation des diverses races d'animaux domestiques doit nous porter à le croire » disait-il dans son testament : Le tableau historique des progrès de l'aspect humain, 1794.

Nous l'avons cru, et nous avons même cru avoir de bonnes raisons pour le croire. Les statistiques ne nous révélaient-elles pas que la mortalité avait diminué dans tous les pays, que la durée moyenne de la vie humaine augmentait et que de 47 ans à la fin du XIX[e] siècle elle avait atteint 50 ans en 1910 et 57 ans en 1935 ? Les chiffres sont les chiffres, que diable ! et là du moins, nous nous sentions assurés de ne pas céder à des illusions trompeuses. Mais des sceptiques ayant voulu considérer la question d'un peu plus près se sont aperçus que la durée moyenne de la vie était au XVI[e] siècle de 21 ans ; qu'elle avait déjà monté à 26 ans au XVII[e] siècle et à 34 ans au XVIII[e]. Du XVI[e] siècle au milieu du XIX[e], en 250 ans, avant que les découvertes de Pasteur et les conquêtes de l'hygiène collective eussent pu y faire quoi que ce soit, elle avait donc déjà doublé. Il est permis de contester au progrès ce triomphe sur la mort dont il tirait orgueil.

Ce sont encore les statistiques qui nous révèlent un intéressant bénéfice de l'espèce humaine : dans tous les pays la mortalité par tuberculose est en baisse et si, en France, nous nous en apercevons à peine, c'est que nous avons un retard considérable sur des pays comme la Hollande, les Etats-Unis, l'Allemagne et l'Angleterre.

Et les Français de se demander aussitôt en quoi ils ont pu fauter, par quelles voies leur a échappé le bacille, comment ils peuvent améliorer leur armement antituberculeux.

Nouvelle déception pour notre orgueil de roseaux pensants : Ce ne sont pas les découvertes de nos savants qui font reculer la tuberculose. Partout elle avait commencé de refluer bien avant les travaux de Villemin qui ne datent que de 1865, bien avant la découverte de Koch qui est de 1882, bien avant l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse.

« L'épidémiologie historique, dit Etienne Burnet dans son livre : *Prophylaxie de la tuberculose* (1933), montre que le mouvement de la tuberculose dépend de la civilisation générale ; le déclin de la mortalité tuberculeuse a commencé avant l'ère des découvertes microbiologiques et de l'hygiène moderne basée sur elles ».

Et ce blasphème contre les sciences de la vie, un grand savant allemand, Rudolph Virchow, le proférait déjà, il y a près d'un siècle, en 1848 ; il constatait, dès cette époque et avant les découvertes applicables à la défense de la santé, que les maladies épidémiques avaient pris un caractère beaucoup moins grave qu'autrefois, et « uniquement, écrivait-il, parce que sont arrivés à la jouissance de la vie « Genuss des Lebens » des classes de la population qui jadis en étaient à peu près complètement exclues ».

Ainsi les savants eux-mêmes, les faiseurs de découvertes desquelles nous attendions le salut, ne s'illusionnent pas sur la valeur réelle de ce qu'ils nous donnent. Ils sont les premiers à nous détourner de capitaliser dans leurs microscopes et leurs tubes à essai notre foi en l'esprit humain ; le conflit éternel entre la vie et la mort a établi ses retranchements au-delà de notre portée, et si nous pouvons tenter d'intervenir dans ce conflit ce n'est que par des voies humbles et indirectes.

« Plus on observe la tuberculose, dit encore Etienne Burnet, plus on désespère de la vaincre par les moyens que la science nous a mis en main, *tant que la société humaine restera ce qu'elle est.* Elle doit se purifier, cette société ; elle n'y réussira pas complètement par l'exercice de la médecine traditionnelle, ni par un effort social limité. Il faut que l'humanité se régénère dans son ensemble, en mettant en œuvre toutes les forces sociales ».

« La tuberculose n'est pas la seule maladie dont l'humanité souffre, mais comme elle est la plus difficile à déraciner, c'est sur elle que l'hygiène sociale prouvera son pouvoir. Pour supprimer la tuberculose, *il faudra transformer la société* ».

« La tuberculose ne s'éteindra, ajoute Etienne Burnet, ou ne s'atténuera au maximum que dans une atmosphère de prospérité et de sécurité, c'est-à-dire dans la paix politique et économique qui est le plus grand bienfait de la civilisation générale ».

La paix politique et économique ! La machinomanie contemporaine la compromet un peu plus à chacune de ses découvertes. Depuis 30 ans le monde offre ce décevant et ridicule spectacle que les conflits économiques le poussent tout droit aux conflagrations politiques et que les conflagrations politiques le ramènent impitoyablement dans les conflits économiques. C'est dans ce cercle vicieux que s'est trouvée circonscrite l'histoire universelle de ces dernières années. Ce cercle, de grands systèmes, de vastes pensées, se sont voués et se vouent encore à le rompre. On voudrait espérer une réussite qui libère enfin l'humanité et la remette sur la voie depuis si longtemps perdue. Mais les faillites précédentes n'engagent pas à une foi aveugle. Et tout en peinant, aujourd'hui encore, de toutes nos fibres, nous ne parvenons pas à croire que ce soit là la « bonne souffrance » qui nous vaudra le salut.

***

« La civilisation, a dit Charles Richet, n'aboutit qu'à la détérioration de l'espèce ».

Et Sicard de Plauzoles renchérit en ces termes :

Il suffit d'ouvrir les yeux pour constater la diminution progressive de la valeur des générations nouvelles, la dévaluation de notre capital humain. Je citerai seulement, parmi les indices les plus frappants, le nombre considérable et croissant sans cesse des sujets déficients et anormaux. Des enquêtes, incomplètes d'ailleurs, et déjà anciennes, ont permis d'évaluer en France le nombre des enfants anormaux psychiques, d'âge scolaire, à 5 %. 275.000 pour 5.550.000 écoliers, il y a une trentaine d'années.

Dans un rapport présenté à l'Académie de médecine, en 1937, le Docteur Adrien Loir compte que 8 % des enfants ne peuvent suivre les leçons de l'instituteur. D'après un spécialiste, le Docteur de Parrel, 20 % de nos enfants sont atteints de déficiences diverses, incapables de se développer au rythme normal et de suivre une classe normale.

Il y aurait donc, en France, un cinquième, peut-être un quart, de la population atteint de déficience à des degrés divers.

Le Docteur Papillault, de l'Ecole d'anthropologie, a estimé à 33 % le nombre des dégénérés « inaptes sociaux ».

La situation est analogue dans presque tous les pays. Je citerai seulement les Etats-Unis. Le nombre total des malades et déficients mentaux s'y élèverait à 10.000.000. Selon certains eugénistes américains, il y aurait, aux Etats-Unis, 15.000.000 d'individus dysgéniques, un huitième de la population totale.

Qu'y a-t-il au bout de cette incessante dévaluation ? Pour la race, comme pour la monnaie, est-ce la faillite fatale ?

Mais on invente une autre monnaie ; on ne crée pas une nouvelle race. Ou, du moins, s'il en apparaît une, en dépit de nous, du reste, et sans notre aveu, ce ne sera que pour prononcer notre condamnation et sceller sur nous la pierre du tombeau.

Ce pays, s'il veut vivre (car sa détresse ne lui laisse pas le loisir de porter sa méditation au delà de lui-même) doit élaguer sans autre pensée que de mieux respirer, tout ce qu'une civilisation factice a fait végéter sur son sol. C'est aux lignes simples qu'il faut revenir, aux profits purement nationaux, à l'effort ancestral, au langage du crû. Il nous faut retrouver le pur terroir « tel qu'en lui-même enfin l'éternité le change ».

On parle de révolution parce qu'un peuple en mal de devenir cherche toujours à ses grands maux de grands remèdes et qu'il ne s'estime pas sur la voie du salut à moins de convulsions plus ou moins violentes. Ce n'est pas de révolution qu'il s'agit aujourd'hui, ni même d'évolution. Parlons la langue médicale et disons : involution. Notre peuple n'a qu'un besoin et qu'une tactique possible : se remodeler sur sa propre forme. Il fut grand et il s'est tassé. Ce n'est qu'un peu de respect de soi-même à lui rendre et sa taille se redressera.

Les épreuves suprêmes ont ceci de bon qu'elles nous dépouillent de toute illusion et centrent nos regards sur les réalités essentielles. Nous nous connaissons enfin tels que nous sommes, tels que nous sommes devenus. A un centimètre près nous connaissons notre stature et à un franc près notre crédit dans le monde.

Il n'y a pas de quoi se monter la tête. Du moins notre bilan est-il ainsi arrêté au plus juste. Et c'est, dans son aridité, un bienfait que plus d'un peuple, peut-être, aurait à nous envier.

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE LA NÉVRALGIE FACIALE, LA « TRACTOTOMIE TRIGÉMINALE »

Par le Docteur Henri SCHAEFFER
Médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

Le traitement de la névralgie faciale par neurotomie rétrogassérienne est actuellement connu de tous et universellement pratiqué, que l'on utilise la voie temporale proposée par Frazier en 1901, ou la voie occipitale utilisée par Dandy en 1925.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre voie, on peut dans les deux cas faire une neurotomie complète ou une neurotomie partielle. Ces diverses techniques ont chacune leurs indications particulières, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

Mais, dans l'ensemble, avec un minimum de risques, de fort beaux résultats thérapeutiques ont été obtenus par la neurotomie dans le traitement de la névralgie faciale.

Plus récemment, dans les pays scandinaves et en Italie une autre intervention opératoire a été proposée, *la section de la racine descendante du trijumeau dans son trajet intra-bulbo-spinal, à laquelle le Docteur Olof Sjöquist a donné le nom de « tractotomie trigéminale »*.

Sjöquist compare cette intervention à la cordotomie utilisée pour la première fois par Frazier en 1912, dans le traitement des algies incurables des membres et des viscères.

Ces deux interventions ont indiscutablement la même base, à savoir l'existence de voies de conduction séparées pour les diverses sensibilités, tactile, douloureuse et thermique, soit dans la moelle (faisceau spino-thalamique), soit dans la mésocéphale (faisceau quinto-thalamique).

Aussi avant d'aborder l'étude de la tractotomie, *nous allons exposer très rapidement et de façon schématique le trajet des fibres sensitives de la Ve paire.*

Le trijumeau est un nerf mixte composé de deux racines ; 1) l'une motrice de petit volume qui innerve les muscles masticateurs, et dont le noyau siège dans la calotte protubérantielle ; 2) l'autre sensitive, très volumineuse, a ses cellules d'origine dans le ganglion de Gasser. Le prolongement unipolaire des cellules de ce ganglion se divise en deux branches, l'une périphérique qui va vers la peau et les muqueuses, l'autre centrale. La réunion de ces prolongements centraux constitue la racine sensitive du trijumeau. Les fibres qui constituent cette racine sont de deux ordres : 1) les unes myélinisées et volumineuses, après avoir pénétré dans la protubérance, se divisent en deux rameaux, ascendant et descendant ; 2) les autres de fin calibre (moins de 4 μ) ne se divisent pas en pénétrant dans la protubérance, et vont se terminer dans le noyau de la Ve paire. *Il semble que ces dernières fibres conduisent les sensibilités thermiques et douloureuses, alors que les fibres de gros calibre conduisent les sensibilités tactiles.* (Ranson).

Signalons en outre que les trois branches du trijumeau semblent bien présenter dans le noyau de la Ve paire et dans le tractus spinal *une disposition segmentaire et somatotopique*, les branches de l'ophtalmique ayant une situation antérieure, celles du maxillaire inférieur une situation postérieure et celles du maxillaire supérieur une situation intermédiaire. De plus la partie inférieure du noyau du V qui descend jusqu'à C^2 correspond à l'ophtalmique, son segment supérieur qui siège dans le bulbe, répond au maxillaire inférieur, sa partie moyenne correspond au maxillaire supérieur.

Du noyau bulbo-spinal du trijumeau partent les fibres qui vont constituer *le faisceau sensitf central du V, ou faisceau quinto-thalamique.* Ce faisceau s'entrecroise sur la ligne médiane, monte dans le bulbe dans le lemniscus médian hétérolatéral, pour s'intégrer un peu plus haut au faisceau spino-thalamique, et aller se terminer avec lui dans la couche optique.

Ces données anatomiques élémentaires, malheureusement arides, montrent que la tractotomie pourra porter, soit sur le neurone périphérique de la Ve paire, soit sur le neurone central, le faisceau quinto-thalamique.

Dans le premier cas elle intéressera la racine descendante du trijumeau et son noyau. Elle siégera du côté de la douleur, et physiologiquement ne se distinguera pas de la neurotomie. Dans le second cas elle aura pour objet de sectionner les fibres du faisceau quinto-thalamique. Elle siégera du côté opposé à la douleur, et sera entièrement comparable à une cordotomie.



La grande majorité des tractotomies pratiquées jusqu'ici intéressaient le neurone périphérique du V.

La technique opératoire proposée par Sjöquist est la suivante. — L'intervention peut avoir lieu sous anesthésie générale, ou sous anesthésie locale avec anesthésie générale au moment de la section de la racine descendante, qui détermine une très vive douleur. On fait une trépanation postérieure comparable à celle d'une hémi-intervention sur le cervelet, avec ou sans résection de l'atlas. On découvre ainsi la face latérale du bulbe, les IXe, Xe et XIIe paires craniennes, l'éminence olivaire et le corps restiforme ; l'amygdale cérébelleuse réclinée en haut laisse voir la partie inférieure du IVe ventricule, l'artère vertébrale et la cérébelleuse inférieure qu'il faut éviter, ainsi que les filets du vague. A ce niveau le tractus spinal du trijumeau n'est plus recouvert par le corps restiforme. On incise la moelle perpendiculairement à son axe, à une profondeur de 3 mm. à 3,5 mm., sur 3 à 4 mm. de long, à un niveau qui correspond aux derniers filets du vague, c'est-à-dire à l'union de la partie moyenne et du tiers inférieur de l'olive. Cette incision évite le corps restiforme et le noyau de Burdach en arrière, l'olive inférieure en avant.

La même intervention a été pratiquée par d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons Rowbotham, Jackson et Ironside, Walker, Grant, Groff et Lewy.

Serra et Neri ont pratiqué une intervention de même ordre, mais ils ont utilisé le bistouri électrique, ce qui est certes préférable. Ils ont en outre complété l'intervention par la technique de Dandy.

Les complications consécutives à l'intervention ne sont en général pas graves. Elles résultent du voisinage des noyaux de la colonne dorsale, du corps restiforme, et surtout des racines du pneumogastrique. La paralysie du récurrent est l'accident le plus fréquent. On peut observer aussi de la céphalée, du nystagmus, des troubles de la déglutition et de la miction, de l'ataxie.

Le résultat de l'intervention opératoire se traduit tout d'abord par une hémianesthésie dissociée de la face intéressant les sensibilités thermiques et douloureuses, et respectant la sensibilité tactile.

Ces troubles de la sensibilité sont moins fixes que ceux observés à la suite de la neurotomie. Ils peuvent ne pas intéresser les trois branches du trijumeau. L'anesthésie peut intéresser le territoire des maxillaires et respecter celui de l'ophtalmique ou inversement.

Les troubles de la sensibilité thermique et douloureuse sont le plus souvent superposés, mais le fait n'est pas absolu ; ce qui prouve que ces diverses sensibilités ont des conducteurs séparés dans le mésocéphale. Le réflexe cornéen est aboli de façon inconstante.

Les résultats thérapeutiques obtenus sont assez différents suivant les cas. Les raisons en sont multiples.

Les malades opérés n'étaient pas comparables. Les uns avaient des névralgies faciales essentielles ; d'autres des névralgies symptomatiques de causes très diverses, relevant en particulier de tumeurs malignes de la base du crâne ; d'autres encore étaient des cas de névralgisme facial ou des sympathalgies.

Certains auteurs ont eu des échecs, qui étaien indépendants de la cause de la névralgie, mais qui dépendaient de l'insuffisance de l'intervention. Et la meilleure preuve en était que ces malades non améliorés, où insuffisamment améliorés, ne présentaient pas d'anesthésie cutanée appréciable dans le territoire ou ils souffraient.

Ne pouvant analyser tous les cas, nous allons rapporter brièvement les résultats obtenus par Grant, Groff et Léwy. Ces auteurs ont opéré douze malades. Quatre étaient atteints de névralgie faciale essentielle. Les huit autres présentaient des névralgies faciales symptomatiques causées par des tumeurs malignes, et souffraient beaucoup. Cinq d'entre eux avaient des tumeurs de la machoire ou de la bouche. Dans les trois autres cas, il s'agissait d'un carcinome de l'antre, d'une tumeur de la parotide et d'une métastase des ganglions préauriculaires. Dans tous les cas les douleurs siégeaient dans le territoire des maxillaires. Dans deux cas, la tractotomie fut associée à une section des racines cervicales supérieures, du fait de l'extension de la tumeur au territoire innervé par elles. Dans un cas la section du glosso-pharyngien fut également pratiquée. Dans ces douze cas, les résultats de la tractotomie furent satisfaisants.

La section des voies centrales de la douleur pratiquée en amont du noyau du V, la section du faisceau quinto-thalamique n'a été pratiquée qu'exceptionnellement, et pour notre part nous ne connaissons que celle, qui nous a été confiée par le Professeur Cl. Vincent, et qui est la suivante. Une femme de 50 ans présente une névralgie faciale gauche du type essentiel dans le territoire des maxillaires, pour laquelle le Docteur Cl. Vincent pratique une neurotomie partielle par voie temporale. Les crises douloureuses paroxystiques disparaissent, mais font place à des douleurs continues. Pour ces douleurs on fait divers traitements, dont une alcoolisation du ganglion sphéno-palatin sans résultat. En mai 1940, le docteur Cl. Vincent pratique donc par voie temporale une section de l'ophtalmique gauche. La malade continue à souffrir de brûlures dans toute l'hémiface gauche, avec un état dépressif comparable à celui que l'on voit dans les sympathalgies. Un mois après, nouvelle intervention par voie occipitale, et section de tout le trijumeau gauche au ras de la protubé-

rance. Persistance des douleurs avec aggravation de l'état général et de l'état psychique. Le Docteur Cl. Vincent fait alors une tractotomie trigéminale droite à l'électro-coagulation. La protubérance est piquée à l'émergence du trijumeau droit, à environ 15 mm. de profondeur, en direction de la ligne médiane, et la pointe du bistouri électrique est déplacée de 1 centimètre transversalement. Les suites opératoires furent simples. La névralgie faciale disparut. L'état psychique et l'état général s'améliorèrent progressivement.

Cette observation est fort instructive. Elle montre d'une part la guérison par la section du faisceau quinto-thalamique d'une névralgie qu'aucune neurotomie n'avait améliorée. Et d'autre part elle met en lumière la transformation d'une névralgie faciale qui, d'abord du type essentiel, a ensuite revêtu le type d'une sympathalgie.

Etablir les avantages et les indications respectifs de la neurotomie et de la tractotomie est actuellement encore chose fort malaisée. Le recul du temps manque pour juger cette dernière. Nous allons néanmoins le faire avec les documents actuels.

La tractotomie présente sur la neurotomie les avantages suivants : 1) *Elle ne détermine qu'une anesthésie dissociée de la face.* La sensibilité tactile de la peau et des muqueuses persiste, et de ce fait on n'observe pas les troubles de la mastication et de la déglutition consécutifs à la neurotomie totale. Cette constatation a sa valeur en cas de névralgie unilatérale, mais son importance est bien plus grande dans les névralgies bilatérales, rares d'ailleurs ; 2) *L'intégrité des masticateurs est la règle* ; 3) *la paralysie faciale qui accompagne parfois la neurotomie temporale ne s'observe jamais dans la tractotomie* ; 4) *la kératite neuroparalytique n'a jusqu'ici jamais été signalée après la tractotomie.*

Ces avantages sont d'importance, mais il faut reconnaître que les ennuis signalés ci-dessus étaient consécutifs à la neurotomie totale par voie temporale. Ils sont le plus souvent absents à la suite de la neurotomie partielle par voie occipitale suivant la technique de Dandy. Comme dans la tractotomie l'anesthésie est incomplète, les masticateurs sont respectés, la paralysie faciale et la kératite font le plus souvent défaut.

La neurotomie temporale fait disparaître les crises douloureuses paroxystiques, mais, dans 3,4 pour 100 des cas, d'après Grant, elle laisse persister des douleurs continues à type de brulure, des paresthésies, qui sont parfois aussi pénibles que les crises douloureuses aiguës.

Or, ces paresthésies n'ont pas été observées à la suite de la tractotomie, et il semble même que cette dernière les fasse disparaître. C'est là un avantage indiscutable. Une question se pose, celle de savoir si ces paresthésies se rencontrent après les neurotomies partielles par voie occipitale.

Il semble en plus que la section du faisceau central de la douleur soit susceptible de guérir des névralgies faciales du type essentiel, qui ne sont pas guéries par la neurotomie. L'observation de Cl. Vincent en est un exemple.

Certaines névralgies symptomatiques, telles que celles observées dans la sclérose en plaques, ou plus rarement dans la syringomyélie constitueraient pour les Anglo-Saxons une indication essentielle de la tractotomie. Il faut signaler toutefois que Parker, dans la sclérose multiple, et nous-même dans la syringobulbie, avons signalé des cas indéniables de névralgie faciale guéris par neurotomie.

Les lésions néoplasiques de la base du crâne, ou des maxillaires, qui ne permettent pas de faire une neurotomie, sont indiscutablement l'indication majeure de la tractotomie. D'autant que l'on peut y associer la section des racines cervicales supérieures, ou celle du glosso-pharyngien, quand ces nerfs sont envahis par le néoplasme.

Enfin, il semble bien que certains cas de névralgie faciale atypique, de causalgie faciale, sur lesquelles la neurotomie reste sans action, puissent être améliorés ou guéris par la tractotomie. Là encore le recul du temps manque pour être affirmatif.

En résumé. les indications de la tractotomie sont surtout faites jusqu'ici des contre-indications de la neurotomie. Relèvent surtout de la tractotomie : 1) les névralgies faciales non guéries par la neurotomie ; 2) les algies faciales qui s'accompagnent de paresthésies avant l'intervention ; 3) les paresthésies suffisamment pénibles consécutives à la neurotomie ; 4) Les névralgies symptomatiques qui ne semblent pas devoir guérir par radicotomie, telles que les névralgies post-zostériennes, ou encore les névralgies secondaires aux tumeurs malignes de la base du crâne ; 5) certaines sympathalgies faciales particulièrement pénibles.

Du point de vue technique, Grant et ses collaborateurs, estiment que la voie d'abord de la face latérale du bulbe pour pratiquer une neurotomie est plus aisée que la section de la racine elle-même. On ne saurait méconnaître toutefois que la neurotomie, temporale ou occipitale, est une intervention précise. On sait ce qu'on coupe et ce qu'on laisse. La tractotomie est une opération beaucoup plus aveugle. Malgré les points de repère il est impossible de dire si l'on a sectionné toute la racine bulbo-spinale du V, ou tout le faisceau quinto-thalamique, et si l'on a sectionné que cela. Il est impossible de dire si la section n'a pas empiété sur le faisceau moteur, le faisceau sensitif, ou les voies cérébelleuses. Et cette imprécision a son importance.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

De la voie artérielle en chirurgie

Artériothérapie - Artériographie

D'après le Docteur J.-P. de Fourmestraux (1)

Les injections intra-artérielles dans la thérapeutique

Il ne semble pas que l'angéiothérapie artérielle ait jusqu'ici, en France tout au moins, la place qu'elle doit occuper logiquement. Cependant, dans quelques services hospitaliers, à Strasbourg, à la Clinique du Professeur Leriche, à Chartres dans le service des Docteurs J. de Fourmestraux et Fredet, elle constitue une pratique habituelle.

C'est une méthode, qui exerce contre l'infection une action curative ou prophylactique, qu'il s'agisse du domaine chirurgical, et aussi du domaine médical (traitement du tétanos). Les vaisseaux les plus fréquemment choisis pour l'injection sont : les carotides, les fémorales, parfois même l'aorte.

Dans les carotides, primitive ou interne, l'injection nécessite la facile découverte du vaisseau ; ce serait une erreur de tenter l'injection transcutanée.

Technique opératoire

Pour les artères des membres, deux procédés suivant que l'aiguille peut être introduite, ou non, directement dans le vaisseau sous-jacent. Il serait bon que le chirurgien s'entraîne à la pratique de l'abord de l'artère, comme autrefois les médecins ont dû s'entraîner à la pratique des injections intra-veineuses. Sur un malade maigre ou athéromateux, cet abord direct est une manœuvre de petite chirurgie. Cependant, quand existe, comme il est fréquent, une réaction inflammatoire (par exemple l'adénite et la périadénite, surtout au niveau du triangle de Scarpa), le repérage au doigt devient difficile, de même que parfois aussi une découverte chirurgicale rapide.

L'injection peut être faite dans toute artère, dont le calibre admet la pénétration d'une aiguille de 6/10e millimètre. Il est inutile d'employer une aiguille coudée ; peu importe la forme du biseau ; l'essentiel est que la lumière en soit très fine, et l'injection poussée lentement ; la stase empêche la diffusion rapide. Avant d'injecter, il faut veiller à obtenir le jet saccadé et rythmé, qui indique que l'on est bien dans la lumière artérielle ; l'hémostase est réalisée par simple compression.

Pour injecter l'aorte, le malade sera couché sur le ventre, la tête appuyée sur un coussin. On emploie une aiguille de 12 cent. de longueur et de 12/10 de diamètre avec mandrin. Mieux vaut choisir la ponction basse, au niveau de la 12e côte. L'aorte ainsi ponctionnée est atteinte au voisinage du tronc cœliaque, et le liquide se diffuse aisément dans toutes les branches abdominales : hépatique, splénique, mésentériques, rénales, iliaques. La zone à éviter est celle qui est située au niveau de l'émergence des artères rénales. A ce niveau, en effet, l'aiguille peut se placer en face ou à l'entrée même de l'artère rénale, et, pour peu que la pénétration se fasse sous pression, le rein seul est injecté.

Point de repère : 12e côte gauche et ligne des apophyses lombaires. Désinfection de la peau. Ponction à quatre travers de doigt et à gauche de la ligne médiane, juste au-dessous de la 12e côte, mais en inclinant dans la profondeur vers le corps de la 12e dorsale, contre lequel la pointe de l'aiguille va buter. Ne pas entrer par les trous de conjugaison dans le canal rachidien, aussi faut-il donner une orientation plus externe en rasant le rachis. L'aiguille pénètre librement dans l'espace prévertébral. A dix centimètres de profondeur environ, on doit être au voisinage immédiat de l'aorte. Il suffit d'enfoncer d'un centimètre environ pour atteindre la lumière du vaisseau. Sensation de ressaut et de résistance assez accentuée, comparable à celle que l'on aurait en voulant perforer une chambre à air de mince épaisseur. Sortie du sang par petites éjaculations, sans jet violent. Une fois l'injection faite, l'aiguille retirée, l'hémostase est absolue. Au cours d'une autopsie, chez une malade ayant succombé à une septicémie puerpérale, il fut impossible de retrouver l'orifice d'entrée de l'aiguille, six jours après l'injection (de Fourmestraux).

Une remarque générale.

Jusqu'à présent les deux tiers des injections intra-artérielles ont été poussées en circulation libre ; mais il apparaît préférable de faire l'injection « en vase clos », en circulation réduite par

(1) Thèse de Paris, 1930.

compression en amont du vaisseau intéressé. Cette pratique offre l'avantage de maintenir l'agent médicamenteux plus longtemps au contact des tissus intéressés. Le garrot ou le brassard pneumatique placé à la racine du membre est laissé en place une quinzaine de minutes, et apparaît comme supérieur à la compression digitale de la fémorale. Leriche, qui depuis neuf ans utilise de façon constante l'angéiothérapie artérielle, vit ses résultats s'améliorer en utilisant la stase après injection.

La solution à injecter

A. *Solutions aseptiques et isotoniques.*

Il est logique d'injecter du sérum artificiel, ou du sérum de Ringer ou Locke par la voie artérielle. Il semble bien que ce mode d'action soit plus rapide que la voie veineuse, et puisse se substituer souvent à celui de la transfusion chez une grande hémorragique, grossesse extra-utérine opérée avec un pouls misérable et un état de shock accentué. L'apport intra-artériel de 500 cent. cubes par la fémorale amène une amélioration rapide, égale à celle d'une transfusion (de Fourmestraux).

B. *Sérums antitoxiques.*

L'injection de sérum antitétanique part d'un concept simple. La toxine antitétanique se fixant au niveau des centres nerveux, il est logique d'agir directement sur ces derniers.

C'est en partant de ce principe que Roux, il y a 40 ans, conseillait d'injecter le sérum dans le tissu cérébral après trépano-ponction. Introduit par la carotide, le sérum permet à l'agent antitoxique de se diffuser dans la totalité de l'aire vasculaire des artères cérébrales.

On a injecté également de l'acécolyne chez les artéritiques avec gangrène évolutive. D'autres injections médicamenteuses ont été faites avec du violet de gentiane, de la gonacrine, de l'argent colloïdal, et surtout du mercurochrome à 1 ou 2 p. 100. Ce dernier est le mieux toléré, et ne provoque que des réactions vaso-motrices légères dans le terrain vasculaire intéressé ; mais il faut employer une solution de mercurochrome d'une stabilité chimique absolue. Les solutions hypotoniques sont mieux tolérées que les solutions hypertoniques ; celles, dont le pH est le plus voisin du pH sanguin, sont préférables. La solution hydro-alcoolique de violet de gentiane à 1 p. 100, le sérum hypertonique à 20 p. 100 déterminent dans le domaine expérimental des coagulations périphériques du membre injecté et des réactions vaso-motrices brutales ; il en est de même de l'iodure de sodium à saturation ; la solution hypotonique de mercurochrome à 1, 1,50, 2 p. 100 peut être employée sans inconvénients.

Il est certain que l'injection intra-artérielle ne donne pas une absolue sécurité, et ne stérilise pas complètement une plaie. Rien ne doit dispenser de la toilette chirurgicale et de l'exérèse des tissus attrits. On ne désinfecte pas une plaie profonde avec un drain et une substance chimique ; rien ne vaut un large coup de ciseau et la mise à plat de la plaie. Cependant, cette donnée est moins absolue, quand une injection intravasculaire a réalisé une désinfection non plus exo-tissulaire, mais intra-tissulaire.

La pratique de l'artériothérapie ne saurait être considérée comme absolument exempte de dangers. Cependant de Fourmestraux et Fredet, qui ont pratiqué à ce jour plus de trois cents injections, n'ont jamais observé d'accidents mettant en danger la vie du malade. Une fois est apparue une légère dilatation pulsatile de la fémorale, peut-être quelques gouttes de mercurochrome avaient-elles pénétré dans une paroi artérielle, particulièrement friable ; mieux eut valu alors une découverte chirurgicale qu'une ponction sous-cutanée. D'autre part, quelques jours après une injection de mercurochrome, on peut observer une diarrhée profuse avec poussée fébrile, ou bien de larges plaques cutanées de couleur rosée, dues à des dépôts de mercurochrome ; le tout disparaît assez rapidement.

Il sera d'une élémentaire prudence d'utiliser l'angéiothérapie sur un malade couché, et qui demeurera étendu, et ceci demeure vrai surtout si l'on utilise une solution de cocaïne ou de novocaïne. Enfin, il faut songer à l'existence d'une sensibilité vaso-motrice anormale, comme dans la maladie de Raynaud avec artério-spasmes sévères. Dans les cas douteux, pratiquer une intra-dermo-réaction à l'adrénaline ; s'il survient une plaque livide longue à disparaître, s'abstenir de toute manipulation artérielle, qu'il s'agisse d'artériographie ou d'angéiothérapie.

Résultats obtenus

L'artériothérapie a été utilisée dans des éventualités si diverses, qu'il est difficile d'établir le bilan de sa valeur exacte.

Cette méthode, par voie aortique, aurait donné à Lamas des résultats impressionnants chez une cinquantaine d'injectés entéro-péritonéaux graves (contusion avec perforation, pyélonéphrite, perforations d'ulcères gastriques).

A l'hôpital de Chartres, plus de trois cents observations ont été faites : carotides découvertes chirurgicalement, artères des membres. La fémorale, plus simple à aborder que les autres artères, a été ponctionnée le plus souvent, soit directement, soit après la découverte classique.

Il semble bien qu'*à titre prophylactique l'injection intra-artérielle ait une action indéniable* : plaies de la route, traumatismes agricoles avec

◆◆◆

plaie souillée de terre, plus ou moins dilacérée et contuse, fractures ouvertes, traumatismes articulaires..., où la toilette chirurgicale fut réalisée sous-anesthésie chirurgicale, mais où dans un deuxième temps, une injection de mercurochrome, ou simplement de sérum, fut faite avec stase dans l'aire vasculaire proximale.

Dans les *infections confirmées*, le rôle de l'angéiothérapie est actif, mais peut-être moins certain. Dans les plaies articulaires, résultats bons en général, sous condition que l'exérèse des tissus attrits ait été complète. Dans les arthrites suppurées, résultats médiocres, dès le moment où les cartilages diarthrodiaux sont ulcérés, et dès que se produisent des fusées purulentes. Dans les infections étendues, dans les cellulites diffuses, l'action est efficace et rapide.

Bref, l'angéiothérapie ne constitue pas toute la thérapeutique, mais permet de limiter l'acte chirurgical. La chute de la température, la sédation des accidents locaux ont paru tout à fait probants dans un cas de parotidite grave, dans plusieurs cas de phlegmons des gaines, où le drainage habituel put être relativement restreint. Quand il existe une oblitération artérielle certaine, dans les gangrènes par artérite, l'angéiothérapie ne peut amener aucun résultat complet. Elle a cependant l'avantage de permettre l'amputation en zone relativement saine, en réalisant une désinfection par la voie artérielle.

Dans le traitement des ulcères de jambes rebelles, quand, à leur voisinage, la voie artérielle reste libre (test : absence de coloration des téguments), les résultats sont généralement excellents (Fredet).

Quant *au tétanos*, M. J. de Fourmestraux a injecté par la carotide du sérum à haute dose chez six tétaniques ; résultats dans l'ensemble meilleurs que par la sérothérapie sous-cutanée ou intra-rachidienne. Notamment, un enfant de 14 ans reçut une seule injection de sérum purifié, poussée lentement par la voie carotidienne ; il guérit très simplement, alors qu'aucun autre apport de sérum ne fut fait par la voie sous-cutanée, et qu'une médication symptomatique fut simplement appliquée.

Artério-anesthésie

Cette méthode par injections intra-artérielles est encore peu employée, et insuffisamment étudiée. Les résultats en sont très variables. En attendant, c'est un procédé d'exception à employer seulement dans la chirurgie des membres : contrindication de l'anesthésie générale et de toutes les autres méthodes anesthésiques, anesthésie des gazés, par exemple.

Les injections intra-artérielles dans l'étude de la perméabilité artérielle

Membres. — Au point de vue pratique, il est certain que la méthode oscillométrique garde toutes ses indications, et que de précieuses données doivent être retirées de la recherche du pouls artériel et des oscillations. C'est seulement lorsqu'on aura un doute sur la précision de l'indication fournie, que l'on devra avoir recours à l'artériographie. Dans le syndrome de Wolkmann, où se pose un impérieux problème opératoire, elle donnera une précision sur l'étendue de l'oblitération ou des lésions artérielles.

Dans les syndromes vaso-moteurs, dont le type reste la maladie de Raynaud, l'artériographie permet de contrôler l'intégrité du système artériel. Dans la thrombo-angéite oblitérante juvénile, maladie de Buerger, possibilité de déterminer le stade évolutif de lésion : période préoblitérante avec des artères régulières, mais rétrécies et faibles ; stade oblitératif avec sténoses multiples et assez étendues.

On emploie une aiguille à biseau court : ponction transcutanée, ou après découverte chirurgicale de l'artère. L'appareil de Santos règle la pression à un ou deux kilogrammes et permet une injection précise et régulière, ce qui donne difficilement l'usage de la seringue. L'opérateur et le radiographe doivent travailler avec un synchronisme complet. Au niveau du membre inférieur, prise de la radio, quand 35 centimètres cubes de la substance opaque sont injectés ; pour le membre supérieur, 30 centimètres cubes.

En injectant des composés iodo-organiques, des accidents sévères ont été observés : gangrène suraiguë. Ces produits, s'ils donnent de bonnes radiographies, apparaissent comme irritants pour l'endothélium vasculaire. Il semble bien que le dioxyde de thorium (thorostrat), soit beaucoup moins dangereux ; il est employé sans accidents à l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Aorte. — Le Professeur Santos, chirurgien de Lisbonne, a réalisé une grande expérience du procédé par 500 observations ; après différents essais, il a injecté de l'iodure de sodium à 100 % en volume. Cet auteur accuse quatre morts (0,8 p. 100) et six accidents d'iodisme sévère. C'est évidemment une proportion d'accidents relativement élevée ; mais il faut penser, d'autre part, qu'une aortographie ne doit être pratiquée que lorsque le diagnostic ne peut être précisé chez un malade gravement atteint, par d'autres procédés cliniques.

L'angéiographie cérébrale, enfin, surtout pratiquée en Espagne, a permis d'étudier les troubles circulatoires produits par les tumeurs cérébrales, et par cela d'en préciser les rapports.

G. Fischer.

LE LEVER PRÉCOCE DES ACCOUCHÉES ET DES OPÉRÉS

La question du lever des accouchées et des opérés s'est modifiée au cours de ces dernières années. Il était autrefois d'usage de maintenir au lit les accouchées pendant au moins trois semaines et les opérés pendant vingt jours.

Parlant du lever des accouchées, dans leur *Précis d'obstétrique,* Ribemont-Dessaignes et Lepage écrivent : ce n'est en moyenne que du dix-huitième au vingt-cinquième jour,lorsqu'elle ne perd plus de sang et que l'utérus est redevenu organe pelvien que la femme peut se lever sans grand inconvénient. Sans doute, c'est à une époque plus tardive que l'involution utérine est complète. Cependant, lorsque par le palper abdominal, on constate que l'utérus est redevenu complètement organe pelvien, c'est-à-dire lorsque son fond ne dépasse plus le plan du détroit supérieur, son involution est suffisante pour qu'il ne tiraille pas trop sur ses ligaments. Il faut aussi tenir compte de l'éventration plus ou moins marquée existant entre le bord interne des muscles droits. Tant que la sangle musculo-aponévrotique abdominale n'a pas repris sa tonicité, il est prudent de ne pas laisser les femmes se lever. On ne saurait du moins les y autoriser sans les prévenir que, par suite du défaut de rétraction de cette sangle, l'abdomen restera volumineux.

Ces notions classiques ont perdu de leur rigueur le jour où le Professeur Fochier, accoucheur de la Charité, de Lyon, est venu défendre le lever précoce des accouchées, non certes dans tous les cas, mais dans la majorité des accouchements normaux. Fochier, à qui l'on doit aussi l'abcès de fixation, fut le promoteur de cette méthode du lever précoce. Le Professeur Condamin en expose l'historique en ces termes dans le *Lyon Médical* :

Peut-être, dit M. Condamin, serait-il bon de rappeler la séance où, à la Clinique obstétricale de la Charité, Fochier avait convoqué tous ses élèves. Il venait d'observer un accident mortel par embolie, chez une jeune femme qui, en ville, paraissait avoir accouché normalement. Ce cataclysme le frappait et le plongeait dans un découragement profond.

« Voyons, nous dit-il, comment se fait-il qu'à la Charité, nos filles mères n'ont à peu près jamais cet accident que nous redoutons tant en ville ? Nous prenons cependant plus de précautions qu'ici ! Il n'y a pas les touchers multiples des élèves et des élèves sages-femmes ! Il existe certainement une différence pour expliquer cette anomalie : cherchons ! Pour moi, y ayant souvent réfléchi, je n'en vois qu'une : c'est qu'en ville nous dorlottons trop nos bourgeoises et qu'à l'hôpital, pour les nécessités du service, nos filles-mères se remuent davantage, vingt-quatre heures après l'accouchement, pour soigner et donner à téter à leurs enfants. Après trois ou quatre jours, elles se lèvent pour faire leur lit, n'ont pas de gardes pour leur passer la bassine, etc., etc...

« A partir d'aujourd'hui, je ferai lever mes accouchées de ville comme celles d'ici (naturellement quand il n'y aura pas de température) et je vous prie de faire comme moi : observez, étudiez, je crois que là est la vérité. Si vous rencontrez quelques difficultés, si l'on vous suscite des ennuis, comptez sur moi pour vous défendre ».

Ces conseils furent suivis et un changement radical se produisit : jusqu'à la mort de Fochier, les « bourgeoises » de la ville n'eurent pas plus d'embolies que les « prolétaires » de la Charité.

Après Fochier, il est vrai, on oublia peu à peu la campagne du Maître pour le lever précoce. Le Professeur Condamin ajoute que s'il voit, dans les cliniques, les accouchées rester immobilisées pendant huit à douze jours au lieu des trois semaines d'autrefois, il voit aussi quelques-unes d'entre elles rentrer chez elles après vingt-quatre heures, souvent en tout cas après quarante-huit heures, en voiture d'ambulance sans doute, mais sans qu'il soit possible de leur éviter les secousses du transport et du brancard.

Il convient de remarquer d'ailleurs que la méthode du lever précoce des accouchées a été appliquée en tout temps à la campagne où les nécessités de la vie des fermes et des familles nombreuses obligent les femmes à quitter le lit bien avant les trois semaines classiques après leur accouchement.

***

Pour ce qui concerne le lever des opérés, il y a longtemps déjà que la pratique des vingt jours de lit après toutes les opérations n'est plus suivie. La date du lever est réglée, en dehors de toute complication, par la nature et l'importance de l'opération : une laparotomie sans complication ni gros drainage comporte dix à quinze jours de lit (c'est le cas d'une appendicite par exemple) ; un opéré de la face, du cou, du sein, du

membre supérieur peut se lever, en général, le troisième jour ; un opéré du crâne ou du poumon doit attendre une réparation suffisante de la plaie ; un opéré du membre inférieur ne se lève qu'après la restauration anatomique obtenue, ce qui demande un temps variable.

Dans la *Petite Chirurgie* du professeur agrégé Roux, nous trouvons les renseignements suivants concernant ce lever des opérés :

Le premier lever, après une laparotomie par exemple, doit être exécuté avec prudence. Il s'effectue en général l'après-midi, la digestion terminée, c'est-à-dire vers 3 heures. L'opéré, habillé dans son lit, s'assied d'abord au bord du lit, les jambes pendantes et reste ainsi quelques minutes. Aidé par l'entourage, il se glisse ensuite dans un fauteuil ; il s'y tient une heure ou deux, et regagne son lit. Le lendemain, il peut effectuer quelques pas.

Le premier jour, l'impression ressentie par le malade est souvent pénible : les jambes lui semblent cotonneuses, faibles, les jointures sont raidies, avec tendance lipothymique, vertiges, sueurs froides parfois. Rapidement, il est vrai, les forces reviennent et en trois ou quatre jours, le malade fait, en général, de grands progrès.

Le *lever précoce* consiste à faire lever les opérés du troisième au cinquième jour après l'intervention. C'est un chirurgien lyonnais, André Chalier, qui défendit, pour les opérés de l'abdomen, la méthode du lever précoce — méthode par conséquent bien lyonnaise. Elle exige certaines conditions et précautions : absence complète de toute réaction péritonéale, paroi abdominale solidement reconstituée, abdomen ouaté et sanglé par une bande de crêpe, lever avec les précautions indiquées ci-dessus.

* * *

Le lever précoce des accouchées et des opérés a été proposé par Fochier et par André Chalier, principalement pour prévenir les complications veineuses (phlébites et embolies) du post-partum et des opérations abdominales. Il vient se joindre aux autres moyens préconisés dans ce but et qui ont eu leur écho dans une discussion soulevée il y a quelques années à l'Académie de chirurgie sur les procédés de prévention des phlébites après les opérations, de fibrome de l'utérus en particulier. Il agirait en réduisant la stase veineuse.

P. LACROIX.

LES SULFAMIDES DANS LE TRAITEMENT DES DYSENTÉRIES BACILLAIRES

Les sulfamides ont été utilisés, expérimentalement et cliniquement, dans les dysentéries bacillaires, par N. Rist et P. Thibault, Kolmer et Rule, Gounelle, Bohn, Kostas et March, Jones et Abse, Lacombe, André Boulay, etc.

Kolmer et Rule ont étudié l'action des sulfamides dans le traitement des infections du lapin à bacille de Schiga (1939). N. Rist et Thibault ont montré, expérimentalement, que le 1162 F. exerce par voie digestive une influence nette sur l'infection provoquée chez la souris par certaines souches de bacilles de Flexner (1940).

Cliniquement, les sulfamides ont donné dans le traitement de la dysentérie humaine des résultats intéressants à Jones et Abse (1939), à H. Gounelle, A. Bohn, Koskas et March (1940), à André Boulay qui a consacré à cette question sa thèse inaugurale (Paris, 1941).

Le Docteur A. Boulay a eu l'occasion d'employer les sulfamides au cours de l'importante épidémie de dysentérie bacillaire qui, pendant l'été de 1940, a sévi dans les camps de prisonniers de la région parisienne. Ce nouveau traitement a été mis en œuvre au Val-de-Grâce et dans les camps eux-mêmes par M. Gounelle, agrégé du Val-de-Grâce, et ses collaborateurs. Attaché à l'un de ces camps, M. Boulay a pu comparer les résultats de la sulfamidothérapie et ceux obtenus avec les médications plus anciennes (sulfate de soude, opium, bismuth). Aussi bien dans les formes à bacilles de Schiga que dans celles à bacilles de Flexner, la supériorité du traitement sulfamidé s'est traduite, dit-il, par la rapidité de son action et son efficacité plus grande au cours des formes graves et traînantes.

Les doses à prescrire sont d'emblée élevées (5 ou 6 grammes par jour, puis 4 grammes), pour un total de 20 grammes (cas moyens) à 30 grammes (cas sévères).

Complétée par le régime (diète hydrique avec eau de riz salée, eau bicarbonatée, puis réalimentation très progressive), la sulfamidothérapie paraît donc constituer — comme la sérothérapie (sérum anti-dysentérique de l'Institut Pasteur) — un traitement actif des dysentéries bacillaires. Le sérum, toutefois, est seulement anti-Schiga et agit uniquement sur la dysentérie à bacille de Schiga, forme de dysentérie la plus habituelle de nos régions, il est vrai. Les sulfamides sont bivalents, à la fois anti-Schiga et anti-Flexner, efficaces dans les deux variétés.

P. L.

CRISES D'HYPOGLYCÉMIE

Il arrive parfois que les recherches de laboratoire permettent de circonscrire et de préciser des syndromes, dont le diagnostic peut ultérieurement être fait — tout au moins avec des présomptions assez sérieuses pour qu'une thérapeutique rationnelle et souvent efficace soit instituée — par un praticien isolé et sans moyen d'investigations compliqués. Ce fut le cas de l'infarctus du myocarde, et c'est le cas pour la crise d'hypoglycémie, dont la symptomatologie est connue avec précision depuis l'introduction de l'insuline en thérapeutique, et plus encore depuis que Sakel a proposé d'utiliser le choc insulinique dans le traitement de la schizophrénie. On sait, en particulier, que les symptômes d'hypoglycémie ne coïncident pas nécessairement avec le moment où la courbe du sang est au minimum et que, par conséquent, les signes cliniques de cette crise ont une signification pratique de premier ordre, à laquelle le praticien doit s'intéresser d'une façon très spéciale. Ce qui importe, en effet, c'est de retenir que ce syndrome est caractérisé par des vertiges, des éblouissements, des nausées, des sueurs profuses, des palpitations, des crises de somnolence, d'excitation mentale, d'épilepsie plus ou moins nettes et dans les cas graves, par du coma.

Ces crises d'hypoglycémie surviennent dans des circonstances diverses. Nous laisserons ici de côté celles qui sont d'origine exogène , c'est-à-dire consécutives à l'administration d'insuline, pour parler d'abord de celles qui résultent d'un adénome du pancréas, affection dans laquelle les symptômes peuvent prendre une acuité extrême. Ainsi, par exemple, dans une des observations les plus typiques qui aient été publiées jusqu'ici, celle de G. W. Parade et K. Kindler, il s'agit d'un infirmier de 56 ans qui n'a jamais été sérieusement malade ; depuis peu, il présente au cours de ses veilles, des symptômes qui, comme il arrive le plus souvent, furent d'abord mal interprétés (états crépusculaires, sueurs profuses, inquiétude motrice allant parfois jusqu'à des états d'excitation maniaque, besoin brusque de faire un court sommeil, pertes de conscience). Ces accès survenaient surtout le matin ou, en tout cas, avant le repas de midi et finirent par obliger le malade à renoncer à sa profession. Cependant, celui-ci remarqua, par hasard, que le fait de sucer des bonbons semblait prévenir ces accès. Un examen complet — qui comprit un dosage du sucre du sang au moment des accès — montra que la glycémie était très basse surtout le matin et pouvait descendre jusqu'à 0,33 gr. %° et fit faire le diagnostic d'adénome insulaire du pancréas. Une intervention permit d'enlever une tumeur grosse comme une cerise, qui siégeait dans le pancréas. Aussitôt, après l'intervention, le malade se sentit mieux et la glycémie remonta de façon à atteindre 0,83 à 1,38 gr. %°, chiffres tout à fait normaux.

Mais les observations de ce genre sont rares et celle-ci est tout à fait exceptionnelle, à la fois par la netteté des symptômes et par les résultats de l'intervention. Mais il est bien d'autres causes d'hypoglycémie auxquelles le syndrome doit faire songer. Le foie, par exemple, peut intervenir.

J. Minet, H. Warembourg et Linquette ont publié l'observation fort intéressante d'une femme, qui entre à l'hôpital dans le coma, avec acidose et acétonurie, hépatomégalie et glycémie à 0,5 p.mille. Il s'agissait, d'après ces auteurs, d'une hypoglycémie d'origine certainement hépatique, semblable à celle qui est expérimentalement réalisée par l'hépatectomie totale ou par la ligature du pédicule hépatique. Les faits de ce genre sont d'une interprétation délicate, parce que, le plus souvent, les altérations du foie entraînent de l'hyperglycémie. Néanmoins, on connaît quelques observations analogues. D'ailleurs chez la malade en question, la glycémie n'a pas tardé à remonter et à devenir exagérée. En pareil cas, l'impuissance de la glande hépatique à fixer les glucides, expliquerait l'hyperglycémie excessive observée quand les apports d'hydrates de carbone sont normaux ou exagérés, aussi bien que l'hypoglycémie, quand les réserves glycogéniques sont épuisées.

A. Adler a également publié un cas fort intéressant d'hypoglycémie avec hépatomégalie et ictère survenu chez un garçon de 12 ans. Mais d'autres glandes peuvent intervenir, et notamment celles qui ont pour fonction de maintenir la glycémie à son taux normal comme la médullo-surrénale, la thyroïde et la préhypophyse. Mais alors, les faits sont souvent difficiles à expliquer et exigent de nombreuses recherches de laboratoire.

Parfois encore, l'hypoglycémie et les symptômes, qu'elle entraîne directement, constituent un phénomène unique qu'on n'arrive pratiquement à rattacher à aucun autre trouble. Tel est, par exemple, un autre cas de Adler.

Il s'agit d'un homme né en 1904, cultivateur suisse, qui s'inscrit comme volontaire pour la protection du pays. En juin 1939, il présente du collapsus au cours du bain ; un mois plus tard, il présente de nouveau une perte de conscience et de la faiblesse circulatoire. L'examen ne mon-



tra rien d'anormal, mais on réforma tout de même l'homme qui, ultérieurement, présenta une troisième crise. Au cours d'un nouvel examen, il raconta que ses crises survenaient quand il n'avait rien mangé depuis longtemps, et une épreuve glucosée détermina une courbe de la glycémie fort basse, débutant à 0,50, ne dépassant pas 1 et tombant ensuite à 0,40 p. mille, ce qui déterminait des troubles légers. Tous ces phénomènes pathologiques disparurent sous l'influence d'une régulation du régime et surtout de l'administration de sucre.

Mais ce qui est capital, c'est de songer à ce syndrome, dont la symptomatologie est assez variable. Comme l'a noté Bickel, on peut avoir à faire à une hypoglycémie surtout nerveuse et caractérisée notamment par de l'angoisse, du vertige, du tremblement ou même des désordres mentaux. Parfois les symptômes sont d'ordre digestif et rappellent ceux de l'ulcus duodénal ou de la lithiase biliaire. Il est plus rare — chose assez curieuse étant donné la sensibilité de la fibre cardiaque pour le glucose — que les symptômes soient surtout cardiovasculaires (phénomènes angineux).

L'analyse du sang est souvent nécessaire pour faire le diagnostic de ce qu'on doit appeler souvent un tempérament humoral, infiniment plus significatif que le tempérament morphologique, auquel on voit parfois attacher une importance fort exagérée.

Quant au traitement, il peut parfois se borner, en dehors des thérapeutiques étiologiques — comme l'ablation d'une tumeur pancréatique — à l'administration d'hydrates de carbone rapidement assimilables. Mais il peut aussi être plus complexe car la glucose, après une hyperglycémie passagère, déclanche une hypoglycémie capable d'aggraver les troubles. Il faudra plutôt multiplier les repas, qui seront bien équilibrés. En outre, les calmants du système nerveux végétatif, comme la belladone, le gardénal, etc., peuvent être fort utiles.

P.-E. MORHARDT.

DE L'EFFICACITÉ DU BAUME DU PÉROU ET DU PÉTROLE DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE

De nombreux cas de gale ayant été signalés dans un village du Sud-Est de la Marne, je suis allé me rendre compte sur place des mesures à prendre pour traiter les malades, car, pour des raisons particulières, il fallait faire vite... La plupart des cas remontaient en effet à juillet 1940, et se seraient déclarés au moment de l'exode, là où les conditions de vie étaient des plus déplorables.

Des familles entières étaient atteintes, bébés y compris. Les traitements classiques, pour des raisons diverses, se sont révélés inefficaces. C'est alors que j'ai essayé le baume du Pérou et le pétrole, ce dernier réservé aux adultes.

Le baume du Pérou était appliqué simplement mélangé à trois parties d'huile ; une seule application . L'enfant conservait ses vêtements et couchait dans la même literie. Dans les cas sévères, il était fait une deuxième application, trois jours après. C'était tout. L'enfant changeait alors de linge et de literie. Les résultats ont été excellents. Tous les enfants ont guéri en des temps variant de deux à cinq jours, même ceux qui étaient les plus atteints. Aucun incident, même chez les très jeunes.

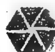
Le pétrole, administré aux adultes sous forme de badigeonnages légers, à raison de deux par jour, pendant deux jours, a donné des résultats à peu près identiques. Mais dans deux cas, il a quelque peu irrité la peau, sans gravité du reste, ayant été, contrairement à nos conseils, trop vigoureusement appliqué.

Au point de vue vêtements et literie, mêmes prescriptions que pour le baume du Pérou.

Ainsi, ces deux produits se sont révélés, dans une trentaine de cas sévères, d'une efficacité réelle, tout en étant d'une application ultra-facile. Ce qui est extrêmement important dans les milieux campagnards, où il faut tenir compte de certaines contingences

J'ajoute, enfin, qu'il m'a fallu très peu de baume du Pérou et de pétrole pour obtenir ces résultats.

Dr ECKERT,
Inspecteur adjoint de la santé de la Marne

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Action de la glande mammaire sur les ovaires

Après avoir étudié l'influence que peuvent exercer les ovaires sur le développement de la glande mammaire et sur la sécrétion lactée, L. Marromate aborde l'action des extraits mammaires sur les métrorragies. On sait déjà l'influence inhibitrice qu'exerce, durant la sécrétion lactée, la glande mammaire sur le fonctionnement de l'ovaire ; celle-ci se traduit notamment par l'absence des règles chez les nourrices.

D'autre part, l'extrait mammaire, administré à la dose de 1 gr. 50 durant la menstruation, et surtout dix à vingt jours avant son apparition, peut donner de très bons résultats. Ce produit se montre antihémorragique, allonge les cycles menstruels trop courts (des cycles de 15 à 25 jours passent à 18, 20, 25, 28 et même 31 jours), modère le flux menstruel et abrège sa durée ; les douleurs lombo-pelviennes disparaissent sous son influence, et, ce qui est plus intéressant, il fait disparaître le gonflement douloureux des seins, quand il existe. En somme, presque tous les troubles qui accompagnent la menstruation cèdent à l'opothérapie mammaire. L'auteur a prescrit des doses variant entre 2 à 5 c.c. de glande fraîche. Dans les métrorragies virginales, presque toujours d'origine ovarienne, et les méno-métrorragies de la femme adulte sans lésions cliniquement perceptibles, dans le post-partum et dans le post-abortum, les bons résultats ont été à peu près constants, surtout lorsque ce traitement était complété par le repos au lit. Dans les cas négatifs, il a été quelquefois nécessaire d'avoir recours au curettage pour arrêter l'hémorragie.

Quant à la voie d'administration, une très grande différence n'a pas été constatée entre le traitement parentéral et celui par la voie buccale, ce qui donne à penser que l'hormone, qui très probablement existe, ne s'altère pas beaucoup dans le milieu gastro-intestinal. (*Revue française de gynécologie*, décembre 1940).

Peut-on guérir la migraine chez les femmes en provoquant la ménopause ?

Du fait que, chez les femmes, la migraine disparaît fréquemment au moment de la ménopause on pourrait se demander si, dans certains cas, la castration chirurgicale ou radiologique ne deviendrait pas indiquée comme traitement de la migraine.

Mais tout d'abord la ménopause non seulement ne guérit pas toujours la migraine, mais encore elle l'aggrave parfois. Ensuite, un tel traitement apparaît un peu brutal et disproportionné avec la maladie.

Pour éclaircir la question, W.-C. Alvarez a recherché, parmi des femmes castrées par le bistouri ou les rayons, et atteintes auparavant de migraine, quel avait été l'effet de l'intervention.

Sur 42 malades ayant subi l'hystérectomie, l'ovarietcomie ou la stérilisation par les rayons ou le radium, 6 seulement virent leur migraine disparaître ; dans 5 cas, elle fut moins violente ; dans 16 cas elle fut inchangée et dans 15 s'aggrava. Le radium, pour sa part, guérit 5 des 12 malades traitées mais en aggrava trois.

Ces chiffres ne sont donc pas encourageants. Il est bon cependant de noter qu'il s'agit ici de cas non sélectionnés et qu'il conviendrait, pour bien juger ce traitement, d'éliminer d'abord les psychopathes, les hypertendues et quelques autres contre-indications. (*Proc. of the Mayo Clinic*, 12 juin 1940).

Le fibro-tuberculome du corps thyroïde

Le Professeur G. Portmann décrit le fibro-tuberculome, comme un processus rentrant dans le cadre des tuberculoses spécifiques thyroïdiennes, mais offrant des particularités cliniques et anatomo-pathologiques, qui permettent d'en faire une description particulière. L'examen anatomo-pathologique permet, en effet, de constater les lésions tissulaires caractéristiques de la tuberculose : cellules géantes, infiltration épithéliale, follicules, présence de bacilles de Koch. Mais le fibro-tuberculome se différencie des formes classiques : histologiquement, par l'abondance du tissu fibreux qui enserre les lésions tuberculeuses, et cliniquement par son aspect dur, son indolence, sa limitation, qui font penser à une tumeur maligne.

Ainsi la bacillose peut se manifester au niveau du corps thyroïde, comme en tout autre point de l'organisme, suivant des types réactionnels très variés. A côté des lésions spécifiques allant de la tuberculose classique et rapidement évolutive jusqu'aux formes torpides localisées et d'aspect pseudo-tumoral, comme le fibro-tuberculome, viennent se placer les lésions aspécifiques, scléreuses ou glandulaires, dont l'indifférence histologique a longtemps troublé les cliniciens. (*La Presse médicale*, 28 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la déclaration obligatoire de la psittacose

(M. SACQUÉPÉE ; 11-2-1941)

En 1930, une épidémie de psittacose s'étant produite en République-Argentine, des cas de cette maladie furent signalés dans la plupart des pays d'Europe, le germe ayant été apporté par des perruches infectées. Comme mesure de protection, le Ministère de l'Agriculture prit un arrêté interdisant l'importation en France des perroquets, perruches et autres animaux de la famille des psittacidés. L'Académie de médecine ne retint pas la déclaration obligatoire pour deux raisons : la psittacose était d'un diagnostic assez difficile et risquait d'être confondue avec la grippe, à laquelle elle ressemble ; elle paraissait peu apte à se développer et à s'étendre dans notre pays, l'arrêt de l'importation semblant susceptible de donner le résultat prophylactique désiré.

Or, les moyens de diagnostic de la psittacose ont fait dans ces dernières années des progrès considérables. Le diagnostic peut être aujourd'hui établi par l'inoculation à l'animal (souris) et la constatation de la présence dans les organes des corpuscules spéciaux. Il est à prévoir en outre que des méthodes de diagnostic rapides pourront être utilisées dans un proche avenir. D'autre part, la contagion interhumaine, pendant longtemps considérée comme une éventualité rarissime, s'est révélée au contraire assez fréquente. Dans ces conditions, M. Sacquépée demande qu'aux mesures prophylactiques antérieures de la psittacose soit ajoutée la déclaration obligatoire. Cette conclusion est adoptée par l'Académie.

A propos des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité

(M. G. RAMON ; 28-1-1941)

Depuis quinze ans s'est ouvert un nouveau chapitre d'immunologie : celui des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité (tapioca, gélose, alun, tannin, etc.). Si à un antigène donné on ajoute une de ces substances, on obtient chez l'animal à qui cet antigène est injecté, une stimulation de l'immunité. En fait, le sérum des chevaux ainsi traités et utilisés pour la production des sérums anti-diphtérique et anti-tétanique, acquiert sa valeur anti-toxique plus rapidement. Cette valeur, d'autre part, est beaucoup plus grande, ce qui permet d'utiliser une quantité notablement moindre de sérum.

Sur le même principe des facteurs d'accroissement de l'immunité a été basée la préparation des vaccins associés. Faut-il rappeler que tous ces travaux, très connus à l'étranger, où leurs applications ont été largement adoptées, sont signés de Ramon et de ses collaborateurs et honorent hautement la science française ?

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Anthrax grave de la lèvre supérieure traité par injection intra-carotidienne de mercuro-chrome. Guérison

(M. Henri GODARD. — Rapport de M. LEVEUF ; 18-12-1940)

Un homme de 40 ans entre à l'hôpital d'Angers pour anthrax de la lèvre supérieure. Malgré un traitement par le propidon, les sulfamides et la radiothérapie, la lésion s'aggrave. Température à 40°-3, lèvre énorme parsemée de phlyctènes, œdème rouge de la joue, état général grave, délire et agitation, pouls à 120. M. Godard injecte alors dans la carotide primitive 10 c. c. de mercuro-chrome à 2 p. 100 et fait une ligature de la veine angulaire gauche dans l'angle interne de l'œil. Le soir 41°-3, pouls à 160. Puis, rapidement, l'état s'améliore et le malade guérit.

M. Leveuf dénommerait plutôt ce cas particulier, où il ne s'est produit ni suppuration ni élimination de bourbillon, « staphylococcie maligne de la face », suivant l'expression du Professeur Lemierre. Les guérisons de ces staphylococcies malignes faciales sont rares. Aussi les suites du traitement par le mercuro-chrome sont-elles intéressantes à noter bien que l'action de la thérapeutique ne puisse être affirmée ici.

L'injection du mercuro-chrome par voie artérielle, dans les infections des membres en particulier, a été prônée par Santon, Leriche, de Fourmestraux, Goinard, etc. L'expérience, d'ailleurs restreinte (deux cas), de M. Leveuf, ne lui permet pas une opinion personnelle formelle. Ses deux malades n'ont pas tiré de bénéfice appréciable du traitement.

—M. DE FOURMESTRAUX utilise depuis plusieurs années les injections intra-artérielles (de sérum, de mercuro-chrome) avec des résultats encourageants dans l'ensemble.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

DÉBAT SUR LA DICHOTOMIE

C'est une question qui de tous temps a soulevé les passions et sur laquelle s'affrontaient avec une égale vivacité les plaidoyers et les réquisitoires.

L'actualité l'a remise en vedette en annonçant, par des voix officielles, qu'elle allait enfin recevoir une juste et définitive solution. A cette nouvelle les plumes se sont d'elles-mêmes trempées dans l'encre et les journaux professionnels ont été assaillis de suggestions diverses.

Afin de vider le débat et de laisser le champ libre à ceux dont dépend la décision, nous publions ci-dessous les principaux arguments du « pour » et du « contre » et ajournons jusqu'après jugement tout autre commentaire.

Le Corps médical a fait entendre sa voix. C'est au tour des Conseils de l'Ordre de parler.

Delenda est dichotomia

De courtoises remarques ont été faites dans le *Concours Médical* au sujet de mes opinions sur la dichotomie. Je tiens à dire que les arguments exprimés pour atténuer ma rigueur à cet égard ne me satisfont pas.

Je maintiens toujours que la question du diagnostic urgent ou de la gravité de la décision opératoire ne doivent pas entrer en ligne de compte au moment du règlement des honoraires On fait un diagnostic enfantin ou très subtil, cela fait partie du métier et voilà tout.

Vous me direz « oui mais... la Responsabilité ? » Et je vous répondrai : si vous appelez un consultant, spécialiste quelconque ou chirurgien ordinaire, c'est justement parce que vous êtes en panne et c'est lui qui va prendre cette responsabilité d'intervention.

Alors vraiment, par ce que le médecin met l'alarme dans une famille et déclanche la venue du chirurgien à domicile, il a droit à une commission sur l'opération qui va suivre ?

En telle occurence le praticien joue sa réputation, sa situation ? Mais ça fait encore partie du métier. Un médecin joue tout cela devant chaque malade qu'il soigne, à tout instant de la journée, depuis la pneumonie jusqu'à la rupture de grossesse tubaire, en passant par l'anémie pernicieuse et la tumeur cérébrale. Et cela pendant toute sa carrière.

Le praticien, me dites-vous, en telle occurence, s'expose aux feux conjugués des reproches, des dénigrements ? Eh ! mais s'il ne se trompe pas, comme théoriquement cela doit toujours être, il aura les compliments, la gratitude ou... rien du tout le plus souvent, simplement sa satisfaction personnelle. S'il se trompe, comme pratiquement cela arrive de temps en temps à tous et aux plus malins, mon Dieu ce sera mérité quoique bien regrettable j'en conviens, nous ne sommes que de pauvres humains nous aussi. Mais pourquoi dans ce dernier cas l'argent du chirurgien devrait-il consoler le praticien des dénigrements et des reproches essuyés ?

Quand une décision opératoire s'impose, elle est prise en dernier ressort par l'opérateur. Quand un diagnostic est hésitant, le médecin appelle le chirurgien d'abord pour éclaircir ce diagnostic chirurgical, et pour opérer ensuite si le chirurgien le juge nécessaire. C'est donc ce dernier qui engage sa responsabilité et qui doit répondre de la vie du malade.

Si le médecin qui aide, inspiré d'une initiative maladroite et intempestive, qu'on n'exigeait pas de lui, écrase un uretère au lieu d'une utérine, la famille de la malade n'entre pas dans ces considérations.

Si, comme vous le prétendez, les chirurgiens ne combattent dans la dichotomie que sa clandestinité et son caractère de pourcentage, alors je rentre dans ma coquille pour digérer l'amertume que m'inspirent ces Messieurs. Ainsi pour enlever tout aspect immoral à ce trafic de ristourne, de surenchère à la commission, il suffira tout simplement de les rendre officiels, et par cela-même ils deviendront usages conformes à la morale, à la dignité de la corporation ? Eh ! bien c'est du beau !

Non, je ne puis croire que l'Ordre se conten-

tera de ce petit tour de passe-passe qui nous rappelle l'époque où le mot déflation fut remplacé par celui de dévaluation, ou d'alignement monétaire.

Mon ami Massart l'affirme : il faut une solution radicale qui ne comporte pas de demi-mesure. Alors une bonne fois pour toutes mettons-nous à l'œuvre.

Ecoutez votre premier cri, ami. Ne vous empressez pas d'en atténuer l'effet par des mais, des cependant, des toutefois...

Non, l'essort de la chirurgie n'est pas dû, pas même en partie, à la dichotomie abjecte. Si cela était ce serait une honte pour nous. La chirurgie a été décentralisée par le nombre croissant des chirurgiens, par des gens qui s'appelaient et s'appellent Témoin, Delagénière, de Fourmestraux, Pouliguen, Montprofit, Guibal, Chaton, Matry et combien d'autres encore aussi méritants et inconnus.

La chirurgie s'est étendue grâce aux services qu'elle a rendus.

Si le praticien ne devient collaborateur du chirurgien que s'il participe à ses honoraires, sans collaborer le ventre appuyé à la table d'opération, dites-lui immédiatement de laisser ça là et conseillez-lui de se faire négociant ou transitaire. Car cet homme ne fera pas de bonne médecine.

Mais cela n'est pas possible. Je vois bien autour de moi que mes confrères, jeunes et vieux, amènent leur malade au spécialiste uniquement parce qu'ils sont inquiets de son état, que quelque chose leur échappe dans l'examen, ou le plus souvent parce qu'ils savent ce qu'il a et que le spécialiste va le sortir d'affaire avec ce qu'il sait et ses instruments.

Non, ami, le réformateur n'a pas à se rendre compte que le praticien n'a ni rentes, ni retraite, ni prébendes. Il n'a pas à songer au prélèvement sur les honoraires chirurgicaux pour assurer ces sécurités d'avenir. Il n'est pas exact que pour ce praticien il ne restera que des miettes insuffisantes pour vivre si on lui supprime des ristournes auxquelles il n'a aucun droit. Car le gros de la clientèle d'un médecin n'est pas fait de cas chirurgicaux ou relevant de tout autre spécialité. Il vit de ses rougeoles, de ses typhoïdes, de ses angines, des ses cardiopathies. Il vit de toute la pathologie médicale. Et Dieu sait si elle est vaste. Les cas de spécialités ne sont ou ne doivent être qu'un appoint.

Quant au danger de voir surgir le spécialiste en tout, c'est alors que l'Ordre des médecins aura son mot à dire. Voyez dans notre *Concours Médical* les articles pleins de logique publiés ces temps derniers sur la question des spécialités.

C'est non seulement la clandestinité qu'il faut faire disparaître, c'est aussi et surtout la dichotomie en personne. Ne jouons pas sur les mots.

Voyez-vous, Massart, au fond, la dichotomie est une chose ancienne, très vieille, congénitale presque. Je sais bien je suis plus brutal que vous. Mais, que voulez-vous, c'est affaire de tempérament. Moi je vois la dichotomie comme un abcés énorme, un gros décollement. Et pour cela il n'y a qu'une chose : un grand coup de couteau, et panser à plat pour que l'abcès se vide bien. Au minimum un drain, mais un gros, encore plus gros que votre greffon. Il faut inciser ça largement dès le début, les grands chirurgiens font de grandes incisions, dit-on. Et non pas ces timides ponctions au bistouri qui transforment si gentiment un banal panaris sous-cutané en phlegmon des gaînes.

Que le médecin aide. Qu'on fixe des honoraires pour cela. On y a bien songé pour les assurances sociales où un coefficient a été déterminé pour cet acte. On peut en faire autant pour tout genre de malade.

S'il se contente d'assister en spectateur à l'intervention, apportant son réconfort moral au malade, ce qui est beaucoup pour ce dernier, prévoyez un tarif spécial également.

Et puis supprimez la note commune, même avec indication du quantum revenant à chacun. D'abord elle ressemblera moins à la note du plombier « avoir dévissé le robinet, avoir soufflé dedans, l'avoir revissé, main d'œuvre, temps passé, etc... »

Toutes ces choses n'ont pas été dites en termes galants, certes, mais elles expriment une réponse sincère à des remarques courtoises.

Docteur Richard.

Honoraires d'aide et dichotomie

On va supprimer la Dichotomie ?

Les colonnes de la presse professionnelle sont pleines de considérations judicieuses, voire de propos pleins d'humour, sur la nécessité de supprimer la Dichotomie, mais elles sont muettes sur les moyens de la rendre impossible ou d'en supprimer le besoin, car il ne suffit pas de l'interdire.

Si l'on veut un exemple de règlement inefficace, il suffit de se reporter à l'art. 50 (?) du Code de déontologie de la Confédération des Syndicats médicaux : il admet la note commune pour les honoraires de l'aide et de l'opérateur, sans indication du « pourcentage ».

C'est exactement cela qui permet la « Dichotomie honnête » dont le malade fait les frais, et les fameux honoraires d'aides sont le panneau qui cache et permet le « pourcentage ».

Conservera-t-on, pour justifier l'octroi d'honoraires, les prétextes d'aide ou d'assistance à l'opération ? Pourront-ils être proportionnels à

ceux du chirurgien ? (comme le recommande R. Massart).

Si ces deux propositions sont conservées, la Dichotomie persistera ; réfléchissons :

— Que veut dire honoraires d'aide ? Cela veut dire : rémunération de l'action d'aider à opérer un malade.

— Qu'est-ce qu'assister à une opération ? C'est apporter au malade le soutien moral de notre présence.

L'évaluation de la rémunération légitime de chacun de ces actes médicaux est facile, avec une marge très faible, quel que soit le genre d'opération : que l'opération soit facile ou difficile, le rôle de l'aide reste le même ou à peu près, et sa responsabilité — en tant qu'aide, — est nulle.

L'acte « d'aider » ou le fait « d'assister » à une opération doit être rémunéré pour lui-même : le médecin qui aide ou assiste peut demander à son client des honoraires pour avoir contribué à son opération. Alors, que vient faire le chirurgien en englobant au prix de l'opération les honoraires de l'aide ou de l'assistant ? Il permet à celui-ci de recevoir plus qu'il n'aurait pu demander lui-même : Si l'aide peut demander jusqu'à 400 francs peut-être, pour avoir aidé à opérer une hernie, peut-il demander 800 francs pour avoir aidé à une gastrectomie ?

L'expression « honoraires d'aide » est depuis longtemps détournée de sa signification réelle pour permettre la dichotomie.

Que dire du « pourcentage » ? Il conduit fatalement à la clandestinité. Le « prix » de l'acte « d'aide » atteint vite un plafond : passé le chiffre de 200, 300, 400 francs au maximum, le chirurgien ne pourra mettre sur le compte de l'aide les honoraires qu'il demande au client pour son médecin traitant ; si entre médecins et chirurgiens le pourcentage reste admis, il résultera que, pour les grosses opérations, une partie seulement des honoraires demandés pour le médecin pouvant être mise sur le compte de l'aide-opératoire, l'autre partie sera fatalement demandée au chirurgien ou offerte par lui à l'insu du client. N'est-ce pas ainsi, la Dichotomie ?

Si l'on veut supprimer le partage clandestin d'honoraires, il faut donc écarter délibérément le prétexte hypocrite des honoraires d'aide que l'on retrouve sans cesse sous la plume des réformateurs. Les honoraires d'aide sont une chose simple, classée, connue, qu'il ne faut pas détourner de sa signification. *Le médecin devra les demander lui-même à son client.*

***

Chercher dans la notion d'aide ou d'assistance opératoire la justification à des honoraires qui sont, en réalité, des honoraires « à l'occasion d'une opération » est une erreur fondamentale, et c'est ainsi que se pose la question essentielle. Le médecin a-t-il droit à des honoraires à l'occasion d'une opération, c'est-à-dire parce qu'il fait opérer un malade ? (précisons : le médecin de campagne, par exemple, qui a envoyé un malade au chirurgien, mais qui ne peut venir aider ou assister à l'opération).

Voyons cela dans la pratique courante, non pas à l'aide des exemples ressassés de la grossesse extra-utérine rompue ou de l'ulcère perforé; non pas en se plaçant au point de vue (faux à lui seul) du service rendu, mais en fonction du mérite, de la difficulté du rôle médical.

Il n'y a pas seulement des cas bénins et des cas graves ; il y a des cas graves où le diagnostic est évident ; il y a des lésions bénignes pour lesquelles on aura de la peine à faire accepter la nécessité d'une opération (adénome du sein par exemple). Alors que le travail du chirurgien doit être rémunéré suivant l'importance et la difficulté d'une opération, le travail du médecin doit être honoré suivant la peine et le mérite qu'il y a eus à faire opérer le malade en temps opportun.

On ne voit guère de malades qui se fassent opérer avec le sourire. En général, pour décider son malade à accepter l'opération, le médecin doit exposer des arguments nombreux, calmer les craintes du malade, diminuer à ses yeux les dangers, lui faire comprendre les avantages d'une opération, soit qu'il pense que ce soit le seul traitement, soit qu'il la juge préférable à une thérapeutique médicale.

Le médecin n'a aucune peine à faire prendre une potion ; il a généralement une grande difficulté à adresser au chirurgien, en temps utile, un malade qui ne souffre pas, qui ne sent pas, par lui-même, le besoin d'une opération (cancers, tuberculoses latentes), et même dans le cas le plus simple : n'y a-t-il pas plus de mérite, plus de peine aussi, à convaincre un homme des avantages d'une cure radicale de hernie, qu'à lui prescrire un bandage ? C'est là le rôle essentiel du médecin pour ce qui est du traitement des maladies « chirurgicales » : Cette action est-elle différente de l'acte médical courant qui est la visite ou la consultation avec rédaction d'une ordonnance magistrale ?

Mérite-t-elle des honoraires dix fois plus élevés ?

Je crois la chose incontestable. Connaît-on les discussions interminables qui précèdent l'envoi du malade à la clinique ? Connaît-on les questions du malade, les hésitations de l'entourage, par lesquelles le médecin sent peser sur ses épaules, la responsabilité qu'il prend ? » Et si l'opération ne réussit pas, lui dit-on ? »

C'est un peu de sa réputation qui est en jeu.

Le médecin a donc, à notre avis, droit à des

honoraires spéciaux pour le seul fait d'avoir fait opérer un malade.

Or, le médecin praticien a-t-il, dans l'état actuel des coutumes, la possibilité de demander lui-même de tels honoraires pour ce seul motif (en dehors de toute question d'aide).

Répondons franchement non.

Il ne le peut pas, et c'est à la dichotomie qu'il le doit : si, au fur et à mesure de « l'extraordinaire essor pris par la chirurgie » (R. Massart), on avait mis le grand public au courant de la question, si l'on avait montré au client la part que son médecin prenait dans la réussite d'une opération effectuée au bon moment, on lui aurait fait comprendre qu'il devait au médecin plus que le prix d'une visite ordinaire ; et, rapidement, les médecins auraient pu demander, pour de tels actes, des honoraires honnêtes et confortables.

C'est cela qu'il faut obtenir. Depuis août 1940, convaincu que la réforme était nécessaire, mais pensant qu'il était encore impossible au médecin de demander lui-même des honoraires, nous avons pris l'habitude d'indiquer à nos opérés les honoraires qu'ils doivent remettre à leur médecin traitant :

Lorsque nous indiquons : « telle somme » pour « aide opératoire », ou « assistance à l'opération » (prétexte fameux), ces honoraires sont toujours acceptés.

Lorsque, pour une intervention faite sans la présence du médecin, nous mentionnons :

« pour diagnostic et indication opératoire », les honoraires sont sinon contestés, du moins souvent mal compris (bien des fois d'ailleurs, le malade a vaguement entendu parler d'une « ristourne » entre médecin et chirurgien, et il accepte) ; s'il a eu des parents opérés avant la guerre et s'il fait le compte, il remarque que la chirurgie ne coûte pas plus cher qu'avant, mais moins cher.

Nous nous sommes ainsi attachés à faire comprendre au client qu'il doit honorer de façon spéciale le médecin qui lui a indiqué et fait accepter le traitement salutaire. Nous faisons cela dans l'intérêt de nos confrères.

N'est-ce pas le désintéressement apparent du médecin qui faisait naître chez certains clients le soupçon « il pousse à l'opération parce qu'il y a intérêt » . . .

Comment le malade pouvait-il comprendre que le médecin perde une demi-journée pour aller le voir opérer, sans lui demander pour cela d'honoraires ? N'est-ce pas cette attitude qui a favorisé la connaissance par le grand public d'une « ristourne » et le discrédit que cela a jeté sur le Corps médical ?

Le courant serait dur à remonter si nous étions seuls, abandonnés à l'anarchie professionnelle d'avant-guerre. Mais nous avons, enfin, l'Ordre des médecins.

Que faut-il donc pour que le médecin, qui ne peut pas aujourd'hui demander lui-même d'honoraires à l'occasion d'une opération, que faut-il pour que demain ce médecin puisse prendre conscience de son rôle et demander ces honoraires ? Il suffit d'un acte de l'*Ordre des médecins* créant une catégorie nouvelle d' « honoraires d'indication opératoire ».

Cette institution serait le corollaire de la suppression de la Dichotomie.

Les uns et les autres devraient prendre l'engagement solennel de ne pas accepter et de ne pas offrir de ristourne clandestine. Cette institution devrait être entourée d'une publicité réelle touchant le grand public, qui ne comprend rien à l'annonce mentionnée dans la grande presse du Code de déontologie (alors que le principal objet de ce Code est la suppression de la dichotomie). Ne parlons plus de celle-ci. Apprenons au grand public que, pour une opération, il aura à verser des honoraires au chirurgien et d'autres au médecin ; le médecin pourra donc demander des honoraires à tout malade qu'il aura adressé au chirurgien et qui aura été effectivement opéré. En cas de contestation, il pourra, comme le chirurgien, recourir à la justice (ou aux tribunaux professionnels) pour recouvrer ces honoraires.

Le médecin devra-t-il avoir une latitude absolue pour évaluer ces honoraires ? (les chirurgiens ont bien en pratique une liberté complète dans la fixation des leurs).

Ou bien, le Conseil national de l'Ordre devra-t-il établir un barème « d'honoraires d'indication opératoire » (et les honoraires chirurgicaux ne devraient-ils pas être codifiés ?)

Etudiant le sujet dans un esprit concret et dans l'atmosphère de la pratique journalière, on arrive à ces conclusions :

— Supprimer purement et simplement la Dichotomie, c'est ne rien faire ; cela a déjà été dit (R. Massart).

— L'interdire sous peine de sanctions sévères c'est s'illusionner ;

— Employer pour la dépister « des moyens révolutionnaires », comme dit P. Pouyanne, ne serait-ce pas, pour un résultat problématique, créer des suspicions, incompatibles avec l'honorabilité du Corps médical ;

— Et combien de Conseils départementaux s'y emploieraient ?

Dr Pierre BLONDEAU,
Chirurgien à Pontivy.

Avis d'un praticien

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt et de plaisir l'article du Docteur Richard. Le Docteur Richard a parfaitement raison de ridiculiser ceux qui voudraient qu'un diagnostic d'appendicite se paie plus cher qu'un diagnostic de rhume de cerveau.

Il faut avouer que le dialogue du médecin et du malade serait assez amusant. « Combien vous dois-je Docteur » ? — « Mon cher, aujourd'hui, c'est 30 francs, car vous avez une bonne bronchite. Si vous aviez eu une rhino-pharyngite, je vous aurais demandé 20 francs et pour un diagnostic de pneumonie vous ne vous en tiriez pas à moins de 100 francs ». Et quelle aubaine pour les médecins qui baptisent toutes les bronchites : broncho-pneumonie, et toutes les céphalées : commencement de méningite.

Et pourtant, Docteur Richard, n'est-ce pas là un procédé employé par les chirurgiens qui demandent 1.500 francs pour une appendicite, 2.000 francs pour une hystérectomie et 3.000 pour une gastrectomie. Paraphrasant l'article du Docteur Richard, je pourrais écrire :

« Mais j'avais toujours cru, dans ma candeur naïve, que notre métier consistait à faire tantôt une cystostomie, tantôt une gastrectomie . . . . .

Quant aux honoraires, je me disais que l'argent si facilement gagné en ouvrant une vessie, compenserait la difficulté avec laquelle j'aurais enlevé le morceau d'estomac...

En principe, et la chose doit se réaliser dans la pratique, un chirurgien est un homme capable de faire une intervention, sans tenir compte de la facilité ou de la difficulté que comporte cette tâche . . . Que le chirurgien soit satisfait d'avoir réussi une intervention difficile, ce n'est pas de l'orgueil déplacé. Mais convenez qu'il n'a fait que son devoir et rien d'autre . . . Sinon, c'est un crétin et comme tel, il n'a pas le droit d'exercer. »

Il y aurait beaucoup à dire sur ces tarifs chirurgicaux. Les frais qu'entraîne cette intervention pour le chirurgien n'entrent évidemment pas en ligne de compte, puisque le malade paie une note spéciale de salle d'opération et puisque souvent la clinique et les instruments n'appartiennent pas aux chirurgiens.

Tout cela est amsant, mais venons-en à la dichotomie contre laquelle le Docteur Richard part en guerre. Je comprends très bien qu'il soit désagréable à un chirurgien qui a pris 1.500 francs pour une intervention d'en abandonner 500 au médecin qui lui a adressé le malade. Mais si ce partage était supprimé que se passerait-il ? Le malade, principal intéressé, paierait le même prix, le médecin gagnerait moins et le chirurgien encore un peu plus. Et justement, à mon avis, la dichotomie est une chose normale et nécessaire qui a pour but de rétablir l'équilibre entre le médecin qui ne gagne pas assez d'argent et le chirurgien qui en gagne trop. Quand je fais un curetage, moi, médecin de campagne, j'opère à domicile, dans des conditions peu confortables, avec pour aides, le mari qui tient les jambes et une voisine qui tient le masque à anesthésie. C'est vite fait, un curetage, et les gens qui me voient faire ne se rendent pas compte de l'importance de l'intervention et trouvent que je suis bien payé avec 500 francs. Et c'est un grand maximum.

Le chirurgien qui fera la même opération dans une clinique, entouré d'aides et d'infirmiers qui le servent avec empressement, a beaucoup moins de mérite que moi. Et il pourra cependant demander de 1.000 à 1.500 francs sans que la malade proteste.

Ce que les gens paient dans ce cas, c'est la mise en scène de la clinique qui les a impressionnés, c'est la personne même du chirurgien, qui est pour eux quelqu'un de plus mystérieux et de plus dangereux que le vulgaire médecin qu'ils voient tous les jours. Le médecin a perdu son prestige, le chirurgien le possède encore. Il en profite et le monnaye, c'est son droit et il a bien raison. Il a encore raison quand il dit au médecin : « Mon cher confrère, j'ai pris 2.000 francs à votre malade. Ça en vaut tout au plus 1.000. Nous allons partager le reste. Voici 500 francs. C'est ça la dichotomie.

Dans un pays comme celui où j'exerce, un médecin qui gagne 150.000 francs par an est un médecin qui travaille toute la journée, qui sort souvent la nuit, qui se fatigue. Un chirurgien qui gagne 200.000 francs par an est un chirurgien qui ne fait pas grand chose, qui travaille le matin, un peu après déjeuner, et se repose le reste du temps. Les urgences ne sont pas si fréquentes.

Il est donc normal que la dichotomie compense un peu cette différence. Et puis, à quoi bon partir en guerre, contre un procédé commercial, aussi normal. La dichotomie a été condamnée, par tous les syndicats médicaux. Tous les pontifes des syndicats l'ont quand même toujours pratiquée. Et ce n'est pas en invoquant le respect de soi-même et la dignité personnelle, comme le fait le Docteur Richard, que l'on aboutira à un résultat.

Dr R. GATTE.

DE LA DÉCLARATION DE CERTAINES MALADIES CONTAGIEUSES

Nous avons eu connaissance, par notre courrier, de circulaires récemment adressées par plusieurs préfets aux médecins de leur département, au sujet de la déclaration de la tuberculose et des maladies vénériennes.

En ce qui concerne la tuberculose, une première lettre préfectorale, envoyée en application d'une circulaire ministérielle du 24 décembre 1940, demande qu'à l'aide du carnet à souches « Déclarations de maladies », soit signalée à la Préfecture toute constatation de *tuberculose ouverte.*

Une seconde lettre informe les médecins qu'à la demande des autorités allemandes, « ils doivent, en outre, avant le 10 de chaque mois, déclarer à M. le Chef de la Feldkommandantur *tous les cas de tuberculose,* en se reportant au modèle 2 ». Ce modèle contient les indications suivantes : noms et prénoms ; âge ; domicile ; diagnostic ; lieu de traitement.

Nos correspondants nous demandent ce qu'ils doivent faire.

Ainsi que prend d'ailleurs le soin de le leur rappeler la première des lettres préfectorales, la législation française ne fait pas actuellement *obligation* de déclarer la tuberculose. Qu'une loi soit en préparation pour y contraindre le médecin, c'est possible. D'aucuns penseront même que c'est heureux. Mais ce n'est pas encore chose faite. La question est réglée jusqu'à nouvel ordre par le décret du 16 mai 1936, pris en application du décret-loi du 30 octobre 1935. Ce texte dispose que la déclaration de *la tuberculose pulmonaire* (sans spécifier qu'elle soit ouverte ou non) est *facultative,* au même titre que celle de la coqueluche, de la grippe, de la pneumonie et broncho-pneumonie, de l'érysipèle, des oreillons et de la teigne. Tel est le principe.

Mais, en fait, quelle conduite tenir ? Selon nous, puisque les autorités occupantes exigent ces déclarations en ce qui les concerne, puisque les autorités françaises recommandent de les effectuer, le médecin qui, autrefois, conservait une certaine liberté d'appréciation, n'a plus qu'à s'exécuter.

Il y aura des inconvénients pour les malades à une telle façon de procéder ? Nous ne les méconnaissons pas ; ils ont réussi à impressionner le législateur qui, lors de la préparation du décret du 16 mai 1936, a « ajourné, conformément aux avis des conseils techniques qualifiés, la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose. » (Réponse de M. le ministre de la Santé publique, à Monsieur Fié. *J. O.*, 20 mars 1939).

Mais, d'autre part, l'intérêt supérieur de la Santé publique n'y gagnera-t-il pas en quelque mesure ? Et, en cas de résistance, qui épargnerait au médecin les sanctions éventuelles de l'autorité occupante ? Enfin, et c'est l'argument essentiel, rien à craindre du côté de l'article 378 du Code pénal, qui a été modifié par le décret-loi du 29 novembre 1939, et ne frappe maintenant la révélation des faits secrets que « hors des cas où la loi oblige ou autorise les médecins à se porter dénonciateurs. »

Pour s'épargner toute complication éventuelle, nos lecteurs agiront donc prudemment en déclarant tant à la Feldkommandantur qu'à l'Inspecteur départemental d'hygiène, dans la forme requise par chacune de ces autorités, chaque cas de tuberculose constaté.

La question est légèrement différente en ce qui concerne les maladies vénériennes, car, si nous sommes bien informés, il n'y a pas, tout au moins jusqu'à présent, en cette matière, de prescriptions spéciales des autorités occupantes. Seule la législation française règle donc la question et seule l'administration française prétend exiger des déclarations. Or, que dit la loi ? « Tout médecin, s'il constate qu'un malade de l'un ou de l'autre sexe atteint d'accidents vénériens *contagieux* expose un ou plusieurs individus à la communication de la maladie dont il est atteint, est *autorisé* à prévenir l'autorité sanitaire de *l'imprudence nocive* commise par ce malade. Le médecin, usant de cette faculté, ne peut en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie » (art. 2 du décret-loi du 29 novembre 1939, publié dans le *Concours médical* du 31 décembre 1939).

De ce texte, il résulte : 1° que le médecin n'est jamais *obligé* de déclarer, même non nominalement, le vénérien, mais seulement *autorisé* à le faire ;

2° Que, pour se croire autorisé en conscience à faire une déclaration nominale et même simplement numérique, il faut, selon nous, que le médecin se trouve en présence non seulement d'*un contagieux,* mais d'un contagieux dont la conduite habituelle dissolue, ou la situation de famille, ou les réticences devant les avertissements du médecin, ou le changement de médecin, sans raisons valables, en cours de traitement, fassent craindre un *danger spécial de contamination.*

La loi laisse donc au médecin une très large part d'appréciation de chaque cas particulier,

Elle ne demande pas une déclaration automatique même numérique. L'intention du législateur est évidente. Il a voulu éviter que le malade, atteint d'une affection communément qualifiée de honteuse, ne préfère s'abstenir de soins plutôt que de se voir exposé au danger d'être automatiquement signalé par son médecin, et aux conséquences de tous ordres entraînées par cette déclaration.

Or, que veut obtenir du médecin l'administration préfectorale s'appuyant sur une Circulaire ministérielle du 14 janvier 1941 que nous publions ci-après ? Le texte d'une des Circulaires préfectorales qui nous a été communiqué nous l'indique clairement : 1° une déclaration *automatique numérique* de toute affection vénérienne contagieuse ; 2° des *renseignements précis* sur l'*origine du nouveau cas*, à l'aide au besoin d'un interrogatoire serré du malade par le médecin ; 3° la *désignation nominale du malade* dans un délai de huit jours, dans le cas où le médecin estime que, par le fait du malade, une ou plusieurs personnes sont exposées à la communication de la maladie ou lorsque simplement le malade cesse de consulter, sans raisons valables, avant la guérison.

Ces trois exigences, surtout dans la forme où elles sont présentées, nous paraissent attirer quelques observations, en ce sens qu'elles tendent à imposer au médecin beaucoup plus que ne le fait la loi.

1° Aux termes de celle-ci, le médecin, rappelons-le, n'est pas *obligé* de déclarer automatiquement, même non nominalement, toute affection vénérienne contagieuse. Les maladies vénériennes ne sont pas encore des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire en vertu du décret du 30 octobre 1935. Il *peut* simplement lorsqu'il le juge utile, prévenir l'autorité sanitaire que tel malade est spécialement dangereux et risque de contaminer plusieurs individus ;

2° Rien n'impose au médecin, *légalement*, de se faire enquêteur de police, et de *faire pression* sur son malade pour obtenir des renseignements sur l'identité de la personne contaminatrice, renseignements à communiquer à l'autorité sanitaire. Si, spontanément, des indications lui sont fournies à ce sujet, il peut, s'il le juge utile, en faire part à l'inspecteur d'hygiène, car « le secret du malade n'est pas le secret du coupable », mais nulle disposition ne l'oblige à se faire dénonciateur ;

3° C'est à tort que la circulaire, en visant expressément le décret-loi du 29 novembre 1939, tente de faire croire au médecin qu'il est *obligé* à la déclaration nominale du malade, notamment lorsque celui-ci cesse de consulter, sans raisons valables, avant la guérison et impose au médecin, pour cette déclaration, un délai de huit jours à compter de la consultation manquée. Même dans ce cas le médecin conserve sa liberté d'appréciation. Le décret-loi n'impose aucune obligation : *a fortiori n'impose-t-il pas de délai.*

Ajoutons que la Préfecture rappelle, à bon escient sur ce point, aux médecins, l'*obligation* que leur fait la loi, — car c'en est une, mais la seule — de remettre à tout malade souffrant d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir, en même temps que son ordonnance, un avertissement écrit attirant son attention sur le caractère contagieux de la maladie et sur les dispositions du décret-loi du 29 novembre 1939.

Telles sont les observations que nous suggère l'examen des Circulaires qui nous ont été soumises.

La liberté d'appréciation du médecin reste, selon nous, au moins provisoirement et par un curieux paradoxe, beaucoup plus grande devant un vénérien qu'en matière de tuberculose, sous réserve des instructions locales qui ont pu être données par l'autorité occupante et qui ne seraient pas parvenues à notre connaissance. Le secret professionnel doit, une fois de plus, être vigoureusement défendu contre les exigences mal fondées de l'Administration française.

En se refusant à faire plus que ne demande la loi, en rejetant le rôle policier que l'on cherche à leur faire jouer, mais en appliquant la loi dans son esprit et dans sa lettre, les médecins feront besogne utile pour la santé publique. Ils conserveront ainsi leur caractère de confidents discrets et sûrs, que l'on va voir en toute confiance. Au cas contraire, il est à craindre qu'une forte proportion de vénériens ne se détournent des cabinets médicaux pour tomber entre quelles mains !...

Souhaitons que le Code de déontologie en préparation contienne, outre un rappel complet et précis des obligations qui s'imposent en matière de déclarations des maladies contagieuses, des directives détaillées, dans les domaines où le médecin peut se trouver devant un cas de conscience délicat à résoudre.

Pierre DOURIEZ.



CIRCULAIRE DU 14 JANVIER 1941 ORGANISANT LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Nous publions le texte de cette Circulaire à titre de documentation, mais nous rappelons que ses dispositions attirent un certain nombre de réserves fort importantes de la part du Corps médical, dans l'état actuel de la législation.

N. D. L. R.

Le Ministre
Secrétaire d'Etat à l'Intérieur
à MM. les Préfets

A différentes reprises, et notamment par mes circulaires des 10 décembre 1936 et 21 décembre 1940 je vous ai communiqué une série d'instructions au sujet de l'organisation et du fonctionnement de la lutte antivénérienne. Dans les circonstances actuelles, il convient de veiller plus que jamais à leur stricte observance.

Je vous adresse aujourd'hui la présente circulaire pour que vous en communiquiez le texte à l'Inspecteur de la Santé de votre département, aux fins d'exécution par celui-ci ou par son délégué responsable de la lutte antivénérienne dans votre département.

I. Déclaration numérique des cas contagieux de maladies vénériennes

Tout médecin observant un cas de maladie vénérienne en période contagieuse est tenu d'en faire la déclaration immédiate à l'Inspecteur de la Santé (Inspecteur départemental d'hygiène) ou à son délégué responsable de la lutte antivénérienne.

Cette déclaration qui ne fera pas mention du nom du malade indiquera, pour chaque cas, la nature de l'affection (syphilis I ou II, blennorragie aiguë ou chronique, chancrelle, maladie de Nicolas-Favre).

Cette pratique est déjà en vigueur pour les malades soignés dans les dispensaires ou organismes antivénériens.

Il est indispensable de l'étendre aux cas de maladies constatés et traités par *tous les médecins sans exception,* qu'ils exercent en clientèle ou à l'hôpital, ou dans un organisme de défense antivénérienne, etc.

Je vous prie donc d'adresser toutes instructions utiles aux médecins de votre département afin d'attirer leur attention sur l'obligation morale qui résulte désormais pour eux de pratiquer cette déclaration numérique, base indispensable de toute prophylaxie sociale réellement efficace.

Ils utiliseront à cet effet (en attendant la création d'une fiche de déclaration actuellement à l'étude) « la feuille épidémiologique » en usage dans les dispensaires. Vous voudrez bien faire le nécessaire pour les en approvisionner sans délai. Ils l'adresseront, en franchise, à l'autorité sanitaire désignée au premier alinéa du présent paragraphe.

II. — Enquête épidémiologique

La diffusion des maladies vénériennes ne peut être entravée que s'il est possible à l'autorité sanitaire d'atteindre et d'amener à se faire traiter les personnes sources de contamination.

Il est donc indispensable de renforcer et de généraliser l'enquête épidémiologique pratiquée par l'autorité sanitaire départementale en liaison avec les dispensaires et les organismes antivénériens.

La recherche du contaminateur ou de la contaminatrice a pour base essentielle les renseignements fournis par la personne contaminée elle-même. Le médecin doit faire tous ses efforts pour vaincre les scrupules du contaminé qui hésite devant ce qu'il considère comme une délation et pour persuader le malade qu'il s'agit d'une mesure de sauvegarde destinée à protéger la santé de nombreux autres sujets.

Le médecin complètera la feuille épidémiologique par une fiche de renseignements analogues à celle dont je vous adresse en annexe le modèle.

Dans tous les cas, et si imprécis que puissent être les renseignements ainsi obtenus, la fiche sera envoyée *dans les vingt-quatre heures* à l'autorité sanitaire départementale.

III. — Mesures concernant les malades récalcitrants ou négligents

Celle-ci est chargée de pratiquer l'enquête dans son département ou de la déclencher si la personne contaminatrice réside ou séjourne dans un autre département. Toutefois, et pour donner à l'enquête le maximum de rapidité, si le médecin qui constate la maladie vénérienne dispose d'une assistante sociale (services hospitaliers, dispensaires et organismes antivénériens, etc.), il lui appartient de rechercher directement la personne contaminatrice, si elle séjourne dans son rayon d'action. Dans ce cas, il portera simplement sur la feuille épidémiologique la mention enquête en cours.

Dans ma circulaire du 21 décembre 1940, je vous ai prié d'apporter la plus large extension possible à l'application des dispositions du décret-loi du 29 novembre 1939 et du règlement d'application s'y rapportant. Je vous ai notamment prié d'attirer l'attention du Corps médical sur l'article 2 du décret qui autorise, dans certains cas, le médecin traitant à signaler nominativement à l'autorité sanitaire certains malades vénériens.

Précisant ces premières instructions, je vous prie de faire connaître, *à tous les Médecins,* que, dans les circonstances actuelles, c'est pour eux un devoir moral et social de mettre en œuvre automatiquement leur pouvoir de déclaration dans les cas qui constituent sans conteste de la part du malade « l'imprudence nocive » prévue par l'article 2 du décret du 29 novembre 1939. On considérera comme tel le cas de toute personne atteinte d'affection vénérienne contagieuse qui cessera avant guérison ses consultations chez le médecin qui la soigne sans fournir à celui-ci la preuve qu'elle reçoit les soins d'un autre médecin ou sans justifier de raisons valables pour cette interruption de traitement.

Dans ce cas, le médecin devra déclarer à l'autorité sanitaire départementale les nom, adresse, âge, sexe et maladie. Cette déclaration nominale sera faite dans le délai de *huit jours* après la date de la consultation manquée.

En conséquence, et pour éviter des déclarations abusives, il est indispensable que tout médecin appelé à traiter un malade vénérien s'inquiète si ce malade ne vient pas d'interrompre le traitement commencé chez un autre médecin. Dans l'affirmative, il avertira son confrère précédemment consulté que le malade a changé de conseiller médical.

Pour le ministre
et par autorisation :
Le Secrétaire général :
S. HUARD.

LIBRES OPINIONS



N'est-il pas préférable d'augmenter le nombre des clients plutôt que les tarifs ?

Ce qui limite le prix de toutes choses c'est la loi de la concurrence. Là où le produit est rare il devient de plus en plus cher. Là où on se le procure facilement, il est bon marché et tend à baisser de prix. Si devant l'avilissement des prix un groupe de producteurs décide d'appliquer des prix plus en rapport avec leurs frais généraux et laissant un bénéfice légitime, le public se détourne de leurs établissements, il va au moins cher, et ces producteurs ne fournissent plus rien du tout.

Il en est des prestations médicales comme de toute marchandise. Le gros public va chercher la médecine au moins cher sans se soucier de la qualité. Un très petit nombre de médecins peut se vanter d'avoir une clientèle personnelle, fidèle, acceptant de payer les prix qu'on lui demande. Cette clientèle d'élite se raréfie de plus en plus. Le malade demande avis à son entourage, il va ensuite à la clinique bon marché : devant la persistance des troubles il ira consulter un vrai médecin en dernier lieu. Pourquoi ? pour éviter une consultation qui est chère, et une ordonnance qui l'est encore plus.

Ce n'est pas le moment d'augmenter le prix des actes médicaux. Si l'on veut augmenter les ressources des médecins il faut chercher une solution moins simpliste mais plus efficace.

Pourquoi les cabinets médicaux sont-ils désertés ?

1° Raison financière : Les gens ne gagnent plus assez pour se nourrir. Survienne la maladie, c'est une catastrophe. Qu'a-t-on fait pour que la maladie ne soit pas une catastrophe pour le client moyen ? On a créé les Assurances sociales. On a obligé le médecin à appliquer un tarif laissant à charge du malade une part des frais. Mais si le malade va à l'hôpital, celui-ci se contente du tarif de remboursement et ne demande pas de supplément au malade — concurrence déloyale. Il faudrait que le médecin soit autorisé à se contenter des mêmes tarifs que l'hôpital.

2° Raison morale : On a exigé des docteurs de longues années d'études. On leur a fait passer des examens, des concours, on leur a fait faire des stages de spécialités diverses, décerné des certificats pour études complémentaires. Rien ne renseigne le public sur la valeur des études préalables des médecins établis. Le public considère comme un médecin ordinaire, de dernière classe, celui qu il peut consulter sur tout, et qui le soignera à n'importe quelle heure de jour ou de nuit.

Au-dessus il y a le médecin en blouse blanche, d'hôpital ou clinique. Que ce médecin soit un modeste élève auquel on a proposé en fin d'études un poste d'hôpital sans concours, que ce soit même un étudiant de première année ou un stagiaire, peu importe. Son avis est de qualité supérieure, et malheur au médecin de ville si celui de l'hôpital émet un autre diagnostic ou qualifie d'autre manière les troubles qu'on lui a exposés.

Cette concurrence déloyale, il la faut supprimer. Pour cela il faut supprimer le recrutement direct de l'hôpital par consultations externes ou le réglementer.

Pourquoi ne pas copier l'organisation sanitaire de l'armée en campagne ? Aucune consultation externe n'est organisée à l'ambulance ou à l'hôpital. Les médecins de troupe examinent tous les malades, donnent des soins, font le tri, évacuent sur les différents centres. De même en clientèle on dirigerait sur les différents services les gens qu'on ne pourrait soigner chez eux.

Les malades ou blessés seraient hospitalisés pendant la période de gravité. Dès l'entrée en convalescence on les renverrait soit sur un asile de convalescents soit chez eux, où ils pourraient faire exécuter les pansements ou continuer les soins par leur médecin.

Deux mesures à prendre dans le règlement hospitalier : *Recrutement* par les médecins de la ville ; *Séjours limités* à l'indispensable.

Contre-visites. — La loi de 1898 a réglementé la contre-visite des blessés du travail par les médecins patronaux. Dans le même sens on devrait développer la collaboration entre médecins de ville et d'hôpital. Par des visites régulières et rémunérées le médecin suivrait son hospitalisé se ferait une opinion. S'il jugeait que le malade ne reçoit pas de soins particulièrement délicats, il pourrait se mettre d'accord avec le chef de service pour provoquer la sortie.

Contre-visites régulières par les médecins de ville, d'Assurances sociales, d'Assurances accidents, de chemins de fer, etc.

Il y a abus dans les *motifs* et dans la *durée* des hospitalisations. Beaucoup de malades pauvres seraient aussi bien soignés et à meilleur compte pour la collectivité s'ils étaient soignés chez eux au tarif d'assistance médicale gratuite.

En cas de difficulté ou de contestation le contrôle pourrait être assuré par les centres de diagnostic.

Organisation des centres de diagnostic. — Toute formation hospitalière comprenant, service de médecine, chirurgie, rayons X et laboratoire serait de droit un centre de diagnostic.

Serait de droit centre de diagnostic tout service de spécialité fonctionnant dans une formation hospitalière. Le malade aurait toujours le choix entre les différents centres de diagnostic de sa région.

A intervalles d'un mois les médecins auraient droit de renvoyer leurs malades devant un autre centre de diagnostic s'ils pensaient que le premier examen n'est pas satisfaisant.

Ces examens seraient obligatoires tous les mois pour les malades à tarif spécial, assistance médicale gratuite, assurances sociales, assurance travail.

Répartition hospitalière sur le territoire. — Il faut lier étroitement la répartition hospitalière au réseau routier, aux facilités de communication en auto, bien plus qu'aux fantaisies des politiciens, qui reviennent cher aux contribuables, ou aux libéralités des philanthropes dont les fondations, si riches soient-elles, deviennent insuffisantes après quelques années et nécessitent des subventions, c'est-à-dire des impôts payés par celui qui travaille et n'a pas besoin d'un hôpital à côté de son domicile.

On pourrait envisager la répartition suivante :

Par *arrondissement* ou gros canton un petit hôpital-hospice comprenant service de médecine, salles d'isolement pour contagieux, service de chirurgie d'urgence, appareillages de fractures, radiographie, petit laboratoire.

Par *département*, services de médecine et chirurgie permettant toutes opérations courantes, spécialités, yeux, oto-rhino-laryngologie, radiographie, laboratoire.

Par *région*, un service de chirurgie complet permettant toutes opérations. Des services pour tous examens, toutes spécialités, tous traitements. Laboratoire très complet.

Chaque hôpital aurait sa voiture d'ambulance. En liaison étroite avec les communes, il pourrait sur appel aller chercher un malade, ou sur avis d'un chef de service réexpédier un malade sur le centre où il pourrait recevoir les soins appropriés.

Recrutement. — Hôpital *d'arrondissement* : recrutement par concours ou sur titres selon une méthode excluant toutes possibilités de favoritisme. Honoraires à l'acte médical ou à la vacation.

Hôpital *départemental* : recrutement au concours avec avantages spéciaux accordés aux candidats déjà médecins des hôpitaux d'arrondissements. Appointements substantiels.

Hôpital *régional* : recrutement au concours avec avantages aux candidats déjà médecins des hôpitaux d'arrondissement ou de département. Gros appointements.

Ainsi nous favoriserons la décentralisation scientifique. Des hommes de valeur sauront qu'ils peuvent se faire de belles situations en province.

Conclusion. — Pour augmenter le travail du médecin de ville, pour lui permettre de vivre dignement de son savoir, il ne suffit pas d'augmenter les tarifs déjà trop élevés pour certaines bourses. Il faut que chacun travaille et travaille beaucoup. Il faut surtout réglementer les rapports entre médecins de ville et d'hôpital, avoir peu d'hôpitaux mais judicieusement répartis et adaptés à des fonctions bien définies, régler le recrutement des malades, contrôler les motifs des longs séjours, recruter les médecins par concours et selon des méthodes excluant tout favoritisme.

L'Ordre a devant lui un beau programme. Pour le réaliser il lui faudra lutter contre la routine, les droits mal acquis, les hommes politiques.

Nous le jugerons à l'œuvre.

Docteur H. Duclos,
Viry-Chatillon (Seine-et-Oise).

Directeur-Gérant : G. Lavalée Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

Hommages rendus aux familles médicales

Tout le Corps médical doit s'associer à l'hommage qui vient d'être rendu à des familles médicales nombreuses, l'honneur de notre corporation.

Dans l'arrondissement de Lille, deux d'entre elles viennent de recevoir la Médaille d'or de la famille française accordée à celles qui viennent d'avoir leur dixième enfant, ce sont : Mme Maurice Dekester de Lille et Henri Fournet, de Tourcoing.

En outre, le Corps médical de Tourcoing compte une médaille d'argent attribuée à Mme Turlur dont le mari est membre du Conseil départemental de l'Ordre.

L'Association Médecine et Famille (84, rue de Lille, Paris) désire connaître toutes les autres familles qui ont reçu la Médaille de la famille française depuis juillet 1939. Elle remerciera tous ceux qui voudront bien l'informer.

La promotion du 24 mars 1941 dont la liste a été envoyée aux préfectures est la quatrième parue depuis la guerre.

Signalons d'autre part, que les dossiers concernant la Médaille de la famille française sont à déposer à la mairie de la résidence familiale et que la journée des Mères qui aura lieu le 25 mai prochain, sera consacrée à l'hommage aux familles nombreuses. Tous nos confrères tiendront à cœur à participer personnellement à l'organisation de cette journée,

O O O

Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques

Réglementation de l'échantillonnage pharmaceutique

De pressants soucis d'ordre économique (pénurie croissante de matières premières et d'articles de conditionnement, difficultés de fabrication et de transport) obligent à restituer à l'échantillonnage son véritable objet, qui est de permettre au médecin l'expérimentation avant la prescription.

En conséquence, le Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques a pris la décision suivante applicable à tous les fabricants de produits pharmaceutiques :

A) Tout échantillonnage d'office, qu'il soit général, local ou sélectionné, et qu'il s'adresse au Corps médical (médecins, pharmaciens, dentistes, sages femmes, etc.) ou au public, est provisoirement interdit.

B) L'échantillonnage sur demande du médecin, du pharmacien ou du public devra être réduit ou surveillé.

L'envoi de cartes, timbrées ou non, bons, encarts, lettres offrant des échantillons ainsi que l'insertion, dans la presse, d'annonces ayant le même objet est interdit, sauf dans les deux cas suivants :

1° Spécialités qui pourraient être mises en vente après l'entrée en application du présent règlement.

Dans ce cas, l'offre d'échantillonnage est tolérée pendant les deux premières années de la mise en vente. Il doit cesser dès l'expiration de ce délai.

2° Spécialités qui ont été mises en vente entre le 1er janvier 1939 et la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

Dans ce cas, l'offre d'échantillonnage au médecin ou au public devra cesser à la fin de la deuxième année de mise en vente, mois pour mois.

La date de mise en vente devra être déclarée et justifiée par le laboratoire intéressé.

C) La remise d'échantillons par démarchage auprès des pharmaciens ou par la méthode dite « du porte à porte » est également interdite.

Les laboratoires de spécialités médicales devront s'engager à donner des instructions formelles et précises à leurs visiteurs médicaux ou à leurs agents et à contrôler leur action pour qu'ils n'offrent pas d'échantillons ou de produits vente aux médecins qu'ils prospectent, sauf sur demande expresse de ceux-ci.

D) L'identité du médecin, la fréquence de ses demandes, devront être soigneusement vérifiées.

Il ne devra pas être adressé, pour la même demande acceptée, plus de deux échantillons de chaque produit.

E) L'échantillonnage aux hôpitaux, hospices et dispensaires ne pourra être assuré d'une façon régulière que sur demande expresse, signée par le médecin chef de service.

F) L'échantillonnage aux établissements autres qu'hospitaliers et aux groupements de toute nature devra être fait avec le maximum de prudence. La signature du médecin chef devra toujours être exigée.

G) L'échantillonnage éventuel des camps de prisonniers ou des organisations de secours médical sera centralisé par le Comité d'organisation.

Il sera effectué, autant que possible, en produits vrac, afin d'économiser poids et conditionnement et de perdre son caractère publicitaire.

H) Tous les laboratoires devront pouvoir justifier leurs envois d'échantillons au Comité d'organisation ou à ses délégués accrédités à l'effet de procéder aux vérifications.

Les laboratoires qui ne respecteraient pas ces directives pourront être soumis à des sanctions prises après délibérations du Comité d'organisation et seront signalés, à toutes fins utiles, aux sections d'approvisionnement et de répartition par le Comité d'organisation.

I) Les dispositions visant l'échantillonnage s'appliquent également à la distribution gratuite des modèles vente.

J) Le Comité d'organisation est chargé de faire connaître au Corps médical la présente decision, ainsi que la nécessité qui l'impose et son caractère de généralité.

K) Cette réglementation entrera en vigueur le 25 avril 1941.

La présente décision étant un réglement établi au titre de l'article 2, alinéa 4, de la loi du 16 août 1940,

elle a un caractère obligatoire et les infractions à ses prescriptions peuvent être sanctionnées dans les conditions de l'article 7 de ladite loi.

Paris, le 10 avril 1941.

Le président responsable,
M. LEPRINCE.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hôpitaux

Loi du 4 *avril* 1941 *relative aux religieuses attachées au service des établissements hospitaliers.*

Rapport au Maréchal de France, chef de l'Etat français

Vichy, le 31 mars 1941,

Monsieur le Maréchal,

En l'état de la législation actuelle, un décret rendu en Conseil d'Etat est nécessaire pour accorder l'autorisation à tous les établissements congréganistes quels que soient leur objet et le nombre des membres qui les composent.

C'est ainsi que, même les religieuses attachées au service des établissements publics hospialiers en vertu d'un contrat intervenu, conformément à l'article 8 de la loi du 7 août 1851, modifié par la loi du 9 février 1927, entre les Commissions administratives et leur congrégation, sont tenues d'être pourvues d'un titre d'autorisation.

Or, ce titre a pour effet de conférer l'existence légale et la capacité civile à des agrégations religieuses qui, du fait de la nature du contrat de louage de services, ne constituent pas des entités juridiques investies du caractère de pérennité inhérent aux créations de droit public.

Il m'est apparu inutile, dès lors, de maintenir, à l'égard de groupements, dont la précarité est le trait essentiel, l'obligation de rechercher l'autorisation par décret imposée par les textes en vigueur.

En ce cas, en effet, aussi bien que s'il s'agissait d'un établissement constitué dans un immeuble appartenant à la congrégation et y poursuivant ses œuvres propres, la procédure d'autorisation reste identique alors que les établissements hospitaliers publics, qui font souvent appel au concours des religieuses, ont déjà passé avec elles un contrat régulier.

Un agrément donné par arrêté ministériel suffirait donc amplement à sanctionner une situation de fait et éviterait, tant en ce qui concerne les établissements hospitaliers publics que les établissements reconnus d'utilité publique, des confusions fréquentes nées de la juxtaposition de deux personnes morales.

Tel est l'objet du projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de vous prier, si vous partagez ma manière de voir, de bien vouloir revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Maréchal, l'expression de mon respectueux dévouement.

L'amiral de la flotte,
ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur,
Amiral DARLAN.

Art. 1er. — Les prescriptions édictées par l'article 1er de la loi du 24 mai 1825, l'article 13 de la loi du 1er juillet 1901 et les articles 22 et suivants du règlement d'administration publique du 16 août 1901, ne

sont pas applicables aux religieuses attachées au service des établissements publics hospitaliers ou charitables.

Au vu du contrat intervenu entre la congrégation et la Commission administrative desdits établissements en vertu de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, ces religieuses seront pourvues d'un agrément administratif par arrêté du Ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, pris sur l'avis conforme du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé.

Art. 2. — Le même agrément sera accordé, sur la proposition du préfet, aux religieuses infirmières attachées au service des œuvres privées hospitalières dépendant d'établissements reconnus d'utilité publique.

(*J. O.*, 10 avril 1941).

Syndicats médicaux

Arrêté du 22 *mars* 1941 *concernant le séquestre des biens constituant le patrimoine des Syndicats des médecins dissous.*

Art. 1er. — Le séquestre des biens constituant le patrimoine des Syndicats des médecins dissous par la loi du 7 octobre 1940 est confié à l'administration de l'enregistrement des domaines et du timbre.

Art. 2. — Les biens et charges y afférents des Syndicats seront transférés, par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, au Conseil départemental de l'Ordre des médecins dans le ressort duquel est fixé le siège social du Syndicat dissous.

Les biens et charges y afférents de la Confédération des Syndicats des médecins seront transférés, dans les mêmes conditions, au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Art. 3. — Les Conseils départementaux et le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins assureront l'Administration des biens qui leur auront été transférés.

Ils seront tenus de les transmettre à des organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite déjà existants ou qu'ils croiront devoir créer dans leur circonscription au bénéfice des médecins ou de leur famille.

Art. 4. — Pendant la période qui s'écoulera, avant que les biens aient pu être transmis aux organismes prévus à l'article précédent, les Conseils de l'Ordre des médecins pourront utiliser à des fins d'assistance, les biens qui leur auront été provisoirement transférés, ils devront rendre compte de leur gestion aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite auxquels les biens auront été définitivement dévolus.

Art. 5. — Les biens qui ne pourront être attribués aux organismes prévus à l'article 17 (alinéa 2) de la loi du 7 octobre 1940, seront liquidés par les soins du Conseil de l'Ordre à qui ils auront été transférés.

La destination qui sera donnée au produit de la liquidation sera fixée par un arrêté ministériel qui attribuera le montant de l'actif soit aux organismes susvisés, soit au Conseil départemental de l'Ordre.

Art. 6. — Tous les contrats passés par les Conseils de l'Ordre des médecins au sujet de l'Administration ou de la liquidation des biens ayant appartenu à des Syndicats dissous, ainsi que ceux qui seront conclus entre les Conseils et les organismes prévus à l'article 17 (alinéa 2) de la loi du 7 octobre 1940, devront être approuvés par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

(*J. O.*, 11 avril 1941).



CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

2.212. — Transformation des automobiles pour la marche à l'acétylène

Ayant lu votre article Automobilisme, n° 1.395 contenu dans le *Concours médical* du 30 mars 1941, page 618, dans lequel vous préconisez la marche à l'acétylène, j'ai l'honneur de vous demander quels seraient les prix approximatifs de la transformation d'une de mes voitures Simca V ou Citroën légère 11 CV, pour la marche à l'acétylène, le prix de la consommation aux 100 kilomètres et les moyens de se ravitailler en carbure. Si possible, les adresses de mécaniciens dans la région, susceptibles d'opérer ces transformations.

Dr B.

Réponse

Je crois que le prix de l'installation d'un générateur à acétylène et des appareils accessoires doit être de l'ordre de 15 à 20.000 francs.

Pour calculer le prix de la consommation, vous pouvez estimer qu'un litre d'essence est remplacé par environ 1 kgr. 600 à 2 kgr. de carbure, celui-ci coûtant actuellement 3 fr. 60 le kilo au détail.

On trouve du carbure chez certains distributeurs qui vendaient autrefois de l'essence, et cela en boites de 5 kilos. Le carbure n'est d'ailleurs délivré qu'aux titulaires d'un permis de circulation pour voitures équipées à l'acétylène et est vendu sans emballage, c'est-à-dire que l'acheteur doit rendre immédiatement la boîte dans laquelle le carbure lui a été livré.

Henri PETIT.

FISCALITÉ

1.740. — Paiement des impôts par les prisonniers de guerre

Je vous remercie de votre lettre me donnant les renseignements demandés au sujet du paiement des impôts des prisonniers de guerre.

Je viens encore user de votre amabilité pour un nouveau renseignement.

Je viens de voir sur les journaux que les impôts 1939-40 des prisonniers de guerre sont annulés.

Or, je suis rentré de captivité en Allemagne le 8 février 1941.

Cette mesure s'applique-t-elle à ceux qui sont déjà rentrés de captivité, à moi en particulier ?

Dr J.

Réponse

La presse a une nouvelle fois donné une information inexacte.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés personnellement à la Direction du ministère des Finances, il résulte que seul un texte se trouve à l'heure actuelle à l'étude à ce sujet.

Il faut donc attendre sa promulgation pour connaître dans quelles limites les prisonniers seront ou non exonérés de tout ou partie de leurs impôts.

Aussi, nous vous conseillons de gagner du temps vis-à-vis de votre percepteur.

1.961. — L'imputation d'un déficit commercial sur les bénéfices de la profession non commerciale n'est pas admise.

Sociétaire du « Sou médical » et vieil abonné du *Concours*, j'ai lu un jour dans ce journal, sous votre signature, qu'un chirurgien, exploitant une Clinique chirurgicale, et arrivant dans cette exploitation commerciale à un déficit important, pouvait obtenir l'autorisation de retrancher ce déficit de son bénéfice de profession libérale. J'ai donc recours à vous pour me conseiller dans les circonstances suivantes :

Exploitant une Clinique depuis trente ans, j'ai habituellement des exercices légèrement déficitaires ; mais de temps en temps, un exercice favorable me permettait d'annuler les pertes reportées des années précédentes : voici par exemple, les résultats des dernières années :

1936. Perte	25.153 fr. 43	
1937. Perte......	14.063 fr. 08	
1938. Bénéfice...		27.870 fr. 27
1939. Perte......	8.075 fr. 62	

J'ai donc commencé l'exercice 1940 avec des déficits antérieurs de 11.346 fr. 24 (reliquat de 1937) et 8.075 fr. 62, soit un total de 19.421 fr. 86.

Mais en 1940, j'ai eu à supporter une fermeture de six semaines, un pillage, une hausse du prix de la vie, et une diminution importante de recettes, ce qui fait que l'exercice se clôt avec un déficit propre de 90.811 fr. 65.

Je ne peux espérer réaliser en 1941 un bénéfice suffisant pour annuler plus de 110.000 francs de déficits arriérés, alors que l'exercice commence mal, et que j'ai encore à prévoir des dépenses très élevées pour reconstituer mon matériel et mes stocks. Même dans les années les plus favorables, je n'ai jamais dépassé 30.000 francs de bénéfice, pour un chiffre de recettes brutes de 350.000 francs (cette année 316.000 y compris les factures à recevoir).

L'an dernier, l'Administration m'a envoyé un contrôleur, qui, après avoir longuement examiné mes livres, a conclu spontanément que ma profession commerciale n'était qu'une annexe de ma profession libérale. Je crois donc les circonstances assez favorables pour obtenir l'annulation de mes déficits antérieurs par imputation sur les bénéfices de ma profession de chirurgien.

Dr X.

Réponse

Nous avons, en effet, voulu faire imputer le déficit commercial des cliniques sur le bénéfice des professions non commerciales. Mais, après une longue discussion avec l'Administration, ce qui nous a permis d'examiner la question sous toutes ses faces, nous avons cru devoir abandonner notre prétention pour la raison suivante :

L'Administration, s'appuyant sur l'article 100 du Code général des Contributions directes, n'admettait les imputations de résultats de la cédule commerciale sur ceux de la cédule non commerciale qu'en considérant les deux affaires comme seule entreprise imposable pour le tout aux bénéfices commerciaux.

Or, il en résultait, pour un grand nombre de médecins, une augmentation d'impôt qu'il fallait éviter.

Nous nous sommes contentés de réviser l'attribution des frais généraux dans chaque cédule.

Une partie des dépenses est passée, pour beau-

coup de cliniques, de la partie commerciale aux honoraires et le déficit a été ainsi atténué.

Mais il s'agit de rectifications de comptabilité qui varient d'une clinique à une autre et qui ne peuvent donner lieu à des conseils généraux.

A. et S. MARTINOT,

LOYERS

2.063. — La réduction porte sur la totalité du loyer

Je m'excuse de vous demander à nouveau quelques précisions sur le paiement de mon loyer : mon propriétaire me signale que la réduction des trois quarts ne saurait être appliquée qu'à mon loyer professionnel (j'occupe une maison de huit pièces dont deux sont exclusivement affectées à l'exercice de ma profession). Qu'en pensez-vous ?

Il me signale en outre que, puisque j'ai été officier pendant la guerre, la réduction des trois quarts du loyer ne m'est pas applicable. Est-ce exact ?

Dr T.

Réponse

C'est à tort que votre propriétaire vous affirme que la réduction de loyer ne peut porter que sur le loyer professionnel.

Le décret-loi du 26 septembre est formel sur ce point. Il vise tous les loyers. C'est d'ailleurs, une question de bon sens, puisque c'est le revenu de votre profession qui vous permet de vivre et de payer votre loyer familial.

Comme nous vous le disions, ce décret vous accorde de plein droit une réduction égale aux trois quarts du loyer principal, sauf au propriétaire à apporter la preuve en justice que vous êtes en mesure d'acquitter une quote-part supérieure au quart.

Votre propriétaire peut donc exiger le paiement d'une quote-part supérieure au quart, mais c'est à lui d'apporter la preuve que votre solde vous permettait de payer un loyer supérieur.

ORDRE DES MÉDECINS

2.183. — Un interne doit-il être inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins ?

Je me permets de venir soumettre à votre examen une question précise que j'aimerais bien voir élucidée et définie. C'est celle-ci :

Un interne en médecine d'un service hospitalier ou privé qui pratique sa mission, sous l'autorité d'un chef de service et sous sa responsabilité, qui ne formule pas d'ordonnances, ni de certificats médicaux, même s'il est docteur en médecine, doit-il être considéré comme exerçant la médecine, surtout si sa tâche est strictement limitée à son service. Je ne le pense pas. Mais qu'entend-on par exercice de la médecine ?

Dr O.

Réponse

Les internes des hôpitaux publics ou privés exercent légalement la médecine s'ils se cantonnent dans les prévisions de l'art. 16, parag. 2 de la loi du 30 novembre 1892. Aux termes dudit

article, les dispositions du paragr. 1er (dispositions relatives à l'exercice illégal de la médecine et aux sanctions pénales y afférentes) ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Ceci a été heureusement spécifié par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 7 novembre 1935 (arrêt Loiseau) qui s'exprime de la manière suivante : « un interne opérant sous la direction d'un docteur en médecine peut sans irrégularité donner des soins. L'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 prescrit en effet que les dispositions sur l'exercice illégal de la médecine ne peuvent s'appliquer aux élèves agissant comme aides d'un diplômé ».

Il résulte de là que l'interne, même s'il se borne aux fonctions d'aide que la loi prévoit en son article 16 exerce bel et bien la médecine. Il a fallu une disposition expresse de la loi pour faire échapper son cas au domaine de l'exercice illégal et tout autre que lui qui, sans être étudiant, se livrerait à une telle pratique, serait pénalement condamnable.

Autre conséquence, un interne qu'il soit ou non diplômé est obligé de se conformer à la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins d'après laquelle nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un conseil professionnel dit Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour se mettre en règle avec cette loi, il suffit que l'interne requière du Conseil départemental de l'Ordre son inscription au tableau.

QUESTIONS DIVERSES

1.872. — Le recrutement au titre des emplois réservés est suspendu

Pourriez-vous m'envoyer ou m'indiquer où je pourrais trouver la liste des emplois réservés aux médecins (mutilés de guerre) ?

Réponse

Le Secrétariat général des Anciens Combattants (Direction du Contentieux et des Services médicaux, Service des emplois réservés) auquel nous avons posé la question, nous a fait la réponse suivante :

« Vous avez bien voulu me demander de vous adresser l'actuelle liste des emplois réservés aux médecins, suivant les dispositions de la loi du 12 août 1933.

« J'ai l'honneur de vous informer que la loi du 15 octobre 1940 a partiellement abrogé certaines dispositions du décret-loi du 1er septembre 1939 interdisant le recrutement des fonctionnaires pendant la durée de la guerre et, prévu dans son article 1er que « Un décret fixera les conditions et limites dans lesquelles sera repris ultérieurement le recrutement au titre des emplois réservés ».

« Il convient donc d'attendre la publication de ce texte. »



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

L'Actualité scientifique

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants.............. 50 fr.

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuse toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 131. — J. médec. franç. actif, excell. réf. possédant voiture, désirer. empl. ou représent. de laborat. Rég. indif. S'adress. Dr Bui, Plurien (C.-du-N.).

N° 132. — J. pharmac. chimiste, franç. connais. bien allem. est demand. pour empl. laborat. de recherch. dans usine de province. Se prés. ou écr. M. Habay, 20, rue Auguste-Vacquerie, Paris (XVIe).

N° 133. — Dame habit. gr. mais. tt. conf. , jardin, bon aliment. facilités étud. prend. pensionn. enf. j. fil. dame. Mme Besson, Châteauneuf-sur-Charente.

N° 134. — Cabinet médec. générale à céd. dans ville import. Côte d'Azur. bonne client. écrire pour rens. Dr René Feret, Toulon (Var), 29, rue Victor-Clappier.

N° 135. — Doct . franç., 30 ans, ancien int. hôpit. province, actif et expérimenté. réfugié de Paris. Référ. profess. et de moralité de premier ordre, accepter. remplacem. de confr. en zône non occupée. Pourrait également envisager location poste ou remplacem., vente. Ecr. Ribeyre, 5, rue A.-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 136. — Paris, près gares Nord et Est, Appart. médic. très bien situé, 8 pièc., asc., loyer très modéré, à céd. cause santé avec install. electrologique à méd. disposant de quelques disponibilités. Dr Pernot, La Chapelle-Yvon (Calvados).

N° 137. — Bretagne. Import. poste médec. rurale à céd. dans chef-l. canton. Gros chiffre d'aff. Urgent. Ecr. M. L., Sternberg, à Eréac (C.-du-N.).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire d'anatomie pathologique. Cours de technique et de diagnostic.* — Le Professeur Roger LEROUX, assisté du Docteur BUSSER, chef des travaux, commencera ce cours le lundi 9 juin 1941, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, et le continuera tous les jours de semaine à la même heure.

Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées d'une part à la technique courante que les élèves effectueront sur des coupes qui leur seront fournies par le laboratoire ; d'autre part, à la lecture de ces coupes avec discussion des diagnostics. Les coupes resteront la propriété des élèves.

A la fin du cours, un certificat pourra être délivré sur demande aux auditeurs qui auront satisfait à une interrogation spéciale.

Droits d'inscription : 350 francs. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 31 mai 1941 par le secrétariat de la Faculté de médecine sur présentation d'une autorisation délivrée par le Docteur Busser, chef des travaux (laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage, tous les jours ouvrables de 10 heures à 12 heures, et de 14 heures à 18 heures).

— **Ecole de malariologie.** — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du samedi 14 juin au samedi 12

juillet 1941, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Professeur E. Brumpt. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de trois heures, dirigée par le Docteur L.-C. Brumpt, chef de clinique, assisté de M. Dao Van Ty.

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris. Les étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes : Premier examen (Epreuve pratique d'hématologie, épreuve pratique de protozoologie, épreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme) ; deuxième examen (Epreuve théorique de protozoologie, épreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme, épreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme).

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 150 francs ; droit de bibliothèque, 60 francs ; droits de laboratoire, 1.500 francs ; total, 1.710 francs.

Le cours n'aura lieu que s'il y a un nombre minimum de quinze élèves. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Indemnité des externes.* — A la date du 1er janvier 1941, l'indemnité journalière des externes a été portée à 11 fr. 25. Antérieurement, cette indemnité était de 8 francs.

En outre, les externes continueront en 1941, à percevoir 1 fr. 75 par présence au titre des fonds en dépôt des Assurances sociales.

L'indemnité totale allouée aux externes s'élèvera donc à 11 fr. 25 plus 1 fr. 75, soit 13 francs.

— **Réouverture du Centre de donneuses de lait.** — L'Administration générale de l'Assistance publique à Paris fait connaître que le Centre de donneuses de lait de la Maternité de Paris, fermé depuis septembre 1939, a rouvert ses portes au public depuis le lundi 3 mars 1941.

S'adresser, pour tous renseignements, au Centre de donneuses de lait, 129, boulevard de Port-Royal ; ouvert tous les jours de 10 heures à 11 heures et de 16 heures à 17 heures.

— **Une nouvelle carrière intéressante pour les jeunes femmes.** (*Communiqué*). — A toutes celles qui se sont vues interdire des carrières désormais réser-

vées aux hommes, le Corps médical peut rendre service en indiquant la session intensive d'enseignement ménager et familial organisée à Paris par le Secours national à partir du 12 mai prochain.

Des situations de monitrices auxiliaires de cet enseignement pourraient être indiquées à celles qui l'auront suivie avec succès durant six mois. Des bourses seront accordées aux candidates intéressantes.

Conditions à remplir : âge minima 21 ans, maxima 35 ans.

Examen d'entrée pour toutes les candidates, qui devront avoir le brevet simple au moins et autant que possible le niveau du brevet supérieur ou du baccalauréat.

Les familles médicales peuvent être particulièrement intéressées par ces études sur les problèmes moraux et matériels qui touchent à la famille, non seulement pour la technique, mais également pour sa formation spirituelle et éducatrice. Des maîtres autorisés et des confrères particulièrement qualifiés assureront de très nombreuses conférences en plus des travaux pratiques et des stages.

Toute la correspondance doit être adressée à Madame la Directrice de l'Ecole, 20, rue Gay-Lussac, à Paris (Ve). Elle reçoit les lundi, mercredi, vendredi, le matin de 9 heures à midi. Le registre d'inscriptions sera clos le 8 mai.

— **L'Œuvre de la Goutte de lait de Fécamp** (Fondation Léon Dufour) a tenu son assemblée générale annuelle. Dans un rapport sur le fonctionnement de l'Œuvre, le Docteur Maupas a fait connaître que malgré les difficultés de l'approvisionnement en lait, la Goutte de lait de Fécamp a pu, pendant l'année 1940, assurer l'alimentation régulière de 235 nourrissons.

— **Ecole de médecine de Reims.** — M. Buisson, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à la date du 1er juillet 1941.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Julien Lamoril ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur sixième enfant, *Marie-France.*

Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais), 19 avril 1941.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Louis Thibault, médecin des hôpitaux de Nantes, vice-président du Conseil départemental d'hygiène de la Loire-Inférieure.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
CONSEIL SUPÉRIEUR

Communiqué

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins s'est réuni à Paris, du 19 au 21 avril 1941, en séances plénières.

Il s'est occupé de la réforme des études médicales, de l'organisation des Commissions régionales groupant les Conseils départementaux, du fonctionne-

ment des Chambres de discipline et de leur réglementation.

Il a pris d'importantes décisions au sujet des dispensaires de divers ordres.

Il s'occupe activement d'établir et de préciser les rapports avec les diverses collectivités.

Il est maintenant en mesure d'assurer la liaison étroite avec les Conseils départementaux de la zone occupée et de la zone non occupée et de fixer les règles essentielles qui présideront à l'organisation corporative de la profession médicale.

En faveur des médecins sinistrés de guerre

Devant le grand nombre de médecins durement atteints par la guerre dans leur situation professionnelle et réduits à de pitoyables conditions de vie, nous croyons utile de rappeler à nos confrères plus favorisés qu'il existe une « Caisse d'assistance médicale de guerre », fondée par l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, à Paris.

Cette Caisse a grand besoin du concours de tous pour augmenter ses ressources ; elle recevra volontiers, en particulier, des livres et des instruments qu'elle distribuera à ceux qui ont retrouvé leur maison et leur installation en ruines.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Inscrits aux tableaux spéciaux

Légion d'honneur

Pour chevalier :

Delteil (Paul-Léon), *médecin, capitaine du 18e rég. de dragons :*

Chef de service d'un dévouement exemplaire, toujours prêt à se porter dans les endroits les plus exposés pour porter secours aux blessés. S'est particulièrement signalé, le 23 mai 1940, lors d'un bombardement violent d'artillerie et d'aviation près de Neuville-Saint-Vaast, faisant alors preuve du plus remarquable sang-froid et d'un complet mépris du danger.

Médaille militaire

Aragon (Louis), *médecin auxiliaire du G. S. D. de la 3e division légère mécanique :*

Médecin auxiliaire d'un courage et d'un dévouement absolus a donné au cours de la campagne l'exemple de l'abnégation la plus complète. Toujours volontaire pour les missions périlleuses, a relevé sous le feu, le 22 juin 1940, des blessés n'appartenant pas à la division, et a permis, par la rapidité de son intervention, de sauver la vie à plusieurs d'entre eux.

Lettre d'un prisonnier

Du seul fait qu'elle vient d'un prisonnier, cette lettre revêt à nos yeux une gravité digne d'un spécial respect, car elle a été prélevée sur le contingent de lettres que tout prisonnier est autorisé à adresser à sa famille.

En outre, en refusant d'être relevé par un médecin étranger qui viendrait prendre sa place et remplir sa fonction dans un Stalag, l'auteur atteste que son opinion est réfléchie : c'est en connaissance de cause qu'il en assume les responsabilités.

Nous publions donc cette lettre comme un message que nous avons charge de transmettre à sa véritable destination.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro du *Concours médical* du 15 décembre 1940, j'ai lu un article intitulé une « originale proposition » rapportant les suggestions d'un médecin étranger soumis aux dispositions de la loi du 16 août 1940. Je suis médecin français, et aucun retard dans les ordres d'appel ne m'a empêché de faire toute la campagne au front dans un régiment d'infanterie. Depuis dix-neuf mois, j'ai abandonné mon cabinet ; depuis neuf mois, je suis retenu en Allemagne pour donner mes soins aux prisonniers. Je me crois donc autorisé à donner mon avis sur la relève éventuelle des médecins. Cet avis est d'ailleurs partagé par mes sept camarades médecins du Stalag XII A. Ce n'est pas au moment, croyons-nous, où l'on commence à assainir le milieu médical français, où on l'épure d'éléments cosmopolites qui n'avaient rien à y faire qu'il convient de donner des droits à ces éléments indésirables, des droits que ne manqueraient pas de faire valoir à leur retour, ces médecins étrangers engagés pour la durée de la guerre (pour la plupart d'entre eux, nous savons quelle impérieuse raison motiva cet engagement, dont ils font déjà état) et que seul « un retard dans les ordres d'appel n'a pas permis d'envoyer au front ». Nous ne savons quelle sera l'attitude des autorités compétentes devant une telle proposition, quelle sera la conduite de nos camarades en congé de captivité, quelle conception ils ont gardée de leur devoir de Français ; mais d'ores et déjà, il faut bien que l'on sache que nous, médecins prisonniers, nous préférons attendre la fin de la captivité dans notre Stalag, plutôt que d'envisager une relève dans de telles conditions.

Dr LARDENOIS

O O O

Voir la suite page XLIII-829

PROPOS DU JOUR

FLUCTUAT NEC MERGITUR

La devise de la Cité parisienne peut être revendiquée à juste titre par notre *Concours médical*.

Quand CÉZILLY, il y a 63 ans, le fonda, le Corps médical français était depuis un siècle dans un véritable désarroi. Aucune cohésion, aucun lien n'existaient entre les médecins ; isolés, ils étaient incapables individuellement de se défendre. Le grand mérite de Cézilly, c'est d'avoir prévu l'évolution sociale qui se préparait et dont le praticien isolé serait la victime ; c'est d'avoir groupé un nombre suffisant de médecins au *Concours médical* ; c'est d'avoir su s'entourer de collaborateurs capables de perpétuer et de développer son œuvre.

Parmi ces collaborateurs deux, à des titres divers, y ont tenu une place à part ; ce furent JEANNE et BOULANGER.

JEANNE, qui avait à Meulan, en Seine-et-Oise compris et réalisé la collaboration des médecins et des pouvoirs publics en ce qui concernait l'hygiène et l'assistance, mit au service des lecteurs du *Concours médical* sa grande compétence, sa compréhension de la situation sociale du médecin et son intelligence toujours en éveil, qui lui faisait prévoir le développement de la médecine sociale.

BOULANGER qui avait, au début, rempli les fonctions les plus humbles de petit commis auprès de Cézilly, s'était peu à peu initié à tout ce qui pouvait faire vivre le journal. Pourvu d'une grande intelligence, d'un bon sens à toute épreuve, d'une prodigieuse activité, d'un remarquable sens pratique des affaires, d'un caractère droit et d'une scrupuleuse honnêteté, reconnue par tous, il avait su, tout en remplissant son rôle avec une remarquable modestie, pour ainsi dire dans la coulisse, fournir au *Concours médical* et à ses œuvres, les moyens matériels de prospérer. Il fut admirablement secondé dans cette tâche par son épouse qui, à des périodes particulièrement critiques, suppléa son mari, retenu aux armées et assura l'existence du journal. Prévoyant une défaillance de sa part, Boulanger songea à se faire suppléer, pensant avec raison que l'administration du *Concours médical* et de ses œuvres, ne pouvait du jour au lendemain être assurée dans son mécanisme très complexe. Il choisit des collaborateurs, jeunes, intelligents, instruits, les mit au courant de toutes ses affaires et il put nous dire avant la guerre : « Je suis tranquille ; je puis actuellement manquer ; mes jeunes collaborateurs sont au courant de tout et peuvent me remplacer ». Il se sentait alors fatigué, mais nous étions loin alors de prévoir sa disparition prématurée.

Non, mon ami, vous ne pouvez être totalement remplacé ! Quels que soient la compétence, l'intelligence, le dévouement de ceux qui rempliront votre tâche, nous ne trouverons pas auprès d'eux le conseiller prudent, compréhensif et judicieux, l'ami dévoué, sincère et franc que nous regretterons toujours !

Le *Concours médical* a perdu Jeanne l'avant-veille de la guerre de 1914 et Boulanger au cours de celle de 1939-41. Entre temps sont morts Duchesne, Gassot qui ont laissé de grands vides dans nos rangs.

Après la grande guerre de 1914-1918, grâce sur

tout à Boulanger, notre Maison effectua un redressement inespéré. Hier encore, malgré l'effondrement de la nation, les difficultés créées par la division de la France en deux zônes, Boulanger était parvenu à remettre le *Concours* sur pied et nous laissait espérer une deuxième renaissance. Souhaitons que nous pourrons continuer sa tâche et que nous ne ferons pas mentir notre nouvelle devise :

Fluctuat nec mergitur.

Ce sera la meilleure manière de témoigner notre reconnaissance à nos devanciers et surtout à notre grand ami, Constant Boulanger.

J. NOIR.

LA CÉRÉMONIE RELIGIEUSE A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR BOULANGER

Le 22 avril dernier, à 10 heures, a été dite en l'Eglise Saint-Vincent-de-Paul, sa paroisse, une messe à la mémoire de Monsieur Constant BOULANGER, administrateur du *Concours médical*, que nous avons eu le chagrin de perdre il y a quelques semaines.

Les circonstances n'avaient pas permis de célébrer les funérailles à Paris et seuls quelques proches amis purent, aux côtés de la famille, accompagner Monsieur Boulanger jusqu'au petit cimetière de campagne où il souhaitait dormir.

La cérémonie de Saint-Vincent-de-Paul a rassemblé tous ceux qui, aimant son caractère, estimant son long effort, reconnaissants pour tant de services rendus au Corps médical français, voulaient lui apporter leur tribut de regrets.

Des représentants des grandes Associations médicales, des praticiens, des fabricants de spécialités pharmaceutiques et une foule compacte d'amis personnels témoignaient de la place que, malgré sa modestie, tenait Monsieur Boulanger dans le monde médical parisien. Si la province avait pu, elle aussi, être présente, ce n'est pas la vaste église qui eut pu contenir l'hommage rendu à une figure qui longtemps demeurera vivante parce que sa vie se perpétue dans une œuvre.

A la famille de Monsieur Boulanger s'était joint, pour mener le deuil, le Conseil de Direction du *Concours médical.*

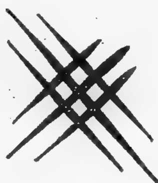
Celui-ci, tout conscient qu'il était de la perte éprouvée, en a mieux mesuré encore la grandeur devant cet afflux de sympathies.

Mais en même temps, il a connu toute la responsabilité qui lui incombe pour ne pas déroger ni risquer de décevoir une confiance solennellement exprimée.

Nous recevons en héritage un grand devoir : « maintenir » malgré les difficultés de l'heure, persévérer dans la voie tracée puisqu'elle fut féconde.

Reprenant la belle image de notre directeur, nous inscrivons à la proue de notre nef, une devise qui, dans les jours que nous vivons, acquiert tout son sens pour le journal comme pour la Cité.

G. L.



PARTIE SCIENTIFIQUE

LA HERNIE INGUINALE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le Docteur P. Hardouin,

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes

Nous avons eu l'occasion d'observer les jours derniers dans le service, un malade atteint de hernie inguinale droite du volume d'une orange, et descendant dans le scrotum. Le porteur de cette hernie est un homme de 52 ans, bien portant, et ne présentant rien dans ses antécédents qui mérite d'être rapporté. Il est doué d'un embonpoint assez marqué, le ventre est légèrement saillant et la musculature de la paroi est médiocre.

Le malade est un ouvrier agricole. Il nous raconte que depuis quelques années déjà, il s'est aperçu d'un léger soulèvement de la région inguinale droite. Peu à peu, la tuméfaction est allée en augmentant progressivement, sans douleurs, pour atteindre en fin de compte les dimensions actuelles.

L'examen direct montre que cette hernie est sonore. Elle se réduit très facilement lorsque le malade est allongé dans son lit, mais elle se reproduit immédiatement dans la position debout, ou à la suite d'un effort même léger.

L'index refoulant la peau du scrotum pénètre dans un orifice inguinal largement dilaté, qui permet de reconnaître des piliers aponévrotiques lâches et mal limités. La paroi abdominale à ce niveau manque totalement de résistance et l'on a l'impression d'un effondrement, dans lequel on peut engager l'extrémité de deux ou trois doigts, d'une éventration plutôt que d'une hernie.

J'ai porté le diagnostic de hernie inguinale directe développée par manque de la musculature abdominale. L'intervention, qui a suivi cet examen, en a montré l'exactitude. Nous nous sommes trouvés en présence d'une paroi totalement déficiente sous une épaisse couche de graisse sous-cutanée, l'aponévrose du grand oblique était réduite à une mince couche celluleuse. Au-dessous d'elle, et adhérant mollement aux éléments du cordon, se trouvait le sac herniaire également recouvert de tissu graisseux. Il a été disséqué, puis lié aussi haut que possible. A ce moment, il a été facile de reconnaître la présence de l'artère épigastrique située en dehors du sac. Il s'agissait donc bien sans discussion d'une hernie directe.

Le sac une fois enlevé, sur un espace de 3 à 4 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de haut, on apercevait nettement le péritoine bombant sous la pression des anses intestinales et recouvert seulement par le fascia transversalis peu résistant. Le tendon conjoint était fortement reporté en haut. Il a pu être saisi solidement, et par 5 points de catgut à lente résorption, j'ai pu le fixer à l'arcade crurale, oblitérant ainsi la trouée de la paroi abdominale.

Actuellement, le résultat apparaît bon, mais il y a naturellement des réserves à faire sur la solidité définitive de cette réfection de la paroi, étant donnée la faible qualité du muscle et des aponévroses employés, surtout si le malade se livre par la suite à des travaux de force.

C'est là une observation banale, mais elle devient très intéressante à étudier, parce que cet homme exerçant une profession ouvrière croit avoir droit à une indemnité du fait de sa hernie.

C'est là toute la question de la hernie accident du travail, qui est à discuter devant vous.

La hernie inguinale doit-elle être considérée comme un accident du travail ?

Dans quelles conditions peut-on l'admettre comme résultat d'un accident du travail ?

Quel est l'état actuel de la jurisprudence à ce sujet ?

L'étude de cette question complexe a fait l'objet de très nombreux travaux. Elle suscite encore de fréquentes polémiques entre les experts et les tribunaux, et bien souvent, il y a opposition absolue entre la jurisprudence telle qu'elle est appliquée actuellement et les conclusions de la presque unanimité des chirurgiens, qui se sont occupés de ce sujet.

Un rappel anatomique nous est indispensable pour arriver à comprendre la formation de ces différentes hernies.

Les hernies inguinales, en effet, comprennent deux grandes classes : la hernie inguinale oblique externe et la hernie inguinale directe.

La première variété groupe les hernies, qui suivent le trajet du canal inguinal, depuis la fossette abdominale jusqu'à l'orifice externe du conduit, et de là, continuent leur évolution plus ou moins rapide vers le scrotum. Elles se divisent elles-mêmes en deux groupes nettement différents au point de vue de leur pathogénie. Au premier groupe appartiennent les hernies dites congénitales, qui suivent un trajet préformé consti-

◆◆

tué par le conduit péritonéo-vaginal. Vous vous souvenez, en effet, que le testicule situé primitivement dans l'abdomen descend peu à peu dans les bourses, en entraînant avec lui le péritoine qui lui adhère, et dont la portion terminale constitue la vaginale. Il se forme donc là depuis l'abdomen jusqu'au fond du scrotum un conduit qui, normalement, doit s'oblitérer au moment de la naissance, mais qui assez fréquemment peut persister soit en totalité, soit en partie, et tout spécialement former une petite amorce en doigt de gant, déprimant le péritoine au niveau de l'orifice inguinal abdominal.

Dans cette variété, le sac est donc préexistant au moins en partie, et il présente des adhérences intimes avec les éléments du cordon.

Le deuxième groupe des hernies inguinales obliques externes ne possède pas de sac préalablement constitué, bien que souvent la préexistence de la dépression péritonéale au niveau de l'orifice inguinal interne puisse servir d'amorce à sa constitution. Le sac péritonéal est acquis et se développe peu à peu sous l'influence de la poussée abdominale. Notons enfin que la fossette inguinale externe, par où s'engage la hernie, est limitée en dedans par l'artère épigastrique. En conséquence, le collet du sac herniaire se trouve toujours situé en dehors de ce vaisseau.

La hernie inguinale directe ne possède dans aucun cas de sac préformé. Elle se produit au niveau de la fossette inguinale moyenne, point congénitalement faible de la paroi abdominale. Il existe là un espace limité en bas par l'arcade crurale, en haut par le bord supérieur du tendon conjoint, en dedans et en dehors par des expansions aponévrotiques du petit oblique et du transverse, ligaments de Henle et de Hesselbach, dont l'étendue et la force de résistance sont en rapport avec la valeur des muscles dont ils émanent. Cet espace, de dimensions variables avec chaque sujet, n'est en fin de compte oblitéré que par le péritoine doublé du fascia transversalis. L'artère épigastrique limite sa partie externe.

Lorsqu'il se produit une hernie en ce point la poussée abdominale repousse devant elle cette paroi amincie et aboutit directement à l'orifice inguinal externe, à travers lequel il progresse lentement vers la racine des bourses.

Ces notions d'anatomie résumées pour mémoire, revenons au sujet de cette leçon. La hernie inguinale est-elle un accident du travail ?

Pour le public la question est résolue d'avance : la hernie est toujours le résultat d'un effort, les deux termes sont synonymes. Pour nous, au point de vue clinique, nous devons envisager deux ordres de faits : Des hernies semblent apparaître brusquement chez des individus d'apparence normaux et surviennent, a-t-on dit, à l'occasion d'un effort. Ce sont les hernies de force. Chez d'autres malades, au contraire aux parois déficientes, le plus souvent adipeuses, formées de mauvais muscles, donnant les signes cliniques du ventre à triple saillie, on voit survenir progressivement dans la région inguinale une petite tuméfaction arrondie, indolore, qui s'accroît lentement et finit par constituer une hernie. C'est la hernie dite de faiblesse.

Etudions d'abord cette dernière, la plus facile à exposer vis-à-vis de la loi des accidents du travail. Sa pathogénie évidente, son accroissement lent et insidieux sans que puissent être mis en cause un effort violent ou un traumatisme quelconque, permet facilement et sans conteste pour un médecin, d'affirmer qu'il ne s'agit jamais ici d'un accident du travail. Nous savons tous que, en pareil cas, la hernie s'est constituée à la longue, par pressions répétées des viscères abdominaux sous l'influence de la toux, de la défécation ou d'efforts physiologiques quelconques indépendants de toute violence musculaire.

Et cependant, nous verrons que les Tribunaux n'ont pas admis une si évidente interprétation de la lésion, puisque la Cour de Cassation a décidé que la distinction entre les hernies de force et de faiblesse doit être abandonnée : 7 avril 1921, 22 novembre 1922.

C'est la hernie de force, plus ou moins confondue par la jurisprudence avec la hernie de faiblesse, qui fera donc l'objet des contestations habituelles devant les Tribunaux.

Voyons tout d'abord ce que nous enseignent la clinique et la physiologie. De nombreuses recherches ont été faites au sujet de la résistance de la paroi abdominale aux efforts, en particulier par Fredet, Cocral, Mori, Pierraccini, Casati de Ferare, Cesare Biondi de Sienne, etc...

Des différents travaux parus sur cette question, il résulte ceci : chez un individu sain, tous les mouvements de la vie courante, la toux, la défécation, la parole, le rire, l'éternuement, déterminent au niveau des orifices inguinaux une augmentation de la poussée abdominale. Si nous introduisons le bout du doigt dans l'orifice inguinal et que nous fassions tousser le malade, nous ressentons une légère poussée produite par la pression intrapéritonéale.

La valeur de cette poussée a été étudiée. Voici ce que l'on observe chez un sujet normal par le moyen d'un manomètre à eau.

Dans les actes physiologiques, la pression supportée par la paroi abdominale au niveau des orifices inguinaux est augmentée de :

4 à 5 centimètres par la respiration, la parole.

10 à 20 centimètres par le rire.

20 centimètres et au-delà par la toux, la défécation.

Casati a fait les mêmes expériences avec un manomètre à mercure, qui est muni d'une olive perforée, introduite dans le rectum. Il a constaté qu'un fort éternuement peut arriver à provoquer

une élévation de 34 millimètres de la colonne mercurielle.

Ce sont là évidemment des chiffres minimes, insuffisants pour déterminer une hernie chez un individu à paroi normale.

Mais, en réalité, ce ne sont pas des poussées de ce genre, qui sont habituellement incriminées comme productrices de hernie. Pour le public c'est l'effort brutal, conséquence du travail.

Or les très nombreux auteurs, qui ont étudié la question, sont unanimes dans leurs conclusions :

Avec les mêmes appareils, les expérimentateurs précités montrent que, dans les actes qui comportent un effort musculaire externe, effort nécessaire par exemple pour arracher de terre un poids de 30 kgr., ou pour porter à bras tendus un poids de 10 kgr., la poussée enregistrée au niveau des orifices inguinaux est nulle et ne décèle jamais aucune augmentation de pression.

Casati avec son manomètre intra-rectal n'a pu relever pendant l'effort que des pressions mercurielles de 5, 8 et 9 mm. par conséquent insignifiantes, Scarpa ayant montré que le péritoine pouvait, sans perdre son élasticité, supporter des pressions de une atmosphère et demie.

Fredet constate également qu'un effort vigoureux, exécuté par un sujet en expérience, n'augmente en rien la pression sur la paroi abdominale, mais, par contre, resserre fortement les anneaux inguinaux. C'est là un fait admis par tous les médecins, qui se sont occupés de cette question, et facile à observer cliniquement. Si l'on introduit l'extrémité de l'index dans l'orifice externe du canal inguinal et que l'on demande au malade d'exécuter quelque effort, comme de soulever un fardeau par exemple, on sent nettement le doigt serré entre les piliers de l'orifice qui tendent à se rapprocher avec force.

C'est également l'avis de la Commission composée des professeurs de médecine légale et de clinique chirurgicale des Universités de Bologne et de Florence, qui avaient été chargés d'étudier les rapports qui pouvaient exister entre la hernie et l'effort pendant le travail.

Et Biondi, directeur de médecine légale de l'Université de Sienne, déclare : il n'est pas permis d'admettre qu'une hernie puisse être créée ou même aggravée par un accident du travail.

Pour résumer ces très nombreux travaux, nous pouvons dire avec Fauquez : la formation brutale d'un diverticule péritonéal et l'engagement secondaire d'un viscère abdominal dans ce diverticule, sont d'autant plus impossibles pendant un effort musculaire violent que lorsque, pendant cet effort, les muscles abdominanx entrent en contraction, les viscères comprimés sont poussés avec violence selon une résultante des forces, qui, d'après les travaux de Lowrentieff, et Moritani est parallèle à l'axe d'ouverture du bassin ; que toute l'action musculaire s'exerce dans cette direction sans se faire sentir sur les régions latérales où sont précisément localisés les points faibles, c'est-à-dire les anneaux inguinaux (Mori).

Dans les efforts intenses, le thorax s'immobilise après une forte inspiration, la glotte se clôt hermétiquement, les muscles abdominaux entrent énergiquement en contraction et les anneaux inguinaux, bien loin de se distendre et de s'élargir ont, au contraire, tendance à se fermer. Plus l'effort est violent, plus forte est la striction de ces anneaux. Et ce n'est pas une masse molle et inconsistante, comme l'intestin ou l'épiploon, qui viendrait à bout d'une pareille résistance.

Et l'on peut conclure pour l'immense majorité des cas : l'effort ne peut pas créer une hernie. « La hernie est une maladie, ce n'est pas un accident » (Kingdon).

Certains experts ont parfois été troublés par la déclaration d'un blessé, d'ailleurs de bonne foi, déclarant que, au moment d'un effort pendant le travail, il a ressenti au niveau de l'orifice inguinal une douleur plus ou moins vive, une piquée, selon le terme consacré et que, par la suite, il a constaté la présence d'une petite hernie inconnue de lui jusqu'à ce moment.

Ici encore, ce n'est pas l'effort qui a produit la hernie. Celle-ci préexistait avant l'accident, et c'est le pincement de l'intestin par le resserrement brutal de l'anneau qui a provoqué la douleur (Delbet).

Mais si la hernie accident du travail est tout à fait exceptionnelle, ne peut-on concevoir cependant que, dans quelques observations très rares, la hernie puisse être consécutive à un effort violent ? Quelques auteurs ont pensé, en effet, qu'il pouvait exister des cas où cet effort brusque, prolongé et indubitablement anormal, surprend le sujet en position mauvaise, cuisses fléchies, jambes écartées, où l'on peut admettre que « l'excès de pression abdominale dépasse la résistance de l'enceinte ».

Bozzi déclare également : Lorsqu'un effort absolument anormal saisit le corps en certaines attitudes, dans lesquelles l'action de quelques muscles se trouve paralysée, alors que les autres se contractent énergiquement, il y a rupture de l'équilibre des forces musculaires abdominales, et la pression exercée sur les viscères se fait sentir en directions diverses, et en particulier sur les points faibles. Ce n'est d'ailleurs que dans ces seules circonstances spéciales qu'une pression anormale peut déterminer l'issue du péritoine et la formation d'une hernie.

Ces véritables hernies aiguës accidentelles s'accompagnent toujours d'une douleur vive, d'un état lipothymique avec pâleur de la face, sueurs froides, coliques, nausées, quelquefois

vomissements et obligent le sujet à une cessation immédiate du travail, tandis que, au niveau de l'anneau douloureux, on constate l'apparition d'une hernie de petit volume.

Egalement, chez un sujet porteur d'une mauvaise paroi avec éventration plus ou moins manquée, il peut se faire exceptionnellement que sous l'influence d'un effort violent, sans importance chez un homme sain, une hernie puisse apparaître, qui ne se serait peut-être jamais produite ou tout au moins beaucoup plus tard. Ici encore, et sous toute réserve, on pourrait admettre pour l'ouvrier une hernie donnant droit à une indemnité.

Hors ces cas extrêmement rares, il n'y a pas de hernie accident.

La loi sur la hernie accident et son interprétation juridique

Actuellement, après ce que nous venons de voir et après l'avis unanime de tous les chirurgiens, il semblait que le fait de la hernie accident fut assez facile à interpréter. Or, il existe peu de questions ayant donné lieu à autant de discussions.

Dès le début de l'application de la loi, les tribunaux adoptèrent sans hésiter la thèse de l'opinion publique. La hernie était un accident résultant d'un effort, et le blessé avait droit à une réparation. Il suffisait que l'accident survint par le fait et à l'occasion du travail, et cet accident était ainsi défini par la Cour de Cassation : «toute lésion provenant au cours du travail de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure ».

Déjà, depuis 1904, on n'avait plus à tenir compte des prédispositions individuelles qui constituent la hernie de faiblesse : « Les juges qui constatent que la hernie est survenue par le fait du travail, ne peuvent, sans violer l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, tenir compte de l'état antérieur. »

Enfin, la Cour de Cassation (7 août 1921, 22 novembre 1922) supprimait le rôle de l'effort, action secondaire et violente, et confirmait :

1° Pour que la hernie constitue un accident du travail au sens de la loi, il n'est pas nécessaire que l'effort générateur de l'accident soit anormal, extraordinaire ; il peut être de l'ordre des efforts habituels, inhérents au travail normal.

2° L'événement ne perd pas son caractère d'accident du travail du fait que la hernie n'est pas créée de toutes pièces par l'effort, du fait qu'elle n'est que la manifestation imprévue d'une prédisposition organique, ou même la révélation, l'extériorisation d'une hernie préexistante, mais ignorée ».

Donc à l'heure actuelle, point n'est besoin pour reconnaître à un hernieux un droit à une pension de relever l'existence d'un traumatisme ou d'un effort violent. Du seul fait que la lésion constatée est révélée pendant le travail ou sur le lieu du travail, on doit admettre une relation de cause à effet indiscutable. On ne saurait admettre une plus singulière interprétation de la loi en ce qui concerne la hernie. Elle est contraire à l'équité la plus évidente, et en opposition formelle avec tout ce que nous enseignent d'une façon irréfutable la physiologie et la clinique.

Pour en revenir à notre malade qui, nous l'avons vu, était atteint d'une hernie inguinale directe, de faiblesse, aurait-il droit à une pension s'il en réclamait une ?

Dans le cas particulier certainement non, et il est évident que s'il en appelait devant les tribunaux, il serait débouté, n'ayant fait constater à aucun témoin la présence de sa hernie pendant son travail.

Mais il en serait tout autrement si le malade au cours de son travail avait subitement déclaré à son entourage qu'il venait de sentir l'apparition d'une grosseur au niveau de sa région inguinale. Après avoir fait constater par deux témoins la réalité de sa lésion, datant il est vrai, de plusieurs années, il aurait été habilité à faire valoir ses droits à une pension. Même si une expertise avait montré chez ce pseudo-blessé une hernie directe avec déficience de sa paroi et orifice herniaire volumineux, les droits du blessé n'en auraient pas moins été reconnus, le tribunal n'ayant pas le droit de tenir compte de l'état antérieur du sujet.

Et la question est si bien résolue à l'heure actuelle que certains tribunaux nomment un expert non pour apprécier s'il s'agit ou non d'un accident, mais seulement pour préciser la valeur de l'incapacité permanente partielle résultant de la hernie acceptée toujours dans ce cas comme consécutive au travail.

Il en résulte pratiquement ceci : Tout malade porteur d'une hernie et se livrant à un travail quelconque, peut toujours, s'il le veut, se faire indemniser par la loi.

C'est là une injustice criante, qui lèse gravement le patron responsable et qui ne peut provenir que d'une ignorance absolue de ceux qui ont interprété la loi, et sans doute sacrifié à des sentiments démagogiques hautement répréhensibles.

N. D. L. R. — *A la vérité la jurisprudence dominante est plus nuancée et moins critiquable à notre sens que ne l'écrit l'auteur. Elle admet, en effet, que « l'employeur peut faire échec à l'action de l'ouvrier en apportant la preuve que la hernie est la conséquence* unique *et* exclusive *de l'état morbide et constitutionnel de l'ouvrier et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition ».* (*V. not. Cour de Nîmes,* 12 *juin* 1935. *Cass.,* 27 *juillet* 1937). *Ceci n'est d'ailleurs que l'application particulière du principe général : l'accidenté bénéficie d'une présomption, non d'une automaticité, et la preuve contraire est admise.*



LES RHINITES NEURO-ENDOCRINIENNES

Par le Docteur Gabriel FRANCK

Assistant oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Hérold

Les rhinites ne sont pas toujours l'expression d'une « affection locale », telle qu'une inflammation aiguë ou chronique des fosses nasales, une malformation de la cloison ou des cornets, une sinusite ou une ethmoïdite, elles peuvent n'être parfois qu'un épi-phénomène dans une affection générale.

Les rhinites que nous nous proposons d'appeler « neuro-endocriniennes », relèvent d'un trouble hormonal transmis à la muqueuse pituitaire par l'intermédiaire du système neuro-végétatif, injustement appelé vago-sympathique.

Leur importance est grande, non seulement pour l'établissement d'une thérapeutique rationnelle basée sur l'étiologie, mais encore parce-qu'elles seront bien des fois le symptôme, qui permettra de découvrir le trouble initial.

Comment les expliquer, les diagnostiquer et les traiter, telles sont les trois questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre au cours de ce trop bref exposé.

I. — COMMENT LES EXPLIQUER

« L'influence des glandes endocrines sur la muqueuse pituitaire » est connue depuis fort longtemps. Nous ne ferons que citer, et nous nous en excusons, les travaux d'Alexandre Peyer, de Di Pace, de Mounier-Kuhn, d'Halphen et de Maduro sur les rhinites vaso-motrices et leur traitement opothérapique, pour en arriver aux belles expériences de L. Jung, directeur de l'école vétérinaire de Lyon, faites avec la collaboration de F. Chavanne, poursuivies plus tard par notre ami L. Chavanne.

Ces travaux, en effet, ont recherché quelle était, chez les animaux, l'influence de certaines glandes endocrines sur la sécrétion nasale. Nous connaissons le rôle des glandes internes sur le métabolisme basal, sur la nutrition, sur la croissance, bref sur toute notre vie cellulaire, mais nous voudrions insister tout particulièrement sur les fonctions neurotoniques de ces glandes, à savoir leur rôle dans la régulation du tonus neuro-végétatif.

Or, à la lumière de récentes expériences et tout particulièrement de celles que nous venons de citer, il semble bien que nous puissions ranger nos glandes endocrines en deux groupes antagonistes, celles dont la sécrétion présente des propriétés sympathicotoniques, et celles, au contraire, qui ont une prédominance vagotonique. Nous savons bien ce que peut avoir de schématique une telle division dans un système aussi complexe. Néanmoins elle nous permettra de mieux comprendre le mécanisme de cette fonction neuro-végétative du système hormonal.

Ce système, en effet, qui commande aux fonctions de notre vie végétative, a besoin, pour exécuter ses ordres, d'un agent chargé de les transmettre aux différents points de l'organisme. Or, cet agent, c'est le système neuro-végétatif dont on connaît l'importance pour tout ce qui n'est pas soumis à la volonté.

Parmi ces glandes, nous connaissons la fonction adrénalinique des surrénales, et par conséquent, leur action sympathicotonique. Etudiant l'influence sur la sécrétion nasale de la glande thyroïde et du lobe antérieur d'hypophyse, L. Jung et L. Chavanne ont montré leur action fréno-secrétoire et, par là même, leur prédominance sympathique. Ces mêmes auteurs étudiant l'influence de l'extrait testiculaire sur la secrétion pituitaire ont constaté, au contraire, l'effet excito-secrétoire de l'hormone mâle, ce qui semblerait indiquer la tendance vagotonique de nos glandes génitales, car il est probable que la secrétion interne de l'ovaire présente les mêmes propriétés vagotoniques. Il en serait de même du pancréas, dont on a extrait récemment une substance, la vagotonine, qui serait l'antagoniste de l'adrénaline.

Suivant la prédominance de l'une ou l'autre de ces glandes, nous aurons donc un dysfonctionnement qui se traduira par un déséquilibre du système neuro-végétatif avec, tantôt, prédominance du système sympathique et tantôt, prédominance du système vagotonique.

Sans doute le problème est-il plus complexe si l'on songe aux interférences hormonales, qui font du système endocrinien un tout physiologique, grâce auquel l'insuffisance d'une glande peut déterminer l'hyperfonctionnement d'une autre glande solidaire, ce qui donnera en clinique ces syndromes pluri-glandulaires si fréquents.

Quoiqu'il en soit, l'organe qui reflètera le mieux ces troubles neuro-endocriniens sera la muqueuse pituitaire. Nous connaissons, en effet, les principales fonctions de cette muqueuse. Nous ne parlerons pas de la filtration de l'air, action purement mécanique assurée par les vibrisses du vestibule et les cils vibratiles de



l'épithélium pituitaire. Mais l'humidification de l'air, réalisée par les glandes de cette muqueuse, ainsi que son réchauffement grâce au système veineux qui forme à ce niveau un véritable tissu caverneux, sont soumis à l'action régulatrice des fibres antagonistes sympathiques et vagotoniques.

Lorsqu'il se produira donc un déséquilibre du système endocrinien au profit des glandes à action sympathicotonique, nous aurons au niveau de la muqueuse nasale les manifestations de cette prédominance, à savoir des troubles vaso-constricteurs et hypo-secrétoires. S'il s'agit au contraire, d'un hyperfonctionnement des glandes à influence vagotonique, nous aurons, au niveau des fosses nasales, des manifestations de vaso-dilatation et d'hypersécrétion.

II. — Comment les diagnostiquer

Devant toute manifestation nasale vasomotrice ou sécrétoire qui ne s'explique par aucun trouble local, il faudra donc rechercher par un examen approfondi du sujet tous les symptômes qui permettront de conclure à un état de déséquilibre neuro-endocrinien. On comprend aisément que le diagnostic ne pourra être basé sur un seul signe, mais sur un ensemble de troubles que nous allons nous efforcer de résumer aussi brièvement que possible.

1° Dans un premier cas, nous aurons un sujet, une femme plus souvent, qui vient consulter le rhinologiste pour une certaine sécheresse du nez et de la gorge s'accompagnant à certains moments d'obstruction nasale et de céphalées frontales.

L'examen rhinologique montre généralement des cornets légèrement atrophiés, que recouvre une muqueuse pâle et grisâtre. Parfois, il peut y avoir des croûtes, mais il est rare que l'examen décèle d'autres troubles.

C'est donc vers un *examen général*, qu'il faut porter son investigation clinique. Le sujet présente fréquemment un faciès coloré avec un éclat du regard s'accompagnant parfois d'exophtalmie. La pupille est en mydriase. La peau est sèche, mais les téguments, rosés à l'état normal, prennent facilement, sous l'influence de la frayeur, du froid ou d'un simple frôlement, une pâleur spéciale avec un hérissement des poils : il s'agit d'un phénomène de vaso-constriction vulgairement appelé « chair de poule ».

Les troubles digestifs sont dûs à une diminution des secrétions et à une atonie gastro-intestinale. En plus de la sécheresse de la gorge, dont nous avons déjà parlé, qui détermine à ce niveau des picotements très désagréables, véritables paresthésies pharyngées, le sujet se plaint de lenteur des digestions avec sensations de pesanteur gastrique prolongée après les repas, renvois et ballonnement du ventre, tandis que la constipation est de règle.

Les troubles circulatoires sont dûs à la tachycardie, à l'hypertension et aux troubles de vaso-constriction. C'est donc un sujet au pouls rapide, présentant de véritables crises de tachycardie paroxystiques et des palpitations fréquentes. Les spasmes vasculaires accompagnent fréquemment l'hypertension et peuvent se traduire par les manifestations ischémiques habituelles, le refroidissement des extrémités, la pâleur des pieds et des mains et, à un degré plus accentué, le syndrome classique de la maladie de Raynaud.

Les troubles respiratoires consistent le plus souvent dans une légère polypnée, mais sont rares ainsi que *les troubles urinaires* qui passent au second plan. Si l'on faisait un examen d'urines, on trouverait néanmoins une acidité constante (pH ; 4,8 à 5).

Plus importants sont *les troubles neurologiques.* Il s'agit en effet d'un sujet nerveux, émotif, inquiet ou anxieux. A ces troubles psychiques s'ajoutent des céphalées fréquentes. Au point de vue moteur, il existe un éréthisme nerveux généralisé avec tremblement des extrémités et souvent exagération des reflexes tendineux.

Si nous interrogeons maintenant les *glandes endocrines,* nous trouvons fréquemment un syndrome d'hypofonctionnement génital, auquel peut s'ajouter une hyperthyroïdie pouvant aller jusqu'à la maladie de Basedow. Un hyperfonctionnement du lobe antérieur d'hypophyse accompagne souvent cette hypersecrétion thyroïdienne. Le pancréas présente généralement une diminution de sa secrétion tant externe qu'interne, tandis que les glandes surrénales secrètent en abondance l'adrénaline, secrétion probablement en rapport avec l'hypertension et les spasmes si souvent constatés.

Si nous voulons enfin, chez ce sujet, affirmer la *prédominance du sympathique,* il faut compléter cet examen par la recherche des *tests* dont nous disposons, cutanés, viscéraux, phamacodynamiques. Parmi les tests cutanés, nous connaissons le reflexe vaso-moteur et le reflexe pilo-moteur, tous les deux particulièrement sensibles chez le sympathicotonique. Parmi les tests viscéraux, le plus important est le réflexe oculo-cardiaque qui détermine, on le sait, chez le sympathicotonique une accélération du cœur et du pouls par simple compression des globes oculaires. Nous devons néanmoins citer l'épreuve de l'oscillométrie différentielle radio-tibiale de Constantin, qui consiste à comparer les courbes oscillométriques des artères radiale et tibiale. Il semble, en effet, que le tonus vasculaire suive en quelque sorte une progression ascendante de la tête aux pieds chez les vagotoniques

et une progression inverse chez les sympathicotoniques, de sorte que l'on doit trouver chez notre sujet une courbe radiale égale ou supérieure à la courbe tibiale. Il nous faut enfin signaler, parmi les tests pharmaco-dynamiques, l'épreuve à l'adrénaline particulièrement sensible chez un tel sujet.

2° DANS UN SECOND CAS, nous aurons, au contraire, un sujet, qui vient consulter le spécialiste pour une obstruction nasale, généralement intermittente, s'accompagnant souvent d'une véritable hydrorrhée.

L'examen montre, sans doute, de gros cornets, tantôt rouges congestifs, tantôt blancs « lavés » tout comme dans les rhinites vaso-motrices, mais rien de plus.

Si nous examinons au contraire l'état général d'un tel sujet nous constaterons de nombreux petits troubles. Il existe généralement une pâleur anormale de la face, un regard humide sans éclat. Les pupilles sont en myosis. La peau est humide, moite, « une peau de crapaud ». Les sueurs sont abondantes et fréquentes. Une émotion, une contrariété, font apparaître sur cette peau blanche et visqueuse des plaques érythémateuses : c'est là un phénomène de vaso-dilatation qui caractérise l'érythème émotif. Sans vouloir aborder un problème aussi complexe, disons toutefois qu'un grand nombre de manifestations qui relèvent de la vieille diathèse neuro-arthritique, telles que les migraines, l'urticaire, les engelures, l'eczéma, sont dûs probablement aux mêmes troubles vaso-dilatateurs.

Les troubles digestifs relèvent d'une augmentation des secrétions en même temps que d'une exagération du tonus gastro-intestinal. L'examen bucco-pharyngé montre de nombreuses veinules au niveau de la paroi postérieure du pharynx, un état congestif de toute la muqueuse et une abondante sialorrhée. Une heure ou deux après les repas, le sujet ressent des douleurs épigastriques à type de brûlures s'accompagnant de renvois acides, par hyperchlorhydrie. Il existe de même des coliques intestinales dûes à des contractions spasmodiques du côlon, exagérées par le froid, la fatigue ou les secousses, déterminant des crises de constipation entrecoupées de véritables crises diarrhéiques.

Les *troubles circulatoires* sont dûs à la bradycardie, à l'hypertension artérielle jointe à la stase veineuse, et enfin aux phénomènes de vaso-dilatation. On trouve donc un pouls ralenti, une tension artérielle au-dessous de la normale et une circulation veineuse défectueuse. Nous avons déjà signalé les varicosités pharyngées. Nous devons encore rechercher les varices, les troubles des règles chez la femme, le varicocèle chez l'homme, les hémorroïdes, et tous les petits troubles d'une mauvaise circulation portale. Il existe enfin fréquemment de l'acrocyanose.

Parmi les *troubles respiratoires*, nous rencontrons surtout la dyspnée paroxystique. Sans vouloir aborder la pathogénie de l'asthme, il est néanmoins permis d'y voir une manifestation vaso-dilatatrice locale sur un terrain vagotonique.

Moins importants sont les *troubles urinaires*. Un examen d'urine mettrait néanmoins en évidence une alcalose urinaire (pH : 7 à 7,2).

Les troubles nerveux ne prédominent pas comme chez le sympathicotonique. Il s'agit généralement d'un sujet déprimé, asthénique, présentant une frilosité particulière.

Si nous interrogeons *les glandes endocrines* de notre sujet, nous constatons souvent un hyperfonctionnement des glandes génitales en même temps qu'une hypersecrétion pancréatique. Par contre, il peut exister un hypofonctionnement de la glande thyroïde qui peut atteindre tous les degrés jusqu'au tableau classique du myxœdème. La glande pituitaire participe parfois à cette hypothyroïdie. Quant aux glandes surrénales, il est probable que l'hypotension et l'asthénie si souvent constatées sont dues à l'insuffisance de la sécrétion adrénalinique.

Pour confirmer notre diagnostic de *vagotonie*, nous pouvons compléter notre examen par la recherche des mêmes *tests* que précédemment. Les réflexes vaso-moteur et pilo-moteur sont négatifs. Le réflexe oculo-cardiaque va déterminer chez le vagotonique un ralentissement du cœur et du pouls, tandis que l'épreuve de l'oscillométrie différentielle radio-tibiale nous donnera une courbe radiale inférieure à la courbe tibiale. Quant aux tests pharmacodynamiques, nous nous contenterons de l'épreuve à la pilocarpine, qui indiquera la sensibilité toute particulière de notre sujet à ce produit.

Nous voudrions en terminant insister sur le caractère fatalement schématique de ces deux tableaux cliniques qui permettront néanmoins aux cliniciens de mettre plus facilement en évidence la prédominance de l'un ou l'autre système.

III. — COMMENT LES TRAITER ?

Il va sans dire que ces manifestations locales d'un trouble général ne peuvent être l'objet d'un traitement purement nasal. Sans doute, il sera bon d'avoir parfois recours à une thérapeutique locale pour soulager de suite le malade, mais cette médication ne pourra être que palliative, ainsi que nous avons pu le constater maintes fois. Seul, un traitement général basé sur l'étiologie, donc opothérapique et neuro-végé-

tatif, pourra faire disparaître ces troubles en même temps que le dysfonctionnement initial.

1° *S'il s'agit d'un sujet sympathicotonique*, nous prescrirons soit des extraits de glandes génitales, testiculaire chez l'homme, ovarienne chez la femme, soit des extraits pancréatiques. Nous y adjoindrons des parasympathomimétiques, tels que la pilocarpine, l'ésérine et l'acétylcholine, ou des sympatholytiques tels que le tartrate d'ergotamine, la yohimbine, le nitrite d'amyle ou les barbituriques.

Si l'on veut soulager immédiatement notre sujet, nous pourrons lutter contre la sécheresse du nez en employant localement la pilocarpine en instillations nasales. Nous nous efforcerons de même de remédier aux phénomènes de vaso-constriction et à l'atrophie des cornets par un excitant de la musculature en même temps que vaso-dilatateur, l'acétylcholine.

2° *S'il s'agit d'un sujet vagotonique* nous prescrirons des extraits thyroïdiens, de lobe antérieur d'hypophyse, de glandes surrénales. Chez la femme qui présente souvent un dysfonctionnement ovarien dû généralement à une hyperfolliculinie, il sera bon de lui donner soit des extraits de corps jaune, soit mieux encore des extraits testiculaires. Nous adjoindrons à cette opothérapie des sympathomimétiques tels que l'adrénaline et l'éphédrine, ou des parasympatholytiques tels que l'atropine.

Localement, nous lutterons *contre l'hydrorrhée nasale* par l'emploi de paralysants de la sécrétion, l'atropine en instillations nasales. *Contre la congestion de la pituitaire* nous prescrirons des vaso-constricteurs tels que l'adrénaline ou l'éphédrine.

Nous ne saurions donc contester l'importance de ces rhinites neuro-endocriniennes, qui, non seulement permettront de découvrir la lésion initiale souvent insoupçonnée, mais encore seront le point de départ d'un traitement rationnel.

Comme il arrive fréquemment en médecine, c'est la collaboration étroite du médecin et du spécialiste qui permettra d'obtenir les heureux résultats, que nous avons pu constater nous-même. C'est, en effet, le spécialiste qui, en découvrant ces manifestations nasales vaso-motrices ou sécrétoires, que rien ne peut expliquer localement, dirigera l'attention du médecin vers un trouble plus général. Mais c'est le médecin, et en particulier le médecin de famille, connaissant bien son malade, son tempérament et ces troubles plus ou moins graves qu'il aura déjà peut-être traités, qui sera le mieux indiqué pour approfondir un diagnostic seulement entrevu jusque là.

PERSISTANCE DE LA FONTANELLE LAMBDOÏDE CHEZ L'ADULTE

Notre service comme médecin conventionné de la place de D..., pendant les quatre premiers mois de l'année 1940, nous permit d'observer un curieux exemple de persistance de fontanelle supérieure et postérieure chez un réserviste atteignant la quarantaine.

La période d'ossification des fontanelles est comprise entre l'âge de 15 mois, où cette ossification est très rare, et l'âge de 3 ans et demi, où elle est achevée. Nous étions donc en présence d'une anomalie fort rare, compatible néanmoins avec la vie et l'exercice de certains travaux. Toutefois notre conception de l'aptitude au service militaire le fit réformer, alors qu'il aurait sans doute pu, dans le cadre d'une nation armée, trouver son emploi. Affecté à la place de D... en attendant son passage devant la commission de réforme, il était porteur du certificat suivant :

X..., soldat au Nᵉ R. I.

Défaut de soudure des os du crâne entre la partie postéro-supérieure des pariétaux d'une part et la pointe antéro-supérieure de l'occipital d'autre part, défaut tel que dans la zône laissée libre la masse encéphalique vient saillir sous forme de tuméfactions mamelonnées. Cette disposition rend tout à fait croyables les déclarations du malade touchant sa céphalée, ses vertiges, ses éblouissements, ses impressions soudaines de lipothymie, sa fatigabilité.

Le 2 février 1940. Signé : *Illisible.*

Le malade nous a montré l'attestation suivante qui lui avait été délivrée en 1923 par le Docteur Edouard Papin, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux :

« Je soussigné, certifie que M. X... a été soigné en 1912 à Bordeaux pour disjonction et défaut de soudure des os du crâne (au niveau de l'angle de réunion postérieur des pariétaux et de l'occipital). Une saillie assez volumineuse représentait un prolongement de l'encéphale à travers l'orifice. Actuellement on constate à ce niveau deux saillies arrondies dépourvues de poils et en rapport avec le cerveau. La perte de substance a diminué, mais à la partie antérieure il persiste encore un enfoncement sensible au doigt ».

Docteur Flurian, Pauillac (Gironde).

PROPHYLAXIE DE L'INTOXICATION BENZOLIQUE

L'intoxication benzolique est classée parmi les maladies professionnelles.

Les modifications successives au tableau des maladies professionnelles ont précisé et étendu la liste des maladies engendrées par cette intoxication et celle des travaux industriels susceptibles de la provoquer. *La réparation des dommages concerne, en fait, tous les cas où des ouvriers peuvent être amenés à manipuler des produits contenant du benzol ou ses homologues.*

La prophylaxie de l'intoxication benzolique, en application du livre II, titre II, article 66 et suivants du Code du Travail, a été précisée par un décret et des arrêtés des 16 et 17 octobre 1939. Ces mesures comportent essentiellement :

1° *Des examens médicaux* pour les ouvriers ou employés exposés à cette intoxication, lesquels examens doivent être pratiqués à l'embauche, puis deux mois après, ensuite une fois par an, et toutes les fois où l'ouvrier se déclarerait indisposé par les travaux qu'il effectue.

Enfin ces examens doivent porter sur tout le personnel occupé dans un local, où un travailleur est atteint d'une maladie énumérée au tableau du benzolisme professionnel.

Les conditions, dans lesquelles ces examens doivent être effectués, la nature de ces investigations cliniques, complétées par des recherches hématologiques, sont précisées en détail ; les symptômes cliniques et hématologiques, qui doivent retenir particulièrement l'attention, sont notés dans les textes.

2° *Un avis sur le benzolisme,* ses dangers et ses moyens de prévention, qui *doit être affiché* dans un endroit apparent des locaux de travail ;

3° *La tenue d'un registre,* mentionnant les absences pour raison de maladie quelconque et les causes de cette maladie ;

4° *La liste des travaux visés* par ces mesures avec la *possibilité de dispenses,* lorsque ces travaux sont effectués dans certaines conditions éliminant les risques d'intoxication.

Ces mesures marquent une étape dans la prévention des intoxications professionnelles par leur caractère plus strict et plus précis, qui impose au chef d'entreprise de désigner un médecin chargé de la surveillance, qui fixe la périodicité et certaines conditions d'examen, mettant en œuvre, non seulement les investigations cliniques simples, mais également des recherches de laboratoire, et notamment des examens du sang ; les textes réglementaires exposant en détail les précautions à prendre pendant le travail, après le travail, attirent l'attention sur les symptômes du début.

Ainsi nul ne peut méconnaître les dangers de l'intoxication benzolique, ni sa gravité. La négligence dans les mesures de prophylaxie ne peut donc pas trouver d'excuses dans une méconnaissance du risque et peut être considérée comme une faute lourde.

De malheureux accidents : intoxications graves, mortelles par impéritie, se sont encore produits depuis l'application du décret, et la responsabilité des entreprises, où ces accidents se sont produits, peut mener très loin et dépasser celle qui est couverte, même par les assurances les mieux faites.

Sans entrer dans tous les développements, dont cette question de responsabilités est susceptible, nous nous bornerons ici à souligner la portée de certains textes :

I. — L'inobservation par l'employeur des règlements sur le benzolisme peut le conduire au *Tribunal correctionnel* sous la prévention d'homicide par imprudence. L'article 319 C. pénal, punit en effet « quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause. »

S'il n'est résulté du défaut de précaution qu'une maladie sans décès, le coupable sera puni d'une peine moindre, aux termes de l'article 320, C. pénal. Mais l'affaire reste correctionnelle.

2. — Suivant l'article 20 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (modifié par la loi du 1er juillet 1938) « lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à la faute *inexcusable* du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité pourra être majorée, mais sans que la rente, ou le total des rentes allouées, puisse dépasser soit la réduction, soit le montant du salaire annuel ».

Cet article 20 est applicable aux maladies professionnelles et, par conséquent, au benzolisme (tableau n° 4 annexé à la loi du 25 octobre 1919).

Or la jurisprudence admet, en principe, qu'il y a faute *inexcusable* du patron, au cas de violation volontaire d'un règlement ou d'une loi ; que cette violation consiste dans un acte ou dans une omission ; par exemple l'omission d'un appareil protecteur pour une scie circulaire.

La violation des textes en matière de benzolisme pourrait sans aucun doute, à notre avis, être considérée éventuellement comme une faute



inexcusable avec toutes les conséquences de droit.

Les risques des intoxications benzoliques pour l'ensemble de l'industrie française deviennent maintenant plus nombreux encore. En effet, jusqu'ici, devant les dangers de l'emploi du benzol pour la santé des ouvriers, on était arrivé peu à peu à remplacer le benzol par d'autres solvants, en particulier des dérivés du pétrole considérés en général comme moins toxiques. Ces autres solvants sont devenus plus rares, et l'on revient le plus souvent au benzol dans les fabrications où son emploi avait été abandonné ou très réduit. De même, les difficultés d'approvisionnement amènent à utiliser tantôt l'un et tantôt l'autre des solvants usuels, si bien que le danger d'intoxication pour le personnel varie et peut encore être méconnu de l'entreprise, dont l'attention n'est pas appelée sur le problème à l'occasion de ces changements de solvants.

D'ailleurs le problème de salubrité ne se limite pas à la substitution d'un solvant par un autre.

S'il est reconnu que le benzol tiré de la houille est plus toxique que ses homologues supérieurs et que les essences commerciales, dites de dégraissage ou dénaturées, on constate cependant que ces derniers sont aussi de rapides poisons du sang et que de nombreux travailleurs, exposés à leurs vapeurs, présentent des altérations sanguines semblables à celles que l'on observe dans l'intoxication par le benzol de houille.

Enfin les mesures de prophylaxie, la surveillance des symptômes du début sont du même ordre pour tous ces produits, et ne doivent être négligées pour aucun d'eux (1).

SUR LA CONSERVATION DES PRODUITS ALIMENTAIRES

L'industrie des conserves alimentaires et celle du lait conservé sont l'œuvre de savants français

En tous temps et en tous pays, le problème de la conservation des aliments en général, et du lait en particulier, s'est montré de première importance. Il y a plus : dans nombre de circonstances, il tient sous sa dépendance la vie même des humains.

Or, ce problème, aussi bien dans ses bases que dans sa technique, a été résolu par les travaux de savants français. C'est grâce aux travaux scientifiques de plusieurs de nos compatriotes que l'industrie en question a pu naître et prendre l'essor qu'elle a acquis de nos jours. M. P. Lassablière, dans une communication à l'Académie de médecine, le rappelle et note que c'est là, pour notre pays, dans la tristesse des temps présents, un réconfort moral. Nous pouvons dire que tous les peuples profitent des bienfaits de ces découvertes.

La gloire d'inventer les techniques de conservation du lait et d'autres aliments par le chauffage et le maintien en vase clos revient à un Français, Nicolas Appert. Dès 1811, il avait déjà préparé du lait desséché et imaginé une conservation du lait par court chauffage, méthode que l'on devait appeler plus tard du nom de son second inventeur : la *pasteurisation*.

Toutefois, une difficulté avait arrêté Appert dans l'extension de son procédé : la séparation de la matière grasse qui se produisait dans le lait conservé. L'addition de sucre permettait certes d'arrêter cette montée de la crême, mais il s'agissait alors d'un lait sucré ou hypersucré. Il fallut attendre la fin du XIX[e] siècle pour résoudre entièrement le problème du lait conservé non sucré. En 1900, le Français Gaulin présenta la première machine à homogénéiser le lait, réalisant l'invention d'un autre de nos compatriotes, Julien : la question du lait indécrémable conservé était résolue.

Les travaux d'un grand français, Ch. Tellier, le « père du froid », devaient permettre de solutionner un autre problème non moins important : la récolte, le transport et la vente à grande distance du lait, et aussi d'ailleurs des produits alimentaires en général. Faut-il rappeler que pendant plus d'un demi-siècle le grand savant a connu l'hostilité, l'abandon et même, chose incroyable, la prison... Et cependant quelle source de richesses et de bienfaits a été sa découverte !

P. L.

(1) Extrait d'une plaquette, publiée par l'Union des industries chimiques (Service médical), 64, avenue Marceau, Paris (VIII[e]).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La ponction lombaire et la pression du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes fermés du crâne

M. Daniel FÉREY (Saint-Malo) estime que, dans les traumatismes fermés du crâne, la ponction lombaire, accompagnée de la prise de la tension du liquide céphalo-rachidien peut, quand elle est faite à bon escient, donner des indications intéressantes et permettre une thérapeutique adaptée aux symptômes qu'elle révèle.

Elle est contre-indiquée ou en tout cas inutile dans les grands traumatismes cranio-cérébraux avec enfoncement ou grosse embarrure, dans les comas profonds avec hyperthermie, hypertension artérielle. Dans tous les autres cas, elle doit être pratiquée avec cette double réserve : 1° *qu'il faut toujours la faire en position couchée* ; 2° *que la tension du liquide céphalo-rachidien soit prise avant qu'une seule goutte en ait été perdue.*

Si la tension est au-dessous de la normale, on retire immédiatement l'aiguille sans rien évacuer. Si la tension est au-dessus de la normale, on fait très doucement la manœuvre de Queckenstedt-Stockey. L'auteur insiste beaucoup sur ce point que les jugulaires doivent être comprimées très doucement, très progressivement, et qu'il faut cesser immédiatement la compression dès que l'aiguille monte de 4 ou 5 divisions au manomètre de Claude.

S'il n'y a pas de réponse, là non plus, on ne retire pas de liquide.

Dans le cas contraire, on évacue 4 à 5 c.c. ; on reprend la tension et ne la ramène en général qu'à la moitié du taux où on l'a trouvée au début, en suivant tous les 4 ou 5 c.c., la graduation sur le manomètre.

L'auteur pense que la déplétion ainsi obtenue facilite le retour normal de la circulation artérielle et *surtout veineuse*, au niveau des hémisphères, circulation qui permettrait un arrêt de l'œdème cérébral en train de se former et surtout de s'aggraver.

Il pense également que l'évacuation du sang contenu dans le liquide céphalo-rachidien diminue l'irritation des méninges et il note l'amélioration rapide des symptômes au fur et à mesure des ponctions lombaires, lorsque le liquide devient plus clair.

La prise de la pression lui a montré des cas cliniquement semblables dans lesquels, chez un blessé, on a trouvé 90 de tension, alors que chez un autre la tension était de 10. Il en conclut que la thérapeutique, grâce à ce renseignement, sera complètement différente dans les deux cas. Enfin il a fréquemment vu, à la suite des traumatismes fermés du crâne, le liquide céphalo-rachidien rester très clair, seule la prise de la pression indiquant qu'il existait une grosse hypertension. L'évacuation de liquide, toujours contrôlée par la tension, fait sortir le malade du coma, et l'on constate souvent une rapide amélioration après une ou deux ponctions évacuatrices.

Férey conclut en disant que la ponction lombaire avec prise de la tension du liquide céphalo-rachidien paraît un moyen fort utile dans le diagnostic et le traitement de certains traumatismes récents du crâne, mais qu'il s'agit de la faire à bon escient et qu'elle n'est pas une panacée. En tout cas, elle ne lui a jamais paru aggraver en quoi que ce soit l'état de ces blessés. (*Bulletin médical*, 1er mars 1941).

Insuffisance surrénale et maladie post-opératoire

Nous devons signaler l'importances des recherches effectuées par M. LARGET et J.-P. LAMARE. Au cours de la maladie post-opératoire, les troubles de la glycémie ont les premiers évoqué une origine endocrinienne. L'étude des variations de la tension artérielle post-opératoire, de la mort subite, des troubles de l'équilibre vago-sympathique sont venus apporter un nouvel argument en faveur du rôle important de certaines glandes endocrines dans l'évolution de la maladie post-opératoire. Rechercher une origine univoque de celle-ci serait puéril et voué à l'insuccès. Mais, à la lumière des travaux faits sur le syndrome d'insuffisance cortico-surrénale, comment ne pas être frappé de la part prépondérante que cette glande semble prendre dans les troubles que l'on constate ? Ce syndrome est d'ailleurs humoral complexe (hypochlorémie, hyponatrémie, baisse de la réserve alcaline, etc., etc.), et clinique à formes variées (cardio-vasculaire, pseudo-péritonéale, pseudo-urémique).

Le cortex surrénal, en particulier, prend une part notoire au déséquilibre neuro-hormonal.

Il y a donc un intérêt primordial à connaître avant l'opération, la valeur du cortex surrénal ; il y a des tests, qui permettent de le faire facilement. En cas d'insuffisance, une thérapeutique hormonale pré- et post-opératoire s'impose. L'action de l'hormone dans les suites opératoires obvie à bien des complications. Entre les mains des auteurs, l'extrait cortico-surrénal a donné de bons et constants résultats. (*La Presse médicale*, 1er février 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'éducation physique et les besoins alimentaires

(M. F. RATHERY ; 18-2-1941)

Il est nécessaire à l'enfant et à l'adolescent, pour se développer normalement, de se livrer aux exercices physiques. Mais ces derniers demandent à leur tour une ration alimentaire convenable. Si nous ne pouvons donner au sujet une alimentation suffisante, il faut limiter le travail physique et ne le permettre qu'au prorata de satisfaction des besoins alimentaires.

La pratique des sports doit tenir compte des conditions actuelles. Les sports peuvent, aujourd'hui plus qu'autrefois encore, aboutir à un surmenage dangereux. Une statistique de Marie de Neyman est suggestive à ce point de vue. Considérant les éléments d'éclosion de la tuberculose pulmonaire chez les étudiants, sur 100 sujets atteints, elle note que 2/5e de ceux-ci étaient plus sportifs que leurs camarades. Elle cite ces faits non pour condamner les sports mais pour montrer combien, chez les étudiants, souvent surmenés, les sports mal réglés peuvent être pernicieux.

Quelques considérations sur l'alimentation des femmes enceintes pendant la période actuelle

(M. A. BRINDEAU ; 18-2-1941)

Chez la femme saine devenant enceinte le régime alimentaire *normal* n'a pas besoin d'être modifié et la suralimentation est inutile, sinon dangereuse.

Pendant la période actuelle de restrictions alimentaires, on pourrait craindre une influence doublement fâcheuse, sur l'enfant et sur la mère, de ces restrictions. A la vérité, le fœtus ne paraît pas en souffrir, quant à son poids à la naissance tout au moins. A la Maternité, par exemple, le poids moyen des enfants nouveau-nés a été sensiblement le même en novembre, décembre et janvier 1940-1941 et pendant le même trimestre 1937-1938. Les fœtus ne semblent donc pas beaucoup pâtir dans les périodes de restriction, sans que l'on puisse, de ce seul fait, prévoir leur avenir. La notion de l'influence très relative de l'alimentation sur le poids du fœtus est du reste classique. Autrefois, avant que les accoucheurs ne connussent les interventions dans les bassins utérins rétrécis, on faisait jeûner les femmes enceintes pour éviter que les fœtus ne devinssent trop gros. Or, ces fœtus avaient malgré cela un poids sensiblement normal.

Pour ce qui concerne les mères, pendant la période de grossesse, la ration de *restriction* a besoin d'être augmentée pour éviter les infections et en particulier la tuberculose.

L'invitamination alimentaire ou médicamenteuse chez le sujet normal

(MM. E. LESNÉ et CH. RICHET ; 4-3-1941)

Quelle que soit l'importance, en diététique, de la quantité de vitamines ingérées quotidiennement, il convient de rappeler que celles-ci sont loin de constituer, comme le public a tendance à le croire, l'élément essentiel de la nutrition.

La ration calorique, la ration en protides et en lipides tant végétales qu'animales, la notion des équilibres alimentaires, la nécessité d'une ration saine convenable restent les idées maîtresses en diététique, car avec une alimentation normale la quantité de vitamines ingérées est toujours suffisante.

Cette invitamination naturelle, alimentaire, est la meilleure façon de se protéger contre les carences, qui sont particulièrement à craindre chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitant.

Dans des conditions telles que celles que nous traversons, l'invitamination médicamenteuse peut donner de bons résultats. Elle ne saurait cependant rectifier les méfaits de l'insuffisance alimentaire proprement dite, non plus que ceux dépendant des déséquilibres alimentaires.

Pour être véritablement actives, les vitamines hydrosolubles doivent être prises quotidiennement, alors que l'ingestion des vitamines lipo-solubles peut être discontinue.

Sur les accidents occasionnés par les appareils de chauffage

(M. Léon BINET ; 25-2-1941)

M. Léon Binet lit un deuxième rapport au nom de la Commission des accidents occasionnés par les appareils de chauffage.

Au point de vue prophylactique, la Commission recommande au public de veiller à l'état des canalisations à gaz, au fonctionnement des robinets, à l'état des chauffe-bains et des fourneaux, à la fermeture des compteurs le soir. Les usagers sont mis en garde contre le danger des appareils de chauffage improvisés.

Au point de vue thérapeutique, elle rappelle les bienfaits de la respiration artificielle, de l'oxygénothérapie (oxygène pur ou carbogène) précoce, prolongée et correctement réalisée.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le signe du lacet chez les hypertendus

(MM. Ch. AUBERTIN et M. GALA ; 6-12-1940)

On sait que, dans certains cas de purpura, fait paradoxal, le signe du lacet est négatif, même au niveau du bras, où existent des taches de purpura spontané. Il faut donc entrevoir une dualité des purpuras : les uns d'origine vasculaire avec signe du lacet toujours positif, les autres d'origine sanguine avec signe du lacet éventuellement négatif.

Vingt hypertendus ont été examinés, et chez dix-neuf d'entr'eux, le signe du lacet était positif ; aussitôt après cette recherche, chez la plupart d'entr'eux, les pétéchies apparaissaient rapidement et très abondantes. Il n'y avait pas de rapport entre l'intensité du purpura provoqué et le degré de l'hypertension ; le temps de coagulation était normal dans tous les cas ; la rétraction du caillot était normale dans dix cas, faible dans trois cas, nulle dans deux cas ; quant au temps de saignement, il était normal dans tous les cas. Par conséquent, chez ces sujets, le signe du lacet positif ne semblait pas être symptomatique d'un syndrome hémorragique même fruste, tel qu'il est parfois décelé par l'association des trois signes (lacet, retard de coagulation, prolongation du temps de saignement) ou de deux d'entr'eux.

Ici, le signe du lacet est symptomatique d'un trouble fonctionnel purement capillaire, en partie favorisé par le léger traumatisme, dû à la striction à un chiffre un peu élevé, mais sans aucun doute indépendant de tout trouble de la crase sanguine.

La forme syncopale de la tétanie de l'adulte

(M. H.-P. KLOTZ ; 6-12-1940)

La tétanie de l'adulte se présente sous un aspect clinique assez varié. A côté des formes classiques avec contractures, à côté des formes convulsives plus rares, il existe des formes tout à fait anormales : contracture isolée des muscles grands droits de l'abdomen, formes gastriques. Aujourd'hui, il s'agit de l'apparition inopinée de syncopes plus ou moins espacées. La crise est habituellement déclenchée par une émotion (colère, grande joie), plus rarement à la suite d'une quinte de toux : sensation vertigineuse, éblouissement, puis perte de connaissance ; l'accident dure au total quinze secondes à une demi-minute.

Au point de vue humoral, l'affection se caractérise essentiellement par une hypocalcémie ; il ne faut cependant pas voir dans ce stigmate sanguin le critère indispensable au diagnostic. Dans la plupart des cas, on note un signe de Chvosteck, la reproduction habituelle des crises par l'épreuve de l'hyperpnée ; enfin il s'agit d'un terrain neuro-psychique très particulier : grands émotifs, anxieux.

Etude critique de la polynévrite chez les urémiques

(MM. M. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et KLOTZ ; 6-12-1940)

La polynévrite des urémiques existe réellement en dehors de tout facteur alcoolique surajouté. Cette complication s'observe au cours des formes digestives de l'urémie, et peut être la conséquence des troubles nutritifs créés par ses symptômes gastro-intestinaux, tels que l'anorexie, les vomissements, la diarrhée. Elle s'intègre donc dans le cadre des polynévrites dysmétaboliques, à côté de la polynévrite alcoolique, de celle des diabétiques, des polynévrites d'origine gastrique.

Sur l'emploi du para-amino-phényl-sulfamide dans le traitement de la dysentérie bacillaire

(MM. LACOMBE et MARCHE ; 20-12-1940)

Par ce composé (1162 F), ont été traités 87 sujets, alors que par comparaison 62 de leurs camarades étaient soumis aux traitements habituels (sulfate de soude, charbon, bismuth, ferments lactiques, etc.)

Dès le début de l'emploi du sulfamide, la courbe du nombre quotidien des hospitalisations accusa une chute verticale chez les sujets soumis à ce traitement.

Le premier jour de la guérison étant retenu alors qu'il n'y avait plus que deux selles, sans glaires, ni sang, dès le deuxième jour 48,2 p. 100 des sujets traités au 1162 F furent guéris, alors qu'avec les autres moyens la guérison n'atteignait à ce jour que 16,1 p. 100. On nota les jours suivants 66 p. 100 contre 29 p. 100, 82 p. 100 contre 43 p. 100, etc. Bref le 1162 F présente une supériorité incontestable sur les autres traitements, du fait de sa rapidité d'action. Il faut encore souligner son action en fonction de la gravité de la dysentérie.

Pour obtenir ces résultats, il faut donner des doses importantes : 5 à 6 grammes par jour comme dose d'attaque ; on ne doit pas non plus cesser trop rapidement l'administration du médicament. Pour éviter les rechutes, il semble qu'une dose totale de 20 grammes soit nécessaire. Enfin le régime doit être aussi sévère que possible.

Deux cas de tumeurs calcaires du sein

(M. HILLEMAND, Mmes TEDESCO et NALPAS ; 20-12-1940)

Les deux malades étaient âgées de 69 et 73 ans. L'examen histologique de l'une des tumeurs montra une dégénérescence hyaline infiltrée de sels calcaires, vestige d'un processus inflammatoire très ancien, un abcès, un kyste mammaire, un foyer de sclérose inflammatoire pouvant être le siège de telles imprégnations. La calcémie, la phosphatémie étaient normales ; le nodule était constitué par du phosphate de chaux.

G. F.

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

J. FIOLLE et J. DELMAS.— **Découverte des vaisseaux profonds par des voies d'accès larges. Préface du Professeur Pierre Duval.** *Deuxième édition.* Un vol. de 84 pages avec 34 figures. 1940. Prix : 28 francs.

Cet ouvrage a paru en 1917. La réédition demandée de divers côtés et publiée aujourd'hui, en est la reproduction sans autre changement que quelques détails de forme. C'est donc pratiquement le même livre qui reparaît.

Quant au principe de cette technique chirurgicale, empruntons à la préface du Professeur Duval, datée elle aussi de 1917, ces quelques lignes qui la situent :

« Cette découverte large des vaisseaux profonds « ne s'applique pas seulement à la chirurgie de « guerre.

« La chirurgie vasculaire moderne exige des pro- « cédés nouveaux, des voies d'accès larges qui facili- « tent sur le vaisseau toutes autres manœuvres que « le simple passage d'un fil sur un demi-centimètre « d'artère soigneusement isolé.

« Les procédés que Delmas et Fiolle décrivent « sont, par l'exposition large des vaisseaux pro- « fonds, à la base de toute la chirurgie vasculaire « actuelle.

« Les méthodes classiques de ligature resteront « toujours et l'apprentissage nécessaire de tout « élève en chirurgie et les procédés de choix pour les « ligatures simples des vaisseaux.

« La chirurgie vasculaire nécessite des voies « plus larges ; la chirurgie de guerre, par ses impé- « rieuses nécessités, a simplement fait naître l'occa- « sion de les décrire. »

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

R. THUREL, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, neuro-chirurgien de l'hôpital américain de Paris. — **Traumatismes cranio-cérébraux.** Un vol. de 80 pages. 1940. Prix : 32 francs.

Etant donnée la fréquence des traumatismes craniens, dont le nombre s'est accru avec le développement du machinisme, des moyens de locomotion, et la nécessité où l'on se trouve, dans les cas sérieux, d'agir vite et sur place, il n'est pas un médecin qui ne soit exposé un jour ou l'autre à être appelé auprès d'un blessé du crâne et à prendre une décision ; aussi chacun doit-il, d'une part, savoir comment s'y prendre pour déterminer le substratum anatomo-pathologique des accidents cérébraux d'origine traumatique, d'autre part, posséder quelques notions sur le mécanisme physiopathologique qui a présidé à la formation des altérations anatomiques, ce qui est indispensable pour mener à bien la thérapeutique.

C'est là l'objet de ce travail dans lequel la première partie est consacrée à l'anatomie pathologique et à la pathogenie des lésions cérébrales traumatiques et la deuxième partie au diagnostic anatomo-clinique et aux indications thérapeutiques.

Après avoir passé en revue, dans une étude analytique, les diverses complications des traumatismes cranio-cérébraux, l'auteur établit une hiérarchie de celles-ci en tenant compte d'une part de la fréquence, d'autre part des possibilités neuro-chirurgicales.

C'est la vaso-motricité cérébrale qui souffre le plus du fait des traumatismes craniens et qui peut être le point de départ de désordres anatomiques : hémorragies du cortex cérébral et réaction œdémateuse secondaire du cerveau. Les lésions commotionnelles, lorsqu'elles ne sont pas mortelles, laissent des cicatrices susceptibles de devenir irritatives ; elles peuvent être ainsi à l'origine de céphalées et de l'épilepsie.

Alors que la commotion cérébrale peut être le fait de n'importe quel mécanisme, les autres complications dépendent de la nature du traumatisme et n'apparaissent que lorsque certaines conditions sont réalisées : blessure directe du cerveau dans les plaies pénétrantes ou dans les traumatismes avec enfoncement osseux ; suppuration méningée ou cérébrale dans les traumatismes avec plaie pénétrante ou avec fracture de l'éthmoïde ou du rocher ; pneumatocèle intracranienne ; hématome extra-dural ; hématome sous-dural.

Or, la commotion cérébrale masque dans une certaine mesure les autres complications, lorsque celles-ci coexistent avec elle. Il ne faut donc s'en tenir au diagnostic de commotion ou de lésions post-commotionnelles qu'après s'être assuré par les moyens de contrôle qu'il n'existe pas d'autres complications sur lesquelles nous avons prise grâce aux progrès de la neuro-chirurgie.




PARTIE PROFESSIONNELLE

MOUVEMENT SANITAIRE & PROFESSIONNEL (1)

La Corporation de la Santé Publique

Nous avons dit précédemment : « La Santé publique, la Santé nationale, comme on disait en 1870, c'est l'ancienne salubrité publique, complétée et rajeunie par la loi du 15 février 1902, c'est l'*hygiène*, l'*hygiène publique*, l'*hygiène et la médecine sociales*, et c'est sur ce domaine que devra, à notre avis, s'étendre la *Corporation de la Santé publique*, où la collaboration de tous est nécessaire, car il faut que la Santé publique et sa propagande pénètrent jusqu'au fin fond des campagnes, parce que, si l'Etat n'a pas compris son devoir, le public non plus n'a pas compris l'importance de l'hygiène. »

On voit de suite la tâche des sanitaires dans la propagande d'hygiène et la sauvegarde de la Santé publique, et donc dans la rénovation de la France. Et ceci rappelle à notre esprit ce que disait le Doyen Georges Weiss de la Faculté de Strasbourg : « Dans toute société, il faut que certaines individualités soient, par leur valeur intellectuelle et morale, par l'exemple qu'elles donnent, les éducateurs de la masse. Parmi ces éducateurs, je mets au premier rang le médecin ; il pénètre dans tous les milieux, se fait aisément écouter et son influence peut être grande sur les mouvements de l'opinion. »

L'homme respire de sa naissance jusqu'à sa mort et l'on amoindrit par conséquent sa vie quand on lui diminue ses quantités d'air pur. On l'amoindrit encore, quand on le prive habituellement de la lumière du soleil, de l'eau abondante et pure, d'une saine et suffisante alimentation ; lorsqu'on ne le met pas à l'abri des variations des climats, des saisons ; enfin, quand on n'équilibre pas le temps du travail et celui du repos. L'homme ne peut donc, à aucun moment, pas plus que l'animal, se soustraire aux lois de la nature.

Mais ce qui met ensuite une énorme différence entre l'animal et lui, ce sont les besoins spirituels infinis. Plus il est homme, plus il se plaît à cultiver ses facultés vraiment divines, à ranger, dans les vastes palais de sa mémoire, les images, les souvenirs qui agrandissent sa vie au-delà de son apparente durée, et qui le font vivre à travers les siècles et les pays ; à s'emparer de l'avenir par l'imagination ; à se survivre par les œuvres qu'il laisse.

Il a le privilège d'ajouter aux données de l'instinct celles de l'observation et de l'expérience, de pénétrer par la raison, la nature infinie des choses, de concevoir en idées immatérielles, les objets qu'il peut ensuite bâtir, ordonner et créer : édifices, monuments, villes, institutions, etc.

De l'exercice de ces facultés naît le sens social qui l'intéresse à ses semblables.

L'animal incapable de prévoir, de se perfectionner, de transmettre ses confuses pensées, meurt tout entier à chaque génération ; « le chef-d'œuvre de l'homme est de durer » (Gœthe).

Nous ne pouvons donc pas exagérer la valeur de l'homme, la protection dont on doit entourer son enfance, sa formation ; les soins que l'on doit en même temps à son corps et à son esprit.

Il est donc indispensable, dans notre Société, de redonner sa valeur à l'être humain et de pratiquer la vraie, la seule politique vraiment digne et utile que nous avons appelée la *Politique de la vie*.

« L'hygiène sociale » d'après le Docteur Delattre, membre du Comité médical de la Croix-Rouge belge, est justement le corps des doctrines formulées par la science médicale dans le but de surélever à son maximum la puissance de la vie humaine : puissance d'action et puissance de bonheur ».

Et c'est cette tâche, toute de grandeur, que nous assignons à la Corporation de la Santé publique dont nous allons maintenant exposer le projet.

Corporation de la Santé Publique

La Corporation de la Santé publique pourrait prendre naissance au palier départemental. Nous croyons plus sage, pour tenir compte des indications données par le Gouvernement :

(1) Voir *Le Concours Médical*, n° 2, 12 janvier 1941 ; n° 8, 23 février 1941 ; n° 11, 16 mars 1941.

Famille, Corporation, Région, de situer son départ au second palier : Palier régional.

Et voici comment nous la concevons :

Chaque profession libérale a son Ordre, sa Corporation. Les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers et infirmières, les travailleuses sociales, les techniciens sanitaires, etc.. pourraient être groupés dans une ou plusieurs Corporations ou dans des associations accolées aux Corporations des sanitaires ; les préparateurs en pharmacies à la Corporation de la pharmacie ; les mécaniciens dentistes à celle de la stomatologie ; les auxiliaires médicaux et les travailleuses sociales à celle de la médecine par exemple, ce qui serait très important, la loi du nombre étant capitale pour tout ce qui est allocations familiales, assurances sociales, retraites. Le fait existe d'ailleurs déjà dans les Caisses d'allocations familiales des professions médicales.

Donc, sur le palier régional toutes les corporations professionnelles sanitaires se groupent pour constituer la *Corporation régionale* de la santé publique, composée de tous les conseils corporatifs départementaux de toutes les professions sanitaires.

Cette Corporation régionale de la santé publique élit à la majorité relative, *son Prévôt régional de la santé publique assisté d'un Conseil corporatif régional de la santé publique* composé des prévôts régionaux professionnels et au besoin des prévôts départementaux.

Ce prévôt régional de la santé publique est déclaré *hors corporation* professionnelle. Il dirige les débats sur les rapports des Corporations fédérées et leurs intérêts communs. Il n'a pas l'autorité hiérarchique sur les membres des corporations constituantes, car une ou plusieurs Corporations, par un accord avec le Prévôt régional de la santé publique, pourraient opprimer les autres.

Mais chacune des décisions provenant d'une étude faite en commun est soumise à la signature de tout le Conseil corporatif et prend alors force de loi.

En cas de différend entre membres de deux corporations différentes, le Prévôt régional de la santé publique tranche le différend.

Cette Corporation régionale de la Santé publique prend à nos yeux une très grande importance, car c'est elle qui participera directement à la sauvegarde de la race et à la Rénovation nationale.

En effet, beaucoup d'organisations sont déjà régionales : Universités, Facultés, Ecoles, Instituts, Centres d'éducation physique, etc... Services publics : eau, gaz, électricité, transports, etc... Services financiers : Assurances sociales, Mutualités, Organismes patronaux, Caisses de compensation, d'allocations familiales, etc...

De plus, le climat, le sol, l'enfance, les gens, les coutumes, les mœurs, l'alimentation, l'habitation, l'ameublement, les transports, la faune la flore, la production, l'hygiène, la Santé publique, les maladies sont différents d'une région à une autre.

Tout cela appelle étude scientifique, collaboration, coordination, synthèse, de tous les efforts dans une discipline commune.

Dans notre esprit, le Prévôt régional de la Santé publique sera précisément le trait d'union indispensable entre les professions sanitaires organisées, et les Facultés, les Ecoles, les Instituts d'hygiène, les Instituts Pasteur, les services d'hygiène, les Société scientifiques régionales, les Centres d'éducation physique d'une part, les organismes publics ou privés : hôpitaux, dispensaires, Croix-Rouge, Assurances sociales, Mutualités, etc..., d'autre part.

Il sera près du Gouverneur et du Directeur régional, un conseiller technique de grande valeur, sachant qu'il peut compter sur toutes les professions sanitaires qu'il a derrière lui, prêtes à répondre à son appel.

Plus haut, ce sera *la Corporation nationale de la Santé publique,* articulation de toutes les Corporations nationales professionnelles avec *son Conseil corporatif national de la Santé publique,* réunion périodique des prévôts régionaux de la Santé publique, apportant la collaboration de toutes les régions de la Santé publique.

La Corporation nationale de la Santé publique nommera, toujours à la majorité relative, *son Prévôt national de la Santé publique,* qui, assisté de *son Conseil corporatif national de la Santé publique,* parlerait au nom de toutes les Corporations sanitaires, surtout quant au maintien et à l'amélioration de la Santé publique.

Chaque année pourraient se tenir d'ailleurs des Etats généraux de la Santé publique, grandes Assises corporatives et c'est le Prévôt national de la Santé publique qui remettrait au chef de l'Etat les cahiers rédigés par ces Etats généraux pour le plus grand bien de tous et de la Nation toute entière.

***

Et maintenant, quelques commentaires. Ce projet rédigé en juillet 1940 n'était qu'une indication de ce qui pourrait être fait dans le domaine de la Santé publique.

Depuis longtemps, nous étudiions cette question et nous arrivions toujours à la même conclusion qu'il fallait une collaboration intime entre tous les sanitaires, dont le nombre s'élève certainement à plus de 130.000 à l'heure actuelle. Mais nous n'avons jamais écrit, comme on a cherché à nous le faire dire, qu'il fallait mettre tout le monde sur le même plan. Il y a quatre professions libérales « majeures », la médecine humaine, la médecine vétérinaire, la stomatolo-

gie et la pharmacie. A ces quatre professions majeures doivent être, à notre avis, *accolées* les professions « mineures » (qu'on ne sente pas là un sens péjoratif, nous employons simplement ces mots pour nous faire mieux comprendre et ceci par comparaison avec les termes arts ou ordres majeurs ou mineurs, voulant dire par là que les auxiliaires médicaux doivent être rapprochés des médecins, les préparateurs pharmaceutiques des pharmaciens, les mécaniciens-dentistes des stomatologistes).

Pour tous, la qualification de sanitaires doit être garantie par le diplôme d'Etat existant ou à créer.

Pour schématiser notre conception de la Corporation de la Santé publique, nous nous sommes servis de la comparaison suivante : Imaginez la Tour Eiffel, les quatre piliers représentent les professions que nous avons qualifiées de « majeures ». Ces piliers se réunissent au niveau des trois plates-formes qui représentent dans notre esprit le palier départemental, le palier régional et le palier national.

Les professions « mineures » viennent tout simplement s'accoler aux piliers, donc aux professions majeures.

On a prétendu aussi qu'avec ce procédé le prévôt régional ou national pourrait être un non médecin. Pour ma part, je ne verrais aucun inconvénient à ce qu'un homme de la valeur de Ramon, vétérinaire, fût nommé prévôt de la Santé publique. D'ailleurs, qu'on lise dans « L'hygiène sociale » (1), l'article de M. Houdinière : « Vétérinaires et médecins » et l'on verra la valeur de nos « frères en médecine » que sont les vétérinaires et l'on comprendra que le Docteur Noir, directeur de ce journal, ait proposé ici même que les futurs étudiants en médecine fassent, à la place du P. C. N. devenu le P. C. B., une année dans les Ecoles vétérinaires.

N'oublions pas non plus que Pasteur n'était pas médecin. Alors ne soyons pas exclusifs, par avance.

Mais la question n'est pas là. Il faut, avant tout, que le prévôt de la Santé publique soit un homme de grande valeur théorique et pratique.

Mais disons encore que le prévôt de la Santé publique n'appartient à aucune profession : il est *hors profession*, il n'a pas à s'immiscer dans les questions professionnelles pures, chaque corporation, chaque ordre étant « maître chez soi ». Il fait avec son Conseil corporatif la synthèse des études faites par les diverses corporations, propose à celles-ci d'autres questions d'actualité ou de statistique à approfondir, et ne travaille que sur le plan de la Santé publique.

La Corporation est, en effet, une « république professionnelle » mais si elle a des droits, comme les Syndicats en avaient, elle a aussi des devoirs envers la collectivité, envers la Nation et c'est sur le plan de la Santé publique que ces devoirs se formulent et c'est pourquoi nous avons qualifié la Corporation de la Santé publique de la façon suivante : « Organe technique de convergence, de collaboration et de coordination ; synthèse supérieure de tous les efforts, de toutes les activités et de toutes les disciplines qui en sont les facteurs essentiels, si l'on veut que soit enfin assurée la rénovation nationale ».

Le Professeur Achard , secrétaire général de l'Académie de médecine a dit (1) : « Le champ dans lequel le service de la Santé publique doit exercer son action est extrêmement vaste... C'est ainsi que, par ce qui a trait aux questions d'édilité, d'urbanisme, de contrôle des eaux potables, d'assainissement, il entretient des rapports avec les Travaux publics. Par l'hygiène alimentaire, par les maladies des animaux domestiques, il touche à bien des problèmes dont s'occupe le ministère de l'Agriculture. Par l'hygiène industrielle, par les maladies professionnelles, il s'intéresse au programme du ministère du Travail. Les entraves que les mesures d'hygiène peuvent apporter au commerce et aux échanges de produits médicamenteux entre les nations qui sont proprement du ministère du Commerce, ne sauraient être négligées par le service de la Santé publique. Il n'en est pas autrement pour les conventions internationales négociées par le ministère des Affaires étrangères pour la protection sanitaire entre les diverses nations.

Le ministère des Colonies est, lui aussi, un ministère synthétique dont le fonctionnement doit faire appel à beaucoup de compétences variées. Mais qui pourrait nier que le service de la Santé publique n'ait son mot à dire sur l'organisation de l'hygiène et la protection sanitaire de la France d'Outre-mer...

Enfin, la diffusion des préceptes d'hygiène, l'éducation hygiénique de la population française, œuvre de longue haleine, mais d'importance majeure... est sous la dépendance du ministère de l'Instruction publique. L'éducation physique, fort recommandable assurément, ne forme qu'une partie de l'instruction sanitaire.

Cette importance du service de la Santé publique, il faut bien le reconnaître, n'apparaît pas à l'homme de la rue. Il faut du temps pour cette construction de l'hygiène sociale. Mais l'Académie ne craint pas les œuvres de longue durée et sera toujours heureuse d'apporter, à la défense du pays, sa part de ce qu'on peut appeler des munitions de santé ».

C'est à cette œuvre que nous convions aussi

(1) L'hygiène sociale, n° 4, avril 1941.

(1) Séance annuelle publique de l'Académie de médecine, 10 décembre 1940.

la Corporation de la Santé publique qui, elle, par ses membres, pénétrera dans tous les milieux et sera une propagandiste hors de pair.

Pour illustrer notre thèse, prenons deux exemples concrets intéressant plus particulièrement les médecins.

Premier exemple : *Le lait.* — La meilleure nourriture que nous ayons, a-t-on pu dire ! Oui, mais à condition qu'il soit sain, propre et bon.

Pour que le lait soit bon, propre et sain, il faut que l'hygiène de la ferme soit respectée : étables bien construites, bien aérées (affaire des architectes, des techniciens sanitaires, des agronomes) bêtes tenues proprement, nourries convenablement, certains tourteaux rendant le lait toxique, trayeurs bien dressés, etc. Il faut donc, de toute nécessité, une *inspection vétérinaire des vacheries,* une prime importante étant donnée aux fermes les mieux tenues. Le vétérinaire doit éliminer les bêtes malades, le lait pouvant transmettre la tuberculose, la fièvre aphteuse et, si les vaches sont malpropres, la colibacillose et les maladies typhiques et paratyphiques. Les brucelloses, pouvant aussi se transmettre par le lait, ne sont plus seulement la fièvre de Malte transmise par les chèvres. Elles s'étendent maintenant au mouton, au porc, à la vache, déterminant chez elle l'avortement épizootique.

Or, les brucelloses gagnent de plus en plus de terrain et intéressent tous les sanitaires, car la maladie peut encore se transmettre par le beurre et le fromage.

Donc, nécessité d'une inspection sévère par le vétérinaire au départ, puis contrôle bactériologique, intervention du service des fraudes, pour juger des qualités du lait.

Puis stérilisation, pasteurisation du lait, son transport en wagons ou camions isothermes aux gares laitières et de là aux grandes firmes distributrices où un nouveau contrôle fonctionne.

Et voici notre Corporation en collaboration, avec la Corporation agricole, avec l'industrie laitière et avec la Corporation des transports.

Mais une partie de ce lait passe à l'industrie pharmaceutique qui le transforme en laits condensés, laits concentrés, laits secs, laits médicamenteux, etc. Vétérinaires, techniciens sanitaires, chimistes, ingénieurs, bactériologistes, pharmaciens sont entrés dans le circuit que vont fermer médecins, sages-femmes, directrices de crèches, de pouponnières, d'écoles, hôpitaux, hospices et tout le public qui n'a jamais pu comprendre qu'un lait propre, pur et sain, devrait être vendu aussi cher que le vin.

Deuxième exemple : *L'enfant à l'école.* — Tous les médecins savent que les enfants à l'âge scolaire, doivent être surveillés, quant à la vue, aux végétations adénoïdes, à la dentition et à la mauvaise tenue déterminant scoliose et malformations.

Mais il ne suffit pas de constater, il faut l'intervention du médecin de famille provoquée par l'assistante scolaire de la part du médecin inspecteur, d'où celle de l'ophtalmologiste, de l'oto-rhino-laryngologiste, du dentiste et, par suite, du pharmacien. L'enfant sous-alimenté reçoit du lait en supplément et mange à la cantine scolaire. Toute la question de l'alimentation est à régler. La collaboration avec l'instituteur amène souvent l'examen du psychiatre si l'enfant est retardataire. Et contre les scolioses et autres malformations intervient l'éducateur physique pour le redressement de la colonne vertébrale toujours sous le contrôle médical.

On voit comme tout se tient et ce que sera le rôle social futur du médecin s'il veut bien sortir de sa tour d'ivoire et s'intéresser à la Santé publique. L'hygiène doit désormais régner partout. Qui ne veut de l'hygiène — créatrice de santé — accepte la maladie pourvoyeuse de misères. Notre conclusion est simple et découlera de toute cette étude.

La Corporation de la Santé publique doit vivre et comprendre tous ceux qui s'intéressent à la Santé publique. L'Académie de médecine, le Comité consultatif d'hygiène, tous deux conseillers du secrétaire général à la Famille et à la Santé n'acceptent-ils pas, dans leur sein, tous les sanitaires ? Nous-mêmes, à l'hôpital, ne travaillons-nous pas, médecins, pharmaciens, dentistes, hommes de laboratoire, en commun et avec nos sages-femmes, nos surveillantes, nos infirmières, nos laborantines, nos assistantes du Service social. Faisons-nous différemment à la ville et ne travaillons-nous pas corporativement, sans nous en rendre compte ?

Il y a peu de temps encore, le Corps de santé militaire ne comprenait-il pas tous les sanitaires ?

Et puis, il n'y a plus à hésiter, le pays souffre et se meurt de toutes les erreurs du passé. Il faut qu'il vive et c'est nous, les premiers, qui devons lui redonner la vie. Le repeupler, élever ses enfants, protéger leur santé, éviter leur mortalité, veiller à la formation physique et morale de la jeunesse, refaire une race belle et forte, voici la tâche urgente, celle de la Corporation de la santé publique placée auprès du secrétaire général à la Famille et à la Santé.

Cette tâche qui, cette fois, s'impose à nous, d'une manière impérative, y faillirons-nous ou rendrons-nous vraies ces paroles de Gladstone : « Le temps viendra où les médecins seront les guides des Nations. »

Dr Georges Boyé

UNE RÉFORME NÉCESSAIRE :

LA MISE EN HARMONIE DES LOIS DE MÉDECINE SOCIALE AVEC LA LOI SUR L'ORDRE DES MÉDECINS

Nous avons déjà formulé diverses critiques à l'encontre de la loi instituant l'Ordre des médecins. Il en est une, majeure à notre sens, sur laquelle nous voudrions insister aujourd'hui :il semble que le législateur ait travaillé en ignorant complètement tout ce qui existait avant lui dans le domaine corporatif médical. Nous espérions une refonte complète des anciens textes en la matière. Or, nous sommes loin du compte : les lois de médecine sociale subsistent dans leur forme d'autrefois et leurs rouages n'engrènent point avec l'Ordre nouveau. Il y a une réforme qui s'impose et que nous réclamons.

Les soins aux pensionnés de guerre

Le domaine où l'intervention des Syndicats médicaux était en cette matière la plus apparente, puisque prévue expressément par le décret du 22 décembre 1935, est celui de la *surveillance et du contrôle*. Ce contrôle est confié à des Commissions départementales où les Syndicats médicaux comptaient quatre représentants, et en dernier ressort à une Commission supérieure comprenant également cinq médecins sur quinze membres, nommés *pour un an* par arrêté du Ministre sur proposition de la Confédération.

Il n'est point utile d'insister sur l'importance du rôle de ces Commissions, dont la nature, assez mal définie est à la fois administrative, juridictionnelle et disciplinaire. Nos lecteurs ont eu trop souvent à se plaindre des méthodes arbitraires et fort peu respectueuses des droits de la défense dont usaient tant les Commissions départementales que la Commission supérieure et cette dernière a eu fréquemment, par nos soins, maille à partir avec le Conseil d'Etat.

Qu'il appartienne au Conseil supérieur de désigner les membres médicaux de ladite Commission à l'expiration du mandat de leurs prédécesseurs, cela ne souffre point de difficultés.

Que les Commissions conservent leurs attributions administratives, leurs pouvoirs juridictionnels, qu'en particulier, elles continuent à recevoir les avis et donner les autorisations prévues, à départager le médecin et l'Etat en cas de difficultés sur le montant du mémoire, ou sur l'imputation au motif de pension de la nécessité des soins, que la Commission supérieure continue à être le Conseil du ministre des Pensions sur toutes questions qu'il lui soumet, ceci ne soulève pas la moindre critique.

Mais que, par contre, il appartienne encore aux dites Commissions, composées en majorité de non-médecins et dont la dépendance à l'égard de l'Administration est certaine, de s'assurer « *que les soins sont donnés selon les règles d'un exercice correct de la médecine* (art. 46 du décret du 22 décembre 1935) et de « *prononcer* éventuellement *en cas d'abus caractérisé l'exclusion temporaire ou définitive du droit de délivrer des soins* au titre du présent article » (art. 64, § 10 de la loi du 31 mars 1919), ceci nous semble constituer un empiètement, inconcevable depuis le 7 octobre 1940, sur les attributions normales de l'Ordre des médecins.

Que signifierait, en effet, le cadeau fait au Corps médical, ce droit d'auto-contrôle, d'auto-discipline, si on lui reprend en détail ce qu'on lui accorde en général. Et que deviendrait, d'autre part l'unité de discipline et de déontologie si un même fait pouvait faire l'objet de deux interprétations différentes, l'une par la Commission supérieure, l'autre par le Conseil supérieur de l'Ordre. C'est à lui et à lui seul qu'il doit appartenir d'apprécier en dernier ressort toutes les infractions à la déontologie, et nous ne pensons point que celle-ci diffère pour un client normal ou pour un pensionné ?

Accidents du travail

L'intervention des Syndicats médicaux dans la délivrance des soins aux accidentés du travail se présentait sous deux aspects : le fonctionnement de la Commission d'arbitrage, et (tout au moins en principe), le contrôle technique du médecin.

La Commission d'arbitrage, tout d'abord, prévue par l'art. 38 de l'arrêté ministériel du 5 mai 1939, était réglementée par une convention conclue entre la Confédération des Syndicats et la Réunion des assureurs. Sur l'initiative du « Sou Médical », les pourparlers ont été repris entre le Comité d'organisation des assurances d'une part, et le Conseil supérieur de l'Ordre d'autre part. Une nouvelle Convention a été signée, et l'arbitrage continue comme de par le passé. Ce point est donc réglé.

Venons au second rôle qu'assumait en principe le Syndicalisme médical. Nous disons « en principe », parce qu'en fait les prévisions de la loi du 1er juillet 1938 n'avaient point eu le temps d'être transformées en réalités.

Rappelons le texte de l'art. 4, § 2 de la loi du 1er juillet 1938 : « la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin, *lequel sera sou-*

mis au contrôle médical, Conseil de famille, avec appel devant le groupement national, et en dernier lieu devant la Commission supérieure de contrôle, qui comprendra en ce cas un membre élu par le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail ».

A l'inverse de ce que nous avons rencontré à propos des pensionnés de guerre, nous sommes en face ici d'une juridiction purement *disciplinaire.* Nos arguments n'en prennent que plus de force encore. La refonte de cet article s'impose ici d'autant plus que les anciens Conseils de famille auxquels le texte se réfère ont disparu avec les Syndicats médicaux. On peut y assimiler immédiatement les Conseils départementaux, et le « groupement national » auprès duquel l'appel peut être fourni serait évidemment le Conseil supérieur. Mais alors que viendrait faire ici ce surappel devant une *Commission supérieure* de contrôle, comprenant des membres non médecins, et qui aurait en quelque sorte le contrôle des décisions du Conseil supérieur.

Le recours en excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat suffit amplement comme garantie de bonne justice, sans qu'il soit besoin de créer un degré de juridiction de plus. Que l'art. 4, § 2 de la loi de 1898 se borne à une simple référence à la loi du 7 octobre, et nous nous déclarons satisfaits.

Assurances sociales

Plus encore qu'en toute autre matière, le syndicalisme médical a participé de très près au fonctionnement des Assurances sociales. C'est en ce domaine que les résultats les plus importants avaient été acquis au point de vue professionnel, et ces acquisitions étaient d'autant plus solides qu'il en était fait mention dans les textes législatifs eux-mêmes. Il y aurait un intérêt certain à ne point les laisser prescrire.

Les Conventions collectives

L'élément essentiel des rapports entre le Corps médical et les Caisses d'assurances sociales, ce qui donnait à ces rapports leur caractère corporatif, c'était la *Convention collective.* Certes la conclusion de telles Conventions restait facultative, mais en fait, elles étaient passées dans les mœurs, et leur généralité était presqu'absolue. Elles étaient « *corporatives* » disons-nous, en ce sens qu'elles ne s'appliquaient point aux seuls syndiqués, mais s'étendaient au contraire à tout médecin donnant des soins aux assurés sociaux et signant les imprimés des Caisses (art. 10 du R. A. P. du 11 juillet 1939). Telles quelles, on pouvait cependant leur reprocher deux graves lacunes : elles laissaient de côté les soins donnés en *dispensaires* publics ou privés, et la question de l'*hospitalisation.* Dans ces deux domaines, les rapports entre Caisses et organismes de soins restaient individuels ; deux larges portes restaient donc ouvertes à la concurrence déloyale et aux abus de pouvoir des Caisses.

L'Ordre, obligatoire et général, comble d'un coup ces deux lacunes en soumettant à sa discipline tant les médecins des dispensaires que les médecins d'hôpitaux. On peut ainsi soutenir qu'il se suffit à lui-même puisqu'il réglemente et contrôle toutes les formes de l'exercice de la médecine, la règle corporative remplaçant purement et simplement l'ancienne règle professionnelle en matière d'Assurances sociales.

Mais nous ne pensons pas qu'une telle conception soit heureuse. Elle prépare en effet des conflits entre l'Ordre des médecins et les Assurances sociales, dont les points de vue ne sont naturellement point les mêmes. Au lieu que chacun réglemente séparément, il faut, à notre avis, continuer la collaboration entreprise par les Syndicats, et cette collaboration s'exprime au premier chef dans les Conventions collectives, dont — par bonheur — l'Ordre peut accroître la force et auxquels il peut donner la généralité qui leur manque.

Ne serait-il pas préférable pour l'Ordre de reprendre les instruments de collaboration que la loi sur les Assurances sociales lui offre, c'est-à-dire *pour les Conseils départementaux de renouer convention avec les Caisses locales* ?

On peut même soutenir que *ces Conventions,* en dehors de toute acceptation formelle de la part des Conseils de l'Ordre, *lient d'ores et déjà les Ordres départementaux.* Lesdites Conventions n'avaient point été conclues en effet par les Syndicats médicaux à leur profit exclusif, mais en tant que représentants, selon les lois de l'époque, de la profession médicale de leur région, être collectif, dont ils étaient l'expression juridique. Il en allait tellement ainsi que tous les médecins, même non syndiqués étaient assujettis à la règle conventionnelle. La représentation de la profession médicale a changé de structure juridique le 7 octobre 1940 — mais l'être collectif que constitue la profession subsiste ; il continue, et ses nouvelles personnifications, continuent à être liées par les traités antérieurs.

Tout dans la loi du 7 octobre confirme dans cette idée de succession pure et simple : l'Ordre n'est point seulement organe disciplinaire, il est aussi représentant de la profession, défenseur de ses intérêts. Il n'est point jusqu'à la dévolution automatique des biens des anciens Syndicats qui ne nous fasse penser à cet héritage, *droits et obligations comprises.*

Nous savons toutefois qu'en notre matière les règles juridiques sont trop peu positives pour que notre solution soit certaine. S'il y a doute, il vaut mieux le lever. Si cela va sans dire, les choses iraient mieux encore en le disant. Pour cela, que les lois sur les Assurances sociales *fassent*

mention de l'Ordre partout où elles invoquent les Syndicats, que l'*Ordre reconnaisse les Conventions collectives* et nous fixe sur sa politique à ce sujet.

Rappelons que le décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, s'il fait mention à maintes reprises des Syndicats, se borne par ailleurs à parler de « groupements professionnels » ce qui est suffisamment large pour comprendre l'Ordre des médecins. Il en est ainsi notamment de l'art. 8, § 4 relatif aux *Commissions tripartites* (médecins, Caisses, Administration) dont on connaît le rôle important d'homologation, de conciliation et d'arbitrage pour tout ce qui concerne les rapports Corps médical. Caisses. Ces Commissions statuent d'ailleurs sous réserve d'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales et de recours devant le Conseil d'Etat, qui apparaît toujours comme l'arbitre suprême. Il y aurait donc lieu que les Conseils départementaux désignent ou confirment leurs représentants régionaux par entente entre eux. Il est à espérer que lors de la régionalisation des Ordres, leur circonscription coïncidera avec les régions des Assurances sociales.

Souhaitons enfin que les Ordres départementaux reprennent la question des *tarifs médicaux minima* dont l'art. 6, § 5 de la loi fait la base obligatoire des tarifs de responsabilité des Caisses. Il importerait que le Conseil supérieur de l'Ordre fasse connaître sa position à l'égard de l'accord intervenu en février 1938 entre la Confédération des Syndicats et le Comité général d'entente de la Mutualité et des Unions de Caisses, accord aux termes duquel le Corps médical s'engageait à stabiliser ses tarifs sous réserve que la hausse du coût de la vie ne dépasse pas 20 % et était invité à faire bénéficier en principe les assurés sociaux du tarif minimum. Rappelons, en effet, que cet accord est expressément visé par la décision du Conseil supérieur des Assurances sociales du 5 juillet 1938 comme condition au relèvement des tarifs de responsabilité des Caisses et à la réduction au seul ticket modérateur de 20 % de la participation des assurés aux dépenses de maladie.

Le contrôle technique

L'art. 8 du décret-loi sur les Assurances sociales confie en principe aux Caisses « le contrôle général de l'ensemble des services ». Dans le cas où existe une Convention avec la Caisse, les *Syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes* la façon dont les services techniques sont assurés. Notons au passage une raison de plus de spécifier la continuité des Conventions, car en leur absence, les médecins tomberaient du même coup sous le contrôle des Caisses !

Ce contrôle « qui a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel » était confié aux Conseils de famille syndicaux de chaque département, avec appel devant un Conseil national et enfin devant une *Commission supérieure de contrôle à caractère paritaire*, dont l'existence n'a évidemment point été touchée par la dissolution des Syndicats. La décision de cette Commission est susceptible d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

Il est formellement spécifié par l'art. 16 du R. A. P. que l'exercice du contrôle technique constituait pour les organismes professionnels une véritable *obligation*, découlant des Conventions ; en cas de refus de leur part, la Convention est rompue et la Commission supérieure statue en premier et dernier ressort.

Actuellement, dans l'hypothèse où les Conventions sont considérées comme caduques, les médecins soignant les assurés sociaux relèveraient donc au point de vue disciplinaire d'une juridiction où l'élément médical serait en minorité, et non de l'Ordre des médecins, ou plutôt l'Ordre statuerait concurremment avec cette Commission. Si, au contraire, les Conventions sont « reprises » par l'Ordre, les Conseils de l'Ordre départementaux et le Conseil supérieur se substituent aux anciennes juridictions syndicales, sous le contrôle de cette Commission supérieure et du Conseil d'Etat (4 degrés de juridiction). Encore y aurait-il doute sur le champ d'application des sanctions de l'Ordre : seraient-elles restreintes au seul domaine des Assurances sociales, ou au contraire s'étendraient-elles à toute la profession ? Légalement elles couvriraient ces deux domaines à la fois, mais la Commission supérieure ne jouerait son rôle de surappel qu'au point de vue Assurances sociales.

***

Il n'est point besoin d'insister : nous sommes en face d'un véritable imbroglio juridique, contenant en germe des possibilités de décisions contradictoires et de conflits. Nous répèterons ce que nous avons déjà écrit plus haut : *il faut que la loi des Assurances sociales confie purement et simplement à l'Ordre le contrôle disciplinaire des médecins dans le cadre de la loi du 7 octobre*, précisée et réformée au point de vue procédure. Ainsi nous réaliserons dans ce domaine, comme dans les deux autres, cette *indispensable unité de juridiction, donc de discipline et de déontologie.* La médecine sociale française a toujours tendu à assimiler le malade « économiquement faible » au malade payant. La réforme que nous réclamons sera un pas de plus dans cette voie. Elle suppose pour être complète la même unité dans la médecine de contrôle. Mais c'est là un point sur lequel nous reviendrons.

Jean Mignon.

Chronique automobile



TRANSFORMATION DU MOTEUR POUR LA MARCHE A L'ALCOOL

Par Henri Petit,

Ancien élève de l'Ecole polytechnique,

Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a songé à utiliser l'alcool dans les moteurs de nos voitures et les premières expériences faites à ce sujet datent de la fin du siècle dernier. Dès que les batteries d'accumulateurs ont fait leur apparition sur les voitures, on a pensé au réchauffage électrique de la tuyauterie ou du carburateur pour mettre en route. Le premier dispositif utilisé comportait une résistance électrique chauffée par le courant de la batterie d'allumage et disposée de telle façon que le mélange d'air et d'alcool du carburateur de départ vînt lécher cette résistance avant d'être envoyé dans les cylindres. Si, pour calculer la quantité de chaleur nécessaire pour assurer la mise en route, on se base sur le débit normal du starter du carburateur à essence, on constate qu'il faudrait disposer d'une puissance d'environ 500 watts. Mais, il est facile de voir que ce raisonnement part de fausses prémisses. Dans un starter à essence en effet où il n'y a pas de réchauffage, on laisse passer au moins dix fois la quantité d'essence qui serait nécessaire pour la carburation si elle était complètement vaporisée. On ne compte en réalité que sur les parties volatiles de l'essence pour former le mélange capable d'assurer le démarrage du moteur.

On peut donc, si l'on veut réchauffer le carburant au départ, ne travailler que sur une quantité de liquide beaucoup plus faible. On constate que, dans ces conditions, une puissance d'une centaine de watts est suffisante pour assurer le réchauffage de l'émulsion de départ d'air et d'alcool.

L'intensité du courant que l'on demandera à une batterie de 12 volts sera donc d'environ 10 ampères (ou 20 ampères pour une batterie de six volts) ; c'est à peu près ce que demandaient autrefois les phares, avant qu'on ait réduit officiellement leur puissance.

Il est commode de disposer la résistance sur une canalisation où ne passe que l'émulsion nécessaire pour le départ.

Mais si l'on dispose dans ses réserves d'une petite quantité d'essence, on pourra, sans dispositif de réchauffage, assurer un démarrage direct. Il suffira pour cela d'installer un petit réservoir contenant un ou deux litres d'essence et d'alimenter avec lui un carburateur starter composé d'une simple cuve à niveau constant et d'un starter. Une canalisation amène l'émulsion fournie jusque dans la tuyauterie d'aspiration.

On alimentera normalement le réservoir auxiliaire avec de l'essence : la quantité consommée pour un démarrage et une mise en régime est de l'ordre de cent centimètres cubes.

On pourra d'ailleurs placer une résistance de réchauffage sur la canalisation qui va du carburateur-starter à la tuyauterie d'admission, ce qui permettra d'alimenter le réservoir auxiliaire avec de l'alcool. Dans ce cas, l'interrupteur qui permet l'arrivée du courant dans la résistance de réchauffage sera connecté avec la tirette du starter de façon à n'obliger le conducteur qu'à une seule manœuvre au moment où il veut effectuer la mise en route.

Pour ne pas obliger de marcher trop longtemps avec le dispositif de départ (essence ou alcool avec réchauffage), on fait arriver la canalisation d'émulsion dans une bride creuse rapportée entre le carburateur et la tuyauterie d'admission. A l'intérieur de cette bride circule une dérivation de l'échappement amenée par un tube d'au moins 15 à 18 millimètres de diamètre intérieur, les gaz d'échappement, après avoir contourné l'intérieur de la bride, s'en allant ensuite à l'extérieur, dans un tube de même diamètre. De cette façon, dès les premières explosions, la bride se trouve réchauffée, ce qui permet de passer immédiatement à l'alcool et de supprimer le réchauffage électrique. Pour amener à la tuyauterie d'aspiration la quantité de chaleur nécessaire pour la marche normale, on utilisera parallèlement deux dispositifs. D'abord, on remplacera la tuyauterie d'aspiration existante par une tuyauterie spéciale qu'on pourra dans certains cas, trouver chez le constructeur. Dans cette tuyauterie établie pour l'alcool, on a prévu un contact important entre les gaz d'échappement et les parois de la tuyauterie d'aspiration : le point

d'élection pour le réchauffage optimum, c'est le T de la tuyauterie d'aspiration, là où le tube vertical venant du carburateur vient rencontrer le tube horizontal qui distribue le mélange aux cylindres

En réchauffant ce point, les gouttelettes d'alcool qui sortent du carburateur à l'état liquide viennent frapper une paroi chaude et se vaporiseront plus ou moins complètement.

En même temps, on installera une prise d'air chaud sur le carburateur. A cet effet, on remplace la coupole qui protège l'entrée de celui-ci par une bride coudée spéciale que l'on trouve chez les fabricants de carburateurs et qui permettra d'emmancher un tuyau souple débouchant d'autre part dans une boîte en tôle disposée autour de la tuyauterie d'échappement. De cette façon, l'air admis dans le carburateur est déjà porté à une certaine température et apporte par suite ses calories à l'alcool qu'il contribue à vaporiser.

On ne peut guère espérer vaporiser complètement l'alcool avant son arrivée aux cylindres : il est presque certain que les plus grosses gouttelettes sont encore à l'état liquide quand elles passent sous les soupapes. Il est donc bon d'augmenter assez fortement la température de l'eau de refroidissement. On y arrivera aisément en masquant plus ou moins complètement le radiateur.

Dans les voitures où le ventilateur est commandé *seul* par une courroie, on aura toujours intérêt à le supprimer, mais cela n'est généralement pas possible parce que la courroie du ventilateur passe souvent sur la poulie de commande de la dynamo, ou bien la pompe de circulation d'eau est montée elle même sur l'arbre du ventilateur. Dans certains modèles de voitures, les ailettes du ventilateur sont amovibles, et on peut les enlever de leur moyeu.

Quoi qu'il en soit, on pourra toujours, en masquant plus ou moins le radiateur, empêcher le refroidissement excessif de l'eau. Mais, dans ces conditions, on courra le risque de voir l'eau portée à l'ébullition. Aussi, est-il indispensable, quand on masque le radiateur, de placer un thermomètre à distance à la sortie de la circulation d'eau du moteur et de surveiller ce thermomètre pour ne jamais dépasser la température de 90 ou au maximum 95 degrés à la sortie du moteur.

Quand la voiture est appelée à fonctionner dans des conditions très différentes au cours d'un même voyage, (par exemple circulation sur route et en ville, en montagne et en plaine), le meilleur moyen de masquer le radiateur consiste à disposer au devant de lui un store en tissu imperméable qu'un ressort oblige à s'enrouler sur un rouleau horizontal placé entre les longerons du châssis. Au moyen d'une ficelle passant sur une poulie de renvoi, le conducteur pourra, de son siège, relever plus ou moins le store, suivant les indications du thermomètre et graduer par conséquent très exactement l'action du radiateur.

On constate en général, quand l'installation est bien faite, que le fonctionnement à l'alcool devient très satisfaisant quand la température de l'eau atteint 75 degrés à la sortie du moteur.

Certains transformateurs préconisent un autre système pour arriver très rapidement à la température de régime. Indiquons-le ici, tout en faisant quelques réserves, non pas sur son efficacité, qui est certaine, mais sur certains inconvénients qu'il peut présenter.

On modifie légèrement le radiateur en prolongeant à l'intérieur et jusqu'en haut de celui-ci, la tubulure d'arrivée d'eau, de telle sorte qu'on peut remplir à peu près complètement le radiateur tout en laissant l'orifice supérieur de cette tubulure au-dessus de la surface de l'eau. On renforce légèrement le ressort de la soupape qui est disposée sur le tuyau de trop plein.

On complète le dispositif s'il y a lieu par la suppression de la pompe de circulation d'eau, si le moteur en possède une. Il suffira pour cela, de démonter la pompe, d'enlever les ailettes et de la remettre en place.

On conçoit que, dans ces conditions, la circulation d'eau ne se fait plus. Quand le moteur commence à fonctionner, la seule masse d'eau intéressée par les échanges de chaleur est celle qui entoure les cylindres et elle ne se renouvelle pas. Elle se trouve donc très rapidement portée à l'ébullition. La vapeur d'eau s'échappe, va dans le haut du radiateur où elle se condense ; l'eau évaporée est remplacée en vertu du principe des vases communicants par de l'eau plus froide venant du radiateur.

Nos avons expérimenté ce système sur une voiture Renault, transformée par M. Farkas et avons constaté son parfait fonctionnement. Toutefois, il convient, nous semble-t-il, au moins pendant les premiers temps qui suivent l'installation, de veiller à ce que le niveau de l'eau ne baisse pas dans le radiateur. Celui-ci se trouve en effet transformé en condenseur et il pourrait se faire que la pression de vapeur augmentant en haut du radiateur provoquât des fuites.

Ce dispositif a le grand mérite d'abréger très fortement la durée de la période de mise en régime qui se trouve réduite ainsi à quelques minutes.

Consommation

Dans un précédent article, nous avons attiré l'attention de nos lecteurs sur le fait que pratiquement un moteur à explosion consommait à peu près toujours la même quantité de chaleur pour effectuer le même travail.

Comme le litre d'alcool produit, dans sa combustion, moins de calories que le litre d'essence, on consommera donc davantage d'alcool que d'essence.

Avec l'alcool à 90°, il faut compter largement un litre et demi d'alcool pour un litre d'essence.

Avec de l'alcool déshydraté, on arrive à un rapport meilleur, surtout si l'on consent à diminuer la performance de la voiture. Dans ces conditions, on peut presque obtenir l'égalité de consommation (en sacrifiant bien entendu la vitesse maximum).

Allumage

La combustion de l'alcool est moins rapide que celle de l'essence. Il convient par suite d'augmenter assez fortement l'avance à l'allumage. Observer cependant une certaine mesure dans cette modification, car un moteur alimenté à l'alcool ne cliquette généralement pas, même s'il a trop d'avance. On ne peut constater que l'avance est excessive que parce que le moteur voit sa puissance diminuer.

L'avance à l'allumage devra toujours comporter un correcteur à main, car la mise en route à l'essence est impossible avec l'avance qui convient pour la marche à l'alcool.

Ralenti

Le réglage du ralenti du carburateur devra faire l'objet de soins assez attentifs afin d'éviter des calages intempestifs du moteur, on règlera le ralenti sensiblement plus rapide à l'alcool qu'avec l'essence.

Avec une quatre cylindres par exemple, on pourra considérer que le ralenti est satisfaisant à l'alcool à 600 tours minute.

Superhuilage et corrosion

Quand l'alcool brûle incomplètement dans le moteur, ce qui est toujours le cas avant que la température de régime soit atteinte, ou bien si le moteur est insuffisamment réchauffé, il se forme des corps qui peuvent attaquer les organes de la chambre de combustion : aldéhydes, acide acétique, etc...

Ces éléments indésirables sont surtout à craindre quand l'alcool est très hydraté. Il y a donc un grand intérêt, du point de vue corrosion, à diminuer autant que faire se pourra, la période de mise en régime et par conséquent à soigner le réchauffage. Afin de protéger les parois du cylindre, les segments et les sièges des soupapes, il sera bon de prévoir un dispositif de superhuilage.

Avec l'essence, il est facile de le réaliser en ajoutant un peu d'huile au carburant. Avec l'alcool, c'est malheureusement impossible, l'*huile n'étant pas soluble dans l'alcool.* Seule, l'huile de ricin peut être utilisée.

Elle présente d'ailleurs certains inconvénients parce qu'elle produit, à froid, un gommage des segments assez gênant au moment de la mise en route et d'ailleurs, il est très difficile d'en trouver actuellement.

On trouve couramment maintenant dans le commerce des dispositifs de superhuilage qui comportent un petit réservoir que l'on remplit d'huile et qui amènent celle-ci dans la tuyauterie d'aspiration au moyen d'une tubulure appropriée.

On peut aussi (et cela suffit en général surtout pour la marche sur route), faire déboucher dans la prise d'air du carburateur un tuyau qui prend son origine dans l'intérieur du carter des soupapes, ce qu'il est facile de faire pour tous les moteurs à soupapes en dessus. Il y a, en effet, en cours de fonctionnement, un véritable brouillard d'huile dans le carter des soupapes et les particules de lubrifiant qu'on peut ainsi amener dans les cylindres du moteur jouent le rôle qu'on attend d'elles.

Augmentation de compression

Avant de terminer, disons que l'on peut améliorer très sensiblement la consommation et la puissance du moteur à alcool en augmentant son taux de compression. L'alcool étant pratiquement indétonant, on peut adopter un taux de compression de 8 ou 9. Le meilleur moyen d'y arriver est de remplacer les pistons existants par des pistons plus hauts. On peut aussi raboter la culasse dans son plan de joint. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet de l'augmentation de compression et des moyens propres à y parvenir dans un prochain article.

Signalons en terminant que certains constructeurs ont prévu, pour la transformation de leurs moteurs à gaz pauvre, des culasses à petites chambres de compression qui conviennent parfaitement pour la marche à l'alcool.

Mais si l'on effectue cette transformation, on ne pourra plus marcher à l'essence, sauf évidemment pour la mise en route à vide. Et cela peut être gênant pour ceux qui disposent encore d'un peu de carburant dérivé du pétrole.

LE FROMAGE BLANC DE LAIT ÉCRÉMÉ

Ce fromage « maigre » est un des maigres éléments de nos maigres ressources alimentaires. Comme nous n'avons plus le moyen de rien dédaigner force nous est d'en tirer parti et de faire contre mauvaise gourmandise bon cœur.

Mais la gourmandise est, en notre rude époque, une mauvaise conseillère que mieux vaut ne plus consulter. Nous mangeons pour vivre et par nécessité, non plus pour le plaisir. La seule question qui se pose, à propos d'un mets, c'est de savoir s'il apporte quelque chose de réel à notre métabolisme ou s'il n'est, comme la saccharine, qu'un fallacieux ersatz avec lequel nous tâchons de nous faire illusion. On pourrait croire que le fromage de lait écrémé est de ceux-ci ; il évoque de façon trop précise, lorsqu'on le mâche, le chewing-gum.

Le Docteur-vétérinaire Houdinière (1), vétérinaire sanitaire de la Ville de Paris, donne sur ce point d'intéressantes et rassurantes précisions :

Voici en quoi consiste la fabrication du fromage de lait écrémé :

Le lait est abandonné à lui-même dans un endroit suffisamment frais (12°) pour que la crème ait le temps de monter avant la coagulation spontanée du liquide.

On enlève alors cette crème à l'aide d'une louche, puis on attend que la coagulation du lait restant se produise. Parfois, on provoque cette dernière par l'addition de présure.

Le caillé obtenu est réparti à l'écumoire dans des moules (caserons) en osier, en terre ou en fer, de formes variables et percés de trous sur les fonds et les parois.

L'égouttage se produit. On peut l'accélérer en surmontant la caillebotte d'une planchette et d'un poids plus ou moins lourd. Les moules sont placés sur une table inclinée d'où s'écoule le sérum. Pour faciliter l'égouttage, il suffit que la température du local ne descende pas au-dessous de 18°.

Le fromage ainsi obtenu est mangé frais après avoir été saupoudré de sel ou de poivre ; c'est lui que l'on désigne sous les noms de fromage « mou » ou « à la pie ».

Quelquefois, dans les campagnes, on verse à sa surface de la crème douce.

Cent kilogrammes de lait ainsi écrémé fournissent 10 kilogs de caillé pressé.

A la vérité, le fromage maigre de nos fermes n'est pas si maigre qu'on pourrait le penser, puisque l'écrémage à la louche laisse dans le lait une quantité encore appréciable de matière grasse (10 à 15 grammes par litre).

(1) *L'Hygiène sociale*, mars 1941.

Il n'en est plus de même du fromage fabriqué par l'industrie laitière qui pratique l'écrémage centrifuge. En effet, il ne reste dans le lait, après cette opération, que 1, 2 ou 3 grammes de matière grasse.

Les laits utilisés dans la préparation du fromage blanc d'origine industrielle sont ceux qui proviennent des « reprises », c'est-à-dire les laits invendus dans le commerce de détail encore appelés « excédents ».

Les principes de la fabrication de ce fromage sont les mêmes que les précédents, mais l'ensemble des opérations est effectué beaucoup plus rapidement. Ceci tient à l'utilisation des écrémeuses automatiques et à l'emploi de la présure pour coaguler le lait.

Il ne pourrait d'ailleurs en être autrement, étant donné, surtout, l'altération rapide dont les laits « invendus » peuvent être l'objet : leur coagulation se produirait spontanément si l'on opérait plus lentement.

A la surface des fromages ainsi fabriqués, la ménagère répand souvent de la crème dite « fraîche » qu'elle se procure dans le commerce.

Ce ne sont pas, actuellement des laits invendus qui servent à sa préparation. En effet, dans les heures que nous traversons, il n'y a pas ou peu d'invendus chez le commerçant.

On utilise seulement les laits dont l'acidité (facteur de coagulation) ne permet pas leur livraison chez le petit commerçant.

Si, pour imager la qualité du fromage, on peut traiter de « grassouillet » le fromage de nos fermes et de « maigre » celui de notre industrie d'antan, il faut qualifier de « cachectique » le fromage d'aujourd'hui.

En effet, les besoins du pays en matières grasses obligent nos industriels à pratiquer un écrémage presque total.

Le lait écrémé a une valeur nutritive incontestable. Sa richesse en matières protéiques constitue un apport important de matières azotées digestibles dans l'alimentation. Le lactose qu'il contient peut suppléer, jusqu'à un certain point, au manque d'hydrates de carbone et notamment de saccharose, dont nous souffrons. Enfin, sa teneur en cendres est un appoint de matières minérales utile aux adolescents.

La composition du fromage blanc, étudié ici, se rapproche de celle du lait écrémé avec lequel il est fabriqué. Néanmoins, elle en diffère du fait :

1° de l'élimination d'une partie des composants du lait écrémé avec le sérum d'égouttage ;

2° de la concentration sous un faible volume

d'éléments autrefois en suspension ou en solution.

	Lait	Lait écrémé	Fromage blanc
Calcium..	1,2	1,3	0,8
Magnésium.	0,1	0,2	0,4
Phosphore .	0,7	0,6	1,5

Le fromage blanc de lait écrémé est un produit surtout riche en matières azotées.

Celles-ci sont surtout constituées par de la caséine : en effet, la lactoglobuline du lait suit les globules gras lors de l'écrémage centrifuge, tandis que la lactalbumine, élément soluble, est en partie éliminée avec le sérum.

Rappelons que la caséine est un produit dont l'hydrolyse fournit de nombreux acides aminés, en particulier de la lysine, du tryptophane et de l'arginine dont l'organisme est incapable de faire la synthèse.

D'autre part, la caséine, étant une phosphoprotéine, précipite sous forme de phosphocaséinate de chaux, complexe dans lequel le phosphate calcique et magnésien est étroitement lié au caséinate de chaux.

C'est pourquoi le fromage blanc contient en quantités appréciables du calcium, du magnésium et du phosphore dont on n'ignore pas le rôle dans la nutrition.

La connaissance de cette richesse en matières azotées minéralisées doit permettre une utilisation rationnelle du fromage blanc de lait écrémé dans l'établissement des rations alimentaires si difficiles à équilibrer en ce moment.

G. L.

LE SALON DES INDÉPENDANTS

Le Salon des Indépendants s'est ouvert au musée des Beaux-Arts de la ville de Paris, avenue de Tokio, dans ces salles d'une disposition bizarre, aux multiples escaliers, à l'éclairage incohérent.

Parcourons les 19 salles de ce salon. Nous y remarquons la fête au village d'*A. Jouclard,* si pleine de gaîté, les naïves et puériles fantaisies de *Madeleine Luka,* les quais d'*E. de le Villeon* et les paysages aquatiques si charmants de *Sœvagen* (1). Dans la salle 2 nous nous arrêtons avec plaisir devant les rues de *Quelvec* et de *Callevaert.* Plus loin nous admirons la facture des toiles de *Ladureau,* la moisson et le paysage embrumé de brouillard, le poétique ruisseau en automne d'*Igonnet de Villers* et les Voies parisiennes de *Delatousche* (3). Le clou de cette salle 3 est sans contredit le portrait si vivant de Maximilien Lucé par *Le Breton.* Amusant aussi l'essayage de vêtements d'enfants du même artiste.

Parturier nous plaît avec sa vue d'Eygalières (4). Les aspects du Carroussel par temps de neige d'*André* sont d'une heureuse exécution (7).

Notons en passant les nus délicats de *Grand Carteret* (6) et celui de *Tanaka* (6). Les portraits de *L. Lavrut* sont toujours agréables à contempler. On revoit avec plaisir le Sacré-Cœur sous l'habile pinceau de *Charpides* (8). Bon portrait de femme de *Monniez* (8).

Les tartanes et les côtes provençales d'*Emiot* sont d'un puissant coloris.

Les chiens si vivants de *Nilo* sont d'une parfaite réalité et nous voyons avec satisfaction cette vue de ferme en Vaucluse de *Venevelles* (9-10).

L'intérieur d'Eglise de *Léopold Pascal* est d'une tonalité agréable (11) et le mannequin au manteau bleu de *Kieffer* est d'une facture séduisante. De très grandes qualités se montrent dans le portrait de la princesse de Colorodo de *Van Caulaert.*

La gitane de *Valade* (13) attire nos regards et très justement. Il en est de même des toiles de *Prodhom,* coin de jardin et entrée du village à Saint-Maurice Thyzouilles et c'est également un plaisir de voir les toiles de la campagne d'Auvergne de *Louis Aubert* (13).

Robert Van a su donner à son marché de Concarneau une note très pittoresque.

Un portrait de profil d'*Albert Carreau* nous donne l'impression d'un ami connu (14).

Ameglio (15) nous présente le portail d'une de nos grandes cathédrales digne de tous les éloges.

La salle 17 est surtout réservée aux tendances plus ou moins heureuses d'artistes cherchant une voie nouvelle.

Il y a des choses intéressantes, mais souvent difficiles à comprendre. Signalons la Roseraie de *Margotin* (17).

Dans la salle 18 notre attention est retenue par les tableaux de *Delormoz,* la côte bretonne près de Loctudy et la maison des pêcheurs près du Lavandou, par les tigres si impressionnants de *Jeanne Simon,* cette vue pittoresque de la rue Norvins à Montmartre et cet aspect si réaliste du marché aux puces à Saint-Ouen de G. *Vie.*

La salle 19 est surtout consacrée aux gravures, aquarelles. Nous y trouvons d'excellentes choses de *Reculon, Bollaert, Pon, Amblard* et de bien d'autres.

Dr M. Vimont.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

Les médecins prisonniers employés dans les hôpitaux doivent-ils payer des frais de pension ?

Nous publions ci-dessous le texte d'une lettre que le « Sou médical » *vient de recevoir de Monsieur l'ambassadeur Scapini, en réponse à la question posée plus haut.*

Les indications qui y sont contenues ne manqueront pas d'intéresser nos confrères officiers prisonniers et leur famille, pour qui nous sommes heureux d'avoir obtenu ce léger avantage.

N. D. L. R.

SERVICES DIPLOMATIQUES
DES PRISONNIERS DE GUERRE

Paris, le 16 avril 1941,

Monsieur Georges Scapini,
ambassadeur de France,
à Monsieur le Directeur du
« Sou médical »,

Monsieur le Directeur,

Par lettre en date du 4 mars, vous avez appelé mon attention sur le cas des médecins prisonniers à l'hôpital de X. qui viennent d'être invités à rembourser à l'avenir le prix de leur pension à l'autorité militaire allemande.

J'ai l'honneur de vous faire savoir que, conformément aux accords intervenus entre le gouvernement allemand et le gouvernement français, il a été decidé que le prix de la nourriture ne serait pas défalqué de la solde allouée aux officiers prisonniers.

Dans ces conditions, je n'ai pas manqué de faire une démarche auprès des autorités allemandes pour leur demander de continuer à assurer gratuitement la nourriture des médecins français de l'hôpital de X..

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

LA JOURNÉE DES MÈRES

Le 20 avril 1926, sur le vœu du Conseil supérieur de la Natalité, fut instituée par les Pouvoirs publics et célébrée pour la première fois la Fête des Mères.

Elle s'est continuée depuis, suscitant, en de nombreuses villes ou communes rurales, l'émulation des autorités civiles et religieuses, de la magistrature, du Barreau, du Corps enseignant. C'était une fête de piété familiale et de foi en la vie en l'honneur de laquelle se confondaient tous les particularismes d'intérêts ou d'idées.

Cette année, c'est le dimanche 25 mai qui sera consacré à la glorification de la Mère Française et plus que jamais chacun se doit de lui apporter sa participation.

Il ne s'agit pas, en cette douloureuse année 1941, d'une fête ; les cœurs n'y seraient pas. Les mères elles-mêmes ont trop à souffrir de ce temps impitoyable aux enfants, les petits et les grands, pour que des réjouissances leur soient offertes.

Mais il s'agit d'affirmer en notre pays meurtri le culte de la famille, facteur de solidité sociale et morale. Il s'agit surtout de rappeler que les naissances futures signifieront la grande Renaissance, que c'est dans ses berceaux qu'un peuple humilié retrouve ses traditions et sa dignité.

Les médecins français ne peuvent rester à l'écart d'une telle manifestation, premier rayon qui troue la brume de ces jours opaques.

Chacun se doit d'y participer activement et de faire que la médecine française soit présente dès lors qu'il est question de la vie Française. G. L.

La répartition du coton hydrophile

De nombreux lecteurs se plaignent à nous des difficultés qu'ils rencontrent pour se ravitailler en coton hydrophile.

De source très autorisée, nous apprenons que le Comité d'organisation de l'Industrie et du Commerce des produits pharmaceutiques a été chargé officiellement de la répartition des stocks de coton actuellement disponibles.

Ces stocks étant toutefois très restreints, il est recommandé d'apporter dans l'emploi du coton et des objets de pansement l'esprit d'économie le plus rigoureux.

Le ravitaillement va s'opérer dorénavant de la manière suivante :

1° *Cabinets médicaux.* — Les médecins devront s'adresser à leurs pharmaciens habituels qui seront désormais seuls habilités à vendre du coton hydrophile. La répartition des stocks aux pharmaciens-détaillants est actuellement en cours.

2° *Maisons de santé et cliniques.* — Ces établissements doivent s'adresser au Secrétaire général du Syndicat des maisons de santé : le Dr Desgranges, 18, rue du Belvédère, à Boulogne-sur-Seine.

Rationnement alimentaire

Personnes classées dans la catégorie T.

Personnes bénéficiant de suppléments.

1° *Catégorie « T ».*

L'arrêté du 11 décembre 1940 du Secrétaire d'Etat au ravitaillement, a définitivement établi la liste des consommateurs qui doivent être classés dans la catégorie T.

Ce sont tout d'abord :

— Les ménagères restant au foyer et ayant à leur charge au moins 3 enfants âgés de moins de 12 ans ;

— Les femmes enceintes, pendant les six derniers mois de la grossesse constatée par un certificat médical ;

— Les mères ou nourrices allaitant au sein un enfant (situation attestée par un certificat médical).

— Les mutilés ou infirmes (civils, militaires, du travail...) privés de l'usage d'un membre ou d'une

fonction essentielle entraînant une notable diminution de la capacité de travail, et notamment les aveugles ;

— Les civils et militaires atteints de tuberculose pulmonaire ou de toute autre maladie exigeant une suralimentation (état attesté par un certificat médical) ;

— Les prisonniers de guerre ou assimilés, pendant les six mois suivant leur libération ;

— Les donneurs de sang professionnels ;

— Les infirmiers et brancardiers des hôpitaux, maisons de santé et de retraite, crèches ;

— Les laveuses travaillant à la journée ;

— Les bonnes à tout faire servant en qualité de *domestique unique* au moins trois personnes ;

— Les serveurs, cuisiniers, plongeurs et cavistes, employés au service des hôtels, restaurants, cafés, cantines et établissements similaires ;

— Les jeunes gens sans emplois, affectés aux équipes de travil créées par le Secrétariat général de la Jeunesse ;

— Les élèves des écoles industrielles ou agricoles effectuant des travaux ci-dessous spécifiés ;

— Les marchands ambulants et forains ;

— Les maîtres de gymnastique et d'escrime ;

Cette liste étant limitative, il résulte que les médecins ne sont pas admis jusqu'à présent à bénéficier de la carte T. Il est à souhaiter que le Conseil supérieur de l'Ordre puisse obtenir des Pouvoirs publics que cette omission soit réparée, surtout à l'époque où bon nombre de praticiens, privés de l'usage de leur voiture, sont obligés de faire leurs visites soit à pied, soit à bicyclette.

Sont de même classés dans la catégorie T les artisans, ouvriers, employés ou fonctionnaires effectuant d'une façon constante et habituelle, des travaux de fabrication, de réparation, de manutention ou d'entretien, nécessitant une grande dépense de force musculaire, et appartenant aux différentes spécialités énumérées par l'arrêté du 9 décembre 1940, des industries ci-dessous :

— Industrie extractive, industrie de l'alimentation, industries chimiques, industries du papier et de l'imprimerie, industries du travail du textile et du travail des étoffes, industries des cuirs et peaux, industrie du bois, métallurgie et travail des métaux, travail de pierres et terres à feu, forêts, manutention et transports.

2º *Les suppléments* :

Peuvent obtenir une augmentation de la ration alimentaire les femmes enceintes, les femmes allaitant, ainsi que certains malades.

Les femmes enceintes, aux termes de la circulaire ministérielle du 19 février 1941 ont droit, sur présentation à la mairie de leur domicile d'un certificat médical, à :

— Un demi-litre de lait entier, dès constatation de leur état ;

— La carte T à partir du quatrième mois de leur grossesse ;

— L'attribution des suppléments alimentaires suivants à partir du septième mois :

Viande	180	grammes par semaine
Matières grasses ...	50	grammes par semaine
Fromage...........	25	grammes par semaine
Sucre	500	grammes par mois
Pâtes	250	grammes par mois

Les femmes allaitant ont droit : d'une part à la carte T et d'autre part à un demi-litre de lait entier. Celles qui allaitent mixte reçoivent un litre 1/4 de lait entier par jour, soit 1/2 litre pour elles et 3/4 pour l'enfant.

Quant aux malades, il faut, aux termes de la circulaire ministérielle du 21 décembre 1940, considérer plusieurs cas :

— Les tuberculeux présentant des lésions indiscutables et en activité, les tuberculeux osseux, les personnes présentant un état d'anémie grave, ainsi que les convalescents de maladies graves ou d'interventions chirurgicales sérieuses.

Cette catégorie de malades peut obtenir, sur présentation d'un certificat médical, les suppléments alimentaires suivants :

— Viande, 90 grammes tous les deux jours ;
— Matières grasses, 15 grammes par jour.
— Les malades dont l'état nécessite une modification qualitative de la ration, peuvent obtenir le bénéfice de l'un des quatre régimes suivants : lacté, lacto-végétarien, restriction hydro-carbonée ou restriction carnée, à l'exclusion de tous autres suppléments.
— Enfin, les malades ne rentrant pas dans l'une ou l'autre de ces catégories ne peuvent obtenir aucun supplément ou modification alimentaire.

B. M.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médecins de dispensaires publics

Loi du 3 avril 1941

fixant la limite d'âge des médecins et chefs administratifs des dispensaires et des services médicaux de caractère public.

Art. 1er. — Les médecins et chefs administratifs visés à l'art. 5 de la loi du 15 octobre 1940 ne pourront être maintenus en fonctions au-delà de l'âge de soixante-cinq ans.

(*J. O.*, 23 avril 1941).

Pour mémoire :

Loi du 15 octobre 1940

Art. 5. — Les nominations et révocations des médecins et des chefs administratifs des dispensaires, consultations et services de même nature, de caractère public qui concourent à la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le cancer, et toute autre maladie sociale, ne peuvent intervenir que sur la proposition du Directeur régional à la Santé.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.903. — Faut-il toujours envoyer la carte-lettre recommandée ?

La carte-lettre recommandée adressée au patron, pour les accidents du travail, est-elle toujours obligatoire, ou n'est-elle pas tombée en désuétude ?

Il m'a semblé que les Compagnies n'étaient pas au courant des cartes recommandées que j'ai envoyées avant le 10 mai.

C'est une sujétion dont j'aimerais être affranchi.

J'attends votre réponse avant de recommencer cet envoi fastidieux.

Dr M.

Réponse

Avant de répondre à votre lettre, nous avons voulu savoir, à la source même, ce qu'étaient devenues les prescriptions de l'art. 4 de la loi du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail, qui obligeaient les praticiens à envoyer dans les quarante-huit heures à l'employeur une carte-lettre à recommander d'office, mentionnant le constat sommaire de l'accident, le nom et l'adresse de l'accidenté.

La Confédération générale des Syndicats médicaux français avait à l'époque fait une démarche auprès du ministère du travail, pour demander à ce que soient modifiées ces dispositions qui obligeaient les médecins à se rendre perpétuellement aux guichets des bureaux de poste pour faire recommander ladite carte.

Le ministère du Travail, reconnaissant le bien fondé de cette critique, avait envoyé une Circulaire aux différentes Compagnies d'assurance-accidents du travail, leur demandant de suspendre momentanément l'application de ces dispositions, et ce jusqu'à ce que de nouvelles mesures soient édictées.

Or, depuis cette époque, rien n'a été fait. La question reste au même point qu'en février 1939. Le médecin qui n'envoie pas la carte-lettre n'encourt donc pas de déchéance vis-à-vis de la Compagnie d'assurances.

2.182. — Accidents du travail dus aux hostilités

J'ai eu plusieurs accidentés par armes de guerre, à l'occasion du travail, et les Assurances ne veulent pas prendre en charge ce risque. Il existe, paraît-il, un organisme spécial pour ces accidentés. A qui faut-il s'adresser ? Dr C.

Réponse

Les risques d'accidents du travail dus aux hostilités sont couverts, non pas par les Compagnies, mais par un organisme spécial géré par le Fonds de solidarité, et dépendant du ministère du Travail, à Paris, place Fontenoy.

C'est cet organisme qui paie directement les frais médicaux et pharmaceutiques aux médecins traitants, à condition toutefois que les accidents aient été déclarés par le patron dans les huit jours de sa date de l'accident.

Il faut donc vous adresser au Fonds de solidarité, en spécifiant qu'il s'agit d'un accident du travail dû aux hostilités.

A défaut de paiement, vous conservez votre action directe sur le patron.

2.226. — Sauf en cas d'accident agricole, le médecin n'a de recours que contre le patron

Je m'adresse à vous, comme membre du « Sou médical », en vous priant de m'aider à régler un litige avec une Compagnie d'assurances.

Un patron m'amène son fils, blessé au cours de son travail, chez son père. En fin de traitement, je lui remets ma note d'honoraires, au tarif normal syndical de la clientèle ordinaire. L'assurance m'envoie leur quittance, après avoir ramené le chiffre demandé à celui établi par le tarif de la loi sur les accidents du travail. Je réclame donc la différence à mon client, qui, lui-même, se retourne vers son assurance et celle-ci me répond : 1° qu'elle ne me paiera rien de plus ; 2° que je n'ai pas le droit d'exiger le complément de la somme à mon client, et à l'appui, elle me communique une réponse faite par le Docteur Decourt, dans un cas précédent.

J'estime que cette assimilation n'est pas exacte : que, dans le cas présent, j'ai soigné l'enfant de M. C., travaillant avec son père, et non un salarié. Où ironsnous, si tous les clients aisés s'assuraient ainsi, eux et leur famille ? Comme vous le dites, et l'avez toujours dit, nous devons ignorer l'assurance, et traiter directement avec le client.

Dr A.

Réponse

Le refus de paiement d'une somme supérieure au Tarif ministériel des accidents du travail est légalement justifié.

L'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 1er juillet 1938 dit, en effet, que « le chef d'entreprise est seul tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, taxés, par le Juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du Travail, après avis d'une Commission spéciale ».

Il résulte de ce texte que, d'une part, le médecin ne peut s'adresser à tout autre qu'à l'employeur, par exemple au blessé, pour obtenir le paiement de ses honoraires et que, d'autre part, il ne peut exiger du chef d'entreprise le paiement d'une somme supérieure au tarif ministériel.

Le fait que le blessé est le fils du patron ne change rien à l'application de cette disposition légale impérative, dès lors qu'il y a eu accident du travail régulièrement déclaré et pris en charge par l'employeur ou son assurance, et qu'il ne s'agit pas d'un salarié agricole.

ALLOCATIONS FAMILIALES

2.192. — Exemption du paiement des cotisations aux Caisses de compensation

Ma démobilisation a eu lieu le 5 août 1940, depuis cette date je n'ai pas exercé, car je ne pouvais plus occuper mon ancien poste trop dur pour moi et je n'avais pas obtenu l'autorisation d'exercer à P... où je m'étais retiré.

Je viens d'avoir l'autorisation d'exercer à X. et bien que cette ville soit plus que saturée de médecins, je vais essayer d'y faire quelque chose.

Il est certain que mon chiffre d'affaires va durant cette première année être très réduit. Dans ces conditions, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître si je dois m'affilier à la Caisse d'allocations familiales.

Si mon gain est inférieur à la moitié du salaire moyen du département, j'en suis dispensé, paraît-il. Savez-vous quel est ce salaire moyen pour mon département ? où peut-on le connaître ? — d'ailleurs mon chiffre d'affaires ne sera connu qu'ultérieurement.

Est-ce que le chiffre d'affaires entre seul en compte ou doit-on ajouter les revenus possédés par ailleurs ?

Il est évident que n'ayant pas travaillé depuis plus de six mois, ayant des charges de famille et des revenus très modestes, je suis pour le moment obligé de faire très attention.

Dr C.

Réponse

L'exemption du paiement des cotisations à laquelle vous faites allusion, résulte du décret du 1er novembre 1940.

Est exempté du paiement des cotisations de compensation tout médecin dont le revenu total, c'est-à-dire professionnel et personnel a, pendant l'année précédente, été inférieur à la moitié du salaire moyen départemental applicable au lieu du domicile.

Pour pouvoir en bénéficier, il faudrait donc que votre revenu, pour l'année 1940 (temps de mobilisation compris) ait été inférieur à 5.100 francs, puisque le salaire mensuel urbain de votre département est de 850 francs.

De toute manière, il faut obligatoirement vous affilier et payer les cotisations fixes.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

2.149. — Certificat descriptif au cours du traitement

Comment dois-je considérer la demande de renseignements ci-jointe, qui m'est envoyée par une Compagnie d'assurances contre les accidents du travail ?

A titre gracieux ?

A titre onéreux ?

Dr D.

Réponse

Cette « feuille de renseignements » m'apparaît être un certificat descriptif déguisé, alors qu'il vous est demandé : 1° l'état actuel du blessé ; 2° la cause de prolongation d'incapacité ; 3° savoir si l'intéressé suit régulièrement vos prescriptions ; 4° la date probable de la reprise du travail ; 5° enfin, ce qui est typique en l'espèce « les conséquences de l'accident ».

Dans ces conditions, vous avez à réclamer pour un « certificat descriptif au cours du traitement à la demande de l'employeur ou de son assureur » la somme de 15 francs (art. 36).

Dr F. DECOURT.

2.214. — Soins donnés à un blessé du travail hospitalisé

Je vous serais obligé de me faire connaître les tarifs applicables à l'hôpital, en matière d'accident du travail. On me soumet ici le questionnaire suivant pour le détail de mes honoraires :

Anesthésie générale ;
Visites à 6 fr. ; 9 fr. ; 18 francs.
Certificats : initial, en cours de traitement, final descriptif.

Dr L.

Réponse

Pour les soins donnés à un blessé du travail hospitalisé (voir art. 30), vous avez à compter forfaitairement 6 francs par jour d'hospitalisation, sauf les jours d'intervention où vous comptez à la place le prix de l'intervention tel qu'il est indiqué dans le tarif A. T., donc avec des honoraires pour le médecin anesthésiste s'il y a lieu.

De même pour les certificats fournis, en vous basant sur l'art. 36.

Dr F. DECOURT.

1.993. — Plâtre du genou

Je soigne un blessé du travail qui présente, à la suite d'une piqûre septique du genou, une arthrite infectieuse de cette articulation avec épanchement séro-purulent. Je traite ce blessé par ponctions après avoir immobilisé le genou à l'aide d'un plâtre. Combien dois-je tarifer, dans la note adressée à l'assurance, ce plâtre, qui laisse libre le pied et la ceinture pelvienne ?

Dr G.

Réponse

Vous pourriez demander au maximum 100 francs par analogie avec « réfection plâtre ordinaire (moitié du plâtre primitif) avec maximum de 100 francs » (art. 19), mais en donnant toutes explications à l'assurance sur l'intervention effectuée et la nécessité d'un plâtre.

Dr .F. DECOURT.

2.083. — Tarification de l'infiltration « Leriche »

Ue Compagnie d'assurances me renvoie une note, diminuée en me disant que :

1° En cas d'hospitalisation, la première journée jour de l'intervention, l'indemnité de 6 francs ne m'est pas due ;

2° En cas de plusieurs infiltrations périarticulaires (Leriche) seule la première est due au tarif A. T., (50 francs), les autres ne sont payées qu'au tarif d'une consultation ou simple pansement.

La Compagnie ajoute « voir *Concours médical* ».

Tout cela est-il vrai ? Avez-vous publié quelque chose de semblable ?

Dr R.

Réponse

1° La Compagnie a raison. Le jour où le médecin d'hôpital reçoit un honoraire pour une intervention, pas d'honoraire forfaitaire journalier (art. 30-*b*) (2e alinéa) ;

2° Lors de l'inscription au tarif des infiltrations anesthésiques par la Commission du tarif, nous avons convenu que les prix indiqués pour la méthode de Leriche étaient d'ordre forfaitaire, donc payables une seule fois, les autres interventions étant comprises dans le prix de la visite ou consultation. Ceci fut expliqué plusieurs fois déjà dans le *Concours*, comme l'indique la Compagnie.

Dr F. DECOURT.

Soixante-troisième année — N° 19 — 11 Mai 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants.......... 50 fr.

Le Numéro.......... 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 138. — A céder d'urgence cause départ, cabin. méd. Indemnités modérées. S'ad. Dr Bell, 12, rue Jules Ferry, (Romainville. Tél. Nord 01-40 de 15 à 17 heures.

N° 139. — Banlieue proche, dans centre import., à céder après décès, bonne client. ophtalmol. avec matériel profess. S'ad. Mme Banvillet, 24, Gde Rue, Enghien (S.et-O.). Tél. 364.

N° 140. — Petit poste méd. génér. à céder dans jolie banl. Paris. Très beau pavillon et jardin. Faible loyer, bail. Très petite indemn. S'ad. Dr Dufour 9 Bd Jeanne-d'Arc, Argenteuil. Tél. 2.30.

N° 141. — A céder après décès : une boite verres examen, un astigniomètre de Javal, un poupinel à gaz, 2 tables à opérat. dont une portative. 1 forceps Tarnier et divers instr. d'oto-rhino-laryng. S'ad. Mme Chevalier, 36, rue de Fleurus, Paris.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Paris. — Quartier populaire, bel appartement, 7 p., loyer 11.000 francs. Bon rapport prix très modéré.

Banlieue Sud proche. 4 pièces tout confort, loyer 4.500 francs, rapport à augmenter, prix modéré.

Banlieue Est agréable. 4 pièces confort, loyer 3.800 francs, poste ancien. Rapport moyen, prix moitié.

Paris. Poste à céder pour cause cessation exercice.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer les tablettes de **Mangaïne** c'est saliver abondamment, une salive digestive antiseptique et agréable, 71, rue Sainte-Anne.

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, le *Concours médical* peut parvenir aux prisonniers tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés
et prisonniers
5, Place Saint-Michel, Paris

qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gratuitement chaque semaine à la disposition des prisonniers, cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

Mort du Docteur Paul BOUDIN

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec tristesse le décès de notre ami et collaborateur, le Docteur Paul BOUDIN.

Un prochain article évoquera sa carrière vouée à la défense du Corps médical.

Pour aujourd'hui, nous ne voulons que donner à nos lecteurs cette triste nouvelle et exprimer au Docteur et à Madame Georges Boudin, à Madame et Monsieur Baglin, nos amicales condoléances.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. URBAIN est élu membre de l'Académie dans la section des membres libres, en remplacement de M. Lasnet.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire d'anatomie pathologique.* (Professeur : M. Roger Leroux). — Des *cours de perfectionnement* auront lieu à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique aux dates suivantes :

1. Les lésions non tuberculeuses de l'appareil respiratoire, M. le Docteur J. DELARUE, agrégé, du 23 juin au 12 juillet 1941 ;

2. Inflammations et tumeurs de l'appareil génital chez la femme ; les lésions de la glande mammaire, Mlle le Docteur P. GAUTHIER-VILLARS, agrégé, du 6 au 25 octobre 1941 ;

3. Lésions de l'appareil uro-génital, M. le Docteur F. BUSSER, chef des travaux, du 5 au 24 janvier 1942 ;

4. Lésions inflammatoires et tumorales du tube digestif, Professeur R. LEROUX, du 4 au 30 mars 1942.

Note. — Chacun de ces cours comportera dix-huit séances. Des démonstrations à l'aide de projections de coupes et de photographies compléteront l'enseignement théorique. Les séances auront lieu chaque jour à 16 heures (amphithéâtre d'anatomie pathologique, escalier B, 1er étage). Chaque cours donnera droit à un certificat qui sera délivré sur demande aux auditeurs ayant préalablement satisfait à une interrogation spéciale.

Le droit d'inscription à chaque cours est fixé à 200 francs. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 10 heures à midi et de 14 heures à 16 heures.

— **Cours de pathologie médicale.** — M. le Professeur PASTEUR VALLÉRY-RADOT a commencé son cours le mardi 6 mai 1941, à 18 heures, au petit

amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Sujet du cours : Maladies infectieuses.

M. le Docteur MOLLARET, agrégé, a commencé son cours le lundi 5 mai 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Sujet du cours : pathologie nerveuse et circulatoire.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Piquet, agrégé libre, est chargé de cours complémentaire de pathologie chirurgicale.

— **Paris.** — *Assistance médicale à domicile.* — Un concours pour la nomination à dix places de médecins du service de l'assistance médicale à domicile aura lieu en juin 1941.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Externat et internat.* — Des concours s'ouvriront les 20 et 21 octobre 1941 pour la nomination à 66 places d'externes et à 9 places d'internes des hôpitaux de Bordeaux.

— **Le Comité national de l'enfance** (51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe), poursuivant sous la présidence de M. le Professeur MARFAN, membre de l'Académie de médecine, son cycle d'études sur « La Famille et l'Enfant », problèmes d'aujourd'hui et de demain, traitera dans ses deux prochaines réunions :

Des questions d'*urbanisme* et de *logement*, des allocations-logement (MM. BLONDEL, Pierre KULA et Mme FONTAINE, rapporteurs).

Et des *problèmes d'hérédité* (M. le Professeur agrégé TURPIN, médecin des hôpitaux de Paris, rapporteur).

— **Les prescriptions médicales et l'approvisionnement des pharmacies.** — D'un communiqué du Service d'approvisionnement des produits pharmaceutiques (1), nous détachons l'alinéa suivant relatif aux demandes de médicaments qui pourraient être faites par les pharmacies en supplément des tickets normaux.

« Les demandes d'attributions complémentaires adressées à la Section des approvisionnements doivent être exceptionnelles et fortement motivées. Elles ne peuvent se baser sur l'habitude que peut avoir prise un médecin de prescrire un produit déterminé ; un tel médecin doit être orienté vers de nouvelles prescriptions ».

— **Pour obtenir des chaussures orthopédiques.** — La délégation générale du gouvernement français dans les territoires occupés (préfecture de la Seine) communique :

Les chaussures orthopédiques, c'est-à-dire celles qui doivent être fabriquées selon les indications d'une ordonnance médicale, entrent dans la catégorie des chaussures spéciales quelle que soit la ou les matières employées pour leur fabrication : cuir, toile, etc...

En conséquence, ces chaussures doivent être déli-

(1) *Service des approvisionnements du Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques* (ancien G. I. R. pharmacie) 10 *bis*, boulevard de la Bastille, Paris.

vrées sur présentation d'un bon de chaussures accompagné d'une ordonnance.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Cadier ont la joie de vous faire part de la naissance de leur troisième enfant, *Jean-Claude*.

Lagor, 7 avril 1941.

— Michel, Thérèse, Françoise, Jacques, Bernard et Pierre Mercat ont le plaisir de vous annoncer la naissance de leur petite sœur *Anne-Marie*.

Paris, le 18 avril 1941.

Docteur Mercat, 155, boulevard Magenta.

— Le Docteur et Madame Gabriel Franck sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Jacqueline*.

Paris, le 28 avril 1941.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Monsieur Bernard Kœnig, décédé le 30 avril 1941. Il était fils de notre confrère, le Docteur Kœnig, d'Orléans, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Le Docteur Paul LEGRAS

C'est avec une peine sincère que je viens d'apprendre la mort du Docteur Paul Legras, décédé à Epinal, le 14 avril dernier, dans sa 76e année.

Président de l'Union des Syndicats médicaux de France de décembre 1919, aussitôt après la grande guerre, jusqu'en décembre 1924, époque où j'eus l'honneur de lui succéder, Legras fut une grande figure syndicale. Véritable orateur, c'est avec un entrain et un brio remarquables qu'il présidait nos réunions ; aussi emporta-t-il, en quittant statutairement la présidence, les regrets de tous.

Alors chirurgien en chef de l'Hôpital civil d'Epinal, il avait une grande situation professionnelle et un notable ascendant sur ses collègues, parmi lesquels il ne comptait que des amis. C'est à son sujet que l'on pouvait parler de « violon d'Ingres », car il était un musicien averti, et d'ailleurs un exécutant remarquable. C'est avec stoïcisme, avec une grandeur d'âme farouche qu'il supporta toutes les épreuves que lui imposa la vie, la mort de ses deux fils, de ses deux petits-fils, l'incendie de sa maison en juin dernier et la perte de tous ses souvenirs.

Je suis certain de me faire l'interprète de toute la rédaction du *Concours médical* en envoyant à Madame Legras, nos respectueux sentiments de condoléances et notre sympathie attristée à leurs filles et à toute leur famille.

Dr Fernand Decourt.

Journée des mères

Le Gouvernement a décidé qu'elle serait célébrée le dimanche 25 mai.

Le Corps médical s'associe de tout son cœur à cet hommage rendu aux familles fécondes ; il célèbre celles qui sont à sa tête. N'y a-t-il pas lieu d'être fier de voir les sept membres d'un Conseil de l'Ordre

départemental totaliser quarante-huit enfants à eux seuls ! Et de nombreux exemples semblables pourraient être pris dans différentes provinces françaises.

Il est indispensable que les médecins se préoccupent de l'organisation de la Journée des Mères à laquelle leur expérience et leur autorité morale peuvent apporter un concours précieux. Il est réclamé que les médecins parlent en faveur de la maternité et de la famille féconde. Ils doivent proclamer qu'aucun progrès ne peut résulter de la restriction systématique des naissances et, qu'au contraire, la maternité, contribuant au développement de la femme, lui est nécessaire, même indispensable, pour le maintien de sa santé, tandis que le refus de la maternité entraîne souvent la maladie et toujours le déséquilibre physique et moral.

Les médecins ont également la possibilité de faire comprendre aux jeunes ménages français une plus juste hiérarchie des joies avec la notion du bonheur réalisé dans le cadre familial et d'en réveiller le désir dans leur cœur. Luttant contre l'égoïsme des dernières générations, le Corps médical a le devoir d'affirmer toute la valeur de la joie qu'est la transmission généreuse de la vie et le don enthousiaste de l'amour à l'enfant.



Code de la famille

Augmentation du taux des allocations familiales
Recul de l'âge limite

Le *Journal Officiel* vient de publier un certain nombre de textes qui modifient le régime des diverses allocations familiales et accordent des avantages plus substantiels aux familles nombreuses.

Allocations mensuelles

La loi du 15 février 1941, parue au *Journal Officiel* du 9 avril 1941, apporte deux améliorations importantes au régime des allocations mensuelles, améliorations dont nous avions d'ailleurs suggéré le principe dans un de nos précédents articles.

Tout d'abord le taux des allocations mensuelles se trouve élevé d'une façon appréciable.

Elles sont égales :

A 10 % du salaire moyen départemental pour deux enfants (sans changement) ; à 30 % pour trois enfants (sans changement) ; à 60 % pour quatre enfants (au lieu de 50 %) ; à 90 % pour cinq enfants (au lieu de 70 %) ; à 120 % pour six enfants (au lieu de 90 %) avec augmentation de 30 % (au lieu de 20 %) pour chaque enfant au delà du sixième.

En second lieu l'âge limite des enfants donnant droit au bénéfice des allocations, se trouve sensiblement reculé. En effet, des allocations sont dorénavant dues :

— pour les enfants n'ayant pas dépassé de plus d'un an l'âge de l'obligation scolaire, c'est-à-dire âgés de moins de 16 ans révolus ;

Voir la suite page XLIII-873

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFORMES A APPORTER A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Les conseillers de la Santé publique

Il apparaît que dans la réorganisation générale du pays un contrôle sérieux doive s'exercer sur la profession médicale et que le malade soit protégé, en particulier dans les grandes villes, contre un certain nombre d'agissements qui, nuisibles à sa santé, jettent en même temps, un discrédit certain sur l'ensemble du Corps médical.

Déjà dans l'exercice de la médecine des collectivités, qu'il s'agisse des pensionnés de guerre, des assurés sociaux, des accidentés du travail, les organismes ont cru devoir organiser un contrôle de l'exercice médical. Sans doute, ce contrôle présente encore des imperfections, mais il constitue un frein utile à des abus de tous ordres et, à l'usage, depuis que la profession est envahie d'étrangers douteux, son utilité paraît incontestable.

C'est en partant de cette expérience et en constatant les abus révélés par les scandales, les poursuites, qu'il paraît nécessaire d'apporter à l'exercice de la médecine libre le secours d'un organisme d'une haute valeur morale et susceptible de permettre au malade lui-même de se défendre contre des exploitations toujours basées sur sa confiance, sa crédulité et son ignorance.

La création des conseillers de la Santé publique nous paraît une innovation capable, sans rien modifier à l'exercice traditionnel de la médecine, d'empêcher justement toute une série d'abus se traduisant toujours pour le malade par une dépense souvent lourde et toujours inutile.

Parmi ces abus, nous faut-il revenir :

— sur ces larges exploitations publicitaires où des médecins agissant pour le compte de groupements financiers puissants promettent aux malades incurables ou chroniques des guérisons. Les chiffres réalisés par certains de ces cabinets et soustraits à l'épargne sont considérables ; cependant les méthodes employées s'avèrent purement charlatanesques et nulles du point de vue scientifique,

— sur ces cliniques qui ne vivent que d'interventions inutiles, faites par des chirurgiens improvisés et sans autres titres que leur audace et leur suffisance,

— sur ces médications par séries de piqûres secrètes dont l'action ne peut se faire sentir qu'à la longue,

— sur ces prescriptions de médicaments inactifs et prônés en gros caractères par une presse qui en tire de larges revenus,

— sur ces traitements électriques, physiothérapiques faits sans contrôle et qui ne sont que des caricatures des vrais traitements scientifiques qui exigent de la part de ceux qui les emploient de longues études et des installations coûteuses.

Que d'autres abus seraient encore à signaler à côté de tous ceux là.

Devant de tels faits, la médecine sérieuse, honnête, efficace, reste confondue et le travailleur qui assiste impuissant au détournement de sa clientèle par des charlatans détrousseurs de l'épargne, constate que rien n'est fait pour le défendre.

Ce sont ces injustices largement répandues avant la guerre qu'il importe de faire cesser.

Pour redonner aux malades confiance dans la médecine française, il importe que les flibustiers d'Esculape soient connus, traqués, punis, il importe qu'ils soient mis hors d'état de nuire.

La création par l'Etat d'un Corps de médecins conseillers de la Santé publique nous paraît répondre parfaitement à ce but, sans apporter de perturbation dans une profession où la très grande majorité de ceux qui la composent font preuve de dévouement et d'abnégation.

Les conseillers de la Santé publique seraient

choisis parmi des médecins, chirurgiens, spécialistes, ayant fait leurs études, ayant exercé et prenant l'engagement de se consacrer uniquement à leur nouvelle fonction. Ayant prêté serment, ils se tiendraient à la disposition du public à des heures fixes à la manière des consultants pour l'éclairer sur l'opportunité d'une décision à prendre, d'une intervention à faire, d'un traitement à suivre. Ils pourraient et c'est pourquoi il faut les choisir instruits, discuter avec le médecin traitant et de ce contact ils dégageraient très vite, pour peu qu'ils soient un peu avertis, à quelle espèce de médecin ils ont à faire, il leur serait alors d'autant plus facile de démasquer le charlatan ou l'homme peu scrupuleux.

Il paraît difficile de laisser aux syndicats professionnels dont tout le recrutement est basé sur le principe électoral et où rarement les valeurs sont à leur place, l'organisation de ce contrôle ; il risquerait vite d'être inopérant et d'être détourné du but très précis que l'on cherche.

Les nominations des conseillers doivent être laissées à un pouvoir directeur avec possibilité de revenir sur un choix s'avérant insuffisant ou mauvais.

Ces conseillers devront toujours et en toutes circonstances faire preuve du plus grand tact vis-à-vis des malades, vis-à-vis des médecins, d'un tact qui ne soit pas faiblesse et ne masque pas des ménagements d'intérêts. C'est la raison pour laquelle l'obligation de ne pas faire de clientèle doit être formelle.

Cette création contribuerait certainement à mettre un peu d'ordre dans la profession, à faire connaître et à éliminer les mauvais médecins, c'est-à-dire ceux qui, oubliant le dévouement qu'ils doivent à leurs malades, ne voient que leur profit et leurs intérêts.

Dr Raphaël MASSART.

L'ALIMENTATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Un lecteur nous écrit :

L'on parle beaucoup actuellement de l'Ordre des médecins ; c'est très bien.

Ne pourrait-on aussi s'occuper un peu de « l'Ordre des Etudiants » ?

D'autres, le Docteur Vanverts, par exemple, étudient de façon très compétente, la réforme des études médicales. Voilà pour la vie intellectuelle.

Mais il y a aussi la vie matérielle. Voici quelques points qui me paraissent dignes d'attirer l'attention, car il ne faut pas que les jeunes qui nous remplaceront arrivent à la fin de leurs études, fourbus et malades. Pour m'en tenir à la seule question : Alimentation. 1° Pourquoi les externes des hôpitaux qui font un service pénible, exposé à la contagion, n'ont-ils pas droit à la ration Travailleurs ? Je ne parle pas des simples étudiants ou même stagiaires, mais des externes.

Un externe d'un service de tuberculeux serait heureux d'avoir la ration alimentaire d'un de ses malades. Ce jeune homme, pourtant, représente l'avenir de la race, tandis qu'un tuberculeux n'est pas toujours bien récupérable.

2° Pourquoi l'Assistance publique n'organiserait-elle pas pour les externes qui, en somme, lui rendent service, une sorte de cantine qui servirait pour un prix modique, un repas à midi ? Repas simple : menu des malades.

La charge ne serait pas bien lourde, mais les services rendus seraient, je crois, considérables.

Qu'en pensez-vous ?

Dr RIPART (Cosne).

Ce que nous en pensons ?

Que la revendication à propos de la ration alimentaire est légitime, si légitime qu'elle se rencontre avec le vœu émis le 28 janvier par l'Académie de médecine :

« Parmi le personnel médical, celui qui est en contact direct avec les malades doit recevoir la carte T ».

Ce vœu semble s'appliquer à tous ceux, médecins ou étudiants, qui soignent des malades.

En ce qui concerne spécialement les internes et externes l'Académie s'est exprimée ainsi :

« Tous les internes en exercice ou faisant fonctions doivent recevoir la double ration de viande et de graisse.

Tous les externes en exercice doivent, à leur arrivée à l'hôpital, recevoir un casse-croûte composé d'un bol de lait, d'une ration de pain et de fromage.

Il y aura lieu d'envisager, à titre temporaire tout au moins, la création de cantines qui leur seraient réservées et leur permettraient de déjeuner à l'hôpital ».

L'Académie, que le rationnement alimentaire préoccupe non sans raison, a rappelé récemment que l'on ne résiste pas bien aux contagions si l'on a le ventre creux. Elle a dit aussi que le travail intellectuel, tout comme le travail manuel, exige des dépenses auxquelles l'organisme doit être en mesure de suffire.

Les étudiants en médecine ont donc, à ce double titre, besoin d'une alimentation substantielle.

C'est un signe des temps que les droits de l'esprit se proclament en grammes de pain.

G. L.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TRAITEMENT DES FRACTURES OUVERTES DES OS LONGS DES MEMBRES

Nouveaux procédés de contention

Par le Dr Jean JUDET
Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris

Le traitement des fractures des os des membres, pose de nombreux problèmes.

Nous n'envisagerons ici que les fractures par éclats d'obus avec délabrements importants qui se caractérisent par :

— des dégâts musculaires étendus ;
— un broiement osseux avec esquilles ;
— la présence de projectiles, et même de débris de vêtement et de terre dans la plaie.

On peut dire, d'une manière générale, que tous les auteurs sont à peu près d'accord sur la façon d'intervenir immédiatement sur les lésions du muscle et de l'os. Les divergences commencent sur le choix des procédés de contention à appliquer à ces fractures et c'est là, en effet, que réside la difficulté principale de leur traitement.

I. Le traitement du foyer de fracture : Os et parties molles

Il nécessite d'abord une excision musculaire étendue et qui peut conduire loin autour et au-delà du foyer de fracture. Tout le muscle broyé ou simplement contus sera enlevé avec un soin minutieux. C'est l'acte capital pour prévenir l'apparition de la gangrène gazeuse. Mais l'excision musculaire, et l'ablation de la terre et des débris de vêtement, ne pourront être terminés qu'après le temps osseux quand, les esquilles enlevées, on a accès au canal médullaire et à toute la circonférence de l'os.

La fracture elle-même est généralement multifragmentaire. Il faut supprimer toutes les esquilles libres. Elles sont souvent disséminées et on en découvrira assez loin dans les muscles. Lorsqu'au contraire, elles tiennent encore à l'os solidement et par une large surface, il faut les conserver.

C'est seulement quand l'ablation des éclats osseux est achevée, que l'on peut se rendre compte de l'aspect du fragment supéreur et du fragment inférieur qu'il s'agit d'affronter d'abord et de maintenir réduit ensuite. Quelquefois, la perte de substance osseuse est négligeable, les deux surfaces fracturaires se juxtaposent assez exactement. La réduction est correcte. Dans d'autres cas, très fréquents, les deux fragments que l'on cherche à amener au contact sont, par suite de l'éclatement d'une corticale, réduits à deux pointes osseuses plus ou moins grêles. Il est capital de ne jamais se contenter de ce contact imparfait sur une zone plus ou moins étroite. Ce serait aller au devant de la pseudarthrose. Il faut par une taille au ciseau-marteau, à la scie de Gigli, à la pince gouge, obtenir sur le fragment supérieur et sur le fragment inférieur, de belles surfaces qui s'appliqueront largement l'une sur l'autre. Cette retaille sera naturellement orientée de façon à conserver à l'os le maximum de longueur utilisable, tandis qu'elle donnera à chaque fragment une forme qui permettra de le coapter avec l'autre.

S'il s'agit du tibia, on peut être amené à réséquer un segment équivalent du péroné. Il en est de même pour le cubitus si l'on a à traiter une fracture isolée du radius avec perte de substance étendue.

Un raccourcissement est souvent inévitable. Il faut tasser le membre, c'est le prix de la consolidation ultérieure. A moins qu'il ne soit fort important, les conséquences fonctionnelles du raccourcissement sont accessoires, l'essentiel est d'obtenir un membre solide.

Pendant de telles interventions, l'hémorragie est toujours abondante, l'hémostase doit être minutieuse. Il est de règle enfin de vérifier les paquets vasculo-nerveux de voisinage.

Drainage. — De toute évidence, la plaie doit rester entièrement ouverte. Un pansement de gaze à plat suffira souvent.

S'il existe autour de l'os un espace mort, on y introduit une mèche non tassée, qui sera retirée progressivement au bout de quelques jours.

Au niveau de la jambe, quand une effraction plus ou moins souillée a ouvert la loge postérieure, il peut y avoir avantage à la drainer d'emblée et largement par une contre incision au niveau du mollet.

Contention

Si les opinions sont convergentes sur le traitement d'urgence de la fracture par éclat d'obus, la

◆◆

discussion commence lorsqu'on aborde l'étude des moyens de contention.

L'*extension continue* n'est applicable que dans les formations de l'arrière, d'où le blessé n'aura plus à être transporté jusqu'à consolidation.

L'*immobilisation plâtrée* a connu récemment, pendant la guerre civile d'Espagne, une grande faveur sous forme de plâtres circulaires complets avec tamponnement occlusif des plaies. Ses applications ont même dépassé le cadre du traitement des fractures ouvertes. Cette méthode, dite espagnole, a soulevé un vif intérêt et chez certains un réel enthousiasme. L'examen des opinions de ceux, qui en ont la pratique, ne permet pas de conclusions, tant les avis diffèrent. La guerre actuelle permettra sans doute d'éprouver définitivement ce procédé, mais *a priori* nous tenons à formuler sur lui les plus expresses réserves. Lorsque l'on voit avec quelle attention, il faut suivre l'évolution d'une plaie de guerre pendant les premiers jours, lorsque l'on voit la fréquence des gangrènes précoces (10e, 12e heure) et plus tard de fusées d'infections anaérobies, survenant même après que le foyer a été convenablement traité, on ne peut admettre la pose d'un plâtre circulaire masquant ces complications, dont seule l'opération d'urgence peut enrayer la marche. Et au bout de quelques jours, si le danger est moins grand, il n'est pas indifférent de laisser évoluer des collections suppurées, qui décollent au loin la peau et les espaces intermusculaires, quand ce n'est pas une articulation qu'elles atteignent du fait de la situation de la fracture.

A côté du reproche essentiel de masquer l'évolution des lésions, on peut adresser à la méthode de plâtre fermé circulaire, deux reproches accessoires :

1° Le risque d'entraîner des troubles circulatoires, soit d'emblée quand il y a lésion des vaisseaux, soit au bout de quelques heures par œdème du membre. A vrai dire, un plâtre circulaire, correctement fait, exposera bien rarement à ces complications, et le fait de laisser toujours les extrémités libres, permettra de s'en apercevoir et d'y pallier à temps.

2° Faire un pansement occlusif complet sur une plaie par éclat d'obus paraît, dans une certaine mesure, contradictoire avec les larges mises à plat et la nécessité d'exposition à l'air qui ne sont pas discutables en pareil cas.

A l'actif de la méthode dite espagnole, il faut inscrire un avantage, et il est d'importance : la possibilité d'une immobilisation rigoureuse de l'os fracturé et des muscles traumatisés. Nous verrons que l'on peut obtenir cette immobilisation par d'autres moyens de contention.

Le plâtre fenêtre a été très employé pendant la guerre 1914-1918. Il permet les pansements et la surveillance de la plaie.

Le plâtre à anses répond aux mêmes indications, tout en dégageant plus largement la zone de la fracture. Ces deux derniers procédés d'immobilisation ont fait leurs preuves et rendront encore de grands services. Au bout de quelques jours, cependant le plâtre est souillé par le pus, le sang, la sérosité issue de la plaie, il se ramollit, s'effrite et dégage une mauvaise odeur. La peau est irritée ou enflammée. Mais la complication majeure qui peut survenir est la suivante : l'œdème des premiers jours diminuant, le membre joue dans le plâtre, l'immobilisation devient moins stricte, les douleurs au mouvement réapparaissent, la réduction n'est plus maintenue. Il faut noter en outre qu'au point de vue opératoire dans toutes ces méthodes, qui confient à un plâtre le maintient de la réduction de la fracture, un temps souvent très difficile est de conserver le contact des fragments osseux. En l'absence de table orthopédique, il est généralement nécessaire de laisser un davier en place jusqu'à dessication du plâtre, faute de quoi la radiographie de contrôle réservera souvent des surprises désagréables.

La méthode de choix dans le traitement des fractures par éclat d'obus est la *fixation externe.* Je base cette affirmation sur son emploi dans la pratique civile dans plus de cent cas personnels de fractures diaphysaires, dont plusieurs fractures ouvertes.

Le fixateur externe immobilise l'os d'une façon rigoureuse et d'une façon extrêmement solide qui rend possible, sans souffrance, de longs déplacements du blessé, même dans des conditions de transports difficiles. La longueur du tuteur externe permet d'implanter les fiches loin du foyer de fracture, ce qui est capital. Dans bien des cas, il sera même possible de les placer hors de la plaie à travers la peau saine.

Le fixateur posé, un grand pansement ouaté enveloppera le membre entier. Une gouttière grillagée ou une gouttière d'aluminium complète l'immobilisation. Pour les fractures de la cuisse, la gouttière pelvi-cruro-jambière est nécessaire. Ainsi est réalisée d'une manière très satisfaisante, cette immobilisation, facteur de lutte contre l'infection. Il faut insister sur le fait qu'avec le fixateur tout déplacement osseux est impossible, quels que soient les transbordements que subit le blessé. La douleur disparaît dès l'instant où l'appareil est en place.

Le lendemain de l'intervention, il faut changer le pansement. Sans toucher aux mèches ou aux compresses qui sont dans la plaie même, il faut découvrir le membre blessé pour voir si la gangrène n'apparaît pas. Combien de fois une zone douloureuse, une crépitation, une traînée chamois sur la peau, feront déceler cette complication redoutable qu'il y a urgence à traiter, et l'on se félicitera qu'un plâtre fermé ne masque pas l'apparition de tels phénomènes.

Passée la phase des complications gangréneuses, il y a intérêt à raréfier les pansements, mais dans les cas de suppuration abondante, la contention par fixateur se prête très bien à l'application d'irrigations continues type Carrel Dakin, si difficile à réaliser dans un plâtre à fenêtre ou même à anses.

Enfin, pour toutes les interventions complémentaires : excision d'une fusée gangréneuse, contre-incision d'une collection suppurée, il faut souligner la facilité pratique que donne la synthèse externe pour aborder le foyer, pour manipuler le membre, sans qu'aucun déplacement des os soit à craindre.

Dans la suite de l'évolution de la fracture ouverte, nous laissons cet appareil en place jusqu'à consolidation. Nous avons été bien souvent frappés de l'absence d'infection le long des fiches même, lorsqu'elles sont voisines d'une plaie suppurée et qu'elles sont incluses dans un pansement souillé de pus. Il n'y a pas d'ostéite dans leur trajet qui après leur ablation cicatrise en deux jours.

Les fiches en acier inoxydable ne subissent pas d'altération. Elles ne provoquent de la part de l'os aucune réaction d'intolérance et restent vissées dans les deux corticales aussi fortement au bout de deux ou trois mois, quand on procède à leur ablation, que le jour même de l'intervention.

Nous avons insisté déjà sur le fait que les fiches doivent être plantées loin du foyer de fracture. Cela entraîne en effet deux conséquences très importantes :

D'abord est évité le risque de suppuration prolongée et de nécrose du tissu osseux que l'on peut observer quand une plaque métallique a été vissée au lieu même de la fracture.

Ensuite, cette contention à distance ne nuit pas plus à l'ostéogénèse, que ne le ferait des broches de Steimman ou de Kirschner.

Nous utilisons le Fixateur externe d'Henri Judet, dont la simplicité permet l'emploi même dans une installation de campagne mobile. Un davier porte-tuteur, un tuteur, quatre fiches, un vilbrequin avec une mèche constitue tout l'appareillage. Il est aisément stérilisable par ébullition. Quelques instants suffisent à le mettre en place.

Les résultats de l'ostéosynthèse externe des grandes fractures ouvertes de la pratique civile, permettent d'attendre de cette méthode un progrès important dans le traitement des fractures par éclats d'obus.

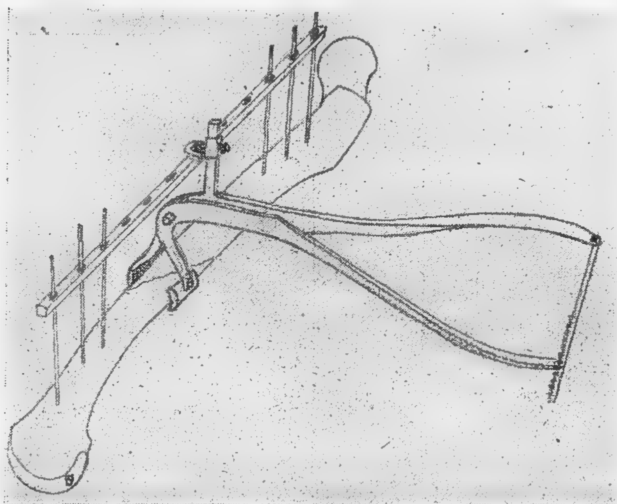


Fig. 1. — *Fixateur du Docteur Henri Judet appliqué sur un fémur.*

Le Davier qui maintient la fracture réduite porte une tige permettant de fixer le tuteur en bonne position.

Les fiches passant à travers les trous des tuteurs, sont vissées dans l'os.

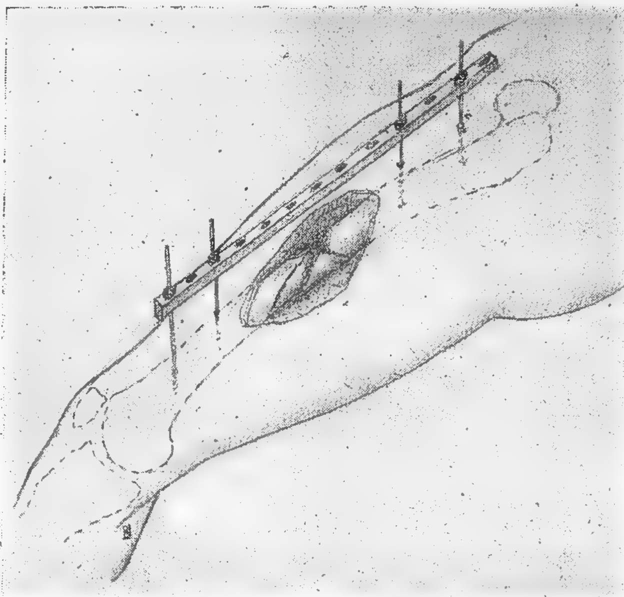


Fig. 2. — Fixation d'une fracture du fémur.

Nota. — Depuis la rédaction de cet article (décembre 1939), l'application de sulfamide dans le foyer de fracture a modifié profondément la question. Cette méthode permet la fermeture d'emblée sans drainage. Mais les procédés de contention ci-dessus décrits gardent leur valeur et leur intérêt.

L'ASYSTOLIE EN CLIENTÈLE : L'ASYSTOLIE DU CŒUR GAUCHE

Docteur Jacques SÉDILLOT.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Dans un travail antérieur (*La Vie Médicale*, décembre 1937 : Les formes dangereuses de l'arthritisme : l'urémie à l'hôpital et l'urémie en clientèle), j'ai essayé de montrer que l'urémie se présentait de façon assez différente en clientèle et à l'hôpital.

On pourrait faire la même remarque à propos de l'asystolie.

Si je m'en tenais à mes souvenirs, à mes impressions personnelles, sans essai d'interprétation, je serais tenté d'écrire : Pendant mes études à l'hôpital je n'ai guère eu à observer et à traiter que des asystolies du cœur droit, succédant à une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, avec œdèmes énormes, parfois ascite, oligurie, tachycardie, dilatation du cœur droit, pouls jugulaire, tensions effondrées, etc.

En clientèle, au contraire, depuis 22 ans, pas une seule fois je n'ai eu à observer ce type classique de l'asystolie du cœur droit, je n'ai eu à observer que des asystolies du cœur gauche, asystolies sèches avec dyspnée d'effort, bruit de galop, tachycardie, tachy-arythmie, arythmie tensionnelle, etc., etc.

A cette idée d'opposer ce qu'on nous a montré à l'hôpital et ce que nous observons en clientèle (et qui correspond certainement à une réalité), il faut toutefois de suite apporter une réserve, un correctif : il y a 25 ans nous recevions notre enseignement clinique dans les salles d'hôpital, et très peu dans les consultations externes, qui n'avaient pas encore pris alors l'importance qu'elles ont actuellement.

Or l'asystolique du cœur droit avec ses énormes œdèmes a toujours droit à son admission immédiate dans les salles, où il nous arrivait toujours en ambulance, tandis que l'asystolique du cœur gauche est un *malade ambulant*. Si ce malade a une profession sédentaire, il peut assez longtemps continuer ses occupations professionnelles avant de s'aliter. J'insisterai même plus loin sur ce fait que souvent ce malade là ne s'alite pour la première fois que pour mourir quelques jours plus tard.

Je pense donc qu'actuellement les étudiants dans les consultations externes, étudient beaucoup mieux que nous ne le faisions, l'asystolie du cœur gauche.

Cette réserve faite, il reste exact que l'on peut opposer l'une à l'autre l'asystolie du cœur droit et l'asystolie du cœur gauche, qui ne reconnaissent pas les mêmes causes, ne présentent pas les mêmes symptômes, et ne réclament pas le même traitement.

L'asystolie du cœur droit dans sa forme complète, souvent terminale, doit être rare en clientèle, du moins elle est très rare dans ma clientèle de consultations spécialisée. L'asystolie du cœur gauche, au contraire, prise parfois pour de l'asthme à cause de la dyspnée, est d'observation très fréquente, surtout si on sait la dépister tout à ses débuts d'hyposystolie ; c'est à ce stade qu'il est important de la démasquer, car on peut arriver alors à un rétablissement complet de la situation.

La guerre a été pour moi l'occasion, après ma démobilisation en décembre 1939, de faire en province, pendant six mois, le remplacement d'un confrère mobilisé dans sa clientèle de médecine générale. Je n'ai pas eu à observer un seul cas d'asystolie du cœur droit. Par contre, en si peu de temps, j'ai eu à observer un grand nombre de cas d'asystolie du cœur gauche à tous les degrés de gravité, et parfois chez des sujets ayant dépassé de peu la quarantaine.

Je ne dirai donc que pour mémoire, un mot de l'asystolie du cœur droit qui est le triomphe de la digitaline.

Classiquement elle survient chez des sujets ayant eu dans l'enfance une insuffisance mitrale à la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Repos complet au lit, saignée, eau de vie allemande, puis en trois jours XXX, XX, X gouttes de digitaline avec théobromine et régime liquide réduit à 1.500, 1.300, 1.100 c. c. En quelques jours, la polyurie s'établit, le malade perd de cinq à douze, et quelquefois quinze kilos d'œdèmes. La tachycardie s'atténue, les tensions remontent. La crise conjurée, le malade reste à surveiller de très près.

L'asystolie du cœur gauche, c'est tout autre chose. Ces malades peuvent se présenter pour la première fois dans nos cabinets de consultation à tous les degrés de gravité de l'affection.

Voici par ordre, de gravité croissante, quelques-uns des cas observés au début de 1940 pendant mon remplacement en province ; tous malades ambulants, venus à la consultation.

OBS. 1. — 12 mars 1940. M. F..., 44 ans de Paris. Mandataire aux Halles (réfugié). Son père mort subitement d'accidents au cœur à 66 ans.

1 m. 63, 76 kilos, a eu déjà de la glycosurie 15-20 grammes. Se plaint de violente dyspnée d'effort avec douleurs au cœur. Tension 13 1 /2-18. Pouls 70 au repos (110 pendant 15 minutes pour avoir monté un étage d'escalier). Ebauche de galop. Foie 13 c. 5.

19 avril 1940. — Grosse amélioration. Tension 9 1 /2-15. Pouls 65 (90 pendant 5 minutes après la montée d'un étage).

Obs. 2. — 6 mai 1940. M. P..., 39 ans, ouvrier mouleur. Travail de force, pénible. Depuis 15 jours souffre de points au cœur pendant son travail. Tension 11-16. Pouls 65 (105 pendant 20 minutes après la montée d'un étage). 1 m. 69, 78 kilos. Foie 16 c.

5 juin : disparition complète des douleurs au cœur pendant le travail. Tension 9-17. Pouls 70 (80 pendant 5 minutes pour un étage). 71 kilos. Foie 11 c.

Obs. 3. — 10 mai 1940. M. D..., 61 ans, tailleur. Se croit emphysémateux : extrême dyspnée à la montée des escaliers. Réveils avec angoisse. Prend pneumogéïne et caréna. Céphalées fréquentes. 1 m. 76, 75 kilos. Tension 11 1 /2-19 1 /2. Pouls 110 arythmique. Extrasystoles. Arythmie tensionnelle de la Mx. Foie 15 c. 5.

7 juin : Amélioration. Moins d'essoufflement. Sommeil bon. Plus de céphalées. Pouls 88, encore arythmique. Tension 9 1 /2-16. Plus d'extrasystoles Foie 11 c.

Obs. 4. — 10 février 1940. Mme T..., 47 ans, cultivatrice. Ménopause en cours. Essoufflement. Battements de cœur. Dyspnée d'effort. Tension 17-26. Pouls 112. Bruit de galop. Foie 16 c. 1 m. 61, 75 kilos.

15 mars : un peu d'amélioration de l'essoufflement et de la dyspnée d'effort. Tension 13 1 /2-25. Pouls 90. Ebauche de galop. Foie 11 c. 5.

Obs. 5. — 8 avril 1940. M. F..., 47 ans, boucher. Me consulte pour emphysème. Bronchite chronique. Toux et étouffements au réveil. Nuits assez bonnes, mais peu de sommeil. Essoufflement d'effort considérable. 99 kilos (a pesé 109). Tension 10-15. Pouls arythmique, Extrasystoles. Arythmie tensionnelle de la Mx. Foie 17 c. Râles aux deux bases et légers œdèmes malléolaires. Matité cardiaque très élargie (légère participation du cœur droit dans cette asystolie du cœur gauche).

6 mai : beaucoup moins d'oppression. Diminution de 7 kilos (72). Moins de toux au réveil. Tension 8-16. Pouls 82. Foie 12 c.

2 juin : A repris toutes ses occupations professionnelles. Tension 8 1 /2-14. Pouls 82. 70 kilos Foie 11 c.

Obs. 6. — 19 janvier 1940. M. S..., 66 ans, fonctionnaire. Sédentaire.

Se plaint de dépression, asthénie, soif, bouche amère, essoufflement. Petits epistaxis le matin 1 m. 71. 72 kilos. Tension 14-23. Pouls 110. Tachy-arythmie ; extrasystoles et arythmie tensionnelle de la Mx et de la Mn.

5 février : Amélioration. Tension 13 1 /2-22. Pouls 100. Foie 12 c.

22 février : Tension 12 1 /2-19. Pouls 95.

19 avril : Rechute grave avec angor, alitement immédiat nécessaire. Tension 14-21 1 /2. Pouls 104. Bruit de galop. Foie 13 c. Arythmie, extrasystoles. Arythmies tensionnelles. Reprise du premier traitement.

26 avril : Tension 14-21. Pouls 120.

30 avril : Tension 12 1 /2-19. Pouls 90.

Quels sont donc les symptômes que l'on retrouve presque constamment dans ces six observations de gravité très différente ?

Troubles subjectifs, fonctionnels : l'essoufflement, la dyspnée d'effort, constante ; la douleur cardiaque, fréquente, allant du simple point au cœur à la douleur angineuse.

Signes objectifs d'examen :

La minima s'est élevée, plus ou moins, mais sans une élévation proportionnée de la Mx. La tension différentielle est donc faible, d'une façon absolue, ou relative par rapport aux deux autres tensions :

5,5 pour 13, 1 /2-18 (obs. 1)
5 pour 11-16 (obs. 2)
8 pour 11 1 /2-19 1 /2 (obs. 3)
9 pour 17-26 (obs. 4)
5 pour 10-15 (obs. 5)
9 pour 14-23 (obs. 6)



Il y a constamment tachycardie, ou spontanée (*obs.* 3, 4, 5, 6) ou apparaissant pour une montée de vingt marches (*obs.* 1 et 2).

Il y a souvent arythmie (*obs.* 3, 5 et 6), souvent extrasystoles (*obs.* 3, 5 et 6), assez souvent arythmie tensionnelle de la Mx (*obs.* 3, 5 et 6), plus rarement le bruit de galop, rarement arythmie de la Mn (*obs.* 6).

***

Il est facile d'interpréter ces signes d'alarme que l'examen révèle au médecin.

La baisse du chiffre de la différentielle ? Il trahit l'impuissance relative du cœur, de la systole, devant l'obstacle qu'il a à vaincre : la Mn plus ou moins élevée.

La tachycardie ? Le myocarde incapable de fournir son travail de pompe foulante d'une minute en 70 systoles vigoureuses, tourne la difficulté, où il se trouve, en faisant le même travail en 100, 110 ou 120 pulsations de force moindre.

La tachy-arythmie ? Il est facile de comprendre qu'elle est l'indice d'un degré de plus dans l'échelle de la souffrance du cœur.

Les extrasystoles ? Ici elles signifient un repos qu'essaye de se donner le cœur aux abois : toutes les x pulsations, il saute, il escamote une de celles-ci.

L'arythmie tensionnelle ? Elle est le signe de pronostic le plus sombre.

Le Professeur Rimbaud (à Montpellier), M. Monier-Vinard (à Paris) (qui a proposé le mot d'aniso-sphygmie) ont bien insisté sur la haute valeur diagnostique et pronostique de ce signe. On sait en quoi il consiste : les systoles ne sont plus toutes d'égale force. A 19 par exemple,

au Vaquez-Laubry, on entend passer 1 pulsation sur 4 ou 5, 2 ou 3 sur 5 à 18, 5 sur 5 à 17.

Quand on observe aussi ce phénomène de l'aniso-sphygmie sur la Mn, le pronostic est encore plus sombre.

Le bruit de galop ? Il trahit l'impuissance du ventricule gauche : la violence est la force des faibles.

Dans un travail paru dans le *Concours Médical* du 5 juillet 1931 (Les morts inattendues par le cœur au voisinage de la cinquantaine), j'ai essayé de montrer comment l'asystolie du cœur gauche, révélée par ces signes d'alarme au médecin, chez des malades ambulants, qui viennent nous consulter à notre cabinet, et parfois n'ont pas encore interrompu leurs occupations professionnelles, peut se terminer brutalement en quelques jours ou même en quelques heures. Combien de fois, quand nous interrogeons nos clients sur leurs antécédents héréditaires n'entendons-nous pas ces phrases : « Mon père est mort subitement de son cœur à 50, 55 ans... il n'a quitté son travail que juste pour se mettre au lit et mourir deux ou trois jours plus tard... c'était sa première crise d'angine de poitrine... ». Certes il est des premières crises d'angine de poitrine, qui tuent le malade sans qu'on ait pu les prévoir. Elles doivent être extrêmement rares. Combien plus fréquentes sont celles qui surviennent à la suite des symptômes d'alarme, que nous venons de passer en revue et dont on n'a pas tenu compte ou dont on n'a pas compris la haute gravité.

A tous ces asystoliques du cœur gauche, j'emploie la comparaison suivante pour essayer de leur faire comprendre ce qui leur arrive. « Le chiffre de la Mn, leur dis-je, c'est l'obstacle, la barre que le cheval va avoir à franchir.

Le chiffre de la Mx nous renseigne sur la façon dont le cheval (le cœur) franchit l'obstacle ».

La situation est d'autant plus sérieuse que la Mx est moins élevée par rapport à la Mn.

Devant cette épreuve de la Mn élevée (l'obstacle à franchir) autant de sujets, autant de myocardes de valeur différente.

La malade de l'observation 4, avec 17-26 à 47 ans, ne souffrait de son cœur que depuis une année quand elle m'a consulté. Elle avait donc eu certainement, de naissance, un myocarde excellent qui ne s'était fatigué qu'à la longue, devant cette Mn fort élevée, qui devait exister depuis déjà des années aux environs de 15, sans que la malade s'en soit jamais doutée.

Par contre, le malade de 39 ans de l'observation 2, avec 11-16, avait déjà son cœur en difficulté avec une Mn de 11 (douleur angineuse à l'occasion de son pénible travail).

Mais j'ai vu souvent des cas (j'en ai rapporté des observations dans l'article du *Concours Médical* du 5 juillet 1931) qui, avec une Mn de 9 et une Mx de 11 1/2 ou 12, avait déjà au complet tous les signes précurseurs du drame imminent : dyspnée énorme, tachyarythmie, extrasystoles et arythmie tensionnelle. Ce sont certainement ces derniers cas que le Professeur Laubry avait décrit il y a une quinzaine d'années sous le nom de myocardie, en leur attribuant un pronostic des plus sévères.

Donc, congénitalement, certains ont un myocarde excellent, qui n'arrivera à se fatiguer qu'à la longue, après des années, et devant une Mn fort élevée. D'autres, inversement, pour une élévation de 1 ou 2 points de leur Mn, sont déjà en pleine asystolie de leur cœur gauche. Entre ces cas extrêmes, tous les intermédiaires peuvent s'inscrire.

En présence de ces cas d'asystolie du cœur gauche de gravité différente, il faut avoir toujours à l'esprit quelques idées très simples, mais utiles à rappeler :

— Le cœur est, peut-être avec le rein, le seul organe qui ne connaisse jamais une minute, ni même une seconde de repos depuis dès avant la naissance et jusqu'à la mort : même pendant notre sommeil le cœur doit continuer son travail.

— Alors que, avec l'arrivée de la vieillesse, la plupart de nos organes connaissent un repos relatif (ainsi l'estomac, le foie, les reins des vieillards qui suivent un régime alimentaire léger, peu toxique), pour notre cœur c'est l'inverse qui se produit : c'est au moment où il faudrait alléger le travail du cœur vers la cinquantaine, que souvent au contraire son travail augmente considérablement par suite de l'élévation de la Mn.

Souvent ces malades présentant de l'asystolie du cœur gauche, répondent à nos questions ce que j'ai déjà transcrit plus haut « père ou mère mort de son cœur rapidement, inopinément, au voisinage de la cinquantaine », si bien que je suis persuadé qu'il y a souvent une hérédité de ces myocardes vite déficients devant la moindre fatigue (élévation de la Mn) ; et plusieurs fois, certains de ces malades, soupçonnant cette hérédité fâcheuse, dont ils patissaient, me posèrent, en pensant à leurs enfants, cette question : « Peut-on prévoir, dès l'adolescence d'un sujet, s'il a un myocarde qui se montrera vaillant ou au contraire défaillant devant une élévation de la Mn au voisinage de la cinquantaine ? »

Je m'étais souvent posé à moi-même cette question. L'observation d'un de mes clients me permet de penser que, hormis la part de l'hérédité, on ne peut faire à ce sujet aucune prévision.

Obs. 7. — M. B... H., 43 ans. Ingénieur, me consulte le 7 mai 1938 pour dyspnée d'effort et point au cœur à la montée des escaliers. 81 kilos, 1 m. 75 Tension 10-12 1/2. Pouls 98. Quelques râles à la B. G. 1 gr. 20 d'acide urique par 24 heures. Foie de 15 c.

13 juin. Plus de dyspnée d'effort ni de point au cœur. 74 kilos. Tension 8-12. Pouls 75. Foie 11 c.

Ce jour-là M. B. H. me dit qu'il avait fait longtemps partie d'une de nos grandes équipes internationales de foot-ball, et que, déjà marié, à l'âge de 36 ans, il avait encore voulu un jour jouer un match d'entrainement très dur dans son ancienne équipe, sans la moindre fatigue, sans le moindre essoufflement.

Comment aurait-on pu supposer ce jour-là que sept ans plus tard ce cœur serait déjà en difficulté devant une Mn de 10 pour 1 ou 2 étages d'escaliers ?

***

Comment traiter ces cas d'asystolie du cœur gauche ?

Mes clients des sept observations rapportées ont tous eu à peu près le même traitement, que je résumerai plus loin, comportant un régime et un traitement médicamenteux, mais sans digitaline (sauf à titre de traitement d'entretien, suivant la méthode de M. Ch. Fiessinger, quand il persiste de la tachyarythmie).

Quel but doivent viser et le régime et le traitement ? *Un seul : abaisser le chiffre de la minima*, c'est-à-dire baisser la barre que le cheval ne peut plus franchir qu'en touchant des quatre pattes.

Dans mes sept observations, la baisse de la minima au bout de cinq à six semaines a été respectivement de 4 — 2 — 2 — 3,5 — 2 — 1,5 — 2 points.

Que sont devenus les chiffres des différentiel les ?

Ces chiffres ont augmenté dans les obs. 2 (8 au lieu de 5), 4 (11,5 au lieu de 9) et 7 (4 au lieu de 2,5).

Les chiffres des différentielles sont restés en apparence semblables dans les observations 1 et 5, et ont même baissé dans les obs. 3 (6,5 au lieu de 8) et 6 (6,5 au lieu de 9), mais ce n'est là qu'une apparence. On sait, en effet, que lorsque la Mn s'élève d'un point, la Mx doit s'élever d'au moins 2 ou 3 points suivant une progression géométrique 8-14, 9-16, 10-19, 11-22, 12-24, etc.

Voici par exemple l'obs. 3 : après traitement il avait 9 1/2-16, donc une différentielle de 6,5, qui est un chiffre favorable. Avant le traitement il avait une différentielle de 8, chiffre un peu plus élevé, mais insuffisant pour les tensions de 11 1/2-19 1/2. Il lui eut fallu normalement (?) 11 1/2-23, donc une différentielle de 11,5, si son myocarde avait été excellent.

La question du traitement peut se présenter de deux façons différentes :

— traitement d'urgence : le malade est arrivé à la période terminale de son asystolie du cœur gauche, et vient d'être obligé de s'aliter.

— traitement préventif de la crise grave, quand nous avons su démasquer chez un malade encore ambulant les symptômes d'alarme de la défaillance du ventricule gauche.

Voici un malade qui vient de s'aliter, dyspnéique, angoissé, tachy-arythmique avec extrasystoles et arythmie tensionnelle. La tension différentielle est faible. S'il se plaint de douleur rétrosternale, de suite une piqûre de Pantopon (précédée ou non d'une piqûre d'huile camphrée). Là, la piqûre de Pantopon n'est pas seulement le calmant nécessaire. Elle est aussi un véritable tonicardiaque. S'il y a des râles d'œdème aux bases : une saignée de moyenne abondance (3 ou 400 grammes). Ceci fait il faut songer immédiatement à soutenir le myocarde, à relever si possible (?) la maxima pour élargir la différentielle et permettre au malade de sortir de la phase dangereuse.

La digitaline ? Elle ne donne rien dans ces cas là, peut être parce que son action est trop lente.

L'éther, l'huile camphrée, la caféine, doivent être employées, faute de mieux.

Mais la thérapeutique héroïque dans ces cas là, c'est l'injection intraveineuse immédiate, en 45 minutes, de 500 c. c. de sérum glucosé hypertonique à 300 ‰. Moins d'une heure après la fin de l'injection, on voit la tachycardie baisser de 15 à 25 points, souvent l'arythmie disparaît, la maxima se relève de 1 ou 2 points. Dyspnée, douleur cardiaque et angoisse se calment rapidement. On peut avoir à faire une deuxième injection semblable après 24 ou 48 heures.

Comment agit ici le sérum glucosé ? Certainement en reconstituant les réserves de glycogène du myocarde, qui étaient épuisées.

Voici maintenant notre malade sorti de la phase dangereuse. Il va falloir lui éviter d'y retomber.

Ou mieux : voici un client nouveau, que nous jugeons en imminence d'une première crise grave d'asystolie de son cœur gauche. Quel va être le meilleur traitement préventif ?

Ici les directives changent du tout au tout. Si le malade a 10-12 1/2 par exemple (obs. 7) nous perdrions notre temps à essayer d'élever de façon durable la maxima. A l'heure actuelle j'ignore encore le médicament capable d'élever

de façon durable la maxima (sauf bien entendu la digitaline en cas d'asystolie du cœur droit).

L'indication formelle, c'est d'essayer de diminuer le travail du cœur, *d'essayer à tout prix d'abaisser le chiffre de la Mn* avant tout par un régime sévère, végétarien d'abord, puis à prédominence végétarienne, et par la cure de désintoxication arthritique.

C'est en voyant, dès le début de ma pratique en clientèle, d'une façon pour ainsi dire constante, des minima de 10, 11 et même 12 revenir au voisinage du chiffre normal après cinq semaines de cure de désintoxication arthritique chez des asthmatiques, qui m'avaient consulté pour leurs crises d'asthme, et nullement pour leur cœur, que j'ai compris peu à peu *combien grande était la part de l'insuffisance hépatique dans la génèse de l'hypertension* (1).

Les malades des obs. 2 et 7, et même celui de l'obs. 1, n'étaient certainement que des insuffisants hépatiques sans atteinte rénale.

Ceux des observations 3, 4, 5 et 6, au contraire, étaient certainement des hépato-rénaux.

Tous les sept cependant ont eu, à quelques variantes quantitatives près, le même régime et le même traitement médicamenteux. Pourquoi ? Parce que chez les hépato-rénaux, la part rénale est une sclérose plus ou moins accentuée de leurs reins, LÉSION contre laquelle nous ne pouvons directement rien.

La part hépatique au contraire, chez eux, comme chez les insuffisants hépatiques purs des obs. 2, 7 et 1 n'est qu'un simple TROUBLE FONCTIONNEL de la glande, contre lequel nous pouvons beaucoup (pour avoir une sclérose du foie, il faudrait ou un poison exogène, alcool, plomb, ou des toxines microbiennes longtemps en activité, tuberculose, syphilis).

On visera d'abord à mettre le foie au repos par le régime. D'abord le régime de grand repos hépatique : une à trois semaines de régime lacto-fruito-végétarien, peu salé. Ensuite régime de moindre fatigue hépatique : deux à trois jours par semaine et le repas de tous les soirs végétariens. Aucune boisson contenant de l'alcool.

Le travail du foie étant diminué, de suite on sollicitera le réveil d'activité de ses fonctions par le traitement médicamenteux : deux fois par semaine 5 centigrammes de calomel le soir et le lendemain matin une cuiller à café de, sulfate de magnésie dans de l'eau de Vichy Grande Grille. Trois jours sur sept, vers 10 heures et 17 heures : Théobromine et Benzoate de lithiné *aa* 0,40 ; quatre jours sur sept le soir deux à trois capsules de Caparlem, et, aux repas, 1 cuillère à café d'un sirop à l'iodure de *sodium* (0,75 à 1 gr. 25 d'Iodure de Sodium par jour) Jamais de potassium, dépresseur cardiaque, dans ces asystolies du cœur gauche.

Sous l'effet de cette cure de désintoxication (régime et traitement) on obtiendra toujours en quelques semaines un gain du côté de la Mn. Qu'elle baisse de deux ou trois points, et bien souvent, c'est suffisant : on verra la tachycardie disparaître, la maxima remonter de un ou deux points. Le malade retrouve un état de santé satisfaisant, mais ces malades doivent rester sous surveillance médicale au moins deux fois par an, vers la mi-octobre et la mi-mars si possible, époques des poussées hypertensives.

A titre de traitement d'entretien, chez certains de ces malades, quand il persiste un peu de tachyarythmie, la méthode de la digitaline à la dose de III à V gouttes par jour, deux à trois jours par semaine suivant la formule de M. Ch. Fiessinger, fait merveille.

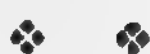
De ce travail il faut retenir qu'il est des sujets, beaucoup de sujets qui peuvent se permettre, sans danger pour leur myocarde, qui de naissance était excellent, et sans trop de danger pour leur vie, de faire un peu d'hypertension, à la condition d'avoir des artères souples et solides ; qu'il en est d'autres au contraire, parce que de naissance leur myocarde était médiocre, qui ne peuvent permettre à leur Mn de s'élever de deux ou trois points, sans mettre aussitôt leur cœur en très grave difficulté.

Entre ces deux classes extrêmes de faits, on peut concevoir et inscrire tous les intermédiaires possibles : dans la pratique, on n'observe jamais deux cas rigoureusement identiques ; il n'y a pas deux malades qui se ressemblent exactement.

Cette façon variable dont le myocarde de l'adulte se comporte, suivant les sujets, vis-à-vis de l'hypertension commençante de la Mn, on la retrouve exactement chez les adolescents, qui sortent d'une crise de rhumatisme articulaire aigu avec une insuffisance de leur valvule mitrale. Alors que la plupart de ces cœurs organisent de suite la compensation de leur lésion valvulaire avec une facilité qui émerveillait déjà Trousseau, quelques-uns au contraire restent, dès la fin de la crise, en perpétuelle menace d'hyposystolie.

(1) L'hypertension artérielle , 120 pages. Edit. L. Arnette. Dans ce livre j'ai longuement essayé de prouver les points suivants : Comme le foie, les surrénales jouent un rôle antitoxique. Au dessous du foie déficient, les surrénales se mettent en suractivité de suppléance : d'où hyperadrénalinémie, d'où hypertension (doctrine de Josué). Professeur GLEY : « L'adrénaline n'est pas une hormone, c'est un déchet du travail de la glande ».

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Le terrain gravidique

« L'adaptation de la femme aux fonctions de reproduction, écrit le Professeur agrégé L. Portes (1), se fait par un changement profond dans l'équilibre de sa vie végétative. Dès le moment où la fécondation s'est produite, l'organisme féminin doit être à même d'assurer non seulement le développement de l'œuf et son expulsion, mais aussi il doit subvenir aux besoins du fœtus pendant sa vie intra-utérine, et à ceux du nouveau-né pendant la période de l'allaitement ».

Il est donc possible de concevoir l'existence d'un « terrain gravidique » spécial, caractérisé par un équilibre biologique nouveau, différent en tous points de celui d'un organisme normal non gravide. La femme devenue enceinte réalise ce changement, avec plus ou moins d'aisance ou de rapidité, ce dont témoigne, soit la parfaite tolérance de la gestation, soit les troubles fonctionnels divers et multiples, qui peuvent en résulter. Chez elle aussi, certaines affections pathologiques (tuberculose, cardiopathie, néphropathies, par exemple) prennent un aspect clinique particulier, et suivent une évolution différente de celle que l'on observe en dehors de la gravité.

D'une manière générale, si l'on considère l'ensemble des fonctions nutritives de l'organisme gravide, on voit qu'elles peuvent être synthétisées de la façon suivante :

1° L'organisme gravide est en état de spoliation permanente, due aux prélèvements constants faits par le fœtus, soit directement aux dépens de l'alimentation de la mère, soit indirectement dans les réserves nutritives, qui se sont accumulées dans les tissus maternels.

2° Il y a une accumulation des substances d'apport, qui s'oppose à la quantité relativement faible de celles, qui sont utilisées ; ces réserves, ainsi accumulées dans l'organisme maternel, sont non seulement destinées à l'élaboration des tissus fœtaux, mais elles trouveront leur utilisation au moment où la femme aura brusquement à assurer des dépenses énergétiques subitement accrues : ceci se trouve réalisé pendant le travail, au cours duquel les contractions musculaires et l'épuisement nerveux devront être compensés par une combustion exagérée des graisses et des hydrates de carbone ; il en sera de même au moment de la délivrance, pendant laquelle la déperdition de sang et le déséquilibre vago-sympathique requerra une récupération rapide et un rétablissement immédiat de l'équilibre biologique ; enfin, au cours de la longue période de l'allaitement, la synthèse lactée dans les glandes mammaires ne pourra être assurée de façon prolongée que grâce à l'adaptation réalisée pendant le cours même de la grossesse.

3° Tous ces caractères humoraux, spéciaux à l'organisme gravide, apportent enfin au *système neuro-végétatif des conditions de fonctionnement très spéciales.*

Si l'on s'en tient aux constatations objectives, on ne peut pas, en effet, ne pas être frappé par l'intimité des connexions, qui existent entre le système nerveux et l'appareil génital, tout spécialement pendant la grossesse. On voit que, avec une constance relative, les sujets, dont le système neuro-végétatif est troublé, présentent des modifications portant sur les différents facteurs qui le régissent : calcémie, chlorurémie, répartition des ions Ca et K.

Il est très difficile de préciser la nature et le degré de ces modifications ; mais il y a un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que le système neuro-végétatif est, au cours de la gestation, dans un état particulier d'*excitabilité* : il répond aux procédés d'exploration habituels par des réactions intenses, et, à l'inverse, on obtient par des excitations minimes des réactions, qui n'apparaîtront pas en dehors de la gestation.

Les différentes réponses obtenues par les tests habituels (tachycardie, réflexe oculo-cardiaque, réflexe pilo-moteur, injections d'adrénaline) ont amené certains à considérer les femmes enceintes normales comme se trouvant plus particulièrement en état d'excitation sympathique (sympathicotonie) — opinion la plus courante — ou, au contraire, sous l'influence prédominante du vague (vagotonie). Cependant, on ne peut se prononcer d'une manière schématique pour l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Pendant la grossesse, le déséquilibre neuro-végétatif traduit ses effets d'une façon particulièrement frappante au cours des syndromes gravidiques, désignés sous l'appellation générale de « toxémie gravidique », qu'il s'agisse de la maladie des vomissements, de l'albuminurie gravidique, de l'éclampsie ou même de l'hématome



(1) *La Médecine*, mars 1941.

rétro-placentaire. Au cours de la parturition, il est certain que, chaque fois qu'une femme présente un équilibre vago-sympathique troublé, il y a lieu de s'attendre à des anomalies dans les contractions utérines du travail. Au cours de la délivrance, telle femme supportera sans altération apparente de l'état général une hémorragie très abondante, alors que d'autres présenteront des syncopes et un état de shock pour une déperdition de sang beaucoup moindre. La pathogénie de ces accidents de shock est certainement en fonction des réactions du système neuro-végétatif : l'influence de ce dernier varie suivant des conditions individuelles, qui sont non seulement tirées de l'état organique, mais également de la fatigue du travail, de l'état psychique, des modifications glandulaires, en un mot du « terrain gravidique », sur lequel cette hémorragie vient à se produire. On ne sera pas étonné de voir que les parturientes, ayant une insuffisance thyroïdienne, soient particulièrement exposées à subir les effets du shock obstétrical.

Cette conception tout à fait justifiée du terrain gravidique rend impossible de juger des phénomènes de la gravidité et des états de pathologie obstétricale sur les bases, dont on dispose en pathologie générale.

G. F.

LE TRAITEMENT DES ENGELURES PAR LA FLUORESCEINE, substance photo-sensibilisatrice

D'après le Docteur Et. May (1)

Dans la production des engelures, il faut surtout incriminer, — en dehors de certaines carences résultant d'une alimentation trop réduite — la permanence du froid, à laquelle les habitants, dans leurs appartements mal ou pas chauffés, n'échappent à aucun moment de la journée.

Aussi est-il intéressant de signaler les services que peut rendre à ce point de vue la fluorescéine. Cette substance facilite, en effet, dans un très grand nombre de cas, la lutte contre le froid, dont elle atténue notablement les dommages. Un malade acrocyanotique recevait un jour une injection intraveineuse de fluorescéine, dans le but d'étudier chez lui la vitesse de circulation. Or, celui-ci remarqua que, depuis cette injection, ses mains étaient moins violacées ; et surtout, une agréable sensation de tiédeur y remplaçait le froid pénible, dont il souffrait jusque-là. De ce fait, vint l'idée de traiter par la fluorescéine, non seulement l'acrocyanose, mais encore les divers troubles des extrémités entraînés par le froid, et notamment les engelures.

Les résultats de cette thérapeutique ne sont pas constants, mais ils sont bons dans un très grand nombre de cas : dans les jours qui suivent l'injection, les mains sont plus chaudes, les engelures se développent peu ou pas, et celles qui existaient auparavant s'atténuent et tendent plus rapidement vers la guérison. L'efficacité du traitement est d'ailleurs attestée par le fait que les malades, qui, en général, apprécient peu la piqûre des veines, viennent spontanément en demander le renouvellement. Pratiquement, on utilise une solution à 5 p. 100 d'uranine (sel sodique de la fluorescéine). L'injection intra-veineuse de 2 cent. cubes de cette solution donne une amélioration, qui persiste plusieurs jours. Le plus souvent, il suffit de renouveler cette injection une fois par semaine ; on obtient ainsi, sinon une guérison complète, du moins une atténuation des accidents, qui deviennent très supportables. La vie des patients s'en trouve grandement améliorée.

Cette curieuse propriété de la fluorescéine est très probablement liée à son action photo-sensibilisatrice. Les corps, dotés de fluorescéine, ont, en effet, le pouvoir de sensibiliser vis-à-vis de la lumière, non seulement les organismes vivants, mais aussi diverses substances chimiques ; c'est une propriété couramment employée pour les plaques photographiques. Ce qui caractérise ce phénomène, c'est une activité conférée à certains rayons de plus grande longueur d'onde : des plaques primitivement sensibles aux seuls rayons violets ou ultra-violets peuvent ainsi, grâce à des substances fluorescentes, devenir sensibles au jaune et même au rouge. Il est logique de supposer que l'action favorable de la fluorescéine pour les malades reconnaît le même mécanisme : à une saison, où il y a dans l'atmosphère peu de rayons à courte longueur d'onde, les propriétés activantes de ces rayons sur la circulation sont, grâce à la fluorescéine, conférées à des rayons de longueur d'onde plus grande, donc plus pénétrants et qui, eux, existent en quantité suffisante. Ainsi la lumière d'hiver devient, pour les sujets traités, analogue, sinon à la lumière d'été, du moins, peut-être, à celle du printemps, époque à laquelle les troubles des extrémités s'amendent toujours spontanément.

G. F.

(1) Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 7 mars 1941.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU POUMON PAR LE BENZOATE DE SOUDE INTRA-VEINEUX

Sergent et Kourilsky ont défini l'abcès du poumon : « un foyer pulmonaire de suppuration, collectée dans une cavité néoformée par une inflammation aiguë ». Affection assez fréquemment diagnostiquée depuis une vingtaine d'années, grâce aux perfectionnements des examens radiographiques, l' « abcès pulmonaire » groupe en bloc un certain nombre de syndromes de suppurations, simples ou gangréneuses, du poumon.

Un point important, signalé par Sergent et Kourilsky dans leur rapport au Congrès de médecine de Paris de 1932, est la guérison spontanée assez commune et les accalmies non rares de ces abcès, particularités qu'il importe de connaître pour apprécier la valeur d'un traitement, en pareil cas.

La thérapeutique des abcès du poumon est médicale et chirurgicale.

Médicale, elle comporte l'emploi d'assez nombreuses médications. Contre les abcès ordinaires, on utilisera divers antiseptiques des voies respiratoires (injections sous-cutanées d'eucalyptol, alcool intra-veineux, hyposulfite de soude intra-veineux), les sulfamides contre le streptocoque, les dérivés pyridiniques contre le pneumocoque, l'émétine dans l'abcès amibien. Contre les abcès fétides, les arsenicaux (novarsénobenzol intra-veineux, sulfarsénobenzol sous-cutané), la sérothérapie anti-gangréneuse. D'autre part, on favorisera l'évacuation du pus par les expectorants, le drainage de posture, la broncho-aspiration. Le drainage de posture se réalise en mettant le sujet en position genu-pectorale deux fois par jour et une demi-heure chaque fois. On a pratiqué, en Amérique particulièrement, le drainage bronchoscopique, mais cette méthode est du ressort du spécialiste. L'émétine, qui peut agir sur d'autres germes que l'amibe dysentérique, est souvent essayée en pareil cas.

Le traitement médical sera poursuivi pendant un mois et demi ou deux mois. Si, passé ce délai, il ne s'est pas produit une amélioration sensible des signes généraux, physiques et radiologiques, on confiera le malade au chirurgien. Les améliorations spontanées, dont nous avons parlé, ont lieu d'ailleurs dans ces mêmes délais. Le chirurgien pratiquera une pneumotomie en deux temps : dans un premier temps, on découvre la plèvre et, par badigeonnage iodé, on provoque la création d'adhérences ; dans un second temps, huit à dix jours après, la poche est ouverte au thermocautère. Dans les abcès pulmonaires anciens (au-delà de six mois), en raison de l'importance de l'opération qui serait nécessaire alors (lobectomie), on s'adresse plutôt à la thérapeutique médicale.

***

Un traitement médical nouveau des abcès du poumon a été proposé en 1935 par Goldkorn (de Varsovie) : le benzoate de soude en injections intraveineuses. En dehors des publications de cet auteur, différents travaux ont paru sur ce sujet en France et à l'étranger. Tout récemment, le Docteur René Barbot et le Docteur Jean Nicolaï ont consacré leurs thèses inaugurales à la méthode de Goldkorn (1).

Goldkorn injecte dans la veine une dose moyenne journalière de 20 c.c. de solution à 20 % ou 40 c.c. de solution à 10 % (4 gr. de benzoate de soude). La quantité, toutefois, doit être telle que le malade éprouve un symptôme spécial « de saturation » : une sensation olfactive et gustative plutôt agréable due à l'exhalaison benzoïque après saturation du parenchyme pulmonaire. On poussera la dose injectée jusqu'à obtenir ce symptôme.

L'injection sera très lente (cinq minutes *au moins*) en refluant le sang dans la seringue (il n'y a pas de coagulation avec le benzoate). Injection tous les jours, pendant deux à quatre semaines. Employer du benzoate très pur et la solution à 10 % de préférence, la préparation pouvant être douloureuse et étant sclérosante pour les veines, à une certaine concentration. L'injection peut déterminer aussi une sensation de vertige, une douleur au creux épigastrique et des vomissements. Ces inconvénients, s'ils ne doivent pas faire rejeter la méthode, commandent néanmoins une certaine prudence.

La valeur thérapeutique de cette méthode a besoin encore, pour être établie, de cas plus nombreux. Goldkorn en est très enthousiaste (18 guérisons sur 22 cas). M. Barbot a rapporté quatre observations favorables chez l'enfant. M. Nicolaï se montre moins affirmatif, les résultats positifs acquis n'étant pas tous, dit-il, démonstratifs. Même opinion du Pr Sergent. La méthode, néanmoins, est intéressante et mérite d'être connue.

P. Lacroix.

(1) Docteur R. Barbot. Traitement des abcès du poumon chez le nourrisson et les jeunes enfants par le benzoate de soude intraveineux. (Thèse de Paris, 1939).

— Docteur J. Nicolaï. Le traitement des abcès du poumon par le benzoate de soude. (Thèse de Paris, 1941).

LA RÉACTION XANTHO-PROTÉIQUE CHEZ LES NÉPHRÉTIQUES

Docteur Robert TRICOT,

Interne des Hôpitaux de Paris

Chez les néphrétiques, à côté du rôle de l'urée sanguine, celui de nombreux autres corps faisant partie de l'azote non protidique du sérum sanguin doit être envisagé. Pour déceler les modifications quantitatives de certains d'entre eux, on peut employer la réaction xantho-protéique. Elle témoigne des modifications des corps à fonction phénol.

La réaction xantho-protéique est à un taux élevé au cours de nombreuses affections, mais son élévation est surtout importante dans les maladies rénales chroniques. Elle doit être comparée au dosage de l'urée sanguine ; elle s'élève en même temps que celle-ci, mais pas toujours de façon parallèle. Elle rend compte de tous les corps à noyaux phénoliques formés par l'organisme, corps qui peuvent être de haute toxicité. A ce titre, la réaction pourra nous indiquer non seulement le degré d'imperméabilité rénale mais encore son retentissement sur l'organisme, et fournir un élément de pronostic au cours des affections rénales.

Cette réaction est d'une technique simple. On utilise le sang, le plasma ou le sérum. Elle consiste en une coloration jaune produite, dans certaines conditions, avec de l'acide nitrique fort. Après refroidissement et addition d'ammoniaque ou d'alcali, la couleur de la solution vire au jaune orangé. La réaction a été basée sur ce fait d'observation courante que l'acide nitrique au contact prolongé avec la peau donne des taches jaunes dues aux acides aminés aromatiques qu'elle renferme. On compare, comme mesure colorimétrique, avec une solution titrée de bichromate de potassium (à 0,03874 %) à laquelle on attribue la valeur 100. Le chiffre normal de la réaction est inférieur à 25. (*Thèse de Paris*, 1941).

DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DES ADÉNOFIBROMES DU SEIN

C'est un fait établi que l'amélioration des résultats dans la chirurgie du sein ne tient pas seulement au perfectionnement de la technique opératoire mais aussi à la précision plus grande de diagnostic.

Il est reconnu qu'un nombre important d'adénofibromes du sein peut subir la dégénérescence, que certaines tumeurs localisées présentent des signes physiques de malignité sans que l'histologie confirme cette apparence et qu'inversement le carcinome et le sarcome peuvent envahir une tumeur pré-existante à bas bruit et sans susciter de signes d'alarme.

C'est en raison de ces faits que tout adénofibrome doit être enlevé, particulièrement si la tumeur accroît son volume.

Les adénofibromes sont généralement considérés comme des néoplasies du tissu conjonctif ; en réalité ils contiennent toujours dans leur structure une certaine quantité d'épithélium. D'où les deux types possibles de dégénérescence, en raison de la présence de ces deux tissus, avec, pourtant, une prédominance nette du sarcome.

Les deux types de dégénérescence donnent souvent à l'intervention un excellent résultat, car le carcinome et le sarcome peuvent être limités à l'adénofibrome originel.

La fréquence de la dégénérescence de l'adénofibrome est inconnue parce que : 1° les travaux sur ce point sont peu nombreux ; 2° il est parfois difficile de différencier à l'examen anatomo-pathologique les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes ; 3° la terminologie en usage est très mouvante.

J.-M. Miller et S.-W. Harrington, de la Clinique Mayo, ont observé un certain nombre de malades chez qui un adénofibrome primitif avait dégénéré. Quinze de ces malades présentaient un carcinome et vingt-quatre un sarcome.

Neuf des malades à carcinome et quatorze des malades à sarcome survécurent cinq ans au plus à l'intervention.

En conclusion, la doctrine est confirmée que toute tumeur du sein étiquetée fibro-adénome doit être enlevée le plus tôt possible soit pour exclure une malignité déjà en cours, soit pour préserver l'avenir.

G. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Fer et grossesse

Le fœtus emprunte à l'organisme maternel une assez grande quantité de fer, remarque le Docteur H. VIGNES et, même, il est proportionnellement plus riche en fer que l'adulte. Se rapportant à des données de laboratoire très précises et intéressantes, cet auteur rappelle que le taux du fer diminue graduellement à partir de la naissance dans l'ensemble de l'organisme, dans le foie et dans le sang. Puis, il montre que le fer fœtal va contribuer à la synthèse de l'hémoglobine, et se fixer sous cette forme dans les hématies.

Un apport insuffisant de fer ou une anémie maternelle a donc pour conséquence logique une déficience du fer dans les tissus. Or, comme il est fréquent que la femme s'appauvrisse en fer pendant la grossesse, il faut porter attention à assurer à la femme enceinte une alimentation assez riche en fer. Son administration thérapeutique deviendra parfois nécessaire, et déterminerait une stimulation momentanée de la moelle. (*La Presse Médicale*, 25 janvier 1941).

Notions récentes sur l'épidémiologie et la prophylaxie du typhus exanthématique

Au cours d'une revue générale très complète de cette importante question, P. MELNOTTE met au point la révision de certaines notions, précédemment admises, et qui ne sont plus de mise actuellement.

Le typhus exanthématique appartient à un groupe de maladies qui constituent la famille typho-exanthématique, identique, quels que soient ses types, par ses caractères cliniques (fièvre, tuphos, exanthème), étiologiques (leur agent est un protozoaire du type rickettsia), anatomo-pathologiques, immunologiques et épidémiologiques. A ce dernier point de vue, les agents de transmission sont des insectes hématophages : le poux pour le typhus exanthématique classique ; le rat et ses puces pour les typhus murins ; les tiques pour les fièvres exanthématiques du bassin méditerranéen, du Japon, de Malaisie.

En ce qui concerne le typhus exanthématique, le typhus le plus dangereux au point de vue de la transmission de la maladie est le typhus grave, surtout à la première semaine de son évolution ; en effet, il infecte le pou dans 46 % des cas ; les formes légères ne l'infectent que dans la proportion de 2 à 3 %, et les formes inapparentes ne l'infectent pas du tout. Le pou infecté peut vivre longtemps, jusqu'à 42 jours après le début de l'infection à la température de 32°-34° ; s'il est faiblement infecté, il survit jusqu'à deux mois entre 30 et 34°, et plus encore à basse température (dans les plis des vêtements) jusqu'à trois et quatre mois. Cette notion permettrait déjà d'expliquer les intervalles libres de l'endémie. Mais ce n'est pas tout, ainsi qu'on le croyait, car, même morts, les poux peuvent être agents de transmission, puisqu'ils ne transmettent la maladie que par leurs excréments ; ceux-ci pourraient garder une virulence trois mois, et même un an.

Les poux ne sont donc plus de simples agents de transmission de la maladie ; ils deviennent un réservoir de virus endémique soit par leurs cadavres, soit surtout par leurs excréments parasitant les effets, les objets de literie, les tapis.

Enfin, il y a lieu de considérer, pour le sujet, l'état de réceptivité : soit générale (carence en vitamine C durant les mois d'hiver, les disettes, les exodes) ; soit spécifique.

Ces diverses données doivent servir de base à la prophylaxie, en y ajoutant la vaccination par le vaccin de Weigl (virus typhique lui-même tué) et mieux par celui de Blanc, qui utilise un para-virus , le virus murin qu'on peut employer vivant, atténué par divers procédés (dilué, bilié, desséché, dilué et enrobé).

Au Maroc, en 1937-38, le vaccin de G. Blanc a pu arrêter rapidement l'épidémie, sans le secours de l'épouillage d'ailleurs impossible à pratiquer dans de grandes villes, surtout indigènes. Les 1.600.000 vaccinations déjà réalisées dans cette colonie permettent d'espérer que cette prémunition collective dans des populations de zones endémiques, (dont on ne connaît pas encore la durée exacte, mais qu'on sait dépasser trois ans) éteindra peu à peu les foyers, dont la reprise épidémique menace le monde entier. (*Journal des Praticiens*, 4 et 11 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne

(M. A. BAUDOUIN ; 4-3-1941)

La diphényl-hydantoïne a été préconisée en Amérique, en 1938, par Merritt et Putmann dans le traitement de l'épilepsie et particulièrement des manifestations du petit mal, de thérapeutique si décevante. Les auteurs américains emploient un sel sodique de diphényl-hydantoïne, connu sous le nom d' « Epanutin » et le prescrivent à la dose moyenne de trois capsules de 0 gr. 10 par jour, prises aux repas. Si le résultat thérapeutique est insuffisant, ils arrivent à 0 gr. 40 et 0 gr. 50 mais ils évitent les doses plus élevées par crainte de phénomènes toxiques (accidents nerveux, rashs variés) ;

M. Baudouin a traité par cette médication treize malades dont les troubles morbides étaient restés rebelles aux thérapeutiques classiques. Les résultats ont été encourageants tout en comportant des échecs (trois bons résultats sur cinq cas de grand mal ; quatre bons résultats sur six cas de petit mal). Au point de vue des accidents de la médication, M. Baudouin, chez ses malades, a observé seulement une érythrodermie ; aucun trouble nerveux, ni digestif.

Les essais avec le produit américain ne peuvent plus être continués, les provisions étant à peu près épuisées, mais une marque française de diphényl-hydantoïne est actuellement préparée et s'est montrée identique au produit américain.

La diphényl-hydantoïne, dit en terminant M. Baudouin, n'est certes pas une panacée de l'épilepsie ; c'est toutefois une arme des plus utiles à opposer à cette affection.

— M. PAGNIEZ connaît quelques cas qui lui ont démontré la haute valeur des sels d'hydantoïne, médication nouvelle et intéressante de l'épilepsie.

Sur l'emploi des colorants dans l'alimentation et leur action nocive à longue échéance

(M. G. ROUSSY ; 25-2-1941)

A propos du rapport de M. Tanon relatif à l'emploi, pour la coloration des limonades, sirops et boissons gazeuses, des colorants minéraux dérivés de la houille, M. Roussy revient sur l'action nocive possible, à longue échéance, de ces colorants.

La plupart des colorants utilisés aujourd'hui dans l'alimentation sont des dérivés naturels ou synthétiques du goudron, donc des substances éminemment cancérigènes. Le Professeur agrégé Reding (de Bruxelles) a présenté sur ce sujet aux Journées internationales de cancérologie de Liége une intéressante étude dont voici quelques extraits :

Di Maio a relevé 248 cas de cancers de la vessie chez des ouvriers travaillant (depuis 2 à 35 ans) dans des usines de matières colorantes (aniline, etc.). B. Fischer a provoqué chez le lapin, avec le rouge écarlate, des proliférations épithéliales temporaires. L'école japonaise de Sazaki et Yoshida a établi sur des centaines d'animaux l'action cancérigène du jaune d'aniline, colorant d'un usage courant dans l'industrie alimentaire. Kinosita a montré le pouvoir cancérigène chez le rat du jaune de beurre, colorant liposoluble utilisé pour teinter les beurres et margarines.

A la suite du rapport du Professeur Reding, une commission a été nommée. Elle a conclu ainsi ses travaux :

Considérant :

1° qu'un certain nombre de substances destinées à l'alimentation et à la thérapeutique ont une action nocive à longue échéance (ce fait est établi expérimentalement).

2° que l'absorption quasi-journalière de ces substances peut, à la longue, devenir dangereuse pour l'homme.

3° que beaucoup de ces substances sont sans utilité.

Souhaite voir les autorités intéressées :

1° Envisager la réglementation de l'emploi de ces substances et même leur prohibition ;

2° Encourager les recherches destinées à fixer les tests de toxicité à longue échéance de ces produits.

Il va sans dire que les études d'ordre expérimental dont il vient d'être question devront être reprises plus complètement avant de savoir s'il est possible ou non de reporter à l'homme les résultats obtenus chez l'animal.

L'injection à l'homme de sang dilué préparé en partant du sang conservé

(MM. Léon BINET et M. SUREAU ; 18-2-1941)

MM. Binet et Sureau rapportent huit observations dans lesquelles l'injection de sang dilué a été employée et suivie de résultats favorables. Le sang utilisé était du sang conservé, de date quelquefois plus ancienne que d'habitude (4, 6 semaines), dilué dans du sérum physiologique. L'observation princeps concernait une hémorragie grave par insertion vicieuse du placenta.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE PROBLÈME DES MÉDECINS ÉTRANGERS

Un lecteur nous écrit :

Je suis né en Belgique en 1914 de parents belges. Après la guerre (1914-1918) alors que mon père, prisonnier, mourait des suites de la guerre, ma mère est venue en France avec ses onze enfants pour cultiver la terre. A l'âge de 14 ans une longue maladie, qui me laissa infirme, m'orienta vers les études médicales. J'ai fait toutes mes études secondaires à R. ainsi que mon P. C. B. et mes études médicales. Je viens de passer ma thèse et d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Il y a deux ans j'ai été naturalisé après avis favorable du Syndicat des médecins de D. Ma famille habite toujours la France. Mes frères sont mariés à des femmes françaises. En 1940, j'ai un frère qui a fait la campagne de Belgique. Au mois de mai, pendant l'évacuation de la population du Nord de la France et de la Belgique, j'ai assuré avec un confrère de D., jour et nuit, le service médical pour les réfugiés.

Ensuite, pendant l'exode je suis resté seul médecin civil pour assurer le service médical à D. et dans la région et cela pendant *plus de deux mois*.

Il y a deux mois j'ai fait une demande d'autorisation d'exercer la médecine en France. Le Conseil de l'Ordre des médecins refuse de retenir ma demande. On me reproche de ne pas avoir honoré la science. Je viens de passer ma thèse et ce n'est pas à mon âge que l'on peut exiger des titres scientifiques.

On me reproche de ne pas avoir fait de service militaire. En quoi suis-je responsable, c'est l'autorité française qui m'a exempté du fait d'une ankylose complète du genou gauche. Pendant cette guerre j'ai fait mon devoir de mon mieux.

C'est la France qui m'a accueilli, c'est la France qui m'a permis de passer mes études médicales. C'est la France qui a accepté ma naturalisation. Pourquoi alors après tant de générosité me refuser le moyen de gagner ma vie.

Je demande simplement l'autorisation d'exercer la médecine en France et en tant que Belge, ami de la France, souffrant et éprouvé de la défaite comme tous les Français, de ne pas être mis sur le même pied que tous les juifs et étrangers, par le Conseil de l'Ordre des médecins de la S.

J'ose espérer que vous comprendrez mon angoisse et que vous me donnerez votre opinion sur ma situation qui me semble bien particulière.

Veuillez agréer...

Le signataire de cette lettre m'est complètement inconnu et je ne sais de lui que ce qu'en révèlent ces quelques lignes.

Mais le ton est digne, mesuré, expurgé de pathétique et d'acrimonie. C'est le ton même qui, à mon avis, donne son poids à un reproche exprimé. Or cet homme élève un reproche à l'encontre de la France. Entre dix, vingt lettres reçues ici sur le même sujet celle-ci vaut d'être retenue pour aborder le problème des médecins étrangers.

Car ce problème, il faut enfin se décider à le dire, la loi du 16 août ne l'a pas résolu ; elle l'a posé, rien de plus.

En écrivant ces mots je n'ignore pas à quoi je m'expose car les passions sont déchainées. Je ne suis ni un traitre ni un vendu mais simplement un Français qui ne reconnaît plus le vrai visage de son pays et qui aspire à le retrouver.

Il n'est pas, il n'est plus question, dans le misérable état où nous sommes, de générosité, d'hospitalité, ni de grands sentiments humains : nous n'avons plus les moyens de faire des largesses et je réclame pour la France le droit d'être, dans son dénuement, un peu égoïste. Mais à elle je lui demande ne ne pas se défigurer tout à fait et, malgré les rigueurs du présent, d'avoir encore égard à son passé.

Il y a certaines catégories d'étrangers que nous nous accordons tous à répudier ; les circonstances nous donnent l'occasion ; chassons les tard-venus, les inassimilés, les volées de rapaces qui trop longtemps pillèrent notre grain.

Il y en a d'autres dont le sort, avant d'être réglé, mérite mesure et réflexion.

Et puis il y en a à qui va d'emblée la sympathie. Une loi ne peut codifier le sursis de la réflexion ; une loi ne peut s'infléchir au gré des sympathies. Et c'est ce nuancement dans la rigueur que je demande aujourd'hui.

La loi du 16 août a édicté une défense atténuée seulement de deux exceptions. L'exception en faveur de ceux qui ont « honoré leur patrie d'adoption », si elle est prise à la lettre (et elle mérite de l'être, par l'honneur qu'elle vaudra en retour aux bénéficiaires) jouera peut-être en faveur de trois ou quatre noms. Ce serait une dérision pour la France qu'il en fût autrement.

L'exception en faveur de ceux qui ont servi dans une unité combattante est environnée d'obscurité, car ce concept est un héritage de l'autre guerre qui n'a rien de commun avec celle-ci. Dans une bousculade comme celle de mai et juin dernier, qui peut, sur le vu d'une affectation, apprécier les risques couru ?

L'on m'a cité le cas d'une femme de médecin qui s'était présentée à une administration publique tendant d'une main l'avis que l'autorisation d'exercer était refusée à son mari, et de l'autre une dépêche reçue le matin même annonçant que celui-ci venait d'être tué sur le champ de bataille.

La sympathie se fonde sur des facteurs impulsifs mais qui, en l'occurrence, méritent de retenir l'attention. Il s'agit avant tout de la proximité de race, de culture, de langage, de sensibilité. N'est-il pas vrai que nous tendrons plus spontanément la main à un Wallon, à un Suisse Romand ou à un Canadien français qu'à tout autre ? Sympathie dont il conviendra de se méfier pour ne pas être joué à l'occasion, mais dont il ne conviendra pas de se défendre systématiquement sous peine de renier des attaches profondes.

En fait c'est la valeur intrinsèque de chaque individu, son tonus moral, l'estime qu'il a su inspirer autour de lui qui devraient être les éléments d'appréciation lorsque se pose le problème d'autoriser ou d'interdire un médecin étranger.

Il était question avant la guerre de sélectionner nos importations humaines. L'occasion se présente.

Il faudrait que ce fussent les propres voisins et directs concurrents du médecin étranger dont le témoignage jouât en sa faveur ou contre lui. S'ils le condamnent, qu'il soit condamné. A l'instant de signer leur déposition ils auront consulté leur conscience, non des textes, ils auront cité des faits, développé des griefs, confronté des fautes et le châtiment. La Commission supérieure jugerait alors sans courir le risque d'admettre un indésirable chanceux ou débrouillard, de rejeter un honnête homme desservi par les circonstances.

On ne casse pas les reins de gaîté de cœur à un animal, à moins d'être en état de légitime défense.

Le refus d'autorisation équivaut à cela, si l'on veut bien penser cinq minutes aux conséquences.

Nous ne sommes pas accoutumés, en France, à ces méthodes d'une simplicité antique.

Peut-être vaut-il mieux ne pas s'y accoutumer et se donner les chances d'un peu de justice. Car c'est de justice qu'il s'agit ici, non de pitié ; à ce compte les Français en mériteraient plus que quiconque et ils n'en veulent point.

Ces simples réflexions, inspirées par la lettre du jeune médecin belge, j'ai tenu à honneur de les exprimer. Car, à mon avis, c'est une injustice de lui interdire l'exercice de sa profession. Infirme, n'ayant pu être admis dans l'armée, mais demeuré sur place dans une ville bombardée pour soignerla population civile il a mieux servi la France que bien des porteurs d'uniforme. Les textes cependant l'excluent.

Il ne sera pas dit qu'en France personne n'ose encore plaider pour les causes compromises et qu'on n'y élève plus la voix que pour crier « haro » sur le baudet.

Que nul ne voie ici une bravade ; c'est seulement un devoir de conscience qu'il fallait accomplir.

G. Lavalée.



COMMENTAIRES SUR L'ABROGATION DU DÉCRET DU 20 MAI 1940

Nous avons publié dans notre numéro du 27 avril, le texte de la loi du 2 avril 1941, qui était attendue, et, par beaucoup, souhaitée. Le décret abrogé constituait en effet, pour les jeunes médecins, un obstacle considérable à la possibilité de gagner leur vie. Il ne se justifiait plus que partiellement par la nécessité de sauvegarder les droits de leurs confrères prisonniers. La loi qui vient de naître paraît vouloir concilier ces deux exigences, également respectables, mais contradictoires. Elle pourrait donc être une loi bienfaisante. Est-ce à dire qu'elle soit parfaite ? Nous n'étonnerons personne en signalant qu'elle présente des défauts de structure et des imperfections de rédaction. Mais nous voudrions tout d'abord mettre en lumière quelle étape importante cette loi va faire franchir à l'organisation de la profession médicale.

Voilà en effet, pour la première fois, législativement amorcée la limitation du nombre des médecins. Sans doute, n'est-ce encore qu'une faculté, réservée par l'article 2 au Conseil supérieur de l'Ordre sur demande de chaque Conseil départemental, et cette limitation n'est-elle envisagée que dans le cadre du département.

Mais il est facile de prévoir que les Conseils départementaux useront largement de l'initiative qui leur est offerte, et que, du cadre départemental, la limitation médicale sera rapidement étendue à tout le territoire national.

Nous n'en sommes pas encore à la « charge médicale » du Docteur Taberlet, mais nous sommes en route pour y aboutir, car, après la limitation départementale, sera-t-on loin de la répartition des médecins à l'intérieur de cette circonscription, par rapport aux besoins de la population ? Y aura-t-il là un mal ? Pas nécessairement, mais ces réformes ne sont-elles pas cependant grosses de dangers ?

Tout peut dépendre d'abord de l'autorité qui présidera à ces mesures révolutionnaires. L'autorité corporative aura toutes chances de mieux faire que l'autorité gouvernementale, qui serait, la plupart du temps, insuffisamment éclairée.

Mais l'esprit dans lequel ces décisions seront appliquées importera surtout. Si *numerus clausus* il doit y avoir, il faudra que jamais le candidat à qui l'on aura refusé un poste, ne puisse être effleuré du soupçon qu'il a été écarté uniquement pour défendre dans leur tranquillité des clientèles pléthoriques. Que l'on se souvienne que l'article 2 décide que « le nombre des médecins admis dans un département choisi ne saurait en aucun cas, être inférieur à celui des médecins en exercice à la date du 1er septembre 1939 ». C'est donc une limite minima que fixe la loi, mais non une limite maxima.

Dans la fixation de cette limite maxima, devra toujours être observée la plus grande objectivité. S'il en était autrement, le désordre ne manquerait pas de naître, et l'application de l'art. 2 risquerait d'être confiée à d'autres qu'aux dirigeants corporatifs. La fonctionnarisation serait alors un fait accompli.

L'autre forme de péril vient de ce que se trouve conféré à l'Ordre, organisme purement disciplinaire et représentatif, un rôle calqué sur celui des Comités d'organisation, créés dans le domaine industriel ou commercial en exécution de la loi du 16 août 1940. Par le fait même qu'il fixe le nombre des médecins nécessaires dans un département, l'Ordre prend la responsabilité d'assurer la subsistance de ces médecins. Par quels moyens peut-il y parvenir ? Fixation des postes par voie d'autorité ? Secours éventuels d'une Caisse corporative aux médecins en difficulté ? Autant de pas aussi vers la fonctionnarisation.

Telles sont les perspectives à évolution plus ou moins certaine, à plus ou moins rapide échéance, qu'ouvre aux médecins la loi du 2 avril 1941. C'est à ceux-ci de démontrer que point n'est besoin pour eux d'une discipline autre que celle qu'ils consentent librement.

Examinons maintenant la loi, dans son texte. En premier lieu, notons que le décret du 20 mai est abrogé seulement en ce qui concerne les cabinets médicaux. Il continue donc à s'appliquer pour les cabinets dentaires. Serait-ce que les praticiens de l'art dentaire auraient des exigences différentes de celles des médecins ou qu'ils auraient été moins actifs que ceux-ci dans leurs campagnes pour une réforme ?

En second lieu, relevons que la loi du 2 avril contient à la fois une réglementation générale permanente (art. 1er, § 2 et article 2) et des dispositions exceptionnelles et temporaires, comme celle sur la protection des postes de médecins prisonniers, ou celle réglant le sort des cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940. Il en résulte une fâcheuse impression de confusion.

Louons cependant le premier essai de codification contenu dans le § 2 de l'article 1er. « L'exercice de la médecine est et demeure soumis aux conditions fixées par les lois des 30 novembre 1892 (sur l'exercice illégal), 16 août 1940 (sur les étrangers), et 7 octobre 1940 (sur l'Ordre) ». Ces textes fragmentaires et dispersés, point ou mal

pourvus de sanctions gagneraient à être réunis en un ensemble cohérent, doté de sanctions communes et efficaces. Si nous sommes bien informés, une loi est en préparation dans ce sens. Souhaitons qu'elle soit rapidement promulguée, et saluons-en dès maintenant le signe précursur dans l'extrait de la loi du 2 avril que nous venons de reproduire.

Approuvons aussi le législateur d'avoir voulu protéger les droits des médecins prisonniers. Y a-t-il cependant tout à fait réussi ? Que veut dire exactement : s'installer « aux lieu et place » d'un médecin ? Est-ce s'installer dans le ressort de sa clientèle, dans sa commune, dans sa maison ? N'aurait-il pas été préférable d'interdire toute installation dans un rayon déterminé autour du cabinet du prisonnier, par une disposition analogue à celle de l'article 7 du décret du 11 septembre 1939 sur les médecins requis ?

Par ailleurs, quelle est la sanction de cette interdiction ? Le refus d'inscription au tableau de l'Ordre. Mais si le médecin à qui cette inscription a été refusée, passe outre et exerce tout de même ? Seules des sanctions disciplinaires lui sont maintenant applicables, alors que le décret du 20 mai prévoyait, dans le cas d'installation sans autorisation préfectorale, la condamnation du délinquant à une amende de 500 à 5.000 francs. Là donc en particulier, se manifeste la grande utilité de cette loi en préparation, que nous signalions plus haut.

Passons à l'article 2. Ainsi, du fait de l'abrogation du décret du 20 mai, l'installation d'un cabinet médical est devenue libre. Tous les jeunes médecins vont pouvoir s'installer où ils le veulent, sous la seule réserve de ne pas empiéter sur le domaine d'un médecin prisonnier. L'inscription au tableau doit leur être automatiquement accordée, s'ils remplissent les conditions fixées par les lois et règlements, et s'ils réunissent les conditions de moralité requises. « Elle ne pourra en tous cas leur être refusée pour motifs tirés de l'encombrement de la profession, précise la loi du 2 avril, à moins que l'inscription sollicitée n'ait pour effet de dépasser le maximum fixé par la délibération du Conseil supérieur ».

Donc, si nous comprenons bien, tant qu'aucun chiffre n'aura été officiellement adopté par le Conseil supérieur, aucun Conseil départemental ne pourra refuser une inscription au tableau. Les places vont donc appartenir aux premiers occupants. A quelle ruée n'allons-nous pas assister ? Pour remédier à pareil état de choses, les Conseils départementaux suspendront-ils toute admission jusqu'à décision de limitation prononcée par le Conseil supérieur ? Ce serait un procédé dont la légalité serait contestable.

Il serait difficile d'imposer à des jeunes dont les besoins de travail sont impérieux, une aussi longue attente. Ceux-ci seront donc sages en formulant très rapidement leur déclaration de candidature, pour prendre rang. Le législateur n'a pas aperçu cette difficulté de mise en route, car il aurait pu y remédier en prévoyant une procédure rapide et des délais très courts pour le prononcé de la décision du Conseil supérieur.

De même n'a-t-il pas vu qu'en fait, risquaient d'être favorisés, par rapport à leurs confrères plus timorés, ceux qui, en contravention des dispositions du décret du 20 mai, se sont installés sans autorisation préfectorale. Car à l'heure actuelle, ils occupent une place dont il devra être tenu compte dans le calcul du chiffre limite départemental. Le Conseil départemental pourrait-il prendre motif de l'irrégularité passée de la situation de ces médecins, et leur refuser l'admission au tableau, pour cause de moralité ? Ce pourrait être discutable, car, un principe de droit nettement établi veut que l'abrogation d'une loi contenant des sanctions pénales ait des effets rétroactifs, si ces sanctions sont ou supprimées ou adoucies par la nouvelle loi.

Le décret du 20 mai 1940 contenait des peines d'amende. La loi du 2 avril l'abrogeant a donc pour effet de rendre inattaquables pénalement les médecins en question. Pourquoi sur le plan disciplinaire être plus sévère que le législateur ne l'est sur le plan pénal ? D'autre part, pourrait-on, en conscience, frapper un confrère pour une infraction à un décret communément jugé mal fait et inadéquat à la situation actuelle et que le législateur a condamné lui-même en l'abrogeant ?

Bien entendu, tout ceci ne vaut que si le cabinet créé sans autorisation l'a été sans nuire aux intérêts d'un prisonnier. Au cas contraire, il faudrait évidemment punir l'intéressé sur le plan déontologique, seule sanction dont l'Ordre puisse actuellement disposer.

Un dernier paradoxe, plus apparent que réel, vaut d'être signalé en terminant. L'article 3 de la loi du 2 avril, reprenant presque textuellement l'article 2 du décret du 20 mai, soumet les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940, à une autorisation du Conseil supérieur, en cas de maintien après la cessation des hostilités, et les traite ainsi plus sévèrement que ceux créés depuis le 20 mai, sans autorisation. C'est exact. Mais l'article 3 est une disposition qui doit se rattacher aux textes sur l'organisation de la nation en temps de guerre. Il protège les droits des mobilisés et servira à régler la transition du temps de guerre antérieur à la débâcle au temps de paix. Les autres articles de la loi du 2 avril dûment amendés et complétés serviront au contraire de façon permanente.

Souhaitons qu'ils soient appliqués dans un esprit de compréhension et de justice.

Pierre DOURIEZ.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Par le Professeur J. VANVERTS

La responsabilité des médecins a été fréquemment soulevée par les plaintes qui ont été déposées contre eux en justice.

La plupart de celles-ci ont abouti soit à un non-lieu, soit à un acquittement. Quelques condamnations, prononcées en première instance, ont été annulées en appel.

D'autres ont été confirmées. Parmi elles, certaines étaient justifiées en raison de l'impéritie ou de l'imprudence indiscutables dont avait fait preuve le médecin. Quant aux autres, elles ont été considérées par le Corps médical comme n'étant pas fondées et elles ont produit chez lui une sensation de malaise et d'inquiétude.

Les juges se rendent compte que les conditions dans lesquelles s'exerce la médecine sont spéciales. Ils savent que le médecin a besoin d'initiative et de liberté dans le choix des moyens de diagnostic et de traitement et qu'il n'encourt aucune responsabilité s'il agit avec science et prudence. Cette responsabilité ne peut être engagée que s'il a commis une « faute lourde ». C'est sur l'existence ou l'absence de celle-ci que les condamnations ont été basées ou que l'acquittement a été prononcé.

Les médecins se demandent avec anxiété ce qu'il faut entendre par « faute lourde », car ils reconnaissent qu'ils ont maintes fois exécuté des actes dans les conditions qui ont été reprochées à leurs confrères et qui ont entraîné leur condamnation.

Ainsi en est-il, en particulier, pour l'anesthésie générale dont les accidents ont été l'une des bases des plaintes déposées contre les médecins et dont je m'occuperai exclusivement.

Du fait que l'anesthésie générale peut provoquer des accidents, parfois mortels, peut-on reprocher au médecin de l'avoir employée ou de ne pas lui avoir préféré un autre mode, moins dangereux d'insensibilisation ? Peut-on lui faire grief de ne pas avoir respecté intégralement les règles fixées pour son administration en confiant celle-ci à une personne non pourvue du diplôme de docteur en médecine ?

Une première catégorie de faits comprend ceux où, en raison de l'importance et de la nature de l'opération, l'anesthésie générale est indispensable. Seules, les conditions dans lesquelles celle-ci a été administrée pourraient, si elles n'avaient pas été normales, engager la responsabilité du médecin. J'envisagerai ultérieurement cette question.

La deuxième catégorie de faits est constituée par ceux où l'utilité de l'anesthésie générale n'est pas absolue et est par conséquent discutable.

Comme je le rappelais dans un travail publié dans le numéro du 17 novembre 1940 du *Concours médical*, l'anesthésie chirurgicale poursuit deux buts :

1° Elle est destinée à supprimer la douleur. Le médecin a le devoir d'éviter la souffrance à ses malades dans tous les cas où il n'existe pas une contre-indication absolue à l'emploi de l'anesthésie, éventualité, du reste, exceptionnelle ;

2° L'anesthésie permet d'effectuer les interventions dans de meilleures conditions, d'augmenter ainsi leurs chances de succès et d'éviter les complications.

Peut-on comparer, au point de vue de l'aisance et de la perfection de l'exécution, une application de forceps ou une version par manœuvres internes pratiquée sous le couvert ou en l'absence de l'anesthésie générale ?

L'incision d'un abcès sans insensibilisation préalable expose, comme je le rappelais dans le travail précédemment cité, à une évacuation insuffisante du pus, à l'abandon de clapiers où le pus stagnera, à un drainage défectueux. L'infection persiste dans ces conditions, s'aggrave parfois et nécessite une nouvelle intervention.

C'est ainsi que la phalangette se nécrose à la suite de l'ouverture insuffisante d'un panaris. C'est ainsi encore que les cicatrices multiples et inesthétiques, qui sillonnent un sein et qui rendent celui-ci impropre à l'allaitement, sont trop souvent la conséquence d'incisions successives pratiquées sans le secours de l'anesthésie.

La réfection d'un périnée déchiré au cours de l'accouchement est trop fréquemment suivie d'un résultat si imparfait que Lecène conseillait aux médecins de n'y pas procéder et de laisser la cicatrisation de la plaie s'effectuer par seconde intention, puis de confier ultérieurement la réparation au chirurgien. J'ai combattu cette conclusion en faisant remarquer que le résultat était tout différent quand l'opération était effectuée dans des conditions favorables, dont l'une des principales était l'emploi de l'anesthésie.

Ces exemples de l'utilité de l'anesthésie, pour le succès des interventions, pourraient être facilement multipliés.

Cependant de très nombreuses opérations, du genre de celles que je viens d'envisager, continuent à être exécutées sans anesthésie.

En faveur de cette pratique ceux qui la défen-

dent déclarent que l'intervention est courte et que la douleur qu'elle provoque peut être supportée. La grande majorité des malades désirent qu'on leur évite des souffrances inutiles, qu'ils acceptent parce qu'elles leur sont imposées et qu'on leur déclare qu'il n'y a pas moyen de les éviter. Je signalais, dans un travail récent, le souvenir pénible que les enfants, auxquels on avait enlevé les amygdales et les végétations adénoïdes sans anesthésie, conservaient de cette opération.

Si certains médecins renoncent à l'emploi de l'anesthésie, malgré leur désir d'y avoir recours, c'est qu'ils craignent de voir leur responsabilité engagée si un accident survenait et d'être l'objet de poursuites. Il y a là une situation regrettable dans laquelle se trouve le médecin qui se prive et prive ses malades d'un moyen précieux de supprimer la douleur et de faciliter l'exécution d'un acte opératoire.

Les dangers de l'anesthésie générale (1) ne peuvent être niés ; mais il faut reconnaître qu'ils sont infimes et que leur éventualité ne peut guère être retenue quand il s'agit d'exécuter une opération. Que représentent-ils, en effet, en comparaison du nombre considérable d'interventions qui sont exécutées chaque jour et qui, grâce à l'anesthésie, peuvent s'effectuer correctement et sans douleur ? A-t-on le droit de diminuer les chances de succès sous prétexte d'éviter des accidents tout à fait exceptionnels ?

C'est en m'appuyant sur ces considérations que j'ai, à maintes reprises, conseillé vivement à mes élèves de ne pas craindre l'anesthésie et d'y avoir recours dans presque tous les cas où l'acte à exécuter doit être douloureux.

Ne doit-on pas préférer parfois et même souvent à l'anesthésie générale, l'anesthésie locale (2) dont l'innocuité est plus grande, sans toutefois être absolue ? C'est là une question qui a parfois été soulevée en justice.

Le champ de l'anesthésie locale a été étendu par certains chirurgiens à des opérations que d'autres continuent à exécuter sous l'anesthésie générale. Si tous sont d'avis que l'ablation d'une petite lésion superficielle ou que l'incision d'un panaris de la troisième phalange peuvent être pratiquée sous l'anesthésie locale (ou « régionale »), ils diffèrent d'opinion en matière d'opérations plus importantes.

Sans nier les résultats heureux obtenus par les partisans de l'anesthésie locale et l'habileté qu'ils manifestent dans la technique de celle-ci, je dois reconnaître que les opérés n'apprécient pas toujours cette méthode qui ne supprime pas complètement la douleur au niveau des plans profonds de la région opératoire — dans la cure de la hernie par exemple — et que, de ce fait, les manœuvres sont rendues plusmalaisées.

La question de la supériorité de l'un des deux modes d'anesthésie sur l'autre a souvent été discutée dans les Sociétés scientifiques. Elle n'a pas abouti à modifier la pratique des chirurgiens qui gardent leur préférence pour l'un ou pour l'autre. Il en résulte qu'il faut laisser à chacun le droit d'utiliser en toute liberté celui qui lui semble le meilleur, sans se laisser arrêter par la crainte de la responsabilité qu'il peut encourir en cas d'accident.

J'ajoute que, dans des circonstances spéciales, dues au jeune âge, à la pusillanimité du sujet, etc., le médecin peut être amené à recourir à l'anesthésie générale dans les cas où normalement il aurait employé l'anesthésie locale. La chloréthylisation générale offre, dans ces éventualités, des avantages qui peuvent lui faire donner la préférence.

Je ne crois pas devoir envisager la question des avantages et des inconvénients de la *voie respiratoire* ou de la *voie veineuse* dans l'anesthésie générale. Si la plupart des chirurgiens restent fidèles à l'inhalation, d'autres cherchent à parer aux inconvénients et aux difficultés que celle-ci présente dans certains cas en utilisant la voie veineuse qu'ils tendent à généraliser.

Le chloroforme, l'éther, le mélange de Schleich, le protoxyde d'azote, le chlorure d'éthyle (pour les opérations de courte durée) ont leurs partisans et leurs détracteurs.

Chacun doit rester libre, ici encore, d'utiliser la voie et l'anesthésique qu'il estime préférables, car aucun d'eux ne semble présenter sur les autres une supériorité incontestable.

Si l'utilité de l'anesthésie générale ne peut d'ordinaire être contestée, il importe que les

(1) De l'anesthésie générale, je rapproche l'anesthésie rachidienne qui, bien qu'en étant différente par la technique et par le mode d'action, permet d'obtenir dans certains cas des résultats analogues, mais qui expose, elle aussi, à des accidents. Ces deux modes d'anesthésie ayant leurs partisans et leurs détracteurs, il n'est pas permis — quelle que soit l'opinion que l'on professe à leur égard — de déclarer que l'un est préférable à l'autre. Je m'abstiendrai donc de discuter ici les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

Les considérations que je présente en ce qui concerne l'anesthésie générale s'appliquent à la rachianesthésie. Mais je dois ajouter que la question du choix à faire entre l'anesthésie générale et la rachianesthésie ne se pose pas pour le médecin praticien auquel on ne peut conseiller ce second mode d'anesthésie.

(2) De l'anesthésie locale je rapproche, au point de vue qui nous occupe et comme je l'ai fait pour l'anesthésie générale et la rachianesthésie, l'anesthésie des petites régions, telles que les doigts.

conditions requises pour son administration soient réalisées.

On a, à ce sujet, soutenu que l'anesthésie générale ne pouvait être effectuée que par un médecin. Or, beaucoup de chirurgiens la confient à des infirmières, religieuses ou laïques, qui en connaissent parfaitement la technique et qui l'appliquent attentivement sans se laisser distraire par l'acte opératoire : erreur que commettent trop souvent les médecins. Si le programme d'enseignement des élèves infirmières ne comporte pas et ne doit pas comporter la manière d'administrer les anesthésiques, un enseignement de perfectionnement peut être donné à celles qui, pourvues du diplôme de fin d'études, ont l'intention de se spécialiser dans l'anesthésie, de même que d'autres se spécialisent dans les travaux de laboratoire, etc...

Les tribunaux ont admis que le chirurgien avait le droit de confier l'anesthésie de ses opérés à une infirmière possédant sa confiance, à la condition qu'il soit présent et qu'il puisse exercer son rôle de surveillance.

Dans les cas d'urgence, le médecin, pris au dépourvu, et n'ayant pas la possibilité de recourir à l'aide d'un confrère ou d'une infirmière compétente, ne doit pas hésiter à confier l'anesthésie à une personne intelligente qu'il surveille pendant qu'il exécute l'opération. L'emploi des appareils, qui facilite l'administration des anesthésiques généraux, est très précieux dans ces circonstances. On ne saurait reprocher au médecin d'avoir fait « pour le mieux » en utilisant les moyens qu'il avait à sa disposition.

J'ai, au cours des remarques qui précèdent, insisté sur l'importance de l'anesthésie générale et sur les services qu'elle était susceptible de rendre. Mon but principal a été de montrer au médecin que son devoir était d'y recourir, sans craindre d'engager sa responsabilité, dans tous les cas où il estimait que son usage était indiqué.

Il me reste à envisager les moyens de diminuer le nombre des plaintes qui sont déposées contre les médecins et d'éviter des inculpations et des condamnations qui ne sont pas justifiées.

1° Il faut rappeler aux juges les conditions, qu'ils peuvent ne pas bien connaître, dans lesquelles évolue l'exercice de la médecine et de la chirurgie, les difficultés et les imprévus de la pratique médico-chirurgicale, les graves inconvénients qui pourraient résulter, pour la santé des malades, d'un frein mis, par la crainte des responsabilités, à l'initiative et la liberté d'action du médecin. C'est dans les conversations particulières et dans les plaidoiries d'avocats, sérieusement documentées, que la question peut être exposée.

2° Les experts ont un rôle important à remplir puisque les juges tiennent grand compte de leurs avis.

Ils n'ont pas à s'efforcer de prouver l'absence de responsabilité du médecin ; mais ils ont pour devoir, d'envisager les faits avec une impartialité absolue en tenant compte des circonstances dans lesquelles ceux-ci se sont produits et en se gardant de faire intervenir dans leurs conclusions leur opinion personnelle sur la préférence à donner à tel ou tel mode d'anesthésie. Ils doivent se rappeler, comme je l'ai fait remarquer, qu'aucun de ces modes n'est parfait, que les indications de chacun d'eux restent discutées et que, dans ces conditions, le médecin doit conserver le droit de choisir en toute liberté celui qu'il estime le meilleur ;

3° Dans les cas où des poursuites injustifiées atteignent les médecins, les Maîtres — professeurs et médecins ou spécialistes des hôpitaux — ne doivent pas hésiter à suivre l'exemple de J.-L. Faure et d'autres, et à se mettre à la disposition de leurs confrères pour les soutenir de leur autorité devant les Juges d'instruction et les Tribunaux.

4° Une dernière question, dont on appréciera l'importance, concerne l'abus des plaintes en responsabilité déposées contre les médecins.

La raison principale de l'augmentation progressive du nombre de ces plaintes est l'intervention d'agents d'affaires véreux qui poussent les familles à attaquer les médecins et à leur réclamer des dommages et intérêts que, en cas de condamnation, ils partageront par moitié avec elles.

Le médecin a, sans doute, s'il bénéficie d'un non lieu ou s'il est acquitté, le droit de se retourner vers le plaignant et de lui réclamer la réparation du dommage qui lui a été causé. Mais il lui est difficile, sinon impossible, de fournir au Tribunal la preuve du préjudice moral et matériel, toujours important, qu'il a subi. Le franc de dommages et intérêts qu'il réclame lui est rarement accordé pour cette raison. S'il s'avisait d'augmenter ses prétentions et de demander le paiement d'une somme importante et si sa demande était accueillie par le Tribunal, il se heurterait presque toujours à l'insolvabilité du plaignant.

L'impunité est donc presque absolue pour celui-ci.

Cette question mérite d'être envisagée par l'Ordre des médecins qui est chargé, depuis la dissolution des Syndicats médicaux, de la défense des intérêts moraux et matériels du Corps médical.

LIBRES OPINIONS



La suppression des cabinets de consultation secondaires

Docteur G. MARTINAUD, Bordeaux

Dans un récent numéro du *Concours médical*, un de nos confrères a exprimé son inquiétude au sujet de la suppression des deuxièmes cabinets. Les raisons invoquées avaient, à la vérité, un caractère un peu personnel Elles envisageaient seulement le dommage matériel subi par le praticien auquel un de ses cabinets secondaires est supprimé.

Nous pensons que le problème doit être considéré d'un point de vue plus général. Si on veut lui donner une solution exempte de toute équivoque, il faut l'envisager en rapport seulement avec les avantages qu'il peut apporter à la *communauté médicale.*

Au cours d'entretiens avec quelques membres du Conseil de l'Ordre de notre région, cette question a déjà été posée. Les difficultés soulevées ne nous ont point été cachées par le Président lui-même de ce Conseil, lors d'une première prise de contact.

C'est dire que cette suppression des deuxièmes cabinets, pour autant qu'elle puisse devoir se justifier, n'est pas sans soulever de la part de ceux qu'elle intéresse des objections non négligeables.

Le texte de la décision communiquée est le suivant :

« Les médecins ayant des cabinets multiples
« seront prévenus que, dans un délai de trois
« mois, ils auront à restreindre leur activité, à
« désigner le lieu où ils veulent définitivement
« exercer. Les postes ainsi abandonnés devront
« être le plus rapidement possible pourvus par
« les soins du Conseil départemental de l'Ordre.
« Il peut se présenter un cas particulier dont le
« Conseil sera juge ».

Lorsque nous avons posé à nos confrères du Conseil de l'Ordre, la question de savoir si la suppression de ces deuxièmes cabinets apporterait un avantage à *l'ensemble* des membres de la profession médicale, et que nous en avons demandé les raisons véritables, il nous fut répondu que le but recherché était de lutter contre la *pléthore.*

Pour notre part, nous n'avons jamais cru, et nous ne croyons pas encore, à la pléthore médicale. Il est établi que, dans notre pays, le pourcentage des médecins par rapport à la population est inférieur à celui existant à l'étranger. En réalité, le trop grand nombre des médecins est illusoire. Ce qui ne l'est pas, c'est leur mauvaise répartition.

Mais, en admettant que cette pléthore existe, qu'elle soit un obstacle à l'organisation médicale nouvelle, demandons-nous en quoi le retrait à un praticien d'un deuxième cabinet où il exerce occasionnellement va pouvoir agir sur cette pléthore.

Voyons les faits sans détours.

Prenons des exemples concrets.

Deux cas se présentent :

a) Un spécialiste d'une grande ville se rend chaque semaine une ou deux fois dans une ville d'importance secondaire où n'existe aucun autre spécialiste ;

b) Un spécialiste d'une grande ville se rend une ou deux fois par semaine dans une ville d'importance secondaire où existe déjà un ou plusieurs spécialistes de la même spécialité.

Dans le premier exemple, la présence du spécialiste paraît se justifier pour le bien public puisque, en venant ainsi régulièrement, il permet à la population de recevoir les soins de la spécialité qu'il pratique, et ce faisant, il n'est le concurrent d'aucun autre confrère

Dans le deuxième exemple, la situation paraît bien différente. La venue d'un spécialiste étranger à cette ville de deuxième importance et qui possède déjà un ou deux spécialistes en permanence ne paraît pas justifiée puisque la population peut recevoir constamment les soins des spécialistes locaux. Les consultations intermittentes mais régulières de ce deuxième spécialiste ne peuvent que soustraire une partie de la clientèle aux spécialistes déjà installés.

Si, dans le premier cas, aucun praticien n'a ouvert un cabinet stable dans la ville de deuxième importance, où vient périodiquement un confrère, c'est vraisemblablement parce que la région est insuffisamment peuplée pour permettre à un spécialiste de vivre des seules ressources de cette région.

Dans le deuxième cas, si malgré la présence d'un praticien dans la ville, un deuxième peut venir d'une façon intermittente et y avoir une clientèle, c'est que, si l'importance de la région peut faire vivre le spécialiste déjà existant, elle peut aussi nourrir exceptionnellement le confrère qui y vient périodiquement, mais demeure insuffisante pour assurer l'existence normale d'un troisième spécialiste permanent.

A une de nos objections, on a répondu :

Les spécialistes qui vont dans une région où n'existe pas déjà un praticien en permanence seront autorisés à y venir comme par le passé.

Par contre, le cabinet du spécialiste venant dans une ville où existent déjà d'autres confrères sera supprimé parce qu'il crée une *concurrence désagréable et injustifiée.*

Quand donc, je vous le demande, une concurrence sera-t-elle justifiée... et agréable !

Où donc, en tous cas, dans cette argumentation est-il question de lutter contre la pléthore ?

Il est bien évident que si ce praticien périodique ne vient plus faire sa consultation hebdomadaire, son retrait ne permettra pas pour cela à un spécialiste de venir s'installer d'une façon permanente. C'est donc une consultation qui sera supprimée et qui ne sera pas remplacée.

Cette décision n'aboutit en réalité qu'à écarter toute concurrence et à permettre aux spécialistes permanents de ne plus avoir à redouter la rivalité scientifique du confrère périodique. Cette décision n'a de valeur qu'autant qu'elle veut défendre la situation acquise. Ce faisant, elle transforme sans s'en douter une profession qui demeure un art et elle en fait une *fonction.*

Il prend, en effet, forme de fonctionnaire, ce confrère permanent devenu titulaire d'une véritable charge. Libéré de toute concurrence loyale, il devient un petit féodal de sa spécialité. Désormais, il n'a plus à craindre un savoir plus ordonné que le sien, une activité moins négligente que la sienne. Il se sent protégé même contre la venue rare mais régulière d'un autre confrère. Ne lui demandons pas d'être meilleur qu'il n'est. Ainsi protégé, il va s'aller croupissant, dodelinant, exempté de cette sollicitation qui éveille et qui exige qu'on soit meilleur. Il lui faudrait devenir un être bien exceptionnel pour se conduire autrement.

Pas plus que nos confrères de l'Ordre, nous ne croyons à la valeur du libéralisme absolu et anarchique. Dans le passé, nous l'avons toujours combattu : il est à l'origine première de nos malheurs présents. Nous le combattrons encore. Mais il ne faut pas pour cela mettre le soc avant le trait.

Notre Chef actuel, le Maréchal, a clairement exposé dans son allocution de Saint-Etienne ce que sera notre France de demain : « Une communauté des communautés ».

Parmi ces communautés professionnelles, celle de la médecine aura sa place. Unie à toutes les autres, elle sera une pierre de cet édifice national commun.

C'est pour réaliser cette communauté professionnelle que le libéralisme anarchique doit être supprimé. Nous nous en réjouissons. Combattre le libéralisme pour aboutir à l'esprit de groupe, c'est combattre du même coup l'individualisme pour le remplacer par la notion de personnalité. Tandis que l'individualisme égoïste le désagrège, la valeur personnelle des composants d'un groupe augmente le potentiel de l'ensemble.

Nous ne pensons pas que le Conseil de l'Ordre des médecins envisage différemment son action constructive.

Mais alors, interdire un cabinet médical secondaire dans une ville où existe déjà un spécialiste, sous le prétexte que ce spécialiste exerce en permanence, c'est augmenter la valeur apparente de l'individu par une simple décision, sans accroître en même temps sa valeur réelle. C'est sans aucun doute défendre l'individu contre la personnalité. C'est protéger une situation acquise, qui n'a pas su se défendre elle-même parce que la personnalité scientifique du tenant ne lui permettait pas de le faire.

Et sur ce point, regardons les choses bien en face. Si, dans une ville où existe en permanence un spécialiste, un deuxième peut venir périodiquement et avoir une clientèle, c'est que :

a) ou bien l'importance de cette agglomération, insuffisante peut-être pour faire vivre deux spécialistes, permet toutefois l'existence d'un cabinet permanent et d'un cabinet secondaire ;

b) ou bien l'importance de l'agglomération est juste suffisante pour un spécialiste permanent. Si ce spécialiste installé à demeure est gêné par la venue d'un deuxième confrère occasionnel et s'en irrite, il reconnaît implicitement lui être inférieur par sa science ou par son art. Il ne peut s'en prendre qu'à lui-même. Son dépit n'est que la réaction méprisable de la médiocrité.

Dans la première situation, supprimer le cabinet secondaire, c'est ne pas permettre à la population de se soigner comme elle le doit et c'est apporter une surcharge de travail au confrère existant.

Dans la deuxième situation, c'est prendre la défense d'un confrère qui ne le mérite pas en ne lui imposant pas de faire mieux, mais, au contraire, en lui permettant de continuer sans crainte de faire aussi mal.

Dans les deux cas, n'est-ce pas porter atteinte au « libre choix » du spécialiste par le malade ?

Le principe de communauté n'a jamais détruit l'idée de perfection, d'activité et de combat. Il implique celui du mieux, de la lutte, de la loyauté :

Supprimer aujourd'hui un cabinet secondaire dans une ville où existe déjà un praticien, c'est vouloir interdire demain dans une grande ville aux médecins de quartier d'aller consulter dans un autre quartier. Car enfin, il va devenir particulièrement agréable d'exercer une profession dans une ville que l'on sait suffisamment importante pour un seul, et que l'on sait trop petite pour deux. Le voilà créé le fonctionnarisme médical.

Le voilà le poste assuré contre tous les risques. La population d'une ville de 10.000 habi-

tants va être contrainte de se faire soigner par le seul spécialiste autorisé par le Conseil de l'Ordre. Et pourquoi ? je vous le demande ! Pour lutter contre la pléthore ! nous dit-on !

Si cette raison invoquée est vraiment le but poursuivi une seule solution logique s'impose : supprimons les cabinets secondaires, mais tous les cabinets secondaires, qu'il y ait ou non des spécialistes permanents. Ainsi dans un département comme celui de la Gironde, se trouveront libres cinq ou six postes secondaires.

Pourquoi ne pas permettre à un jeune confrère qui n'a pas de situation et qui n'est pas encore installé d'assurer un jour par semaine chacun de ces postes médicaux ?

La vraie lutte contre la pléthore, c'est de *créer des postes nouveaux.* Puisque, en soi, chaque poste est insuffisant pour nourrir un spécialiste permanent, trois postes confiés au même spécialiste pourraient lui faire une enviable situation. Voire même deux ou trois autres postes pourraient être créés dans les mêmes conditions et assurer ainsi la vie normale d'un autre confrère.

Voyez-vous la différence qu'il y a entre les deux systèmes.

Quoi de plus simple que de déclarer :

1° Aucun spécialiste installé en permanence dans une ville ne peut avoir un cabinet secondaire ;

2° Les cabinets secondaires abandonnés seront répartis à un ou plusieurs confrères qui n'ont pas de cabinet permanent, et qui pourront ainsi retirer de ces postes assurés périodiquement un moyen d'existence normal.

Pour nos jeunes confrères, dans le but de favoriser leur réussite, une période de cinq à dix années serait laissée à partir du début de leur installation pour affirmer leurs connaissances médicales et se faire estimer de leur nouvelle clientèle. Mais à la fin de cette période sans concurrence, liberté serait donnée à un autre confrère d'ouvrir un cabinet secondaire. Si la valeur du spécialiste permanent est certaine, sans aucun doute, le praticien périodique ne pourra subsister. Le résultat sera tout différent si le jeune confrère ne mérite pas la « garantie de non concurrence » donnée en privilège pendant ses premières années d'installation.

D'ailleurs, ce que nous indiquons ici concernant les spécialistes concerne aussi nos confrères de médecine générale.

Craignons par l'application trop rigoureuse de dogmes irréfléchis, de favoriser le mal même contre lequel il est sage de réagir : ne créons pas une forme paresseuse de fonctionnarisme médical au moment même où notre devoir est de donner, pour le bien commun, la première place au travail, à l'intelligence et à la valeur.

Nous savons que d'autres difficultés existent en ce qui concerne les cabinets secondaires. Il y a ceux situés dans une même ville, il y a les dispensaires, les polycliniques, les hôpitaux, etc..

Problèmes précis, difficultés nouvelles.

Elles viennent autant du manque de simplicité apporté à les résoudre qu'à l'esprit peu catégorique des décisions qui les sanctionne.

Et puis, dans le présent comme dans le passé, les chefs devront donner l'exemple et ne point trop songer à leurs cas « fortuitement » exceptionnels ou particuliers.

Aujourd'hui comme hier rien de solide, rien de durable sans une assise impartiale et intégralement juste.

Variétés

L'ÉPILEPSIE DE NAPOLÉON 1er

Napoléon était-il épileptique ? Il n'est pas douteux qu'il eut une crise épileptiforme dont furent témoins M. de Remusat, son premier chambellan, et Talleyrand, alors ministre des Affaires extérieures. G. Lacour-Gayet dans son ouvrage si complet et si sérieusement documenté sur Talleyrand, écrit :

« Napoléon avait quitté Saint-Cloud le 24 septembre 1805 pour rejoindre la Grande Armée qui se transportait alors du camp de Boulogne aux bords du Rhin ; le 26, il arrivait à Strasbourg. Ordre à Talleyrand de le rejoindre dans cette ville, pour être prêt à suivre le quartier général suivant les circonstances. Le jour où Napoléon quitta Strasbourg, le 1er octobre, Talleyrand avait dîné avec lui, puis il l'avait accompagné dans sa chambre. M. de Rémusat, premier Chambellan, y entre avec eux. A peine y étaient-ils tous trois que l'Empereur tomba à terre, il n'eut que le temps de dire à Talleyrand de fermer la porte. Il gémissait, il avait de l'écume aux lèvres avec des convulsions. Talleyrand lui arracha sa cravate et l'inonda d'eau de Cologne. Cet accès d'épilepsie dura environ un quart d'heure ; puis l'Empereur recouvra la parole et se rhabilla, il recommanda aux témoins le secret le plus complet. Une demi-heure plus tard il partait pour Carlsruhe. »

Il ne paraît pas douteux que ce fut là un accès d'épilepsie et que ce ne fut pas le premier, comme semble le prouver le souci de l'Empereur que cet accident restât ignoré. J. NOIR.

SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ

Nomination d'inspecteurs de la santé

Par arrêtés en date du 7 avril 1941 :

M. le Docteur Tourteau, directeur de la 4e circonscription du service sanitaire maritime, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Gironde.

M. le Docteur Franchomme est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Pas-de-Calais.

M. le Docteur Delecourt est nommé médecin inspecteur de la santé du Pas-de-Calais, en remplacement de M. le Docteur Vaillant, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Mynard, directeur du bureau d'hygiène de Tourcoing, est nommé médecin inspecteur de la santé du Nord.

M. le Docteur Fréalle, médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département.

M. le Docteur Gervois, médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, en remplacement de M. le Docteur Vielledent, appelé à d'autres fonctions.

Par arrêté en date du 7 avril 1941, Mlle le Docteur Danzig, inspecteur départemental adjoint d'hygiène, chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur départemental d'hygiène de l'Aube, est placée dans la position prévue par la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940.

Par arrêté en date du 7 avril 1941, sont reclassés en qualité de médecins inspecteurs de la santé les médecins chargés, à titre temporaire, desdites fonctions, dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade :

M. le Docteur Boulangier, inspecteur départemental d'hygiène du Puy-de-Dôme,

M. le Docteur Dumesnil, inspecteur départemental d'hygiène de la Côte-d'Or.

A la 1re classe du grade :

M. le Docteur Gayet, médecin inspecteur départemental d'hygiène du Gard.

A la 2e classe du grade :

M. le Docteur Andrieu, chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé d'Indre-et-Loire,

M. le Docteur Dirat chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Hautes-Pyrénées,

M. le Docteur Joucla chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Charente,

M. le Docteur Spillmann chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Haute-Marne.

Sont reclassés en qualité de médecins inspecteurs adjoints de la santé les médecins chargés, à titre temporaire, des dites fonctions dont les noms suivent :

A la 1re classe du grade :

M. le Docteur Maret chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Vosges.

A la 2e classe du grade :

M. le Docteur Birbis chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint à la santé de la Gironde.

A la 3e classe du grade :

M. le Docteur Alsac chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé d'Ille-et-Vilaine,

M. le Docteur Boy chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Landes,

M. le Docteur Digeon chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Calvados,

Mme le Docteur Dol chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aisne,

M. le Docteur Laugier chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Doubs,

Mlle le Docteur Liégeois chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Puy-de-Dôme,

M. le Docteur Poirot chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Vienne,

Mlle le Docteur Rey chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Finistère,

M. le Docteur Sauzet chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Savoie,

M. le Docteur Tondre chargé, à titre temporaire, des fanctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aube.

Le reclassement ne sera définitif qu'après production par les intéressés des déclarations relatives à l'application des lois des 13 et 14 août 1940 et 3 octobre 1940 et d'un certificat médical délivré par un médecin phtysiologue assermenté.

Par arrêté en date du 7 avril 1941, sont reclassés, en qualité de médecins inspecteurs de la santé, les inspecteurs départementaux d'hygiène dont les noms suivent :

A la 2e classe du grade :

M. le Docteur Berger, inspecteur départemental d'hygiène du Doubs,

M. le Docteur Petit-Maire, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne,

M. le Docteur Thouvenin, inspecteur départemental d'hygiène des Vosges.

Sont reclassés, en qualité de médecins inspecteurs adjoints de la santé, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène dont les noms suivent (antérieurement à leur reclassement directeurs de bureaux d'hygiène de ville de moins de 50.000 habitants) :

A la 1re classe du grade :

Mlle le Docteur Forgeot, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Haute-Marne,

M. le Docteur Lancelot, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Charente-Inférieure,

M. le Docteur Roblin, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Vienne.

A la 2e classe du grade :

M. le Docteur Ameur, inspecteur départemental d'hygiène des Côtes-du-Nord,

Mlle le Docteur Lequin, inspecteur départemental d'hygiène de l'Eure.

Par arrêté en date du 7 avril 1941, sont reclassés en qualité de médecins inspecteurs de la santé, les inspecteurs départementaux d'hygiène dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade :

MM. les Docteurs, inspecteurs départementaux d'hygiène :

Alcay, du Gard ; Benech, de Meurthe-et-Moselle ; Delteil, de Lot-et-Garonne ; Forestier, de la Gironde ; Gelly, de la Meuse ; Grenoilleau, de Loir et-Cher ; Jouen, de la Seine-Inférieure ; Lamy, des Alpes-Maritimes ; Levi, du Loiret ; Levy, de Meurthe-et-Moselle ; Magimel-Pelonnier, de la Dordogne ; Schmutz, de Saône-et-Loire ; Triollet, du Morbihan ; Vaillant, du Pas-de-Calais ; Vidal, de Seine-et-Marne ; Vielledent, du Nord.

A la 1re classe du grade :

MM. les docteurs, inspecteurs départementaux d'hygiène :

Albertin, des Pyrénées-Orientales ; Basse, des Vosges ; Bonnet, de l'Allier ; Bourçoing, des Basses-Pyrénées ; Chalut, de la Vienne ; Estoor, de la Marne ; Duvic, de la Charente-Inférieure ; Escande, de l'Yonne ; Faivre, de la Loire-Inférieure ; Goulley, de Maine-et-Loire ; Guerriero, de Tarn-et-Garonne ; Izard, de la Haute-Garonne ; Lassus, de la Savoie ; Lesbroussart, du Calvados ; Mans, de la Somme ; Merle, des Deux-Sèvres ; Montus, des Bouches-du-Rhône ; Moreau, de la Haute-Loire ; De Feretti, de l'Ariège ; Petit, de l'Ardèche ; Picard, de la Haute-Saône ; Piétri, des Basses-Alpes ; Poncet, de l'Ain ; Poty, de la Mayenne ; Poulain, de la Loire ; Rauge, du Cantal ; Rouyer, de l'Oise ; Scherb, de l'Hérault ; Tuset, du Finistère ; Vidy, de la Drôme ; Viette d'Eure-et-Loir.

A la 2e classe du grade :

MM. les docteurs, inspecteurs départementaux d'hygiène :

Baissette, de l'Eure ; Bataillon, du Jura ; Bestieu, du Var ; Bollon, du Gers ; Boulard, des Landes ; Canal, de l'Aveyron ; Coulon, de la Corse ; Daude, de l'Aude, Delavelle, de la Sarthe ; Depierris, de la Gironde ; Deschamps, de la Seine-Inférieure ; Fuminier, du Lot ; Jouvelet, d'Ille-et-Vilaine ; Mme Lacambre, de la Loire-Inférieure ; Leconte, des Hautes-Alpes ; Mathieu, du Puy-de-Dôme ; Marguerit, de la Lozère ; Menantaud, de la Corrèze ; Olieu, de la Haute-Savoie ; Ouillon, de l'Isère ; Paulet, de la Vendée ; Perrier, du Var ; Robin, du Rhône ; Roussel, du Cher ; Salauze, de la Manche.

Sont reclassés, en qualité de médecins inspecteurs adjoints de la santé, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade :

MM. les docteurs, inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène :

Altenbach, de Seine-et-Oise ; Andrieux, d'Ille-et-Vilaine ; Antoine, d'Ille-et-Vilaine ; Bardin, de Seine-et-Oise ; Bouchet, de l'Hérault ; Brongniart, de Seine-et-Oise ; Cleret, de l'Allier ; Dorvault, de l'Aude ; Foucaud, de l'Aisne ; Lampolez, de l'Aisne ; Jan, d'Ille-et-Vilaine ; Leclaire, d'Ille-et-Vilaine ; Mitelette, de l'Aisne ; Moncenix, de l'Isère ; Montagnol, du Loiret ; Morel-Latil, du Rhône ; Pappas, de l'Hérault ; Placet, de Seine-et-Oise ; Porte, de Saône-et-Loire ; Renard, de Seine-et-Oise ; Rival, d'Ille-et-Vilaine ; Vernhes, de l'Hérault.

A la 1re classe du grade :

MM. les Docteurs, inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène :

Abbal, de Seine-et-Marne ; Agard, de la Dordogne ; Albaret, de Seine-et-Oise ; Bray, de Tarn-et-Garonne ; Brousse, de la Corrèze ; Cannac, de la Dordogne ; Capelin, de Seine-et-Marne ; Fournier, du Calvados ; Foulquier, du Gard ; Gazet du Chatelier, de l'Aisne ; Imbert, de Saône-et-Loire ; Jehanin, de l'Orne ; Mme Juillet-Chassary, de Saône-et-Loire ; Landret, du Calvados ; Leblanc, de l'Isère ; Mme Leduc-Enjalric, de l'Hérault ; Mme Moles, du Calvados ; Nordmann, de Saône-et-Loire ; Panou, des Deux-Sèvres ; Pfaff, des Ardennes ; Procureur, du Calvados ; Roca, des Pyrénées-Orientales ; Rouchon, de la Haute-Garonne ; Sabria, de l'Hérault ; Serries, de l'Hérault ; Spindler, de Meurthe-et-Moselle ; Vernus, de Saône-et-Loire ; Villiet, de la Dordogne.

A la 2e classe du grade :

MM. les docteurs, inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène :

Alaroze, de Loir-et-Cher ; Mme Berchon, du Loiret ; Cayla, de la Seine-Inférieure ; Chambaud, des Bouches-du-Rhône ; Cordoliani, de la Corse ; Dainville de la Tournelle, d'Eure-et-Loir ; Mlle Danzig, de l'Aube ; Delecourt, du Nord ; Dufour, des Bouches-du-Rhône ; Dupuy, du Calvados ; Eckert, de la Marne ; Frealle, du Nord ; Gervois, du Nord ; Gibelin, de la Vendée ; Grégoire, de l'Isère ; Gresy, de l'Aisne ; Guibert, de Meurthe-et-Moselle ; Gueutal, de Meurthe-et-Moselle ; Guy, du Pas-de-Calais ; Jaujou, de la Corse ; Mlle Jourdanet, de l'Isère ; Mlle Lacroix, de la Vendée ; Mlle Laporte du Tarn ; Lavoine, du Loiret ; Mlle Legros, de Maine-et-Loire ; Lesaffre, de l'Eure ; Mme Midrouillet, de la Meuse ; Mlle Mouton-Chapat, de Meurthe-et-Moselle ; Olle, de la Haute-Garonne ; Paimblant, de l'Aude ; Phelippeau, de l'Isère ; Polge, de la Meuse ; Salmon, du Pas-de-Calais ; Solente, du Calvados ; Theil, de la Corrèze ; Violet, de l'Isère.

A la 3e classe du grade :

Mlle le Docteur Cambiaire, inspecteur adjoint départemental de l'Aude.

(*J. O.* du 19 avril 1941).

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE

Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

— jusqu'à 17 ans pour les enfants placés en apprentissage, ainsi que pour les enfants infirmes ou atteints de maladie chronique ;

— jusqu'à 21 ans si l'enfant poursuit des études.

Ces modifications sont applicables à partir du 1er avril 1941.

Prime a la premiere naissance

Ainsi que nos lecteurs le savaient, les bénéficiaires de la prime à la première naissance devaient en faire la demande, sous peine de forclusion, dans les six mois de la naissance de l'enfant.

Le décret du 13 mars 1941 a porté ce délai à dix-huit mois pour les enfants nés au cours de l'année 1940.

De plus, l'art. 1er de la loi du 15 février 1941 précise que ces délais seront augmentés d'une durée égale à celle de la mobilisation du père.

Il était urgent que ces modifications soient apportées, car, en raison des évènements, de nombreux bénéficiaires de la prime à la première naissance s'en étaient vu privés pour n'avoir pas adressé en temps utile leur demande à l'organisme compétent : Caisse d'allocations ou mairie.

Allocation du salaire unique

Enfin, la loi du 19 mars 1941 a institué une allocation nouvelle dite « de salaire unique destinée à remplacer la « prime de la mère au foyer ».

Elle n'est attribuée qu'aux salariés, quel que soit l'employeur qui les occupe. Les médecins ne peuvent donc en bénéficier que dans le cas où ils ont la qualité de salariés.

Cette prime est égale à :

20 % du salaire moyen départemental, pour un enfant à charge âgé de moins de 5 ans ; 10 % pour un enfant à charge âgé de plus de 5 ans ; 25 % pour deux enfants à charge ; 30 % pour plus de deux enfants.

Félicitons-nous de ces mesures. Elles apportent en effet quelques soulagements aux charges croissantes des familles nombreuses qui, plus que toutes autres, sont touchées par l'élévation du coût de la vie.

Souhaitons enfin que dans un avenir prochain le bénéfice de l'allocation du salaire unique soit étendu aux professions libérales et non limité aux seuls salariés.

B.M.

Un vœu de six confrères prisonniers

Nous avons reçu la lettre suivante :

Les médecins soussignés, abonnés au *Concours*, connaissent le dévouement de leur journal aux intérêts de la profession, en temps de paix comme pendant et après la guerre. Nous suivons avec attention certaines campagnes récentes du *Concours*, aussi nous permettons-nous de signaler la situation actuelle des médecins prisonniers en Allemagne. L'envoi des médecins français dans les diverses formations sanitaires pour prisonniers a été fait d'une manière arbitraire, sans tenir compte de l'âge, de la situation et des charges de famille. C'est ainsi que nous avons vu libérer des camarades célibataires et plus jeunes que nous, beaucoup non encore installés et certains n'ayant pas encore terminé la durée légale de leur service. Vous concevez notre désillusion.

N'envisage-t-on pas en France la possibilité d'une relève des médecins ainsi retenus ? Chacun d'entre nous devant avoir sa part dans la lourde tâche de secours matériel et moral à nos prisonniers.

Nous demandons au *Concours* de bien vouloir attirer l'attention des autorités compétentes sur ce grave problème, en leur en signalant toute la portée morale, et de bien vouloir nous faire savoir s'il nous est permis d'espérer une solution plus équitable. Persuadés que le *Concours Médical* sera notre meilleur défenseur, nous lui adressons nos vifs remerciements et nos salutations confraternellement dévoués.

Lieutenant C. ; Lieutenant C. ; Sous-Lieutenant G. ; Lieutenant M. ; Lieutenant P. ; Sous-Lieutenant A. D.

Nous avons pris l'engagement envers les signataires de défendre avec persévérance les intérêts si particulièrement dignes d'attention des prisonniers.

Aussi suivons-nous de près la mise en œuvre de la relève officiellement promise et ne manquerons-nous pas de rappeler aux autorités compétentes le devoir qui leur incombe d'alléger sans retard cette charge pesant depuis dix mois sur les mêmes épaules.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ordre des médecins

Arrêté du 19 avril 1941 relatif au transfert des biens de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Article unique. — Les biens de toute nature composant le patrimoine de la Confédération des syndicats médicaux français, mis sous séquestre en exécution de la loi du 7 octobre 1940, sont transférés au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

(*J. O.*, 22 avril 1941).

Inspection de la santé

Par arrêté du 12 avril 1941, M. le Docteur Freyche est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Basses-Pyrénées.

(*J. O.*, 22 avril 1941).

Allocation aux vieux travailleurs salariés

Arrêté du 9 avril 1941 relatif aux Commissions régionales de l'inaptitude au travail et à la Commission nationale d'appel.

(*Extraits*)

Vu la loi du 14 mars 1941 portant attribution d'une allocation aux vieux travailleurs salariés, notamment l'article 21 ;

Vu l'article 1er (§ 2) de ladite loi instituant une commission régionale pour la reconnaissance de l'inaptitude au travail ainsi qu'une commission nationale d'appel.

Commission régionale

Art. 1er. — § 1er. — La commission régionale de l'inaptitude au travail instituée à l'article 1er (§ 2) de la susvisée, comprend :

Le directeur du service régional des assurances sociales, ou son représentant, président ;

Un médecin expert, désigné par le premier président de la cour d'appel dans le ressort duquel se trouve le siège de la commission, soit sur une liste de médecins près la cour d'appel, soit sur une liste présentée par le Conseil de l'Ordre des médecins du département du siège de la commission ;

Le médecin désigné sur la déclaration souscrite par le requérant ;

Un représentant de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve le siège de la commission ;

Un employeur et un salarié désignés par le directeur du service régional des Assurances sociales.

§ 2. — Les représentants du directeur du service régional et de l'inspecteur du travail, l'employeur, le salarié et le médecin expert peuvent être désignés pour une ou plusieurs séances de la commission ou selon son siège.

Art. 5. — Pour apprécier l'inaptitude au travail, au sens de l'article 1er (§ 2) de la loi portant attribution d'une allocation aux vieux travailleurs salariés, la commission détermine si le salarié ou assimilé, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa formation professionnelles, n'est plus en mesure de conserver ou de retrouver un emploi salarié.

A cet effet, la commission procède à l'instruction du dossier par les moyens qui lui paraissent les meilleurs. Elle peut prescrire tout examen médical et toutes enquêtes qu'elle juge utiles. Ces examens et enquêtes sont faits au lieu désigné par la commission et le résultat doit lui en être communiqué dans le mois suivant la date de leur prescription.

Toutes informations recueillies auprès des offices du travail et des organisations professionnelles intéressées sont portées à la connaissance de la commission par l'inspecteur divisionnaire du travail ou son représentant.

Le président peut, après étude des pièces produites, soit faire examiner les requérants qui ne peuvent se présenter en raison de l'éloignement de leur domicile ou se déplacer en raison de leur état de santé, par un médecin assermenté, soit, si c'est nécessaire, par un médecin expert. Il peut, également, provoquer l'avis d'une caisse primaire d'assurance maladie fonctionnant au lieu de résidence du requérant et lui demander communication des résultats de l'examen fait par son médecin de contrôle.

Art. 8. — Le requérant supporte les honoraires du médecin qu'il a désigné. Les autres frais afférents au fonctionnement de la commission sont remboursés par la caisse générale de garantie dans les conditions qui seront fixées par un arrêté du secrétaire d'Etat au travail et du secrétaire d'Etat à l'économie nationale et aux finances.

Art. 9. — Les médecins, membres de la commission, peuvent prendre communication des dossiers médicaux au secrétariat de la commission régionale, sauf pendant les trois jours précédant immédiatement celui de la réunion au cours de laquelle les dossiers doivent être soumis à la commission. Pendant ce délai, seul le président peut se faire remettre les dossiers pour examen.

Commission nationale

Art. 11. — La commission nationale, instituée au paragraphe 2 de l'article 1er de la loi du 14 mars 1941 susvisée, comprend :

....

Un médecin désigné par le conseil supérieur de l'ordre des médecins.

....

(*J. O.*, 21 avril 1941).

Assistance

Loi du 29 mars 1941

modifiant la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables

Aux termes de l'art. 1er modifié; tout Français privé de ressources, âgé de plus de 65 ans (au lieu de 70), ou atteint à partir de l'âge où cesse l'obligation scolaire, d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, qui le rend incapable de subvenir à ses besoins, reçoit l'assistance de l'Etat.

Aux termes du nouvel article 20, le montant de l'allocation mensuelle est augmenté. Elle ne peut être inférieure à 110 francs, ni supérieure à 160 francs par mois.

Aux termes du nouvel article 20 *bis*, les assistés qui, en raison de leur infirmité, ont besoin de l'aide de tierces personnes, ont droit à une majoration d'allocation égale à :

3.600 francs dans les communes de moins de 20.000 habitants.

3.960 francs dans les villes de 20.001 à 50.000 habitants ;

4.320 francs dans les villes de 50.001 à 100.000 habitants ;

4.800 francs dans les villes de 100.001 à 500.000 habitants ;

5.400 francs dans les villes de plus de 500.000 habitants et le département de la Seine.

(*J. O.*, 11 avril 1941).

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

2.410. — Nouveau régime des salariés de plus de 60 ans

Nous avons l'honneur de vous prier de bien vouloir nous éclairer sur l'application de la loi du 14 mars 1941 en ce qui concerne les dispositions à prendre à l'égard des salariés, âgés de plus de 60 ans et qui continuent de travailler.

Réponse

Aux termes de l'article 17 de la loi du 14 mars 1941 relative à l'allocation aux vieux travailleurs salariés, « les salariés âgés de 60 ans ou plus restent soumis aux dispositions de la législation sur les Assurances sociales lorsqu'ils continuent de travailler, même si leur retraite de vieillesse est liquidée ou en instance de liquidation ».

Il résulte de cette disposition que vos employés de plus de 60 ans, qu'ils soient ou non salariés agricoles, doivent verser la cotisation ouvrière et que, par suite, vous-même devez verser à la Caisse la cotisation totale, patronale et ouvrière, au lieu de la première seule que vous aviez à verser sous le régime antérieur.

ORDRE DES MÉDECINS

2.196. — Un interne docteur en médecine doit être inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins

1° Est-ce que le fait d'assurer les fonctions d'interne dans un sanatorium public, sous l'initiative et la responsabilité du médecin directeur qui peut seul prescrire, et de ce fait de percevoir à ce titre d'interne une indemnité et non un traitement, peut être considéré comme exercice de la méde ine ?

2° Un docteur en médecine étranger (Roumain), ancien combattant 1939-1940 décoré de la croix de guerre est-il soumis à l'obligation d'une demande d'exercice de la médecine pour être interne dans les conditions ci-dessus ?

Dr V.

Réponse

1° Le Docteur en médecine qui remplit les fonctions d'interne dans un sanatorium public, que ce soit ou non sous l'initiative et la responsabilité d'un médecin directeur, nous paraît devoir être considéré comme exerçant la médecine au sens que la loi du 7 octobre 1940 a attaché à ce terme.

La chose est évidemment certaine si le diplômé intervient habituellement dans le traitement des maladies avec une indépendance et une responsabilité entière, s'il pose des diagnostics, institue des traitements et de manière générale accomplit des actes qui seraient interdits à un non diplômé.

Que faut-il penser de la chose si le diplômé se contente, en réalité, d'exercer les fonctions d'interne, c'est-à-dire d'opérer sous la direction d'un autre docteur en médecine qui pose les diagnostics et prescrit les traitements.

La question est résolue par l'art. 16 du parag. 2 de la loi du 30 novembre 1892. D'après cet article qu'un arrêt du Conseil d'Etat en date du 7 novembre 1935 a appliqué aux internes des hôpitaux publics, les dispositions sur l'exercice illégal de la médecine ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Il résulte évidemment de là qu'il a fallu une disposition formelle de la loi du 30 novembre 1892 pour faire échapper au délit d'exercice illégal de la médecine, les internes et plus généralement les élèves agissant comme aides d'un docteur. C'est reconnaître par là même que ces internes ou aides exercent leur art et doivent par conséquent se conformer aux dispositions de l'art. 1er de la loi du 7 octobre 1940. Nous vous rappelons que cet article stipule que nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un Conseil professionnel, dit Conseil de l'Ordre des médecins.

Nous concluons donc qu'à notre avis le médecin dont vous nous soumettez le cas doit, pour être en règle, requérir son inscription au tableau de l'Ordre départemental dont il dépend.

2° Ainsi que nous venons de l'établir un interne exerce la médecine. Il doit donc remplir pour cela toutes les autres conditions exigées par la

loi exception faite de celle du diplôme. En particulier il doit, conformément à la loi du 16 août 1940, posséder la nationalité française à titre originaire comme étant né d'un père français ou s'il ne remplit pas cette condition avoir obtenu un décret ministériel d'autorisation. Ce décret ne peut lui être accordé que s'il a scientifiquement honoré sa patrie d'adoption ou s'il a servi dans une unité combattante de l'armée française au cours des guerres de 1914 ou 1939.

Cette solution est conforme d'ailleurs à la thèse administrative telle qu'elle résulte d'une réponse ministérielle n° 3.527 parue au *Journal officiel* du 18 mars 1936. Aux termes de cette réponse : « L'art. 6 de la loi du 30 novembre 1892 « qui prévoit dans certains cas le remplacement « de médecins par les étudiants dispense les intéressés de la production du diplôme d'Etat, « mais il ne les dispense pas des autres conditions « prévues pour l'exercice de la médecine par la « loi du 26 juillet 1935 (Loi Armbruster) ».

Certes, cette réponse a été faite sous l'empire de l'ancienne législation, mais la règle posée reste valable actuellement ; autrement dit, si l'étudiant en médecine peut exercer dans certains cas, sans être titulaire du diplôme d'Etat français, il n'est pas pour cela dispensé des autres conditions exigées légalement pour l'exercice de la médecine.

QUESTIONS DIVERSES

I.343. — Détermination de la qualité de combattant

Ayant appartenu depuis le 27 avril 1939 jusqu'à la fin de la campagne à un groupe de reconnaissance de D. I. constamment dans la zone des armées et à la fin, campagne de Belgique, Flandres, etc., je viens vous demander si j'ai droit à la qualité d'ancien combattant de la guerre 1939-1940. Si oui, quel est actuellement l'organisme qui délivre la carte d'ancien combattant ?

2° J'ai fait la campagne 1939, avec le grade de médecin auxiliaire. Je devais être promu sous-lieutenant en juin ou septembre 1940. Pendant la guerre, j'ai été l'objet d'une proposition d'avancement en avril 1940, mais je pense que mon dossier a été égaré pendant la campagne de Belgique.

Y a-t-il actuellement des promotions dans la réserve ? Quelles sont les démarches à faire, pour obtenir la promotion et la prise de rang ?

Dr S.

Réponse

La loi du 27 décembre 1940 spécifie que, pour avoir le titre de combattant 1939-1940, il faut avoir appartenu, pendant trois mois, consécutifs ou non, à une unité combattante, sous réserve de remplir en outre l'une des deux conditions suivantes :

1° Au cours de la période du 2 septembre 1939 au 10 mai 1940 inclus, avoir été effectivement présent à une telle unité, pendant huit jours au

moins, au moment où celle-ci se trouvait dans la zone de combat ;

2° Au cours de la période du 10 mai au 25 juin 1940 avoir été présent à une telle unité, sans limitation de durée au cours de cette période.

Une blessure de guerre reçue dans une unité combattante donne droit aussi à ce titre, sans condition de séjour. De même une citation comportant attribution de la Croix de guerre, après décision de la Commission de révision des citations. Des dispositions spéciales envisagent le régime des prisonniers de guerre.

La demande doit être adressée à la direction du Service de santé qui, après étude des états de service, délivre un « bon provisoire pour la carte de Combattant ». Sur le vu de cette pièce, l'Office départemental du Combattant attribue la carte de Combattant à l'intéressé.

Pour votre avancement, signalez votre cas et rappelez vos états de service au directeur du Service de santé de votre région.

1.860. — Cumul d'une pension militaire avec la solde

Ancien médecin de l'armée active, titulaire d'une pension militaire de retraite, *art.* 47, loi du 14 avril 1924, comprenant une part ancienneté et une part invalidité (amputé de la jambe droite. Blessure en service militaire), j'ai été rayé des cadres en décembre 1924 avec le grade de médecin capitaine.

En 1939, j'ai contracté un engagement volontaire pour la durée des hostilités et j'ai perçu pendant le temps où j'ai été mobilisé (1er octobre 1939 au 31 juillet 1940), la solde de médecin capitaine. Je désirerais savoir :

1° Si, pendant cette même période, j'avais droit à ma pension de retraite intégrale ou seulement à la part invalidité de cette pension. La Trésorerie générale de mon lieu de mobilisation m'a payé la totalité de ma pension, prétendant que j'y avais droit en plus de ma solde. Quel est votre avis, s'il vous plaît ?

2° J'ai été avisé d'autre part, officiellement, que j'avais été promu médecin commandant à dater du 25 juin 1940, donc avant ma démobilisation. Cette promotion est-elle susceptible de modifier le taux de ma pension de retraite ?

Dr X.

Réponse

A notre avis, pendant la durée de votre engagement volontaire, vous deviez percevoir, en plus de votre solde d'activité, le montant de votre pension d'invalidité au taux de soldat (loi de 1920).

Votre nouveau grade ne peut, en rien, modifier votre pension d'invalidité, car celle-ci est toujours liquidée uniquement d'après le grade que détenait l'intéressé au moment de sa blessure ou de sa maladie.

2.013. — Tenue de l'officine d'un pharmacien décédé

Le seul pharmacien du pays est parti à la guerre et a été tué en mai 1940, notification officielle en a été faite en juin ou juillet 1940.

Depuis cette date, la mère et la sœur du pharmacien tué exploitent la pharmacie avec un jeune préparateur inexpérimenté de 16 ou 17 ans et parfois avec le concours d'une étudiante en pharmacie, rarement d'une pharmacienne, d'autres fois avec une autre préparatrice.

Actuellement, mère et sœur, jeune préparateur continuent l'exploitation avec le concours du préparateur du prédécesseur, qui n'a d'ailleurs aucun diplôme, mais est dans la maison depuis vingt ans et vraisemblablement sous la responsabilité d'un pharmacien de voisinage.

Je vous serais obligé de me faire savoir :

1° Quelle est la situation légale des héritiers du pharmacien tué, non marié ?

2° Jusqu'à quand mère et sœur ont-elles le droit de continuer cette exploitation ?

3° Peuvent-elles au-delà d'un certain délai être obligées de vendre cette officine ou avoir encore le droit de l'exploiter ultérieurement avec un prête-nom diplômé ?

Dr X.

Réponse

Les dispositions légales permettant à la veuve d'un pharmacien de continuer à tenir l'officine, sont les suivantes :

« Au décès d'un pharmacien, la veuve, les enfants ou les héritiers pourront continuer à tenir son officine ouverte pendant un délai qui, en aucun cas, ne pourra dépasser un an à compter du décès, aux conditions de présenter à l'agrément de l'Ecole ou Faculté dont dépend l'inspection de l'officine un étudiant majeur et pourvu d'au moins huit inscriptions de scolarité, en même temps qu'un pharmacien diplômé, établi ou non, sous la responsabilité duquel seront dirigées et surveillées toutes les opérations de l'officine. L'autorisation de gestion sera délivrée, après avis conforme de l'Ecole ou Faculté, par le préfet du département dans lequel est située l'officine ». (Art. 25, loi du 21 Germinal, an XI, modifiée par la loi du 9 février 1916).

Il en ressort donc qu'à dater de juillet prochain au plus tard, les héritiers ne pourront continuer à tenir l'officine par eux-mêmes. Ils devront à cette date la faire tenir par un pharmacien régulièrement diplômé sous peine d'être poursuivis pour exercice illégal de la pharmacie.

2.151 Fixation d'une pension « à titre documentaire »

Un de mes clients, étranger, engagé volontaire pendant la dernière guerre (1939-40) vient d'être pensionné à 15 % avec la mention : 15 % documentaire, dégagé étranger.

Touchera-t-il une pension ? Vous seriez bien aimable de me renseigner ?

Dr B.

Réponse

L'expression « 15 % à titre documentaire » signifie que l'imputabilité au service n'a pas été admise par la Commission de réforme, et que, par conséquent, l'intéressé n'a pas droit à une pension d'invalidité.

Soixante-troisième année — N° 20 — 18 Mai 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants.............. 50 fr.

***Le Numéro*.............. 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuse toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 142. — Dame 35 ans, sténo-dact., brevet, sachant rédiger, très au courant spéc. pharm., prod. chim., etc., poss. d'exc. référ., rech. situat. intéres. et d'avenir Paris ou prov. dans labor., chez dentiste ou docteur. Accept. volontiers de s'occuper un peu de ménage et d'introduire clients. Voyagerait. Ecr. Mme Chiroux, 24, rue Pierre-Leroux, Paris (VIIe).

N° 143. — Achèterai encyclopédie médico-chir. vol. gynéco-patho-chir. endocrino, accouch. Foie Lejars-Marion. S'adress. Dr Delarbre, Maison de Nanterre (Seine).

N° 144. — A céder d'urgence cause départ, cabin. méd. Indemnités modérées. S'ad. Dr Bell, 12, rue Jules-Ferry, Romainville, Tél. Nord 01-40 de 15 à 17 heures.

N° 145. — Banlieue proche, dans centre import., à céd. après décès, bonne client. ophtalmol. avec matériel profess. S'adr. Mme Banvillet, 24, Grande Rue, Enghien (S.-et-O.). Tél. 364.

N° 146. — Petit poste méd. génér. à céd. dans jolie banl. Paris. Très beau pavillon et jard. Faible loyer, bail. Très petite indemn. S'adres. Dr Dufour, 9, Bld. Jeanne-d'Arc, Argenteuil. Tél. 2.30.

N° 147. — A céder après décès : une boîte verres examen, un astigniomètre de Javel, un poupinel à gaz, 2 tabl. à opérat. dont une portative, 1 forceps Tarnier et divers instr. d'oto-rhino-laryng. S'adres. Mme Chevalier, 36, rue de Fleurus, Paris.

N° 148. — A 3 h. Paris-Est, ville 15.000 hab., poste ophtalmo à céd. à oto-rhino-ophtalmo non installé urgence. S'adres. Dr Dubois, 8, av. Daniel-Lesueur, Paris (VIIe). Tél. Ségur 79-22.

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, le *Concours Médical* pourra parvenir aux prisonniers, tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au Journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'Entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers, 5, place Saint-Michel, Paris, qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, réduit à 50 francs, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gracieusement chaque semaine à la disposition des prisonniers cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. Verne est élu membre titulaire dans la IVe section (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie.* — M. le Professeur M. Chiray, assisté de M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses cours et démonstrations cliniques du semestre d'été le mardi 20 mai, à 11 heures du matin, dans son service de l'hôpital Bichat et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours et des démonstrations : Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la nutrition : leur traitement hydro-climatique.

— *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale : Chirurgie urinaire.* Deuxième cours par MM. Léger et Delinotte. — Ouverture du cours le lundi 26 mai 1941, à 14 heures.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, tous les matins de 9 à 11 heures et les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— **Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris.** *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande.* — En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène, sous la direction du Professeur Tanon, du 26 mai au 14 juin. Droit de 250 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté. Peuvent s'inscrire les docteurs en médecine et les étudiants à scolarité terminée, français et de sexe masculin, et les docteurs en médecine étrangers, qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.**— Par arrêté de M. le Secrétaire d'Etat à l'Instruction publique et à la Jeunesse, en date du 12 mars 1941, M. Jeanneney, professeur sans chaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de clinique chirurgicale et gynécologique à cette Faculté, à partir du 1er février (dernier titulaire : M. Guyot, admis à la retraite).

— **Faculté de médecine de Nancy.**— Sont chargés, depuis le 1er janvier 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1940-1941, des cours complémentaires ci-après désignés :

Propédeutique médicale : M. Vermelin, agrégé libre ; physiologie : M. Michon, agrégé ; maladies tuberculeuses : M. Abel, agrégé libre ; pathologie externe : M. Guillemin, agrégé libre ; physique : M. Chatelain, assistant.

M. Aubriot est nommé, à titre provisoire, chargé de cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

— Préfecture de police. — *Concours pour l'admission à trois emplois de médecin à la maison de Saint-Lazare.* — Un concours pour l'admission à trois emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare, s'ouvrira à la Préfecture de police le mercredi 11 juin 1941 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (service du personnel), et sera clos le samedi 24 mai 1941.

Les candidats devront : 1° posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine ; 2° être de nationalité française à titre originaire, comme étant né de père français, ou justifier d'une des exceptions prévues par l'article premier de la loi du 17 juillet 1940 et l'article premier de la loi du 14 août 1940 ; 3° ne pas être juif au sens de la loi du 3 octobre 1940 ; 4° ne pas avoir appartenu à l'une des organisations secrètes visées par la loi du 13 août 1940 ou avoir rompu toute attache avec elle ; 5° avoir satisfait à la loi sur le recrutement et être âgé de moins de 35 ans au 1er janvier 1941.

Cette limite d'âge est prorogée : *a*) d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée ; *b*) d'un an par enfant à charge des candidats pères de famille, mariés ou veufs.

Les candidats devront déposer, en même temps qu'un extrait de leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, leurs états de services militaires et une note donnant l'indication précise de leurs titres universitaires, scientifiques et hospitaliers. Cette note comprendra obligatoirement l'énumération des services médicaux ou chirurgicaux, civils et militaires, avec certificats officiels à l'appui.

La liste des candidats sera soumise à l'agrément préalable du Préfet de police.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devront être signalés à l'Administration en vue de la modification du jury.

Le concours comprend des épreuves d'admissibilité (épreuve sur titres, épreuves écrites) et des épreuves définitives (épreuves cliniques, épreuve orale).

Les médecins de Saint-Lazare, qui sont tout d'abord affectés au Dispensaire de salubrité en qualité de médecins adjoints, reçoivent une rémunération annuelle de 4.300 francs et peuvent être nommés, dans la suite, médecins titulaires au traitement annuel de 8.500 à 18.000 francs.

— Paris. — *Service des ambulances municipales.* — Le bureau central des ambulances municipales anciennement situé 6, rue Beaubourg, est actuellement incorporé au siège de l'Assistance publique de Paris.

Les Parisiens doivent s'adresser, pour le Centre des ambulances, au 6, quai de Gesvres (Archives 94-00) et, pour appeler d'urgence une voiture d'ambulance municipale, en vue du transport d'un malade ou

d'un blessé dans les hôpitaux et les cliniques, à l'un des trois dépôts de voitures suivants :

Chaligny, 21, rue de Chaligny (Diderot 13-45).
Falguière, 106, rue Falguière (Ségur 08-67).
Caulaincourt, 102, rue Caulaincourt (Montmartre 04-74).

— **Courrier littéraire.** — Les Editions Denoël viennent de fonder, sous le titre « *La Révolution mondiale* », une importante collection où paraîtront des ouvrages de premier plan sur les grands problèmes de l'heure.

Le premier volume — un document historique, d'un intérêt particulier — sera annoncé dans quelques jours.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Hubert Balland sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Brigitte*.

« Les Romarins », Seur (Loir-et-Cher), le 20 avril 1941.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur Georges-René Doré, médecin en chef de 1re classe de la Marine, médecin-chef de l'hôpital maritime de Cherbourg, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé le 22 avril 1941, à l'âge de 53 ans, à Cherbourg. Il était le frère du Docteur Francis Doré, oto-rhino-laryngologiste en chef de l'hôpital civil de Cherbourg et le père de M. Pierre Doré, étudiant en médecine, à Clermont-Ferrand, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Le Livre d'Or du Corps médical Français

Morts au Champ d'honneur

Lonjon (André), *médecin sous-lieutenant au 23e R. M. V. E., tué le 8 juin 1940 à Missy-aux-Bois (Aisne) à l'âge de 27 ans :*

« Médecin de très haute conscience professionnelle et de grande valeur morale. A assuré dans les conditions les plus difficiles, sous le feu de l'ennemi, la relève et l'évacuation des blessés de son bataillon. A trouvé la mort dans l'accomplissement de son devoir le 8 juin 1940 ». (*Citation à l'Ordre du Corps d'armée*).

Brouillaud (Louis), de Bessines (Haute-Vienne) *médecin-lieutenant au 13e R. de Tirailleurs algériens,*

Mort pour la France, le 13 juin 1940, près de Montmirail.

Légion d'honneur

Est inscrit au tableau spécial pour le grade de *chevalier* :

Guichard (Félix-René), *médecin lieutenant au 74e rég. d'artillerie :*

« Médecin lieutenant au moral très élevé. S'est spontanément porté au secours de blessés dans un endroit particulièrement bombardé et mitraillé par l'aviation ennemie. A été très grièvement blessé, le 11 mai 1940, à Oostmalle, dans l'exercice de ses fonctions. A dû subir l'amputation d'une partie du pied droit. »

(*J. O.*, du 25 avril 1941).

Trois citations

Médecin lieutenant colonel Schneider, *médecin divisionnaire de la 3e division cuirassée :*

« Magnifique soldat à l'âme ardente, venu au front sur sa demande, bien que grand mutilé. Pendant près d'un mois de durs combats, n'a jamais manqué de visiter personnellement les postes de secours des unités engagées, faisant preuve du plus profond mépris du danger, allant de l'avant avec un souriant courage et donnant à tous par son exemple, un grand réconfort moral ». (*Citation à l'Ordre du Corps d'armée*).

Médecin-lieutenant Borde (Robert), *de la 410e Compagnie du Train du Q. G.*

« Médecin d'un dévouement exemplaire, à la suite « de l'attaque ennemie sur Vervins et en l'absence « du personnel sanitaire de l'hôpital Complémentaire « de la ville, évacué la veille, s'est dépensé sans « compter pour assurer les soins et l'évacuation de « nombreux blessés dans la nuit du 15 au 16 mai « 1940. »

(*Ordre du Régiment* no 59 *du* 10 *juin* 1940).

Vannier (Pierre), *médecin lieutenant au 6e groupe du 242e R. A.* :

A, au cours des combats du 14 mai au 20 juin 1940, manifesté constamment les plus belles qualités de courage et de dévouement, soignant ses blessés avec un admirable sang-froid, dans les circonstances les plus délicates, et en assurant l'évacuation sous les bombardements les plus violents. »

(*Citation à l'Ordre de la brigade. Ordre no* 364 C. I.).

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Création de Commissions régionales

Au cours de sa dernière session, le Conseil supérieur de l'Ordre a décidé la création de Commissions régionales, à l'effet d'assurer une liaison entre les directeurs régionaux et les Conseils départementaux.

L'indépendance de ces Commissions régionales par rapport à l'Administration, demeure entière.

Bien que toutes les instructions concernant ces Commissions doivent figurer dans une circulaire actuellement en préparation, voici les instructions que le Conseil supérieur a cru utile d'adresser, immédiatement, aux bureaux des Ordres départementaux.

C'est que, dans certains départements, les directeurs régionaux prennent déjà l'initiative de réunir d'autorité les Conseils départementaux en groupement régional, à une date choisie par eux.

Il importe donc que les Conseils départementaux s'organisent pour la constitution des Commissions régionales prévues par le Conseil supérieur, et selon les modalités qu'il a adoptées.

A. Constitution

Le Conseil supérieur a décidé que des Commissions régionales seraient formées par une délégation des Conseils départementaux composant la région sanitaire (une Commission régionale par région sanitaire).

Cette délégation sera composée d'au moins deux membres désignés par le Conseil départemental.

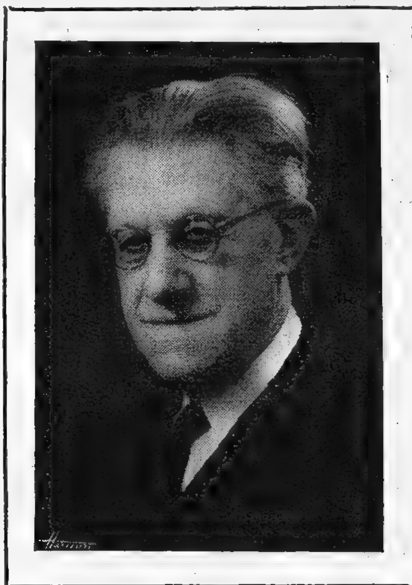
Voir la suite page XLIII-917

Paul BOUDIN

(1874-1941)

Pour la seconde fois en l'espace de six semaines le *Concours Médical* est en deuil ; c'est maintenant Paul BOUDIN qui nous quitte, au terme d'une longue et douloureuse maladie.

Durant sept mois il se défendit contre elle avec une sorte d'acharnement désespéré car, dès l'abord, la menace était manifeste. A plusieurs reprises il sembla l'emporter et l'espoir renaissait parmi ses proches. Mais ce n'étaient que de courts répits dans un déroulement inexorable, et finalement la mort est venue, douce et calme, prenant en pitié un organisme épuisé par la lutte.



Paul Boudin est mort le 4 mai au matin ; il était âgé de 67 ans.

Ses obsèques ont eu lieu le 7 mai, dans l'intimité, en l'église Saint-Jean-Baptiste de la Salle.

***

Il naquit le 29 juillet 1874 à Lyon. Orphelin de père dès l'âge de 10 ans il fut élevé au Prytanée de La Flèche et se destina d'abord à la carrière militaire. Mais un accident au pied ne lui permit pas de réaliser ses desseins et c'est ainsi que, sur les conseils de Jaboulay, il se tourna vers la médecine.

Entré à la Faculté de Lyon, il y fit de brillantes études et fut nommé interne des hôpitaux dans une promotion qui comptait Patel, Bayle, Bérard, Gallavardin.

Sa situation de famille lui interdisait la voie des concours aux coûteuses attentes : il lui fallait venir en aide à sa mère et ses sœurs, assurer l'avenir de celles-ci.

C'est pourquoi, dès 1900, il était médecin de campagne à Oyonnax, dans l'Ain, rude pays aux rigueurs jurassiennes mais dont, de longues années plus tard, il gardait cependant un souvenir attendri. Sa réussite y fut rapide ; pourtant malgré le travail imposé par une importante clientèle, déjà les questions professionnelles le préoccupaient et il devenait une cheville ouvrière du syndicalisme local.

Cette activité attira l'attention des dirigeants du *Concours Médical* d'alors, les Jeanne, Divernerеsse, Gassot, Maurat, Noir. Ils entrèrent en relation avec Paul Boudin, en firent d'abord leur correspondant. Puis, dès 1910, il l'appe-

lèrent à prendre une part plus suivie à la marche du journal et Boudin vint s'installer à Paris.

Rapidement il trouva sa voie et s'aiguilla vers la jurisprudence médicale. Soucieux de s'y constituer de solides assises et de pouvoir juxtaposer une compétence juridique à sa formation médicale, il prépara, de 1910 à 1914, la licence en droit.

Ensuite vint la guerre.

Boudin n'avait aucun titre militaire; il fut pourtant médecin chef de l'hôpital auxiliaire 233 et servit, à ce titre, pendant les quatre années.

En 1918, il reprit à la fois sa clientèle, ses occupations au *Concours* et au «Sou» et sa participation aux travaux syndicaux.

Tout en menant de front ces diverses activités, il continuait en outre à développer sa science juridique et en 1920, à 46 ans, il était reçu docteur en droit avec une thèse sur « Le syndicalisme médical ».

Depuis lors il ne cessa de suivre et, à l'occasion, d'inspirer l'évolution du droit médical ; il en était devenu le spécialiste unanimement reconnu.

C'est à ce titre qu'il fut nommé et récemment encore confirmé, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique et devint le conseil juridique de nombreuses organisations professionnelles.

En 1932 le ruban de la Légion d'honneur vint, à la demande de la Fédération des trépanés et blessés de la tête dont il était le conseil, récompenser tant de services.

***

Les vieux lecteurs de ce journal y ont lu d'innombrables articles signés de Boudin et traitant tour à tour les multiples aspects de la pratique professionnelle, les problèmes posés par l'actualité. Ces articles portaient jusqu'au sein des Fédérations syndicales de province des avis réfléchis, discutés et dont s'inspiraient les militants. Les luttes de doctrines de l'entre-deux guerres montrèrent toujours Boudin au premier rang des combattants ; défendant le point de vue qu'il croyait le plus « dans la ligne » de la tradition et du respect dû à la profession. Il prenait parti avec décision ne craignant pas les coups et capable de maintenir contre une attaque massive une position qu'il estimait juste. A chaque tournant dangereux on a vu Boudin posté sur la route. Les adhérents du « Sou Médical », dont il était le Secrétaire général depuis trente ans, ont toujours trouvé en lui un défenseur ardent, un conseiller compétent qui les assista dans toutes sortes de conflits et les aida à résoudre les difficultés de la pratique quotidienne.

Tous apprendront avec peine sa disparition. Ceux qui l'approchaient saluent aussi l'homme dévoué aux siens qui cherchait ses joies dans la vie de famille, qui rayonnait lorsque son fils, en 1929, fut major de l'internat et, en 1933, ne trouva de consolation à la mort brutale de sa femme qu'en regardant grandir ses petits-enfants.

Le Conseil de direction du *Concours Médical* s'incline avec tristesse devant sa dépouille. Il exprime à son fils, le Docteur Georges Boudin, à sa fille Mme Baglin, à sa belle-fille et à son gendre la sympathie la plus vive. Il les assure que le souvenir de Paul Boudin restera vivace en cette maison qui le vit durant tant d'années se vouer à la défense du Corps médical français.

G. Lavalée.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PONCTION VEINEUSE SOUS L'ARCADE CRURALE

Par Raoul PALMER

Chef des travaux de gynécologie à la Faculté

Trop souvent une thérapeutique intra-veineuse, une transfusion ou une prise de sang sont rendues difficiles ou impossibles par l'état des veines superficielles hypoplasiques, collabées ou obturées par des injections antérieures. Pour certaines recherches (équilibre acido-basique, plaquettes, etc.), on peut également désirer obtenir du sang non modifié par la stase que provoque le garrot.

La veine fémorale a déjà été préconisée pour certaines de ces indications (P.-E. Weill, Jeanneney, etc.), mais les auteurs n'ont pas, à mon avis, insisté suffisamment sur le lieu d'élection de la ponction veineuse et sur différents points techniques importants pour la réussite de l'opération.

J'ai actuellement pratiqué cette ponction sous l'arcade une trentaine de fois (dont quatorze dans la même veine pour injections de cyanure de mercure dans un cas d'aménorrhée par hydrocéphalie, suivi avec mon maître Clovis Vincent), avec un seul échec et sans un seul incident sérieux.

RAPPEL ANATOMIQUE.

Sous l'arcade crurale on trouve, dans l'anneau crural, de dehors en dedans l'artère fémorale, la veine fémorale et les voies lymphatiques avec ou sans ganglion de Cloquet.

L'artère repose sur le bord interne du psoas, dont la sépare la bandelette ilio-pectinée. La veine répond en arrière à l'os iliaque doublé du ligament de Cooper, en avant au bord postérieur de l'arcade crurale, et adhère suffisamment, par l'intermédiaire de la gaine vasculaire, à ces deux formations rigides (et distantes à son niveau de 15 mm. environ), *pour ne pouvoir en aucun cas se collaber* : c'est là le secret de la réussite quasi-constante de la ponction veineuse à ce niveau.

MATÉRIEL.

Le matériel variera un peu selon qu'il s'agit d'une prise de sang, d'une injection intra-veineuse ou d'une transfusion, mais, d'une façon générale, on préfèrera une aiguille plutôt courte (3-4 cent.), montée sur une seringue de manière à pouvoir aspirer, à biseau court, et de diamètre suffisant pour que le sang reflue dans la seringue dès la pénétration dans la veine.

Pour la prise de sang sous huile de vaseline, on aspirera d'abord dans la seringue 1 ou 2 c.c. d'huile de vaseline stérilisée.

Pour les injections intra-veineuses, on choisira une aiguille un peu plus grosse que pour les intra-veineuses au pli du coude, de manière à voir rapidement le reflux.

Pour les transfusions, on peut certes procéder comme habituellement au trocart ; nous préférons procéder comme pour la prise de sang sous huile de vaseline, et d'ailleurs nous en profitons pour donner une seringue de sang pour les examens, qui paraîtront les plus utiles.

POSITION.

La position est un élément important de la réussite facile de la ponction sous l'arcade.

Décubitus dorsal. La cuisse du côté à ponctionner doit être en légère abduction et rotation externe, de manière à bien déplisser le pli de l'aine (le talon doit toucher le bas du mollet de la jambe opposée).

RECHERCHE DES REPÈRES.

Un repérage très minutieux s'impose.

Chez certains sujets maigres , on palpe facilement l'arcade crurale, et on sent bien les battements de l'artère fémorale, mais c'est rarement dans ces cas qu'on ressent le besoin de s'adresser à cette voie.

◆◆

Il faut tout d'abord repérer l'arcade crurale. On cherche et on marque (au crayon dermo ou au stylo), le sommet de l'épine iliaque antéro-supérieure, puis de l'épine du pubis (pour reconnaître cette dernière avec certitude, il faut saisir la région pubienne entre le pouce et l'index jusqu'à bien sentir *les deux* épines pubiennes).

Tracez la ligne qui joint ces deux repères. Marquez-en le milieu : à un centimètre en dedans de son milieu, vous devez sentir battre l'artère fémorale au point où elle émerge sous l'arcade ; marquez-la d'un trait vertical : c'est l'organe qu'il faut éviter.

Palpez attentivement dans l'angle interne des deux lignes, et efforcez-vous de sentir le bord inférieur de l'arcade crurale et les éventuels ganglions, qu'il vaut mieux ne pas transpercer.

La ponction.

Après avoir iodé, piquez à un centimètre en dedans du milieu de l'artère, à un centimètre au-dessous de l'arcade, et dirigez la pointe de votre aiguille *en haut et un peu en dedans*. Enfoncez progressivement jusqu'à ce que, en aspirant doucement, du sang parvienne dans votre seringue. S'il s'agit d'une transfusion, entrez encore d'un demi-centimètre en baissant le pavillon de l'aiguille, et réaspirez pour vérifier que vous êtes toujours en bonne place.

Après la ponction, placez aussitôt un petit tampon, sur lequel vous exercerez une compression modérée pendant cinq minutes environ.

Incidents possibles.

La piqûre de l'artère au lieu de la veine est l'incident le plus ennuyeux. Si M. P. Weill a pu préconiser la saignée à l'artère fémorale, il ne faut par contre à aucun prix envoyer dans l'artère un produit irritant, car on provoquerait un spasme très douloureux, et peut être dangereux. D'autre part, si l'artère n'est pas parfaitement élastique, l'orifice de ponction peut ne pas se reboucher immédiatement lors de la sortie de l'aiguille, et un hématome assez important peut en être la conséquence. Pour éviter l'artère, il faut l'avoir bien repérée et marquée ; il faut piquer à un centimètre en dedans de son milieu et diriger l'aiguille en haut *et un peu en dedans jamais en dehors*, d'autant qu'à partir de l'arcade l'axe des vaisseaux se dirige vers l'ombilic.

La piqûre d'un ganglion, peu redoutable en elle-même, peut boucher l'aiguille par un cylindre de parenchyme ganglionnaire.

La piqûre de la veine peut, si la compression n'a pas été bien appliquée, donner un petit hématome, d'ailleurs insignifiant.

Enfin, on s'abstiendra évidemment s'il existe une hernie crurale, qui peut avoir modifié plus ou moins les rapports anatomiques de la région.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Jusqu'à ces derniers temps, le diagnostic radiologique des kystes de l'ovaire se faisait sur l'identification de dents ou de noyaux de calcification dans la tumeur. Robins et White's ont ajouté un second signe diagnostique indépendant de la présence de tissus calcaires. Ce signe se fonde sur la pénétrabilité aux rayons de la matière sébacée contenue dans le kyste et des tissus qui l'entourent. Sur le film, on voit une région bien délimitée de densité moindre entourée d'une marge étroite de densité augmentée.

C.-A. Good, de la Clinique Mayo (1), a recherché, sur 28 malades opérées à la Clinique, la fréquence du signe de Robins et White's, dans quelle proportion le diagnostic de kyste dermoïde peut être fait sur la seule vue du film. Le mode d'examen fut variable et les clichés comprennent principalement le bassin, la portion lombaire du rachis, l'appareil urinaire et le côlon après lavement opaque.

Le signe de Robins et White's est présent dans 11 cas. Dans 10 de ceux-ci, il s'accompagnait de calcifications. Pour le onzième, non calcifié, le signe était suffisant par lui-même pour faire poser le diagnostic.

Dans 14 des 28 cas examinés, la radiographie permettait à elle seule le diagnostic. Une ou plusieurs dents sont visibles dans 11 de ces 14 cas. Et c'est lui, sans aucun doute, dans la présence de dents bien formées, qui demeure le signe radiologique le plus probant d'un kyste dermoïde.

Dans un cas, le signe de Robins et White's a été la seule base du diagnostic et dans les deux qui restent, il coexistait avec de vagues calcifications.

En somme, l'on peut dire que des calcifications identifiables existent dans environ 40 % des kystes dermoïdes et les signe de Robins et White's dans 25 à 40 %. Il est donc raisonnable de supposer qu'un diagnostic radiologique ferme, où la présomption de kyste dermoïde, peut être fait dans au moins 40 à 50 % des cas.

G. L.

(1) *Staff meetings*, 24 avril 1940.

FAUT-IL PRESCRIRE AUX MYOPES DES VERRES POUR VOIR AU LOIN, DES VERRES POUR VOIR DE PRÈS ?

Par le Docteur Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

C'est une vieille question — longuement discutée, mais non encore résolue — qui reparaît.

Faut-il prescrire aux myopes des verres pour voir au loin et des verres pour voir de près ?

Sur ce point, les opinions ont beaucoup varié, et elles varient encore et toujours. Il n'existe pas unité de doctrine. Les uns se prononcent pour la prescription unique, les autres pour la prescription double ; d'autres enfin moins absolus adoptent une pratique mitigée, variable suivant les cas.

Les partisans de la dualité de prescription. — Furnari (1) déclare que « l'usage des verres concaves ou convexes ne doit point être continuel ; « le presbyte ne doit jamais les employer de « loin, ni le myope de près ». Desmarres (2) estime que « les myopes devraient avoir deux « paires de lunettes, l'une plus faible pour les « objets rapprochés, l'autre plus forte pour les « objets éloignés ».

De Wecker (3) jugeant d'après son expérience, dit que « pour la vision de près, il ne faut corriger que la moitié de la myopie. Deux exceptions seront faites à cette règle. Dans les degrés « élevés, le myope se montrera plus satisfait d'un « verre inférieur à la moitié de sa myopie et dans « les cas légers, il préfèrera ne faire usage d'aucun « verre pour voir de près ».

Landolt (4) pose cette règle « il faut interdire « au myope un verre concave pour toute distance, à laquelle il peut voir sans accommodation ».

Giraud-Teulon (5) estime qu' « on devra assigner aux myopes des verres différents pour les « deux usages (loin et près), les uns neutralisant « exactement l'excès de réfraction pour les « rayons parallèles ou la vue à l'horizon, les « seconds pour l'exercice de la vision à 35 ou 40 « centimètres ». Badal (6) établit une distinction lorsque l'accommodation subsiste entre les myopies faibles, les myopies entre 2° et 3° et les myopies élevées. D'après Panas (1) « tant que le « remotum oscille entre un mètre et 20 centimètres, en « d'autres termes que la myopie est de « 1 à 5 D., il ne faut pas prescrire de verres pour « la vision de près ».

Georges Martin (2) est d'avis que « le myope « doit employer des verres plus faibles pour la « vision rapprochée. Il convient même pour le « piano d'en avoir une troisième paire permettant de voir sans effort à une distance de 60 à « 80 centimètres ». Fuchs (3) préconise également « des verres de force différente, pour la « vision de près et pour la vision de loin ». Félix Lagrange (4) dit : « Le verre concave bien choisi « rend l'œil emmétrope ; le sujet voit très bien de « loin ; il peut porter son verre constamment « pour la vision à longue distance. Mais pour la « vision de près, ce verre serait nuisible ; le « myope doit lire, écrire sans verres ou avec des « verres différents plus faibles selon le degré de « sa myopie ». Tscherning (5) résume ainsi sa pratique « Si la myopie est faible au-dessous de « trois dioptries, on donne les verres correcteurs « pour voir au loin et rien pour voir de près (33 « centimètres). Si la myopie dépasse trois dioptries, nous donnons pour voir de près les verres « correcteurs diminués de trois. »

Javal (6) exprime ainsi son opinion : « Il est « rare que la myopie ne progresse pas d'année en « année chez les écoliers qu'on arme de lunettes « ou pince-nez qui leur suffisent pour voir au loin, « mais qui les obligent à faire des efforts en lisant, « ou en écrivant ».

Terrien (7) pose ce principe : « Corriger toute, ou « presque toute la myopie pour la vision de loin ; « correction partielle pour la vision de près ».

Les partisans de l'unité de prescription. — Risley (8), (de Philadelphie) a fait connaître les résultats d'une longue enquête poursuivie pen-

(1) FURNARI. Traité pratique des maladies des yeux, 1841, p. 397.

(2) DESMARRES. Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. III, p. 633-1858.

(3) DE WECKER. Thérapeutique oculaire, t. II, p. 772, 1879.

(4) LANDOLT. Traité d'ophtalmologie de Wecker et Landolt, t. III, p. 464, 1880.

(5) GIRAUD-TEULON. La vision et ses anomalies, p. 444, 1881.

(6) BADAL. Etudes d'optique physiologique, p. 81, 1882.

(1) PANAS. Traité des maladies des yeux, t. I, p. 166, 1894.

(2) Georges MARTIN. Myopie. Hyperopie. Astigmatisme. Rueff, éditeur, 1895.

(3) FUCHS. Manuel d'ophtalmologie. Trad. Lacompte-Leplat, p. 737, 1897.

(4) Félix LAGRANGE. Précis d'ophtalmologie, p. 128, 1897.

(5) TSCHERNING. Leçons d'optique physiologique, p. 83, 1898.

(6) JAVAL. Manuel du strabisme. Avant-propos XV, 1896.

(7) TERRIEN. Précis d'ophtalmologie.

(8) RISLEY. La diminution de la fréquence de la myopie obtenue par la correction optique. (Soc. opht. Américaine, 30 mai 1894).

dant vingt ans par les oculistes de ce pays : en corrigeant toujours l'astigmatisme lorsqu'il existe, et par la prescription totale de loin et de près, la myopie serait arrêtée dans son évolution.

Sulzer (1) dans l'Encyclopédie française d'ophtalmologie aboutit aux mêmes conclusions, que les progrès de la myopie sont bien moindres avec la correction complète permanente qu'avec la correction intermittente, et il se prononce en faveur de l'unité de prescription pour la vision de près et la vision de loin. May (2) est du même avis. Axenfeld (3) dit qu'il faut prescrire des « verres compensant le plus parfaitement possi- « ble la myopie « et qui doivent être portés cons- « tamment pour la vision de loin et de près ». Camille Fromaget et Bichelonne (4) se prononcent pour « la correction totale complète et permanente de la myopie ». Ils conseillent « le verre correcteur » porté constamment pour la vision de loin et de près ».

Les partisans des prescriptions variables suivant les cas. — Il est écrit dans certains ouvrages que Donders recommandait l'unité de prescription. C'est une erreur d'attribuer à Donders, une opinion aussi absolue. Voici exactement ce qu'il disait (5) : « Pour un sujet jeune qui n'a pas de « scléro-choroïdite, chez lequel le degré de myo- « pie est, par exemple 1 /10, on choisira des ver- « res —1 /10 qu'il gardera toute la journée... « Mais, lorsque la myopie est plus prononcée, « par exemple 1 /3, 1 /6 et surtout que l'accom- « modation a diminué, il ne faut pas employer « les mêmes verres pour voir de loin et de près. « Dans tous les cas, il faut recommander instam- « ment aux myopes de ne jamais se servir pour « lire et surtout pour écrire, des verres plus forts « que leur affection ne l'exige ». Helmholtz (6) émet une opinion semblable. Il recommande aux myopes « d'éviter l'attitude penchée en avant et « la grande convergence des yeux dans les occu- « pations avec des objets rapprochés » et au sujet de l'usage des bésicles, il dit qu' « il est générale- « ment indiqué de se servir de verres concaves « qui reculent le *punctum remotum* à l'infini et de « les porter constamment ». Mais il atténue tout « aussitôt l'absolu de cette règle en ajoutant : « Si l'on est impérieusement forcé de s'occuper « d'objets délicats et qu'il faille rapprocher da- « vantage de l'œil, il est convenable de se servir « de verres concaves plus faibles ». Nous retrouvons mêmes réserves dans les leçons de Follin (1) qui pose la question suivante : « Doit-on conseil- « ler aux myopes de porter des lunettes pour tra- « vailler sur des objets rapprochés comme dans « la lecture et l'écriture ? » et, à cette question, il répond : « Tout cela dépend de la puissance d'ac- « commodation, si cette puissance est bien con- « servée, et s'il n'existe pas de désordres intra- « oculaires graves, il n'y a point d'inconvénient « à donner aux myopes des verres qui neutra- « lisent complètement leur myopie ; mais le « myope doit savoir qu'il ne doit point après « avoir lu quelque temps avec ses lunettes les « mettre de côté pour lire en rapprochant beau- « coup le livre des yeux... Les myopes avec un « peu d'amblyopie et un faible degré d'accom- « modation ne doivent point porter de lunettes « pour lire et pour écrire ».

Mackensie (2) est du même avis. Il conseille « dans les myopies élevées de procéder par éta- « pes, neutralisant d'abord une fraction de l'ex- « cès de réfraction, un tiers par exemple de l'é- « tendue accommodative ; puis, quand ce nou- « vel état est bien établi, d'apporter un nouveau « tiers de correction et ainsi de suite ». Abadie (3) a une opinion semblable : « Quand le sujet est « jeune et la myopie légère, par la neutralisation « complète on réussit à le placer tout à fait dans « les conditions de l'emmétrope, et les verres « choisis lui permettront de voir de loin comme « de près. Mais, lorsque la myopie est plus élevée, « il sera le plus souvent impossible de corriger « leur vice de réfraction avec une seule paire de « lunettes. On prescrira des verres neutralisant « complètement leur myopie, et dont ils ne se ser- « viront que pour voir au loin ; pour lire, ils en « auront d'autres plus faibles. »

***

Aux résultats de cette enquête apparaît, par la diversité des opinions émises, le désaccord qui, sur cette question de thérapeutique courante, subsiste entre praticiens de l'ophtalmologie. Les grands maîtres de la Science, ceux dont l'enseignement d'habitude nous guide sont tout aussi divisés que les plus humbles.

On les rencontre partagés entre les deux camps en présence, sans qu'il soit possible d'accorder à l'un plutôt qu'à l'autre, l'appui suprême de leur autorité. Ainsi la discussion demeure entière. Où donc réside la vérité ? Nous la cher-

(1) Sulzer. Encyclopédie française d'ophtalmologie, t. III, p. 364.

(2) May. Manuel des maladies des yeux. Traduction Bonin, p. 331, 1923.

(3) Axenfeld. Traité d'ophtalmologie. Traduction Menier, p. 113, 1914.

(4) Camille Fromaget et Bichelonne. Examen fonctionnel de l'œil et des anomalies de la réfraction, p. 355, 1911.

(5) Donders. De l'usage et du choix des lunettes. *Archiv. fur ophtalmologie*, t. IV, 1re partie, p. 301-340, 1860.

(6) Helmholtz. Optique physiologique. Traduction Javal Klein, p. 133.

(1) Follin. Leçons sur l'exploration de l'œil, p. 246, 1863.

(2) Mackensie. Traité pratique des maladies de l'œil. Traduction Warlomont, t. III, 1857.

(3) Abadie. Traité des maladies des yeux, t. II, p. 339, 1877.

cherons à la lumière des faits et des lois de l'optique physiologique.

Arguments pour. — Arguments contre

Les partisans de l'unité de prescription nous disent : corriger un vice de réfraction, c'est rendre l'œil emmétrope, le mettre dans les mêmes conditions que celui-ci, rétablir les fonctions normales de l'accommodation et de la convergence affaiblies et dissociées par la myopie. Par conséquent, un myope devenu emmétrope par la correction optique conserve, suivant la loi de Donders, une puissance accommodative correspondante à son âge ; et le même verre correcteur de sa myopie convient pour la vision de près et pour la vision de loin.

A cet argument, les *partisans de la dualité de prescription* ripostent : sous la correction optique, l'œil myope n'acquiert pas les facultés accommodatives de l'œil emmétrope. Son remotum est à une distance rapprochée, d'autant plus rapprochée que la myopie est plus élevée ; pour voir de près, il lui suffit de placer l'objet à cette distance — *punctum remotum* et cet acte ne nécessite aucun effort accommodatif. En lui prescrivant les mêmes verres pour la vision au loin et pour la vision de près , on recule son remotum, et, de ce fait, on l'oblige pour la distance rapprochée à un effort accommodatif inutile, même nuisible de nature à augmenter la myopie. Landolt (1) en conclut : « Il faut interdire au myope un verre concave pour toute distance à laquelle, il peut « voir nettement sans « accommodation ».

Les *partisans des prescriptions variables suivant les cas* ne contredisent ni les arguments des uns, ni les arguments des autres ; ils estiment qu'on ne saurait édicter une règle absolue. C'est question d'espèces. Il y a myopes et myopes. Certains se plient à la correction totale et permanente. D'autres ne la supportent pas. Il faut juger et ordonner suivant les capacités visuelles et accommodatives de chacun.

***

Camille Fromaget (2) et Séguin (3) ont étudié à l'aide de l'optomètre de Badal, sur les élèves du Lycée de Bordeaux, les rapports de la réfraction avec l'amplitude d'accommodation.

De leurs mensurations, il résulte que les myopes qui ne portent pas de verres correcteurs ont une amplitude inférieure à celle des emmétropes, surtout des hypermétropes. Ceux, au contraire, dont la myopie est corrigée ont une amplitude sensiblement égale à celle des emmétropes. En fait, on ne saurait accorder à ces constatations optométriques une valeur démonstrative en faveur des partisans de l'unité de prescription. Le problème demeure entier ; car, si l'emmétrope possède sa fonction physiologique d'accommodation, il n'en est pas ainsi de l'amétrope même corrigé, plus particulièrement du myope, qui doit pour l'obtenir faire un effort d'adaptation. C'est précisément cet effort que les partisans de la dualité veulent éviter et incriminent. Dans ce problème, il ne faut pas seulement tenir compte de la puissance accommodative.

Il est un autre facteur qui intervient, celui de la puissance de convergence. Dans des recherches antérieures (1), nous avons établi que l'amplitude de convergence calculée en angles métriques *am* présente des différences considérables chez des sujets de même âge possédant même réfraction et surtout — ce qui, dans le cas particulier nous intéresse — que la puissance positive de convergence du myope est généralement plus faible que celle de l'emmétrope et de l'hypermétrope. D'après nos moyennes, le proximum de convergence de l'emmétrope vaut 9,333 am ; celui du myope n'est que de 7,27 am. La correction totale eut-elle rendu à un œil myope, la puissance accommodative de l'emmétrope, elle n'entraîne pas une récupération correspondante de la puissance de convergence. Il en résulte que, sous ses verres aussi correcteurs qu'ils soient, le myope continue à subir les conséquences de son insuffisance de convergence. Entre ces deux fonctions sœurs — accommodation et convergence — la bonne entente est rompue.

***

Ces données de physiologie optique — moins théoriques qu'elles ne paraissent — doivent dans la pratique servir de règle dominante. La détermination du verre correcteur ne comporte pas uniquement la mensuration quantitative de l'amétropie ; elle est également liée à la valeur de la puissance de convergence. Donner à un myope, pour la vision rapprochée, la correction totale de sa myopie est possible et utile, mais à la condition que la mensuration à l'ophtalmodynamomètre de Landolt indique une puissance positive de convergence suffisante pour faire les frais de l'effort. Si cette condition n'est pas réalisée — et c'est le cas le plus fréquent — la dualité de prescription s'impose.

Telle est, après quarante ans d'observation et de pratique, notre règle de conduite.



---

(1) Landolt. *In* Traité d'ophtalmologie de Wecker, t. III, p. 454.

(2) Camille Fromaget. Des rapports de l'amplitude d'accommodation avec les vices de réfraction. *Annales d'oculistique*, juin 1895.

(3) Seguin. De l'amplitude d'accommodation dans ses rapports avec la réfraction statique. Thèse de Doctorat, Bordeaux, 1894-1895.

(1) Des rapports de l'amplitude de convergence avec les vices de réfraction. Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Prix biennal des Docteurs, 1901. Académie de Médecine. Prix Meynot, 1907.

LA CLINIQUE INFANTILE AU GOÛT DU JOUR

Tout lait de femme est-il rigoureusement adapté à la nutrition de l'enfant ?

d'après le Professeur G. MOURIQUAND, de Lyon (1)

L'ENFANT AU SEIN COMPARÉ A L'ENFANT AU BIBERON

Le lait de la mère apparaît comme rigoureusement adapté à la nutrition du premier âge. Biologiquement essentielle pendant la gestation, la liaison entre la nutrition de la mère et celle de l'enfant persiste pendant les premiers mois de la vie. Après la section du cordon ombilical, on la retrouve sous la forme d'un « cordon lacté », qui apporte encore à l'enfant les éléments nutritifs, issus de l'organisme maternel. Ainsi le Professeur Marfan a-t-il pu tenir le lait maternel pour un aliment « spécifique ».

Il n'en est pas de même pour le lait de vache. Toutefois, dans les conditions normales et quand l'allaitement artificiel est conduit avec une hygiène rigoureuse, il est souvent difficile de distinguer morphologiquement et fonctionnellement un enfant au sein d'un enfant au lait de vache. Si ce dernier présente de légères anomalies, elles restent compatibles avec un état de santé en apparence satisfaisant et avec une croissance normale. Lorsqu'une maladie intercurrente n'intervient pas, il peut se développer assez bien, quoique irrégulièrement. La différence serait d'autant plus grande que le lait de vache a été donné plus tôt ; elle s'atténue au bout de six mois.

Mais, que se produise la moindre faute alimentaire, que survienne une infection, même légère, ou quelque autre cause pathologique, la nutrition de l'enfant au biberon fléchit, soit généralement (hypotrophie, athrepsie), soit localement (tissu osseux, rachitisme, etc.). D'après Marfan, l'enfant au lait de vache présente une réceptivité plus grande pour les infections communes (catarrhe des premières voies, otite, bronchite, pyodermite) que l'enfant au sein. Le caractère le plus remarquable, c'est la rapidité avec laquelle il perd son tissu graisseux et diminue de poids, s'il est hypoalimenté ou atteint d'une maladie peu sérieuse.

Or, ces causes laissent presque toujours indifférente la nutrition de l'enfant au sein, comme si celui-ci, grâce à une alimentation « spécifique » défendait son propre équilibre. Tout se passe, comme si l'enfant au lait de vache était en état de déséquilibre latent de « dystrophie inapparente » (Mouriquand), dont la séméiologie ne se développe que sous l'action de facteurs de révélation, ceux-ci étant de nul effet chez l'enfant au sein. Ici, les causes digestives sont au premier plan ; elles dominent la dystrophie générale, et la dystrophie phospho-calcique. Retenons que, dans ce dernier cas, l'alcalinité des selles de l'enfant au biberon s'oppose à l'acidité des selles de l'enfant au sein. L'alcalinité du milieu intestinal favorise la précipitation (à partir des sels de P et de Ca abondants du lait de vache) du phosphate tricalcique ; or, ce dernier sel est inabsorbable par la muqueuse intestinale. Au contraire, l'acidité du milieu intestinal chez l'enfant au sein empêche cette précipitation de phosphate tricalcique et permet les combinaisons de phosphate monocalcique, facilement absorbé par la muqueuse intestinale. En ce qui concerne la dystrophie inapparente générale pouvant aboutir, sous l'action de facteurs de révélation, aux dénutritions graves du premier âge, on en trouvera surtout la cause dans les albumines, les lipides, les glucides, les matières minérales du lait de vache, qui diffèrent du point de vue physico-chimique de celles du lait humain.

QUAND CETTE ADAPTATION DU LAIT MATERNEL SE TROUVE EN DÉFAUT ?

Le lait de femme ne peut-il pas se présenter à l'état de déséquilibre par rapport à la nutrition de l'enfant, comme s'y présente le lait de vache ; peut-il manquer de certains éléments indispensables à l'équilibre et à la croissance, et pourquoi ? En un mot, peut-il perdre sa « spécificité » ?

S'il y a déséquilibre de ce lait, c'est avant tout dans *l'alimentation de la nourrice* qu'il faut en chercher la cause (plutôt que dans la perte de tel pouvoir de synthèse de son organisme).

Ce déséquilibre peut se traduire par des troubles nutritifs du nourrisson. Mais, chez l'enfant exclusivement au sein, quand la ration est caloriquement suffisante, ces troubles sont rares, ou peu appréciables. Exemples : quelques

(1) Sur la spécificité du lait de femme. (*La Presse Médicale*, 22 mars 1941).

troubles digestifs, de l'eczéma, au cas d'un excès de graisse ; un fléchissement de la courbe pondérale, au cas d'une insuffisance de graisse. D'autre part, les variations des protides, glucides, matières minérales, etc. peuvent être observées, sans que la nutrition de l'enfant traduise quelque souffrance.

Si le lait humain est théoriquement l'image de l'alimentation de la nourrice, les faits sont biologiquement moins simples, et chaque glande mammaire paraît capable, à partir des éléments de la ration, de faire « son lait » biologiquement propre. En théorie tout au moins, le lait de la mère est plus « spécifique » pour son enfant que le lait d'une nourrice mercenaire. Mais si cette haute « spécificité maternelle » existe, la clinique ne permet guère de l'apprécier. Beaucoup d'autres éléments interviennent pour expliquer l'excellence de l'allaitement maternel (soins généraux, tendresse, etc.), excellence qui disparaît lorsque les règles élémentaires d'hygiène sont ignorées.

Il faut cependant noter que certains éléments du déséquilibre alimentaire occasionnent, plus que d'autres, un déséquilibre du lait humain et, si celui-ci est grave, des troubles chez le nourrisson. Certaines substances « minimales » (*vitamines*, etc.) sont d'une importance plus grande que les substances plastiques ou caloriques (protides, lipides, glucides). En effet, les substances « maximales » peuvent être pour la plupart synthétisées par l'organisme à partir des divers éléments apportés par le régime. Les vitamines ne sont pas synthétisées par lui, comme certains le pensent ; cette synthèse, si elle existe, est de peu d'importance et n'atténue guère les effets de la carence sur l'équilibre du lait.

Certaines carences graves du régime de la nourrice, notamment en vitamines A et B1, montrent à quel point cet aliment « protecteur », « providentiel », « spécifique » qu'est le lait humain, peut devenir hautement pathogène.

En ce qui concerne la carence du régime de la nourrice en vitamine A et de ses effets sur le nourrisson, le cas de Schiele est particulièrement démonstratif. Cet auteur rapporte qu'au cours du grand jeûne russe, en 1907, il observa une mère atteinte d'héméralopie (par carence en vitamine A). Cette mère allaitait un nourrisson, qui présenta de la xérophtalmie. L'huile de foie de morue, qui fut ordonnée à la mère, guérit à la fois l'héméralopie maternelle et la xérophtalmie du nourrisson.

Ce cas montre à quel point la carence du régime peut retentir sur l'équilibre, sur la « spécificité » du lait maternel. Il montre aussi, de façon toute expérimentale, que le retour de ce lait à l'équilibre peut se faire rapidement du fait de la consommation d'un « aliment », riche en vitamine A ou de cette substance elle-même.

En ce qui concerne le retentissement de la carence en vitamine B1 de la ration de la mère sur la nutrition de l'enfant, les cas se comptent par dizaines de milliers (en Extrême-Orient, aux Philippines). Une mère consommant avec prédominance du riz décortiqué provoque, chez un nourrisson, un béribéri grave, asystolique, très souvent mortel. Or l'introduction d'aliment riche en vitamine B1 (riz cortiqué) dans la ration de la mère, ou de vitamines B1, elle-même, fait une prophylaxie efficace du béribéri infantile, ou guérit celui-ci, s'il n'a pas atteint le stade irréversible. Par contre, le lait d'une nourrice au riz « cortiqué » garde son équilibre. Dans cette carence, comme dans la précédente, le déséquilibre de la ration maternelle fait perdre à son lait toute « spécificité », celle-ci étant rétablie par l'apport de la vitamine manquante.

Notons que, souvent, la nutrition hyperactive du nourrisson révèle la carence alimentaire du régime de la nourrice et du déséquilibre de son lait, alors que, chez celle-ci, la dystrophie n'est qu'à l'état fruste ou même inapparent. Dans le cas de Schiele, la mère présentait des manifestations *a minima* de l'avitaminose A (héméralopie), alors que son nourrisson développait une manifestation *affirmée*, grave, sous forme de xérophtalmie. Dans les cas de régime carencé en vitamine B1, longtemps la nourrice peut paraître saine, alors que la carence de son lait déchaîne, chez le nourrisson, une dystrophie mortelle.

En ce qui concerne l'avitaminose C, les faits sont moins nets, et les cas de « scorbut » d'enfants au sein, discutés.

Il ne semble pas jusqu'ici qu'une carence en vitamine D de l'alimentation de la nourrice (qui en apporte, en général, d'assez faibles doses) puisse trouver sa manifestation clinique chez le nourrisson ; en effet, le lait de femme, bien que protégeant le nourrisson contre le rachitisme, contient de très faibles doses de vitamine D (en quantité inférieure au lait de vache).

On ne possède actuellement aucune documentation sur la transmission au nourrisson d'autres carences vitaminiques, analogue aux précédents accidents pour A et B1. Ainsi en est-il des carences PP (pellagre), E, P, K, etc.

En dehors de périodes de troubles économiques profonds (guerre), les manifestations affirmées de la carence chez l'enfant au sein ne s'observent pratiquement jamais dans nos pays. S'il en est de frustes, nous les méconnaissons ou les attribuons rarement à l'alimentation déséquilibrée de la nourrice. Et, ce n'est que lorsque toutes les causes dystrophiques extra-alimentaires auront été éliminées (infections, intoxications, agents météorologiques, etc.) que le problème des causes alimentaires sera abordé.

Il consistera d'abord à écarter toute notion de « nocivité » de ce lait du fait d'une alimentation toxique, menstruaire, ou de passage de toxine d'origine maternelle (infections de la nourrice, etc.). On mettra hors de cause tout facteur énergétique proprement dit (insuffisance calorique) de la ration, pour aborder son étude qualitative. On pourra comparer (compte tenu d'un pouvoir énergétique global suffisant) le déséquilibre existant entre les lipides, glucides et protides de la ration et celui du lait de la nourrice.

En ce qui concerne les vitamines, un examen attentif de cette ration indiquera s'il y a, ou non, carence partielle. Alors seulement que tous ces éléments auront été réunis, on pourra attribuer les troubles trophiques — (généralement à minima) : stagnation pondérale, anémie, retard de la marche, faible immunité générale ou localisée), — à un déséquilibre du lait humain relevant du régime déséquilibré de la nourrice. En tout cas, les faits de carence extrême (avitaminose A et B1) permettent d'affirmer que cette carence fait perdre au lait humain tout équilibre, toute spécificité d'autre part, et que, dès lors, les « facteurs de révélation », dont il a été question (infections, etc.), pourront un jour amener des troubles plus graves chez le nourrisson.

G. FISCHER.

LE SANG DU VIEILLARD
présente un ralentissement des réactions immunologiques

D'après le Professeur R. PIERRET et le Docteur A. BRETON (de Lille)

Par l'analyse du sang du vieillard, on a espéré comprendre pourquoi l'homme vieillissait et percer ainsi l'un des mystères les plus préoccupants de la destinée humaine. Si toutes les espérances n'ont pas été réalisées, si l'on n'a pas pu établir jusqu'ici une formule histo-biologique de la vieillesse, il n'en demeure pas moins que les modifications physico-chimiques et immunitaires accompagnant la sénescence sont des plus intéressantes, pour expliquer le comportement spécial du sujet âgé vis-à-vis de la maladie.

Il a été établi que le sang vieux, qui possède cependant un équilibre colloïdal sérique convenable, réagit anormalement et faiblement quand on provoque chez lui une poussée immunitaire. Il ne sait pas la faire, ou la fait mal.

Déjà, les auteurs avaient démontré que, chez le vieillard, il existait un ralentissement très important de la sérogénèse. Et puisqu'il est logique de considérer ce phénomène para-immunitaire comme un reflet de la réaction immunitaire elle-même, on peut conclure de sa faiblesse au faible potentiel immunitaire du vieillard.

Cette constatation immunologique presque expérimentale corrobore d'ailleurs, pleinement toute une série de faits cliniques concordants.

Ainsi, le vieillard ne garde pas souvent l'immunité conférée par une vaccination jennérienne, même quand celle-ci est de date récente : dans 52 % des cas, ce sujet réagit suivant le type de la primo-vaccination. Dans 26 %, il a une réaction de type accéléré, dans 6 % une réaction précoce ; dans 16 % seulement une réaction nulle témoignant d'un pouvoir virulicide suffisant conservé. De plus, le nouveau pouvoir immunitaire déclenché par la revaccination est généralement faible, et ne persiste pas. Au bout de six semaines déjà, dans plus de 50 % des cas, le pouvoir virulicide est revenu à son chiffre de départ. La poussée immunitaire n'a pas tenu.

Pareille observation peut être faite en tuberculose. Nombre de vieillards possèdent des signes radiologiques de contamination bacillaire, et pourtant ils ont fréquemment des cuti-réactions négatives à la tuberculine. Bien qu'aujourd'hui encore, l'on discute sur les rapports, qui existent entre l'allergie bacillaire et l'immunité tuberculeuse, il faut y voir une faiblesse immunitaire et une explication du comportement spécial du vieillard en face de la tuberculose.

Toutes ces preuves biologiques permettent de comprendre les phénomènes cliniques paradoxaux, que l'on observe ouramment dans la pathologie du vieillard et qui font de lui, à la façon de l'enfant, un sujet à la fois plus réceptif et moins bien défendu. Faut-il rappeler l'apparition à un âge avancé de certaines fièvres éruptives, de diphtérie, d'oreillons chez des médecins, ayant vécu toute leur vie active dans les services hospitaliers sans se contaminer. Est-il utile de signaler les excellents résultats de transfusion de sang jeune dans le traitement des pneumonies survenant chez des gens âgés.

L'insuffisance et la pauvreté des réactions immunitaires sont les vrais témoins de la sénescence humaine. Par contre, il n'y a pas une formule typique physico-chimique du sang, propre aux âges avancés. Des nuances seules différencient ce sang de celui de l'homme jeune, et c'est seulement dans l'appréciation de tests fonctionnels délicats, que l'on découvre ces nuances. Elles sont bien légères comparées aux troubles profonds du métabolisme tissulaire et viscéral de la sénescence (1).

G. F.

(1) *Le Bulletin médical*, 5 avril 1941.

TRAITEMENT DES MORSURES DE VIPÈRES

Quelques précisions sur ce traitement ont été données par Madame Marie PHISALIX dans une communication présentée à l'Académie de médecine. On sait que Mme Phisalix est l'auteur d'importants travaux sur cette question, qu'elle a étudiée depuis de nombreuses années, avec le regretté Docteur Phisalix, son mari, d'abord, et seule ensuite.

Pour traiter un sujet qui vient d'être mordu par une vipère, on devra se rappeler :

1° Que le risque le plus immédiat d'une telle morsure est la syncope cardiaque, principal accident à redouter.

2° Que l'action locale due à la morsure n'est pas infectante et ne comporte pas tendance à l'infection. Les propriétés lytiques du venin sur les microbes peu virulents expliquent cette faible tendance de la morsure à s'infecter. La bouche de la vipère ne s'ouvre guère que pour mordre ou pour déglutir la proie vivante, par conséquent à des intervalles assez éloignés pour que les microbes n'y soient pas apportés en grand nombre et puissent subir la destruction due au venin. Quand la bouche et l'appareil inoculateur du venin sont septiques, par suite de lésions, la vipère ne mord plus, bien qu'elle puisse projeter sa tête dans la direction voulue, mais sans ouvrir la bouche.

Pour répondre à la première indication (menace de syncope cardiaque) le patient doit être immobilisé et transporté sans effort de sa part. On le rassurera, en particulier s'il manifeste — comme il arrive souvent — l'angoisse d'une fin prochaine. Sous prétexte de le tonifier, ne pas administrer des doses d'alcool susceptibles d'entraîner l'ivresse, celle-ci ayant sur le cœur le même effet dépresseur que le venin.

Les interventions locales devront être réduites et raisonnées. La morsure de vipère n'étant pas microbienne, il importe de ne pas infecter la plaie par des manœuvres locales exagérées, comme l'excision, la cautérisation ignée ou chimique. Le risque local n'est pas grand, en effet, malgré l'aspect parfois phlegmoneux et hémorragique de la zone mordue. On évitera aussi toute ligature rigide comme le garrot ou les liens inextensibles qui sont douloureux et créent des risques de gangrène. Peu utiles, également, sont la compression exercée autour du lieu de morsure pour faire saigner la petite plaie ou la succion de l'endroit mordu pour en aspirer le venin. Les crochets de la vipère pénètrent à 7 millimètres de profondeur et lancent le venin sous pression dans les tissus. On ne peut guère espérer faire sortir ainsi le venin, par un trajet fin et rapidement reformé. Tout au plus, ces moyens auraient-ils leur raison d'être aussitôt après la morsure, avant l'apparition des premiers symptômes et s'ils ne font pas perdre de temps pour une intervention vraiment efficace.

***

Quel sera donc le traitement immédiat d'une morsure de vipère ?

La médication principale est la sérothérapie, l'injection de 10 cent. cubes de sérum antivenimeux sous la peau du flanc. Avec le sérum injecté assez tôt, on ne doit plus mourir des morsures de vipère, de nos petites espèces de vipère du moins.

Procéder ainsi :

Au moment de la morsure, faire saigner la plaie si cela paraît possible, mais par des manœuvres douces seulement.

Lavage de la région mordue, et de l'endroit où l'on pratiquera l'injection, à l'eau javellisée à 2 p. 100 (l'eau de Javel se trouve partout, dans les plus petits hameaux même). Le chlorure de chaux à 1 pour 60 a une action destructrice sur le venin.

Injection de 10 c. c. de sérum antivenimeux sous la peau du flanc. (Pas de contre-indication. Prendre seulement les précautions d'usage pour toute sérothérapie). La dose peut être portée à 20 c. c. si l'on intervient plusieurs heures après la morsure.

Pansement antiseptique simple sur la région mordue.

Quand on n'a pas sous la main le sérum antivenimeux ou qu'on ne peut se le procurer en temps utile, le traitement est plus compliqué et moins rapidement efficace.

Mettre le sujet au repos, aseptiser la partie atteinte à l'eau javellisée et faire un traitement local et général.

Localement, on peut, si la région le permet, appliquer une ligature *élastique* entre la zone mordue et la racine du membre, pour ralentir la circulation sans la supprimer. Déplacer la ligature de temps en temps de manière à ne pas provoquer un œdème trop prolongé. Il est bien évident que cette ligature doit être immédiate te



qu'elle n'aurait plus sa raison d'être une demi-heure après l'accident.

Les phénomènes phlegmoneux et hémorragiques, quand on a évité l'infection venant du dehors, ont une tendance naturelle à guérir. On en facilitera la détente par l'application d'un ouataplasme, qu'on remplacera par un pansement antiseptique sec, après sédation de la douleur.

Il est rare, toutefois, que l'on puisse prévenir par le seul emploi des moyens locaux la pénétration dans la circulation générale de la plus grande partie du venin inoculé par la morsure. Le traitement devient alors général et purement symptomatique. Il s'adresse, en particulier, aux troubles de paralysie cardiaque et respiratoire, ainsi qu'à l'hypothermie qui impressionne péniblement le malade.

Celui-ci sera mis au lit, et réchauffé par des boules d'eau chaude, aux extrémités principalement. La soif — développée par l'hypersécrétion sudorale, rénale et intestinale — sera combattue par de petites doses répétées de boissons stimulantes chaudes et bien sucrées (vin étendu d'eau, café, thé). Le vin a donné de bons effets dans l'envenimation, non par son alcool, mais par un de ses composants encore indéterminé (Lassablière). Il en est de même du sucre.

Lorsque la dépression cardiaque persiste, que le pouls reste faible ou intermittent, la respiration gênée, on aura recours aux toni-cardiaques, à la strophantine ou à la caféine de préférence. La spartéine, qui donne de bons résultats comme préventif de l'action paralysante cardiaque du venin, est à éviter comme curatif, l'effet étant alors aggravant (Billard).

D'ordinaire, les troubles cardiaques et respiratoires cèdent au repos et au traitement, au bout de quelque temps. La plupart des accidents qualifiés de séquelles relèvent d'un état défectueux de l'organisme au moment de la morsure, plutôt que de l'envenimation elle-même.

***

Le venin de vipères intervient sur l'organisme par une intoxication suraiguë. Des multiples composants toxiques de ce venin, les uns se fixent électivement, d'abord sur les centres nerveux pour déterminer les troubles généraux, les seuls qui mettent en danger la vie du malade ; les autres sur les endothéliums vasculaires, avec comme conséquences des hémorragies multiples au niveau des capillaires viscéraux et sous-cutanés, des œdèmes, des taches hémorragique si enfin, sur le sang lui-même dont ils troublent la coagulation et détruisent les globules.

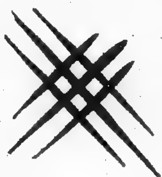
L'envenimation doit être traitée avec célérité et aussi avec la précaution de ne pas la compliquer d'infection par des manœuvres locales inopportunes, sur des lésions ne comportant le plus souvent qu'un pansement antiseptique.

***

L'Institut Pasteur prépare quatre sérums anti-venimeux différents : le sérum anti-venimeux E, spécifique à l'égard des venins de vipères d'Europe ; le sérum anti-venimeux A. N., spécifique à l'égard des venins de serpents de l'Afrique du Nord ; le sérum anti-venimeux A. O., spécifique à l'égard des venins de serpents de l'Afrique Occidentale et Equatoriale ; le sérum anti-venimeux C, spécifique à l'égard des venins de Najas de l'Inde et de l'Egypte.

Ces sérums sont délivrés en ampoules ou en auto-injecteurs de 10 c. c., l'auto-injecteur comportant une aiguille stérile. Provenant de chevaux immunisés contre les venins de serpents, ils ne renferment aucune substance toxique et ne sont susceptibles de produire que les accidents ordinaires de sérothérapie. Ils conservent leur activité, en tous climats, pendant plus de quatre années.

P. Lacroix.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur les thérapeutiques sympathiques des gelures

J. de Girardier démontre que les gelures, même en apparence peu importantes, doivent cesser d'être considérées comme des lésions purement locales, traitables par des méthodes thérapeutiques locales. Tout gelé, même sans gangrène massive, doit être considéré comme atteint d'une maladie vaso-motrice, dont on ne peut savoir immédiatement les conséquences évolutives, ni les répercussions.

Les infiltrations du sympathique lombaire paraissent le traitement de choix des lésions de gelures des pieds sans lésions de nécrose ou avec ulcérations nécrotiques parcellaires, quelle que soit l'ancienneté des lésions, mais elles doivent être utilisées le plus précocement possible. Elles assurent, en somme, le réchauffement du pied gelé par le dedans.

La sympathectomie péri-artérielle paraît avoir comme indication de choix les ulcérations nécrotiques après la phase d'élimination de l'escarre, hâtée par les infiltrations, lorsque ces ulcérations sont étendues, ou anciennes, ou atones, lentes à se cicatriser et qu'elles s'accompagnent de troubles circulatoires locaux d'importance moyenne.

La section de la chaîne lombaire avec ganglionectomie trouve des indications plus rares et limitées aux cas où les troubles circulatoires sont bilatéraux, importants et diffus, qu'ils soient accompagnées ou non d'ulcérations nécrotiques, à condition que les lésions de nécrose soient éteintès. On peut être d'autant plus large que le sujet est plus près de la quarantaine, étant donné le facteur étiologique que représentent les gelures dans l'apparition de la thrombo-angéite oblitérante.

Les thérapeutiques sympathiques peuvent être considérées comme un grand progrès dans le traitement des formes de gelures sans gangrène massive, en raison de l'hypothèque qui pèse sur l'avenir artériel de ces malades. Elles sont dans l'ordre de la physio-pathologie de cette maladie par vaso-constriction. L'avenir seul fixera sur la qualité des résultats éloignés. (*La Presse médicale*, 18 janvier 1941).

Modifications actuelles de la clinique dermatologique dans la pratique courante

Au retour de la précédente guerre, constate le Docteur R. Rabut, le plus fort contingent des malades était fourni par la gale, et en second lieu, par les pyodermites. Mêmes données en juillet dernier au retour de l'exode de la population parisienne, après une vie errante. Cependant, quelques modifications se sont produites dans le tableau clinique de l'éruption acarienne. Le prurit nocturne reste toujours le symptôme majeur. Quant au sillon, il ne siège pas tellement entre les doigts, où il est relativement rare, mais plutôt sur la face antérieure des poignets et le bord cubital des mains notamment au niveau du pisiforme ; chez l'enfant, on le trouve habituellement, et souvent multiple, à la paume des mains, et, chez les tout petits, à la plante des pieds. En pratique, c'est la topographie de l'éruption, qui, chez un malade se plaignant de prurit, fournit les meilleurs éléments d'appréciation : lésions de grattage sur les mains, les poignets, la face antérieure des aisselles, les coudes, les plis sous-fessiers, et, plus encore, papules allongées, parfois croûteuses, sur la verge chez l'homme, les mamelons chez la femme.

D'autre part, actuellement plus que jamais, la gale est souvent masquée par des phénomènes secondaires ; il faut toujours la rechercher et la soupçonner chez un malade qui présente, outre des papules de prurigo, soit des placards d'eczématisation diffus ou localisés sur les régions électives de l'acare, soit des furoncles ou des papules d'impétigo, notamment aux mains et aux fesses.

Notons aussi la fréquence des poux de la tête ; les poux du corps restent peu fréquents. La phtiriase pubienne est restée rare, de même que les réactions ortiées que provoquent les punaises. Les puces se sont montrées d'une extrême fréquence.

Les affections microbiennes de la peau ont subi, après les événements de juin, une augmentation parallèle à celle des parasitoses : furonculose, impétigo pustuleux, pyodermite à germes multiples sur les membres inférieurs, ecthyma.

Il faut noter un accroissement du lichen plan ou de la pelade, observation qui confirme l'origine nerveuse de ces affections. L'augmentation du nombre des malades atteints d'engelures est également un fait connu.

Quant à la vénéréologie, au cours des hostilités, la blennorragie s'est montrée particulièrement fréquente, et la syphilis s'est inscrite en régression sur la période d'avant-guerre. (*Le Bulletin médical*, 25 janvier 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire

(MM. Ch. Laubry et D. Routier ; 4-2-1941)

MM. Laubry et Routier analysent 39 cas personnels, dont 8 autopsiés, centrés sur un syndrome radiologique décrit par les auteurs nord et sud-américains comme caractéristique de la communication inter-auriculaire. Ils montrent que cet aspect radiologique n'est pas le fait de la communication inter-auriculaire mais d'une disposition particulière de l'artère pulmonaire, congénitalement grosse, en contraste avec une aorte congénitalement petite. La communication inter-auriculaire accompagne quelquefois (25 p. 100) cette conformation architecturale des deux gros vaisseaux mais elle n'intervient, ni dans la morphologie si particulière du cœur, ni dans la production des signes fonctionnels (cyanose) ou objectifs (souffles).

Les signes fonctionnels, cyanose et dyspnée, sont tardifs. La cyanose s'accompagne d'une polyglobulie réactionnelle, souvent fort intense, et de modifications rétiniennes souvent très accentuées.

Les signes stéthoscopiques sont fonction de la grosse dilatation du tronc de l'artère pulmonaire et de la surcharge de la petite circulation : soulèvement palpatoire des 2e et 3e espaces intercostaux gauches, double souffle ou souffle diastolique, ou souffle systolique, circonscrits à cette même région.

Tantôt l'évolution se fait vers l'insuffisance ventriculaire droite ; tantôt une pneumopathie chronique ou subaiguë apparaît et entraîne la mort à plus ou moins longue échéance.

Méthode rapide pour le diagnostic microbiologique de la syphilis inapparente de la souris

(M. C. Levaditi et Mme Rousset-Chabaud ; 11-2-1941)

La syphilis expérimentale de la souris, qui est cliniquement inapparente, peut servir de base à des applications en clinique humaine. Pour la reconnaître et tirer de sa constatation toutes déductions opportunes, M. Levaditi propose une technique à résultat rapide. En appliquant la méthode d'imprégnation argentique de Stroesco à un fragment de la peau du dos, il est possible, dit-il, de faire *in vivo* et en moins de deux jours, le diagnostic de l'infection tréponémique chez les souris atteintes de syphilis cliniquement inapparente.

Utilisation de la souris pour le diagnostic de l'état de guérison de la syphilis humaine

(M. G. Milian ; 18-2-1941)

La clinique et la sérologie peuvent fournir deux catégories de critères, plus ou moins probants, de l'état de guérison de la syphilis humaine. Depuis quelques années, on a recherché de nouveaux tests du côté expérimental. C'est ainsi que l'on a pu inoculer au lapin des fragments de ganglions inguinaux et constater par l'obtention d'un syphilome scrotal la persistance de la syphilis chez l'homme après plusieurs années d'une guérison apparente.

En ces temps où le lapin est rare dans les laboratoires, M. Milian a tenté de lui substituer la souris. La syphilis de la souris étant, comme on le sait, inapparente, il faut des procédés spéciaux pour mettre chez elle le tréponème en évidence. Les résultats de ces recherches seront publiés ultérieurement.

Les infiltrations des ganglions de la chaîne sympathique dans le traitement de la maladie de Raynaud

(M. J. de Fourmestraux ; 25-2-1941)

M. de Fourmestraux relate trois observations de maladie de Raynaud traitée par infiltration stellaire. Ses trois malades ont présenté, à la suite du traitement, une disparition des troubles vasomoteurs de durée variable (sept mois dans un cas).

L'auteur rappelle les interventions sanglantes pouvant être pratiquées dans la maladie de Raynaud : la sympathectomie, à laquelle on a aujourd'hui moins souvent recours qu'il y a quelque temps, et l'ablation de l'étoilé. Avant d'employer une technique mutilante, il est indiqué d'essayer l'action des larges infiltrations sympathiques. Celles-ci permettront de préciser le diagnostic et d'obtenir dans certains cas la guérison ou des rémissions plus ou moins longues.

L'iboga, drogue défatigante mal connue

(M. Raymond-Hamet ; présentation par M. Perrot ; 4-3-1941)

L'iboga, plante du Gabon, est employée par les indigènes de ce pays comme drogue défatigante, pour permettre d'effectuer un travail musculaire assez intense sans alimentation. En d'autres pays, la coca et la kola sont utilisées dans les mêmes conditions. M. Raymond Hamet présente une étude pharmacologique de l'iboga et de l'ibogaïne.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Anémie benzolique mortelle. Inefficacité des thérapeutiques classiques

(MM. NICAUD, LAURET et TOULET ; 17-1-1941)

Une anémie benzolique professionnelle a évolué en trois mois vers la mort. Les signes ont été pour la plupart assez classiques : leucopénie avec granulopénie progressives, courbe thermique très irrégulière, poussées éruptives variées ; mais il n'y avait pas d'éosinophilie et l'anémie a été très importante. Le taux minimum des globules rouges a été de 1.400.000 ; le taux minimum des globules blancs de 800 avec 18 pour 100 de polynucléaires.

Les transfusions, l'extrait hépatique, les nucléïdes pentoses, l'oxygénothérapie n'ont eu aucune action modificatrice évidente sur la formule sanguine. La colchicine n'a amené aucune élévation durable du nombre des globules blancs ; ce produit ne doit être employé qu'avec réserves, malgré des résultats expérimentaux favorables.

Il reste à signaler le très long contact de la malade avec le benzol et la marche inexorable de la maladie, malgré la cessation de tout travail, trois mois avant l'entrée à l'hôpital.

Cette observation montre une fois de plus la nécessité, à défaut de mesures prophylactiques rigoureuses, de la suppression du benzol déjà demandée par tous les auteurs qui ont étudié l'intoxication benzolique.

M. G. MARCHAL. — En présence de ce délai de trois mois, écoulé entre l'abandon de la profession et l'éclosion des grands accidents sanguins, on doit se demander si la moëlle n'a pas subi une préparation du fait du benzol, et si les troubles anémiques et aleuciques n'ont pas été déclenchés sous la minime influence d'un facteur de révélation, tel que l'usage de pyramidon ou de sulfamides. L'emploi des sulfamides s'est très largement répandu, en dehors d'indications précises. Les progrès de la chimiothérapie comportent quelques rançons et, parmi celles-ci, de graves troubles hématologiques chez des sujets sensibilisés.

Ce qu'il faut retenir, c'est que les altérations sanguines dues au benzol confèrent, en quelque sorte, à la moëlle osseuse, une fragilité de longue durée, et que de légères intoxications supplémentaires suffisent à déterminer l'apparition redoutable de l'hémopathie latente.

Tuberculose bronchique cliniquement primitive

(MM. P. AMEUILLE et J.-M. LEMOINE ; 24-1-1941)

La malade observée a attiré l'attention, parce qu'elle crachait des bacilles tuberculeux sans qu'on puisse découvrir, par l'exploration physique, la lésion pulmonaire d'où pouvaient provenir ces bacilles. Un épisode clinique assez frappant, une condensation rétractile du lobe supérieur droit apparue subitement, amena l'exploration des bronches et fit découvrir ce qui parut une lésion bronchique tuberculeuse importante. Cette lésion a guéri, et les bacilles ont disparu. La tuberculose bronchique a donc paru le seul élément important de la maladie, lui conférant un caractère exceptionnel. Les moyens d'exploration visuels des poumons ne montrant pas de lésion pulmonaire ulcéreuse, on peut dire que cette tuberculose bronchique était cliniquement primitive. Il est possible qu'elle ait en réalité succédé à d'autres tuberculoses, qui n'ont pas eu d'expression clinique, par exemple à ces nodules du type abortif, que les premières radiographies décelaient discrètement dans le lobe supérieur du poumon, ou peut-être à la propagation par périadénite d'une tuberculose ganglionnaire bronchique de voisinage.

Des exemples de tuberculose bronchique cliniquement primitive, comme celle-ci, ne sont pas connus. Il est très possible que si la bronchoscopie exploratrice se généralise chez les tuberculeux, elle nous révèle une plus grande fréquence de la tuberculose bronchique, et un rôle plus étendu de la voie bronchique dans la dissémination de la tuberculose pulmonaire.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Auto-greffe d'une extrémité d'index sectionné

P. SÉJOURNET tente la greffe une heure après l'accident. Le fragment comprend les 2/3 de la dernière phalange. Suites : Consolidation de l'os. Remaniement du tissu cellulaire. Elimination de la peau momifiée. Réapparition de la sensibilité. Aspect ultérieur presque normal.

M. RAIGA lit une observation historiquement fort curieuse, de Croissant de Carangeat, de 1724, sur une greffe d'une partie du nez enlevée par morsure, au cours d'une rixe et qui, réappliquée après avoir été lavée et trempée dans le vin pour l' «échauffer», paraissait déjà fixée le lendemain et réunie par cicatrice au quatrième jour.

Formations kystiques embryonnaires de la face et du crâne

M. DUFOURMENTEL présente deux observations dont l'une montre un kyste très étendu, mais unique, développé dans le frontal, l'autre un kyste migrateur développé d'abord dans le maxillaire inférieur, puis dans le supérieur, puis dans le temporal. L'origine congénitale de ces tumeurs est seule admissible ; il s'agit du développement anormal d'inclusions embryonnaires. La plupart du temps, elles présentent à l'examen histologique, le caractère d'épithéliomas, mais sans ganglions ni métastase, et état général conservé.

Les Livres

LIBRAIRIE MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

A. BRAULT, Jules COTTET et Edouard MICHON. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Maladies des reins** (*deuxième édition*), Un vol. (Collection Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix), 570 pages, 13 figures. Prix : 150 francs.

Cette édition, très remaniée, a été mise au courant des plus récentes acquisitions de la pathologie rénale.

Le volume débute par une introduction dans laquelle le regretté Brault brosse, avec son autorité de clinicien et d'anatomo-pathologiste, un tableau d'ensemble des néphrites, en insistant sur l'utilité, pour leur classification et leur étude, de la notion d'étiologie et d'évolution.

Jules Cottet a écrit la plus grande partie du volume : anatomie et physiologie du rein, physiologie de la fonction urinaire, séméiologie de l'urine, exploration physique et fonctionnelle des reins, les grands syndromes rénaux, l'étude clinique et le traitement des néphrites, l'urémie, les cardio-rénaux, la néphrose lipoïdique, la dégénérescence amyloïde des reins, les pyélonéphrites et la lithiase rénale. Signalons les développements qu'il a donnés en apportant des vues personnelles à ce qu'il appelle la physiologie de la fonction urinaire, à la séméiologie de l'urine, à l'exploration fonctionnelle des reins, et à l'étude clinique des cardio-rénaux.

Edouard Michon a écrit, avec son expérience chirurgicale, les chapitres consacrés aux phlegmons péri-néphrétiques, aux péri-néphroses, au rein mobile, à l'hydronéphrose, aux kystes du rein, aux reins polykystiques et au cancer du rein.

Editions DUNOD,
92, rue Bonaparte, Paris (VIe)

Les véhicules équipés avec gazogène. (Bibliothèque du chauffeur), par Henri PETIT, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, rédacteur en chef de la « Technique automobile ». Un volume 12 × 28 de 239 pages avec 62 figures. Prix : 35 francs.

Deuxième édition complètement refondue et mise à jour, comprenant les derniers progrès et les nouveautés parus dans les gazogènes.

Les Thèses

P. — Docteur J. DANIEL. — **Les essais de vitaminothérapie préventive dans la poliomyélite aiguë expérimentale.**

Des recherches expérimentales et cliniques ont montré que les vitamines C, B1 et B2 avaient une action favorable sur le cours des maladies infectieuses. C'est surtout la vitamine C qui s'est montrée efficace. Pratiquement, c'est dans la diphtérie, la pneumonie et aussi la tuberculose expérimentale qu'on a obtenu les meilleurs résultats.

La notion de la nature infectieuse de la maladie de Heine-Medin et du neurotropisme de son virus ont conduit certains auteurs à étudier l'emploi de ces vitamines, C et B1, dans le traitement de cette redoutable maladie, dont les épidémies sont actuellement de plus en plus fréquentes, et qui reste à l'état endémique dans l'intervalle.

C'est en Amérique du Nord, qu'ont été faites ces recherches, ce qui s'explique par la fréquence et l'étendue des épidémies dans ce pays où il ne se passe pas d'années sans que de nombreux cas soient signalés.

Les travaux publiés — d'ordre expérimental et prophylactique surtout — ont trait à la poliomyélite expérimentale du singe, mais celle-ci ressemble beaucoup à la maladie humaine. Les conclusions ont donc un intérêt pratique, quoiqu'on ne puisse passer du domaine expérimental au domaine pratique que sous réserve.

P. — Dr J. TISSOT. — **Les occlusions intestinales après gastro-entérostomie et gastrectomie.**

Toute occlusion intestinale après gastro-entérostomie, non opérée, entraîne généralement la mort Les occlusions diagnostiquées et opérées guérissent au contraire, dans la proportion des deux tiers. Il y a donc un grand intérêt à reconnaître ces occlusions pour intervenir à temps et aussi, bien entendu, à les prévenir dans la mesure du possible.

A côté des occlusions intestinales dont l'allure est suggestive, il existe des formes dont la symptomatologie est discrète et trompeuse. La connaissance de cette dernière éventualité doit inciter à intervenir chirurgicalement dès que l'explication des troubles observés n'est pas assez clairement précisée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés



MANDARINAT - SPÉCIALISATION - MONOPOLES

A la défense de la liberté de travail du médecin praticien, et sous ce titre qui résume sa position, le Docteur Ch. Labadille, de Saint-Bris (Yonne), nous a adressé les lignes suivantes :

Dans un récent numéro du *Concours*, le Docteur Laquerrière, nous proposant les fruits d'une vaste expérience, mettait à très juste titre les médecins en garde contre les abus et les dangers, entre des mains ininstruites, des procédés de diagnostic et de traitement électro-radiologiques. Il n'y a qu'à s'incliner devant ces conseils de prudence, et en faire son profit.

Revenant sur ce sujet, le Docteur Surmont estime urgent de réserver aux seuls électro-radiologistes diplômés l'usage de la Fée Electricité, auxiliaire médicale. Sans égard pour les situations acquises, le danger est si pressant qu'il faut interdire aux praticiens de se servir de ces procédés thérapeutiques et diagnostiques, y compris les rayons ultra-violets. Je n'ai pas qualité pour protester au nom des très nombreux électro-radiologistes de province qui, sans diplômes particuliers, se sont aiguillés vers cette branche de l'activité médicale, y ont acquis croyait-on, expérience et technique, et donnaient jusqu'à présent satisfaction aux malades et aux médecins.

Mais, après avoir entendu l'opinion respectée des Trônes, des Puissances et des Dominations, dans un temps où l'on semble vouloir bouleverser les usages et les fondements de notre profession, peut-être conviendrait-il de prêter quelque attention à cette masse de bons artisans qui ne sont que médecins, et qui tiennent, en quelque sorte, les premières lignes dans le combat quotidien contre la maladie, la souffrance et la mort. L'Ordre des médecins ne voudra pas, sans doute, prendre de décision sans les avoir entendus.

Le Docteur Surmont s'alarme de la tendance qu'ont les jeunes à s'annexer les méthodes, les techniques et les instruments réservés jusqu'ici aux seuls spécialistes : les jeunes (et les autres) ne se contentent plus du sirop de codéine, du benzoate de soude et des ventouses scarifiées ; de plus en plus, ils font des U. V., de l'ionisation, de la haute fréquence, voire de la radio, dont il convient de réserver l'exclusivité aux seuls spécialistes, qu'un diplôme devrait protéger dans l'exercice de leur spécialité. Sans cela c'est bien simple : si tout le monde « en fait » ça n'est plus une spécialité, et les cabinets des spécialistes seront déserts (cette préoccupation, que je recopie respectueusement, m'indispose, si je souscris à l'objection de la difficulté).

Mais en fait, sauf de très rares exceptions à démontrer, les médecins jeunes ou moins jeunes, ne se lancent pas si étourdiment dans la manipulation d'instruments dangereux dont ils ignorent le fonctionnement. Ils laissent de très bon gré, les examens approfondis de radiologie aux techniciens éprouvés, ils préfèreront toujours s'en rapporter à eux pour les recherches délicates, l'intérêt du malade coïncidant évidemment avec le leur. De même pour les traitements qui réclament une longue et minutieuse expérience, radiothérapie, radiumthérapie, etc. Que l'on fabrique, pour les appliquer, des médecins ayant suivi des cours spéciaux sanctionnés par des diplômes, soit. Rien de mieux. Ce diplôme légitime sera pour le malade, une garantie d'être traité correctement, et personne ne s'y trompera. Ceci dit, qui est évident, on ne voit pas pourquoi il serait urgent d'interdire à un praticien non spécialiste plus ou moins éloigné de tout centre, d'avoir chez lui par exemple un poste de scopie lui permettant de vérifier une hypertrophie cardiaque, un épanchement pleural, la réalité d'une fracture douteuse, etc... Cela même ne s'improvise pas, dira-t-on. Qui prétend le contraire ? En six ans de faculté et de stages hospitaliers, est-il

impossible de dégrossir ces questions de technique élémentaire, et de familiariser les futurs médecins avec ces appareils ? Tout ceci vaut pour les U. V. et I. R. dont le maniement n'est, tout de même, ni si mystérieux ni si dangereux, et à condition de ne pas les mettre à toutes les sauces, donnent entre les mains de simples médecins d'intéressants résultats sans faire courir au patient le moindre risque sérieux. Contrairement au Docteur Surmont qui veut que, sans attendre, on jette au tombereau tout l'attirail électrique des praticiens, je ne vois qu'avantages à ce que, de plus en plus, ceux-ci disposent de moyens actifs de soulager et de guérir.

...Où ont-ils appris, où apprendront-ils à se servir de ces appareils, objecte-t-on ? Sur le dos (ou le ventre) du client ? *In anima vili* ? Ouais !... et les autres, où ont-ils appris, et sur quoi ?... Ne nous voilons pas la face avec une feinte indignation devant « ce sein que nous ne saurions voir ». Le médecin qui s'installe à 26 ans a encore beaucoup à apprendre, même en médecine générale. Faisons crédit à sa conscience, à son intelligence et à sa prudence : il n'a pas intérêt à voir se multiplier les « pépins ». Je proteste, en tout état de cause, contre cette hâte à nous déposséder au profit des seuls spécialistes, auxquels désormais nous serons tenus d'adresser sans faute nos clients pour que ces séances d'U. V. ou de diathermie que nous n'aurons plus le droit de faire soient appliquées chez eux, à nos malades, sous la haute surveillance d'une infirmière, ou secrétaire, pas si diplômée que ça...

J'espère que le confrère me laissera au moins ma bouilloire électrique, que je croyais de manipulation aisée, et que je considère désormais avec une respectueuse perplexité.

Sur cette pente de la spécialité « protégée » on risque d'aller très loin, et il y a une absurdité au bout . Si l'on interdit au médecin de se servir d'une lampe de quartz, il faut lui interdire de soigner une otite et en cas d'urgence de faire, seul, une paracentèse, car rien ne garantit qu'après ce succès, il ne se hasardera pas dans une trépanation du canal labyrinthique.

Au surplus, cette manie de la spécialisation à outrance à quelque chose de risible. L'organisme humain, si complexe et si « un » répugne à être ainsi coupé en tranches comme une mortadelle. Rien de moins « standard » que l'homme. En médecine, apprendre est bien, comprendre est tout : comprendre dans son sens le plus vaste, embrasser d'un seul coup cet être original et unique qui est devant nos yeux, son état physique, intellectuel, moral, passionnel, pour le pénétrer et le connaître, autant qu'il nous est donné (il connaît mon tempérament, comme disent les bonnes femmes), le réconforter, le redresser, le soulager et, s'il se peut, le guérir. Je doute que le froid regard du spécialiste intégral y parvienne, même renforcé par ses graphiques, ses schémas, ses mesures de tous les métabolismes connus.

Sur le même sujet, le Docteur Paul Perrin, professeur suppléant, à l'Ecole de médecine de Nantes, riposte par une lettre dont nous extrayons l'essentiel :

Accord complet en ce qui concerne la radiothérapie et la curiethérapie, traitements fort dangereux entre des mains insuffisamment expertes.

M. Surmont ne nous fera jamais croire qu'un électro-radiologiste, obligé de savoir interpréter des radiographies de tout le corps humain, le fera d'une façon plus pertinente que chaque spécialiste dans sa spécialité, ce dernier ayant encore l'avantage d'être guidé par l'examen clinique du sujet. C'est d'ailleurs une chose que l'expérience a jugée. J'ai vu des erreurs commises par des radiologistes très qualifiés (et dont on ne saurait leur faire grief) redressées par des gastro-entérologues, des phtisiologues ou des orthopédistes ; je n'ai encore jamais vu l'inverse. Et, pour chaque cliché, il faudrait provoquer un colloque entre le radiologiste et le spécialiste ; ce serait pratique ! Prétention inadmissible. Prétention encore plus inadmissible et vraiment bouffonne de vouloir que le spécialiste qui fait lui-même ses radiographies ne soit pas honoré de ce fait. Comme si nos appareils et nos aides nous coûtaient moins qu'aux radiologistes. Egalement ridicule la prétention de nous empêcher de remettre au malade les clichés ainsi exécutés. Qui ne voit que ce ne sont là que des mesures purement commerciales.

Est-ce donc si difficile de faire une radiographie ? M. Surmont peut-il nous assurer que, dans les hôpitaux de Paris, *toutes* les radiographies sont exécutées par des spécialistes radiologistes qualifiés ?

...Non, non, non. Que les électroradiologistes organisent leur spécialité comme ils l'entendent ; la thérapeutique des rayons est leur bien propre. Mais qu'ils ne se mêlent pas de codifier le radio-diagnostic lequel appartient à tous les médecins, radiographies comprises, au même titre que la percussion et l'auscultation.

Et le Docteur H. Grougé s'exprime ainsi :

Il y a quelques années à peine n'importe qui pouvait tirer des clichés de radio sans même être médecin. Un confrère veut exiger trois années d'études supplémentaires. Tout cela devient compliqué.

Le même confrère veut même défendre l'exercice de l'électrologie banale et la pratique des rayons U. V. ou I. R. au praticien. Donc pas le droit en gynécologie de se servir d'un appareil diathermique ou en pédiatrie d'un générateur d' U. V.. Ah, mais ! Le confrère défend âprement son fromage, geste bien naturel, en ces temps de restrictions. Lui répondrai-je que ni lui ni nous n'auront plus bientôt à faire d'applications d' U. V. ou d'I. R., ou d'électrologie quelconque, les constructeurs fournissant eux-mêmes les appareils en location à la clientèle ?... Que des quantités d'infirmiers, masseurs, coiffeurs même ont, chez eux, des appareils d'électrothérapie ?... Et les Instituts de beauté ?... Oserai-je lui apprendre qu'une de mes clientes, ayant acheté un appareil galvanique chez un constructeur connu, se fait *elle-même* et fort correctement, des applications d'ionisation transcérébrale. Il suffira donc d'être médecin pour perdre tout droit de pratiquer une électrothérapie même simplement adaptée à sa spécialité ou sa pratique courante ?

Enfin, voici l'avis du Docteur L. Bellière :

J'adopterais volontiers la thèse de notre confrère, d'interdire aux médecins l'emploi d'un appareil de radiographie, mais à une condition : c'est la réforme totale de l'enseignement dans les hôpitaux de Faculté, en soutenant le paradoxe qu'au cours de ses études, l'étudiant en médecine n'entende plus prononcer le mot de radio. Car, actuellement, l'étudiant voit son bagage médical formé dans une proportion de plus en plus grande, dans certaines nosologies prépondérantes, par des signes radiologiques. Quoi d'étonnant que s'installant, il songe à s'assurer le moyen de faire des diagnostics par les procédés qu'on lui a appris.

J'ai souvenance d'une leçon clinique faite au lit d'un pleurétique par un professeur de Faculté. La description de l'aspect radiologique de la courbe de Damoiseau a pris, en fin de tableau, le même temps que l'étude de cette courbe par la percussion. Les auditeurs avertis ne s'y sont pas trompés, mais les roupious qui voyaient là leur première pleurésie ont gardé l'impression que la pleurésie était une maladie, dont on faisait aussi bien le diagnostic par la radio que par la percussion. Il s'agissait là d'un cas où la radio a apporté le moins d'éléments supplémentaires à la clinique, mais qu'on songe à l'impression que reçoit un esprit neuf à la médecine, quand il s'instruit des autres maladies thoraciques, du diagnostic des ulcères de l'estomac où les signes physiques sont nuls, tandis que les signes radiologiques sont tout ; quand il étudie la cholécystite calculeuse, le cancer des côlons ou l'hydronéphrose. S'il devient externe, son premier service sera, faute de place ailleurs, en chirurgie ou en phtisiologie. Il y apprendra à reconnaître et traiter des fractures, beaucoup moins sur les signes cliniques que sur l'épreuve radiographique et, quoique les vieux cliniciens s'en plaignent, il n'est pas sûr que les malades y perdent. Quant aux services de phtisiologie, le malade y est examiné à fond, mais c'est d'après le cliché, qu'en fin de compte, le traitement sera décidé. Quels que soient les services que fréquentera l'externe ou l'étudiant, la radiographie reviendra constamment. Il trouvera de plus en plus de services ayant leur salle de radio particulière où il passera une partie de ses matinées à s'instruire au contact de l'assistant ou du chef de clinique. Même en spécialités, il verra encore la recherche des corps étrangers de l'œil ou de la sinusite se faire à la radiographie.

La radiologie est devenue un moyen de diagnostic qu'on apprend à regarder comme indispensable au futur médecin. Si indispensable qu'il jugera son appareil de radio-diagnostic aussi nécessaire dans son cabinet que l'appareil à prise de tension artérielle. Le Docteur Surmont l'écrit, d'ailleurs, parfaitement lui-même : « La radioscopie fait partie dans bien des cas de l'examen complet du malade comme une prise de tension artérielle ».



ACCIDENTS DU TRAVAIL

LE MÉDECIN A-T-IL TOUJOURS UNE ACTION EN COMPLÉMENT D'HONORAIRES, EN SUS DU TARIF MINISTÉRIEL

Nul n'ignore la règle dégagée autrefois par la Cour suprême sur l'initiative du « Sou médical » (V. not. Cass. civ., 8 février 1932 et 30 mai 1938) : le médecin traitant d'un accidenté du travail pouvait soit agir en droit commun pour le tout contre l'accidenté, soit exercer contre lui une action en complément d'honoraires par rapport au tarif normal après avoir touché la part prévue par le tarif ministériel.

Qu'est-il advenu de ce principe, rappelé par deux arrêts de la Cour suprême du 11 septembre 1940 et du 7 janvier 1941 (intentés par notre Ligue, ne l'oublions pas, dans des affaires *antérieures au nouveau régime*) depuis la loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939 et modifiant la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ?

C'est ici qu'une distinction s'impose entre le régime général et le régime de l'agriculture.

Régime général

L'art. 4, § 8 modifié stipule que « le chef d'entreprise est *seul tenu* des frais médicaux et chirurgicaux, conformément à un *tarif* qui sera établi par arrêté du ministre du Travail ». Ce texte serait d'une parfaite clarté si certains exégètes ne venaient rappeler que l'art. 4 antérieur s'exprimait de la même manière et n'avait point empêché la jurisprudence de reconnaître l'action complémentaire en droit commun du médecin. C'est là au reste une erreur qu'une simple citation dévoilera surabondamment ; l'art. 4, § 3 ancien stipulait que « le chef d'entreprise est *seul tenu* dans tous les cas — des *frais d'hospitalisation* qui, tout compris, *ne peuvent dépasser*... ». Autrement dit, il n'existait alors de tarif limitatif qu'en matière d'hospitalisation.

Mais, il faut le reconnaître, la loi de 1938 contient des obscurités : c'est ainsi que l'art. 4, § 7 déclare « faute pour le praticien de se conformer auxdites prescriptions (envoi des certificats et cartes-lettres), le chef d'entreprise, *la victime* ou ses ayants droit *ne sont pas tenus pour responsables des honoraires* », ce qui *a contrario*, semblerait les rendre responsables si les formalités ont été remplies.

Il est donc nécessaire pour nous éclairer de rechercher l'esprit du législateur et de nous reporter aux travaux préparatoires. Il est bon de se rappeler que le projet de réforme présenté par la Commission du Sénat (Documents parlementaires, Sénat,, *J. O.*, 1936, p. 103) était ainsi rédigé : « *Dans tous les cas où le salaire annuel de l'ouvrier est inférieur à* 12.000 *francs*, le chef d'entreprise est seul tenu... » ce qui limitait l'entente directe uniquement aux salariés aisés. Cette disposition a disparu au cours de la discussion définitive devant le Sénat (séance du 5 avril 1938, *J. O.*, 6 avril), et la Confédération des Syndicats, qui avait fort mollement défendu l'entente directe, a reconnu elle-même son échec en écrivant que « le Sénat sous la pression — croyons-nous — de sa Commission des finances, a voté (et la Chambre a suivi) l'établissement du tarif limitatif. » (*Médecin de France*, nov. 1938).

La question semble donc tranchée : le médecin n'a, sous ce régime, d'action en paiement de ses honoraires que *contre le patron ou son assurance substituée dans la limite du tarif.*

Régime agricole

La distinction que nous avons posée est essentiellement fondée sur l'art. 31, § 3 de la loi du 1er juillet 1938 d'après lequel « les dispositions de la présente loi *ne seront applicables à l'agriculture qu'après que des modifications concordantes auront été apportées* aux lois du 15 décembre 1922 et du 30 avril 1936 », modifications concordantes qui sont toujours attendues. Donc actuellement les accidents du travail agricole doivent être traités selon les règles de l'ancien régime. Quelles étaient ces règles ?

Elles sont fort bien rappelées par l'arrêt du 11 septembre 1940 : « il résulte du choix du médecin fait par la victime un engagement contractuel qui engendre au profit du médecin *une action personnelle et mobilière* soumise à toutes les règles du droit commun ».

Spécialement « l'exploitant agricole *assujetti facultatif* à la loi est tenu vis-à-vis du médecin qu'il a choisi conformément au *tarif de droit commun*, et ne peut se borner à le payer sur la base du tarif ministériel » (Cour de Beauvais, 12 avril 1935).

Notons enfin que « la victime de l'accident est tenue de payer un supplément d'honoraires au chirurgien au concours duquel a fait appel, dans un cas difficile, un tiers agissant comme *negotiorum gestor* et dans l'intérêt du blessé » (Cass. civ., 8 février 1932. Aff. Thiers c. Arthaud). Ce n'est qu'en apparence que l'arrêt récent du 7 janvier 1941 paraît contredire cette thèse : en l'espèce, il n'était point possible de prouver l'existence d'une gestion d'affaires, d'où le rejet de la demande du médecin.

Retenons de tout ceci qu'en matière agricole, et là seulement, le médecin traitant d'un accidenté du travail reste libre de se faire honorer selon les ressources réelles de son client.

Jean MIGNON

LA FEMME MÉDECIN PEUT-ELLE CONCILIER L'EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE AVEC SES DEVOIRS D'ÉPOUSE ET DE MÈRE ?

Par le Professeur Pierre NOBÉCOURT,
Membre de l'Académie de médecine

Depuis longtemps, on a reconnu qu'un des facteurs de la *dénatalité française* était le travail de la femme et que le maintien de la femme au foyer aurait une répercussion heureuse sur la natalité et sur la famille. Ainsi que je l'écrivais (1) en 1939 :

« Le travail des femmes mariées et des mères de famille devrait être réduit au strict minimum, là où elles ne peuvent être remplacées. La place de la femme est au foyer familial. Elle doit avoir des enfants, les allaiter, les élever, les éduquer ; c'est là son rôle naturel et d'ailleurs le plus noble.

« La femme qui va à l'usine ou à l'atelier, ou bien n'a pas d'enfants, ou bien, si elle en a, doit cumuler le travail professionnel et le travail ménager, d'où un véritable surmenage et une dérogation à son devoir naturel.

« Dans les conditions actuelles, la rénumération du père pour son travail est trop souvent insuffisante pour faire vivre la famille et la femme est obligée de travailler. Cette situation devrait cesser. »

On la fera cesser par le développement des *allocations familiales* et des allocations pour le *maintien de la mère au foyer*.

Il faut considérer le mariage et la fondation d'une famille comme un *devoir* et un *droit*. L'*Académie de médecine* l'a affirmé en adoptant les conclusions du rapport que je lui ai présenté, le 10 septembre 1940, *sur les devoirs et les droits de la famille dans leurs rapports avec l'hygiène et la santé* :

« Le mariage est un *devoir naturel, biologique*, ... un *devoir national* et *social*, ... par suite, *un droit*, un droit naturel...

« Le *mariage* est le premier temps de la fondation d'une famille. Mais la *famille est constituée* seulement à la naissance des enfants... »

La famille a des devoirs et des droits. Notamment « la mère a le devoir de rester à la maison pour vaquer aux travaux ménagers, allaiter ses bébés, élever et éduquer ses enfants ; elle est la gardienne du foyer familial. »

C'est à la lumière de ces principes qu'il convient d'examiner *si l'exercice de la profession médicale par la femme-médecin est compatible avec ses devoirs d'épouse et de mère.*

***

Le problème a été posé et discuté il y a soixante-quatorze ans. A cette époque cependant, il n'y avait guère de femmes-médecins. D'après Mademoiselle Mélanie Lipinska (1), les premières femmes inscrites comme étudiantes à la Faculté de médecine de Paris l'ont été, une en 1866, trois en 1868.

Ce n'est pas un journal médical qui ouvre la campagne, mais l'*Economiste français*. Du 30 août 1866 au 31 janvier 1867, il publie une série d'articles et de lettres sur l'*exercice de la médecine par les femmes, au profit des femmes et des enfants*. Ces documents sont réunis dans une brochure par Madame A. Gaël (2) qui plaide en faveur de la femme- médecin ; je ne pense pas qu'elle même fut médecin.

Le directeur de l'*Economiste*, Jules Duval, demande à Madame Gaël de traiter quelques aspects de la question et notamment le suivant :

« 5° La conciliation de l'exercice régulier et continu de la médecine, dans les villes et les campagnes, de jour et de nuit, suivant les appels des malades, avec les cas à prévoir de grossesse et d'allaitement, avec les devoirs de famille qui retiennent les épouses et les mères au foyer domestique ».

La réponse de Mme Gaël peut être résumée sous deux chefs :

1° Que sont les *courses régulières*, les *appels de jour et de nuit*, les *cas de gestation et d'allaitement* pour la famille de la femme-médecin, comparés aux *absences journalières* de milliers d'ouvrières, que le travail appelle au dehors et tient éloignées, douze heures durant et quelquefois plus, même dans les cas de gestation et d'allaitement ? »

Cette réponse n'apporte pas de solution au problème posé. Elle revient à dire que le travail de la femme-médecin est moins pénible que celui

(1) P. NOBÉCOURT. — La dénatalité française. *Revue des questions de défense nationale*, 1re année, t. 1, n° 2, juin 1939, p. 213 et *Gazette des Hôpitaux*, 112e année, n° 50, 24 juin 1939, p. 873.

(1) Mélanie LIPINSKA. — Histoire des femmes médecins. *Thèse de Paris* 1900. — Les femmes et les progrès des sciences médicales. Masson et Cie, Paris, 1930.

(2) Mme A. GAEL. — La femme médecin. Sa raison d'être au point de vue du droit, de la morale et de l'humanité, E. Dentu, Paris, 1868.

de l'ouvrière. *Or, c'est le travail de la femme* qui est en question et celui-ci est mauvais.

Mme Gaël en convient d'ailleurs. « Vos critiques, écrit-elle, touchent à une des plaies sociales les plus vives et qui appellent une prompte réforme dans l'intérêt de la famille et de la société ; toutes deux souffrent d'un ordre de choses complètement en opposition avec les lois de la nature. Cette plaie, c'est le déplorable intervertissement des travaux dévolus par la création à l'homme et à la femme. J'appelle de tous mes vœux une réforme qui permette aux femmes des classes laborieuses d'employer fructueusement leur temps à des travaux qui leur donnent la possibilité de rester à leur foyer de famille. »

2° Mme Gaël pense que la femme-médecin soignera les femmes et les enfants.

Pour les femmes, elle n'envisage que les maladies des femmes ; elle estime que les malades viendront , pour la plupart, la consulter à son cabinet.

« La femme-médecin pourra donc, comme le plus grand nombre de nos praticiens, rester habituellement toute la matinée dans son cabinet de consultation, d'où elle surveillera son ménage et ses enfants ».

Comme les docteurs, elle ne sortira que pour ses visites aux malades « et d'ordinaire, à moins d'appels imprévus, on la trouvera près de son mari, aux heures nocturnes... Elle sera moins absente de son foyer que la femme du monde, avec ses visites de société, ses soirées mondaines, les spectacles, etc.

« Quant aux *appels de nuit*, comparativement rares, elle pourra, à moins que ce ne soit pour un cas d'accouchement, ne pas plus y répondre, si cela lui convient, que beaucoup de nos docteurs très suivis qui ne sortent jamais de chez eux la nuit. »

A la fin de la gestation, elle « se fera remplacer près de ses malades. Pour l'allaitement, auquel si peu de femmes du monde se soumettent, elle pourra avoir, comme celles-ci, une nourrice. Si elle nourrit elle-même, elle se fera mener à sa porte aux heures où elle aura son devoir de mère à remplir. »

Les explications précédentes montrent que Mme Gaël, ignore les devoirs et les exigences de la profession médicale. Sauf dans des cas particuliers, le médecin, homme ou femme, visite plus de malades qu'il ne donne de consultations à son cabinet ; il lui faut répondre aux appels des malades et ne pas hésiter à se déplacer en cas d'urgence. S'il s'y refuse, il ne remplit pas son devoir et ne tarde pas à en subir la punition : la famille l'abandonne et bientôt les clients se raréfient. Ceci est surtout vrai quand il s'agit des enfants, que Mme Gaël réclame pour la femme-médecin ; sans doute, les parents s'inquiètent souvent à tort, mais parfois leur inquiétude est légitime et un traitement d'urgence peut sauver l'existence du petit malade.

Somme toute, la réponse de Mme Gaël à la question posée est bien faible. Une abonnée de l'*Economiste français* fait remarquer que l'argumentation de Mme Gaël en faveur de la femme-médecin « faiblit dès qu'elle arrive à vouloir concilier les fonctions de la femme-médecin avec celles de la femme épouse et mère... En laissant hors de cause un élément inadmissible, la femme mariée exerçant la médecine, Mme Gaël eût évité ces difficultés inextricables, ces compromis fâcheux, où nous la voyons s'engager... La médecine des femmes mariées tendrait à généraliser les inconvénients et les faiblesses de la médecine exercée par les hommes affaiblis. »

Dans l'*Opinion nationale* (1), le Docteur Montanier fait la critique des opinions soutenues par Mme Gaël. Il est « d'un avis diamétralement opposé à celui de l'auteur ».

« La nature, écrit-il, quoiqu'en disent certaines femmes esprits forts, a tracé à la femme son rôle et le lui impose forcément. Elle est surtout destinée à être épouse, mère et à vivre dans l'intérieur en s'occupant presqu'exclusivement des soins du ménage et de la famille » Comme la carrière médicale la tient sans cesse éloignée de sa famille, « il est impossible qu'une femme-médecin soit épouse et mère... Je laisse de côté, pour l'instant, la question de mariage et de maternité, et on conviendra qu'il n'y en a pas de plus grave, en ce moment où la France, entre autres causes, se dépeuple et par le célibat et par la mortalité des enfants mis en nourrice. »

Le 9 janvier 1875, dans une *causerie confraternelle* de l'*Union médicale* (2), G. R. (le chirurgien Gustave Richelot) s'élève avec véhémence contre les femmes-médecins, dont le nombre augmente (3). Je retiens de son réquisitoire, les deux arguments suivants :

1° « Et dans l'exercice de l'art, supposez la *doctoresse* arrivée au huitième mois d'une grossesse, circonstance qui naturellement sera très fréquente, si les *doctoresses* sont nombreuses, voyez-vous cette femme pénétrant dans la chambre de son client, précédée d'un ventre énorme... Le spectacle serait grotesque, s'il n'était profondément triste. »

2° « Je me souviens d'avoir vu dans un hôpital d'une de nos grandes villes, une jeune femme

(1) L'article est reproduit dans la *Gazette des hôpitaux* du 21 mars 1868 (41e année, n° 34).

(2) *L'Union Médicale*, 3e série, tome XIX, n° 3, 9 janvier 1875, p. 25.

(3) En 1874-75, 22 étudiantes sont inscrites à la Faculté de Paris. (Mélanie Lipinska, thèse, p. 416).

d'environ 25 ans, d'un physique agréable, qui remplissait les fonctions d'externe... On m'apprit qu'elle était la femme d'un médecin et qu'elle était mère de trois petits enfants.

« J'avoue que ces renseignements produisirent sur moi une impression pénible. Je me représentais le père de ces enfants visitant jour et nuit les malades, la mère de famille passant ses journées aux visites et aux pansements de l'hôpital, aux cours de l'Ecole de médecine, dans les salles de dissection, et les pauvres petits êtres abandonnés, livrés à quelque servante inapte, contractant peut-être, faute d'une bonne hygiène, le germe de quelque maladie qui empoisonnera leur existence et recevant à coup sûr d'une domestique ignorante et superstitieuse des notions absurdes et nuisibles qui ne s'effaceront jamais de leur esprit ou d'une façon incomplète ».

Cependant, le nombre des femmes-médecins augmente : dans sa thèse, Mlle Mélanie Lipinska relève, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'année scolaire 1898-1899, l'inscription de seize étudiantes nouvelles dont neuf étrangères et la soutenance de dix-neuf thèses, dont dix-sept par des étrangères.

Les problèmes que pose l'exercice de la médecine par les femmes méritaient d'être largement envisagés. Ils l'ont été, en 1907, par une romancière, Colette Yver, dans *Princesses de science* (1).

Ce livre mérite d'être analysé. Je conseille aux jeunes filles, qui désirent se lancer dans la carrière médicale, et à leurs parents de le lire avant de prendre une décision.

Mme Colette Yver met en scène quatre femmes médecins, ce qui lui permet d'exposer quatre aspects du problème.

L'héroïne principale est Thérèse Herlinge, fille d'un professeur de Clinique à l'Hôtel-Dieu. C'est une femme supérieure, travailleuse acharnée, interne des hôpitaux. Un de ses anciens collègues d'internat, Fernand Guéméné, devenu médecin praticien, la demande en mariage. Elle accepte d'abord, puis refuse, quand il précise qu'elle devra renoncer à la médecine et il expose les motifs de cette exigence :

« Je cherche une compagne, pour faire ma vie avec elle, parce que c'est la loi, parce qu'il me faut un foyer et une gardienne à ce foyer... La femme est faite pour la maison... Tout ce qui rejette hors du foyer la vie de la femme est mauvais. » Certes les hommes ne peuvent refuser aux femmes « le droit d'exercer des professions où elles peuvent vivre indépendantes au même titre qu'eux ; mais, si d'aventure, ils les épousent, que tout rentre dans l'ordre et que l'homme se faisant le soutien du ménage, comme il est juste, la femme s'abandonne toute entière à sa fonction souveraine, qui est de vivre pour son mari pour ses enfants. »

Thérèse s'indigne d'une telle prétention : « Ne me demandez pas cela ; je sais, je sens que je ne le pourrais pas ». J'ai donné à mes études « toutes mes énergies, toutes mes facultés, toute ma volonté. Mon métier est dans moi et, voudrais-je abdiquer, il me dominerait encore, toute, toute.. Je suis médecin au même titre que vous... Associer deux êtres égaux, en même temps amants et amis, ne trouvez-vous pas cela louable et utile ?... Il faudra prendre avec moi mon métier ou m'oublier... ».

Fernand ne peut l'oublier. Au bout de quelques mois, il ne lui demande plus aucun engagement et il l'épouse.

Bientôt chacun reprend ses occupations, le mari sa clientèle, la femme ses fonctions d'interne et ses travaux de laboratoire. Leurs existences sont de plus en plus différentes. Thérèse finit par déjeuner à la salle de garde des internes de l'Hôtel-Dieu, Fernand se sent abandonné chez lui. La maison est livrée aux domestiques.

Thérèse devient enceinte. C'est pour elle une catastrophe. « Tu l'as voulu, mon pauvre chéri ! Nous étions si bien sans cet enfant... Tu ne sens donc pas l'envolement de tous mes rêves et ce que cet événement fait de moi qui portais tant d'idées, de projets, de désirs !... Suis-je l'individu libre qui a le droit de choisir sa vie, de l'accomplir, ou un instrument passif, soumis au génie de l'espèce, un anneau dans la chaîne humaine ?... Mon année de travail devait être magnifique. Ma thèse s'élaborait... L'obstacle est venu... Il me faut donner ma démission d'interne... ».

Elle se refuse à allaiter son bébé. « Ah ! non ! pas çà. Neuf mois passe encore, mais pas trente-six ! » Elle prend une nourrice.

Le bébé meurt bientôt, probablement tuberculisé par sa nourrice.

Dès lors, le fossé se creuse de plus en plus entre le mari, appelé par ses devoirs professionnels, et la femme absorbée par la clientèle, l'hôpital, le laboratoire. Fernand se sent attiré ailleurs, regrette son mariage et envisage la séparation. Thérèse, qui l'aime toujours, souffre de sa froideur, mais ne veut pas en reconnaître la cause. Un jour toutefois, elle comprend que le danger est imminent.

« Je n'étais pas l'épouse qu'il avait rêvée. Avant d'être sa femme, j'étais la doctoresse. Il a cherché ailleurs l'amie qu'il ne trouvait pas en moi, l'amie dévouée que je n'ai pas été ».

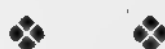
Pour l'amour de lui, elle abandonne la profession et redevient « une femme ordinaire ».

(A suivre.)

---

(1) Calmann-Lévy, Paris. — Dans une lettre du 8 octobre 1940, les éditeurs ont bien voulu me préciser que la date de parution du livre est le 17 avril 907.

Chronique automobile



UTILISATION DE L'ACÉTYLÈNE POUR L'ALIMENTATION DES MOTEURS AUTOMOBILES

Par Henri PETIT,

Ancien élève de l'Ecole polytechnique.
Rédacteur en chef de la *Technique automobile.*

L'acétylène est un gaz bien connu des automobilistes de la première heure. C'est à lui, en effet qu'on a eu recours presque dès les débuts de la locomotion routière pour assurer l'alimentation des phares.

Les vieux de l'automobile se rappellent que pour l'éclairage, deux systèmes étaient en usage. Le plus ancien consistait à emporter à bord de sa voiture une petite provision de carbure de calcium que l'on introduisait au moment voulu dans le générateur. Un petit réservoir d'eau faisant corps également avec l'appareil d'éclairage laissait tomber goutte à goutte de l'eau sur le carbure et l'acétylène arrivait au bec où on l'allumait (1).

Ce système présentait des inconvénients assez nombreux : complication et désagrément de la manipulation du générateur, obstruction fréquente des canalisations, etc... Aussi, lui préférait-on, lorsqu'on ne regardait pas au prix, le procédé consistant à emporter à bord une bouteille en acier contenant de l'acétylène, dissous dans l'acétone sous forte pression ; il suffisait d'ouvrir le robinet du détendeur pour que l'acétylène se dégageât en quantité suffisante. Comme l'acétylène de la bouteille était très pur, l'alimentation des projecteurs était plus régulière et, d'autre part, toute manipulation se trouvait supprimée. Il suffisait de remplacer la bouteille vide par une bouteille pleine quand tout l'acétylène de la première avait été utilisé.

Depuis la généralisation de l'éclairage électrique, l'acétylène a été oublié pour l'automobile, mais voici qu'on pense de nouveau à lui maintenant, non plus pour l'éclairage, mais bien pour l'alimentation des moteurs. Divers systèmes d'installation ont été étudiés et mis au point et nous nous proposons ici d'examiner dans son ensemble le problème de l'utilisation de l'acétylène comme source d'énergie motrice.

(1) Le générateur était soit indépendant (installation avec générateur séparé), soit solidaire des phares (phares autogénérateurs). Ces derniers étaient lourds et encombrants. On leur préférait l'installation avec générateur séparé, malgré les mauvais tours que jouaient trop souvent les canalisations qui se bouchaient ou se mettaient à fuir.

Production de l'acétylène

Rappelons que l'acétylène est un gaz très facile à fabriquer quand on en possède les matières premières qui sont, d'une part, le carbure de calcium, d'autre part, l'eau ordinaire. En mettant en effet en présence du carbure de calcium et de l'eau , on obtient la réaction suivante :



$$H^2O + CaC^2 = CaO + C^2H^2$$

ou s'il y a excès d'eau :



$$2\,H^2O + CaC^2 = Ca\,(OH)^2 + C^2H^2$$

Les produits de la réaction sont, on le voit d'abord évidemment l'acétylène, puis de la chaux vive qui, en présence d'un excès d'eau se transforme en chaux éteinte. La réaction est complète puisque les éléments qui en résultent sont l'un un gaz, l'autre un solide.

Ce qui intéresse actuellement, quand on parle d'un combustible nouveau, ce sont non seulement les propriétés physiques et chimiques de ce combustible, mais encore et au moins autant les possibilités de s'en procurer.

Nous avons vu que la matière première de l'acétylène, c'était le carbure de calcium ; celui-ci s'obtient en réalisant la combinaison du carbone et de la chaux sous l'action du courant électrique.

La chaux est, d'autre part, obtenue en traitant le carbonate de chaux ou pierre à chaux qui se trouve en très grande quantité dans la nature par le charbon. Les ressources dont on dispose en matière de calcaire sont pratiquement inépuisables. Tout revient donc à trouver d'une part du charbon en quantité suffisante sous forme de coke, d'autre part, de l'énergie électrique.

La France est riche, on le sait, en énergie électrique et depuis ces dernières années, ses ressources ont été largement accrues. Nous sommes loin d'ailleurs d'avoir encore atteint la limite des possibilités dans ce domaine. Quoiqu'il en soit, nos usines hydro-électriques pourraient à l'heure actuelle nous fournir une quantité de carbure suffisante pour alimenter approximativement 6.000 véhicules, compte tenu du carbure utilisé pour d'autres objets, tels que l'industrie de la soudure autogène. Le carbure offert aux automobilistes pourrait être dans l'année 1941 de l'ordre

de 50.000 à 60.000 tonnes, tout au moins si on se réfère seulement aux possibilités des usines électriques.

Il n'est d'ailleurs pas certain que l'on puisse disposer d'une quantité de coke suffisante pour préparer d'une part la chaux, d'autre part, le carbure correspondant à cette quantité.

En mettant les choses au mieux, le carbure disponible permettrait de préparer une quantité d'acétylène, correspondant comme nous allons le voir, sensiblement à 25 millions de litres d'essence, soit à peine 1 % de la quantité totale d'essence consommée en 1939.

Des essais assez nombreux ont montré que la consommation du moteur à explosion alimenté par de l'acétylène était d'environ 250 litres de gaz au cheval-heure, ce qui permet d'admettre l'équivalence entre 500 litres d'acétylène et un litre d'essence.

Pour attaquer un kilo de carbure de calcium qui dégage de 280 à 300 litres d'acétylène, il faut environ deux litres d'eau. En tenant compte des pertes au cours de l'évacuation de la chaux, il faut donc compter de 3 kgr. 500 à 4 kgr. de carbure pour obtenir un mètre cube d'acétylène. Par conséquent, on peut admettre que pour remplacer un litre d'essence, il nous faudrait approximativement deux kilos de carbure.

On voit que les possibilités d'utilisation de l'acétylène sont extrêmement limitées. Est-ce à dire qu'on ne puisse pas compter sur elles ? Nous allons voir plus loin qu'au contraire ce gaz peut nous fournir un appoint très intéressant. L'acétylène a, en effet, un pouvoir calorifique très élevé. C'est un carburant riche, qui pourra être utilisé soit seul pour l'alimentation du moteur, soit d'une façon beaucoup plus favorable, pour enrichir les carbures pauvres en calories, tels que l'alcool ou le gaz de gazogènes.

On pourra aussi envisager comme nous le verrons, l'utilisation intermittente d'acétylène, soit pour permettre la mise en route de moteurs froids, soit pour donner momentanément un appoint d'énergie quand celui-ci se révèle nécessaire.

Conditions d'utilisation de l'acétylène dans les moteurs

L'acétylène est un composé endothermique, c'est-à-dire qui a des tendances à se décomposer spontanément dans certaines conditions, en particulier lorsque sa température dépasse 120 degrés. On constate alors fréquemment des décompositions spontanées en ses éléments carbone et hydrogène avec forte production de chaleur. La décomposition prend une allure explosive. D'autre part, il a des tendances à se polymériser dès que cette température de 120° se trouve approchée.

On cherche d'ailleurs dans l'industrie des carburants à profiter de cette tendance à la polymérisation pour créer des corps combustibles liquides. Mais ce point sort nettement du cadre dans lequel nous entendons rester au cours de cet article.

Ce que nous venons de dire de la tendance à se décomposer spontanément que possède l'acétylène laisse prévoir qu'on ne pourra pas l'utiliser sans précautions dans un moteur à compression élevée. M. Dumanois a établi expérimentalement que la limite du taux de compression permise pour l'alimentation en acétylène seule était de l'ordre de 4,5.

Comme, à l'heure actuelle, les moteurs à essence des voitures de tourisme ont des taux de compression souvent compris entre 6 et 7, on voit qu'ils ne sont pas propres à utiliser l'acétylène pur. Il faudra donc si l'on veut employer l'acétylène dans un moteur, lui adjoindre un corps anti-détonant : ce corps sera très généralement de l'eau ou de la vapeur d'eau qui peut être pure ou mélangée en proportion plus ou moins élevée avec un carburant liquide tel que l'alcool.

On peut aussi employer l'acétylène en même temps qu'un carburant peu détonant tel que le benzol. C'est là, une considération à laquelle les circonstances actuelles ne donnent guère d'intérêt pratique.

Nous venons de dire que l'injection d'eau pour maîtriser la combustion de l'acétylène était le procédé qui paraît le plus commode dans la pratique . Il est donc intéressant de voir quelle quantité d'eau on devra utiliser dans ce but. En se basant sur des considérations de thermochimie on est conduit à admettre que, pour un travail d'un cheval-heure, on doit utiliser environ 350 grammes d'eau. On voit, par conséquent que la quantité d'eau à utiliser parallèlement avec l'acétylène est très sensiblement la même que le volume d'essence que l'on consommerait pour produire le même travail.

Pratiquement, par conséquent, si le moteur d'une voiture est alimenté avec de l'acétylène et de l'eau comme anti-détonant, cette eau pourra se loger dans le réservoir d'essence et donnera le même rayon d'action qu'on avait primitivement avec l'essence.

Nous verrons d'ailleurs dans un instant que lorsqu'on utilise un générateur d'acétylène à bord de la voiture, il faudra prévoir une autre provision d'eau pour provoquer la réaction de formation de l'acétylène.

Quel que soit le mode de production de l'acétylène à bord de la voiture, point sur lequel nous allons revenir tout à l'heure, ce gaz sort toujours de son générateur ou du réservoir dans lequel il est emmagasiné à une pression supérieure à la pression atmosphérique. Il devra, par conséquent traverser un détendeur qui le ramènera à une pression inférieure à la pression

atmosphérique au moment où il arrivera dans l'appareil mélangeur-doseur qui remplace le carburateur.

L'acétylène étant un gaz dangereux à manier, il sera indispensable de prévoir un dispositif de sécurité et, en particulier, des dispositifs d'arrêt de l'écoulement du gaz parfaitement étanches.

La canalisation doit également être munie d'un dispositif de protection contre les retours de flamme. Celui-ci pourra d'ailleurs consister en une simple grille métallique. Enfin, l'installation d'alimentation devra être elle aussi parfaitement étanche.

Si les phénomènes de détonation sont à craindre pendant la marche normale du moteur alimenté à l'acétylène seul et obligent à injecter de l'eau, on peut par contre, sans danger ni inconvénient, effectuer la mise en route du moteur froid avec de l'acétylène pur. Si le dosage du gaz est bien fait, le démarrage est instantané et le moteur fonctionne dans des conditions très correctes.

Alimentation par l'acétylène parallèlement avec un autre carburant

Si l'on dispose d'un autre carburant : essence, benzol, etc..., on pourra envisager pour le moteur une alimentation mixte. Des essais très concluants ont été faits à ce sujet. Mais, à l'heure actuelle, il n'y a guère que l'alcool qui soit pratiquement utilisable pour marcher en parallèle avec l'acétylène.

On pourra, dans ces conditions, remplacer l'eau pure que l'on a prévue comme anti-détonant par de l'eau alcoolisée en proportion plus ou moins forte. Cette eau alcoolisée sera admise dans le carburateur ordinaire auquel le doseur-mélangeur d'acétylène se trouvera accolé. On obtiendra de la sorte des mises en route très faciles sur l'acétylène seul, des mises en régime rapides, grâce à l'appoint d'acétylène fourni pour l'alimentation du moteur en même temps qu'une consommation relativement faible dans l'un et l'autre carburant.

Au cours d'expériences récentes, il a été relevé les chiffres suivants : avec quatre mètres cubes d'acétylène et cinq litres d'alcool à 95 degrés, on obtient le même parcours qu'avec 11 litres d'essence en atteignant les mêmes performances.

En diminuant légèrement la puissance, on a pu réaliser le même parcours avec 5, 8 mètres cubes d'acétylène et 8 litres d'eau pure. On voit, par conséquent en comparant ces chiffres que l'addition d'alcool permet d'augmenter le rayon d'action fourni par une même charge de carbure de calcium de 45 % environ.

Pour alimenter le moteur simultanément avec de l'acétylène et de l'alcool, on peut procéder comme nous l'avons indiqué plus haut en conservant le carburateur ou bien utiliser l'eau alcoolisée dans le générateur pour la production de l'acétylène : les vapeurs d'alcool se trouvent entraînées et brûlent dans le moteur.

Rappelons enfin qu'au cours d'essais faits lors de différents rallyes de carburants nationaux, en particulier en 1927, des économies intéressantes d'essence ont été obtenues grâce à l'adjonction d'acétylène. On a pu, en 1926, utiliser un carburant liquide composé de 65 % de benzol commercial, 25 % de gas-oil et 10 % de white spirit.

L'équivalence avec l'essence a donné les chiffres suivants : la voiture alimentée à l'essence consommait aux 100 kilomètres 13,3 litres et a donné les mêmes performances avec 7 litres de ce carburant spécial et 295 litres d'acétylène.

L'acétylène au secours du gaz pauvre

Dans les articles que nous avons consacrés au gazogène, nous avons attiré l'attention de nos lecteurs sur la forte diminution de puissance du moteur lorsqu'on substituait le gaz de gozogène à l'essence. On peut, grâce à l'acétylène, combler ce déficit : il suffit, en effet d'admettre au moteur non plus uniquement le gaz de gazogène, mais en même temps un peu d'acétylène. Celui-ci peut d'ailleurs être en faible proportion. Des expériences faites à ce sujet ont montré qu'en mélangeant 3 % d'acétylène au gaz de gazogène, on s'assurait un gain de puissance de l'ordre de 10 à 15 %. Il y aurait là une utilisation précieuse de l'acétylène susceptible de rendre de grands services. Evidemment, l'installation du véhicule serait un peu plus compliquée, mais pourrait néanmoins être moins onéreuse que toutes les modifications du moteur que l'on fera pour diminuer la perte de puissance quand on l'alimente uniquement au gaz de gazogène.

Enfin, l'acétylène fournit un moyen d'utiliser le gaz ammoniac comme combustible.

On sait que le gaz ammoniac s'unit à l'oxygène en donnant une véritable combustion. Malheureusement, cette combustion est d'allure extrêmement lente et ne peut pratiquement être utilisée telle quelle. Il faut, pour la rendre plus rapide, l'activer au moyen d'un gaz fortement combustible qui peut être l'acétylène. On peut par exemple substituer à l'eau de pulvérisation qui sert d'anti-détonant pour l'acétylène, une solution ammoniacale concentrée : l'ammoniaque apporte dans ces conditions son contingent de calories et l'augmentation de rayon d'action pour une même charge de carburant pourra être de l'ordre de 10 à 15 % environ, en utilisant la solution ammoniacale courante à 20 % (22 degrés Beaumé).

Certaines de ces questions posent évidemment des problèmes accessoires souvent difficiles à résoudre, tels que celui des corrosions si l'on utilise la solution ammoniacale dans le générateur pour produire l'acétylène. Mais ces problèmes ne sont vraisemblablement pas insolubles. (*A suivre.*)

LIBRES OPINIONS



« La nationalisation des médecins »

Rien ne ressemble moins à une usine de guerre qu'un cabinet médical et il peut paraître étrange de parler de nationalisation de la médecine.

Pourtant qu'on y réfléchisse bien, le rôle du médecin n'est plus du tout ce qu'il était autrefois : ce rôle a considérablement grandi. Le médecin s'élève au rang des grands conducteurs de la nation, car, le fait est certain, c'est à la santé publique d'abord que s'intéresse la collectivité.

Pour mieux comprendre cette nouvelle échelle des valeurs médicales dans l'Etat, jetons un regard sur le passé et mesurons le chemin parcouru.

Quelques mois avant guerre, paraissait timidement le Code de la Famille, mais l'Ordre des médecins, œuvre admirable, était refoulé ; cependant que les statistiques médicales, la situation démographique, décelaient de graves carences et ocmmençaient d'émouvoir l'opinion.

La guerre déclarée, on vit défiler, en trop grand nombre hélas ! les herniéux, les obèses, les alcooliques et tarés de toutes sortes, si mal préparés, on l'a bien vu, à l'épreuve de choc.

Et c'est avec ces infirmes, ces malades, ces «pauvres types » qu'on voudrait refaire la France !

Non, mille fois non.

Il faut prendre le problème à son origine : à la naissance, mieux encore à l'ascendance.

Pour bien soigner l'individu, la famille, le groupe, il faut préparer le terrain, le climat. La sélection une fois commencée, il se fait un travail de perfectionnement, qui ne peut plus s'arrêter.

Que de problèmes à étudier, touchant à la race française et à son devenir ; le labeur sera rude aux générations qui viennent : il faut les faire fortes.

Ainsi la pensée du médecin doit s'élever vers les organisations sociales de demain et la nation doit agir de plus en plus selon des principes raciaux : il faut profiter de l'enseignement des événements passés, surtout quand la leçon est rude.

Il n'y a pas de doute que le biologique doit primer le politique ; l'histoire nous apprend que les notions d'hygiène, de médecine sociale, de psychophysiologie, si elles sont les dernières nées avec les sciences expérimentales, n'en sont pas moins les plus fécondes et les plus intimement liées aux réalisations sociales.

C'est, de ce côté qu'il faut se tourner, vers le mouvant, le réel, le vital, vers l'évolution créatrice. Faisons table rase du passé et rompons une fois pour toute avec ce qui est frappé de mort. Les temps présents supportent difficilement les cadres historiques et les vieilles traditions. Il y a vraiment une solution de continuité et si l'on imagine le monde dans vingt ans, je me demande ce qu'on pensera d'une époque où il entrait encore du commerce dans la profession médicale, où l'on parlait de belles réussites en clientèle, de gros honoraires, du système D, où le savoir faire tenait une large place cependant que la maternité, l'enfance, étaient à peine protégés, et que l'équipement sanitaire était loin de répondre aux besoins de la collectivité et tant d'autres choses lamentables sans oublier le chômage !

Certes, nous sommes une belle race, qui a résisté à bien des épreuves et qui porte en elle les plus belles espérances. L'Ordre des médecins prépare une organisation et une réforme dont l'importance n'échappe à personne : nous faisons le vœu que ces quelques idées retiennent son attention.

En premier lieu, la nationalisation permet de résoudre facilement le problème des médecins étrangers, et de donner satisfaction à tous ceux de chez nous, qui, sur notre sol appauvri, attendent avec tristesse l'autorisation de gagner leur pain.

De même le Code de déontologie recevra une application rigoureuse dans le cadre d'une nationalisation, car il va sans dire que cette vaste organisation comportera des catégories hiérarchiques, qu'il y règnera une discipline, contrôlée et dirigée, de l'exercice de la profession, avec sanctions et avancement.

L'obligation de se tenir au courant des plus récents ouvrages, grâce à une surveillance capable de juger et d'apprécier les travaux, mettra beaucoup de vie dans toute cette œuvre et permettra un progrès continu.

Si bien que, du même coup, on verra disparaître le charlatanisme et ce qui s'y rapporte, sous les formes les plus diverses, ce qui grevait lourdement la dignité médicale. Plus de métiers douteux, ou de négligences coupables.

La recherche du profit sera définitivement bannie et ne pourra plus entrer en ligne de compte, puisque le médecin sera traité par la collectivité, selon ses mérites et qu'il sera toujours à l'abri du besoin.

Que d'économies en perspective ! Que de récupération ! Il y aurait là tout un chapitre à développer : ce qu'il faut en retenir, c'est que la nationalisation, s'inspirant du meilleur des savants du monde entier, réalisera tout ce que peut souhaiter la collectivité, et sera garantie du présent et de l'avenir de la race.

D'autre part, les médecins auront encore pour

mission de parfaire l'éducation du public qui devra se soumettre aux instructions de la santé dirigée.

En ne pensant qu'à l'intérêt de tous, il n'y a pas de meilleure sauvegarde de l'intérêt particulier : souvenez-vous des messages du Maréchal !

Et quand on connaît l'œuvre féconde des médecins coloniaux, comment peut-on douter encore de la nationalisation médicale ?

Ainsi, le médecin, de plus en plus à l'avant-garde du progrès, chargé des plus hautes missions, mêlant l'art le plus raffiné à la science la plus intelligente, ira porter la bonne parole dans tous les milieux.

Sa haute fonction doit être entourée de tous les égards : finie l'époque des commérages, des cancans, des « rabatteurs », du favoritisme, des « chapelles », des clans.

Quelle plus belle mission ? Mais aussi quel travail !

Aux qualités techniques du praticien, le médecin doit joindre les dons d'observation : admirable appareil enregistreur, son regard ne s'arrête pas au malade, il s'étend à la famille, au village, à la cité.

Il se penche sur toutes les détresses et son dévouement est acquis à la collectivité.

Ainsi auront vécu les taudis, les maisons sans lumière, les villages sans hygiène. Les notions de psycho-physiologie, les lois de l'évolution, de la sélection, tout ce qui touche à la biologie, ce sont là autant de notions qui retiendront l'attention du médecin, véritable trait d'union entre la population et l'Etat.

Sans doute, la réalisation d'un équipement sanitaire national avec hôpitaux cliniques modernes, ne laissera pas de heurter les routines et les vieilles habitudes : on objectera l'encombrement hospitalier, l'éloignement familial, les traditions, que sais-je encore ! Et cela n'ira pas sans de grandes difficultés.

Pourtant qui ne constate qu'un malade sérieux doit être soigné dans un milieu médical ou chirurgical, et l'accouchement à domicile ne cède-t-il pas la place, dans certains cas, à l'accouchement en maternité ?

En fait, la nationalisation des médecins appartient à un grand dessein : se réalisera-t-elle ? Il faut consulter la collectivité et le Corps médical. L'idée fera sans doute son chemin ; son aménagement laisse place à tous les dons d'intelligence, de souplesse, de tact qui sont l'apanage des médecins de chez nous.

En conclusion, on peut retenir les points suivants :

1° La pensée médicale prend une importance grandissante et doit s'insérer de plus en plus dans la politique de l'Etat ;

2° C'est le médecin qui peut le plus pour la bonne marche d'un pays.

3° Dans l'avenir du monde, où la lutte pour la vie se poursuit encore avec une rigueur implacable, seuls survivront les peuples qui ont le culte de la santé et de la race ;

4° L'esthétique, enfin, y trouvera son compte : on verra que le moral marche de pair avec le physique et que la constitution des élites est une entreprise difficile, longue et délicate qui devra se poursuivre au cours des générations.

Aussi bien, puisque l'union fait la force, serrons les rangs, et efforçons-nous, par la santé et l'élan vital d'une nouvelle foi, de reprendre place sur le stade où se jouent les plus grandes épreuves de tous les temps.

Et pensons que l'harmonie des peuples naîtra un jour des progrès de la connaissance de l'homme et de la réalisation des plus belles conditions de vie.

Dr R. Gaulier.

Variétés

LE RÉPÉTITEUR DE PHILOSOPHIE DE BAUDELAIRE

Après avoir quitté le lycée de Lyon, Baudelaire suivit les cours de Louis-le-Grand.

Mais il ne tarda pas à s'en faire expulser et sa famille le mit alors en pension chez un répétiteur de philosophie.

Il trouve dans cette maison « sagesse, amour, bon sens » et aussi « une gaîté perpétuelle qui l'ennuie ». L'instable qu'est Baudelaire ne peut se faire à une ambiance aussi paisible et, sitôt son baccalauréat passé, il décampe non sans quelques récriminations.

Mais 27 ans plus tard, lorsqu'il vient de sentir, suivant son expression, « le vent de l'imbécillité passer sur lui » et annoncer le drame terminal, il écrivait de Bruxelles :

« Il y a à Paris un homme qui aurait pu me rendre service. Je le verrai à mon prochain passage. C'est Charles Lasègue, mon ancien répétiteur de philosophie quand j'étais un gamin. Il a abandonné la philosophie : il s'est fait médecin, et il est devenu un médecin célèbre. Sa spécialité c'est les fous et les hystériques » (1).

G. L.

(1) D'après « *Lyon Médical* », 19 janvier 1941.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

La première réunion devra avoir lieu si possible dans le courant du mois d'avril, ou au plus tard dans la première quinzaine du mois de mai 1941.

Les réunions seront périodiques et auront lieu au moins une fois par trimestre, de préférence au chef-lieu de la région.

B. Rôle

Par rapport au Conseil supérieur, les Commissions régionales sont destinées à établir une double liaison :

a) Liaison entre les Conseils départementaux ;

b) Liaison avec les services de la Direction générale.

A) Le Conseil supérieur estime de la plus haute importance que les membres des divers Conseils départementaux établissent entre eux un contact régulier.

Il leur est recommandé d'examiner et de mettre à l'étude toutes questions professionnelles, selon un programme :

Tantôt dû à leur propre initiative, afin que le Conseil supérieur soit informé exactement de certains désirs ;

Tantôt suivant les directives que le Conseil supérieur leur donnera.

Il est bon, en effet, que, dans l'intérêt de tous, les Commissions régionales et les Conseils départementaux aient une vue d'ensemble aussi précise que possible pour les problèmes importants que la Santé publique doit résoudre, pour en mieux comprendre le bien fondé et apprécier l'esprit dans lequel les réformes doivent être appliquées.

Les Commissions régionales auront comme fonction essentielle de veiller à l'exécution de ces réformes.

B) Il importe que celles-ci se fassent en plein accord avec les représentants responsables de l'Administration. La collaboration doit être la même, entre la Commission régionale et le directeur régional de la Santé, que celle qui existe entre le Conseil supérieur et le Secrétariat général à la Santé publique.

Pour assurer la liaison entre les Commissions régionales et le Conseil supérieur, celui-ci envisage de confier à chacun de ses membres deux régions. Sur cette attribution, des précisions seront ultérieurement données dans la circulaire en préparation dont l'envoi est suspendu jusqu'à réunion de la prochaine session du Conseil supérieur.

Les réunions de la Commission régionale se feront, en principe, dans la ville où réside le directeur régional à la Santé. Le siège social pourra être celui du Conseil départemental.

Les Commissions régionales devront prévoir, dès qu'elles pourront se réunir, l'élection d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Recensement des Médecins israélites

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins vient d'adresser aux Conseils départementaux copie d'une lettre qu'il a reçue récemment du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, le priant de faire le recensement des médecins juifs qui exercent ou résident en France.

Cette lettre a été adressée à la suite d'une demande de M. le Commissaire général aux questions juives, en vue d'un projet de *numerus clausus* applicable aux médecins israélites.

D'après la loi du 3 octobre 1940 (*Journal officiel*, 18 octobre 1940, p. 5323), article 1er :

« Est regardée comme juive toute personne issue de trois grands-parents de race juive ou de deux grands-parents de la même race, si son conjoint lui-même est juif ».

Il a donc été demandé aux Conseils départementaux de préciser et d'indiquer, dans leur recensement, les médecins juifs qui exercent réellement et, sur une autre liste, les médecins juifs qui pourraient résider en France sans y exercer.

Comité sanitaire de la Région parisienne

Séance du 22 *avril* 1941

Cette séance a été consacrée à la suite de la discussion sur la réforme des Assurances sociales, qui sera résumée dans le rapport général que présentera, à la séance du 29 avril, M. Dournel, et à une communication de M. Houdinière sur le sujet suivant : Pourquoi le lait écrémé se fait-il rare ? Faut-il le regretter ?

Avant la guerre, la France importait 50 % des matières grasses alimentaires dont elle avait besoin. Actuellement, l'importation est nulle, et la production indigène très réduite, à cause de la diminution considérable du cheptel. Les plantes oléagineuses ne sont pas assez nombreuses pour nous venir en aide et seul le beurre peut être envisagé à cet effet. La ration individuelle de matières grasses est de 5,200 grammes par an, soit pour l'ensemble de la population, 200.000 tonnes environ. Or, en cinq mois, le ravitaillement n'a pu fournir, dans la zone occupée, que 30.000 tonnes de beurre, soit un déficit de 40 %, qui a été comblé par des prélèvements sur des stocks existants en matières grasses diverses.

C'est pourquoi ont été prises les mesures de rationnement du lait entier, désormais réservé aux enfants et aux malades, des fromages (3.990 grammes par an) et de suppression de la vente de la crème, et c'est pourquoi on distribue exclusivement du lait écrémé aux adultes, en même temps qu'un peu de caséine.

Le lait écrémé est partagé entre les hommes et les porcs, qui sont d'excellents producteurs de protides et de matières grasses, et dont les principaux aliments, tourteaux, graines, farines, pommes de terre, sont épuisés, au moins jusqu'à la prochaine récolte.

Il ne faut pas s'en plaindre, étant donné la valeur hygiénique du lait écrémé, et le bénéfice que nous apporteront les porcs qu'il permet de nourrir.

Fédération des Associations Amicales des Médecins du Front

(2, rue Dupuytren, Paris (VIe)

Envois de livres aux médecins et étudiants prisonniers

Le Bureau de la Fédération des Associations amicales de médecins du front rappelle aux membres du Corps médical français qu'il se charge d'expédier dans les camps de prisonniers en Allemagne, à l'usage des médecins et étudiants en médecine qui s'y trouvent, les ouvrages et les périodiques médicaux, dus à la générosité soit des libraires et des maisons d'éditions médicales, soit à celle des confrères restés ou

rentrés dans leurs foyers. Ces envois sont infiniment appréciés par les destinataires.

Les envois peuvent aussi être effectués directement 29, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe), à l'Œuvre d'assistance aux prisonniers de guerre, section bibliothèque (s'adresser à la générale Lasserre) ou au Centre d'entr'aide aux étudiants prisonniers, 5, place Saint-Michel (s'adresser à Mme Pociello).

Rapatriement des médecins prisonniers

Une réponse de Monsieur Georges Scapini, ambassadeur de France, à la Ligue médicale de défense professionnelle « Le Sou médical » :

SERVICES DIPLOMATIQUES
DES PRISONNIERS DE GUERRE,
47, rue Cortambert, Paris (XVIe),

Le 29 avril 1941,

Monsieur,

Monsieur Scapini a pris connaissance avec intérêt de votre lettre relative à la situation des médecins prisonniers. Il vous remercie des indications que vous lui fournissez, et me charge de vous répondre.

Il comprend parfaitement quelles peuvent être les inquiétudes des médecins de réserve encore retenus dans les camps : croyez bien que la question ne lui a pas échappé et qu'au cours des négociations qu'il poursuit, constamment, en vue de l'élargissement des catégories libérables, le cas particulier des médecins et du personnel sanitaire en général a retenu son attention.

Mais la cadence des rapatriements est conditionnée par les possibilités matérielles, les plus ou moins grandes facilités de regroupement des prisonniers libérables en vue de la formation des convois, les disponibilités des transports.

Par ailleurs, il est exact que le Gouvernement français étudie et proposera un statut spécial qu'il croit équitable pour le personnel sanitaire demeuré dans les camps et qu'une proposition qui pourrait permettre une relève partielle sera, lorsque l'occasion favorable se présentera, soumise aux autorités allemandes. Monsieur Scapini ne ménage pas ses efforts, croyez-le bien, en vue d'obtenir une amélioration du sort du personnel médical.

Il convient donc d'attendre avec patience l'aboutissement de ses pourparlers.

Veuillez agréer...

SUR CERTAINES RUMEURS

Un lecteur nous écrit :

« Il court, ici, des bruits peu rassurants et dont nous sommes plusieurs à souhaiter avoir soit la confirmation soit le démenti.

1° Les postes médicaux deviendraient analogues à des « charges ». (C'est décidément le bateau du jour) ; mais ces charges seraient « à la disposition de l'Ordre » et ne pourraient être cédées ni par le médecin qui se retire ni par la famille du médecin décédé.

2° Il serait procédé à un prélèvement, dont le taux serait fixé chaque année et qui serait, pour le début, fixé à 2 %, sur le revenu des fixes versés

par toutes les administrations soit d'Etat soit privées.

La somme ainsi constituée servirait à financer les retraites allouées aux vieux médecins.

Certes il convient d'éviter de mêler de façon trop revendicatrice les questions de gros sous aux problèmes de reconstruction de la profession.

Mais si ces bruits, qui ont fait dresser l'oreille à tous ceux qui les ont recueillis, se confirmaient, on aperçoit tout de suite le tribut que paierait le Corps Médical aux temps nouveaux. On aimerait apercevoir en même temps de façon plus distincte les avantages qu'il en retirerait et dont on parle beaucoup moins.

Le *Concours* ne pourrait-il nous fournir sur ces inquiétants « on-dit » quelques précisions ?

Dr L. T.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Bourses de doctorat

Arrêté du 25 *avril* 1941

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le jeudi 24 juillet 1941.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus.

Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux.

Les registres d'inscriptions seront clos le 18 juillet 1941, à seize heures.

(*J. O.*, 27 avril 1941).

Inspection de la Santé

M. le Docteur Salmon, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Sarthe, est nommé médecin inspecteur de la Santé de Maine-et-Loire.

(*J. O.*, 27 avril 1941)

Thermalisme

No 1.472. — *Décret du* 3 *avril* 1941 *portant création d'un Comité d'organisation de l'industrie du Thermalisme.* (*J. O.*, 27 avril 1941).

Sont désignés, par arrêtés du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, pour faire partie de ce Comité :

M. le Docteur Flurin, président ;

M. P.-V. Léger, en qualité de maire de station thermale ;

MM. les Docteurs Dufourt, J. Forestier, Moncorgé, en qualité de médecins de stations thermales ;

M. Jean Bouloumié, Mothe, Normand, en qualité de représentants des établissements thermaux.

M. Bonjean, en qualité de représentant des casinos des stations thermales.

Direction des circonscriptions sanitaires maritimes

Avis de vacances (directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes d'Alger et de Constantine, résidence à Bône).

Les vacances des postes de directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes d'Alger et de



Constantine (résidence à Bône) sont déclarées ouvertes.

Les candidats ont un délai d'un mois, à compter du 1er mai 1941, pour adresser au gouvernement général (direction de l'Administration générale, Santé publique et Famille), leur demande accompagnée d'un extrait de leur casier judiciaire.

Les candidats devront préciser la direction pour laquelle ils postulent ou l'ordre de préférence pour l'une et l'autre.

Ils doivent produire, en outre, dans le même délai, un exposé aussi détaillé que possible de leurs titres ainsi que les ouvrages ou articles qu'ils auront publiés et faire valoir leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiologie des malades exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquises en France, aux Colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

Le traitement alloué au directeur de la circonscription sanitaire maritime d'Alger est fixé à 26.000 francs. Le traitement alloué au directeur de la circonscription sanitaire maritime de Constantine (résidence à Bône) est de 20.000 francs. Les directeurs sont autorisés à faire de la clientèle.

Les dates d'entrée en fonction des nouveaux titulaires seront fixées ultérieurement.

(*J. O.*, 26 avril 1941).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

2.360. — Opération à l'hôpital. Aide fournie par l'interne du service

Il m'arrive que des confrères, praticiens de médecine générale, m'adressent des phlegmons de la main, régularisations de doigts, etc.... à pratiquer sous anesthésie générale, chez des accidentés du travail. Je procède à l'intervention.

Lorsque le médecin peut venir, il pratique l'anesthésie générale.

Dans ce cas nous envoyons chacun notre note d'honoraires à la Compagnie.

Mais il arrive que lorsque le médecin ne peut venir (ce qui est fréquent actuellement pour les praticiens de campagne éloignés et à court d'essence), je fasse donner l'anesthésie par un des internes de l'hôpital que je convoque à cet effet.

Dans ce cas, comment faire ? L'interne, non installé, ne peut envoyer de note, je pense.

Puis-je faire figurer les honoraires d'anesthésie sur ma note, pour les lui remettre ensuite ?

Dr L.

Réponse

Si l'interne du service a été nommé au concours, il fut convenu à la Commission du Tarif que, dans ce cas, le chirurgien de l'hôpital pour-

rait faire figurer sur sa propre note, les honoraires de celui-ci, comme aide anesthésiste, en se basant sur les articles 11 et 12 du Tarif.

Dr F. Decourt.

2.302. — Visites de contrôle. Reprise du travail

Abonné au *Concours Médical* depuis le début de mon installation, je me permets de vous écrire pour vous demander deux renseignements concernant les Accidents du Travail.

1° Une compagnie d'assurances fait contre-visiter à mon cabinet un blessé par son médecin contrôleur. A quels honoraires ai-je droit pour cette contre-visite ? Jusqu'à ce jour je demandais 17 × 3 = 51 francs et jamais je n'avais eu de réclamation. Or j'ai soigné en février un accidenté du travail. Le médecin de la compagnie m'a prévenu un beau jour qu'il viendrait convoquer chez moi ledit blessé à 10 heures le matin, ce qui est bien. Or je reçois mes consultants de 13 heures à 15 heures. J'ai porté sur ma note d'honoraires : consultation avec le confrère = 51 francs. Et pour la première fois une compagnie refuse de me payer cette somme et m'offre 25 fr. 50. Est-ce exact ?

2° Une compagnie d'Assurances-accidents de travail a-t-elle le droit de convoquer aux fins de contre-visite médicale un blessé du travail qui est ainsi examiné en *l'absence* du médecin traitant ? Et ledit médecin contrôleur a-t-il le droit de signer la reprise du travail et ce faisant, de se substituer au médecin traitant ? Il me semble que cette compagnie et ce médecin exagèrent un tantinet ? Qu'en pensez-vous. Dr B.

Réponse

1° L'art. 3 *a*), à ce sujet, est formel. Vous avez droit au prix d'une visite ordinaire, majoré de 50 %, soit 17 + 8,50 = 25,50, déplacement en plus s'il y a lieu ;

2° Lorsqu'un médecin patronal (ou de l'assurance substituée) désire examiner un blessé du travail, il a le droit de le faire une fois par semaine (« accès hebdomadaire »), mais doit en prévenir le médecin traitant « deux jours à l'avance par lettre recommandée ».

3° C'est au médecin traitant quil appartient de signer la reprise du travail. Toutefois, « si le médecin contrôleur certifie par lettre recommandée que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise, ou l'ouvrier, peut requérir du Juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours ». (art. 5, *in fine*).

Dr F. Decourt.

2.429. — Pose d'appareil plâtré pour réduction de fracture

A combien tarifer, pour un accidenté du travail, la pose d'un appareil de marche (Delbet), mais sans réduction de fracture — celle-ci ayant été préalablement réduite dans une gouttière plâtrée. Peut-on assimiler cet acte à Réfection d'un plâtre.

Dr T.

Réponse

La pose d'un appareil plâtré quelconque faite

au cours d'un traitement de fracture, la réduction ayant été effectuée antérieurement, est tarifable suivant l'art. 18 : « Réfection plâtre ordinaire (moitié du prix indiqué pour le plâtre primitif) avec maximum de 100 francs ».

Dans votre cas, il s'agit, je pense, d'une fracture de jambe, auquel cas vous avez à marquer 100 francs.

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

2.642. — Comment obtenir un mélange satisfaisant d'alcool et d'essence

Excusez-moi de venir vous importuner, mais vos articles du *Concours médical* sont empreints d'une telle compétence que je n'hésite pas. Voici, nous avons eu, il y a quelques années ou plutôt quelques mois, le « carburant national » : essence plus 15 % d'alcool.

Je viens de voir dans le *Concours* qu'un confrère se servait d'essence à 20 % d'alcool. Voyant cela, j'ai aussitôt mis dans un flacon de 150 grammes environ 30 grammes d'essence et une égale quantité d'alcool. Mon flacon étant gradué, j'aurais dû voir la ligne de démarcation des deux liquides se déplacer avec la dissolution de l'alcool dans l'essence : or, rien n'a bougé et j'en ai conclu, peut-être un peu à la légère, qu'aucune trace d'alcool ne s'était dissous dans l'essence. Il doit donc y avoir un procédé pour obtenir cette dissolution du mélange et si vous pouviez me l'indiquer, je vous en serais des plus reconnaissant.

On peut, en effet, avoir ici une certaine quantité d'alcool sans bons ni tickets, qui, mélangée à mes cinquante litres d'essence mensuels, augmenterait ma quantité de carburant d'un cinquième ou d'un sixième, selon le cas, ce qui n'est aucunement à dédaigner.

Dr J.

Réponse

Si vous n'avez pas obtenu le mélange de l'alcool et de l'essence, c'est que vous avez utilisé de l'alcool trop hydraté. L'alcool absolu, c'est-à-dire titrant plus de 98°5, se dissout pratiquement en toutes proportions dans l'essence. Mais l'alcool hydraté que l'on trouve dans le commerce, et plus spécialement chez les droguistes pour les réchauds de ménage, ne se dissout pas. Il faudrait au préalable le déshydrater. Voici un procédé pour cela.

Jeter dans un récipient contenant l'alcool quelques morceaux de carbure de calcium : l'eau contenue dans l'alcool agit sur le carbure pour produire de l'acétylène, lequel reste en solution dans l'alcool. On remue énergiquement et on attend le temps suffisant pour que le liquide se clarifie. La chaux qui s'est formée finit par se déposer au fond du vase. L'alcool ainsi déshydraté peut être mélangé à l'essence. Il contient une quantité appréciable d'acétylène (5 litres d'acétylène pour un litre d'alcool environ), ce qui ne nuit pas, au contraire, au carburant.

Evidemment, la manipulation est un peu désagréable, mais c'est, à mon avis, la seule qui soit à la portée de tous pour déshydrater l'alcool. Autrement, il faudrait procéder à la distillation

fractionnée, ce qui nécessite une installation importante.

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

1.885. — Règlementation des laboratoires qui exécutent le diagnostic biologique de la grossesse

Faisant depuis déjà près de huit ans des diagnostics biologiques de grossesse, je voudrais me mettre en règle avec la nouvelle législation qui a trait au fonctionnement des laboratoires exécutant cette recherche.

Cette législation a vu le jour, si je ne me trompe, pendant la guerre. Ayant été mobilisé, je ne retrouve plus les textes officiels.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître les formalités à remplir pour exécuter régulièrement et normalement le diagnostic biologique de grossesse sans risquer d'être inquiété par les autorités ?

Dr Z.

Réponse

L'art. 92 du décret du 29 juillet 1939 modifié par le décret-loi du 16 décembre 1939 a décidé que le diagnostic biologique de la grossesse ne pourrait être exécuté que sur une ordonnance médicale datée et signée qui devra être transcrite sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police et par des hôpitaux et laboratoires habilités à cet effet par le ministre de la Santé publique.

Les inscriptions au registre sont faites de suite sans aucun blanc, rature, ni surcharge avant exécution du diagnostic. Elles indiquent les noms et adresses de l'auteur de la prescription, de la personne dont l'état fait l'objet du diagnostic et la pièce d'identité présentée par ladite personne.

Les infractions à ces dispositions sont punies d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 500 à 5.000 francs.

Ce même décret a prévu la promulgation d'un règlement d'administration publique pour déterminer notamment les conditions d'ouverture et de fonctionnement que devront remplir les laboratoires spécialisés dans ces travaux.

Ce règlement d'administration publique a été promulgué par décret du 18 mai 1940. Ce décret dispose que sont considérées comme ouvrant ou dirigeant un laboratoire qui exécute le diagnostic biologique de la grossesse, toute personne qui entreprend ou poursuit l'exploitation d'un de ces laboratoires, même si elle n'en assure pas elle-même la direction technique ; que sont seuls habilités à exécuter le diagnostic biologique de la grossesse, les laboratoires dont les exploitants, s'étant conformés aux prescriptions des articles 15, 16, 17 du décret du 19 mars 1940, ont été agréés par le ministre de la Santé publique.

Le Directeur du laboratoire ou à son défaut le Directeur adjoint ou le Directeur suppléant, doit veiller personnellement à la tenue régulière du registre prévu au décret du 29 juillet 1939 et dont nous vous avons parlé plus haut, ainsi qu'à l'inscription sur ce registre des indications prescrites.

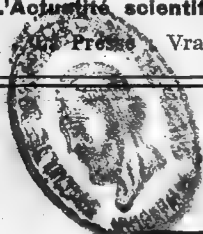
379 Soixante-troisième année N° 21 25 Mai 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



- sommaire -



TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de 45 lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 149. — A vend. au tiers du prix catalogue, matériel téléphon. ayant servi, mais en excell. état, Thomson, 1 tableau, 3 directions, 2 postes mobiles dont 1 à cadran pour automat., 2 sonneries 1.000 chms, 3 machoires, 3 condensateurs. Dr Julien, 3 pl. Panthéon, Paris. Danton 93-88.

N° 150. — Alger, à céder cabin. médic. très ancien, tenu 25 ans par même médec. ; conviendr. à confr. jeune et actif. Ecr. Simon, 2, avenue Malakoff, Alger.

N° 151. — Remplacem. Méd. 30 ans, célib., démobilisé, ne pouvant rentrer zone interd., ferait remplacem. longue ou courte durée, dans région centre ou Sud-Ouest (médec. génér.) Ecr. Dr Lafon, 30, av. Charles Rivet, Brive (Corrèze).

N° 152. — Méd. 30 ans, revenu récemm. captivité, cher. success. méd. rurale, rég. Centre ou Sud-Ouest, zone non occupée ou occupée. Ecr. Dr Lafon, 30, av. Charles Rivet, Brive (Corrèze).

N° 153. — Méd. céder. grosse client. rurale, région Centre, seul médec. bourg import. avec installat. médic. et très gr. mais. habitat. avec parc, loyer annuel 15.000. Ecr. Dr Lafon, 30, av. Ch. Rivet, Brive (Corrèze).

N° 154. — A vend. méthode Linguaphone anglais, entièrem. neuve, avec deux séries livres. Valeur 1.300 frs, à céder 1.000 frs. S'ad. Dr Le Pape, 16, rue Desportes, Saint-Ouen (Seine).

N° 155. — Banl. proche, dans centre import., à céder après décès bonne client. ophtalmol. avec matériel profess. S'ad. Mme Banvillet, 24, Gde Rue, Enghien (S.-et-O.) Tél. 364.



Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Ville maritime du sud-ouest. On cède gratuitement grosse clientèle, si on achète splendide villa.

Paris. Maison de santé chirurgicale. 20 lits, loyer 25.000 fr., belle installation, à céder le chiffre d'affaires, plus l'instrumentation.

Ville balnéaire sur l'Océan, belle villa, loyer 8.000 fr. très bon rapport, prix modéré cause décès.

Pour cause de départ quelques postes d'étrangers à céder.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Remplacez l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques tablettes de **Mangaïne**, selon la méthode usitée par Camescasse, à l'hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant, en même temps que la reconnaissance de la maman. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Les concours, les examens... véritable calvaire ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable, qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés.

L'**Aëine** est reconnue comme le spécifique du trac.

Trois ou quatre comprimés leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Prix médical, 9 francs, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. *Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.*

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, le *Concours médical* peut parvenir aux prisonniers tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés
et prisonniers
5, Place Saint-Michel, Paris

qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gratuitement chaque semaine à la disposition des prisonniers, cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Les exigences thérapeutiques et les besoins économiques.* — Après un exposé de M. Loeper, concernant le ravitaillement en médicaments, l'Académie de médecine a adopté les vœux suivants :

« 1° Que les Pouvoirs publics stimulent l'extraction des médicaments, la synthèse des produits thérapeutiques, la culture des plantes médicinales et publient tous les trois mois au minimum la liste des médicaments rares ou déficients ;

2° Que le pharmacien s'interdise de donner sans ordonnance aux clients des médicaments de réserves ou de provisions ;

3° Que le médecin fasse des formules simples, limitées strictement dans leur volume et leur dose à une courte période ; qu'il accorde ses prescriptions avec les possibilités que lui indiquent les Pouvoirs publics ; qu'il économise dès aujourd'hui tous les alcaloïdes, l'ouabaïne, les produits organiques et les produits exotiques ».

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Institut de trophologie.* — Un enseignement spécial concernant les applications de l'hygiène alimentaire sera donné du 26 mai au 13 juin, à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Professeur Tanon, professeur d'hygiène et de M. Lassablière, directeur de l'Ecole des Hautes Etudes.

Cet enseignement s'adresse aux docteurs et étudiants en médecine, aux assistantes sociales, aux surintendantes d'usine, etc...

Les leçons auront lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 18 heures, aux jours suivants :

Lundi 26 mai, M. Lassablière : Influence et rôle de l'alimentation. — Mardi 27 mai, M. Binet : Les aliments d'origine animale. — Mercredi 28 mai, M. Clerc : Les aliments d'origine végétale. — Jeudi 29 mai, M. Neveu : Les boissons. — Vendredi 30 mai, M. Lassablière : Besoins de l'organisme. — Mardi 3 juin, M. Richet : La ration alimentaire. — Mercredi 4 juin, M. Chouard : Utilisation des aliments rationnés, non rationnés et de remplacement. — Jeudi 5 juin, M. Martel : L'art d'acheter. — Vendredi 6 juin, M. Cambessédès : Conservation des aliments. — Samedi 7 juin, M. Pozerski : Gastrotechnie. — Lundi 9 juin, M. Lereboullet : La ration actuelle des nourrissons. — Mardi 10 juin, M. Lesné : La ration actuelle de l'écolier. — Mercredi 11 juin, M. Lacomme : La ration des femmes enceintes. — Jeudi 12 juin, M. Lassablière : La ration actuelle des travailleurs. — Vendredi 13 juin, M. Navarre : Infections et intoxications d'origine alimentaire.

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le Docteur Patel, agrégé, continue son cours à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis.

Programme : Affections de l'abdomen (diagnostics urgents exceptés).

— **Chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** *Cours de perfectionnement de gynécologie médicale.* — Un enseignement complémentaire de gynécologie médicale, organisé sous la direction de M. le Professeur agrégé Cadenat, sera fait par M. Claude Béclère, assistant de gynécologie de la clinique, dans le courant de juin, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine. Il comprendra deux cours : le premier, sur *les troubles fonctionnels en gynécologie*, aura lieu du 4 au 14 juin (droit : 150 francs) ; le second, sur *l'hystéro-salpingographie*, aura lieu du 16 au 20 juin (droit : 150 francs). Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

— **Facultés de médecine.** *Bourses de doctorat.* — Le concours pour les bourses de doctorat s'ouvrira au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et pharmacie le jeudi 24 juillet 1941.

Les registres d'inscriptions seront clos le 18 juillet 1941.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat.* — Un concours pour la nomination d'internes en médecine des hôpitaux de Lyon aura lieu le 15 septembre 1941.

Un concours spécial sera ouvert, dès que les circonstances le permettront, en faveur des étudiants prisonniers, blessés de guerre ou maintenus sous les drapeaux qui n'auront pas été inscrits au concours du 15 septembre.

— **Naissances.** — Le Docteur Roger Dufour et Madame sont heureux de vous faire part de la naissance de leur quatrième enfant, *Geneviève*.

Argenteuil, 9, boulevard Jeanne-d'Arc.

— Le Docteur d'Escrivan et Madame, née Phélip, ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fille *Françoise*.

La Pergola, Vichy.

— Henri et Michel Massonnet sont heureux de vous annoncer la naissance de leur frère *Hubert*.

Docteur Massonnet, Champagne-Mouton (Charente), 3 mai 1941.

— Henri, Paul, François, Dominique, Marie-Lucie, Anne-Marie, Claire Hardel, ont la joie de faire part de la naissance et du baptême de leur petit frère *Bernard*, huitième enfant du Docteur et Madame Hardel.

Aix-en-Provence, 22 avril 1941.

— **Mariage.** — Le Docteur Lachèze, chevalier de la Légion d'honneur, est heureux de vous faire part du mariage de Mademoiselle Marie-France Lacheze, sa fille, avec Monsieur Georges Jouhanneaud, docteur en médecine.

Hautefort (Dordogne).

— **Nécrologie** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean Madier, chirurgien des hôpitaux de Paris ; du Docteur Alphonse Guérin, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris ; du Docteur J. Roger, de Castanet-Tolosan (Haute-Garonne), décédé le 11 avril 1941.

— Madame Gaillard nous fait part de la mort du Docteur Maurice Gaillard, mort au Champ d'honneur.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur à titre posthume :

Service de santé de la 13e région

SOULIE (Jean-Raoul-Antoine) *médecin capitaine*:

Officier d'un grand courage. A donné un bel exemple d'énergie et de sang froid au cours des bombardements de la ville de Guéret, malgré l'intensité de l'attaque ennemie. A été tué à son poste. Croix de guerre avec palme.

(*J. O.*, 11 mai 1941).

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

Le Curiste, par VIDI. Une brochure in-8° carré, 48 pages. Prix : 10 francs.

« Vidi », pseudonyme de l'un des plus marquants médecins de Vichy, a bien vu les différents « types » que l'on rencontre généralement dans nos cités thermales. Il nous fait part avec beaucoup d'esprit du fruit de ses observations, de malice aussi... mais non sans une indulgence humoristique : on lira ces descriptions prises sur le vif et pleines de psychologie avec un véritable plaisir.

CARTE NATIONALE DE PRIORITÉ

En ces temps difficiles, l'approvisionnement des familles nombreuses pose un problème particulièrement délicat dans les centres urbains. Aussi la possession de la carte de priorité est-elle un avantage justement recherché.

Quelles sont les personnes qui peuvent en obtenir la délivrance ?

La loi du 14 août 1940 qui créa « *la carte nationale de priorité* » l'attribuait seulement :

— aux mères de famille ayant au moins trois enfants vivants de moins de 14 ans ou deux enfants vivants de moins de 5 ans ;

— aux mères décorées de la médaille de la Famille française, c'est-à-dire ayant au moins cinq enfant vivants.

Quant aux femmes enceintes, elles semblaient avoir été oubliées. Il y avait bien le décret du 20 mars 1940 qui prévoyait la délivrance aux femmes enceintes de « l'*attestation médicale de maternité* » et accordant un « droit de priorité dans les divers moyens de transport et pour l'accès à tous les services en relation avec le public ». Malheureusement ce décret, comme bien d'autres textes législatifs, n'a jamais reçu d'application pratique, faute d'instructions ministérielles.

Les femmes enceintes se trouvaient donc, du fait de l'inertie administrative, privées de tout droit de priorité.

Les diverses associations groupant les familles nombreuses s'en émurent et obtinrent que cette injustice soit réparée.

Par Circulaires ministérielles des 10 octobre et 15 décembre 1940, le bénéfice de la *Carte nationale de priorité* a été en effet étendu :

— aux filles mères pour leurs enfants reconnus ;
— aux mères étrangères d'enfants français ;
— aux grand-mères ayant la charge effective de petits enfants dont la mère est décédée ;
— aux femmes ou jeunes filles ayant effectivement la charge de leurs frères et sœurs, dont la mère est décédée ;
— aux femmes enceintes ;
— aux mères allaitant un enfant au sein (la carte est valable pendant toute la première année de l'enfant).

Nous croyons enfin savoir qu'une loi prochaine règlementerait définitivement l'octroi de la carte nationale de priorité, en en étendant le bénéfice notamment aux veufs, chefs de famille, à certains invalides, et permettrait au titulaire malade de transférer momentanément la carte à un tiers, nommément désigné.

La carte de priorité, valable en principe pour deux ans, renouvelable, est délivrée à la mairie du domicile du bénéficiaire, soit sur déclaration écrite précisant la situation de famille, soit sur présentation d'un certificat médical pour les femmes enceintes ou allaitant.

Elle donne un droit de priorité pour l'accès aux bureaux des administrations et services publics, aux transports publics et aux magasins de commerce.

B. M.



Conseil de l'Ordre des médecins des Ardennes

Secrétariat, 26, rue du Petit-Bois, Charleville

(Communiqué)

Réunion du 22 avril 1941

Sous la présidence de M. le Docteur Baudoin se sont réunis MM. les Docteurs Tilman, Vassal, Martin, Maquet.

Le Conseil se réunit le 1er et le 3e mardi de chaque mois à 16 heures.

Le numéro de téléphone est 37.84. Les confrères sont priés de téléphoner aux heures de présence de la sténo-dactylo : de 9 heures à midi et de 14 heures à 18 heures.

Le Conseil s'occupe des formalités à accomplir par le médecin praticien pour l'admission à l'hôpital des malades ouvriers français travaillant en Allemagne en congé en France ou de leur famille.

Le Conseil désigne MM. les Docteurs Tilman et Vassal pour représenter les Ardennes au Conseil régional consultatif de l'Ordre des médecins qui doit se réunir à Nancy dans la deuxième quinzaine de mai.

Le Conseil demandera au Comité d'entente des Caisses d'assurances sociales des Ardennes de modifier la Convention et le procès verbal d'accord du 1er janvier 1939, en remplaçant les mots « Syndicat des médecins des Ardennes » par « Conseil de l'Ordre des médecins du département des Ardennes » partout où ils se trouvent, en modifiant les prix de visite, consultation et indemnité kilométrique, qui doivent être augmentés, l'indice départemental du coût de la vie ayant dépassé les 10 % prévus au procès-verbal d'accord.

Voir la suite page XLVII-965

PROPOS DU JOUR

LA VOCATION MÉDICALE ET LE VRAI MÉDECIN PRATICIEN

Lors de la rentrée des Facultés de l'Université de Clermont-Ferrand, M. le Professeur Castaigne a pris pour thème d'une remarquable conférence *la Vocation médicale* (1). Membre de l'Académie de médecine, ancien médecin des hôpitaux de Paris et professeur agrégé de la Faculté de Paris, directeur de l'Ecole de plein exercice de Clermont-Ferrand, mais en outre comptant dans ses ascendants six générations de praticiens, ayant exercé sans discontinuité la médecine dans un village de six cents habitants, M. Castaigne réunissait toutes les qualités et la compétence nécessaires pour aborder pareil sujet.

M. Hermann, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon, a donné de la vocation la définition suivante que lui emprunte M. Castaigne : la vocation est « un facteur moral qui n'est autre que l'amour d'une carrière vers laquelle l'étudiant se sent attiré par une force invincible, de telle sorte que la joie la plus pure sera pour lui d'y réussir comme on réussit toujours quand on se donne tout entier à une tâche que l'on voit belle et pour laquelle on est prêt à tous les sacrifices. » Cette définition ne s'applique pas qu'à la vocation médicale et M. Castaigne cite comme le plus bel exemple de vocation, celle du Maréchal Pétain.

Hélas ! dans notre profession à notre époque les véritables vocations se sont raréfiées ; selon les paroles du Maréchal l'esprit de jouissance l'a souvent emporté sur l'esprit de sacrifice ; on a revendiqué plus qu'on n'a servi ; on a voulu épargner l'effort et l'on a rencontré aujourd hui le malheur. Que ces fortes paroles qui sont vraies, pour nous médecins comme pour les autres, nous incitent à nous servir des deux seuls remèdes efficaces dans cette pénible circonstance ; le désintéressement et le travail.

(1) Cette conférence a paru *in extenso* dans la *Revue des Deux-Mondes*, numéro du 15 novembre 1940.

M. Castaigne, avec sa grande expérience, classe les futurs médecins qui n ont pas la vocation en quatre catégories.

1° Ceux d'abord qui sont aiguillés vers la médecine par leurs parents soit par vanité, soit par intérêt, pensant donner à leurs enfants une profession plus considérée et d'un plus grand rapport. Il cite les cas de petits commerçants et de paysans propriétaires qu'il est parvenu à dissuader de faire de leurs fils des médecins, ces jeunes gens n'ayant aucun goût pour la profession médicale. Il se servit, selon les cas, de deux ordres d'arguments, soit de l'argument de l'intérêt pécuniaire ; longueur des études coûteuses, attente prolongée de la clientèle, gain très aléatoire ; soit d'arguments moraux ; efforts pénibles pour répondre aux exigences d'une tâche exécutée sans goût sinon avec répugnance, à mettre en parallèle avec les avantages que trouveraient les enfants à continuer la tâche de leurs parents.

2° Ceux qui, véritables *moutons de Panurge*, se destinent à la profession médicale pour faire comme les camarades. La mode de prendre des inscriptions aux Ecoles de médecine a régné au XXe siècle dans les classes de philosophie et un de nos amis nous contait que dans le lycée de Paris où il y a une vingtaine d'années, il fit sa philosophie, 80 % de ses camarades se destinèrent à la médecine. Combien y en avait-il sur ce nombre qui avaient la vocation ? Pour combattre cette tendance M. Castaigne conseille des conférences faites dans les lycées aux élèves par des maîtres de l'enseignement supérieur. Nous préférerions que ces conférences fussent faites par des médecins distingués qui seraient plus à même de décrire les servitudes de leur profession. Le Docteur Dardelin, de Saint Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure) fit parvenir, il y a quelques années, un tract aux proviseurs et professeurs de philosophie pour mettre en garde les jeunes gens qui, sans vocation, voulaient entreprendre des études médicales. Cette initiative

privée donna quelques résultats, mais aurait dû être régulièrement continuée.

3° Les arrivistes, souvent travailleurs et très intelligents, manquent des qualités morales pour faire de vrais médecins. Parmi eux il faut ranger les médecins, parfois très instruits, qui s'intéressent beaucoup à la maladie mais très peu au malade auquel ils négligent de donner en de bonnes paroles le réconfort dont il a besoin. Nous ajouterons à cette catégorie d'arrivistes les politiciens qui entrent dans la profession pour s'en servir comme marchepied à un avenir politique.

4° Enfin, les plus nombreux sont les jeunes gens qui, sortant du lycée, ont soif de liberté, de plaisirs et de jouissances. Ces jeunes gens, peu sérieux, font traîner leurs études et grâce à l'indulgence coupable des jurys d'examen finissent par arriver docteurs. Beaucoup d'entre eux s'établissent dans les grandes villes pour continuer leur vie de plaisirs et de dissipation. La profession médicale n'est pour eux que le moyen de gagner suffisamment pour subvenir à leurs frais et pour augmenter ce gain ; ils sont prêts à toutes les complaisances, à toutes les compromissions, acceptant toutes les ristournes et peuvent aller jusqu'à des complicités criminelles et même au crime.

Tous ceux-là n'ont pas eu la vocation médicale. La véritable vocation, telle que l'entend le Professeur Hermann, consiste dans l'amour de la profession, le feu sacré, tout au moins le désir ardent d'exercer la médecine. Elle exige du praticien la conscience, le dévouement, le désintéressement, le don de soi-même. Il est un adage, souvent cité avec plus ou moins d'ironie dans les milieux médicaux : « Pour réussir dans l'exercice de la médecine, il faut savoir, mais surtout savoir faire et faire savoir ». Ceux qui adoptent cette ligne de conduite sont indignes et on ne peut les classer parmi les vrais médecins.

M. Castaigne fait remarquer à juste titre que la vocation médicale apparaît surtout dans les familles de médecins. Nombreux sont les confrères dont les enfants font des études médicales et font généralement de bons médecins au sens le plus absolu du mot. Il cite parmi les plus distingués, la dynastie des Richet, des Gouraud ; il pourrait se citer lui-même, et y ajouter la dynastie des d'Arsonval. Nos lecteurs savent que parmi eux et parmi nous, nombreux sont les membres de familles qui comptent plusieurs médecins. Il termine en faisant remarquer l'influence des mères sur le développement de la vocation médicale chez leurs enfants et fait appel au bon cœur de ses élèves qu'il croit pour la plupart doués de la vocation pour venir fraternellement en aide aux réfugiés.

***

Au cours de notre longue carrière que nous avons abordée par vocation, car nous sommes fils, neveu, gendre de médecins praticiens et avons eu deux beaux-frères médecins praticiens, nous avons fait cette constatation consolante, c'est que beaucoup de nos confrères qui s'étaient faits médecins sans aucune vocation, pour gagner leur vie dans une profession qu'ils considéraient comme l'équivalent d'une autre, prenaient en exerçant conscience de la noblesse de leur mission et, au bout de quelques années, après quelques épreuves, devenaient des praticiens dévoués, désintéressés, consciencieux, qu'on pouvait citer en exemple. Aussi nous pouvons conclure que dans le Corps médical ceux qui ont eu la vocation forment une élite, un ferment, et que leur influence et leur exemple doivent influencer beaucoup le milieu médical, qui, malgré quelques tristes défaillances surtout observées chez des déracinés venus de loin, est resté et restera un des éléments les plus sains de la nation française.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

LES INJECTIONS INTRA-ARTÉRIELLES DANS LES GRANDES INFECTIONS CHIRURGICALES DES MEMBRES

Par le Professeur Mériel (de Toulouse) (1)

« Il est extrêmement difficile, écrivait Leriche en 1926, de traiter une septicémie chirurgicale. Cela tient à ce que nous connaissons mal ce type d'infection, à ce que nous n'avons pas de moyen d'action bien sûr à lui opposer, ni par rapport au foyer d'inoculation du sang, ni par rapport à la culture microbienne qui se fait consécutivement dans la circulation même. » Actuellement, on peut dire, avec un peu moins de pessimisme, que les données du problème thérapeutique se sont heureusement modifiées. Si l'antisepsie générale par la chimiothérapie est encore à utiliser sous forme d'injections de composés d'urotropine ou de sulfamidés particulièrement actifs contre les streptocoques, sans lui accorder toutefois une confiance absolue, par contre, nous disposons depuis quelques mois d'un mode d'action bien plus efficace, puisqu'il porte l'agent antiseptique directement dans le système circulatoire. Il s'agit là d'une variante générale de cette « chirurgie infusoire » si bien dénommée au XVIII[e] siècle, qui consiste à injecter non plus seulement dans la veine principale d'un membre, mais dans le tronc artériel lui-même, l'antiseptique particulièrement approprié, d'où il diffuse rapidement son action. Cette méthode a été encore peu utilisée, au moins en France ; elle est pourtant à conseiller, si on examine objectivement les résultats publiés un peu partout.

Alors que la vie du malade, ou tout au moins le membre atteint, étaient de plus en plus compromis, on a vu, par injection antiseptique intra-artérielle, cette situation s'améliorer très rapidement et procurer ainsi des sacrifices plus économiques d'un membre menacé, voire même sauver l'existence du sujet. De pareils succès méritent donc toute notre attention et doivent nous engager à faire plus souvent à l'avenir l'essai loyal de la méthode.

C'est dans cet esprit que j'ai fait pratiquer, dans mon service, il y a quelques mois, par mon chef de clinique le Docteur A. Baudet, une injection dans l'artère fémorale d'un grand blessé de la guerre civile espagnole, dont la vie fut, à un moment, sérieusement menacée par un état septicémique d'un de ses membres inférieurs largement blessé. L'heureux effet fut si immédiat après l'échec de toutes les autres thérapeutiques anti-infectieuses qu'on ne peut véritablement lui contester le mérite d'un succès.

J. B., 18 ans, milicien espagnol, est entré dans mon service le 9 août 1938 pour une ostéite fistulisée du tiers supérieur de la jambe gauche, suite d'une large blessure par éclat d'obus reçue pendant les derniers mois de la guerre civile à Barcelone. Il avait déjà été amputé de la cuisse droite au tiers inférieur, pour une lésion, semble-t-il analogue, au cours d'un séjour dans un hôpital espagnol. Il entra dans le service, le membre gauche emballé dans un grand appareil plâtré, selon la technique actuelle des chirurgiens espagnols. Cet appareil plâtré malpropre et mal odorant fut enlevé aussitôt pour se rendre compte de l'état de la blessure. D'ailleurs, la fièvre et le mauvais état général constituaient autant d'indications à procéder sans délai au déplâtrage du membre. La blessure, due à un éclat d'obus d'assez gros volume probablement, avait intéressé la région tibio-fémorale interne, avec atteinte de l'articulation. Cette région apparut alors rouge sombre, œdématiée, douloureuse. Elle présentait une plaie d'aspect irrégulier, dont le fond était creusé de deux ou trois anfractuosités, dans lesquelles le stylet arrivait facilement à un contact osseux. Ces anfractuosités existaient surtout au niveau du plateau tibial interne, le creux poplité et le mollet étaient le siège de larges fusées purulentes qu'il fallut ouvrir et drainer sans attendre.

L'articulation, dès l'ablation de l'appareil plâtré, se mit tout de suite en demi-flexion irréductible. Toute ébauche de mouvement du genou arrachait des cris au patient. Les jours suivants, tandis qu'on s'appliquait à relever l'état général par du sérum sous-cutané et une médication interne, la région du genou était soumise à une instillation continue au Dakin, grâce à de petits drains introduits tant dans les anfractuosités osseuses que dans les orifices pratiqués à la jambe et au creux poplité. En même temps, par l'extension continue, grâce à la transfixion malléolaire par une broche, on luttait contre l'attitude vicieuse du genou en flexion. Il fallait, en effet, faire tout le possible pour obtenir une ankylose en rectitude, si on parvenait à sauver le membre, car la question d'une amputation de cuisse, chez un sujet jeune et déjà privé de l'autre membre inférieur, était une ultime éventualité, que je m'efforçais d'éloigner et d'éviter, si possible. Pendant trois mois, les alternatives d'amélioration générale ou locale et d'aggravation nouvelle rendaient véritablement à ce point

(1) Leçon clinique faite le 15 novembre 1939 à l'Hôtel-Dieu (dernière leçon).

de vue le pronostic angoissant. Localement, tous les débridements de parties molles, les évidements osseux pratiqués à la demande des lésions, la médication anti-infectieuse interne ou externe, voire même deux petites transfusions sanguines, retardaient l'aggravation de la situation, mais ne l'écartaient pas.

C'est à ce moment critique pour l'avenir du blessé, dont l'état déclinait à vue d'œil (anorexie, diarrhée, albuminurie, insomnies) que nous eûmes l'idée de recourir aux injections intra-artérielles de mercurochrome. Le défaut d'approvisionnement de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu m'obligea à me faire céder par un autre service, mieux pourvu, une petite quantité de solution de mercurochrôme à 1 %. Mon chef de clinique le Docteur Baudet, sous anesthésie locale, et à travers une incision pratiquée dans le triangle de Scarpa, fit une première injection de 10 c. c. de cette solution dans l'artère fémorale. La plaie fut partiellement refermée, de façon à la réouvrir si c'était nécessaire pour une injection ultérieure. Je dois dire que l'injection ne provoqua pas de douleur et ne détermina pas d'hémorragie inquiétante. La réaction thermique fut presque immédiate, mais ne dura pas. Par contre, nous remarquâmes très vite une heureuse influence sur l'état général et sur l'état local du membre. Une seule injection — fait remarquable — avait donc suffi à changer manifestement la situation. Très vite, en effet, les phénomènes infectieux, tant généraux que locaux, rétrocédèrent ; la température se rapprocha de la normale. Les pansements antiseptiques furent continués. L'infiltration œdémateuse du genou disparut progressivement et les anfractuosités tibiales elles-mêmes eurent une tendance très nette à se combler. La partie sembla donc gagnée, et ce ne fut plus maintenant que l'affaire d'un mois pour assister à la cicatrisation de cette vaste plaie tibiale, ainsi qu'au rétablissement de la santé générale du sujet. Quand je quitterai le service fin novembre 1939, c'est donc un malade convalescent, après quatorze mois de soins et d'alternatives diverses, que je lèguerai à mon successeur.

J'ai appris depuis qu'il a quitté l'hôpital entièrement guéri, pour rejoindre ses compatriotes dans un camp de concentration.

Telle est l'histoire résumée de ce blessé en proie à une grave infection du membre inférieur, qui a mis un instant sa vie en danger, et qui doit certainement à l'injection intra-artérielle la guérison qui sembla un instant ne plus être espérée.

L'évolution sévère des accidents infectieux, en dépit de tous nos efforts jusque-là, nous avait amenés à essayer chez notre malade une technique récente, dont les journaux et les Congrès avaient fait connaître les heureux effets. Sans doute, Parlavecchio avait-il en 1899 publié les bons résultats qu'il avait obtenus dans le traitement des affections graves des membres, en injectant des solutions antiseptiques dans l'artère humérale ou dans l'artère fémorale. Ce n'était, il est vrai, qu'une application moderne de l'injection intra-artérielle médicamenteuse faite en 1665 par Matagliotti (de Mantoue). En outre, des antiseptiques et des sérums spécifiques avaient aussi été injectés dans les artères par Goyanès, Oppel, Ranschoff, Vignéra, Otz ; Leriche, dès 1913, avait aussi injecté dans la carotide du sérum antitétanique. Paul et Jean Fiolle conseillaient d'injecter par la voie artérielle de l'oxygène pour combattre la gangrène gazeuse. Le principe de l'injection médicamenteuse intra-artérielle était donc posé, et ces essais s'étaient avérés encourageants.

Toutefois, les applications en demeurèrent assez discrètes jusqu'à ces dernières années. Il aura fallu l'emploi généralisé de l'artériographie, imaginée par Sicard, pour ramener l'attention sur l'idée, peu exploitée encore, d'utiliser l'artère principale qui irrigue la région où se trouve le point infectieux. Mais ici comme ailleurs, cette nouvelle méthode un peu empiriquement employée au début, a provoqué des déconvenues qui l'ont fait rentrer dans l'oubli. Sans parler de la difficulté d'interprétation des images, la solution employée (le thorostrat notamment), qui s'est peu à peu substitué au lipiodol et à l'iodure de sodium, a présenté ultérieurement des inconvénients par son accumulation dans le système réticulo-endothélial, ainsi que des dangers par ses effets de radiothérapie secondaire. Les accidents seraient dus à une vaso-constriction exagérée, d'où le conseil d'explorer préalablement cette vaso-constriction par l'intra-dermo-réaction à l'adrénaline (L. Bazy). Si l'injection de 1 à 2 gouttes d'adrénaline au un millième dans le derme produit une plaque livide persistante, cela dénote chez le sujet une sensibilité vaso-motrice importante, contre-indiquant toute manœuvre intra-artérielle, « faute de quoi on risque d'avoir des accidents ». Cette judicieuse remarque semble s'appliquer plus spécialement aux arthrites provoquant la gangrène d'un membre ; il sera cependant prudent d'en tenir compte avant de pratiquer une injection artérielle dans une infection staphylococcique d'un membre par exemple, comme dans le cas de notre malade.

Ces erreurs d'application, ces excès peut-être même, doivent-ils faire renoncer à une méthode thérapeutique que la logique admet en principe, et que de nombreux succès dans des mains prudentes et habiles ont justifiée ? Depuis 1929, Leriche l'a employée d'une façon constante : « Il n'est presque pas de jour, dit-il, qu'il ne fasse deux ou trois injections intra-artérielles ». De Fourmestraux et Maurice Frédet l'ont adoptée également comme pratique courante (300 cas à l'Hôpital de Chartres) (1). Ces derniers le font même à titre prophylactique dans les plaies de la route, les traumatismes agricoles avec plaies souillées de terre et plus ou moins dilacérées et contuses, fractures ouvertes et traumatismes articulaires « où la toilette chirurgicale de la plaie fut réalisée suivant les règles normales, mais où dans un deuxième temps, une injection de mercu-

(1) Actuellement J. de Fourmestraux et M. Fredet ont fait 500 injections soit avec le mercurochrome à 2 p. 100, soit des sérums antitoxiques. *Acad. de chir.*, 15 décembre 1940.

rochrome fut faite avec stase dans l'aire vasculaire proximale ». En tout cas, l'action prophylactique a été indéniable.

Lamas (de Lisbonne) et Silvéra Ramos ont fait plus de 120 injections intra-artérielles, pour simplifier ou préparer l'action chirurgicale.

Luccarelli (de Mantoue), Huet et Bargeton, Goinard ont, à leur tour, constaté les mêmes effets heureux de l'injection intra-artérielle pour juguler des infections graves des membres. Ce sont là, vous en conviendrez, de suffisantes références pour justifier l'emploi que nous avons fait de cette méthode dans le cas du jeune espagnol, dont nous avions à sauver la jambe — et peut-être la vie. La véritable résurrection qui a suivi l'injection n'a pas manqué de vous frapper et de vous encourager à l'occasion, quelque jour, à la prescrire avec conviction et sans aucune appréhension. La technique employée présente quelques particularités à retenir.

Les substances injectées ont été la gonacrine, l'argent colloïdal, le violet de gentiane et enfin le mercurochrome. Ces trois dernières sont les seules employées actuellement.

Le violet de gentiane est utilisé suivant deux formules ; celle de Goinard est une solution alcoolique « violet de gentiane, 1 gramme ; alcool à 95°, 10 grammes, dans 100 grammes d'eau » ; celle de Lucarelli comprend 16 centigrammes de violet de gentiane, 5 centigrammes de phénol ; 2 milligr. de sulfate neutre d'atropine dans 10 grammes d'eau bidistillée.

Cette solution est connue sous le nom de *Salvakra.* Luccarelli injecte 6 c. c. de Salvakra dans les infections et gangrènes du membre inférieur ; 10 c. c. de cette solution suffisent à juguler l'infection au point de limiter économiquement l'amputation du membre.

Dans les trois cas qu'il a rapportés, Goinard a injecté moins de 10 c. c. dans la fémorale et moins de 5 c. c. dans l'humérale (au pli du coude). L'alcool facilite la dissolution du violet de gentiane, le violet rend visible le territoire infiltré par la solution. En effet, celle-ci prend une teinte livide caractéristique. « Est-ce le violet de gentiane qui est l'antiseptique actif ou plutôt l'alcool qui agit sur le membre comme il le fait dans l'injection intra-veineuse pour les abcès pulmonaires », se demande Goinard ? A cela on pourrait répondre qu'il n'y a pas d'alcool dans la solution de Luccarelli, et que c'est l'action du violet de gentiane seul, avec d'autres substances composantes (phénol) qui doit agir antiseptiquement.

Le violet de gentiane n'est d'ailleurs pas indispensable, puisque avec la solution de mercurochrome à 1 % adoptée par Leriche, on obtient les mêmes effets. Cette solution sera injectée selon les cas, à la dose de 5 à 20 c. c. Simon et Filhoulaud (avril 1940) ont employé avec succès la solution à 2 %. Une seule injection suffit. De même dans le cas de Lamas, pour pelvi-péritonite où il vit rétrocéder les signes de pelvi-métrite et de réaction péritonéale en six jours. Notre cas semble pouvoir s'apparenter à celui qui précède : on pourra toutefois renouveler cette injection, comme Lamas qui, dans un abcès sous-phrénique, fit deux injections de 2 c. c. chacune de la solution à 4 % dans l'aorte abdominale.

La solution de mercurochrome, d'après les auteurs, paraît la plus facile à manier. Huet et Bargeton, au cours de recherches expérimentales, ont pu constater que les solutions hypotoniques sont infiniment moins nocives que les solutions hypertoniques. Aussi la solution de mercurochrome à 1 ou 2 %, qui est hypotonique, peut-elle être employée sans inconvénients graves.

Bien qu'il soit excessif d'opposer l'un à l'autre le mercurochrome et le violet de gentiane, attendu qu'ils ont chacun de nombreux succès à leur actif et que les réserves faites par Huet et Bargeton soient du domaine expérimental, on ne peut s'empêcher d'accorder une préférence pour le mercurochrome. Nous en avons obtenu satisfaction (est-ce peut-être pour cela ?) mais à l'avenir, c'est encore à lui que nous demanderions des résultats aussi favorables. Leurs effets sont d'ailleurs comparables. Leriche a peu à peu abandonné le violet de gentiane, parce que le mercurochrome lui a semblé plus actif. Celui-ci, dit-il, « me paraît être l'antiseptique idéal. Par voie intra-veineuse, il a quelques inconvénients (diarrhée rougeâtre, albuminurie), par voie intra-artérielle je n'ai rien vu de tel, même lorsque les malades en ont reçu tous les jours, pendant une ou deux semaines ». Par cette voie, il l'a utilisé dans l'arthrite blennorragique, les arthrites suppurées du genou et du coude et des phlegmons diffus, dans des lymphangites, dans des gangrènes infectées et dans des états septicémiques. Il le considère donc comme un produit d'usage courant très commode, parce que non irritant.

Cette injection intra-artérielle n'est pas d'une exécution difficile. Une aiguille droite, fine, du calibre des sous-conjonctivales et des sous-cutanées, dit Goinard, assez courte, à biseau court est adaptée à une seringue de 5 c. c. pour le membre supérieur, de 10 c. c. pour l'inférieur. Pour la fémorale, le point d'élection se trouve juste au-dessous de l'arcade et pour l'humérale au pli du coude. L'injection peut se faire soit par ponction trans-cutanée, soit dans l'incision de découverte de l'artère sous-anesthésie locale. Pour la ponction trans-cutanée, il faut immobiliser l'artère repérée entre le pouce et l'index gauche. L'aiguille est enfoncée obliquement et lentement pour ne pas traverser de part en part le vaisseau artériel. La ponction à travers une incision pour la découverte de l'artère doit être réservée aux sujets gras ou chez lesquels il existe au niveau du

triangle de Scarpa, une masse ganglionnaire gênante. Dans notre cas, il y avait de l'adénite avec péri-adénite du fait de la lésion inférieure du membre. C'est à cette dernière technique que mon assistant s'est adressé.

Quand on pense que l'injection doit être répétée, M. Fredet conseille, après la première injection faite par incision cutanée, de laisser au contact du vaisseau une petite mèche de gaze, qui permettra de le retrouver.

Dans l'injection intra-iliaque, intra-axillaire ou intra-carotidienne, il est évident qu'il ne saurait être question d'une ponction transcutanée, et que l'injection ne pourra se faire qu'à la faveur d'une incision comme pour découverte régulière de l'artère. C'est donc une véritable opération chirurgicale.

Après l'injection, le malade ressent une sensation de brûlure ou de crampe, puis de prurit intense. Sensations pénibles qui s'apaisent vite, pour faire place à un soulagement assez prolongé. En même temps, le membre devient violet si on a employé le violet de gentiane, ou rosé par plaques si on a injecté le mercurochrome. Cette coloration peut rester localisée au membre intéressé ou se généraliser à tout le corps. Généralisée, Fourmestraux et Fredet l'ont observée trois fois chez des malades où le taux d'urée sérique allait de 0,64 à 0,75, ce qui témoignait d'un degré réel d'imperméabilité rénale. Quand la coloration reste localisée, elle dure peu, deux ou trois heures environ, puis s'atténue. Le lendemain, il n'en reste plus trace. Dès l'injection, l'indice oscillométrique diminue. C'est, remarque Goinard, une réduction de moitié tout comme après une sympathectomie péri-artérielle et aussi, comme après celle-ci, l'indice dépasse largement le chiffre initial pour s'amplifier les jours suivants. Mais cette dilatation se prolonge moins qu'après une sympathectomie et ne dure que huit jours. Ces réactions seraient plus longues que la première fois dans le cas d'une injection itérative, mais, étant donné le danger probable pour l'endartère, on ne renouvellera guère ces injections artérielles antiseptiques.

Les indications de cette endartériothérapie sont multiples. Nous avons cité les grandes infections des membres, où, comme notre observation en fut un frappant témoignage, l'infection semble rapidement jugulée dès l'injection intra-artérielle. Cette méthode, qui porte au contact des lésions l'antiseptique choisi et, de ce fait, permet de limiter l'importance d'une amputation voire même de l'éluder, est véritablement remarquable, et mérite d'être propagée. Patel et Moiroud (1938) concluent que les phlegmons consécutifs à des plaies infectées, particulièrement celles de la main, des arthrites suppurées, des ostéomyélites localisées sur un seul os, paraissent devoir bénéficier de l'artériothérapie. Même dans les ostéomyélites aiguës, Fredet et Valério la considèrent comme un bon adjuvant de l'acte chirurgical dont elle limite l'étendue.

Aussi en a-t-on proposé l'emploi à l'infection tétanique. On souhaite même voir préférer la voie artérielle à la voie veineuse dans la transfusion séreuse après le sérum artificiel de Ringer ou de Locke. Pourquoi, en effet, ne pas injecter par cette voie l'acécholyne chez les artéritiques dans les cas de gangrène évolutive ? de Fourmestraux (1) a traité ainsi avec succès par le mercurochrome une gangrène humide des membres inférieurs.

Toutes les suggestions sont donc permises à ceux qui voudront s'engager dans cette voie nouvelle, où les succès dépassent largement quelques incidents, dont deux se sont terminés même par la mort.

Devant ces succès surprenants de l'artériothérapie dans des situations désespérées de toxinhémie, la question qui se pose naturellement est le mode d'action de cette thérapeutique. Est-ce une action antitoxique locale analogue à celle que Roux recherche par l'injection de sérum antitétanique dans le tissu cérébral après trépano-ponction ? Ou bien, une action directe s'exerce-t-elle sur l'innervation vasculaire ?

L'injection artérielle aurait, d'après Leriche, le même effet, mais plus prolongé, que ceux d'une sympathectomie. Ces faits sont troublants, comme le dit de Fourmestraux, et le mécanisme complexe n'est pas encore élucidé. Ce qui est certain, c'est qu'il ne faut pas compter sur cette injection pour stériliser complètement une plaie, autrement dit *elle ne doit pas dispenser de la toilette chirurgicale de la plaie*, telle qu'elle résulte des enseignements de la grande guerre. Cette injection artérielle vient ajouter ses effets à la désinfection locale du foyer ; il y a là cependant une marge d'efficacité, qui vaut la peine d'être utilisée largement dans le traitement des grandes affections chirurgicales. Grâce à ses limitations de l'infection, elle permettra de réduire économiquement, comme je l'ai déjà montré, l'exérèse chirurgicale. Cette action importante mérite d'être soulignée.

En somme, vous conviendrez sans peine que, par l'artériothérapie, nous sommes maintenant en possession d'un puissant moyen d'action antiseptique pour des lésions infectieuses des membres et dont le pronostic se trouve, par suite, considérablement amélioré, si bien qu'on pourrait en terminant rappeler ici le mot de Broca pour les ostéomyélites aiguës :

« J'en ai vu mourir que j'aurais cru bénignes et guérir que je croyais désespérées ».

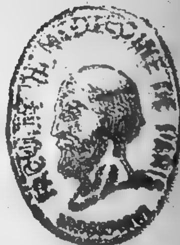
---

(1) DE FOURMESTRAUX. — Acad. de chir., 8 novembre 1939 et J.-P. DE FOURMESTRAUX. — La voie artérielle en chirurgie. Thèse de Paris, 1939.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

du rôle possible des disques lombo-sacrés dans la sciatique, dite banale

D'après les travaux du Docteur S. DE SÈZE (1) et ceux du Docteur M. GAUCHER (2)



❖ ❖ ❖

LES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES HABITUELLEMENT INVOQUÉS

I. *Rhumatisme.* — II. *Age.* — III. *Traumatisme*

I. Entre le rhumatisme chronique et la sciatique, dite «rhumatismale», n'existe aucun rapport étiologique précis. Les rhumatisants ne sont pas plus souvent atteints de sciatique que les autres sujets, et les sciatalgiques ne deviennent ni plus, ni moins souvent des rhumatisants chroniques que les sujets normaux. Le fait que les douleurs de la sciatique sont réveillées, comme les douleurs rhumatismales, par les changements de temps le froid, l'humidité, n'est pas un argument valable en faveur de l'origine rhumatismale de la sciatique ; car cette sensibilité aux variations climatiques et hygrométriques est commune à quantité de processus algiques de nature très différente. Cette influence néfaste du froid et de l'humidité est notée précisément par Barr chez les malades atteints de sciatiques dues à des compressions par hernies discales, alors que celles-ci ont été vérifiées opératoirement.

II. Tandis que le rhumatisme chronique n'est pas inconnu chez l'enfant ou l'adolescent, et qu'il est même banal chez le vieillard, on constate une électivité de la sciatique pour l'adulte encore jeune ; relativement fréquente avant 30 ans, elle atteint son maximum de fréquence entre 35 et 45 ans. Invoquer, comme cause habituelle de la sciatique, une arthrite du trou de conjugaison chez l'adulte ne semble donc pas correspondre à la généralité des cas.

III. Par contre, d'après une statistique de S, de Sèze, le traumatisme intervient dans une proportion de 84 p. 100 à l'origine de la sciatique, et encore faut-il tenir compte, en outre, des traumatismes légers, qui ont pu passer inaperçus. Les statistiques chirurgicales nous apprennent, en effet, que même dans les hernies discales les plus authentiques, vérifiées opératoirement, la notion du traumatisme initial échappe assez fréquemment à l'interrogatoire.

A vrai dire, en effet, il ne s'agit pas toujours d'un traumatisme grave, violent ; mais parfois seulement de traumatismes légers (effort en jouant au golf, au tennis), répétés, qu'on pourrait désigner sur le nom de surmenage microtraumatique de la statique lombo-sacrée. L'effort considérable pour soulever un poids très lourd, avec douleur violente, type « tour de reins », avec sensation de craquement dans la colonne lombaire et impotence immédiate, est chose moins fréquente. C'est seulement dans un second temps, et parfois alors que le lumbago est guéri, que la douleur « descend dans la fesse et dans la jambe », c'est-à-dire que la sciatique apparaît.

Le lien, qui unit le traumatisme à la sciatique est ainsi peu perceptible au premier abord, et il peut être tout à fait méconnu. Ainsi on comprendra pourquoi cette fréquence de l'origine traumatique des sciatiques a pu échapper à l'attention de beaucoup de médecins.

Comme conclusion, il semble que le traumatisme soit à l'origine, immédiate ou plus souvent retardée, d'un certain nombre de sciatiques. Quant à l'effet anatomique du traumatisme, la nature très spéciale de celui-ci (acte de se redresser en soulevant un poids lourd, quelquefois chute en position assise d'un sujet lourdement chargé), il constitue un très gros argument en faveur de l'origine discale de la sciatique dite « banale ». D'autre part, la plus grande fréquence de celle-ci chez l'adulte concorde également avec ce que l'on sait de la vitalité même du disque intervertébral ; sa sénilité histologique (formation non vascularisée) commence, en effet,

(1) Sciatique « banale » et disques lombo-sacrés. (*La Presse Médicale*, 8 juin 1940).

(2) La hernie postérieure du disque intervertébral. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 et 16 novembre 1940).

très tôt, et dès l'âge de 30 à 35 ans, les sévices qu'il a pu supporter jusque-là sans dommage vont l'exposer désormais à des altérations sérieuses, écrasement ou rupture, éminemment dangereuses pour les racines sciatiques. « L'adulte de 35 à 45 ans mène une vie de jeune homme avec un disque déjà sénile ou sénescent ; ainsi s'explique la prédilection pour l'âge moyen de la vie.

Enfin, si la sciatique est rare chez les vieillards, c'est que, par leur âge même, ils sont soustraits à la plupart des causes d'écrasement et de distorsion des articulations lombo-sacrées.

La charnière lombo-sacrée antérieure, point faible de la charpente humaine

L'origine discale étant admise pour un grand nombre des sciatiques, dites banales, il convient de préciser quel peut être, en pareille occurence, le point délicat de la colonne vertébrale.

Les recherches entreprises montrent que c'est la charnière lombo-sacrée antérieure, constituée par les disques L4-L5 et L5-S1, qui constitue le point faible de la charpente humaine. Or, ce sont les deux premières racines du sciatique qui, en raison de leurs rapports topographiques avec les deux derniers disques intervertébraux, occupent une position anatomique dangereuse.

La « marge de sécurité », qui sépare chaque individu de la sciatique, est variable selon toute une série de conditions d'âge, de métier, de conformation sacro-vertébrale, squelettique et musculaire. Les individus jeunes, bien musclés et entraînés à l'effort, s'ils sont dotés par surcroît d'une charnière lombo-sacrée bien construite, sont relativement peu exposés à la sciatique. Chez de tels sujets, il faudra presque toujours un traumatisme sérieux ou un effort très violent pour entraîner une sciatique. Tout au contraire, le quadragénaire sédentaire, le petit obèse à paroi abdominale relâchée qui rétablit sa statique par une cambrure lombaire excessive, et tous les sujets, dont la charnière lombo-sacrée présente un vice de construction quelconque (angulation sacro-lombaire excessive, lombalisation, sacralisation, etc.), sont candidats prédisposés à la sciatique, qui pourra survenir chez eux à l'occasion d'une cause minime, comme un banal redressement du tronc.

De toutes les conditions, qui protègent l'homme debout contre le risque de sciatique, le plus important est la qualité de sa musculature abdominale. La multiplication évidente des cas de lumbagos et de sciatiques, à laquelle nous assistons, est peut-être due au progrès d'une civilisation de confort, qui multiplie les facteurs de déchéance plastique et musculaire. Il y aura peut-être moins de sciatique, quand il y aura moins de ventres relâchés, quand chaque homme sera muni de son lombostat naturel, c'est-à-dire d'un ventre plat, fort et musclé.

A condition d'exiger des radiographies parfaites, prises sous l'incidence convenable, on trouvera souvent, sur les radiographies des malades atteints de sciatique essentielle, un aspect irrégulier et un pincement des interlignes correspondant aux disques L4-L5 et L5-S1. Et cependant, les hernies méniscales postérieures, sont très souvent invisibles à la radiographie (Alajouanine et Petit-Dutaillis, Maurie, Glorieux, etc.).

Quelques remarques cliniques sur la sciatique discale

Il est assez rare que dans l'histoire d'une sciatique on ne retrouve pas, à un moment quelconque, la notion d'une lombalgie, d'un tour de reins, d'un lumbago. Le lumbago correspond à la douleur locale, c'est le signe de l'entorse, de la distorsion ou de la déchirure méniscale. La sciatique, c'est la douleur irradiée, traduisant l'atteinte des racines supérieures du sciatique par le disque lésé. Ces deux temps peuvent se suivre immédiatement, comme aussi être séparés par un intervalle assez long, quelques semaines, quelques mois, 6 ans (Crouzon), 7 ans (Glorieux).

La douleur spontanée dans la sciatique discale est toujours aggravée par la station debout, et aussi par la marche, pour peu qu'elle soit prolongée. Elle est souvent aggravée par la station assise prolongée. Beaucoup de sciatalgiques, enfin, disent qu'ils ne peuvent pas supporter la position couchée ; mais il s'agit essentiellement de la position couchée à plat sur le dos et de la position couchée à plat sur le ventre. Au contraire, le décubitus latéral en chien de fusil est habituellement mieux supporté, mais pour un certain temps seulement ; si le malade essaie ensuite de se retourner, sa douleur est exaspérée ; c'est ainsi que certains sciatalgiques sont amenés à passer la nuit ou une partie de la nuit à marcher de long en large dans la chambre.

Or, dans la sciatique, dite rhumatismale, aucune élongation du nerf sciatique ne s'exerce dans ces différentes positions, alors que celles-ci mettent en mouvement la charnière lombo-sacrée, représentée par les deux derniers disques lombaires. La flexion forcée tend à provoquer ou à accentuer la rétropulsion du disque. L'hyperextension, l'influence latérale vers le côté malade,

tendent à provoquer le pincement du disque dans sa partie postéro-latérale herniée. Ces douleurs d'attitude ne proviennent d'ailleurs pas des articulations apophysaires vertébrales postérieures.

Une seule position apporte au sciatalgique un soulagement durable, mais cette position n'est pas instinctive, il faut l'enseigner au malade : c'est la position de décubitus dorsal en position de « surrepos », les jambes fléchies, reposant sur un gros traversin posé sous les jarrets, la tête et les épaules soulevées par des oreillers, de façon à placer la colonne vertébrale en cyphose modérée, pour amener la colonne lombaire en relâchement musculaire complet, et à diminuer la pression exercée sur les disques, en laissant bailler en arrière les espaces intervertébraux, L4-L5 et L5-S1. Cette position soulage presque toujours le malade d'une façon rapide et durable ; elle suffit dans beaucoup de cas à amener la guérison complète de sciatiques même rebelles, car elle permet la réduction presque spontanée de la hernie discale, et place le disque malade dans les conditions anatomiques les plus favorables à sa guérison.

Evolution et traitement de la sciatique commune, dite essentielle ou primitive

Tout sciatalgique, à quelque période de son évolution qu'on l'observe, doit être mis d'abord au repos complet en bonne position. Celle-ci doit être celle du « surrepos », qui est décrite plus haut, et qui pendant quelques heures doit être maintenue dans la plus stricte immobilité, afin de procurer un soulagement.

Le malade étant au repos, on pratique tous les trois ou quatre jours, au bord latéral de L4 et de L5 (injections paravertébrales) quelques injections locales d'un produit, dont l'action anesthésiante se double de l'*action antalgique de l'iode et du soufre* (thiodocaïne).

Dès lors, selon le résultat obtenu, on voit les cas se répartir sur une échelle de gravité, qui est la suivante :

a) Au moindre degré, se placent, les *sciatiques simples*, qui guérissent facilement par huit à quinze jours de repos, associés aux injections locales, et dont la guérison est solide.

b) A l'échelon au-dessus, ce sont les cas de sciatiques, qui guérissent par le repos, mais qui récidivent par la suite, soit sans cause apparente, soit à l'occasion de la marche ou de l'effort. Ce sont les *sciatiques récidivantes*. Le processus paraît alors comparable à une sorte d'entorse récidivante du disque.

c) Au troisième échelon, viennent les sciatiques plus sévères, dans lesquelles les douleurs, après s'être seulement atténuées par le repos, se reproduisent avec la même intensité, dès que le malade se lève et marche, et cela pendant des mois et des années : véritables *sciatiques chroniques*, allant de pair, le plus souvent, avec des attitudes vicieuses antalgiques invétérées. Ces cas correspondent à une hernie discale plus importante, que la pression du corps suffit à repousser en arrière jusqu'au contact des racines nerveuses du sciatique.

d) Tout en haut de cette échelle de gravité, se situent les sciatiques, dont la sévérité s'exprime non seulement par l'importance et la ténacité des douleurs, la persistance des attitudes vicieuses, mais par l'apparition progressive, à la longue, de signes de déficit grave dans le domaine des racines sacrées, non seulement déficit réflexe (abolition de l'achilléen) et sensitif (paresthésie, anesthésie), mais aussi déficit moteur (paralysie du pied). Ces cas, pour lesquels on pourrait proposer le nom de *sciatiques paralytiques* ou compliquées, correspondent à une hernie discale postérieure, à la fois volumineuse et irréductible, exerçant sur les racines L4 et L5 une compression intense, permanente et progressive. Ce sont les cas où les neuro-chirurgiens font actuellement le diagnostic de hernie méniscale, et qu'ils opèrent avec succès.

A ces quatre échelons de gravité évolutive, correspondent divers types de *traitement* :

a) Les sciatiques simples seront traitées par deux ou trois semaines de surrepos et par les injections locales, dont il a été question précédemment . On leur recommandera d'éviter pendant longtemps les efforts, les fardeaux, les marches prolongées. Les cures thermales à Aix-les-Bains, Dax, Bourbonne, Plombières, Chaudesaigues, etc., provoquent des modifications circulatoires locales, qui aident à consolider la guérison.

b) Les sciatiques rebelles, qui résistent au repos et les sciatiques récidivantes sont justiciables, d'un repos plus prolongé (plusieurs semaines), après lequel le malade est muni d'une ceinture orthopédique de correction et de soutien, type « lombostat », destinée à la fois à limiter les mouvements de la charnière lombo-sacrée et à corriger la tendance à l'hyperlordose lombaire. Cette ceinture a permis de rendre à la vie active un grand nombre de véritables infirmes, atteints de sciatique récidivante en voie de passage à l'état chronique, et dont l'activité avait été réduite à néant depuis des mois et des années.

c) Les cas plus graves encore, les sciatiques chroniques, avec déformations vertébrales antal-

giques invétérées, sont parfois justiciables, avant la pose du lombastat, d'une courte immobilisation plâtrée, précédée naturellement par un repos complet au lit, de deux à trois semaines. Dans certains cas même, il peut être utile de pratiquer, avant la pose du plâtre, des manœuvres de réduction manuelle. Celles-ci devront être prudentes : pas de manœuvres brusques de redressement forcé, telles que les pratiquent couramment les empiriques, qui pourraient amener soit une exagération durable des douleurs, soit même des accidents paralytiques. Cependant, il ne convient pas de nier les succès obtenus dans beaucoup de cas par des rebouteux habiles.

d) Quant aux cas plus graves (sciatiques rebelles à tous les traitements et sciatiques compliquées), ils sont justiciables de l'intervention chirurgicale. La greffe d'Albee, qui bloque la charnière lombo-sacrée, a pu donner des résultats durables. Mais l'opération la plus logique et la plus radicale est évidemment l'ablation du fragment discal compresseur, opération délicate de neurologie.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'on ne doit pas évidemment prétendre que toutes les sciatiques « banales », primitives en apparence, soient liées à une compression d'origine méniscale. Il est plus que probable que les mystérieux processus de l'inflammation « a frigore », qu'ils s'exercent sur le nerf lui-même ou sur les éléments ostéo-fibreux ou vasculaires du trou de conjugaison, restent responsables de certaines sciatiques d'apparence spontanée, survenant en dehors de tout effort et de tout traumatisme, et d'évolution rapidement curable. Personnellement, nous mentionnerons également certaines douleurs sciatiques, qui sont liées à une toxémie, sous la dépendance de quelque insuffisance hépatique.

Le Docteur de Sèze pense néanmoins qu'il faut attribuer à la hernie postérieure du disque intervertébral la responsabilité de toutes les sciatiques d'efforts, et de presque toutes les sciatiques graves, tenaces ou récidivantes ; en outre, cette lésion reste la cause la plus fréquente des sciatiques banales, primitives en apparence.

G. Fischer.

A PROPOS DES CRACHEURS SAINS DE BACILLES DE KOCH

D'après le Docteur Meersseman

Il s'agit d'une expectoration bacillifère chez des sujets ne présentant aucune manifestation pathologique apparente. Sur 349 militaires examinés, l'auteur a pu découvrir six expectorations bacillifères. Sur six cracheurs de bacilles, l'un a fait, dans les semaines qui ont suivi, une tuberculose cæcale associée à une scissurite droite. Des cinq autres, deux ont été suivis pendant un an et n'ont présenté rien de particulier ; les trois autres ont été observés pendant quatre ans, sans présenter le moindre incident pathologique ; les radiographies pulmonaires, périodiquement pratiquées durant ce laps de temps sont constamment demeurées normales ; tous les examens de crachats faits par la suite ont été négatifs. Chez ces cinq sujets, il y avait donc eu une élimination passagère, et généralement peu abondante de bacilles de Koch chez des sujets sains, suivant un processus qui aboutit à l'expulsion des bacilles sans constitution de lésions tuberculeuses.

Il n'est pas question ici de sujets, atteints de ce qu'on a dénommé la « tuberculose occulte à expectoration bacillifère », qui, eux, ne sont pas des sujets sains, au sens strict du mot, mais ont déjà présenté ou présenteront par la suite des accidents tuberculeux dans une proportion assez élevée (deux tiers, d'après une statistique). Au contraire, les sujets sains ont été découverts par une investigation systématique en milieu sain ; ils n'ont jamais, au cours d'une observation longtemps prolongée, présenté le moindre signe pathologique, ni clinique, ni radiologique ; ils ont continué à se comporter comme des sujets intégralement sains.

Quant à la partie pratique de cette notion des cracheurs sains de bacilles tuberculeux, la valeur de l'examen bactériologique des crachats doit demeurer entière, et doit entraîner normalement les conclusions, qu'entraîne toute bactériologie positive. Le diagnostic de cracheur sain ne saurait être accepté qu'après une observation rigoureuse, méticuleuse, prolongée et totalement négative en toutes ses parties. La seule conséquence essentielle de la notion de cracheurs sains tient dans les réserves, qu'il faut faire sur les décisions médico-légales, et en particulier les décisions d'invalidation et de pension, lorsqu'elles s'appuient sur l'unique critère d'une bacilloscopie positive (1).

G. F.

(1) Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 28 février 1941.

QUELQUES POINTS DE PATHOLOGIE HÉPATIQUE EN PÉDIATRIE

Par le Docteur Jean GODONNÈCHE

En pathologie hépatique, comme en toute pathologie digestive, pour établir un diagnostic, instituer une thérapeutique efficace, il faut recourir à une analyse minutieuse des symptômes, car leur étiologie, leur horaire, leur début, leur durée, leurs caractères, leur siège, leurs irradiations sont très variables. Aussi nous allons porter notre attention sur quelques points déterminés de pathologie hépatique en pédiatrie.

Étiologie des affections hépatiques

Nous étudierons le facteur héréditaire et le facteur acquis.

A) FACTEUR HÉRÉDITAIRE. — Depuis longtemps, on a insisté sur son importance, à tel point que Binet, de Vichy, a pu dire : « C'est toujours en regardant du côté des parents qu'il faut chercher à établir le diagnostic (de déficience hépatique), chez l'enfant » (1). L'hérédité est surtout maternelle, peut être parce que, chez la femme, le foie semble plus souvent touché que chez l'homme en raison du retentissement sur l'appareil digestif des manifestations de la vie génitale (menstruations, grossesses, ptoses génératrices d'auto-intoxications, etc.).

L'hérédité peut être *homologue* ou *hétérologue*, c'est-à-dire se traduisant, ou non, par des affections identiques chez les ascendants et les enfants. Il existe, par exemple, des familles de lithiasiques. Inversement, tel père ou telle mère lithiasique peut avoir un enfant migraineux, etc...

Cliniquement, l'hérédité peut se manifester :

a) *Comme suite d'infections chroniques classées : syphilis et tuberculose.* En ce qui concerne la tuberculose, il est vrai, on peut admettre ou non la possibilité d'une contamination intra-utérine, l'hérédité seulement de terrain, la contagiosité. Mais tous les praticiens de médecine générale savent parfaitement qu'il existe, en l'état actuel des choses, des familles de tuberculeux ;

b) L'hérédité peut encore jouer sur le terrain de cette diathèse imprécise, l'*arthritisme.* Les troubles d'instabilité humorale, qui la caractérisent, coïncident avec des troubles d'élaboration, dans lesquels le foie intervient d'une manière prépondérante.

L'arthritisme aux réactions vives, surtout celui des neuro-arthritiques, se manifeste dès les premières années de la vie. *Il y a des familles d'arthritiques au foie héréditairement atteint.*

B) FACTEUR ACQUIS. — On ne naît pas seulement arthritique, on le devient. L'enfant surmène son foie par des écarts de régime qualitatifs certes, mais aussi quantitatifs. Les effets de la suralimentation sont lents, insidieux, tardifs et réels. Parmi les troubles les plus visibles, il y a lieu de signaler ceux de la fonction adipogénique hépatique et tissulaire. Marcel Labbé, qui a particulièrement insisté sur ces faits, a pu écrire : « L'obésité est la plus fréquente et la plus simple de ces maladies, créées par l'éducation morbide donnée par les parents. Elle se retrouve chez tous les membres d'une même famille. L'obésité d'apparence héréditaire est la conséquence des habitudes de suralimentation et de sédentarité, qui sont imposées aux enfants dans les familles d'obèses et de gros mangeurs » (1).

Ajoutons que l'arthritisme, partant les troubles hépatiques, sont devenus de plus en plus fréquents dans ces dernières années. Ainsi que le fait remarquer Béthoux (2), des familles nouvelles sont arrivées à l'aisance, d'autres ont quitté la campagne pour la ville. La nourriture des unes et des autres, autrefois à peu près exclusivement végétarienne, est devenue beaucoup plus carnivore. Il n'est donc pas étonnant de trouver chez les enfants transplantés les « petits hépatiques inassimilateurs » de Mouriquand. Nourrissons, ils ont de l'inappétence, des régurgitations, des vomissements, des incidents digestifs variés. Dans la seconde enfance, ils ne supportent ni les œufs, ni le lait, ni les graisses ; ils sont anorexiques, sujets aux vomissements, aux poussées urticariennes, à l'asthme, etc. Ils n'engraissent pas et si aucune lésion rhino-pharyngée, pulmonaire, intestinale, urinaire n'est en cause, il faut soupçonner l'insuffisance hépatique. Tous ces troubles passent, quand ils reviennent à la campagne.

(1) BINET. — Hérédo-hépatisme et cures thermales. (Société d'hydrologie de Paris, 7 décembre 1936).

(1) Marcel LABBÉ. — Le facteur étiologique dans les maladies de la nutrition. (*Monde médical*, 1er mai 1936).

(2) BÉTHOUX. — Les enfants arthritiques. L'hérédo-arthritisme. (*Gazette médicale de* France, 15 mai 1929).



Séméiologie

Une première réflexion s'impose. *Les maladies définies et nettement déclarées du foie sont rares en pédiatrie* (Lereboullet et Saint-Girons). Ainsi en est-il des cirrhoses, des lithiases : cependant, ces dernières existent plus souvent qu'on ne le croit. Ce sont les crises aiguës et passagères, bénignes, vrais « faux pas du foie », apparaissant le plus souvent à la suite d'excès alimentaires, qui ont la symptomatologie la plus bruyante. Ce sont tantôt des indigestions banales, tantôt des vomissements acétonémiques, tantôt des crises hépatiques menstruelles chez les adolescentes, toutes manifestations qui ont une répétition plus ou moins espacée. Dans leur intervalle, l'état de l'enfant est à peu près normal.

Très souvent, par suite, à la consultation du médecin, *c'est le problème de l'insuffisance hépatique légère, à dépister, qui se pose.* Il n'y a aucun signe pathognomonique.

Très souvent aussi, même chez l'enfant, et Gutmann souligne le fait, l'insuffisance est liée à la cholécystite chronique, lithiasique ou non. Cette dernière évolue sous le masque de troubles dyspeptiques divers, qui obligent à un examen attentif jusqu'à la constatation de douleurs à périodicité courte avec leur localisation et leur irradiation.

Nous n'insisterons pas sur certains phénomènes respiratoires, comme l'asthme, ou certaines manifestations cutanées d'intolérance qui, de notoriété courante, ont pour point de départ fréquent un hépatisme à rechercher systématiquement. La peau possède, simultanément avec le foie, une fonction glycogénique. Une injection de glucose effectuée dans la veine afférente d'une patte d'un animal, enmagasinée dans la peau, ne se retrouve pas dans le sang de la veine efférente (expérience de Ludwig). Le prurit isolé, chez l'enfant, ne constitue pas une exception. L'expérience constante nous met en présence d'urticaire, d'eczéma, de prurigo strophulus.

Nous allons maintenant passer en revue quelques petits signes d'hépatisme infantile.

Anorexie. — En cas d'anorexie, il faut toujours penser à la possibilité de l'insuffisance hépatique, dont nous avons signalé les causes, notamment syphilitique, ainsi qu'hérédo-arthritique. Il faut effectuer la distinction d'avec l'anorexie mentale, cette dernière pouvant parfaitement exister chez le nourrisson.

L'inappétence des hépatiques est parfois bien supportée chez le nourrisson au sein jusqu'au moment du sevrage, où les choses se gâtent. Si le lait est donné dès le début, il peut y avoir précocement des troubles variés : vomissements, tympanisme, diarrhée ; le bébé reste maigre, hypotrophique (Béthoux). En ce qui concerne les enfants plus grands, l'anorexie peut être *générale* (les enfants n'aiment rien, ne mangent pas) ou *élective*, portant seulement sur certains aliments, surtout sur les graisses.

Epistaxis. — Leur fréquence est connue en pédiatrie. En général, elles sont peu abondantes, siègent à droite. Mais on doit bien en rechercher la cause hépatique. Tixier (1) remarque que chez le garçon, elles dépendent souvent d'une cause locale vasculaire, de la rupture de l'un des vaisseaux de la partie antéro-inférieure de la muqueuse qui recouvre la partie cartilagineuse de la cloison. Chez la fillette, il s'agit d'anomalies vasculo-sanguines, d'*hémogénies*, caractérisées, non comme l'hémophilie par l'absence de coagulation, mais par la prolongation du temps de saignement.

Troubles nerveux. — Ils sont nombreux chez les petits hépatiques. De même que chez les adultes, on note les vertiges, les bouffées vaso-congestives réflexes, la rougeur de la face, la somnolence après les repas. Il faut ajouter aussi de l'importance aux modifications du caractère ; l'enfant devient irritable, il perd l'attention et la mémoire, travaille moins bien. Le sommeil est troublé ; il y a des réveils avec cauchemars dans le cours de la nuit, de deux à quatre heures du matin. Il y a lieu de noter l'asthénie *matinale*, qui se dissipe ensuite dans le cours de la journée, à moins qu'elle ne laisse subsister une céphalée caractérisée par une simple lourdeur de tête ou une migraine véritable avec douleurs et nausées (Saint-Girons).

Amaigrissement, obésité. — En ce qui concerne l'embonpoint, il est deux catégories totalement différentes d'enfants hépatiques (2).

Les uns ont une assimilation si défectueuse qu'ils sont amaigris, avec les traits tirés, les yeux cernés, les conjonctives et le teint jaunâtres. Quelques-uns de ces derniers sont même déjà des ptosiques. N'a-t-on point constaté que la maigreur coïncidait souvent avec la ptose (léiasthénie de Loeper) ?

Mais d'autres sujets, nombreux, par suite des troubles du métabolisme des lipides, des hydrates de carbone, de l'eau, sont des *obèses*. Ces sujets présentent comme les précédents plusieurs des signes de l'hépatisme de Glénard.

Ainsi la même cause peut produire des résultats apparemment différents.

(1) Tixier. — Les épistaxis récidivantes chez les enfants. Diagnostic et traitement. (*Monde médical*, 1er octobre 1938).

(2) Godonnèche. — Les enfants trop gros et la cure arsenicale de La Bourboule. (*Le Courrier médical*, 10 janvier 1937).

Examen physique du foie. — Les procédés de palpation et de percussion n'ont qu'une valeur relative.

Chez l'enfant, en effet, le foie est proportionnellement plus développé que chez l'adulte (1/20e du poids du corps chez le nourrisson ; 1/40e chez l'adulte). Il remonte en haut jusqu'à la cinquième côte et, en bas, dépasse le rebord costal. *Aussi l'hypertrophie réelle du foie nous semble plus rare qu'on ne la signale habituellement.* Très souvent, dans des cas d'insuffisance hépatique manifeste (anorexie, subictère, épistaxis, urticaire, asthme, etc...), nous ne l'avons nullement constatée.

Quant à l'hypertrophie conjuguée du foie et de la rate, elle revêt une grande valeur. En l'absence de paludisme ou de maladie sanguine déterminée, elle permet de faire suspecter l'hérédo-syphilis, notamment chez le nourrisson. De plus, en pareil cas, les ganglions épitrochléens peuvent être aussi bilatéralement hypertrophiés, sans lésion locale infectée, avec une cuti-réaction du sujet négative.

Examen fonctionnel du foie. — Les fonctions hépatiques étant complexes et multiples, *les examens de laboratoire doivent être plurifonctionnels.* D'autre part, dans l'obtention des résultats, il faut tenir compte du rôle possible de l'altération d'autres organes de la nutrition : appareil digestif, reins, tissus. La constatation d'une albuminurie, par exemple, constitue tout un problème pathogénique.

En ce qui concerne *le sang*, si la cholestérinémie ne donne guère de résultats chez l'enfant, il n'en est pas de même de la bilirubinémie. Cette dernière est un test assez fidèle, sinon infaillible d'atteinte hépatique discrète.

L'examen d'urine constitue le procédé le plus courant et le plus connu. Nous noterons seulement qu'en ce qui concerne la fonction chromagogue, la recherche de l'élimination de substances colorées : bleu de méthylène, rose bengale est assez imprécise ; en ce qui concerne la fonction glycogénique, l'épreuve de la galactosurie provoquée remplace avantageusement celle de la glycosurie. Le galactose se fixant seulement dans le foie et n'ayant pas de seuil rénal, cette recherche est peut-être la plus importante, la moins susceptible d'erreur. Walter (de Vichy), a proposé une technique simplifiée pour les enfants consistant à recueillir deux, au lieu de quatre, échantillons d'urine (1). Encore peut-on obtenir des résultats négatifs chez des insuffisants hépatiques légers.

(1) Walter. — L'exploration fonctionnelle du foie en pratique thermale. (*Presse thermale et climatique*, 15 avril 1934).

Météorolabilité. — Le domaine de la météoropathologie est immense. Le génie épidémique n'est pas un vain mot (1). Binet (de Vichy) distingue les hépatiques proprement dits, qui souffrent d'une affection intéressant essentiellement le parenchyme du foie, ils sont « météorostabiles », — et ceux qui souffrent d'une maladie des voies biliaires, telle que l'angiocholécystite chronique : ils sont « météorolabiles » (2). Sans doute, différents facteurs peuvent intervenir pour amener des perturbations du tonus neurovégétatif, par suite des phénomènes dyspeptiques observés : chaleur, froid, humidité, vents, dépression barométrique. Ce sont surtout *les variations brusques*, qui sont nocives. L'anorexie des grandes chaleurs, les diarrhées saisonnières ont été observées depuis longtemps. Mouriquand, Lacassagne ont signalé le rôle du « vent du Midi » à Lyon ; des eczémas peuvent être améliorés à la mer (Marfan) ou encore à l'altitude (Aviragnet) ; les migraineux sont très sensibles aux vents (passages d'Est à Sud, d'Ouest à Nord).

Thérapeutique

Plus encore que celui de l'adulte, l'appareil digestif de l'enfant est sensible. *Il faut donc le ménager soigneusement.* Par exemple, il y a lieu de veiller d'une manière particulière à l'abstention de boissons alcooliques. Jusqu'à l'âge de 7 ans environ, on ne doit donner que de l'eau aux repas.

Il est quelques points sur lesquels nous tenons à insister :

1° *Les notions d'étiologie ci-dessus exposées présentent une importance pratique réelle.* Il est possible d'éviter l'hépatisme par une hygiène alimentaire bien comprise, un régime approprié peu toxique. Il est possible aussi d'annihiler ou de réduire le facteur héréditaire en faisant de la prophylaxie prénatale, chez les parents. Tous les pédiatres sont convaincus de son importance, tant en ce qui concerne, s'il y a lieu, la syphilis qu'en ce qui concerne même *la diététique.* La femme, surtout arthritique, en état de grossesse — grossesse qui met son foie à l'épreuve — doit être médicalement surveillée. L'arthritisme récemment acquis se corrige plus facilement que l'arthritisme héréditaire, vieilli à travers les générations. *Et il importe de soigner le plus tôt possible le petit hépatique ; plus il est jeune, plus son organisme est malléable.*

2° Ainsi que nous l'avons noté, il faut se méfier de la suralimentation chez les hérédo-arthri-

(1) Godonnèche. — A propos du génie épidémique. (*Courrier médical*, 17 décembre 1933).

(2) Binet. — La météoropathologie des hépatiques. (*Presse thermale et climatique*, 1er janvier 1934)

tiques. Mais il ne faut pas tomber dans l'excès opposé, et, sous prétexte d'insuffisance hépatique, faire subir un régime *de trop grande restriction quantitative*. L'organisme en voie de croissance a des besoins évidents. L'alimentation doit être *abondante et complète*. Il est bon de ne prescrire que pour un temps, autant que possible, et dans une certaine mesure des régimes *stricts*, de ne pas condamner des hérédo-arthritiques aux pâtes ou aux légumes avec interdiction absolue et indéfinie de viande.

Et même, quand *les restrictions qualitatives habituelles* sont nécessaires (conserves, graisses, substances, anaphylactisantes, etc.), un autre principe consiste à s'ingénier, non pas tant à supprimer qu'à faire tolérer certains aliments. Les carences, en effet, doivent être évitées. On se rappellera, par exemple, que les corps gras apportent avec eux les vitamines. On les donnera *frais* et non cuits (le beurre frais est excellent). Quant au nourrisson, il sera élevé au sein maternel, mais le lait n'est pas toujours bien toléré. En ce cas, on l'associera précocement — et nous insisterons là-dessus — dès l'âge, s'il y a lieu, de quatre ou cinq mois, aux féculents ;

3° Comme pour tous les états chroniques, *les cures hydrominérales trouvent les indications les plus pressantes chez les jeunes hépatiques*. Parmi les cures alcalines, *Vichy* et *Vals* sont les plus indiquées. Mais l'hépatisme peut se compliquer. Si le terrain arthritique prédomine, les eaux de *Vittel* ou d'*Evian* sont des eaux de lavage. S'il y a obésité, on s'adressera *à Brides*, sulfatée sodique légère et comme telle laxative, cholagogue, diurétique. S'il y a des manifestations cutanées ou respiratoires, on conseillera *La Bourboule*, arsenicale, radio-active, désensibilisante, station d'enfants, efficace à la fois sur le terrain et la lésion locale. Ou bien encore, s'il s'agit de formes sécrétantes, torpides, de ces mêmes affections, on conduira le petit malade aux stations sulfureuses : sulfurées sodiques des Pyrénées (*Luchon*, *Cauterets*) ou sulfurées calciques (*Allevard*).

AFFECTIONS ET OPÉRATIONS MULTIPLES CHEZ UNE PITHIATIQUE

Les exemples de simulation de maladies par des pithiatiques, les cas de pathomimie selon le qualificatif de Dieulafoy, ne sont pas rares. Mais la malade présentée à la Société anatomo-clinique de Bordeaux par MM. J. Lafon et A. Mouliès mérite certainement une mention particulière dans ce chapitre spécial de pathologie.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans qui, pendant cinq ans, fut hospitalisée presque sans interruption dans divers hôpitaux bordelais. A l'âge de 14 ans, au cours d'une fugue, elle contracte la syphilis et une uréthrite gonococcique. En 1936, elle entre dans un service de chirurgie pour des troubles abdominaux et subit une appendicectomie. Elle se fait admettre ensuite dans un service de gynécologie pour pelvi-péritonite. On l'opère d'un abcès rétro-pharyngien et elle séjourne pendant un an dans un hôpital pour tuberculose osseuse. Elle passe en chirurgie générale, atteinte de crises de sub-occlusion intestinale pour lesquelles un anus cœcal est pratiqué. La reprise des crises avec vomissements motive une réintervention et un anus gauche. Les phénomènes recommencent au bout de trois mois et, après radios, on envisage la possibilité d'un dolichocôlon : une laparotomie ne montre rien. Des crises convulsives nécessitent l'admission dans un service de neurologie. On note une paraplégie complète, une immobilisation de la hanche droite, etc...

C'est alors que la malade se trouve prise dans un bombardement (torpillage). Tous les troubles physiques cessent à ce moment, instantanément. Cette jeune femme conserve toutefois divers troubles névropathiques.

Il serait téméraire de faire *a posteriori* la discrimination des troubles organiques indéniables et des troubles fonctionnels dans les affections variées pour lesquelles cette jeune femme a été traitée depuis cinq ans. Elle a subi quatre interventions dont deux anus artificiels et a été guérie instantanément de tous ses accidents pathologiques en cours par le seul torpillage.

P. L.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE



La Presse

Vrais et faux syndromes de Raynaud

Dans sa description clinique, Maurice Raynaud a établi le caractère essentiel de cette affection ; il l'a individualisée par l'apparition de crises douloureuses de vaso-constriction localisées symétriquement aux extrémités et pouvant aboutir à la gangrène. Depuis lors, une confusion certaine s'est faite dans les esprits. Les recherches de Leriche, sur le plan expérimental, ont cependant confirmé l'exactitude des concepts initiaux et de l'intuition vaso-motrice de M. Raynaud . Le fait sympathique permet d'orienter le traitement suivant un concept physiologique et de l'éloigner de la voie empirique.

J. de Fourmestraux expose en détails le syndrome pur ; il en développe la physiologie pathologique, l'aspect clinique, l'évolution et le pronostic.

La maladie de Raynaud, dit-il, est peu fréquente dans sa forme schématique ; il faut connaître des syndromes vaso-moteurs, qui n'ont rien à voir avec elle. Ainsi en est-il de ceux causés par des compressions vasculaires extrinsèques : existence d'une côte cervicale ; pseudarthrose exubérante de la clavicule ; déformations thoraciques, etc. Il y a donc lieu de toujours compléter l'examen clinique d'un syndrome vaso-moteur par une radiographie : l'obstacle compresseur sera supprimé et le syndrome disparaîtra.

Dans le même ordre d'idées, on n'oubliera pas que l'origine vaso-motrice, puis thrombosante des gelures paraît aujourd'hui évidente. A l'occasion d'engelures tenaces, ou même de simples engelures avec ébauche de doigt mort, on a relevé une instabilité manifeste de l'indice oscillométrique. A cette même origine, il conviendrait peut-être de rapporter aussi l'érythromégalie, les acrocyanoses.

Ainsi, dans les faux syndromes de Raynaud, il sera possible d'orienter le traitement avec une apparence de logique : ablation des obstacles compresseurs ; médicaments agissant sur la vaso-constriction initiale pour atténuer l'effet spasmodique (bromure, valériane, ésérine, etc.) ; traitements physiothérapiques, ultra-violets, infra-rouges, diathermie. Mais plus active, plus physiologique en son concept initial est l'action chirurgicale, en suivant les principes adaptés pour le vrai syndrome de Raynaud : infiltrations répétées des ganglions et de la chaîne sympathique, sympathectomie, etc. (*Le Progrès médical*, 15 mars 1941).

Résultats obtenus dans une maternité par l'emploi préventif des sulfamides après les accouchements.

M. Guéniot expose que, chez les 1.115 accouchées, ayant subi le traitement préventif de l'infection par les sulfamides depuis une dizaine de mois, la mortalité a été nulle, et la morbidité par infection puerpérale a été elle-même remarquable, surtout par la bénignité des cas, le peu d'importance habituel et le peu de durée de la fièvre, la fugacité habituelle des symptômes, enfin, la disparition de ces cas d'infection sérieuse (septicémie, pyohémie, péritonite, infections annexielles), dont on était habitué à observer quelques cas, il y a encore peu d'années. (*Rev. française de gynécologie*, janvier-février 1941).

Importance de quelques détails techniques en hystéro-salpingograghie

MM. Mocquot, Palmer et Pulsford, se basant sur cinq années de recherches constantes d'une technique sans cesse améliorée, indiquent l'importance de certains détails, trop souvent encore négligés. Ils attirent notamment l'attention sur les points suivants :

1° Emploi du lipiodol à 20 %, à cause de sa fluidité (fidélité manométrique, diffusion rapide en couche mince) et de sa moindre opacité (obtention d'images nuancées) ;

2° Injection discontinue très lente, par 1/8e de c. c. (d'où suppression de toute réaction de défense par des contractions utérines) ;

3° Etude manométrique précise, donnant des notions physiologiques sur le tonus utérin, la capacité physiologique de l'utérus, la contractilité utérine, la pression de passage tubaire ;

4° Pour l'hystérographie, étude des images de remplissage, pour des quantités et des pressions bien définies, de préférence aux images d'évacuation ;

5° Pour la salpingographie, importance de l'épreuve de Cotte (clichés de contrôle) complétée, en cas de rétention, par des clichés en diverses positions. (*Rev. française de gynécologie*, janvier-février 1941).



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Remarques sur la carence du régime actuel en phosphore, calcium et vitamine D

(H. HINGLAIS et M. HINGLAIS. — Présentation par M. FOURNEAU ; 25-3-1941)

Les auteurs attirent l'attention sur la carence grave qui résulte des restrictions actuelles au point de vue particulier du phosphore, du calcium et de la vitamine D. Ils rappellent que ces trois éléments forment un ensemble indissociable où la vitamine D ne peut d'aucune manière, et à quelque dose que ce soit, se substituer à la fraction minérale et remplir son rôle si la ration de base indispensable en phosphore et en calcium n'est pas elle-même amplement assurée.

Parmi les aliments usuels, seul le lait et ses dérivés consommés en grande quantité peuvent normalement couvrir les besoins quotidiens en Ca et Ph. Dans la période actuelle, en l'absence de lait, le déficit quotidien de calcium de la ration, après l'âge de six ans, s'élève progressivement depuis 40 % environ jusqu'à 80 % chez l'adolescent en pleine croissance. Chez la femme enceinte et la nourrice le déficit atteint 75 %. Le déficit en vitamine D étant exactement du même ordre, les conséquences de cette situation sur le développement présent et futur du squelette et du système dentaire n'ont pas besoin d'être soulignées.

Les auteurs indiquent les mesures prophylactiques qu'il importerait de prendre sans délai et qui permettraient de remédier à cette carence (administration de préparations phospho-calciques et de vitamine D).

— M. MARFAN remarque que la vitamine D de l'organisme humain se forme surtout par l'action des rayons U. V. du spectre solaire sur certains stérols de lapeau et de ses glandes.

— M. LESNÉ ajoute que la vitamine D est la seule vitamine dont l'organisme humain fasse certainement la synthèse. D'où l'indication des séances d'actinothérapie, auxquelles s'ajouteront de petites doses de vitamine D synthétique et les préparations phospho-calciques.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Dentier ayant perforé l'œsophage. Ablation par voie cervicale

(M. LUZUY, de Blois ; 29-1-1941)

L'œsophagotomie pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage

(M. DUFOURMENTEL ; 29-1-1941)
Rapports de M. TRUFFERT

M. Truffert présente deux rapports sur l'ablation par voie externe des corps étrangers de l'œsophage. Ils ont trait à deux études, l'une de M. Luzuy, de Blois, l'autre de M. Dufourmentel.

M. Luzuy a observé un malade qui avait — accident assez fréquent — avalé son dentier. Plusieurs tentatives d'extraction par voie œsophagoscopique avaient été faites par un oto-rhino-laryngologiste et, au cours de ces manœuvres, le dentier avait perforé l'œsophage et pénétré dans la partie supérieure du médiastin postérieur. M. Luzuy, appelé deux heures après la perforation, constate le syndrome clinique suivant : facies violacé, dyspnée impressionnante, pouls à 130, température à 39°5, emphysème sous-cutané de la base du cou et de la partie supérieure du thorax.

Intervention immédiate à l'anesthésie locale. Incision cervicale, derrière le sterno-mastoïdien. Recherche, avec l'index gauche, du dentier. Extraction avec un clamp courbe. Guérison.

Deux points sont à souligner. Il s'agissait d'un dentier cassé, comme c'est la règle. Les dentiers déglutis sont généralement des dentiers cassés et, en particulier, conservés pendant le sommeil. Il y a là un danger sur lequel il est utile d'appeler l'attention. D'autre part, dans les manœuvres d'extraction par voie œsophagienne, il y a inconvénient à insister, si l'on rencontre des difficultés anormales. On ne cherchera pas à vaincre une résistance même légère : sectionner alors, si possible, le dentier avec une cisaille et l'enlever par fragments. Un échec en pareil cas n'a rien d'humiliant.

— M. DUFOURMENTEL remarque que si l'œsophagoscopie représente pour l'immense majorité des cas de corps étrangers de l'œsophage, la méthode idéale d'extraction, ses indications et ses possibilités connaissent cependant des limites. Tous ceux qui la pratiquent ont connu des échecs qui peuvent être parfois des désastres. Or, dans quelques-uns de ces cas au moins, de tels accidents apparaîtraient évitables par la chirurgie ou par l'association de la voie endoscopique et de la voie chirurgicale.

Parmi la cinquantaine de cas de corps étrangers qu'il a été donné à M. Dufourmentel d'observer en 25 ans de pratique, trois ont nécessité une œsophagotomie externe.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Un cas de panartérite aiguë des quatre membres avec névrite cubitale au cours d'une dysentérie à bacilles de Flexner

(MM. J. JACQUIER et RYMER ; 20-12-1940)

Comme complication de la dysentérie bacillaire on a déjà signalé le syndrome oculo-synovial associé à une note hémophilique. La présente observation est d'une très grande rareté. Il s'agit d'un syndrome de thrombo-artérite multiple chez un sujet n'ayant auparavant présenté aucun symptôme d'affection circulatoire. L'ischémie ne s'est manifestée d'une façon durable qu'à gauche ; il y a abolition des battements artériels et écrasement de l'indice oscillométrique ; une névrite cubitale gauche y fut associée.

Cette panartérite est survenue chez un malade jeune, exempt de toute tare, ni diabétique, ni spécifique ; elle est apparue au décours d'un syndrome dysentérique fébrile. Sans doute n'a-t-on pas isolé de bacilles dysentériques dans les selles du malade, mais le séro-diagnostic fut positif au 1/400 au bacille de Flexner Z et négatif au bacille de Shiga ; d'autre part, cette dysentérie est intervenue dans un camp de prisonniers, au moment où sévissait une très forte épidémie de dysentérie à bacilles de Flexner, identifiés bactériologiquement de façon indubitable.

Le spasme semble avoir joué un rôle considérable, comme en témoignent la sédation remarquable procurée par l'acétylcholine, et le caractère transitoire de l'atteinte des membres droits et du membre inférieur gauche.

Angine diphtérique maligne avec hyperazotémie, terminée par la guérison

(G. DESBUQUOIS et Mlle JUSSEAUME ; 17-1-1941)

Un enfant de 7 ans, atteint d'une angine diphtérique d'emblée maligne, est traité à la quarantième heure par une sérothérapie intensive (100.000 unités). On y ajoutera, et on continuera les jours suivants, du camphre soluble, de l'extrait surrénal, de la vitamine C, de la spartéine et de la strychnine, à doses progressivement croissantes. Des accidents hypertoxiques, qui sidèrent le malade, s'intensifient après quelques jours, malgré l'amélioration de l'état local pharyngé. Parallèlement à ce syndrome hypertoxique évolue une hyperazotémie, qui atteint 3 gr. 98, et qui régresse lentement jusqu'au retour en trois semaines à un chiffre normal. L'état s'aggrave encore (accidents toxiques et surtout accidents cardiaques, jusque-là modérés), au cours de la troisième semaine, alors que l'hyperazotémie s'apaise. A partir de la quatrième semaine, la défaillance cardiaque s'atténue progressivement, et l'état général s'améliore franchement. Puis, la guérison survient.

On doit rappeler qu'au cours de la diphtérie maligne, une azotémie dépassant 1 gramme, retrouvée à plusieurs examens successifs, est d'ordinaire interprétée comme un arrêt de mort, alors que dans le cas rapporté, la guérison est survenue, malgré une hyperazotémie prolongée près de trois semaines et qui a atteint 3 gr. 98. Il ne faut donc pas trop centrer sur l'hyperazotémie le pronostic du syndrome malin de la diphtérie ; on sait d'ailleurs que l'hyperazotémie est souvent absente au cours de diphtéries malignes et de diphtéries mortelles. Et, quand elle existe, elle s'inscrit plutôt comme un reflet de la gravité extrême de la situation : c'est un test intéressant, mais ce signe inconstant ne peut être l'expression majeure du syndrome malin.

On ne saurait attribuer à coup sûr la guérison au traitement institué. Depuis deux ans les auteurs appliquent, dans leur service, à tous les cas semblables, la strychnothérapie intensive, et ils ont l'impression très nette que, grâce à ce traitement, un certain nombre de diphtéries malignes hypertoxiques échappent à la mort prévue.

Un cas de méningite cérébro-spinale récidivante ; traitements successifs par les sulfamidés et le sérum

(MM. CORDE et DEGAND ; 17-1-1941)

Les particularités de cette observation résident, d'une part, dans la récidive au bout d'un mois d'une méningite cérébro-spinale guérie par la sulfamidothérapie, puis dans l'échec de cette médication lors de cette récidive, qui fut par contre rapidement jugulée par la sérothérapie. A noter que, au moment de la première atteinte, la sulfamidothérapie avait été prolongée, ainsi qu'il est toujours recommandé.

Il faut noter, en effet, la différence d'action des sulfamides au cours des deux temps de maladie, efficace dans le premier, nulle dans le second ; ceci indique que la sulfamidorésistance s'est développée tardivement et qu'elle a persisté lors de la reprise du traitement massif après une interruption de plus d'un mois. C'est alors que la sérothérapie, même polyvalente (faute de mieux), a donné rapidement et entièrement satisfaction.

Réinfection bacillaire et sensibilité cutanée à la tuberculine chez l'homme

(M. F. COSTE, Mlle BARNAUD et H. HERVET ; 24-1-1941)

On sait que l'évolution de la réactivité cutanée de l'homme à la tuberculine varie avec l'âge, et qu'elle subit avec lui une décroissance progressive. D'observations cliniques, il ressort que l'effet protecteur des contaminations tuberculeuses se prolonge bien après la disparition de l'allergie cutanée, et elle aide à comprendre l'allure abortive de réinfections, constatées à l'autopsie systématique de poumons humains.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 22 février 1941

Traitement des prolapsus du rectum par la méthode sclérosante

M. R. Tournay. — Le traitement du prolapsus de la muqueuse rectale hémorroïdaire par les injections sclérosantes est actuellement connu, admis par tous les médecins et considéré par eux comme la thérapeutique la plus simple et la plus efficace.

On connaît beaucoup moins les résultats obtenus par la méthode sclérosante dans le prolapsus total du rectum. Or, cette méthode, simple, ambulatoire, et qui ne nécessite ni anesthésie, ni arrêt de la vie habituelle,donne souvent des résultats excellents, qui peuvent être définitifs mais qu'il faut parfois consolider par de nouvelles injections pratiquées de temps à autre.

La méthode sclérosante peut d'ailleurs être combinée avec la diathermo-coagulation.

Pour les gros prolapsus totaux, la chirurgie ou mieux l'association injections sclérosantes-chirurgie reprend ses droits.

Les opérations tendineuses dans le traitement des paralysies de la main par blessure nerveuse

M. Marc Iselin. — L'expérience de la guerre 1914-1918 a montré combien le résultat des sutures et greffes nerveuses est aléatoire ; plus de la moitié des opérés restent paralysés malgré les interventions les plus habiles faites par les meilleures mains. Il est vraisemblable que ces résultats seront valables pour la guerre 1939-1940. C'est pourquoi l'auteur considère l'intervention chirurgicale sur les tendons (ténodèse et transplantation) comme aussi importante que la réparation du tronc nerveux sectionné ; les deux doivent être jumelées.

L'indication opératoire doit être précoce, sitôt l'interruption nerveuse reconnue et vérifiée, afin d'intervenir avant l'installation de raideurs articulaires, de rétraction cutanée et ligamentaire, d'atrophie musculaire des antagonistes qui déterminent rapidement l'attitude vicieuse invétérée.

La technique opératoire appliquée par l'auteur sur les blessés du Val-de-Grâce a ceci d'original qu'elle combine la ténodèse et la transplantation tendineuse. La ténodèse fixe la main ou les doigts en position de correction et soulage les muscles transplantés de la charge de maintenir cette attitude. Les muscles transplantés sur les tendons paralysés les actionnent uniquement au moment de l'effort, par conséquent dans de meilleures conditions physiologiques que par les techniques classiques. Les résultats déjà obtenus sont excellents et promettent un très grand avenir à cette méthode.

Infection puerpérale et sérum sulfamidé.

M. Le Lorier. — Un cas d'infection puerpérale post-abortum d'allure sévère, traité avec succès par des injections intraveineuses de sérum artificiel sulfamidé.

Le sérum de porc sulfamidé dans les entérocolites de la première enfance.

M. Marcel Joly. — L'auteur eut à traiter, en province, au cours de l'été 1940, une épidémie d'entérocolite de l'enfance. Les médicaments faisant défaut, il eut l'idée, s'inspirant des travaux de Bec, de récolter du sérum de porc frais, et de le sulfamider. L'ingestion de ce sérum donna d'excellents résultats.

Les Livres

Librairie Maloine,

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Urologie et gynécologie médicales. Un vol. (collection Sergent, Ribadeau-Dumas Babonneix), 380 pages, 27 figures, 2 planches en couleurs. Prix : 110 francs (broché).

Comme l'ensemble de la collection, ce livre est essentiellement clinique et thérapeutique. Il ne représente nullement un traité scientifique, mais bien un manuel pratique pour les jeunes médecins. Les étudiants y trouveront des descriptions cliniques, les médecins des directives thérapeutiques.

Il comporte une première partie d'urologie où les divers syndromes pathologiques des maladies de l'appareil génito-urinaire de l'homme et leur traitement sont exposés en un style clair, concis. La deuxième partie, un peu plus détaillée, est l'étude des troubles gynécologiques. Un chapitre d'endocrinologie résume les données les plus récentes et leur application pratique. Une iconographie restreinte mais intéressante montre divers aspects pathologiques de la cavité utérine et des trompes après injection lipiodolée, ainsi qu'au cours de l'hystéroscopie.

Fait par des spécialistes, ce livre ne s'adresse pas à eux, mais bien aux jeunes médecins qui risquent de se trouver embarrassés devant ces cas de spécialité courante. Quoi de plus banal, en effet, qu'une blennorragie masculine ou féminine ? Que conseiller à cette femme atteinte de métrorragie ? Que répondre aux parents de cet enfant porteur d'une ectopie testiculaire ? Autant de questions pratiques qui sont étudiées dans ce livre où sont exposées les thérapeutiques les plus récentes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

DÉFENSE DE L'EFFORT PRIVÉ EN CHIRURGIE

Au titre de secrétaire de l'Amicale des Chirurgiens propriétaires de maisons de santé, le Docteur F. Masmonteil nous a adressé cet article.

Nous le publions d'autant plus volontiers que notre ami Masmonteil y développe une opinion étayée de faits et qu'ainsi se trouvera close une controverse où tous, de points de vue différents, mais d'une égale bonne foi, n'ont eu en but que d'assurer aux malades la meilleure chirurgie possible.

Notre collègue anonyme « Chirurgien de province », qui, au sortir de ses études, s'est « heurté au mur d'argent des cliniques », a néanmoins assez bien réussi puisqu'il a pu s'offrir de « longs voyages à l'étranger » et même « au désert ». Quiconque a beaucoup vu, doit avoir beaucoup retenu. Je me demande toutefois, si son sens critique ne s'est pas exercé uniquement sur les institutions de notre seul pays, à l'exclusion de celles des pays étrangers, et si l'on ne trouverait pas l'explication de ce masochisme, dans le délire collectif d'auto-accusation qui a fait explosion en France au lendemain de la défaite. Car enfin, j'ai voyagé aussi, j'ai vu des installations de qualité à l'étranger, j'en ai vu aussi de moyennes et même de médiocres, pour ne pas dire plus.

L'organisation étatiste avec « hôpitaux toutes classes » installés par les collectivités, représente pour notre collègue, l'idéal ; or, notons, en passant, que les belles installations qu'il a tant admirées à l'étranger avec « coffret individuel à chaque lit pour les pansements et les gants » (mise en scène bien inutile), sont le résultat d'œuvres privées ; les grands hôpitaux de New-York, comme ceux d'Angleterre, appartiennent à des Sociétés philanthropiques ou même financières ; quant au grand centre de réputation mondiale : Rochester, il est l'œuvre d'une famille : le père et les deux fils Mayo. Ce seul exemple ne suffit-il pas à démontrer que l'initiative privée a du bon ?

Mais regardons la France aussi ; il existe des organisations chirurgicales d'avant-garde ; à Vienne, Isère, *je dis bien Isère*, fut réalisée une des premières installations stérilisables ; je l'ai visitée en 1935, elle existait depuis déjà quelques années, et, dans cette belle clinique, l'œuvre d'un précurseur, M. Trenel, j'ai vu des perfectionnements qui feraient envie aux plus belles de l'étranger ; j'en dirai autant d'une autre sur les bords de la Loire, à Blois, où Luzuy a réalisé dans un cadre magnifique, une organisation de premier ordre. A Aix-les-Bains, à Angoulême, à Versailles, à Bourg-la-Reine, à Saint-Ouen, se trouvent des cellules opératoires aseptisables et stérilisables, et parmi toutes ces réalisations, la très grande majorité est l'œuvre de chirurgiens réduits à leurs propres ressources et dont la plupart d'entre eux n'étaient pas des privilégiés de la fortune ; ils avaient eu des débuts modestes, mais ils avaient le goût de leur métier, ils avaient cette mystique professionnelle qui est à la base de toutes les œuvres et qui commande presque toujours le succès. Un confrère vous a dit que « la valeur du chirurgien comptait dans sa réussite pour 25 % » le reste, c'est du savoir-faire, dichotomie, etc... ». Je ne veux y voir que la réflexion amère d'un confrère aigri à qui la vie n'a peut-être pas donné tout ce qu'il croyait devoir en recevoir. Regardez de plus près, vous verrez encore des succès en clientèle, réalisés par des non-dichotomistes ; mais vous trouverez toujours à la base des grandes réussites, des qualités de travail, de pondération, d'exactitude, d'ordre, d'organisation, d'amour et même de coquetterie du métier, de dévouement, de conscience, de bonté et de pitié compatissante ; bref, de ces dernières qualités faites en un mot de charité, appuyées sur des forces morales, religieuses ou philosophiques. Les succès basés sur le charlatanisme, la combine, l'exploitation, sont de courte durée.

Ces idées générales exposées, reprenons votre argumentation à laquelle je ne répondrai que par des faits.

I. — Le médecin de campagne « n'a aucune possibilité de faire des examens de laboratoire ou de radio, et se heurte à l'ignorance, à l'incompréhension et à la négligence ».

Peut-être en est-il ainsi dans votre région. C'est une erreur de généraliser.

A Ambazac (Haute-Vienne) : poste de radio ; à Egletons, à Uzerche (Corrèze), *idem*, etc..., et je vous cite des chefs-lieux de canton d'un pays plutôt pauvre.

« L'incompréhension, la négligence du milieu », mais c'est plutôt le contraire qu'il faut dire ; il n'est pas de malades plus dociles que les campagnards ; une seule condition : leur inspirer confiance et aussi la *mériter*. Cherchez peut-être de ce côté, la raison du manque d'action de certains praticiens ; l'incompétence n'est pas du côté du malade, c'est tout naturel qu'il le soit, mais bien plutôt du côté du médecin. Or, ceci est remédiable et peut « être au contraire facilement changé ».

II. — Le médecin dans les villes.

« Conditions de diagnostic mauvaises et incommodes ».

Mais alors, c'est votre faute, mon cher collègue : c'est à vous d'organiser et non pas d'attendre de l'Etat tutélaire une création qui suppléera à votre carence personnelle. Le rôle de l'Etat doit se borner au contrôle ; il ne doit entrer en action qu'en cas de manque d'initiative des individus. C'est donc votre aveu d'impuissance personnelle que vous signez par cette déclaration. Au lieu donc de lancer « des critiques et de formuler des espoirs », faites œuvre mâle et construisez, n'appelez pas la collectivité au secours, œuvrez de vos propres mains.

Des praticiens de banlieues de grandes villes, pourront vous montrer leurs fichiers de malades avec des examens complets pour les cas délicats : radio pulmonaire, digestive, électro-cardiogramme, dosage d'urée sanguine, temps de coagulation, de saignement, etc..., tout cela réalisé par une collaboration étroite avec un centre médico-chirurgical.

Une nation ne se construit que par l'effort de chacun ; l'initiative doit partir de l'individu. Le collectif, l'Etat ne sera rien tant que les individus ne seront pas quelque chose... L'influx d'animation doit partir de l'individu pour aboutir à l'Etat ; s'il va de l'Etat à l'individu, il perd de sa force et le résultat tend vers le médiocre. Supprimez l'initiative individuelle, l'intérêt personnel, le besoin de créer qui est dans quelques-uns, et vous stérilisez la machine collective ; le rendement s'affaiblit, le tout aboutissant à la routine administrative qui n'a jamais été un facteur de succès.

III. — Les organisations chirurgicales.

Le chirurgien, devenu propriétaire de clinique « a pris les méthodes commerciales » limitant les frais non point à la partie hôtelière, mais à la partie technique » ; « chirurgiens sans radio à l'hôpital et en clinique » : « chirurgie limitée aux cas faciles », « absence de moyens de transport », vous connaissez « de ces chirurgiens en sabots qui sombrent dans l'ivrognerie ».

Quel beau tableau de propagande pour l'étranger ! Merci pour nos collègues, on n'est jamais mieux servi que par les siens.

Le chirurgien propriétaire de maison de santé, « marchand de soupe » a mauvaise réputation dans certains milieux professionnels, réputation qui pourrait bien relever plus de l'*invidia medicorum* que de tout autre sentiment. Ces dernières années m'ont permis d'entrer en rapports avec un certain nombre d'entre eux ; or, j'ai sur eux une opinion entièrement opposée à la vôtre.

Tous font passer les préoccupations professionnelles bien avant leur intérêt commercial ; tous sans exception ne demandent à faire aucun bénéfice sur la partie hospitalière de la maison ; ils considèrent leur maison de santé, comme leur outil, ainsi que le musicien son violon, le peintre son atelier, ils établissent leur prix au voisinage du prix de revient ; c'est pour cela que quelques-uns d'entre eux ont pu dans la région parisienne passer il y a quelques années un contrat (1) avec les Assurances sociales d'après un tarif forfaitaire assez bas, tout en respectant le tarif syndical minimum. Croyez-moi, une Maison de santé est une piètre affaire commerciale, car à côté des lits payants, il en est toujours de gratuits ; il y a toujours une section hospitalière qui rogne les bénéfices qui pourraient être réalisés par ailleurs ; rappelez-vous, par exemple, l'hôpital privé de de Martel à Vercingétorix ; la modestie de nos collègues s'accommode mal d'une publicité dévoilant leur générosité ; c'est ce qui explique et excuse vos faux jugements à leur égard.

Quant au côté technique, ils en comprennent l'importance autrement que les para-médicaux ; et de fait, les premières installations françaises de bloc opératoire aseptique ont été faites toutes par des chirurgiens propriétaires de leur Maison de santé ou sous leur impulsion. J'accorderais plus de prix aux critiques de notre collègue, s'il figurait parmi ces précurseurs. Notons que cet effort considérable financier et moral, a été fait par l'initiative privée dans une période sociale troublée, alors que les plus puissants organismes sanitaires officiels, l'A. P. de Paris comprise, n'ont encore aucune installation semblable en ordre de fonctionnement. Cette constatation démontre, au contraire, la nécessité absolue de conserver les organismes privés en face des formations officielles. L'Allemagne elle-même, pays de l'organisation la plus rigide, les a tous maintenus et ils sont tout particulièrement florissants. A Munich, par exemple, ville de 800.000 habitants, malgré la présence de formations hospitalières puissantes de l'Etat et de la ville, on trouve plus de huit cents lits dans les fondations particulières. L'initiative privée constitue un facteur de progrès et joue un rôle de premier ordre pour stimuler l'inertie administrative des organismes officiels.

Où trouve-t-on par exemple un bloc opératoire aseptisable et climatisé avec téléparleur reliant les cellules opératoires au bureau du secrétariat, salle de survision, bras télescopique pour apporter au-dessus du champ opératoire les appareils d'aspiration, de pression pour l'anesthésie locale, les moteurs pour la chirurgie osseuse, commandes à pédale pour l'ouverture des portes, des boîtes de pansements, etc..., cabine juxta-opératoire pour le développement

(1) Convention qui leur valut à l'époque l'animosité de certains milieux.

rapide des films ? dans une de ces « organisations de formule désuète » qui « n'a pas stagné bien que sans concurrence et qui ne s'est pas épuisée dans la lutte », dans une Clinique privée appartenant à un chirurgien, et dans une Clinique française reproduite déjà à quelques exemplaires en Amérique du Sud. Dans cette même Clinique, existent suivant vos desiderata des postes d'assistants et de collaborateurs pour les jeunes chirurgiens et spécialistes qui tiennent avant leur installation à parfaire leur instruction et leur expérience.

N'ai-je pas appris également que, dans une ville de province que je connais bien, trois des cliniques existantes faisaient des projets de réorganisation moderne complète. Ces nouvelles font augurer au mieux des forces de rénovation spontanée du pays. Bravo, pour ces collègues qui sans attendre la manne de l'Etat, vont donner un coup de fouet à l'économie nationale en ouvrant de nouveaux chantiers de travail, et ultérieurement en augmentant le nombre de leurs employés.

Les moyens de transport ne sont pas aussi primitifs que vous voulez bien le dire ; un chirurgien d'une ville de l'Est ne possède-t-il pas un avion pour son service ; de même dans un département où j'ai passé la dernière guerre, dans lequel avaient été évacués en masse plus de 60.000 Alsaciens, un service d'évacuation avec quatre ambulances avait été réalisé en quelques mois, grâce à l'heureuse initiative d'un Préfet bien conseillé. Le service de désinfection fonctionnait de même parfaitement, avec le concours des laboratoires de l'Ecole de médecine et de l'Hôpital ; l'organisation épidémiologique, convenablement ravitaillée et activement dirigée, a permis de juguler en quelques semaines une explosion de méningite cérébro-spinale.

Soyez donc moins pessimiste, mon cher Collègue ; à l'exemple de Français trop nombreux, ne décriez pas systématiquement notre Pays. Laissez-moi en terminant vous remercier de m'avoir permis de faire la réhabilitation du chirurgien propriétaire de Maison de santé.

Ayant déjà dépassé le milieu de ma carrière, permettez-moi aussi de vous faire quelques confidences ;

Pour réussir dans la vie, c'est-à-dire pour faire une œuvre profitable ou durable, il n'y a qu'un secret, il faut avoir le feu sacré ; il faut aimer son métier de passion. Les rêveurs velléitaires, les utopistes, ne laissent rien derrière eux.

Il faut avoir la foi dans sa mission et une volonté farouche de réalisation, comme autrefois Bernard Palissy qui brûlait ses parquets et ses meubles pour continuer à chauffer ses fours.

Dr F. MASMONTEIL.

RÉPONSE A UN ARTICLE DE M. LE PROFESSEUR VANVERTS

Paru dans le *Concours médical*, n° 12, page 561, 23 mars 1941

Avesnes-le-Comte, le 25 mars 1941,

1° *Concernant la situation privilégiée des Etudiantes.*

Je suis entièrement d'accord avec lui, mais il faudrait fixer un âge pour la soutenance de thèse, par exemple 27 ans. De plus, je proposerai de limiter le nombre des étudiantes à admettre chaque année au P. C. B. En outre, il faudrait absolument interdire le cumul d'exercice de professions libérales entre mari et femme ;

2° *Concernant la situation des étudiants réformés.*

Je proteste énergiquement contre l'interprétation des faits par Monsieur le Professeur Vanverts qui fait des réformés des favorisés du sort. En grande majorité, les réformés sont des diminués physiquement et, par conséquent, inaptes à un travail très rémunérateur. Ne leur interdit-on pas pratiquement les postes officiels.

Voici dans ce cas quelle est mon opinion :

a) Ne pas permettre l'installation d'un médecin réformé avant 25 ans augmentés de la durée du service militaire de sa classe, soit avant 27 ans ;

b) Au cas où un médecin réformé voudrait s'installer plus tôt, il devrait verser entre les mains du Président du Conseil départemental de l'Ordre, une somme à fixer par le Conseil de l'Ordre, somme qui serait ensuite remise à une Caisse de la Collectivité médicale.

Cette somme pourrait être basée sur les recettes du médecin, par exemple la moitié et payable jusqu'à ce que le médecin ait atteint l'âge d'installation. Elle serait acceptée par le candidat lors de son installation et il s'engagerait sur l'honneur.

3° *Concernant la sixième année d'études.*

Cette sixième année est absolument nécessaire pour tous ceux qui n'ont pu passer les concours d'externat ou d'internat ; car le simple stagiaire ne sait pratiquement rien au sortir de ses cinq années d'études.

Elle devrait comporter un stage, en qualité d'interne en surnombre : cinq mois en médecine, cinq mois en chirurgie et deux mois en obstétrique, avec responsabilité, rétribution et obligations du service. Un certificat serait délivré par le Professeur chef de service, et l'examen de clinique ne pourrait avoir lieu qu'après ce stage.

Dr Ch. ROGER.

QUELQUES IDÉES A BÂTONS ROMPUS SUR LA RETRAITE DU MÉDECIN

Suggestions de nos lecteurs

L'espoir de voir ce vieux rêve, la retraite du médecin, une réalité prochaine, l'avènement récent de la retraite des vieux travailleurs remuent à nouveau les esprits et des suggestions nous viennent de toutes parts, tendant à faire de la pension une rente honorable pour les vieux et une charge légère pour les jeunes. Délicat problème qu'il est bon de retourner sous toutes ses faces, avant de se lancer dans des improvisations hardies !

Montant de la retraite

Et tout d'abord à quel chiffre fixer cette pension ? Une cinquantaine de confrères réunis récemment pour une causerie amicale ont agité cette question, nous dit le Docteur N... :

Des membres du Conseil départemental qui assistaient à la réunion ont avancé que le Conseil national avait d'abord envisagé une retraite de 15.000 francs à 60 ou à 65 ans. Cette retraite ayant paru modique, le Conseil national aurait envisagé 30.000 et s'occuperait maintenant de la façon de les percevoir afin de pouvoir les répartir.

De jeunes médecins assistaient à la réunion et aussi des plus de 60 et même des plus de 65 ans. Aucun n'a marqué d'enthousiasme.

15.000 — 30.000 — 60.000. Que signifient ces chiffres ? Sur quoi les a-t-on basés ? La fantaisie ne peut préluder à une telle réforme et il n'y a pas lieu d'accueillir n'importe quel chiffre.

L'Etat français fait, depuis longtemps, bénéficier ses fonctionnaires d'une retraite. Il en est, parmi eux, de facilement comparables aux praticiens français : ce sont les médecins militaires.

Or, on peut dire que le plus mal favorisé d'entre eux termine toujours sa carrière avec au moins quatre galons ; on lui en offre, à la fin, un cinquième afin de majorer sa retraite. La retraite d'un médecin lieutenant-colonel est donc la plus infime que reçoit un médecin militaire.

Cette retraite serait de 46.000 francs.

Pourquoi ferait-on une différence entre médecins civils et médecins militaires ? Croit-on que les seconds aient plus travaillé, se soient plus fatigué que les premiers ? On sait bien que non. Si le Conseil de l'Ordre institue une retraite, il doit donc la baser sur un minimum de 46.000 francs.

D'anciens médecins militaires assistaient à la réunion. L'un d'eux fit remarquer que l'on ne pouvait assimiler les deux retraites civiles et militaires parce que, pendant toute leur carrière, les militaires ont subi, sur leur solde, des retenues afférentes à leur future retraite.

Cette objection ne porte pas.

En effet, si les médecins militaires subissent une retenue sur leur solde, les médecins civils en subissent de beaucoup plus fortes en soignant les assistés médicaux à des tarifs réduits, les bénéficiaires de l'article 64 et d'autres encore. Sur ce terrain, civils et militaires sont au moins sur le même rang, si la balance ne penche pas fortement en faveur des civils.

. . . .

Si le Conseil national de l'Ordre s'en tient à ses trente mille, je crains qu'il trouve peu d'amateurs.

Plus modeste est notre correspondant le Docteur Estival, membre du Conseil départemental des Landes, qui s'exprime ainsi :

Montant de la retraite. — Pour inciter le plus grand nombre de médecins à prendre leur retraite, il faut évidemment que cette dernière, soit assez confortable et permette au titulaire de vivre. Le chiffre de 25.000 francs devrait être un minimum.

Le Docteur A. Laquerrière nous paraît faire une distinction heureuse, que nous avions nous même soulevée autrefois, et qui paraît indispensable. Il doit y avoir deux catégories de bénéficiaires : ceux qui n'ont jamais cotisé, ceux qui, au contraire, auront contribué personnellement à la constitution des pensions.

Pour la première, « dans la situation actuelle de la France, il paraît nécessaire et que la retraite soit faible, et que, contrairement à ce qui se passe pour les fonctionnaires, cette retraite ne s'étende pas à tous, qu'elle soit réservée à ceux là seulement qui en ont besoin... Il faut que l'on fasse davantage pour les retraités futurs...

Laissant de côté les points de détails, je propose comme conclusions non des propositions fermes, mais les suggestions suivantes qui peuvent servir de base à une discussion et en tous cas aux méditations des confrères :

1° Tout vieux médecins doit être assuré d'avoir 12.000 francs de revenus, s'il est célibataire, et avec un supplément de 4.000 francs par personne à sa charge (femme ou enfant incapable de gagner sa vie) ;

2° Tout médecin ayant rempli gratuitement (ou à peu près gratuitement) des fonctions officielles, quelle que soit sa situation de fortune doit toucher de l'Administration, qui l'a employé, une retraite en rapport avec les services qu'il a

rendus, cette retraite n'étant que la rémunération tardive du travail accompli ;

3° Tout médecin n'exerçant plus en raison de son âge et pouvant prouver qu'il ne possède pas les revenus prévus au paragraphe 1 est en droit de réclamer le complément à l'Ordre des médecins.

BÉNÉFICIAIRES

Quels doivent être les bénéficiaires de la retraite ? Le Docteur Estival présente un système à deux degrés successifs qui ne manque pas d'une certaine souplesse :

« Facultative à 65 ans et obligatoire en principe à 70 ans (quelques rares dérogations pourraient être accordées dans le cas de situations de famille particulièrement intéressantes et dans le cas de grosses situations médicales et chirurgicales) ».

Un de nos correspondants exige assez justement nous semble-t-il, que tout médecin pensionné, quelle que soit la nature et l'origine de sa pension de retraite, soit obligé de cesser l'exercice de son art :

« La retraite du médecin » créée pour faire place aux jeunes, entraînera l'obligation de cesser l'exercice de la profession ; il faudra choisir. Mais alors, si l'on veut désencombrer la profession, pourquoi ne demande-t-on pas, déjà à ceux qui touchent des retraites (d'un ordre très supérieur à 20.000 francs, du reste) de choisir entre leur retraite et l'exercice de notre profession ? — Un retraité est un monsieur qui ne travaille plus ; il ne devrait exercer aucune des professions dont l'exercice oblige à payer patente.

Je n'ai pas la prétention d'être le seul à avoir eu cette idée.

Nous avons, d'autre part reçu l'émouvante lettre dont voici des extraits, qui pose la question de tous les « vieux médecins » déjà retraités, mais retraités le plus souvent avec de bien maigres ressources.

Qu'adviendra-t-il des vieux confrères qui auront, déjà abandonné leur clientèle ?

Cet abandon anticipé, consenti presque toujours pour raison de santé, leur fermera-t-il le droit aux allocations ? N'exerçant plus, ils ne seront plus inscrits au tableau de l'Ordre et risquent d'être oubliés dans la répartition des fonds de retraite. Ne serait-il pas d'une cruelle iniquité de les priver d'un viatique sur lequel ils étaient en droit de compter pour le dernier voyage ? Leur adhésion à un Syndicat, auquel ils n'ont cessé d'appartenir, et que le nouvel Ordre devrait prolonger dans son action professionnelle, leur sera-t-elle un sûr garant du maintien des anciens engagements ?

Une incertitude, un doute aussi angoissants ne sauraient être prolongés et méritent d'être dissipés. Ne vous serait-il pas possible de traiter de cette question dans le *Concours* ?

Au nom de quelques-uns de mes vieux confrères, et en mon nom personnel, je demande des apaisements.

Que si tous les vieux médecins admis à bénéficier de la retraite doivent être préalablement inscrits au Conseil de l'Ordre, qu'on nous y inscrive d'office, ou bien qu'on nous permette d'ouvrir un cabinet médical, quitte à le fermer du jour de l'octroi de notre retraite, en nous demandant l'engagement d'honneur de ne pas y exercer en attendant. Mais que le grand souffle de justice, de solidarité et de collaboration qui passe sur les monts d'Auvergne arrive jusqu'au foyer sans chaleur, sans joie, et sans espoir, de nombre de vieux médecins qui ont été contraints par la maladie de déserter les autels d'Asclépios !

Fort justement le Docteur Laquerrière estime d'autre part « qu'on ne doit pas se limiter aux vieillards, mais intervenir aussi pour ceux qu'une maladie chronique ou une infirmité rend incapables de gagner leur pain. Pour ceux-là, il resterait à discuter combien de temps d'exercice on exigerait d'eux pour venir à leur aide.

D'autres questions auraient besoin d'être étudiées : par exemple, on peut se demander quel âge doit être fixé pour les droits à la retraite et si à partir d'un certain nombre d'années, le médecin n'a plus le droit d'exercer. La femme et les enfants incapables de travailler de tout médecin doivent être, à la mort de celui-ci, assurés d'un revenu de 8.000 francs pour la première personne, de 4.000 francs pour les suivantes et pouvoir réclamer le complément à l'Ordre des médecins ».

Une objection ne manque toutefois pas de venir à l'esprit : cette retraite gratuite n'est-elle pas une prime à l'imprévoyance ? On peut difficilement soutenir à l'heure actuelle que la prévoyance sur le plan individuel soit suffisante. Les meilleures prévisions ont été déjouées. Seul l'effort de solidarité professionnelle peut permettre de réparer les conséquences des faillites collectives. C'est ce que développe le Docteur Laquerrière :

Quant à l'accusation de manque de prévoyance, elle est tout aussi injustifiée : D'abord, à l'époque actuelle, les deux guerres, durant lesquelles nous n'avons touché que les soldes militaires, se sont chargées de faire des trous dans des budgets parfaitement équilibrés jusque-là ; pour certains, elles ont été l'occasion d'une véritable ruine (région dévastée, installation détruite, situation perdue). D'autre part, les dépréciations successives de la monnaie ont causé l'effondrement des prévisions les plus sagement établies - tel qui, se basant sur la valeur du franc d'alors, s'était assuré un capital de 200.000 francs se

trouve aujourd'hui avoir 6.000 francs de rentes ce qui, au taux actuel est tout à fait insuffisant pour lui permettre de vivre surtout s'il a conservé sa vieille compagne. Ajoutons que la crise mondiale en provoquant la déconfiture de nombreuses valeurs, a mis à néant les espoirs de certains qui pensaient avoir réalisé la sécurité de leurs vieux jours. Enfin, n'oublions pas ceux qu'une infirmité prématurée (parfois causée par le métier, ce qui est le cas des radiologistes) a obligé avant le temps à renoncer à l'activité.

Il existe donc de vieux confrères qui, sans l'avoir mérité sont cependant dans la gêne ou même dans la misère.

Financement

Mais il ne suffit point de faire de beaux et de généreux projets, il faut aussi les financer. Le système de la répartition, déjà fort vanté avant la guerre contre les tenants de la capitalisation, semble définitivement l'emporter depuis surtout l'exemple de la retraite des vieux travailleurs. Nous faisons pour notre part, quelques réserves sur les bienfaits de ce régime et nous proposons d'y revenir plus longuement par la suite. Nos correspondants y paraissent tous entièrement acquis.

« Le système de la répartition, écrit le Docteur Estival, peut seul assurer un démarrage rapide et à l'heure actuelle, il faut compter uniquement sur la cotisation obligatoire de tous les membres. En admettant que 10 % environ (1) des médecins soient susceptibles de se retirer, il faudrait donc une cotisation annuelle de 2.500 francs environ. Ce chiffre paraîtra certainement très élevé surtout pour les jeunes médecins dont les débuts sont souvent difficiles ; mais ils ne doivent pas oublier que grâce à ce sacrifice, ils pourront trouver les postes vacants à rendement immédiat et qu'ils n'auront plus d'indemnité à verser pour prendre une succession. Quant aux confrères d'âge moyen, ils y trouveront une consolidation de leur situation médicale, puisqu'ils seront à l'abri d'une concurrence nouvelle.

.... Une autre ressource intéressante pour la Caisse des retraites serait apportée par la création du timbre certificat dont l'idée doit être reprise et la réalisation obtenue par les Pouvoirs publics. Tous les certificats devraient obligatoirement être timbrés avec un timbre spécial d'une valeur de 6 francs par exemple... qui serait à la charge du client ».

Le Docteur Laquerrière, devant l'instabilité passée des valeurs monétaires prône également la répartition, mais il l'assortit de deux correctifs d'importance, sur lesquels nous voudrions voir davantage mettre l'accent :

La retraite répartition ne doit aller qu'à ceux qui en ont besoin de manière urgente et pendant la période transitoire.

Il faut prévoir par la suite un système de capitalisation pour constituer aux jeunes des retraites plus sérieuses. Mais laissons le parler :

Le système adopté pour les ouvriers me paraît recommandable : les jeunes sont solidaires des vieux, travaillent pour eux et cotisent pour eux. Faisons de même dans le Corps médical.

Je sais bien qu'il y a une grosse objection. Le jeune, qui n'a pas capitalisé pour lui-même ses versements, risque de ne pas trouver, quand il arrivera à l'âge du repos, l'équivalent de ses débours si les circonstances ont changé : modification du coût de la vie, diminution du nombre des confrères.

Sur ce deuxième point on peut répondre : il y a de fortes chances pour que, si les médecins sont moins nombreux, les recettes et par conséquent les cotisations de chacun d'eux augmentent proportionnellement.

En ce qui concerne les variations des conditions d'existence, il faut reconnaître que l'aléa est le même que celui auquel le confrère serait exposé, s'il avait réalisé des économies ou contracté une assurance. Faire des réserves n'était un procédé sûr que quand on n'avait pas à craindre de dévaluation.

....

Avec les dispositions que je préconise, le jeune confrère versera des francs actuels pour entretenir les retraités ; mais quand il sera lui-même hors d'âge, si la monnaie a été de nouveau dépréciée, ceux, qui l'auront remplacé dans la carrière, toucheront un plus gros chiffre de francs de valeur moindre et verseront pour les vieux un plus grand nombre de ces francs, si bien qu'automatiquement ces derniers percevront de quoi vivre.

Il semble que dès maintenant on peut demander à chaque docteur en médecine une légère majoration de son impôt sur le revenu, majoration qui serait touchée par l'Etat en même temps que cet impôt et versée à l'Ordre des médecins qui en ferait la répartition entre les intéressés.

Seulement dans la situation actuelle de la France il paraît indispensable et que la retraite pour ceux qui n'ont jamais cotisé soit faible et que, contrairement à ce qui se passe pour les fonctionnaires, cette retraite ne s'étende pas à tous, qu'elle soit réservée à ceux là seulement, qui en ont besoin.

Avec ces précautions je ne crois pas que la taxe imposée aux jeunes soit bien importante.

(1) D'après les actuaires, ce chiffre paraît en réalité beaucoup trop faible. (N. D. L. R.).

Le principe posé plus haut par notre correspondant est que tout vieux médecin n'ayant pas les ressources suffisantes pour vivre peut réclamer le complément à l'Ordre :

Ce complément sera fourni : *a*) pour deux douzièmes par l'Etat (étant donné le petit nombre de bénéficiaires et la faiblesse de la somme, cette contribution ne grèvera pas le budget de façon appréciable) ; *b*) pour dix douzièmes par un minime pourcentage prélevé sur l'impôt sur le revenu des médecins en exercice.

La partie de ce pourcentage sur l'impôt non utilisée pour la retraite des vieux sera capitalisée par l'Ordre des médecins de façon à assurer ultérieurement une retraite plus sérieuse et dont tous seraient bénéficiaires, le présent projet n'ayant la prétention d'être qu'un moyen d'urgence pour soulager la vieillesse de ceux qui ont vécu dans des temps révolus.

Notons enfin, une autre suggestion qui se rapproche fort du projet Taberlet : les jeunes médecins seraient obligés d'acheter aux « vieux » leur clientèle ou plutôt leur « charge », le nombre en étant limité. Cet achat aurait lieu sous forme de constitution d'une rente viagère sur la tête de l'intéressé.

Nous croyons savoir, par certains bruits dont nous nous sommes fait l'écho, que l'Ordre ne serait point hostile à de telles conceptions, avec cette différence toutefois que la « charge » serait à sa disposition et non à celle du cédant, la retraite de ce dernier étant financée en particulier par un prélèvement sur les « fixes ».

Il est un point sur lequel en tous cas tous nos correspondants semblent d'accord : c'est que l'Etat, les collectivités publiques ou privées qui utilisent les services du médecin à des tarifs souvent infimes doivent faire quelque chose, soit en participant à l'effort fait en vue de la retraite, soit en revisant leurs tarifs, soit en diminuant les impôts.

« Inutile de dire, nous écrit le Docteur Estival, que comme tous les omnipraticiens nous partageons entièrement le point de vue exposé avec force, dans le *Concours Médical*, par le Docteur Blanchard, qui estime que les vieux médecins qui ont été exploités par l'Etat pendant toute leur existence par des tarifs inférieurs consentis à la collectivité seraient en droit de lui demander eux-aussi leur retraite des vieux. Les dirigeants de l'Ordre des médecins peuvent exercer dans ce sens une action qui paraît légitime, mais ils doivent aussi pour compenser le trou fait dans un budget médical par la cotisation pour la retraite, s'efforcer d'obtenir des Pouvoirs publics *a*) le relèvement des tarifs des Assistés et des Pensionnés par l'établissement d'un tarif national unique égal au tarif des Accidents du travail ; *b*) l'abaissement sensible du taux de l'impôt cédulairé des professions non commerciales qui est à l'heure actuelle de 16 % alors que les autres revenus du travail sont taxés à 8 %.

De même, le Docteur Laquerrière nous dit :

Quelque soit le motif de cette impécuniosité ceux de nos doyens qui sont dans le malheur sont les victimes d'une injustice sociale ; tout médecin a sacrifié une partie de son temps à travailler gratuitement pour la collectivité : soins aux malades des hôpitaux, aux gendarmes, aux indigents, etc.

Il serait donc équitable que l'Etat intervienne au moins pour une part dans le secours qui leur est dû. D'autre part ceux qui ont été officiellement médecins d'œuvres de bienfaisance, sans être rémunérés ou rémunérés seulement par une indemnité de déplacement insignifiante, mériteraient une retraite administrative si faible soit-elle. Dans les hôpitaux de Paris cette retraite, très modeste en regard de la notoriété de ceux qui en bénéficient, existe dès à présent ; ce n'est que justice car l'Assistance publique se fait payer pour les soins donnés aux malades payants, c'est ainsi que j'ai, durant des années en tant que radiographe des hôpitaux, exécuté pour les accidentés du travail des radiographies qui étaient remboursées par les compagnies d'assurances à un tarif comportant outre les frais, les honoraires médicaux que l'Administration empochait.

Mais cette retraite hospitalière n'est concédée qu'à ceux qui ont rempli leurs fonctions durant vingt ans tandis que ceux qui sont arrivés au concours trop tard pour avoir accompli ces vingt ans avant la limite d'âge ne peuvent y prétendre. Il semble qu'en bonne justice ces derniers devraient avoir une retraite proportionnelle à la durée de leurs services, à la condition toutefois qu'ils n'aient pas mérité d'être révoqués.

Mais nous voudrions terminer par ce rappel à la sagesse que, sous son septicisme bougon, contient la lettre de notre correspondant, le Docteur Muller :

Je lis dans le *Concours* du 26 janvier que la cotisation pour l'Ordre sera de 250 francs. Or dans la Marne nous sommes avisés qu'elle sera de 300 francs.. Nous aurons en plus les allocations familiales qui sont aussi très élevées. Où s'arrêtera-t-on dans le recouvrement de toutes ces dimes.

On oublie trop qu'il y a eu la guerre, que nous avons été sinistrés, que notre chiffre d'affaires a baissé fortement, que certains clients profitent de la situation pour ne pas nous régler.

C'est le moment choisi pour nous pressurer davantage : nous avons déjà suffisamment à nous débattre avec le fisc !

LA FEMME MÉDECIN PEUT-ELLE CONCILIER L'EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE AVEC SES DEVOIRS D'ÉPOUSE ET DE MÈRE ?

Par le Professeur Pierre NOBÉCOURT,
Membre de l'Académie de médecine

(*Suite*) (1)

De même que Thérèse, Mme Lancelevée est une femme supérieure. Elle a une belle clientèle et travaille au laboratoire. Elle n'est pas mariée et ne veut pas se marier, bien qu'elle soit séduisante et recherchée.

Elle professe qu'une femme-médecin doit être libre. « Une femme-médecin, déclare-t-elle, n'a pas de cœur, une femme-médecin n'a pas de sens, une femme-médecin n'est pas une femme... Sans avoir prononcé de vœu, nous devons passer dans la vie, rigides, impassibles, comme des nonnes sévères... J'ai choisi cette vie de science, je la voulais parfaite ; j'en ai d'avance écarté les obstacles et les plus dangereux de tous : le mariage et la famille. »

Si j'avais rencontré l'homme que j'aurais aimé, ajoute-t-elle, « je ne me serais jamais amoindrie, abaissée jusqu'à devenir une inutile, une oisive, en quittant la carrière qui m'a faite *moi*, et je n'aurais pas oublié mon principe de l'incompatibilité du mariage avec notre profession... J'aurais aimé cet homme librement, sans chaîne, sans contrat. »

Somme toute, conclut son Maître le Professeur Artout, devant qui elle fait cette déclaration : « Ni mari, ni enfants ».

Dans la suite, Mme Lancelevée devient la maîtresse du Professeur Boussard.

Mme Adeline est bien différente de Thérèse et de Mme Lancelevée. Elle a épousé un économe d'hôpital et a quatre enfants. Sans fortune, elle fait le plus possible de visites pour toucher des honoraires, qui sont souvent dérisoires.

Un jour, elle décharge son cœur des amertumes, des dégoûts entassés par le métier excédant qu'elle exerce. « Est-ce que j'ai une maison, un intérieur, ce que toutes les femmes aiment enfin, un petit coin gentil où rester tranquille quand l'envie vous en vient ? Toujours dehors, mangeant à la diable, volée par mes bonnes, à peine si je vois mes enfants, qui s'élèvent comme ils peuvent. Et un mari au milieu de tout cela, vous croyez peut-être que c'est facile à retenir, quand sept nuits sur dix, je suis dehors appelée pour des accouchements, des faux croups, que sais-je encore ? Adeline... aimerait bien une maison qui ne soit pas un restaurant, un hôtel meublé. La médecine, c'est l'affaire des hommes ».

Le mari devient alcoolique, les enfants, la maison tombent dans l'abandon. « Le pire, confesse Mme Adeline, c'est que ce désordre de ma maison, j'en suis la seule cause... Ma vie fut une longue et grande erreur. Je ne devais pas être médecin ; mon devoir était ici, chez moi, à tenir ma maison, à faire fructifier par l'économie, par la bonne organisation et le travail ménager, les appointements de petit employé, que m'apportait mon mari ».

Vient enfin Dina Skaroff, fille d'un petit mercier, à demi ruiné, de Pétrograd. Elle est le type de l'étudiante pauvre ; elle vit de privations et travaille avec ardeur. Jolie et touchante, elle séduit, sans le chercher, le Docteur Fautel. Celui-ci la fait demander en mariage à condition qu'elle abandonne la médecine.

« S'il ne me l'avait pas demandé, répond-elle, c'est moi qui le lui aurais proposé... C'est bien le moins. J'aimais mon métier ! ; c'était bien juste... Il était ma sauvegarde. Il devait me nourrir... Mais, quand je trouve ce qu'une femme désire toujours le plus, l'amour, je serais folle de me montrer récalcitrante.... Certes, je mordais bien à mon métier... Mais aimer son mari, se consacrer à son bonheur, lui faire une maison et une famille, c'est meilleur. Le métier... c'est un moyen, mais pas une raison d'être. Il vous suffit, tant qu'on est jeune fille, parce qu'alors on n'a rien de mieux à faire, mais après, on est pris par des sentiments si forts ! »

Et Mme Colette Yver conclut par la bouche de Thérèse, qui se range finalement à l'opinion de son mari. S'adressant à des jeunes bénévoles françaises rencontrées dans le service de son père, elle leur dit :

« Petites intellectuelles, jolies et vibrantes, occupez à vos belles études la fougue de votre adolescence ; en vue des aléas de la vie, munissez-vous de ce métier, le plus noble de tous... Mais si rien ne s'y oppose, au jour venu, abandonnez-vous aux lois suprêmes qui font les femmes, non point pour elles, mais pour l'époux dont elles doivent être l'auxiliaire et le bonheur. Ce jour-là, renoncez-vous, ... donnez-vous toutes...

Cette conception me paraît juste. J'en ai exposé les motifs à l'*Académie de médecine*, le 7 janvier 1941.

***

Certes, il y a des femmes-médecins qui mariées et mères, peuvent poursuivre une carrière scienti-

(1) Voir *Concours Médical* 18-v-41.

fique. Mais elles doivent être délivrées de tout souci matériel. Il ne faut pas qu'elles comptent trouver des ressources dans des emplois rétribués ; car ceux-ci exigent des heures de présence incompatibles avec les devoirs d'une épouse et d'une mère. Ces femmes sont l'exception ; elles ne pratiquent d'ailleurs pas la médecine.

La plupart des femmes médecins exerçant la profession médicale sont des médecins praticiens. Or, le médecin praticien a des obligations et des devoirs auxquels il ne peut se dérober sans commettre une faute ; il ne s'appartient pas : il doit se dévouer à ses malades. Qu'il exerce à la ville ou à la campagne, dans les milieux aisés ou réputés tels comme dans les milieux populaires, il doit les visiter et répondre aux appels urgents, de jour et de nuit. Pour remplir sa mission et gagner sa vie, il mène une existence fatigante, souvent aussi fatigante, dans son genre, que celle de l'ouvrier d'usine, dans le sien.

La femme-médecin se trouve dans la même situation que le médecin homme. L'existence qu'elle doit mener est, de ce fait, incompatible avec ses devoirs d'épouse et de mère. De ce point de vue, elle est sur le même rang que l'ouvrière, pour laquelle on demande la suppression du travail professionnel. *Une femme mariée et mère ne doit pas exercer la médecine* ; si elle l'exerce, c'est au détriment, soit de ses devoirs d'épouse et de mère, soit de ses devoirs professionnels, soit des uns et des autres.

La même obligation s'applique à l'étudiante en médecine. Ses études l'obligent, en effet, à passer la majeure partie de son temps à l'hôpital ou à la Faculté. Souvent, volontairement, elle n'a pas d'enfants. Si elle en a, elle les néglige ou néglige son service d'hôpital et ses études.

Il pourrait sembler logique de faire intervenir la loi, soit pour interdire l'exercice de la médecine à la femme mariée, soit pour fermer aux femmes l'accès des Facultés de médecine. Certains envisagent ces solutions. Je ne pense pas qu'elles soient bonnes. On retomberait dans les discussions qui ont été poursuivies pendant la seconde moitié du XIXe siècle, et la femme pourrait se considérer comme sacrifiée à l'homme.

A mon avis, c'est avant tout, une affaire d'éducation. Pour des raisons, que j'ai exposées ailleurs (1), l'éducation des garçons et des filles ne doit pas être la même. De bonne heure, il faut enseigner aux uns et aux autres le rôle différent qui leur est dévolu par la nature dans la famille et la société ; celui des filles est d'être épouses et mères. Plus tard, au moment du choix d'une profession, il faut faire connaître aux filles les difficultés, les obligations, les devoirs de la profession médicale, leur incompatibilité avec les devoirs d'épouse et de mère, l'impossibilité, si elles se marient, ce qui est leur droit et leur devoir, de pratiquer la médecine. Mais il ne faut pas leur fermer une carrière qui pourra leur permettre, si elles restent célibataires, de gagner honorablement leur existence.

On peut préconiser cette manière de procéder, parce que cette conception est actuellement très répandue parmi les étudiantes en médecine. J'ai eu beaucoup d'élèves femmes, stagiaires, externes, internes, car elles ont de la prédilection pour la médecine des enfants, dans l'espoir de la pratiquer, espoir souvent déçu d'ailleurs, car les mères, pour des raisons diverses, préfèrent comme médecins les hommes aux femmes. J'ai vécu pendant la catastrophe de juin à la salle de garde des internes de l'hôpital des Enfants-Malades, où il n'y avait guère que des femmes. J'ai constaté que ces étudiantes, tout en remplissant leurs fonctions avec zèle et compétence, étaient, en général, des jeunes filles sans prétentions, s'adonnant aux travaux féminins, souhaitant de se marier et d'avoir des enfants, envisageant sans difficulté de ne pas exercer la profession et de laisser à leurs maris, le soin de faire vivre la famille, comme il convient.

***

Je conclurai :

1° Les études poursuivies dans les Facultés de médecine pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, l'exercice de la profession médicale *sont incompatibles avec les devoirs de l'épouse et de la mère*. La femme, qui se marie, doit y renoncer.

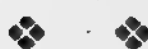
2° Il faut enseigner aux filles que leur rôle, fixé par la nature, est d'être épouses et mères ; les informer, avant leur entrée à la Faculté de médecine, *du choix qu'elles auront à faire le moment venu, entre le mariage et la maternité*, d'une part, *la poursuite des études et l'exercice de la profession médicale*, d'autre part.

3° Il ne serait pas légitime d'interdire par la loi aux femmes l'accès des Facultés de médecine, aux femmes mariées, l'autorisation de faire leurs études et l'exercice de la profession médicale.

On peut adopter la solution proposée par le directeur de l'*Economiste français* pour clore l'enquête de 1866-1867 : « Le droit commun, au profit des femmes, filles ou épouses, qui se sentent la force d'aborder la carrière médicale. »

(1) Pierre Nobécourt. — Sexualité et éducation. I. Education des garçons et des filles — II. Education de la sexualité et de la fonction génésique (éducation sexuelle). *Gazette des hôpitaux*, 113e année, n°s 23-24, 27-28, 31-32 ; 20-23 mars, 3-6 et 17-20 avril 1940 ; pp. 217, 262, 309.

Chronique automobile



UTILISATION DE L'ACÉTYLÈNE POUR L'ALIMENTATION DES MOTEURS AUTOMOBILES

Par Henri Petit

Rédacteur en chef de la *Technique automobile*
Ancien élève de l'Ecole Polytechnique

(*Suite*) (1)

L'acétylène et l'alcool

L'acétylène peut rendre de grands services pour améliorer l'alcool carburant. Celui-ci titre généralement 90° à 95°, et contient par suite une proportion d'eau notable. En faisant digérer du carbure de calcium dans l'alcool hydraté on élève fortement le titre de celui-ci, et d'autre part, l'acétylène produit par l'attaque du carbure et de l'eau, reste dissous dans l'alcool. Finalement donc, l'alcool se trouve amélioré, son pouvoir calorifique est nettement augmenté, et, par suite sa consommation diminuée.

Bien entendu, l'opération dont nous venons de parler doit être pratiquée au laboratoire — ou au garage — On laisse longuement reposer la chaux au fond du vase, et on décante — en complétant la séparation par un filtrage — avant de verser l'alcool dans le réservoir de la voiture.

Alimentation discontinue

On peut envisager l'acétylène comme carburant de secours d'une façon discontinue lorsque le carburant normal ne permet pas d'assurer la marche correcte du moteur. C'est le cas, par exemple quand on utilise un carburant peu volatil et lorsqu'on veut effectuer la mise en marche du moteur froid. Les essais ont montré qu'une voiture avait pu être alimentée avec un mélange d'essence et de pétrole lampant ne contenant que 40 % d'essence. La mise en marche à froid qui était impossible avec ce mélange s'obtenait au contraire sans difficulté, grâce à un débit d'acétylène très faible, de l'ordre de 180 litres à l'heure ce débit étant prolongé pendant cinq minutes environ, soit au total une dépense d'une quinzaine de litres d'acétylène.

L'acétylène peut également n'être utilisé que comme appoint au moment d'une reprise.

Aucune installation de série n'a pu encore être réalisée pour ces cas particuliers, mais ces problèmes préoccupent vivement les chercheurs et il est fort probable qu'ils recevront prochainement une solution pratique.

PRODUCTION DE L'ACÉTYLÈNE

Arrivons maintenant à un point particulièrement important et de réalisation toujours un peu difficile chaque fois qu'il s'agit d'utiliser à bord d'une voiture un combustible gazeux. Comment emporter ou produire l'acétylène à bord d'un véhicule ?

Deux cas sont à envisager. D'abord celui où on emmagasine l'acétylène, déjà produit dans une station fixe, dans des bouteilles où il est comprimé et celui où, au contraire, on provoque la formation de l'acétylène dans un générateur à bord du véhicule.

Bouteilles d acétylène dissous

On ne peut sans danger comprimer l'acétylène à forte pression en raison de sa formation endothermique qui risque de provoquer des explosions au moment de la compression ou même postérieurement.

On a tourné la difficulté en dissolvant l'acétylène dans un liquide au sein duquel il présente une grande solubilité. Le liquide choisi a été l'acétone. Un litre d'acétone peut dissoudre à la pression atmosphérique environ 25 litres d'acétylène et la quantité d'acétylène dissous est sensiblement proportionnelle à la pression.

La bouteille d'acétylène dissous utilisée couramment pour la soudure contient à pleine charge (sous 15 kilos de pression seulement), une quantité d'acétylène correspondant à 4 mètres cubes de gaz mesurés à la pression atmosphérique et cela, pour une capacité en eau d'environ 33 litres. Son contenu équivaut donc à 8 litres d'essence. Il existe des modèles de bouteilles plus faibles pouvant contenir seulement deux mètres cubes d'acétylène ou même 1.200 litres de gaz, ces dernières n'ayant qu'une capacité en eau de dix litres : ce sont les bouteilles autrefois utilisées pour l'éclairage.

Ces bouteilles sont relativement lourdes et on

---

(1) Voir *Concours médical*, 18-v-41.

peut estimer qu'elles pèsent de 13 à 15 kilos par mètre cube d'acétylène emmagasiné.

L'acétylène étant sous pression dans les bouteilles, il convient naturellement de le détendre au moyen d'un détendeur convenable.

La capacité des bouteilles qui joue un rôle essentiel dans le rayon d'action d'un véhicule a également une certaine importance pour le débit maximum instantané possible de gaz.

Si, en effet, on fait débiter trop vite une bouteille d'acétylène dissous, le gaz entraîne de l'acétone. On doit limiter le débit des bouteilles à environ 1.200 litres d'acétylène à l'heure pour les grandes bouteilles courantes de 4 mètres cubes.

L'entraînement d'acétone ne présente pas d'inconvénient du point de vue combustion, puisque l'acétone est lui-même combustible, mais l'entraînement du liquide entraîne des perturbations dans le réglage du mélange et provoque par suite des retours de flamme au carburateur.

La limitation de débit des bouteilles impose par suite fréquemment l'obligation d'emporter plusieurs bouteilles associées en parallèle. C'est ainsi par exemple que pour alimenter un moteur consommant 8 litres d'essence à l'heure, il faudra associer trois bouteilles de 4 mètres cubes d'où un poids mort voisin de cent cinquante kilos.

D'autre part, le nombre de bouteilles actuellement en circulation est très limité, ces bouteilles étaient en effet utilisées jusqu'ici uniquement pour les besoins de la soudure. Il paraît difficile d'envisager une augmentation actuelle de leur production en raison de la pénurie en acier.

Ajoutons, d'autre part que le remplissage des bouteilles ne peut être fait que dans des usines spécialisées et qui n'existent qu'en petit nombre. Enfin, le prix de l'acétylène ainsi comprimé est élevé et ressortirait à 20 ou 25 francs le mètre cube.

De tout cela, il résulte que l'emmagasinage de l'acétylène dans des bouteilles où il se trouve comprimé n'est conseillable que lorsque ce gaz est utilisé d'une façon intermittente sous forme d'appoint (mise en route, reprise, etc...).

Production par générateur à bord de la voiture

Il faudra donc, dans la majorité des cas, produire l'acétylène à bord de la voiture, dans un générateur convenablement étudié et aménagé.

Nous avons indiqué plus haut quelle était l'équation de proportion de l'acétylène et d'essence.

Nous n'y reviendrons que pour rappeler que le générateur doit contenir d'une part, une provision suffisante de carbure et, d'autre part, un système d'alimentation en eau. Un kilo de carbure industriel peut dégager environ 280 à 300 litres d'acétylène mesurés à 15°C, sous la pression atmosphérique et la consommation théorique d'eau nécessaire est de l'ordre de un demi-litre par kilo. Nous disons consommation théorique, car nous verrons qu'elle peut, dans la pratique, être largement dépassée pour certains types d'appareils.

Il existe trois classes de générateurs d'acétylène : les générateurs à contact, les générateurs à chute d'eau sur le carbure et les générateurs à chute de carbure dans l'eau.

Dans les générateurs à contact, le carbure est contenu dans un panier placé à la partie supérieure du générateur et l'eau logée dans un réservoir placé plus haut que le panier. Au contact de l'eau et du carbure, l'acétylène se dégage. Si le débit est inférieur à la production, la pression augmente et refoule l'eau de telle sorte qu'il n'y a plus contact entre le liquide et le carbure et la production du gaz cesse. Elle reprend automatiquement quand la pression baisse. Tout cela au moins théoriquement.

Dans les générateurs à chute d'eau sur le carbure, on envoie une quantité d'eau limitée et dosée sur une quantité de carbure supérieure à celle qu'elle peut décomposer. On règle le débit du générateur par le débit de l'eau. Enfin, dans les générateurs à chute de carbure dans l'eau, le carbure granulé tombe dans un récipient contenant de l'eau et la chute de carbure est réglée par la production de gaz que l'on désire obtenir.

Ajoutons encore que les règlements classent les générateurs de carbure en trois catégories, suivant la pression à laquelle l'acétylène est fournie. Les générateurs à basse pression ont des pressions inférieures à 50 grammes par centimètre carré. Les générateurs à moyenne pression ont des pressions comprises entre 50 et 500 grammes par centimètre carré et enfin, les générateurs à haute pression ont des pressions comprises entre 50 et 500 grammes par centimètre carré.

Ces catégories ont été établies en raison des exigences de la soudure acétylénique qui utilise l'un ou l'autre type, suivant la catégorie d'appareils.

La qualité du générateur se détermine par la façon dont il évite la polymérisation de l'acétylène d'une part, la surproduction du gaz d'autre part.

Pour éviter la polymérisation, la température ne doit pas dépasser au maximum 120 degrés dans le générateur.

Comme la polymérisation s'accompagne de dégagement de chaleur, le phénomène peut s'accélérer et prendre une allure explosive. Les générateurs doivent donc évacuer correctement la chaleur en excès.

La surproduction provient du fait que la suppression du contact de l'eau et du carbure qui doit se faire théoriquement au moment précis où

le débit cesse ou diminue, continue en réalité, après que le débit a cessé.

Dans son attaque par l'eau, le carbure se transforme, on le sait, en chaux vive qui, restant plus ou moins imbibée d'eau, se transforme à son tour en chaux hydratée. Celle-ci forme une sorte de gangue autour des grains de carbure. Là, la chaux continue à réagir sur le carbure et à provoquer par suite la formation d'acétylène, alors qu'on n'en a plus besoin. La surproduction se produit en particulier, quand on passe de la pleine marche du moteur à la marche au ralenti et plus encore quand on arrête le moteur.

Les générateurs doivent être aménagés de telle sorte qu'ils évitent autant que possible la surproduction et que, dans tous les cas, ils possèdent des dispositifs leur permettant de loger le supplément de gaz produit en ne le laissant échapper que s'il dépasse la pression de sécurité.

Signalons à ce propos que la Chambre syndicale de l'Acétylène et de la Soudure autogène a mis au point un règlement relatif à la classification, à la construction et au fonctionnement en même temps qu'aux essais des générateurs d'acétylène.

En sortant du générateur, l'acétylène est loin d'être pur. Comme le carbure de calcium n'est pas un produit chimiquement pur, et contient en particulier des sulfures et des phosphures, l'acétylène est plus ou moins chargé d'hydrogène sulfuré et d'hydrogène phosphoré. D'autre part, des poussières de chaux se trouvent toujours emportées par l'acétylène qui sort du générateur.

Le gaz doit donc subir, avant son arrivée au moteur, une épuration aussi complète que possible pour éviter que les produits nocifs pour la conservation des organes ne puissent pénétrer dans le cylindre.

Théoriquement, l'épuration doit être physique et chimique : physique pour supprimer tout corps solide en suspension, chimique pour détruire les phosphures et sulfures d'hydrogène ; mais comme ces produits étrangers sont toujours en faible proportion, l'expérience a montré qu'une épuration physique était généralement suffisante. Et, cela, d'autant plus que la consommation d'acétylène est plus faible.

Générateurs pour voitures automobiles

On sait construire depuis longtemps les générateurs d'acétylène fixes pour les besoins de la soudure autogène et ces appareils donnent toute satisfaction.

Mais le problème du générateur de voiture présente des difficultés particulières : il doit, en effet être léger, peu encombrant et éviter tout gaspillage de carbure et d'eau. Aussi, son étude a-t-elle conduit à des solutions nouvelles et nettement différentes de celles qui sont utilisées pour les générateurs fixes.

Il y a lieu de noter d'ailleurs que ces appareils mobiles sont très nouveaux puisque leur besoin ne s'est fait sentir que depuis quelques mois. Ils ont fait depuis qu'ils ont été mis à l'étude des progrès considérables. A l'heure actuelle, il en existe un certain nombre de modèles parfaitement utilisables qui pourront vraisemblablement bénéficier de perfectionnements nouveaux, mais qui, dès maintenant sont susceptibles de donner pleinement satisfaction.

Sans entrer dans le détail de leur construction, disons qu'ils sont généralement du type à arrosage de carbure par l'eau et que leurs constructeurs se sont laissé guider par la préoccupation d'éviter tout gaspillage d'eau et de carbure et d'arrêter la production du gaz dès que celui-ci n'est plus utilisé. Le carbure est, en principe contenu dans un panier, et on fait arriver sur lui un jet d'eau qui peut être alimenté par une pompe identique à l'ancienne pompe à essence du moteur. Le réglage du débit de l'eau se fait soit pardes moyens mécaniques, soit en utilisant la pression du gaz à l'intérieur du générateur.

Les constructeurs ont cherché à séparer du carbure, la chaux qui se forme sous l'effet de la réaction dès que cette réaction se produit. On arrive ainsi à éviter le gaspillage d'eau puisqu'on peut espérer que la majeure partie de cette chaux restera à l'état anhydre et aussi à empêcher autant que faire se peut la surproduction.

Cette suppression est obtenue en agitant le panier qui contient le carbure. Cette agitation est réalisée par différents moyens, suivant les constructeurs. Certains d'entre eux utilisent les trépidations de la marche du véhicule qu'ils cherchent à amplifier pour les transmettre au panier contenant le carbure de telle sorte que celui-ci, étant constamment secoué, la chaux tombe au fond de l'appareil sous forme pulvérulente dès qu'elle est formée. D'autres commandent le mouvement du panier par un flexible entraîné par le moteur ou bien par une transmission mécanique mise en œuvre par le conducteur lui-même.

Enfin, on doit se préoccuper également de la facilité de vidange et de nettoyage des appareils. Il faut que l'évacuation de la chaux qui se rassemble à la partie inférieure du générateur se fasse aisément et autant que possible sans exiger un lavage au jet. Dans certains types d'appareils, la boue pâteuse formée par la chaux se réunit dans un compartiment au milieu duquel est placée une vis d'Archimède ; en agissant sur une manivelle qui commande la rotation de cette

vis d'Archimède, on arrive à évacuer la chaux aisément et sans se salir.

Appareils de sécurité

Les générateurs doivent naturellement être pourvus d'un certain nombre d'appareils de sécurité rendus réglementaires par des décisions officielles et d'ailleurs indispensables pour éviter tout danger aux utilisateurs. Parmi ces appareils, citons une soupape de sécurité qui doit s'ouvrir lorsque la surpression dépasse une valeur préalablement fixée et qui dépend du type de générateur. Cette soupape évacue l'acétylène dans un conduit qui débouche à la partie supérieure du véhicule.

Le détendeur doit amener le gaz à une pression inférieure à la pression atmosphérique pour que le débit de gaz cesse dès que le moteur s'arrête et que, par suite, il n'y a plus de dépression au mélangeur. Un appareil anti-flamme doit être disposé à proximité du mélangeur pour éviter toute transmission de flamme en cas de retour du moteur.

Des robinets d'arrêt parfaitement étanches doivent exister sur la canalisation du gaz.

Enfin, les portes de remplissage et de vidange du gazogène doivent avoir des fermetures sûres et étanches.

Installation du générateur sur le véhicule

L'installation d'un générateur à acétylène comporte :

1° Le générateur proprement dit ;
2° L'épurateur ;
3° Le détendeur et les appareils de sécurité ;
4° Le mélangeur et les canalisations.

Elle est, on le voit, un peu analogue à celle d'un gazogène quoique présentant par rapport à celle-ci certaines simplifications.

Les points à observer au cours de l'installation visent principalement la facilité de vidange et d'entretien du générateur.

Celui-ci se place, au mieux, à l'arrière du véhicule, autant que possible sur des rails sur lesquels il peut glisser pour faciliter son nettoyage et sa vidange.

L'installation doit être complétée par l'aménagement des réservoirs d'eau. On utilise presque toujours l'ancien réservoir à essence de la voiture pour l'eau qui servira d'une part comme anti-détonant, ainsi que nous l'avons indiqué et d'autre part, pour l'alimentation du générateur.

Le volume d'eau à prévoir est de un demi-litre par kilo de carbure pour une production d'acétylène d'environ 280 litres, soit un litre d'eau pour une quantit de gaz équivalent à un litre d'essence. En plus, on doit compter un litre d'eau comme anti-détonant pour l'équivalent d'un litre d'essence, soit en tout deux litres d'eau pour l'équivalent de un litre d'essence.

Pour un même rayon d'action qu'avec l'essence, le réservoir devra donc avoir un volume double. Comme il faut deux kilos de carbure pour donner l'acétylène correspondant à un litre d'essence, on voit que l'équivalent de un litre d'essence est, d'une part, de deux litres d'eau, d'autre part de deux kilos de carbure, soit un poids de quatre kilos, sans compter le poids du générateur et de ses annexes qui peut s'élever à une soixantaine de kilos.

Terminons en indiquant qu'à l'heure actuelle, on peut trouver assez facilement du carbure de calcium, au prix de deux francs le kilo environ.

***

Comme conclusion, on voit que l'acétylène offre des possibilités non négligeables dans la pénurie d'essence où nous nous trouvons actuellement. Sans doute, l'équipement d'une voiture présente-t-il une certaine complication et entraîne-t-il des frais non négligeables, mais il semble que si, du moins, les disponibilités en carbure continuent à permettre un approvisionnement facile, l'aménagement pour la marche à l'acétylène donne une assez grande autonomie à la voiture qui en est pourvue.

La puissance du moteur reste sensiblement la même qu'avec l'essence ; la mise en route est facile. La mise en régime immédiate et la consommation traduite en francs reste nettement avantageuse.



A PROPOS DE LA CHICORÉE

En la triste période que nous traversons et dont hélas, nous ne voyons pas la fin, nous sommes privés de l'ineffable plaisir de déguster une tasse de bon café, remplacé maintenant, surtout dans le Nord, par la chicorée. Avec le rationnement en lait plus de café au lait mais chicorée au lait, mélange de lait avec de l'infusion de chicorée.

La chicorée est vendue dans le commerce en paquets sous forme de grains roux noirâtres produits par la torréfaction et le concassage des racines de la plante.

Beaucoup de personnes éprouvent du dégoût ou de l'intolérance pour le lait pur si souvent indiqué dans le traitement des malades. Essayez donc de leur faire goûter du lait dans lequel, avant de le faire bouillir, vous aurez jeté une poignée de grains de chicorée et passé ensuite dans une passoire. Le lait est devenu un peu grisâtre, il a une saveur spéciale légèrement aromatisée, il est devenu aussi plus digestif, plus agréable au goût. En sucrant à volonté vous verrez que ce lait sera probablement accepté bien volontiers par les malades, par ceux qui n'aiment pas le lait pur, ils en deviendront sans doute même très friands. Et ce lait a conservé toute sa valeur nutritive qu'il perd en partie quand il est additionné de l'infusion de chicorée.

Beaucoup de confrères, surtout à la campagne ont un grand jardin qu'ils cultivent eux-mêmes s'ils ont des loisirs et s'ils aiment le jardinage ou qu'ils font cultiver par leur jardinier. Dans ce jardin ils cultivent presque sûrement la chicorée de Bruxelles, dite Witloof. A l'arrière saison on arrache les plantes en plusieurs fois pour ne pas avoir tous les produits à la même époque. On coupe les feuilles à environ 2 centimètres du collet et on place les racines côte à côte dans un silot, on les recouvre de terre. La plante continue à se développer aux dépens de la racine, mais par l'absence de lumière la fonction chlorophyllienne ne se faisant plus les feuilles restent blanches et s'allongent en fuseau. C'est ainsi qu'on les trouve dans le commerce. Cuites à l'eau et mieux au beurre (?) quand on peut s'en procurer elles constituent un mets délicieux, accepté par les estomacs les plus délicats et que tout le monde connaît. Quant aux racines, en ce temps de vie chère où il faut faire flèche de tout bois on peut les faire sécher, les écraser au moulin et avoir les grains de chicorée dont nous avons parlé plus haut.

Quand on arrache la plante les feuilles vertes qu'on enlève sont généralement ou laissées sur le terrain pour servir d'engrais ou données à la volaille, aux lapins, aux chevaux, qui en sont très friands. C'est que, je crois, beaucoup de personnes ignorent qu'avec ces feuilles on peut faire d'excellentes purées. Moins connue, moins appréciée par conséquent que la purée aux feuilles d'épinards qu'on a appelée le balai de l'estomac, la purée de feuilles de chicorée constitue cependant un mets excellent, peu coûteux, ce qui est appréciable en période de vie chère, un peu amer sans doute (mais on peut corriger l'amertume par le sucre) et, comme tous les amers, stomachique. Elle est riche en vitamines, dépurative et de digestion facile. Puisse la paix être conclue avant que les confrères aient essayé de goûter cette purée qu'ils ne connaissaient pas.

M. P. Blanchard.

LES PALPITATIONS DE MADAME DE POMPADOUR

Parlant de la maladie de cœur et des palpitations de la Marquise de Pompadour, les frères de Goncourt ajoutent en note : « Elle suivit quelque temps, un traitement d'un médecin du Marais, nommé Renard, qui la faisait promener très vite, dans sa chambre, et lui faisait soulever des poids ». Drôle de médecin, direz-vous, et singulière médication pour une cardiaque. Mais ce sont les Goncourt qui ont mal lu les Mémoires de Madame du Hausset et qui les rapportent inexactement.

On lit, en effet, dans ces Mémoires : « Madame avait des battements de cœur terribles... Elle consulta beaucoup de médecins et je me souviens que l'un d'eux la fit promener dans sa chambre, lui fit soulever un poids et l'obligea de marcher vite. Elle était surprise ; il lui dit : c'est le moyen de savoir si cela vient de l'organe, parce qu'alors le mouvement accélère les battements ; sinon cela vient des nerfs. »

Ce n'est pas si bête, et c'est, en tout cas, tout à fait différent de ce qu'impriment les Goncourt (Emile Henriot : *De Marguerite de France à Katherine Mansfied*).

Directeur-Gérant : G. Lavalée Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

Une réunion des membres du Conseil de l'Ordre et des représentants des Caisses d'assurances sociales est désirable pour étudier, d'un commun accord, les modifications à apporter aux conventions existantes.

Au sujet des médecins sinistrés le secrétaire demandera au secrétariat général de l'Ordre, la définition du « médecin sinistré ».

Le Conseil examine la situation médicale à ce jour, décide de demander aux médecins dont les postes sont vacants de faire connaître leur intention de rentrer exercer leur profession dans les Ardennes ou non, afin de pouvoir établir la liste des postes vacants et pourvoir à leur remplacement le cas échéant.

Le Secrétaire adressera à M. le Préfet, le dossier des quatre médecins, nés de parents étrangers, exerçant actuellement dans les Ardennes, avec avis favorable.

MM. les Docteurs Vilte et Vassal sont désignés pour assurer la répartition de l'essence aux médecins en accord avec M. le médecin inspecteur de la Santé.

Le Conseil communique enfin une liste des médecins rentrés dans les Ardennes à la date du 1er mai 1941.



Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers

Les lycées de Paris offrent des livres aux étudiants et universitaires prisonniers

Le Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers, grâce à l'aide de l'Université de Paris, des diverses Associations d'étudiants et de l'Union nationale des étudiants de France, avec la collaboration généreuse du Comité central d'assistance aux prisonniers de guerre, s'est efforcé, depuis le mois d'août dernier, de venir en aide aux étudiants et universitaires prisonniers dans les camps de France et d'Allemagne, en leur apportant un réconfort moral et des secours matériels.

Le Centre d'entr'aide a réuni ainsi plus de huit mille dossiers de prisonniers avec lesquels il correspond régulièrement. Il est en contact permanent avec les familles de ces prisonniers.

Ainsi, plusieurs tonnes de colis, contenant des vêtements, des vivres et du tabac, ont déjà été envoyés dans les camps de France et d'Allemagne.

D'autre part, depuis la fin de novembre et surtout depuis le mois de janvier 1941, le Centre d'entr'aide a consacré une partie de son activité à l'envoi aux étudiants et universitaires prisonniers de livres pouvant leur permettre de poursuivre leurs études, de parfaire leur culture générale.

Plus de 60.000 volumes ont été ainsi expédiés aux prisonniers, tant en envois collectifs aux bibliothèques des camps d'Allemagne, qu'en colis individuels

Nombreux furent ceux qui collaborèrent avec le Centre pour rassembler ce grand nombre de livres.

Il faut citer aujourd'hui l'effort remarquable des établissements d'enseignement de l'Académie de Paris parmi lesquels les lycées parisiens se placent au premier rang. A la demande de M. le Recteur et sous l'impulsion de M. Chamoux, proviseur du lycée Janson-de-Sailly, les élèves des lycées ont offert plusieurs milliers de livres.

M. Maurain, doyen de la Faculté des sciences chargé des fonctions de recteur de l'Université de Paris, a tenu à recevoir lui-même, une délégation de lycéens de Janson, conduite par M. Chamoux, venue apporter au Centre d'entr'aide près de cinq mille volumes destinés aux étudiants et universitaires prisonniers. Il les a remerciés de leur collaboration : leur geste est le symbole de la solidarité qui unit tous les étudiants et des sentiments affectueux qu'éprouvent les lycéens de Paris pour leurs aînés prisonniers de guerre.

Comité sanitaire de la Région parisienne

Séance du 29 avril 1941

Pharmacie. — M. Alexandre donne quelques renseignements sur l'organisation prochaine de la profession pharmaceutique. Il semble qu'elle comprendra trois sections :

1° Les problèmes industriels et commerciaux, rattachés au Ministère du Commerce et de la Production ;

2° Ceux qui concernent les salariés, dépendant du Ministère du Travail ;

3° Tout ce qui regarde la déontologie et la moralité de la profession, sous le contrôle de l'Ordre des pharmaciens et du Ministère de la Santé publique.

Service social rural. — M. Renaudeaux signale l'organisation prochaine de ce service, conformément à la loi qui prévoit l'utilisation dans les campagnes des étudiants et des jeunes gens sans emploi. Plusieurs problèmes se sont posés à cet égard, qui sont en voie de solution. Les étudiants en médecine et en pharmacie seront probablement chargés d'une propagande d'hygiène en vue de laquelle ils recevront les directives nécessaires. On devrait y joindre, pour la partie urbaniste, les étudiants en architecture.

Secret professionnel des assistantes sociales. — M. Fontaine. — La liste que contient l'article 378 du Code pénal n'est pas limitative ; elle repose avant tout sur la notion du « Confident nécessaire », c'est-à-dire l'obligation où se trouvent certaines personnes, pour exercer leur profession, de recevoir des confidences de faits « secrets par leur nature ». Il semble bien que les assistantes sociales soient justement dans ce cas. Le secret est donc pour elles, une obligation.

Assurances sociales. — M. Dournel. — Les défauts que dix années d'expérience ont révélés dans la loi du 30 avril 1930, ainsi que la création de l'Ordre des médecins, qui sera suivie d'autres, imposent une refonte de cette loi, et j'apporte ici les conclusions générales adoptées par votre Commission, après la discussion des sept rapports particuliers dont les auteurs s'étaient partagé la besogne.

D'après la loi elle-même, les Caisses d'assurances sociales sont essentiellement des organismes comptables. Ils ne sauraient donc être chargés de services comme celui de la prévention des maladies, ou de la prophylaxie sociale, qui intéresse la collectivité toute entière et doivent être envisagés sur un plan

large et désintéressé, et non point sous l'angle particulier du bénéfice des Caisses. La prévention est un service national qui doit être confié à la corporation sanitaire dans son ensemble, sous le contrôle du ministère de la Santé publique.

Pour la médecine de soins, qui est individuelle, et que les Caisses ont mission de financer, elles ne peuvent le faire qu'en respectant les grands principes de la Charte médicale, et le contrôle de ces soins revient uniquement aux Ordres intéressés. D'autre part, la profession médicale a, dans ce domaine, une place prééminente.

Les tarifs d'honoraires et de prestations doivent être établis par les Conseils départementaux des Ordres, et correspondre aux honoraires habituellement demandés par le Corps médical aux malades économiquement faibles, chaque médecin demeurant libre de fixer ses honoraires au-delà de ce tarif minimum.

Le tarif de responsabilité des Caisses doit être tel, qu'il n'excède, pour la part à la charge de l'assuré, que d'une façon modérée le minimum de 20 % institué par la loi.

Le relèvement des tarifs de responsabilité est particulièrement opportun en matière de chirurgie, de spécialités et de maternité, et il y a lieu de reviser dans ce sens les nomenclatures respectives.

Le législateur a certainement envisagé surtout le « gros risque ». Or, dans les maisons de santé privées, la concurrence des hôpitaux publics et les abaissements de tarif provoquent une rivalité déloyale, regrettable, qui compromet la qualité des soins. Il faut, dans ce domaine, avoir recours à l'assurance complémentaire obligatoire, confiée à des Mutuelles chirurgicales ou médico-chirurgicales.

Pour les dispensaires, l'article 6 de la loi qui prévoit leur création par les Caisses est une hérésie, qui aboutit à une médecine de deuxième qualité. Ils doivent être fermés et remplacés par des Centres de recherche en vue du diagnostic, réservés aux assurés dont les ressources ne permettraient pas certains traitements ou certains examens dispendieux ; ils doivent être également placés sous le contrôle de l'Ordre.

Les tarifs des soins donnés par les auxiliaires médicaux ont été jusqu'ici mal définis et remboursés à des taux dérisoires. Il y a lieu de les relever et d'instituer le contrôle des auxiliaires médicaux sous les auspices du Groupement corporatif national des auxiliaires médicaux, et sous la haute direction de l'Ordre. Il est également indispensable de réduire à trois jours, comme pour les accidents du travail, le délai de préavis.

Le contrôle exercé par les Caisses a surtout pour objet d'accumuler les bonis. Leurs médecins contrôleurs n'ont pas l'indépendance nécessaire, et sont sans cesse amenés à s'immiscer dans le contrôle des soins. Ils doivent être supprimés, et le contrôle confié, suivant la loi, à l'Ordre seul, qui se chargera de la répression des abus, et constituera à cet effet un corps de contrôleurs spécialisés, secondés par les assistantes sociales.

En résumé, il n'appartient pas aux Caisses d'assurances sociales d'organiser la médecine prophylactique et la médecine préventive.

Elles sont et doivent rester de par la pensée régénératrice qui les a créées et de par leur composition même, des organismes de financement de soins, soins dont l'organisation et le contrôle appartiennent à ceux qui ont reçu pour ce faire la formation nécessaire et dont c'est le rôle particulier dans la Société.



ASSURANCES SOCIALES

Nous croyons utile pour nos lecteurs de publier les trois Circulaires ministérielles ci-dessous. Nous attirons tout particulièrement l'attention sur la Circulaire du 22 février qui fait place aux Conseils de l'Ordre des médecins dans le fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales. Ses directives concordent entièrement avec les thèses que nous avons récemment développées à ce sujet. Mais il serait préférable qu'une réforme législative vienne définitivement « intégrer l'Ordre nouveau » dans les Assurances sociales.

Création d'un service de solidarité en faveur des assurés sociaux et victimes de guerre

(*Circulaire ministérielle du* 1er *février* 1941)

. . . .

II. — Prestations supplémentaires à accorder.

Prestations en nature de l'assurance-maladie au-delà du délai de six mois : sous les réserves prévues à l'art. 34, parag. 2 c., du décret-loi du 28 octobre 1935.

Prestations complémentaires en cas d'intervention chirurgicale grave ou de traitement coûteux ou prolongé :

Payement d'une partie de la différence entre la dépense réelle engagée par l'assuré et le taux de responsabilité, sous réserve, en cas d'hospitalisation dans un établissement privé, d'un accord préalable de prise en charge de la dépense par la Caisse intéressée.

En ce qui concerne les assurés dénués de ressources (c'est aux services sociaux des organismes d'Assurances sociales qu'il appartiendra de désigner, le cas échéant, les bénéficiaires), les Caisses étendront la mesure susvisée à l'ensemble des prestations en nature des assurances maladie et maternité, et pourront prendre en charge la presque totalité de la dépense, ne laissant à l'assuré qu'une très faible participation de principe destinée à éviter les appels abusifs à l'assurance. Les Unions régionales et les Caisses prendront toutes dispositions qu'elles jugeront utiles en vue d'organiser ce service.

Les assurés inscrits à l'assistance médicale gratuite ou remplissant les conditions exigées pour cette inscription seront naturellement exclus du bénéfice de ces prestations.

Toutefois, pendant le délai d'instruction des demandes d'inscription sur les listes d'assistance, les Caisses leur attribueront lesdites prestations supplémentaires. Les Caisses veilleront à ce que ces inscriptions soient bien effectuées chaque fois que la situation de l'assuré le permettra.

. . . .

Remboursement des consultations médicales nécessaires pour l'obtention d'un certificat médical

(*Circulaire ministérielle du* 5 *février* 1941)

Une Circulaire de M. le ministre du Ravitaillement, en date du 26 septembre 1940, prévoit que les personnes dont l'état de santé justifie une suralimentation peuvent obtenir un supplément de ration sur production d'un certificat délivré par un médecin assermenté désigné par le Préfet. Le coût de l'intervention de ce praticien est à la charge de l'intéressé.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les consultations médicales de cette nature doivent être remboursées par les Caisses primaires d'Assurances

sociales dans les conditions habituelles, sur le vu d'une feuille de maladie ordinaire signée par le praticien, même si l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas, en fait, un traitement suivi.

Si la délivrance du certificat a lieu à l'occasion d'un traitement médical déjà en cours, le médecin assermenté utilisera soit la feuille de maladie en cours, soit une feuille de maladie distincte que l'assuré renverra à sa Caisse en même temps que la feuille afférente au traitement proprement dit.

Il y a lieu d'ajouter, dans le même ordre d'idées, que les Caisses peuvent participer aux frais médicaux lorsqu'un certificat médical est exigé des travailleurs des deux sexes employés dans les hôtels, cafés, restaurants, maisons d'alimentation, etc... pour justifier qu'ils ne sont pas atteints de maladies contagieuses. Cette participation s'étendra, le cas échéant, aux frais d'analyses ou d'examen radiographique. Il y a là, toutefois, une question d'espèce et il appartient aux Caisses d'apprécier, compte tenu de leur situation financière et de l'intérêt social de la visite exigée, si elles doivent ou non participer aux frais de cette visite.

Les dépenses résultant de l'application de la présente Circulaire sont assimilables à des dépenses obligatoires et doivent, comme telles, être imputées au compte « prestations ».

Bien entendu, dans les cas ci-dessus visés, la Caisse ne doit participer aux frais exposés que si l'intéressé a cotisé dans les conditions que prescrit le décret-loi du 28 octobre 1935, pour le risque maladie. En outre, elles subordonnera le remboursement de la consultation à la double condition que le médecin traitant ait porté sur la feuille de maladie, la mention « certificat médical pour ravitaillement, délivré le ..... », et que l'intéressé ait effectivement obtenu ce certificat.

Représentation des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins au sein des organismes d'Assurances sociales

(*Circulaire ministérielle du* 22 *février* 1941)

En vertu de la loi du 7 octobre 1940 qui a institué l'Ordre des médecins et prononcé la dissolution de leurs Syndicats, les représentants de ces organismes ne peuvent valablement siéger dans les commissions ou juridictions participant au fonctionnement des Assurances sociales.

J'ai l'honneur, en conséquence, de vous prier de vouloir bien, dès réception de la présente Circulaire, vous mettre en rapport avec les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins pour que, dans chaque région, ces Conseils soient représentés régulièrement dans le Conseil d'administration de l'Union régionale et au sein de la Commission régionale tripartite.

D'une façon générale, je vous signale que c'est aux représentants du Conseil de l'Ordre des médecins que les Caisses d'assurances sociales et vous-mêmes devront exclusivement faire appel dorénavant toutes les fois que le concours du Corps médical se trouve prévu par un texte légal ou réglementaire ou simplement exigé par une circonstance exceptionnelle.

Vous aurez, en particulier, à engager dès maintenant les pourparlers nécessaires pour que toutes les conventions qui ont été conclues entre les Caisses d'Assurances sociales et les Syndicats médicaux soient reprises en vue d'y substituer des conventions nouvelles passées avec le Conseil départemental de l'Ordre. Au cas où les anciennes conventions seraient reconduites purement et simplement par ledit Conseil, il n'y aurait pas lieu de les soumettre à la Commission régionale tripartite.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.530. — Les religieuses attachées à une clinique bénéficient-elles de la législation sur les accidents du travail.

Les sœurs que j'ai comme infirmières à ma clinique doivent-elles être assurées contre les accidents du travail ?

Dr D.

Réponse

La question que vous nous posez est assez délicate à trancher, mais a déjà fait l'objet d'une solution en matière d'Assurances sociales.

Aux termes d'une réponse ministérielle no 7924 parue au *Journal Officiel* du 24 avril 1934 « si les religieuses considérées sont employées par l'établissement en vertu d'une convention passée entre cet établissement et la Congrégation, il n'y a pas de contrat de travail entre l'établissement et les religieuses; celles-ci n'auraient pas, par suite, et sous réserve de la jurisprudence à intervenir, au regard de l'établissement où elles sont employées, la qualité de salariées susceptible de les faire bénéficier de l'assurance obligatoire sous le régime des assurances sociales. Si, au contraire, les religieuses sus-visées sont employées en vertu d'un contrat direct passé entre elles et l'établissement, et comportant l'attribution d'un véritable salaire, elles doivent être immatriculées sous le régime des assurances sociales ».

Cette solution doit-elle être étendue au cas des accidents du travail ? Nous penchons pour l'affirmative, car la loi du 1er juillet 1938 modifiant la loi du 9 avril 1898 sur les risques professionnels, considère comme bénéficiant de ces dispositions « quiconque aura prouvé par tous moyens qu'il exécutait à un titre quelconque, même d'essai ou d'apprentissage, un contrat, valable ou non, de louage de services ». Le contrat de louage de services reste donc bien à la base de l'application de la loi, et ce n'est que dans le cas où il existe que le chef de l'entreprise encourt des responsabilités légales et doit, par conséquent, s'assurer contre les accidents du travail.

Toutefois, nous devons vous signaler que la tendance de la jurisprudence est de donner une définition de plus en plus souple et extensive du contrat de louage de services, et qu'elle s'efforce de généraliser au maximum l'application des lois sociales à tous ceux qui, à un titre quelconque, sont au service d'un employeur.

Nous croyons donc devoir vous conseiller la prudence en cette matière, et mieux vaut vous assurer, même à tort, que de risquer de supporter vous-même la responsabilité très lourde que met à la charge des employeurs la loi de 1898.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Assurances sociales*

2.422. — Petits pansements multiples

Je vous serais bien obligé de m'indiquer la mention qu'il convient d'inscrire dans la colonne *acte médical* d'une feuille de maladie d'assuré social pour pansements multiples avec nettoyage de plaies infectées au visage et à chacune des mains.

Est-ce P C 2 ou P C 1 comme le prétend un directeur de caisse d'Assurances sociales ?

Dr C.

Réponse

Ce ne peut être P. C. 1 puisque, à cette rubrique, il est parlé de « pansement petit isolé », alors que vous avez fait des pansements « multiples ». Je compterais P. C. 1 pour le premier pansement, et P. C. 1 divisé par 2 pour chacun des deux autres, ce qui ferait, en somme, un total de P. C. 2 qui m'apparaît normal en l'espèce.

Dr F. Decourt.

b) *Accidents du travail*

2.664. — Luxation du poignet

Pourriez-vous me dire combien tarifer une réduction de luxation du poignet, méthode non sanglante, accident du travail.

Dr A.

Réponse

Vous trouverez, art. 19 « Luxations : Réduction et contention par méthode non sanglante... radiocarpienne = 170 francs ». L'amusant, c'est qu'il y a « Epaule radiocarpienne » sans ponctuation entre les deux mots, mais la rectification est facile, car une épaule de cette qualification serait plutôt bizarre.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

2.538. — Indemnisation des victimes civiles de la guerre

J'ai l'honneur d'habiter une ville dans laquelle toutes les nuits, tous les médecins doivent rester à leur domicile. Nous pensons cependant organiser un tour de garde qui permettrait à tour de rôle d'aller passer une nuit convenable aux environs.

Quoi qu'il en soit, on peut considérer que ceux qui resteront le feront par ordre. Dans ces conditions, s'ils venaient à être tués ou blessés, quels seraient les droits de leur famille ? Y aurait-il lieu à pension comme pour des militaires et des fonctionnaires en service commandé ? Sur quelles bases ? Faut-il avoir un ordre de réquisition civile en bonne et due forme ?

Personne d'entre nous ne songe à se dérober en laissant tomber malades et blessés. Mais il nous paraît équitable, qu'au cas d'accident en service commandé, nos familles n'aient pas à se contenter d'un discours émouvant du maire ou du préfet accompagné peut-être d'une vague décoration... et puis c'est tout.

Je suppose que le cas a été prévu par les membres de la défense passive, mais personne n'a pu encore me renseigner.

Dr X.

Réponse

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le fait d'être régulièrement requis par les autorités préfectorales ne saurait vous accorder une protection complémentaire à ce point de vue.

En effet, pas plus la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la Nation en temps de guerre, que ses divers décrets d'application, n'ont prévu le statut des personnes requises par les autorités publiques à titre civil, et rien ne permet d'assimiler ces requis aux militaires pour les pensions de guerre.

Mais, par contre, nous trouvons dans la loi du 9 septembre 1939 les apaisements nécessaires.

Cette loi concerne les pensionnés, veuves, ascendants, orphelins de militaires morts pour la France, et les *victimes civiles de la guerre* actuelle.

Aux termes de son article 1er, le bénéfice de toutes les dispositions législatives réglementaires régissant les victimes de la guerre de 1914-1918 et dont l'Office national des Mutilés, Combattants, Victimes de la guerre et Pupilles de la Nation a été chargé d'assurer l'application, est étendu aux mêmes catégories de victimes de la guerre actuelle.

Il résulte de là que vous-même et vos confrères, de même d'ailleurs que tous les habitants de la ville de X., quelle que soit leur profession ou leur activité, peuvent invoquer les dispositions de la loi du 24 juin 1919 sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre.

Aux termes de l'art. 1er de cette loi, qu'il y a lieu d'adapter à la guerre actuelle, tout Français ne se trouvant pas dans l'une des situations auxquelles s'applique la loi du 31 mars 1919 sur les pensions des armées de terre et de mer, et qui, par suite d'un fait de guerre survenu entre le décret d'ouverture des hostilités et l'expiration d'un délai d'un an à dater du décret fixant la cessation des hostilités, aura, dans les circonstances prévues par l'art. 2, reçu une blessure ou contracté une maladie ayant entraîné une infirmité, aura droit à une pension définitive ou temporaire. En cas de décès de la victime, ses ayants-droit pourront, dans les mêmes conditions que les ayants-droit des militaires, se prévaloir des dispositions de la législation sur les pensions militaires.

L'article 2 répute causées par des faits de guerre les blessures, mortelles ou non, reçues au cours des opérations militaires conduites par les armées alliées ou ennemies, ou résultant d'actes de violence commis par l'ennemi.

Enfin, d'après l'art. 3, les taux prévus pour le soldat, ou pour ses ayants-droit, seront applicables aux bénéficiaires de la présente loi sans que les pensions définitives ou temporaires d'infirmité puissent donner lieu à réversion. Sont applicables de même les dispositions concernant les majorations pour enfants, et les soins nécessités par la blessure ou la maladie.

O O O

Soixante-troisième année N° 22 1er Juin 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants........ 50 fr.

Le Numéro........ **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuse toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

No 156. — Chirurgien franç., ayant exercé province, connaiss. bien anesthésie régionale, transfusion, références, cherche collabor. ou assist. auprès chirurgien. Condit. modér. Ecr. M. Jubié, 5, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

No 157. — Import. client. méd. génér. à céder après décès, quartier Gare de Lyon, 47 ans exerc. Bel appartem., salle bain, chauff. centr. particulier. Très urgent. S'ad. Vergues, 38, avenue Daumesnil, Paris.

No 158. — Banl. proche, dans centre import., à céder après décès, bonne clientèle ophtalmol. avec matér. profess. S'ad. Mme Banvillet, 24, Gde rue, Enghien (S.-et-O.) Tél. 364.

No 159. — A vend. méthode Linguaph. anglais, entièrem. neuve, avec deux séries de livres. Valeur 1.300, à céder 1.000. Ecr. Dr Le Pape, 16, rue Desportes, Saint-Ouen (Seine).

No 160. — Alger. A céder cab. méd. très anc., tenu 25 ans par même médec. ; conviendr. à confr. jeune et actif. Ecr. Simon, 2, av. Malakoff, Alger.

No 161. — A vend. au tiers prix catalogue, matér., téléphon. ayant servi, mais en bon état, Thomson, 1 tableau, 3 directions, 2 postes mobiles dont 1 à cadran pour automat., 2 sonneries, 1.000 ohms, 3 machoires, 3 condensat. Dr Julien, 3 pl. Panthéon, Paris, Danton 93-88.

No 162. — Jeune fille, 19 ans, orphel. de chirur. dent., cherche emploi secrét. sténo-dactylo, débutante. Mme Mopinot, 9, rue des Prêtres, Versailles.

Renseignements

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, le *Concours médical* peut parvenir aux prisonniers tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés
et prisonniers
5, Place Saint-Michel, Paris

qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gratuitement chaque semaine à la disposition des prisonniers, cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

Avis à nos abonnés et adhérents de zone non occupée

Dans le but de décharger au maximum les services de notre agence de Vals, nous prions instamment nos abonnés de vouloir bien à l'avenir virer au compte courant postal du *Concours médical*, Paris, nº 167.95, le montant de leur abonnement à la date de son échéance, soit sept mois après la date figurant sur chaque étiquette-adresse , sauf pour nos abonnés inscrits depuis décembre 1940 pour lesquels la date d'échéance est celle figurant sur l'étiquette.

Par ailleurs, et dans le même but, les adhérents du « Sou médical » désirant obtenir des renseignements par correspondance, lorsque ces renseignements n'auront pas le caractère confidentiel, et lorsque demandes et réponses pourront figurer sur les nouvelles cartes-correspondance inter-zone, sont instamment priés d'adresser leurs demandes directement sur ces cartes, à notre siège à Paris, 37, rue de Bellefond, qui leur répondra par la même voie.

Nous les remercions à l'avance de vouloir bien nous faciliter notre tâche.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. R. Fabre, professeur de toxicologie à la Faculté de pharmacie de Paris, est élu membre titulaire dans la IVe section (*pharmacie*).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale : Chirurgie du tube digestif.* Troisième cours par MM. Boudreaux et Roux. — Ouverture du cours le lundi 23 juin 1941, à 14 heures.

L'enseignement a lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Seront seuls admis à ce cours, à nombre d'assistants limité, les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet nº 4, tous les matins de 9 à 11 heures et les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— **Clinique de la tuberculose (hôpital Laennec).** — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront durant le mois de juin 1941, quatre leçons sur : *Le traitement des symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

Le cours aura lieu le dimanche matin, à 10 h. 30, à la salle de cours de la clinique de la tuberculose (hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres).

8 juin 1941, M. Bariéty : Toux, expectoration, dyspnée. — 15 juin, M. Brouet : Fièvre, sueurs, algies. — 22 juin, M. Brouet : Troubles digestifs, amaigrissement, anémie. — 29 juin, M. Bariéty : Hémoptysies.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Avis aux étudiants démobilisés.* — Les étudiants démobilisés ou libérés des chantiers de jeunesse en novembre et décembre 1940, janvier, février, mars, avril 1941, sont priés de se présenter d'urgence au secrétariat de la Faculté (Bureau du Secrétaire adjoint), soit de 10 heures à midi, soit de 14 à 17 heures, munis de leur titre de libération ou de démobilisation.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. Miginiac, professeur de clinique urologique, est transféré, à dater du 1er avril 1941, dans la chaire de clinique chirurgicale et du cancer, en remplacement de M. le professeur Ducuing, retraité.

— **Ecole de médecine de Limoges.** — M. R. Marcland, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges, est renouvelé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1940-1941.

— **Institut régional de puériculture et d'hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — La Fédération des Œuvres girondines de protection de l'Enfance organise, avec la collaboration des accoucheurs et pédiatres de Bordeaux, un *Cours de puériculture* anté et post-natale, qui aura lieu du 14 juillet au 2 août 1941 et un *Cours d'hygiène scolaire*, qui aura lieu du 4 au 9 août 1941.

Cet organisme est créé en accord avec l'Ordre des médecins de la Gironde et l'Office départemental d'hygiène sociale.

L'enseignement est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité.

Il comprendra des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées anté et post-natales, enfin des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile.

Des certificats sanctionneront l'assiduité à chacune des eux séries de cours. Ces certificats pourront éventuellement servir en vue des désignations de postes médicaux rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons que l'Office départemental d'hygiène sociale se propose d'organiser dans le département, comme aussi pour l'Inspection médicale scolaire.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 50 francs. Inscriptions au Centre de protection de l'enfance, hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

— **Croix-Rouge française** (102, boulevard Malesherbes, Paris). — Un *cours d'aides médico-sociales* sera fait jusqu'au 27 juin 1941 par le Docteur H. Rouèche, secrétaire général adjoint du Comité national de l'enfance.

— **M. Paul Ribeyre est nommé adjoint au maire de Vals-les-Bains.** — Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre ami Paul Ribeyre comme adjoint au maire de Vals.

C'est une charge nouvelle qu'il a assumée, pour le bien général ; elle se surajoute à ses nombreuses occupations, alors que nous-mêmes y avions ajouté déjà, en lui demandant de gérer notre bureau pour la zone non occupée.

Qu'il veuille bien trouver ici nos amicales félicitations.

— **Naissances.** — Le docteur et Madame Lucien DERMER ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fille *Françoise*.

Saint-Denis (Seine), le 29 avril 1941.

— Hubert et Monique ROBERT font part de la naissance de leur petite sœur *Claude*. Nous adressons nos bien sincères félicitations au Docteur et à Madame Paul Robert, ainsi qu'au Docteur et à Madame Emile Fischer pour leur vingtième petit-enfant.

Rougement-le-Château, 6 mai 1941.

— **Nécrologie.** — Le Docteur E. Feldstein a la douleur de faire part du décès de M. Louis FELDSTEIN, son père, survenu le 15 mai 1941, à l'âge de 81 ans, en son domicile, à Paris. Les obsèques ont eu lieu le 18 mai 1941, dans l'intimité.

— Nous apprenons la mort du Docteur Louis VIENNE, ancien président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Valenciennes, décédé le 18 mai 1941 à Valenciennes, à l'âge de 69 ans. Ses obsèques ont eu lieu le vendredi 23 mai 1941, en la Basilique de Notre-Dame du Saint-Cordon.

Nous adressons à sa famille, à sa veuve, Madame Louis Vienne, à son fils, le Docteur Louis Vienne, à son gendre, le Docteur Jacques Boulan, à son frère, le Docteur Léonce Vienne, et à ses neveux, les Docteurs Pierre et Léonce Vienne, nos sincères condoléances.

Conseil de l'Ordre des médecins des Ardennes

SECRÉTARIAT : 26, rue du Petit-Bois, Charleville

Tout médecin établi dans les Ardennes antérieurement à septembre 1939, doit faire connaître *d'urgence*, au secrétariat administratif, son intention ou non de rentrer dans les Ardennes pour permettre au Conseil de l'Ordre la réorganisation des services médicaux du département.

RATIONNEMENT

Lait condensé. — Attribution spéciale de charbon pour les médecins

1° *Lait condensé* : Les titulaires d'une carte de lait (enfants, femmes enceintes ou allaitant, malades) peuvent obtenir du lait condensé en cas d'intolérance au lait entier.

Les bons de lait condensé sont délivrés par la Mairie du domicile des intéressés sur présentation d'un certificat médical non circonstancié, spécifiant seulement que le bénéficiaire ne peut supporter le lait entier. Ce certificat précise la durée de la prescription si elle n'est que momentanée, dans le cas

contraire, il est valable pour toute la durée de la carte de lait.

Chaque bon permet, en principe, d'acquérir chez le pharmacien de son choix une boite de 450 grammes de lait condensé. Malheureusement on ne trouve dans le commerce que des boites de 400 grammes. On aurait pu croire que les mairies compenseraient la différence entre la valeur des bons et le contenu des boites par l'attribution de bons supplémentaires, mais il n'en est rien.

Ainsi du fait de l'insouciance du service du ravitaillement, les nourrissons au lieu d'obtenir les 7.200 grammes par mois de lait condensé auxquels ils ont droit, n'en ont-ils que 6.400 grammes.

Est-il donc impossible de délivrer deux bons supplémentaires ou de mettre en harmonie la valeur des bons et le contenu des boites ?

Quant au lait en poudre, nos lecteurs savent que la vente en est libre. Malheureusement il est presqu'impossible d'en trouver.

2° *Charbon* : Les médecins peuvent obtenir au titre professionnel et en supplément de l'allocation pour les foyers domestiques, une allocation spéciale de charbon qui, suivant les régions, varie de 150 à 250 kilos par mois.

La demande doit en être faite dès maintenant à la mairie ou à la Préfecture de leur domicile, en justifiant de l'exercice de la profession médicale (pour le département de la Seine, service du charbon, 55, boulevard Saint-Germain).

Les bons de charbon correspondant à cette allocation supplémentaire seront adressés chaque mois directement aux intéressés qui pourront s'approvisionner chez leur fournisseur habituel.

Les allocations sont, en principe, les mêmes pour tous les médecins.

Il eût peut-être été plus rationnel de tenir compte des spécialités exercées. Le radiologue par exemple devrait obtenir une quantité plus grande que l'oto-rhino-laryngologiste ou l'ophtalmologiste.

B. M.

La question des cures thermales

De nombreux confrères nous demandent s'ils peuvent cette année, comme les années précédentes, envoyer leurs clients dans les stations thermales dont la plupart se trouvent en zone non occupée, et quelles sont, dans les circonstances actuelles, les conditions dans lesquelles fonctionnent les établissement thermaux.

Voici les renseignements que nous avons obtenus aux meilleures sources :

PÉRIODE DE FONCTIONNEMENT DES STATIONS THERMALES SUIVANTES

Bagnoles-de-l'Orne....	Juillet-Août probablement
Chatel-Guyon	20 mai-30 septembre
La Bourboule	15 juin-15 septembre
Le Mont-Dore........	15 juin-15 septembre
Royat...............	15 juin-15 septembre
Saint-Nectaire	15 juin-15 septembre
Saint-Honoré	Juillet-Août probablement
Vichy	15 juin-fin septembre
Saujon	15 mai-fin septembre
Aix-les-Bains.........	15 mai-fin septembre
Salies de Béarn	15 mai-fin septembre
Evian	1er juin-fin septembre
Vals-les-Bains........	25 mai-fin septembre
Plombières	1er juillet-1er septembre

Dès que nous connaîtrons les dates d'ouverture et de fermeture des autres stations, nous les ferons connaître à nos lecteurs.

CONDITIONS DANS LESQUELLES ON PEUT SE RENDRE AUX STATIONS THERMALES

1° Laissez-passer.

Il faut un certificat du médecin traitant dont la signature doit être légalisée. Dans la Seine, ce certificat, ne contenant aucun diagnostic, doit être visé par le Conseil départemental (le Conseil conserve comme justificatif un certificat détaillé et médical émanant du même médecin).

Il y a lieu de joindre le certificat visé à la demande de laissez-passer pour raison de santé, qui doit être adressée au service compétent (Paris : Préfecture de police, service des laissez-passer).

2° Moyens financiers.

Depuis le 20 mai, ainsi que l'a annoncé la presse quotidienne, les transferts de capitaux sont libres entre les deux zones, qu'il s'agisse de numéraires, de valeurs françaises, d'effets négociables et de comptes courants. Les intéressés devraient donc pouvoir se munir de sommes suffisantes pour payer leur cure.

3° Moyens de transport.

Des trains spéciaux à destination de certaines stations seront peut-être organisés. A l'heure actuelle cependant, on ne peut voyager qu'individuellement pour se rendre aux eaux.



Quel est le chiffre de population nécessaire pour faire vivre un médecin ?

Un lecteur nous écrit :

Un chiffre revient assez souvent, ces temps-ci, dans divers articles des Revues professionnelles qui traitent de la répartition des médecins français, de leurs possibilités d'installation, etc. ; c'est le chiffre des clients, supposés nécessaires pour faire vivre un médecin ; dans un récent numéro du *Concours*, il en est encore question dans l'« Avis » du Conseil départemental de l'Ordre de l'Indre-et-Loire. Or, le chiffre généralement publié va de 1.000 habitants pour les villes, à 1.500 habitants pour les campagnes ! n'étant pas médecin urbain, je ne discuterai pas le chiffre donné pour les villes, n'ayant aucune lumière particulière sur ce point — mais le chiffre de 1.500 habitants donné comme suffisant pour les clientèles rurales me laisse absolument « pantois » ; je serais, je vous l'avoue, désireux de provoquer, sur ce sujet, l'avis de mes confrères ruraux, car *il serait lamentable de laisser s'établir une organisation de la médecine française sur des données aussi fausses que celle-là.*

J'exerce, depuis plus de vingt ans, dans une zone du Morbihan que, sans l'estimer très riche, je ne crois cependant pas absolument pauvre ; les cultivateurs y sont à l'aise. Je n'ai, non plus, aucune raison de supposer que ces ruraux soient plus arriérés, plus rebelles à la médecine que la moyenne des ruraux français — ou que l'état sanitaire de ma contrée soit beaucoup plus florissant que partout ailleurs.

Il s'agit aussi, d'autre part, de savoir ce qu'on entend, pour un médecin, par vivre « convenablement » ; j'estime que, sur ce terrain, nous avons un

base de comparaison, à savoir les soldes ou traitements de nos confrères fonctionnaires ou militaires arrivés à un grade au moins moyen.

Or, je puis vous fournir le chiffre suivant : dans ma région *mille habitants* rapportent environ, bon an mal an, à un médecin non propharmacien, une *douzaine de mille francs* (chiffre *brut*).

Je vous laisse conclure...

Le chiffre de 1.000 à 1.500 personnes est en effet communément admis comme suffisant pour constituer la zone de clientèle d'un médecin.

Il faut cependant admettre qu'il s'agit là d'une moyenne peut-être arbitrairement déduite de calculs contestables et, en particulier, des statistiques. Or les statistiques..... !

Quoi qu'il en soit, ce confrère dénonce formellement le chiffre de 1.000 à 1.500 comme insuffisant.

Il vaudrait la peine d'examiner son affirmation dans le moment où se dessine un projet de contingentement des médecins et où le chiffre adopté décidera, en vérité, de notre standard de vie.

Un médecin peut-il vivre s'il est délégué à la santé de 1.000 à 1.500 personnes ?

Telle est la question posée et dont la solution éclairera utilement les Conseils de l'Ordre.

G. L.

O O O

SUR UNE DÉFINITION

Un lecteur humoriste, mais non dénué de bon sens, nous écrit :

Au fond, cette grande querelle de la dichotomie provient d'un malentendu : cela arrive souvent.

Et ce malentendu, c'est le mot même de dichotomie qui l'a engendré et qui le perpétue.

Que signifie ce mot baroque ?

Si l'on rassemble ses lointaines notions de grec on tombe sur ce sens étymologique : action de couper en deux. Ainsi Deibler fait-il littéralement de la dichotomie.

Il arrive aux médecins de se livrer aussi à cette dichotomie au sens littéral : lorsqu'ils font une amputation par exemple. Mais ce n'est pas celle-là qu'on leur reproche.

La dichotomie-opprobre, c'est celle que Larousse définit en ces termes :

« Au figuré et dans le langage médical : partage des honoraires consenti par le médecin appelé en consultation, ou par le chirurgien qui opère, au confrère qui a procuré le client. »

Remarquez, en passant, qu'il serait difficile de peindre la chose en termes plus vexants pour les médecins : on aperçoit un couple d'aigrefins qui fouillent le portefeuille enlevé à l'esbrouffe.

Voir la suite page XLI-1011

PROPOS DU JOUR

DE QUELQUES QUALITÉS MORALES NÉCESSAIRES AU MÉDECIN

Le travail qui, de tous côtés, se fait en silence pour redonner à notre profession un prestige qu'elle laissait diminuer est un excellent signe de redressement qui s'opère et il faut saluer l'effort fait par l'Ordre des médecins, sans oublier celui que font les Facultés dont la Commission, pour la réforme des études médicales, s'est réunie le 13 janvier dernier.

S'il est juste de sévir et l'Ordre est une juridiction, il est encore mieux d'éduquer, d'agir sur la formation des jeunes pour leur montrer qu'il y a dans la médecine autre chose qu'une science aride qui s'enseigne et que les Facultés ont justement le devoir de veiller à ce que pendant les études, se développent certaines qualités du cœur qui sont une part de la médecine.

C'est par ses qualités morales que le médecin est avant tout humain, c'est parce qu'il lui faut exercer sa science avec pitié, charité et dévouement, qu'il se distingue de l'homme de science, dont les travaux ont pu dességcher le cœur, sans diminuer en rien sa valeur.

Contrairement à la science, la médecine tire ses origines premières du cœur de l'homme.

C'est poussé par un sentiment généreux où se trouvaient intimement unies, Pitié, Charité, Dévouement, que le premier médecin s'est senti porté vers son frère blessé ou malade. Il lui suffit d'entendre ses plaintes et ses cris de souffrance, pour comprendre sa misère sans s'en expliquer la cause et pour trouver en lui-même ce qu'il fallait pour le consoler et le soulager.

Peu à peu l'expérience aidant, la science médicale naissait, ses connaissances de la maladie et des blessures s'augmentaient et on assistait à l'éclosion de la première médecine.

Cette origine doit souvent retenir nos pensées et nous rappeler, si instruits que nous puissions être, que notre ancêtre primitif ne pouvait offrir à son compagnon que des regards de compassion, des paroles de soulagement, un peu d'eau pour étancher sa soif et des bras vigoureux pour le porter.

Cette médecine faite d'impuissance, en dépit de l'instruction qui nous fut donnée, nous les générations de la guerre, nous l'avons connue, nous l'avons pratiquée.

A combien des nôtres n'est-il pas arrivé de ne rien offrir de plus aux camarades mortellement frappés ! Nous comprenions qu'en ces instants suprêmes où la vie s'échappait et où nous ne pouvions plus rien pour la prolonger, la meilleure médecine était faite de douceur et de consolation. Nous nous retrouvions très près du premier homme qui secourait son semblable, et nous laissions nos qualités morales prendre le pas sur toutes les autres conquêtes de notre esprit.

Les trois qualités dominantes du médecin, la pitié, la charité, le dévouement, nous devons les cultiver chez les jeunes étudiants, elles ont dans la formation médicale une toute première place.

Le médecin doit être pitoyable, il doit attacher un prix inestimable à la vie humaine, il doit en avoir le respect, ne jamais rien faire, ni rien entreprendre sans avoir la pensée de la préserver, de la conserver et de tout tenter, même contre tout espoir, pour la prolonger encore.

C'est cette idée généreuse qui doit guider nos actes, nous inspirer quand nous avons à traiter les cas désespérés, c'est en elle que nous trouvons la volonté nécessaire pour tout entreprendre contre les forces de la mort.

Le seul fait d'avoir ranimé une vie qui paraissait sans espoir constitue la plus merveilleuse des récompenses.

Nous avons tous, au bout de quelques années d'exercice, le souvenir de quelques-uns de ces combats où nous avons été les plus forts et où c'est grâce à nos efforts, à notre science, à notre volonté, que le malade a survécu. Celui qui n'a jamais assisté à ces résurrections de moribonds n'a pas encore compris tout ce qu'elles remuent en nous et l'éducation médicale consiste justement à faire participer à ces émotions les jeunes élèves.

Cependant, et c'est là le rôle du maître, ces sentiments profonds doivent s'exercer sans altérer le sang-froid, sans diminuer le self-contrôl et en laissant au médecin la libre disposition de tous ses moyens. Le jeune médecin doit s'habituer à se dominer, à maitriser ses réflexes même en faisant preuve d'une dureté apparente, quitte à donner libre cours à son émotion lorsque le danger est passé.

La pitié du médecin diffère en cela du sentiment commun, qu'elle doit lui permettre de prendre des décisions parfois redoutables, tout en le laissant toujours profondément humain.

Il faut opposer à cette force morale, pour la combattre : la *sensiblerie*.

C'est un sentiment à fleur de peau qui dénote toujours de la faiblesse de caractère. Dès qu'il se manifeste chez un étudiant et surtout chez une étudiante (car les femmes sont en général plus sensibles que pitoyables) il faut l'arracher sans merci.

La sensiblerie aveugle et fausse le jugement, elle rend hésitant, elle empêche de prendre, lorsqu'il le faut, les décisions nécessaires dont quelquefois dépend la vie.

La vraie pitié ne connaît point de telles faiblesses, elle laisse à l'esprit son contrôle absolu, reconnaît les nécessités que la maladie commande et sait vous inspirer les mots, les attitudes, les arguments qui font consentir aux plus graves décisions.

Dans l'éducation du médecin, en développant le sang froid, la force du caractère, il faut se garder de toucher à la Pitié car on aboutirait à ce type inhumain de l'homme qui ne vibre plus à aucune émotion et dont le cœur endurci n'est plus accessible à un sentiment qui apporte avec lui tant de consolation et tant de joie.

La charité est un sentiment qui s'est surtout développé avec le christianisme, elle auréole la vie du médecin et s'oppose à tout ce que la pratique d'une profession comporte justement d'un peu terre à terre.

Il est bien des façons d'être charitables, non seulement en faisant profiter les pauvres, les malheureux, des soins les plus éclairés, en s'attardant près de leur lit d'hôpital comme si le temps du médecin n'était pas compté, mais encore en sachant comprendre, écouter et réconforter, à quelque classe qu'ils appartiennent, ceux que la maladie frappe et en leur fournissant l'appui moral dont ils ont besoin.

C'est ainsi qu'appelé auprès de malades incurables, le médecin leur laisse entrevoir l'espoir d'une guérison, il leur cache la nature et la gravité de leur mal et leur rend ainsi plus douce une agonie douloureuse.

On reconnaît toujours un esprit charitable dans cette manière dont le médecin vous prépare à une décision grave, il vous la laisse deviner plus qu'il ne vous l'expose et il évite de heurter une sensibilité que la maladie a irritée encore plus.

De toutes les qualités morales qu'on exige du médecin, c'est peut-être la charité qui est la moins répandue, sans doute parce qu'elle demande de l'intuition, de la finesse et une connaissance psychologique du malade.

Pour elle, plus que pour toute autre, l'influence des maîtres est profonde, car ce sont eux qui, par leurs exemples, transmettent d'une génération à une autre cette haute qualité morale, en dépit des désillusions et des déboires qui en sont parfois la rançon.

Avec les transformations de la société qui ont marqué ces trente dernières années on tend à remplacer la charité par une obligation sociale : la solidarité.

Pour beaucoup qui la pratiquent mal, la charité a quelque chose d'humiliant ; au contraire, la solidarité cherche à réaliser une égalité relative en substituant des organisations administratives, des tiers payants, à ceux qui trop pauvres ne peuvent et n'osent s'adresser aux médecins. Les lois sur l'assistance médicale gratuite, les secours mutuels, les assurances sociales, n'ont point d'autres buts.

Certes les idées de solidarité, lorsqu'elles sont bien comprises, apportent des avantages au malade qui ne fait plus figure d'obligé et au médecin qui, vivant de sa profession, est honoré de sa peine. Cependant l'application de ces mesures comporte encore bien des difficultés et il ne semble pas qu'elle puisse s'opposer à l'idée charitable mais plutôt la situer sur un plan plus élevé et rendre sa pratique plus facile.

Sur le même plan que la Pitié et la Charité, il faut placer le dévouement qui des trois est certainement la plus répandue des qualités morales du médecin.

Le dévouement, c'est cette force qui vous pousse à ne ménager ni votre peine, ni votre santé, ni vos efforts, pour apporter aux malades tous les secours que leur état réclame.

C'est le dévouement qui arrache au sommeil, par les nuits froides, pour le conduire à travers la campagne obscure, le praticien qu'une mère éplorée réclame auprès de son enfant malade ; c'est le dévouement qui, lorsque les épidémies touchent des populations entières, guide le médecin à travers les dangers qu'il court lui-même. C'est le dévouement qui chaque année fait tant de victimes parmi les médecins, soit qu'ils contractent à leur tour la maladie mortelle, soit qu'à force d'usure, de privations et de peines ils succombent à leur tâche.

Que ce soit la guerre ou la paix, longue est la liste de ces médecins qui paient de leur vie leur dévouement à ceux qu'ils soignent.

De temps à autre quelques lignes dans un journal nous apprennent qu'un des nôtres, parmi les plus connus, ou dans des circonstances tragiques, a été victime de son dévouement, mais l'immense majorité reste ignorée.

C'est vers tous ces anonymes que notre pensée doit s'élever, en songeant que s'ils n'ont laissé ici-bas, d'autres traces qu'une empreinte légère sur un sable qui s'efface, ils ont contribué à conserver la belle tradition du devoir qui fait la grandeur du médecin.

En analysant ces qualités morales indispensables, on se prend à réfléchir que ce sont des obligations morales, développées par l'exemple et il est permis de se demander si sur le plan de la médecine collective, fonctionnarisée, elles peuvent se développer et s'épanouir.

Il est à craindre que les règlements, les conventions, les obligations administratives ne viennent atrophier des sentiments individuels nés de la responsabilité et que finalement le malade reçoive une médecine scientifique sérieuse mais dépouillée de tout ce qui est humain.

Ne nous laissons pas entraîner, sans réfléchir à leurs conséquences, vers ces conceptions théoriques où les malades ne sont que les numéros d'un vaste système où les soins sont calculés, minutés, évalués à l'avance comme s'il s'agissait de fournitures à une industrie.

Le rôle joué par ces impondérables dans le traitement des maladies n'est jamais compris par ceux qui réalisent des organisations de médecine collective. Ils qualifient de sentimentalité et d'enfantillage ce qui constitue le fond même de la médecine. Ils réglementent une science qui, en dépit du nom qu'ils lui donnent, n'est plus la médecine. Cependant ils sont de bonne foi, leurs intentions sont louables, car justement ils n'ont point tenu compte de ces obligations morales que le médecin doit à son malade, ils confondent médecine et science médicale, ils confondent médecin et savant.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

(*Présentations d'épileptiques, le 8 février* 1941)

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Rédigées par M. Lionel VIDART, Chef de Clinique à la Faculté

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Aujourd'hui encore, je vais vous montrer une série de malades atteints de la même affection. Ce sont tous des épileptiques. Les manifestations, pour lesquelles ils sont ici en traitement, sont de même nature, mais, pour chacun d'eux, l'aspect clinique en est différent. C'est la raison pour laquelle nous avons pensé intéressant de vous les présenter.

1° État comitial avec déséquilibre mental chez un hérédo-syphilitique

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le premier d'entre eux, Pierre, est âgé de 20 ans. Il a été interné le 2 décembre 1940, parce qu'il est atteint d'un déséquilibre mental accompagné de crises d'épisepsie. Les crises comitiales sont d'apparition relativement récente. L'état de déséquilibre leur est certainement antérieur. Après avoir été à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans, il passa son certificat d'études primaires et, l'année suivante, il se mit à voler. Ce furent d'abord des petites sommes dérobées à sa mère et à sa sœur, puis des sommes plus importantes prises à ses employeurs.

AU MALADE. — Pourquoi ne restiez-vous pas plus longtemps dans les places où vous étiez employé ?

LE MALADE. — J'ai été placé dans quelques maisons de charcuterie, mais je n'y suis jamais resté plus de deux ou trois mois ; on me mettait à la porte, parce que je volais.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Non seulement il volait, mais il avait aussi des troubles du caractère. Il s'emportait facilement et devenait menaçant et violent à l'égard de sa mère, qui en avait peur. Aussi, à l'âge de 16 ans, il obtint d'elle de vivre seul à l'hôtel. Mais, dans les hôtels où il logeait, il volait des victuailles, du vin, de l'argent.

AU MALADE. — Que faisiez-vous de cet argent volé ?

LE MALADE. — J'allais au cinéma, au café, j'avais des petites amies.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le déséquilibre mental, vous le voyez, est incontestable. Sa mère, peu après, fut obligée, en raison de la persistance de la mauvaise conduite de son fils, de faire une demande de correction paternelle. Par les soins de l'autorité judiciaire, Pierre fut placé, pendant trois ans, dans une maison de correction. Il en sortit pour être mobilisé, mais bientôt il fut réformé pour un état comitial, dont nous allons maintenant nous occuper.

AU MALADE. — Depuis quand avez-vous ces crises, pour lesquelles vous avez été hospitalisé ?

LE MALADE. — Je ne sais pas au juste. La première est venue, je crois, quand j'avais 16 ans.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les crises, présentées par ce malade, sont des crises comitiales franches, avec chutes, convulsions toniques, puis cloniques et amnésie consécutive. Il n'y a pas d'aura, pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire. Peu de temps avant d'entrer dans le service, en revenant à Paris, il a eu, en sortant de la gare de Lyon, trois crises consécutives.

AU MALADE. — Quel souvenir avez-vous gardé de tout cela ?

LE MALADE. — Aucun. Je ne me souviens de rien. On m'a transporté à l'hôpital Saint-Antoine et c'est le lendemain qu'on m'a dit : « On t'a amené hier au soir ».

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il exprime très bien sa reprise de conscience. A la suite de crises répétées, il a une amnésie lacunaire brutale, dont il est lui-même étonné et qui est caractéristique de la crise épileptique inconsciente et amnésique.

Chez lui, l'état confusionnel post-critique est

très marqué. Il lui arrive de rester, pendant un jour ou deux, obnubilé, désorienté, hébété.

Depuis qu'il est interné dans le service de la Clinique, il a présenté quelques crises malgré une dose assez élevée de gardénal : vingt centigrammes par jour. En outre, il est violent, se dispute avec les autres malades. Il en vient même à les frapper sous des prétextes futiles.

Au malade. — Quelle explication donnez-vous à votre activité nuisible ?

Le malade. — C'est ma maladie qui en est la cause.

M. Laignel-Lavastine. — Il est très satisfait de tout ce qu'il fait et n'a pas l'air de se rendre compte du caractère de ses actes. Et pourtant, il est dangereux pour la société et, administrativement, il va falloir convertir son placement volontaire en placement d'office.

En somme, Pierre est atteint de deux sortes de manifestations cliniques. D'une part, il existe un état comitial caractérisé par des crises fréquentes et, d'autre part, un état de déséquilibre psychique avec violences, vols et instabilité.

Bien qu'il tente à certains moments d'invoquer une amnésie post-critique pour excuser ses nombreux vols, il est certain que ceux-ci n'ont aucun rapport avec les crises comitiales. Ses vols ont tous un caractère utilitaire et relèvent de la perversité. C'est non seulement un épileptique, mais aussi un pervers, voleur, méchant, brutal et vicieux.

Ces deux états sont, peut-on dire, les deux branches d'une même souche. Je crois, en effet, que leur cause est unique. Ses sourcils paraissent former une ligne ininterrompue. C'est le signe de Marcel Pinard, auquel j'accorde une certaine valeur en matière d'hérédo-syphilis. On pourra donc, chez lui, à côté du gardénal, essayer un traitement spécifique, qui peut-être améliorera son état, dont le pronostic reste néanmoins très réservé.

2° État oniroïde et fugue chez une épileptique oligophrène

M. Laignel-Lavastine. — Yvonne a 22 ans. Voyez comme elle est petite, mince et fluette. Elle a été internée le 13 mai dernier à la suite d'une fugue amnésique et inconsciente. Après cette fugue, elle fut plongée, pendant une semaine, dans un état subconfusionnel caractérisé par de la lenteur de l'idéation, de la fatigabilité intellectuelle, de la désorientation temporo-spatiale. Cette obnubilation confusionnelle s'est rapidement dissipée et nous avons pu, de la sorte, apprendre que, dans la semaine précédant son internement, elle avait eu toute une série de crises convulsives. C'est à la suite de ce véritable état de mal comitial qu'elle a fait cette fugue, dont elle n'a gardé aucun souvenir.

A la malade. — Depuis quand avez-vous ces crises nerveuses ?

La malade. — Depuis l'âge de 14 ans. Mais je ne me rends compte de rien. Je ne les sens pas venir. J'en ai, paraît-il, quatre à cinq par mois.

M. Laignel-Lavastine. — Si je vous montre Yvonne, c'est surtout parce que dans le service de la Clinique, au mois de septembre, elle a présenté, à la suite d'une nouvelle série de crises, un état confusionnel accompagné d'un épisode oniroïde très curieux.

A la malade. — Vous rappelez-vous toute cette histoire de cimetière que vous nous avez racontée ?

La malade. — Non, je ne me rappelle plus très bien.

M. Laignel-Lavastine. — Puisqu'elle ne peut pas évoquer elle-même ses souvenirs qui sont noyés dans la brume de la confusion, je vais vous lire ce qu'elle nous disait à ce moment : « Je suis morte et je me vois revivre. On m'a dit, autrefois, que les morts se revoyaient sur la terre.

« C'est bien cela. Je suis bien dans mon lit, les personnes qui m'entourent sont bien les mêmes et pourtant, je suis certaine d'avoir quitté la Clinique. J'ai été ainsi conduite au cimetière par un petit chemin et là, on m'a mise dans un trou ». — Le lendemain, sa mère est venue la voir dans le service. Elle lui a fait des révérences, tenant sa chemise comme une robe de cérémonie. Elle disait être contente de la visite de sa mère au cimetière. Le surlendemain, elle disait encore : « Je suis dans les nuages et pourtant je fais mon lit et ma toilette comme d'habitude. Je ne comprends pas comment j'ai pu quitter mon trou. Sans doute m'a-t-on mis des ailes ? Je vois des arbres, des pigeons, des fleurs ».

Vous voyez que, pendant ces trois jours, Yvonne a présenté une activité hallucinatoire post-critique tout à fait curieuse à caractère oniroïde. Puis, à la suite d'une nouvelle crise convulsive, ces troubles ont disparu et elle a, pendant quelques jours, conservé seulement la croyance d'avoir quitté le service. Actuellement, elle vous l'a dit, elle a gardé de cet épisode onirique les souvenirs les plus vagues.

Yvonne n'est pas seulement une épileptique. C'est aussi une débile et son développement intellectuel est tout à fait insuffisant. Son instruction est rudimentaire. Sa pauvreté intellectuelle est à l'image de sa débilité physique. Elle avait eu des convulsions dans son enfance et les crises comitiales sont survenues de bonne heure. On peut penser, dans ce cas, à leur origine infectieuse. Quoi qu'il en soit, les doses de gardénal, qu'il est nécessaire de lui donner, sont très élevées et, malgré cela, on ne parvient pas à supprimer chez elle, les crises convulsives, mais seulement à les rendre moins fréquentes.

3° États crépusculaires épileptiques chez une oligophrène

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Madeleine est âgée de 25 ans. Les manifestations de nature épileptique sont, chez elle, différentes selon les moments. Elle a des crises convulsives, des vertiges, des absences et de véritables états crépusculaires, au cours desquels sa conscience est profondément troublée. Voyons, tout d'abord, les crises.

A LA MALADE. — Depuis quand avez-vous ces crises et sont-elles fréquentes ?

LA MALADE. — On m'a dit que j'avais eu ma première crise à 8 ans. Et depuis, j'en ai deux ou trois par semaine.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les sentez-vous venir ?

LA MALADE. — Non. Et je ne m'en souviens pas.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En effet, ses crises n'ont pas d'aura. Elles se traduisent par une chute brutale et des convulsions généralisées. La morsure de la langue et l'urination sont inconstantes. Les crises comitiales typiques alternent avec des accès vertigineux, des absences et surtout des états crépusculaires, que nous avons pu observer à diverses reprises, depuis qu'elle est hospitalisée à la Clinique. Elle est alors plongée dans une sorte d'état stuporeux, intermédiaire entre l'état de conscience normale et l'état second. Elle reste ainsi figée, immobile et muette pendant plusieurs heures dans un des coins de la salle. Elle ne conserve, ensuite, aucun souvenir de cet épisode, au cours duquel elle paraît très fortement obnubilée. Un état crépusculaire de ce genre a été fort bien décrit par Dostoïewski dans l'*Idiot*.

En somme, Madeleine présente toute une série d'états, dont la nature épileptique ne fait aucun doute. C'est aussi une débile mentale. Son développement intellectuel est tout à fait insuffisant. Nous l'avons testée : à l'échelle de Binet et Simon, son âge mental est à peine de 11 ans. Son comportement est bien celui d'une débile. Ses propos, son activité, portent la marque d'un puérilisme certain. Le maniérisme enfantin est peut-être le trait le plus pittoresque de sa personnalité. Vous allez en avoir la preuve.

A LA MALADE. — A quoi vous occupez-vous, dans le service ?

LA MALADE. — Je couds, je balaie.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et puis, que faites-vous encore

LA MALADE. — Je fais la classe.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En effet. Elle fait la classe à des élèves imaginaires. Elle en a dressé la liste complète : une classe de garçons, une classe de filles. Elle leur fait faire des rédactions françaises, des additions et des multiplications. Tous ces devoirs sont faits et annotés par elle. Et tout ceci forme un petit opuscule, où se mélangent des opérations, des textes de dictée et une imagerie naïve. C'est un exemple amusant d'une activité ludique de compensation. Ce jeu est pour elle un refuge, qui lui permet d'échapper aux contingences hospitalières. Je dois encore ajouter qu'elle a été internée, en septembre dernier, pour des idées délirantes de persécution, où prédominaient nettement des éléments oniroïdes : « Une bande d'assassins, disait-elle à l'époque, la poursuivaient dans sa maison, venaient la voir pour l'injurier et la menacer de mort ». Mais la pauvreté et la monotonie de son délire témoignent de son insuffisance intellectuelle.

A LA MALADE. — Viennent-ils encore vous ennuyer ?

LA MALADE. — Non. On me laisse tranquille maintenant.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce délire eut, en effet, chez elle, un caractère épisodique. Si bien que, après avoir examiné tous les troubles psychiques présentés par cette malade, nous croyons à la prédominance des éléments de nature comitiale. Cette manière de voir est confirmée par son interprétation des tests de Rorshach. Vous savez que, par la façon dont les individus interprètent certaines images curieuses, créées par des taches d'encre disposées au hasard, on peut porter un psycho-diagnostic. Ce procédé d'exploration complémentaire peut, en clinique, apporter des renseignements très intéressants. L'interprétation de ces tests a montré, chez Yvonne, une prédominance incontestable des éléments kinesthésiques. Autrement dit, elle a vu, dans certaines des planches examinées, l'image d'un mouvement ou celle d'une animation. C'est un des caractères principaux de la mentalité épileptique de l'enfant. On retrouve donc bien, chez Yvonne, par ce procédé, à côté de la débilité mentale, la marque de l'épilepsie. Mais Yvonne est intéressante, aussi, du point de vue médico-légal. Il faut particulièrement craindre de sa part les réactions automatiques et brutales, qui peuvent toujours se produire au cours des états crépusculaires, auxquels elle est assez fréquemment sujette.

A ce propos, j'aurais voulu, pour terminer, vous montrer un malade, dont les impulsions meurtrières se seraient manifestées au cours d'un état crépusculaire comitial. Et puisque, aussi bien, je n'ai pas pour le moment, dans mon service, un malade de ce genre, permettez-moi de remonter aux sources mêmes de la psychiatrie et de vous lire, dans *Euripide*, une magnifique observation d'équivalent comitial. Il s'agit d'*Héraclès furieux*. «... Sur le point de prendre dans sa main droite, le tison qu'il devait plonger dans l'eau lustrale, le fils d'Alcmène resta immo-

bile et silencieux. Cet arrêt fit tourner vers lui le regard des enfants. Déjà, il n'était plus le même : le visage décomposé, il roulait des yeux où apparaissait un réseau de veines sanglantes et l'écume dégouttait sur sa barbe touffue. Alors, il se met à parler avec un rire de dément..., il se met à marcher, il prétend avoir un char qu'il n'a pas, il fait le geste de monter sur le siège et il tend le bras pour frapper comme s'il tenait un aiguillon... Tremblants d'effroi, les enfants se précipitent de tous les côtés... Lui, cependant, cherche à voir, à découvert, l'enfant qui, tourne autour de la colonne ; par une volte terrible, il arrive à lui faire face et, d'un trait, lui perce le foie... Il se croit, alors, devant les murs des Cyclopes ; il sape, il attaque au levier les panneaux des portes, il fait sauter les poteaux et d'une même flèche, il abat sa femme et son fils. Déjà, il prend sa course pour tuer aussi le vieillard, lorsqu'apparaît une image où tous les yeux reconnaissent Pallas brandissant sa lance... D'une pierre jetée contre la poitrine d'Héraclès, elle arrête sa fureur de carnage et le plonge dans le sommeil »... Puis Héraclès reprend progressivement conscience : « Ah, je respire et je vois le spectacle qui convient à mes yeux... Une vague m'a comme entraîné, et bouleversant tous mes sens, dans une chute terrible; un souffle brûlant, par hoquets saccadés, s'échappe de mes poumons. Que vois-je ?... Je suis frappé de stupeur ; je cherche, en vain, où je suis. Holà ! y a-t-il, près ou loin d'ici, un ami qui puisse remédier à mon hébétude ? Je ne reconnais ici, aucune chose qui me soit familière... Ciel ! quelle vision s'offre à moi, Oh ! douleur !

Amphytrion : Combat sans nom, mon fils, livré à des enfants !

Héraclès : Qu'appelles-tu combat ? Quel est leur meurtrier ?

Amphytrion : Toi, ton arc et le dieu qui fut cause du crime.

Héraclès : Que dis-tu ? Qu'ai-je fait ? Messager de malheur !

Amphytrion : Tu étais fou. Je souffre à t'expliquer le drame...

Héraclès : Alors je suis aussi meurtrier de ma femme ?

Que ce voile, du moins, enveloppe ma tête de ténèbres. Car j'ai honte de mes forfaits et, si j'ai sur moi la souillure de leur sang, je ne veux point transmettre mon mal à des innocents... »

DU DRAINAGE

M. G. Métivet a présenté à l'Académie de chirurgie une intéressante étude sur le drainage chirurgical. Il y donne quelques conseils pratiques, à retenir.

Les chirurgiens, dit-il, drainent actuellement plus fréquemment et plus largement qu'on ne le faisait il y a vingt-cinq ans. En pratique, on draine par drains ou par mèches, et parfois, dans un but plus particulier, par anse de soie. Se guider, dans la règle, sur cette notion essentielle : le drain est évacuateur, la mèche a un rôle protecteur ; l'anse de soie agit comme moyen irritatif.

1° *Drainage par drains.* — Il est évacuateur et s'adresse aux foyers susceptibles de se reproduire. C'est ainsi que l'on placera un drain dans un foyer opératoire, siège d'un suintement sanguin, afin d'éviter la formation d'un hématome, ou siège d'un épanchement urinaire à conduire à l'extérieur. En ce qui concerne les abcès, la question est plus complexe. Si l'on ouvre un abcès profond ou un abcès superficiel insuffisamment mûr, les lèvres de l'incision ont tendance à se rapprocher, à se bloquer, d'où rétention du pus. La pose d'un drain a alors pour but non seulement de conduire le pus à l'extérieur, mais encore d'empêcher la fermeture spontanée de l'incision. Si, au contraire, l'abcès est très mûr, la pose d'un drain est souvent inutile. Plus l'abcès est incisé tardivement, plus le drainage peut être discret.

On a reproché aux drains de se boucher, de pouvoir ulcérer de gros vaisseaux par contact prolongé, etc. En réalité, se bouchent surtout les drains inutiles, ou ceux qui ne sont pas mobilisés, ni surveillés. Pour éviter l'ulcération des vaisseaux, on glissera des mèches entre drains et vaisseaux et l'on pratiquera une certaine mobilisation.

2° *Drainage par mèches.* — Quelques chirurgiens ont cru pouvoir, la mèche agissant par capillarité, drainer les collections purulentes par mèches. Or, une mèche ne draine pas par capillarité, elle fait alors « bouchon ». La mèche, ou le sac de Mickulicz, placé dans un foyer abdominal, par exemple, intervient comme isolant, comme barrière protectrice.

Les mèches ne doivent pas, en général, être enlevées dans les premiers jours. Ceux qui accusent la mèche de favoriser la déhiscence des sutures sont ceux qui l'arrachent au 3e ou 4e jour. Du 10e au 12e jour, les adhérences se sont relâchées et les mèches viennent sans effort.

Retenir surtout, en définitive, les rôles *évacuateur* du drain et *protecteur* de la mèche. Drain et mèche ne sont pas interchangeables. Les autres modes de drainage (dérivatif, révulsif, irritatif) sont réalisés par les sétons, les grosses soies placées en séton (traitement de l'adénite tuberculeuse suppurée etc.).

P. L.

DE LA VALEUR DE L'ŒDÈME PAPILLAIRE POUR LE DIAGNOSTIC DES PETITES AZOTÉMIES

Par le Docteur Edouard REGARD (de Saint-Ouen)

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Les traités de pathologie médicale sont généralement très sobres sur les signes ophtalmoscopiques de l'urémie et, quand ceux-ci sont mentionnés, leur description se borne la plupart du temps à une sèche énumération au milieu des autres symptômes qui sont, et cela se comprend, longuement et minutieusement analysés.

Si cette conduite répond à des raisons didactiques parfaitement légitimes, la réalité clinique est loin de se juxtaposer exactement aux cadres nosographiques.

Lorsque la symptomatologie est suffisamment abondante et que les symptômes oculaires n'attirent pas spécialement l'attention du malade ou du médecin, l'examen ophtalmoscopique ne présente qu'un intérêt secondaire, le pronostic vital de l'azotémie prenant le pas sur le pronostic visuel. Il n'en est pas toujours ainsi et l'examen ophtalmoscopique permet parfois de découvrir le signe révélateur d'une azotémie discrète : l'*œdème de la papille*, avec ou sans modifications de l'aspect des vaisseaux rétiniens.

Lorsque cet œdème est assez accentué pour noyer la papille dans un œdème rétinien généralisé, les troubles oculaires sont assez nets pour inquiéter le malade qui, constatant une baisse plus ou moins considérable de son acuité visuelle, ira spontanément, ou sur le conseil de son médecin consulter l'ophtalmologiste.

Mais lorsqu'il s'agit d'un œdème papillaire ne se traduisant que par l'aspect flou des contours de la papille, ce n'est parfois que l'examen systématique du fond de l'œil qui en révèlera l'existence et permettra ainsi de découvrir une azotémie de 0 gr. 40 ou 0 gr. 50, azotémie qui aurait passé inaperçue sans cet examen.

Tel malade viendra consulter parce qu'il croit avoir besoin de lunettes et c'est l'examen du fond de l'œil qui montrera un œdème papillaire, dont la constatation commandera le dosage de l'urée sanguine et permettra par un traitement approprié d'obtenir la disparition des troubles visuels, dont le malade était loin de soupçonner l'origine.

Tel autre malade voit « comme un brouillard devant les yeux », soit d'une façon permanente, soit plus souvent d'une façon intermittente. Inquiété par ces symptômes, il vient consulter et l'ophtalmoscope montre une papille plus ou moins œdémateuse, des artères rétiniennes rétrécies et flexueuses, ou aucune altération macroscopique des vaisseaux rétiniens, tel cet officier qui nous fut amené par le médecin de son unité parce qu'il se plaignait depuis quelques semaines d'un léger brouillard devant les yeux. L'examen ophtalmoscopique montra une papille un peu floue, sans modifications visibles du calibre des artères rétiniennes. Nous lui conseillâmes d'aller au laboratoire de l'Armée pour faire faire un dosage de l'urée sanguine. A quelque temps de là, son médecin venait nous apporter le résultat de l'examen : 0 gr. 45 d'urée.

Parfois aucun trouble visuel n'attire l'attention, et c'est à l'occasion d'un examen fortuit qu'on découvrira l'œdème révélateur ; telle cette malade qui, ayant présenté, il y a quelques années, une diplopie à la suite d'une hémiplégie droite, vint nous consulter récemment pour nous demander si elle était définitivement guérie de sa paralysie oculaire et si elle ne deviendrait pas aveugle.

L'examen de sa motilité oculaire nous permit de la rassurer complètement au sujet de sa paralysie oculaire ancienne, mais l'examen du fond de l'œil révéla un œdème très discret de sa papille, qui nous fit demander un dosage de l'urée sanguine.

Le résultat qui nous fut communiqué quelques jours plus tard donnait le chiffre de 0 gr. 50.

Nous pourrions multiplier les exemples, et tous les ophtalmologistes ont observé des faits semblables.

S'il nous a paru intéressant d'en rapporter quelques-uns au hasard, c'est pour attirer l'attention des médecins praticiens sur l'importance de l'examen ophtalmoscopique dans la recherche des petites azotémies.

Cela est si vrai qu'il ne nous paraît pas exagérer de dire que l'examen du fond de l'œil devrait être pratiqué systématiquement chez tous les hypertendus, dès que l'hypertension est constatée et quelle que soit l'importance de cette hypertension.

On passerait ainsi moins souvent à côté d'azotémies qui, traitées dès les premiers signes d'alarme, pourraient être rapidement jugulées.

L'opinion, que nous soutenons ici, a été défendue par des maîtres éminents et, parmi les ophtalmologistes, il convient de citer les noms de Bailliart et de Magitot, dont les travaux sur la circulation rétinienne et la mesure de la tension artérielle rétinienne sont maintenant classiques.

Leurs remarquables travaux, confirmés par

beaucoup d'autres, ont porté la question sur son véritable terrain, qui est celui de la physio-pathologie générale, et ont surabondamment démontré que cet important chapitre de la pathologie oculaire dépassait le cadre de la spécialité et méritait de retenir l'attention de tous les médecins.

Mais on ne manquera pas de nous objecter qu'il sera souvent difficile de faire com rendre à un malade, qui ne présente pas de troubles visuels, la nécessité d'un examen ophtalmologique, surtout si le malade habite loin du spécialiste et si son avarice ou ses faibles ressources accroissent encore ses hésitations. C'est dans ce cas, que la confiance du malade en son médecin jouera un rôle prépondérant et ce dernier n'aura pas trop de toutes ses ressources verbales pour persuader son malade de l'importance que peut avoir un tel examen.

En ville, où les gens prennent davantage soin de leur santé qu'à la campagne, l'examen demandé par le praticien sera, en général, facilement accepté.

Il y a un facteur psychologique qui n'est pas négligeable et, si tel praticien chevronné connaissant à fond la mentalité du milieu où il exerce aura vite fait de convaincre un malade hésitant, on comprendra les scrupules d'un jeune praticien à demander systématiquement pour tous ses hypertendus un examen du fond de l'œil.

Aussi pensons-nous qu'il y aurait intérêt à mettre la rétinoscopie à la portée de tous les praticiens comme moyen de dépistage.

Celui qui pourra dire à son malade qu'il a un fond d'œil normal verra certainement s'épanouir sur le visage de son client un sourire de reconnaissance, et il n'est pas douteux qu'il lui saura infiniment gré de lui avoir évité des frais ou un déplacement, qu'il aurait jugé inutiles.

Dans le cas contraire, le malade acceptera sans récrimination l'examen du spécialiste.

Le radio-diagnostic appliqué à l'appareil pulmonaire et à l'appareil digestif exige des connaissances techniques et un entraînement qui demandent à celui, qui le pratique, un apprentissage souvent long et un appareillage coûteux. Et malgré ces difficultés nous connaissons des médecins de campagne qui n'ont pas hésité à les affronter pour rendre service à des malades éloignés de tout centre important de diagnostic.

Pour l'examen du fond de l'œil, il suffira à tout praticien d'un stage de quelques semaines dans un service d'ophtalmologie pour acquérir les notions élémentaires d'ophtalmoscopie, en vue d'un dépistage rapide des anomalies du fond de l'œil.

Dès qu'il aura un doute, il enverra son malade à l'ophtalmologiste et c'est à ce dernier qu'il appartiendra de trancher la question.

Beaucoup de praticiens diront, et à juste titre, que l'examen du fond de l'œil nécessitant une chambre noire et la mydriase atropinique, il sera parfois difficile de réaliser les conditions optima d'un tel examen.

Ces difficultés nous les avons souvent rencontrées dans notre pratique et, si nous n'avons pu toujours réaliser les conditions idéales d'examen, nous nous en sommes néanmoins suffisamment rapproché pour nous permettre un diagnostic satisfaisant pour un premier examen.

Pour le fignolage du diagnostic, seul l'examen au cabinet du spécialiste permet de le réaliser, car les conditions particuières d'éclairage et l'encombrement des appareils nécessitent une installation adéquate.

Pour obvier aux difficultés que nous venons de signaler, le praticien trouvera une aide précieuse dans le petit ophtalmoscope électrique de Thorner-Busch, qui donne une image renversée très nette et suffisamment agrandie du fond de l'œil, et permet de se passer de chambre noire et de mydriase atropinique. Cet ophtalmoscope, dont se servent volontiers les neurologues, nous a rendu de grands services pendant la guerre et nous l'employons couramment à notre cabinet et en ville, car il constitue un excellent instrument de dépistage. Il ne remplace ni l'ophtalmoscope à réfraction, ni le grand ophtalmoscope électrique, mais son emploi, comme premier temps de l'examen ophtalmoscopique, nous le fait considérer comme un instrument de grande utilité. Je dirais presque qu'il est à l'ophtalmoscopie ce qu'un bon écran radioscopique est à l'examen radiologique.

Nous nous excusons de nous être un peu écartés du titre de cet article, mais il nous a paru indispensable d'insister sur certains points de technique pour montrer au lecteur l'importance de l'examen ophtalmoscopique pour le diagnostic précoce des petites azotémies, et que la rétinoscopie est un moyen de diagnostic, qui mérite de prendre place dans la pratique médicale au même titre que la radioscopie. Le médecin, qui pourra la pratiquer, n'empiètera pas plus sur le domaine de l'ophtalmologiste que le phtisiologue ou le gastro-entérologue n'empiète sur le domaine du radiologiste, à condition qu'il se soit soumis préalablement à l'apprentissage nécessaire et, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, la collaboration du médecin et du spécialiste sera souvent profitable au malade, dont l'intérêt doit toujours passer au premier plan de nos préoccupations.

LA CLINIQUE VÉNÉRÉOLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR



Les nouveaux traitements « express » de la blennorragie

D'après le Professeur H. GOUGEROT et le Docteur L. GROLLET (1)

QUELQUES PRINCIPES FONDAMENTAUX

La plupart des échecs sont dus à la mauvaise administration des médicaments. Voici ce qu'il a été possible d'établir, d'après les résultats acquis, durant onze mois, sur plus de 1.200 malades :

L'*utilité des associations thérapeutiques* : sulfamide et régime, pyrétothérapie et choc (par le propidon), antiseptiques urinaires, traitements locaux.

L'*efficacité des sulfamides* aux conditions suivantes : ces composés ne peuvent donner toute leur action que lorsqu'il s'agit d'une blennorragie *simple*, non compliquée. Pour obtenir tout leur effet, il faut les employer d'emblée à des doses suffisantes, sans craindre d'ordonner 4 grammes par vingt-quatre heures dès les premiers jours.

La sulfamide n'est pas dangereuse, et, si le malade est soumis à un contrôle fréquent de son médecin, celui-ci décèle sans difficulté, les signes avant-coureurs d'une intoxication, fort rare ainsi que le prouvent le très grand nombre des malades soumis à la sulfamidothérapie.

De rares sujets se sont montrés *intolérants* à la sulfamide pyridique. Leur intolérance peut être comparée au seuil à ne pas dépasser, et l'action du médicament pour la dose absorbée est équivalente à la dose normale prise par la majorité des malades ; le même fait s'observe également pour d'autres médications (arsenic, or, etc.).

Il est d'ailleurs inutile de donner des doses inconsidérées de sulfamide pyridique : si, après 14 grammes, le résultat n'est pas obtenu, il ne sert à rien de persévérer, car il s'agit de sulfamido-résistance ou de blocage.

Le *sulfamido-résistant* d'emblée est rare. Habituellement, le malade a été rendu sulfamido-résistant par l'emploi de petites doses, qui ont créé des races de gonocoques résistants. Les microbes s'habituent, si bien qu'ils restent présents après trois injections de propidon, faites à trois jours d'intervalle, et après absorption de 14 grammes de sulfamide pyridique. C'est à la suite de ces échecs, qu'est venue l'idée d'associer d'autres antiseptiques, qui devront agir comme mordants, et peut être aussi comme spécifiques du gonocoque, tel le santalol.

Plus rarement la sulfamidorésistance est due à un *blocage* du médicament dans le système réticulo-endothélial. L'examen des urines de chaque jour ayant montré que la sulfamide ne passe pas, il faut injecter par la voie veineuse chaque jour 5 c. c. de rouge Congo à 1 p. 100. Cette technique a permis d'obtenir des guérisons : en particulier, un malade continuait, malgré une quantité importante de 693 d'avoir des gonocoques ; sans prendre aucun médicament par la bouche, sans aucun soin local, les injections intraveineuses de 5 c. c. de rouge Congo à 1 p. 100, faites chaque jour, ont permis le passage de la sulfamide dans les urines et d'obtenir l'action bactéricide recherchée ; ce sujet a guéri sans récidive.

La nécessité des tests de guérison multiples (bière et nitrate d'argent) s'impose ; ceux-ci doivent être répétés de deux en deux jours, pendant plusieurs jours.

La distinction entre blennorragie simple et blennorragie compliquée est indispensable, si l'on veut éviter les échecs de la sulfamidothérapie. En ce dernier cas, l'association sulfamidothérapie et pyrétothérapie prend toute sa valeur : la courte immobilisation qu'elle entraîne devient de rigueur, si l'on veut obtenir avec quelque certitude une guérison rapide.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS ET LEURS RÉSULTATS

I. Chez l'homme

A. Traitement de la blennorragie simple (non compliquée)

Le diagnostic de blennorragie posé, et l'examen *complet* du malade ayant affirmé une blennorragie simple, c'est-à-dire sans complication, le malade est soumis au traitement suivant :

Premier jour. — 1° Diète lactée, si possible pendant vingt-quatre ou trente-six heures ;

2° Ingestion de 4 grammes par vingt-quatre heures de sulfamide pyridique (corps 693 ou

(1) Des nouveaux traitements « express » de la blennorragie. Diagnostic et traitement de la blennorragie chez la femme, (*Le Journal des Praticiens* 1941).

402 M.), soit huit comprimés répartis en huit prises de 0,50 grammes et distribués régulièrement toutes les trois heures, *ou* 5 à 6 grammes de sulfamidethiazol (2090 RP), soit dix à douze comprimés répartis en dix ou douze prises ;

3° Ingestion de 1,50 grammes d'un antiseptique urinaire choisi comme *mordant*, par exemple, un cachet de 0,50 grammes matin, midi et soir, soit d'uroformine, soit de salol, soit de salicylate d'oxyquinoléine ou bien six capsules de santalol à 0,18 centigrammes ;

4° Une injection sous-cutanée de 4 c. c. de propidon ;

5° Un lavage urétral (urètre antérieur), dit de « détersion », avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 7.500 (seulement le premier jour.

Deuxième jour. — 1° Régime lacté ou lacto-végétarien avec fruits si possible, sinon régime sévère et exempt de café, café au lait, bière, alcool, mets épicés, charcuterie, œufs, etc. ;

2° Mêmes doses de 4 grammes de sulfamide pyridique ou de sulfamidethiazol (2090 RP) ;

3° Mêmes doses de l'antiseptique urinaire choisi.

Troisième jour. — Le malade sera réexaminé cliniquement et bactériologiquement ; même si tous les examens sont négatifs, il sera soumis à pareil régime et prendra encore 3 grammes de sulfamide pyridique et les mêmes doses de 1,50 de l'antiseptique urinaire.

Quatrième jour. — Ces doses ne seront continuées ce quatrième jour que s'il y a un doute. Sinon, faire boire de la bière pendant vingt-quatre heures et instiller dans l'urètre 5 à 10 c.c. d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 200. Revoir le malade le lendemain matin, en lui recommandant de ne pas uriner depuis au moins cinq heures. Le réexaminer comme lors de la première consultation.

B. Traitement de la blennorragie compliquée

L'examen complet du malade, dès l'arrivée, a permis de poser le diagnostic de blennorragie totale ou compliquée et a précisé la localisation des complications ; le malade sera soumis au traitement suivant :

Premier jour. — 1° Diète lactée, si possible pendant vingt-quatre à trente-six heures ;

2° Ingestion de 4 grammes de sulfamide pyridique dans les vingt-quatre heures (soit huit comprimés par vingt-quatre heures, répartis en huit prises de 0,50 grammes et distribués régulièrement toutes les trois heures) ou 5 à 6 grammes de sulfamidethiazol ;

3° Ingestion de 1,50 grammes d'un antiseptique choisi comme mordant, comme ci-dessus ;

4° Une injection sous-cutanée de 4 c. c. de propidon ;

5° Lavage urétro-vésical au permanganate de potasse à 1 p. 7.500 ;

6° *Soins locaux classiques spéciaux à la complication en cause.*

Deuxième jour. — 1° Régime normal, mais exempt de tous condiments, ne boire que de l'eau, comme ci-dessus (blennorragie simple) ;

2° Prendre 4 grammes de sulfamide pyridique ou de sulfamidethiazol dans les vingt-quatre heures ;

3° Mêmes doses de 1,50 grammes de l'antiseptique choisi comme mordant ;

4° Un lavage urétro-vésical à l'*oxycyanure de mercure* (1) à 1 p. 7.500 ou 5.000 suivant la susceptibilité de la muqueuse ;

5° Mêmes soins locaux que le premier jour.

Troisième jour. — Mêmes traitements que le deuxième jour, mais en abaissant les doses de sulfamide de 4 grammes à 3 grammes ; mêmes doses de l'antiseptique urinaire que les deux premiers jours ; mêmes soins locaux.

Quatrième jour. — Même traitement que le troisième jour (donc 3 grammes de sulfamide), mais avec une injection de 4 c. c. de propidon (1) comme le premier jour ; mêmes soins locaux.

Cinquième jour. — Les examens cliniques et microscopiques seront faits comme lors de la première consultation. Si ce cinquième jour, tout est négatif, le malade (ayant absorbé au total 14 grammes de sulfamide pyridique et environ 5,50 grammes de l'antiseptique choisi comme mordant) sera mis en observation vingt-quatre heures sans traitement.

Sixième jour. — Si tout semble normal, les épreuves de guérison pourront être commencées.

S'il y a le moindre doute ou s'il subsiste encore quelque chose, le malade poursuivra de nouveau quarante-huit heures ou davantage le régime des antiseptiques urinaires et les soins locaux sans sulfamide ni propidon.

Il est exceptionnel qu'avec ce traitement, le malade ne soit pas guéri le neuvième ou le dixième jour.

(1) Le permanganate de potasse est décomposé *in vitro* par la sulfamide, donc détruit en partie. Il y a par conséquent intérêt à prendre l'oxycyanure de mercure, qui, lui, n'est pas influencé.

(1) Il semble en effet que cette seconde injection pyrétogène permette d'éviter des surprises désagréables lors des réactivations provoquées par les épreuves de guérison.

Résultats. La nécessité d'un contrôle complet, prolongé et répété s'impose.

Dans la très grande majorité des cas, en quatre ou cinq jours, grâce à ce mode de traitement, la blennorragie *simple* est guérie ; mais il est bon de faire remarquer que, si un très grand nombre de malades guérissent ainsi, très rapidement, on assiste quelquefois, si l'on prolonge les épreuves de guérison, à quelques retours offensifs du microbe dans certaines formes de blennorragie *compliquée*. Dans les blennorragies compliquées ou non, laisser les malades en observation deux ou trois jours, en les soumettant à des réactivations quotidiennes et pratiquer tous les jours des examens bactériologiques de leurs sécrétions, urètre et liquide prostatique.

Dans quelques cas, on a eu la surprise de constater la réapparition de diplocoques ayant tous les caractères du gonocoque (encapsulé, Gram négatif, intraleucocytaire) ; c'est pourquoi, étant donné les conséquences redoutables de la gonococcie, il est nécessaire de faire, au complet, tous les tests de guérison suivants :

Si, après arrêt de tout traitement pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, tout semble normal (urines limpides) : on fera l'épreuve de la bière, massage de prostate à vessie vide, instillation de nitrate d'argent plusieurs fois répétée. Il faut que tous ces examens soient négatifs plusieurs jours de suite, pour que l'on puisse affirmer la guérison.

II. Chez la femme

Chez la femme, le traitement express de la blennorragie peut et doit être tenté au même titre que chez l'homme. Il est, dans la majorité des cas, suffisant pour permettre d'obtenir des traitements raccourcis préservant les malades de la redoutable complication qu'est la salpingite.

Ici encore, il importe de distinguer la blennorragie simple et la blennorragie compliquée, d'où la nécessité absolue d'un examen complet dès la première consultation ; il est juste pourtant d'insister sur le fait que, chez la femme, la distinction entre les deux formes est infiniment plus difficile à affirmer.

A. Blennorragie simple (*c'est-à-dire urétrite et exocervicite gonococcique, non compliquée*).

Premier jour : Même traitement que celui indiqué chez l'homme, en y ajoutant :

1° Désinfection du col avec mise en place d'un pansement à l'argyrol (glycérine argyrolée à 20 pour 100) ou pulvérisation de sulfamide ;

2° Administration matin et soir, en position allongée, et sous faible pression d'un grand lavage vaginal à 40° de deux litres d'eau bouillie, additionnée soit de permanganate de potasse, soit d'oxycyanure de mercure ; placer enfin chaque soir dans le vagin un ovule d'argyrol ou de mercurochrome.

Deuxième jour : Comme chez l'homme, en y ajoutant les lavages vaginaux et l'ovule, comme le premier jour.

Troisième et quatrième jours : Même conduite.

Les cinquième, sixième, septième et huitième jours, il sera bon de faire chaque jour, même si tous les examens apparaissent négatifs, un petit lavage de l'urètre, une bonne désinfection du col, avec mise en place, chaque jour, d'un pansement antiseptique.

Après cette huitaine de jours, la malade (si les urines sont claires, s'il n'y a pas de sécrétion purulente du col), poursuivra *chez elle* les soins locaux : lavages vaginaux et ovules, ainsi que le régime, et reviendra se faire examiner au moment de ses prochaines règles, ayant bu, pendant toute leur durée, de la bière.

Si les examens se montrent alors négatifs, on aura le droit d'escompter une guérison, qui ne pourra être affirmée qu'après un deuxième et même un troisième prélèvement négatif, faits dans les mêmes conditions, après les menstrues des deuxième et troisième mois, et après réactivation par la bière et le nitrate d'argent (urètre et col).

B. Blennorragie compliquée

Même traitement que chez l'homme, avec les adjonctions signalées à propos de la blennorragie simple.

Au delà du cinquième jour : jusqu'à la disparition de la complication en cause, même régime, mêmes antiseptiques urinaires, mêmes soins locaux, mêmes soins généraux ; seuls les *sulfamides pyridiques* devront être cessés, la malade ayant absorbé 14 *g. en quatre jours*, dose qui ne paraît pas devoir être *dépassée*.

Lorsque la complication sera éteinte et que le spécialiste jugera le moment venu de faire le contrôle bactériologique, il devra le faire, si possible, après avoir réactivé la malade au moyen de la bière.

Résultats. — Cette thérapeutique mise systématiquement en œuvre, a permis de raccourcir le traitement dans des proportions importantes. Alors qu'autrefois, sa durée était d'environ deux mois et demi à trois mois, elle n'est plus aujourd'hui, grâce à cette association de la sulfamidothérapie et de la pyrétothérapie vaccinale, que de quinze jours dans les blennorragies simples et de trente à quarante-cinq jours environ dans les cas les plus rebelles.

G. Fischer.

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Docteur Paul-Emile MORIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris

L'occlusion intestinale aiguë, pendant la puerpéralité, apparaît comme une éventualité exceptionnelle, mais n'en constitue pas moins une entité clinique que caractérisent certains mécanismes particuliers, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et la gravité de son pronostic. De sorte qu'on peut individualiser un syndrome « occlusion intestinale et grossesse ».

Elle survient le plus souvent chez des multipares jeunes, après le cinquième mois de la gestation et se rencontre avec une particulière fréquence pendant les suites de couches.

Ses modalités anatomo-cliniques diffèrent selon la date d'apparition des accidents et permettent de distinguer : les occlusions de la première moitié de la grossesse, occlusions banales ; les occlusions de la seconde moitié de la grossesse, qui posent les problèmes de diagnostic les plus difficiles ; les occlusions du travail et du post-partum, les plus graves.

L'influence de l'état puerpéral sur l'apparition de l'iléus est extrêmement variable ; nulle dans certains cas, elle peut être par contre prépondérante dans d'autres cas. Cette influence s'exerce surtout dans les derniers mois de la grossesse : elle consiste essentiellement en la création d'un état d'atonie intestinale, souvent très marquée, avec distension des anses intestinales et hypervascularisation de tous les organes du petit bassin.

C'est pourquoi, du point de vue pathogénique, il est possible de distinguer :

1° Les occlusions accidentelles ; elles comprennent, à l'exclusion de l'étranglement herniaire, toutes les occlusions que l'on est habitué à rencontrer en dehors de la puerpéralité ; l'influence de la gestation sur leur apparition ne semble nullement prouvée ;

2° Les occlusions propres à la gravidité : elles réalisent un véritable syndrome occlusif bas du sigmoïde et comprennent : *a*) Les volvulus du côlon pelvien, qu'il s'agisse de volvulus vrais ou de torsions partielles de l'anse sigmoïde sur le ligament infundibulo-colique ; *b*) Les occlusions gravidiques vraies, dans lesquelles la compression de l'intestin sur le détroit supérieur par l'utérus gravide ne fait que compléter l'action d'une atonie intestinale extrêmement sévère ;

3° Les occlusions paralytiques. Elles témoignent dans la majorité des cas d'une réaction péritonéale et s'observent ainsi avec une particulière fréquence pendant les suites de couches.

Cliniquement, il est possible de mettre en évidence un syndrome occlusif avec sa triade classique : douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, mais cette symptomatologie fonctionnelle est souvent fruste et imprécise.

Quant aux signes abdominaux fournis par l'examen, la présence de l'utérus gravide, surtout pendant les derniers mois de la grossesse, en rend la perception et l'interprétation particulièrement délicates.

Le diagnostic repose : sur la constatation des signes classiques de l'occlusion, constatation facile si la grossesse est peu avancée, beaucoup plus délicate par la suite et d'autant plus qu'on approche du terme ; sur la constatation radiologique, malheureusement inconstante, d'images hydro-aériques.

Quant au diagnostic étiologique, il est rarement possible ; il ne faut pas du reste s'y arrêter. En l'absence d'une certitude le traitement chirurgical doit être mis en œuvre le plus rapidement possible.

L'évolution en est grave et la mortalité maternelle importante. Le pronostic fœtal est particulièrement sombre. La mort survient dans plus de la moitié des cas.

La conduite à tenir en présence de ces occlusions puerpérales est variable selon les circonstances. Si le diagnostic a pu être posé avec certitude, la laparotomie s'impose d'emblée. Dans le cas contraire, un essai de traitement médical doit être tenté, mais sans le prolonger outre mesure s'il ne donne pas rapidement les résultats escomptés.

La laparotomie permet de faire le bilan exact des lésions et de poser l'indication thérapeutique de choix. Pendant la première moitié de la grossesse, la présence de l'utérus gravide est négligeable. Le traitement, essentiellement chirurgical, ne diffère pas du traitement classique de toute occlusion intestinale. Pendant la seconde moitié de la grossesse, par contre, la présence de l'utérus gravide pose un second problème : celui de l'évacuation utérine. Celle-ci sera pratiquée, chaque fois que la présence de cet utérus rendra l'intervention techniquement trop difficile ; chaque fois qu'on jugera qu'une entrée en travail pendant les suites opératoires pourrait compromettre les résultats de cette intervention ; et, bien entendu, chaque fois que l'on a affaire à une occlusion gravidique vraie.

(*Thèse de Paris*, 1939).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'infiltration splanchnique dans le diabète

P.-E. Martin (de Lyon) pose les questions suivantes : que peut-on attendre et espérer de l'infiltration anesthésique des nerfs splanchniques chez le diabétique ? Cet acte médical peut-il, dans certaines formes graves de cette diathèse, servir de prélude à une intervention chirurgicale ? On avait déjà observé que l'énervation des deux surrénales d'un chien pancréatectomisé faisait disparaître ou atténuait son diabète. Il parut alors logique à certains chirurgiens de tenter l'ablation d'une surrénale pour abaisser le taux de la glycémie diabétique; ils essayèrent de même l'énervation de la surrénale et la splanchnectomie uni- et bilatérale. Les résultats furent inégaux, avec certains succès indiscutables.

La question du traitement du diabète au moyen de l'infiltration splanchnique fut abordée par l'auteur, sans idée préconçue, sachant que cette intervention, bénigne par elle-même et sans lendemain pour le malade, agit en bloc sur le pancréas, la surrénale, le foie, le rein et qu'il n'est pas actuellement en notre pouvoir de dissocier ces rôles chez le diabétique. Il a choisi des cas graves de diabète insulino-résistant, ceux qui conservent un taux élevé de glycémie malgré un régime équilibré et un nombre important d'unités d'insuline. Il a constaté, dans deux cas, un abaissement notoire de la glycémie, et, dans l'un d'eux, il a été possible de diminuer la quantité d'insuline sans que le chiffre de la glycémie augmente, le régime demeurant le même.

La répétition des succès de ces infiltrations chez un diabétique insulino-résistant, et s'aggravant par poussées successives, doit permettre de poser une indication opératoire de splanchnectomie ou de surrénalectomie avec une chance de succès. Tous les cas ne relèvent pas de la même cause ; certains peuvent réagir à la section des splanchniques ou à l'ablation d'une surrénale.

Pour l'instant, l'auteur présente la méthode de l'infiltration splanchnique comme moyen d'étude d'un diabétique, en vue de juger, dans certains cas graves, de la légitimité d'une intervention chirurgicale (splanchnectomie ou surrénalectomie). Mais il insiste sur la nécessité de s'entourer pour cette étude de certaines garanties indispensables. Le malade doit être suivi cliniquement et humoralement avec attention, son régime soigneusement établi pour qu'il n'y ait pas de variations journalières par l'apport d'hydrates de carbone exogènes. Quand on a équilibré, depuis plusieurs jours, le malade avec une quantité d'insuline, souvent élevée, on pratique alors l'infiltration splanchnique bilatérale dans les meilleures conditions possibles pour juger de son action réelle.

Cette étude, qui par elle-même est assez longue, paraît pour l'instant indiquée dans les cas suivants : le diabète insulino-résistant ; le diabète avec facteur rénal ; le diabète avec hypertension artérielle et néphrite. (L'infiltration agit doublement sur le taux glycosurique et la tension artérielle : c'est là l'indication-type) ; le coma diabétique insulino-résistant, mais sous réserve d'une contrindication formelle, qui est le coma à forme de collapsus cardio-vasculaire.

(*La Presse médicale*, 8 mars 1941).

L' « ulcère aigu de la vulve » n'est qu'une aphtose

Ainsi s'exprime A. Touraine ; cette maladie, identifiée par Lipschütz, ne doit plus être considérée comme une entité. Le bacillus crassus, considéré jusqu'ici comme son agent spécifique, n'est qu'un saprophyte habituel des organes génitaux dans les deux sexes : il se retrouve dans les fèces, la bouche, etc. Il est d'ailleurs très inconstant dans les frottis, cultures et coupes des ulcérations ; il ne possède pas de pouvoir pathogène, et n'est ni auto-, ni hétéro-inoculable. Ses réactions biologiques (intra-dermo-réaction, agglutination, fixation du complément) sont au surplus généralement négatives.

L'ulcère aigu de la vulve doit être regardé comme la localisation vulvaire d'une maladie infectieuse générale : l'aphtose. Ses manifestations sont identiques à celles des aphtes de la bouche et des organes génitaux ; on peut l'observer dans les deux sexes. Ce n'est pas une affection locale ; dans les deux tiers des cas, les lésions aphteuses atteignent aussi la bouche et peuvent s'étendre à la peau ; dans près de 30 % des cas, il existe, en plus des symptômes d'ordre plus banal : érythèmes noueux ou polymorphes, arthralgies, signes oculaires (conjonctivite, iritis récidivante, neuro-rétinite), des troubles généraux.

L'aphtose paraît due à un ultra-virus voisin, mais différent de celui de l'herpès. Ce virus pénètre dans l'organisme par une voie qui, comme pour l'herpès, reste encore imprécise, mais souvent à l'occasion d'un état anergisant : maladie infectieuse, grossesse, infections dentaires, amygdalectomie, choc nerveux, injection de novarsénobenzol, etc. (*Le Progrès médical*, 29 mars 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La gastro-bactérioscopie. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire

(M. P.-F. ARMAND-DELILLE ; 4-3-1941)

M. Armand-Delille poursuit depuis plus de vingt ans des investigations systématiques sur la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique recueilli par tubage le matin à jeun, pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Le principe de cette méthode est dû à H. Meunier qui la préconisa en 1898 pour affirmer la nature tuberculeuse de certaines broncho-pneumonies des jeunes enfants. Ce mode d'investigation est maintenant classique et, en 1930, M. Armand-Delille a montré qu'il ne devait pas être réservé à l'enfant.

Actuellement, la gastro-bactérioscopie est devenue un élément indispensable du diagnostic, à côté de la cuti-réaction et de l'examen radiologique, non seulement chez les enfants et les malades qui ne crachent pas et prétendent ne pas tousser, et chez les sujets porteurs de pneumothorax avant l'interruption du traitement, mais aussi pour dépister les simulateurs en cours d'expertises.

L'infection tuberculeuse chez les singes en captivité

(M. Ach. URBAIN ; 11-3-1941)

Les singes, dans la nature, ne prennent jamais spontanément la tuberculose. Par contre, en captivité, dans les ménageries, les parcs zoologiques, au contact du public, ils sont susceptibles de contracter cette maladie avec facilité.

La tuberculose des singes est surtout sous la dépendance de bacilles de type humain.

Ces données soulignent, au point de vue social, l'importance qu'il y aurait à faire connaître au public la grande fréquence de la maladie chez ces animaux et le danger qu'ils peuvent faire courir aux familles qui les hébergent.

La morti-natalité et la mortalité infantile, à Bordeaux, de 1928 à 1940

(M. Etienne GINESTOUS. — Présentation par M. NOBÉCOURT ; 11-3-1941)

La statistique bordelaise, de mortinatalité, concorde avec la statistique générale de la France dressée par MM. Lesage et Moine : il y a à Bordeaux comme dans toute la France, parmi les mort-nés, plus de garçons que de filles.

Pour la mortalité de 1 à 20 ans, la statistique bordelaise semble contredire sur certains points celle donnée par M. Nobécourt pour la France entière. D'après celle-ci, la mortalité des garçons, comparée à celle des filles, est très supérieure de 0 à 4 ans, peu supérieure de 5 à 9 ans, puis inférieure de 10 à 15 ans. En réalité, les deux statistiques ne sont pas établies de la même façon. Quoi qu'il en soit, M. Ginestous note une mortalité des garçons plus forte que celle des filles, de 0 à 20 ans.

Cardiopathies et grossesse (Les indications opératoires)

(MM. Ch. LAUBRY, D. ROUTIER et MATHIVAT ; 18-3-1941)

Beaucoup d'accoucheurs pensent et disent que les cardiaques font généralement les frais de leur grossesse et de leur accouchement. M. Laubry estime que cette opinion, si elle peut s'appliquer à la période obstétricale proprement dite, n'est plus exacte pour la période qui suit l'accouchement.

En fait, au cours de ces huit dernières années, M. Laubry a eu l'occasion de poser les indications de l'avortement thérapeutique et de l'intervention obstétrico-chirurgicale au terme de la grossesse dans 42 cas de cardiopathie. Pour lui, trois accidents, déjà évalués à leur juste valeur par MM. Balard, Broustet et Mahon dans leur rapport au XIe Congrès de gynécologie et obstétrique, sont une indication formelle à l'interruption de la grossesse : l'arythmie complète par fibrillation auriculaire ; l'œdème aigu du poumon ; les hémoptysies chez les cardiaques.

L'auteur ne craint pas de s'avouer interventionniste, mais interventionniste à bon escient.

— M. CLERC ajoute que les cardiaques devenues enceintes doivent autant que possible être traitées de bonne heure (repos, digitaline...) ; les opérations d'ordre majeur (césarienne haute) restent alors l'exception. Néanmoins, les indications opératoires peuvent s'imposer éventuellement.

La psychologie des réflexes

(MM. LOGRE et LAMACHE ; 18-3-1941)

La recherche des réflexes est, en principe, un moyen d'interroger le système nerveux du malade en dehors de l'intervention de celui-ci. Il convient toutefois de remarquer qu'un élément psychique peut intervenir dans les réflexes. Chez des sujets sensibles, on obtient des réflexes particulièrement vifs, ce qui comporte une signification psychiatrique (Dupré). Chez certains asthéniques, par contre, les réflexes se font remarquer par leur faiblesse. La « psychologie des réflexes » reflète la psychologie du sujet lui-même.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Réaction méningée au cours des rhino-pharyngites aiguës

(M. RIBADEAU-DUMAS, Mlle H. RIST et M. HUSSOMEDDIN ; 24-1-1941)

Le rhino-pharynx représente chez le petit enfant la voie de pénétration habituelle de l'infection et la rhino-pharyngite en est même généralement la manifestation initiale. Celle-ci peut guérir sans incidents, mais les complications sont nombreuses. Parmi celles-ci, il importe de signaler les réactions méningées, qui sont loin d'être rares. L'observation rapportée est celle d'un enfant de 5 ans, chez qui les signes observés avaient fait poser un diagnostic de méningite tuberculeuse, que venaient bientôt démentir l'examen du malade et l'évolution de la maladie.

Il semble donc que le coryza vulgaire soit susceptible, l'infection se propageant sans doute par la lame criblée de l'ethmoïde, de déterminer des réactions méningées latentes, se manifestant par des convulsions et se traduisant par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et une réaction lymphocytaire.

Pneumopathie aiguë récidivante, révélatrice d'un kyste aérien du poumon

(M. Pierre PRUVOST ; 7-2-1941)

Le diagnostic des kystes aériens, dont l'importance est actuellement reconnue, reste souvent encore délicat, quand on n'a pas l'attention attirée en ce sens. Cette fois, le kyste s'est manifesté par des signes d'emprunt inhabituels : incidents pulmonaires aigus du type pneumonique au point de vue clinique et radiologique. Ce ne sont que les radiographies, pratiquées dans l'intervalle des poussées aiguës, qui permirent de rapporter les phénomènes à leur véritable cause.

Ces kystes sont révélés le plus souvent par une complication : hémoptysie, infection pulmonaire, suppuration. Dans ce dernier cas, ils réalisent habituellement le tableau classique de l'abcès du poumon. A une phase fébrile généralement assez courte fait suite une période d'expectoration purulente à type de vomique plus ou moins fractionnée, parfois massive. C'est la répétition des accidents, leur localisation toujours dans la même région, qui doit faire penser au kyste, et c'est l'examen radiologique pratiqué dans l'intervalle des phases d'infection, qui en prouvera l'existence.

Chez l'enfant dont les auteurs rapportent l'observation, il s'agissait également de l'infection d'un kyste, dont on retrouvait un peu l'aspect arrondi dans l'ombre diffuse à type pneumonique que montrait le premier cliché.

G. F.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 20 *janvier* 1941

R. PALMER : **A propos du traitement des dyspareunies vulvo-vaginales ménopausiques et du vaginisme**

Dans les dyspareunies vulvo-vaginales par sténose ménopausique (huit observations), le traitement de base a été la folliculine (5 milligrammes par semaine pendant cinq à huit semaines) ; les dilatations rétrogrades à la manière de Douay, ont dans quelques cas semblé accélérer le résultat. Dans le vaginisme (dix observations) le traitement de base est constitué par les dilatations au spéculum de Cusco suivant la technique de Douay ; chez les femmes présentant de l'hypoplasie, le résultat est plus rapide en associant la folliculine. Dans les deux cas, sédatifs nerveux et abstention de toute tentative de coït jusqu'à obtention d'une perméabilité vaginale suffisante et indolore. Dans les dyspareunies ménopausiques, Béclère emploie des doses de folliculine plus faibles, mais leur associe la diathermie ; Douay qui emploie la folliculine, lui associe la testostérone ; Maurice Fabre utilise la diathermie.

Dans le vaginisme, Turpault a constaté des échecs de la folliculine ; dans les hypoplasies, Ulrich fait la dilatation digitale sous anesthésie locale, et a de bons résultats avec les pommades anesthésiantes.

Cl. BÉCLÈRE : **La métrite post-ménopausique (étiologie, physiologie et traitement)**

Après tous les types de ménopause (naturelle, chirurgicale ou roentgenienne) on peut voir se produire des métrites particulières ; la plus fréquente est la métrite sénile des vieilles femmes. C'est une métrite du corps qui apparaît spontanément, sans contamination sexuelle, et qui est due à des germes banaux. Ces métrites post-ménopausiques sont dues essentiellement à l'atrophie de la muqueuse utérine consécutive à la disparition des hormones ovariennes normales. Le traitement de ces métrites post-ménopausiques est l'association du traitement hormonal de remplacement par la folliculine et du traitement anti-infectieux par la diathermie.

Palmer souligne que les doses modérées de folliculine ont déjà une action manifeste.

TURPAULT : **A propos de l'hormone mâle dans les salpingites.**

Dans vingt-deux cas de poussées congestives douloureuses prémenstruelles à répétition chez des femmes atteintes de salpingo-ovarite chronique, Turpault a obtenu d'excellents résultats par l'injection de testostérone dans le col utérin cinq et deux jours avant les règles.

BARBELLION : **Les sulfamides dans le traitement de la blennorragie féminine.**

Barbellion indique comment il combine le traitement sulfamidé général au traitement local de désinfection des différents repaires gonococciques.

Les Livres

LIBRAIRIE MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

J. GOURDOU. Séméiologie radiologique des pneumopathies aiguës. (*Tuberculose et suppurations pulmonaires exceptées*). Préface de M. le Professeur Jean Tapie. Un vol., 296 pages, 96 figures. Prix : 80 francs. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

Cet ouvrage représente une étude d'ensemble de la radiologie des pneumopathies aiguës. Il est basé sur de nombreuses observations radio-cliniques, recueillies pour la plupart par l'auteur, au lit du malade, grâce à un appareil radiographique portatif. Illustré par une importante iconographie (96 clichés), il apporte une mise au point très complète de la radiologie des pneumopathies aiguës qui — celle de la pneumo ie mise à part — était restée jusqu'à ces dernières années peu connue.

Ce travail fait la preuve que la radiologie des pneumopathies aiguës constitue, à l'heure actuelle, un chapitre important et qui doit être bien connu de la radiologie pulmonaire. L'auteur, en attirant l'attention sur l'intérêt de cette exploration radiologique, ne néglige pas d'en montrer en même temps les limites et insiste sur ce fait que l'exploration radiologique des affections broncho-pulmonaires aiguës ne saurait en aucun cas permettre un diagnostic étiologique, qui ne peut reposer que sur la clinique et le laboratoire.

La radiologie des pneumopathies aiguës vient aussi, une fois de plus, vérifier ce grand principe de radiologie, à savoir qu'aucune image radiologique n'est pathognomonique.

LIBRAIRIE PLON, Paris

D'Arsonval. Une vie, une époque, 1851-1940, par le Dr L. CHAUVOIS. Un volume 152 pages.

En ce petit volume l'auteur évoque rapidement les étapes d'une carrière prestigieuse qu'il narra par le menu dans un livre antérieur.

La figure de d'Arsonval, si attachante par les multiples traits dont est faite son originalité, y ressort en relief, déjà burinée pour la postérité.

Ce fut un homme de la Renaissance attardé parmi nous, un homme qu'intéressait tout ce qui est humain et dont le génie sera peut-être l'un des derniers à avoir pu embrasser d'un coup d'œil de larges perspectives.

Car notre époque, entre autres opprobres, a ceci d'attristant pour l'esprit qu'elle cloisonne, ordonnance et rétrécit toutes ses voies.

G. L.

Editions du Comité national de l'Enfance,
51, avenue Victor Emmannuel-III, Paris (VIIIe)

L'alimentation, de l'enfant à l'adulte. Cinq fascicules de 16 à 26 pages chacun, 1940.

Les mères de famille soucieuses de diriger normalement l'alimentation de leurs enfants, petits et grands, ainsi que les directrices de crèches, d'écoles, de colonies de vacances trouveront les indications nécessaires dans l'opuscule édité par le Comité national de l'Enfance : *Alimentation, de l'enfant à l'adulte.*

L'ouvrage est formé de cinq fascicules (édition 1940).

Fasc. 1. — *Alimentation de la première enfance.* — Après un avant-propos du Professeur Marfan, sur les variations récemment proposées au régime des nourrissons, le regretté Dorlencourt expose les données de l'allaitement au sein, mixte, et artificiel, puis du sevrage et de l'introduction des bouillies, potages, purées, du jaune d'œuf, des jus de fruits crus.

Fasc. 2. — *Régime alimentaire dans les crèches.* M. Huber indique les erreurs alimentaires trop communément commises dans les crèches, puis il formule les principes d'une alimentation correcte aux différents âges du nourrisson.

Fasc. 3. — *Alimentation des enfants et des adolescents de 4 à 18 ans.* Ce fascicule a été rédigé par M. Charles Richet, sur les bases des régimes équilibrés, complets et non carencés, indiquées par M. Lesné.

Fasc. 4. — *Alimentation des enfants dans les cantines scolaires.* Sur les mêmes bases, M. Huber présente un tableau de menus pour les cantines scolaires.

Fasc. 5. — *Alimentation de l'adulte.* Dû à la collaboration de M. Ch. Richet et de la regrettée G. Dreyfus-Sée, cette brochure envisage l'alimentation de l'adulte, de la femme enceinte, des nourrices.

Les brochures sont complétées par la reproduction des conseils formulés par M. Lesné à l'Académie de médecine, destinés à pallier, dans la mesure du possible, aux restrictions alimentaires actuelles.



PARTIE PROFESSIONNELLE

MOUVEMENT SANITAIRE & PROFESSIONNEL

ORGANISATION SANITAIRE DE LA FRANCE

Maintenant que nous avons envisagé (1) le rôle que pourrait jouer le Corps médical dans la Corporation de la Santé publique, il est intéressant de voir la place qu'occuperait celle-ci sur l'échiquier sanitaire.

Et pour ce, il nous faut étudier ce que sera l'organisation sanitaire de la France.

Le ministre de la Santé publique, de la Jeunesse et de la Famille du début s'est mué en un Secrétariat général à la Famille et à la Santé dépendant du Secrétariat d'Etat à l'Intérieur, dont le titulaire siège au Conseil des ministres, tandis que la jeunesse passait à l'Education nationale. Puis, par suite d'un nouveau remaniement, le Secrétariat général de la Santé fut rattaché au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé dépendant lui-même du Secrétariat d'Etat à la guerre dont le titulaire siège au Conseil des ministres. Autrement dit, le Général Huntziger, ministre, secrétaire d'Etat à la guerre siégeant au Conseil des ministres a, près de lui, M. Chevallier, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé qui, lui-même, délègue ses pouvoirs au Docteur Serge Huard, secrétaire général à la Santé qui est resté à ce poste depuis le début du gouvernement du Maréchal Pétain. On sent donc, dans ce domaine, le désir d'une spécialisation de plus en plus marquée.

M. Serge Huard est et reste donc en fin de compte le grand maître de la Santé publique.

Comment est constitué son cabinet ?

La loi du 10 septembre 1940 nommant le Docteur Serge Huard, secrétaire général à la Famille et à la Santé lui avait donné comme attributions l'établissement des programmes d'Assistance sociale et la coordination d'action du personnel de l'Assistance.

Il y avait donc, attachés au Cabinet, un *Bureau de Service social.*

Puis deux directions :

I. — *Santé . Hygiène.*
II. — *Famille*
et une *sous-direction* : *Personnel. Comptabilité.*

I. — *La direction Santé-Hygiène* a, dans ses attributions : l'Hygiène sociale, la Salubrité publique, l'Hygiène générale, la Défense sanitaire, la Prophylaxie des épidémies, l'Assistance aux adultes, la Protection médicale maternelle et infantile, l'attribution des subventions correspondantes (loi du 18 septembre 1940). Le Directeur est le Docteur Codvelle, professeur au Val-de-Grâce.

Trois inspecteurs généraux : les Docteurs Aublant, ancien directeur de la Santé publique de Seine-et-Oise, Pélissier, phtisiologue, médecin-chef de la Cité universitaire, et Boidé, professeur au Val-de-Grâce ont comme attributions : le contrôle sur les services et établissements d'hygiène de protection de la Santé publique et d'Assistance relevant de l'autorité de l'ancien ministre de l'Intérieur et sur les services et établissements de même nature créés et gérés par des Associations déclarées selon la loi de 1901 (loi du 7 octobre 1940).

Bureaux : 1° Etablissements publics nationaux ;

2° Infirmières. Protection médicale infantile ;

3° Hôpitaux. Vieillards. Infirmes, Incurables ;

4° Alcoolisme. Tuberculose. Maladies vénériennes. Cancer ;

5° Hygiène générale. Thermalisme ;

6° Prophylaxie des épidémies.

II. — *La Direction famille* a, dans ses attributions les questions relatives à la Famille, la Législation familiale, la Protection maternelle et infantile (questions non médicales), enfants assistés, colonies de vacances, logement familial, aide financière et matérielle aux familles, allocations familiales (loi du 18 septembre 1940).

Là aussi, il y a *trois inspecteurs généraux* qui ont comme attributions le contrôle des inspecteurs de l'enfance :

Bureaux : 1° Législation ;
2° Action et propagande ;
3° Enfance ;
4° Logement familial ;
5° Allocations, aide matérielle et financière.

Le B. I. O. S. (Bureau d'information et d'orientation sociales) à qui nous empruntons un certain nombre de ces renseignements ajoute : la Direction de la Famille a pour principe que la Famille étant antérieure à l'Etat doit garder son entière autonomie pour toute question concernant, soit l'organisation intérieure, soit l'éducation des enfants.

---

(1) *Le Concours médical*, n° 2, 12 janvier 1941, n° 8, 23 février 1941, n° 11, 16 mars 1941, n° 13, 30 mars 1941 ; n° 18, 4 mai 1941.

L'État n'intervient que pour aider la famille dans son action et pour parer, le cas échéant, à sa carence.

Auprès du secrétaire général à la Santé sont institués deux Comités :

1° Le Comité consultatif d'hygiène de France ;

2° Le Comité de l'Assistance de France.

Et c'est ici que se montrent le désordre et l'anarchie qui régnaient dans la Santé publique, car la Loi qui institue ces deux Comités donne en même temps la liste de tous les Conseils, Commissions, Comités, etc., qui siégeaient sans coordination, sans lien, les uns avec les autres. Qu'on en juge plutôt :

— Conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

— Conseil supérieur d'hygiène sociale ;

— Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

— Conseil supérieur de la natalité ;

— Comité supérieur de la protection des enfants du premier âge ;

— Conseil supérieur de la protection de l'enfance ;

— Commission de répartition des subventions aux œuvres d'assistance maternelle ;

— Commission des donneuses de lait ;

— Comité consultatif des Colonies de vacances ;

— Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales ;

— Commission consultative des établissements thermaux appartenant à l'État ;

— Commission de l'hydroclimatologie sociale faisant partie du C. S. H. S. ;

— Commission permanente des laboratoires ;

— Commission des sérums ;

— Commission de contrôle technique de l'alimentation ;

— Commission permanente de protection de la vieillesse ;

— Commission technique de l'habitation ;

— Commission des médicaments antivénériens ;

— Comité consultatif chargé d'étudier les questions intéressant les aveugles ;

— Commission chargée du projet pour la codification des lois et règlements d'assistance ;

— Commission de préparation des traités internationaux d'assistance ;

— Commission centrale d'assistance ;

— Commission chargée de la codification des lois et règlements intéressant l'hygiène publique ;

— Commission d'attribution de bourses aux élèves infirmières et assistantes sociales ;

Soit 24 Conseils, Commissions ou Comités.

Comment se reconnaître dans tout ce fatras ? Aussi comprend-on la boutade du Dr Ichok : « Il faut un dictateur à la Santé publique ».

Le *Concours médical* ayant publié en son temps (*Journal officiel*, 20 novembre 1940), la loi instituant les deux Comités, consultatif d'hygiène de France et d'assistance de France, nous nous contenterons de faire ici quelques remarques qui ne sont pas sans intérêt.

C'est ainsi que font partie du Comité consultatif de France, à part le personnel de la Santé, des inspecteurs généraux des ponts et chaussées, du génie rural et des mines, le doyen de la Faculté de Médecine de Paris, les directeurs des services de santé de l'Armée et de la Marine, le directeur de l'Institut Pasteur, un membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, le directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, les professeurs d'hygiène des Facultés et des Ecoles de médecine, des écoles d'application des services de santé de l'Armée et de la Marine, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, l'inspecteur général, chef du service technique des eaux et de l'assainissement de la ville de Paris, etc...

Nous retrouvons donc là, comme dans notre Corporation de la Santé publique tous ceux qui ont pour but ou pour mission le maintien de la Santé nationale. Nous pourrions faire les mêmes constatations au sujet du Comité de l'Assistance.

Le secrétaire général à la santé a donc près de lui son directeur à la Santé et à l'Hygiène et trois inspecteurs généraux, véritables Missi Dominici que nous avions demandés depuis longtemps, ne dépendant que du Secrétaire général, ayant donc toute indépendance.

Auprès du secrétaire général deux Comités consultatifs : Hygiène et Assistance, auxquels seront soumises les questions relevant de leur compétence. Voilà donc l'organisation sanitaire centrale de la France.

Avant de conclure, nous ferons encore remarquer que ces Comités : Hygiène et Assistance constitueront des sections dont certaines appellations confirment ce que nous avons dit de la Corporation de la Santé publique. C'est ainsi que nous trouvons une section de l'alimentation, une des eaux, de l'assainissement, de l'urbanisme et de l'hygiène rurale, une de la propagande et de l'éducation sanitaires, etc.

Rappelons encore que l'Académie de médecine comprenant des représentants de tous les sanitaires, s'est, sous l'impulsion de son secrétaire général le Professeur Achard, donné comme mission l'étude de toutes les questions intéressant la Santé publique. De tous c tés, à l'heure actuelle, après la tourmente terrible qui a secoué le pays, s'offrent les bonnes volontés — et le Corps médical ne faiblira pas à sa tâche — pour aider au redressement national, à la sauvegarde de la race et à la lutte contre les fléaux sociaux, et en premier lieu : la dénatalité.

Dr Georges Boyé.

ASSURANCES SOCIALES

COMMENT APPLIQUER LE DÉLAI DE SIX MOIS AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE

Les maladies dépendantes et indépendantes

La durée d'attribution des prestations en nature de l'assurance-maladie est une bien complexe et bien difficile question que la législation, la jurisprudence et la doctrine s'efforcent, et bien imparfaitement encore, de mettre peu à peu au point. Le principe des six mois de soins pour une même maladie a été posé dès l'origine, c'est-à-dire par la *loi de* 1930. Mais que devait-on entendre par maladie ? Ceci s'éclairait par l'art. 4, § 10 de la loi de 1930 que réputait *a contrario, maladie nouvelle* (ouvrant par conséquent un nouveau délai de prestations), toute rechute survenue plus de deux mois après la fin de l'affection. La doctrine, fondée sur ce texte, considérait comme maladie indemnisable toute *période d'activité* d'une même affection survenue *plus de deux mois* après la « *guérison apparente* » de la première. En outre, toute affection donnait lieu à la délivrance des prestations, même si elle survenait moins de deux mois après la guérison, apparente ou non, de l'affection précédente, du moment qu'elle était *indépendante* de celle-ci.

Une thèse plus absolue, et qui avait paru être admise par certains arrêts de la Cour de Cassation, ne s'attachait pas à la véritable nature de l'affection ou à la recherche de sa dépendance ou de son indépendance avec la précédente. La « maladie » était, d'après elle, toute période morbide active nécessitant des soins. Toute nouvelle période n'était « maladie nouvelle » au sens de la loi et n'ouvrait droit aux prestations que si elle était séparée de la précédente par une phase de stabilité ne nécessitant pas de recours aux soins, donc aux prestations, et ce, durant plus de deux mois.

La réforme opérée par le *décret-loi du* 28 *octobre* 1935 se devait de préciser cette question. Elle l'a fait par son art. 6, § 13 qui, s'il a codifié les résultats doctrinaux et jurisprudentiels, a fait naître de nouvelles obscurités. Cet article stipule, en effet, que : « lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie et s'il en a avisé sa Caisse dans les huit jours. *Il en est de même* si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations ».

Si l'on se borne au texte littéral, il semble que le législateur ait voulu donner raison à la fois aux deux thèses, pourtant inconciliables, que nous avons exposées. A quoi se rapporte en effet l'expression « il en est de même » ? Faut-il entendre par là qu'en cas de maladie indépendante de la précédente, le droit aux prestations se rouvrira *dans les mêmes conditions* (guérison apparente, délai de deux mois), que celles applicables aux maladies dépendantes, aux périodes d'activité d'une même affection. Autrement dit, l'assurance sociale indemnisera-t-elle plus l'état de maladie (le mot se trouve dans un rectificatif, d'ailleurs de validité plus que douteuse, au texte précité) que telle ou telle affection ? Ou bien faut-il comprendre qu' « il en est de même » s'applique au membre de phrase « celles-ci peuvent être servies à nouveau pendant un délai de six mois », et faire triompher alors la thèse qui s'attache à la nature de l'affection et à sa dépendance ou son indépendance d'avec celle qui a causé la période de maladie antérieure ?

Pratiquement, si nous admettons la première théorie, il faudra toujours, pour obtenir à nouveau les prestations après six mois d'indemnisation, que l'assuré prouve une guérison apparente de plus de deux mois. Si nous admettons la seconde, cette preuve sera inutile s'il établit l'indépendance de sa nouvelle affection.

Le problème s'est enfin posé devant la jurisprudence à propos du cas suivant : un enfant atteint d'une affection pulmonaire reçût les prestations de l'assurance jusqu'au 28 décembre 1938, date à laquelle il était en état de guérison apparente. Le 19 février 1939, il tombait de nouveau malade d'une affection intestinale entièrement indépendante de la première. La Caisse, saisie d'une demande de prestations, prétendit que le délai de six mois devait être calculé en l'espèce en additionnant la période de soins de l'affection pulmonaire, et la deuxième période ouverte à l'occasion de l'affection intestinale, pour le motif que les deux périodes de maladie, étant séparées par un délai de moins de deux mois, devaient être considérées comme la même maladie. La Caisse se rangeait ainsi à la thèse que l'assurance couvre la période de maladie, indépendamment de sa nature.

Le Tribunal civil d'Angers ayant rejeté cette thèse, la Caisse forma un recours en cassation, et la *Chambre sociale de la Cour suprême* eut ainsi à se prononcer, ce qu'elle fit par un *arrêt du* 24

octobre 1940 levant désormais tout doute sur le sens de l'art. 6, § 13 de la loi.

Il doit être entendu en ce sens qu' « *une maladie indépendante de celle qui a déjà motivé l'attribution des prestations donne naissance à une nouvelle période de garantie de six mois, sans que le droit de l'assuré puisse être en ce cas soumis à l'observation d'un délai d'interruption de plus de deux mois.* Ce texte n'assujettit à cette dernière condition l'attribution de prestations pendant un nouveau laps de temps de six mois *que lorsqu'il s'agit d'une affection non indépendante de la première* ».

Ceci posé, rappelons que le délai de six mois ne s'applique qu'aux prestations ordinaires de l'assurance-maladie. Sa rigidité est d'ailleurs assouplie dans une certaine mesure par les dispositions de l'assurance-invalidité. Si, en effet, l'assuré, à l'expiration des six mois, voit sa capacité de travail diminuée d'au moins 66 %, il aura droit, en outre de sa pension, aux prestations en nature de l'assurance-maladie et ce pendant cinq années. Si son incapacité est inférieure à 66 %, l'art. 33 du règlement d'administration publique du 11 juillet 1939 prévoit que l'Union régionale et la Caisse d'invalidité peuvent s'entendre pour le faire bénéficier, à titre de soins préventifs, des prestations en nature pendant un maximum de trois nouveaux délais de six mois.

Mais, à côté des prestations ordinaires, existent les *prestations spéciales prévues par l'art.* 6 § 16 pour les assurés ayant besoin de soins préventifs ou atteints de maladie ne comportant pas cessation du travail, prestations qui peuvent être versées pendant une durée *de deux ans* au plus. Elles combleraient fort opportunément les lacunes des prestations ordinaires (dont les assurés atteints d'affection chronique sans périodes aiguës ne bénéficient que pendant six mois en tout et pour tout), si les Caisses les versaient effectivement dans tous les cas entrant dans les prévisions légales. On sait qu'elles prétendent en subordonner la délivrance à leur bon plaisir. Des décisions de jurisprudence sont intervenues récemment à ce sujet.

Nous y reviendrons donc dans une note ultérieure.

Jean MIGNON.

L'ORDRE ADMETTRA-T-IL DANS SON SEIN LE VIEUX MÉDECIN N'EXERÇANT PLUS ?

La composition des tableaux départementaux des Conseils de l'Ordre continue à poser des questions que la loi n'a ni prévues ni résolues expressément. Il en est une que nous n'avions pas encore envisagée : celle des vieux médecins retraités, n'exerçant plus. Nous recevons à ce sujet l'intéressante lettre suivante :

Pense-t-on aussi au vieux médecin qui, n'exerçant plus habituellement et effectivement la profession médicale, n'est plus assujetti à la patente et qui, cependant, conserve le droit, par exemple, de donder ses soins à quelques anciens malades.

Conserverait-il ce droit sans appartenir à l'Ordre ?

Pourrait-il adhérer à l'Ordre comme membre actif?

Sinon ne peut-on prévoir pour lui une sorte d'honorariat ?

Si l'on se reporte au texte de la loi du 7 octobre 1940, nous voyons (art. 8) que sont inscrites au tableau les personnes remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine et admises par le Conseil de l'Ordre à pratiquer leur art. Autrement dit l'inscription au tableau peut être requise par tout médecin ayant les titres légaux pour exercer et contre qui aucun obstacle de moralité ne peut être invoqué. *Cette inscription ne peut valablement lui être refusée.* Bien entendu elle ne l'oblige en aucune manière à exercer, en vertu de ce principe que la non-utilisation d'un droit ne saurait en entraîner la perte. Mais si le médecin retraité peut ainsi être membre de l'Ordre, il n'est *point tenu d'en* faire partie, dès lors que, selon les termes de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, il ne prend pas part *habituellement et de manière suivie* au traitement des maladies.

Notre problème n'est d'ailleurs point sans analogies avec celui que pose l'affiliation aux syndicats des personnes qui ont exercé, mais n'exerce plus une profession. Aux termes de l'art. 7 du livre III du code du travail « peuvent continuer à faire partie d'un syndicat professionnel, les personnes qui ont quitté l'exercice de leur fonction ou de leur profession, si elles l'ont exercée au moins un an. »

Cet aspect juridique exposé, remarquons qu'il est d'un intérêt certain pour l'Ordre d'accueillir ces vieux médecins qui, même retraités, gardent leur qualité, leur esprit médical, dont l'expérience de la vie professionnelle ne peut qu'être précieuse et serait même un titre pour faire admettre certains d'entre-eux dans les Conseils départementaux.

Au point de vue du fonctionnement pratique de ces Conseils les médecins retraités pourraient en outre consacrer leur loisirs à la marche administrative de l'Ordre sur qui repose actuellement une tâche d'une incontestable ampleur.

Jean MIGNON.

CRITIQUES DU PROJET TABERLET

Dans notre numéro du 13 avril, page 689, nous avons publié, sous la signature du Docteur Taberlet un projet de réorganisation de la profession médicale en France.

Ce projet envisage la plupart des problèmes qui se posent à nous à l'heure actuelle et suggère une solution.

Il nous est parvenu diverses objections que, fidèles à notre méthode d'étude par la libre controverse, nous livrons à nos lecteurs :

I. — Mes critiques portent d'abord sur l'innovation qui consiste à imposer au jeune médecin d'être d'abord, non pas simplement stagiaire, comme le prévoyaient des projets précédents, mais assistant titulaire auprès d'un confrère. Cette obligation présente des inconvénients qui peuvent être ainsi résumés :

a) Quelle sera la conduite de ceux qui ont l'intention de faire de la science et de préparer les concours ? Puisqu'on ne les autorisera pas à exercer la clientèle pour leur compte, ils resteront sans autre ressource que les maigres indemnités versées par l'Assistance publique ou les Facultés. L'accession au professorat est *ipso facto* réservée aux candidats qui ont de la fortune ;

b) La situation respective de l'assistant et de son patron mériterait d'être précisée : Si je ne m'entends pas avec mon assistant, si je le trouve incapable ou paresseux, ai-je le droit de le mettre à la porte, ce qui le laissera sans ressources, ou dois-je continuer à le payer à ne rien faire, jusqu'à ce qu'il ait trouvé une autre place ?

c) Le Docteur Taberlet estime que l'assistant est obligatoirement le successeur du praticien auquel il assurera des rentes ; la question des retraites serait ainsi résolue. Je ne partage pas cette confiance : Dupuis a pour assistant Dupont. Ils travaillent à plein tous les deux. Dupuis est âgé, il se trouve un jour fatigué, il se retire. Dupont resté seul, va être obligé ou de négliger une partie des clients, ou de prendre un assistant. Dans les deux cas, les bénéfices vont diminuer ; s'il exerce dans un milieu peu fortuné, il risque de se trouver gêné pour entretenir et son successeur et son aide.

Et puis, ce qui est bien plus grave, si Dupont tombe malade ou meurt subitement, le pauvre Dupuis verra sa retraite réduite à zéro. La sécurité des vieux jours du praticien est à la merci de la santé de son successeur.

II. — Le projet prévoit l'existence de SPÉCIALISTES qui doivent : 1° *justifier de connaissances particulières* ; 2° *s'engager à n'exercer que la spécialité*. Je ne saurais trop approuver ; mais bien vite je cesse d'être d'accord :

a) « Il apparaît comme impossible d'admettre... une limitation légale au droit qu'a tout docteur en médecine d'exercer toutes les branches de son art ». A moi, il m'apparaît comme impossible d'admettre que tout docteur puisse ouvrir un ventre, trépaner un crâne, ou poser un diagnostic radiologique sans avoir fait les études nécessaires ;

b) « Beaucoup de médecins, dit l'auteur, font à la fois de la médecine générale et une spécialité » Il trouve naturel qu'on ne fasse pas cesser ces errements ; il suggère par contre qu'on avantage le vrai spécialiste en lui donnant droit à des honoraires plus élevés et à un coefficient plus grand de population. Cette générosité dissimule mal que le spécialiste va se trouver en état d'infériorité : Dubois et Durand sont les deux seuls médecins d'une petite ville, la concurrence les a conduits tous deux à acquérir des appareils d'électricité médicale ; un beau jour Dubois a la fâcheuse inspiration de se déclarer spécialiste. Son concurrent en tirera évidemment un gros bénéfice : il aura à lui seul toute la clientèle d'omni-praticien, et de plus, la plupart des patients justiciables de l'application des courants iront chez lui parce qu'il ne leur prendra pas des honoraires de spécialiste ;

c) La limitation, qui est envisagée, du nombre des spécialistes, me paraît contraire à l'intérêt public aussi bien qu'au progrès de la science. Il fut une époque, je l'ai dit en un autre article, où l'électrothérapie était considérée comme du charlatanisme. Si, au temps où s'installèrent ceux qui furent mes maîtres, une réglementation eut existé, ils auraient été obligés de faire de la médecine générale, le développement de l'école électrothérapique française, qui eut tant de prestige à l'étranger, aurait été par cela même entravée. Qui nous garantit que demain telle ou telle branche de la thérapeutique, actuellement peu connue ou encore inconnue, ne prendra pas un essor tel qu'il justifie l'établissement d'un nombre imprévu de postes consacrés à elle ?

S'il paraît juste de s'assurer que les spécialistes sont d'abord de bons médecins et de bons cliniciens et savent ensuite très bien leur spécialité, il faut cependant leur laisser courir leurs chances en mettant en œuvre leur esprit novateur.

III. — Le texte suivant mérite aussi quelques

remarques « les membres du Corps enseignant dans les Facultés ne seront pas autorisés à donner leurs soins à des clientèles personnelles, mais seulement à le faire en consultation avec des confrères et sur appel de ces derniers. Leurs traitements seront élevés ».

a) Le professeur, au moins s'il n'a pas de fortune, aura été forcé de faire de la clientèle ; il sera vraiment cruel d'interdire aux familles dont il a la confiance, de recourir à lui à partir du jour de sa nomination. Puis, cette prohibition de toute activité autre que la consultation, va mettre le chirurgien dans une singulière posture : Voilà un professeur qui a découvert une opération nouvelle qu'il a seul appliquée jusqu'ici. Il pourra conseiller cette intervention, mais bien qu'il soit l'unique compétent, il n'aura pas le droit de la pratiquer sur des malades payants ;

b) Enfin, il y a lieu de se demander quel traitement sera alloué à un chirurgien en renom pour renoncer aux bénéfices que lui assure la pratique de son art. Il est à craindre qu'en raison des ressources modestes des Facultés, les « as » abandonnent l'enseignement pour le laisser à de moins habiles qui n'espèrent pas une situation suffisante de leur pratique. Ne risque-t-on pas de favoriser la prééminence des médiocres dans les Facultés ?

IV. — Il ne paraît pas souhaitable qu'on impose un tarif *maximum* pour les honoraires. Il n'y a aucune raison pour que celui qui peut payer ne paye pas ; le capitaine d'industrie, habitué à dépenser sans compter, n'aura pas de considération pour le médecin qui ne lui demandera qu'une somme faible à ses yeux ; la rémunération doit être en rapport avec le train de vie. En Amérique, on a l'habitude de réclamer proportionnellement aux revenus annuels du malade (12 p. 100 de ces revenus, en général, pour une grande opération). Tarifer selon les ressources de l'intéressé semble une mesure non seulement juste, mais, de plus, la seule capable de donner au praticien tout son prestige.

Et puis pourquoi empêcher celui qui a la vogue de limiter son champ d'activité par la hausse des prix ? Le Professeur X. est surmené, il ne peut satisfaire tous ceux qui désirent bénéficier de ses soins, je tiens à être opéré par lui, je me sers de ma fortune pour obtenir d'être parmi les élus en payant cher. Me l'interdire est interdire en même temps à X. de tirer de sa science et de son habileté le bénéfice légitime.

Dr LAQUERRIÈRE.

***

La pléthore est et demeure un des grands soucis des médecins français.

Voici trois avis, fort différents, sur la question et sur le remède proposé par le Docteur Taberlet :

Du libéralisme ou du contingentement, il reste à dégager quelle est la méthode et la plus efficace et la plus acceptable.

C'est maintenant qu'il importe que chaque médecin se fasse une opinion et s'emploie à la défendre. Car, une fois les décisions prises, il ne restera plus, suivant la nouvelle discipline civique, qu'à accepter et désigner un agent d'exécution.

Voici, pour la première fois sans doute, un projet de réorganisation professionnelle clairement exposé.

Certes, le nombre des médecins va croissant : il y a, sans nul doute, surproduction et cette surproduction conduit à la « commercialisation » du métier, à la concurrence déloyale, à la recherche par chacun de « fixes » et de prébendes. La corporation médicale de France est atteinte de cette grave, très grave affection et les moyens employés par beaucoup de médecins pour obtenir « le » ou « les » petit « fixes » désirés sont souvent loin d'être propres ; résultat : les débrouillards, osons l'écrire, les malhonnêtes et les « lécheurs de pied », que jadis stigmatisa notre confrère Léon Daudet dans les « Morticoles », cumulent sans arrêt pendant que « l'honnête imbécile » vit avec difficulté de l'exercice de son art, ...

La pléthore médicale est due en grande partie aux Ecoles de médecine. Leur suppression est plus que désirable. Les écoles ne sont pas adaptées, pour la plupart et ce, faute de moyens, à l'enseignement moderne (l'enseignement de certaines matières y est complètement négligé) et les professeurs, médecins locaux, y ont tendance à ne voir en leurs élèves que de futurs racoleurs de leurs clientèles de consultants. Des luttes de personnalités s'engagent et des élèves sont brimés. D'où la nécessité d'obtenir que les membres du Corps enseignant n'aient pas le droit de faire de clientèle.

Bien entendu, il faut également contrôler les spécialistes. Que ceux-ci se cantonnent à leur spécialité et ne fassent point de médecine générale. Toutefois, je crois ce cas assez rare, et, pour ma part, n'en connaîs pas d'exemple.

Le système actuel où chacun agit suivant son propre intérêt représente sans nul doute un « système anarchique », émanation du système politique et social qui a conduit le pays à la catastrophe. Ceci, beaucoup de médecins, de jeunes médecins, l'ont-ils compris ? L'avenir seul nous le dira.

Dr DU PASQUIER.

***

De ce projet, j'accepte pour ma part sans réserve les idées émises sous la rubrique : exposé des motifs, de quoi souffre la médecine française, principes directeurs.

Quant à la méthode conseillée pour l'application de ces principes, elle me paraît plus critiquable.

Après avoir rejeté le principe du concours, proposé la création de médecins assistants, de retraites sous forme de rentes viagères, l'auteur déclare « qu'il est *vraisemblable* d'admettre qu'il résultera de telles mesures une limitation de *facto* des postulants au diplôme de docteur en médecine ».

Du propre aveu de notre confrère, ce projet n'offre donc qu'une apparence de vérité, une probabilité de succès. Or, il nous faut actuellement agir sûrement et vite ; il faut pouvoir dire des mesures proposées ; Je suis certain de leur rapide efficacité. De l'avis de tous, le problème capital, celui qui demande une solution urgente c'est celui de la pléthore, triste résultat d'un libéralisme malhonnête.

En matière de pléthore, il est des méthodes qui ont fait ailleurs leurs preuves ; c'est donc d'abord à ces méthodes qu'il faut s'adresser.

Or, il nous paraît non seulement vraisemblable mais certain qu'en faisant appel au concours, à l'entrée et à la sortie des facultés, en mettant à la retraite les vieux médecins à partir d'un âge, qu'il conviendra de fixer, on obtiendra la limitation très rapide du nombre des médecins.

En même temps, qu'il contribuerait à enrayer la pléthore, le principe du concours donnerait aux malades de très sérieuses garanties de compétence.

Quant à la retraite, elle représentera pour le praticien âgé ou infirme une indemnité, le dédommageant du poste qu'il abandonne, et pour tout le Corps médical, un avantage réel par suite de la libération de ces postes ; il sera donc juste que tous les membres de la profession médicale viennent alimenter la Caisse des retraites.

Les médecins retraités, ne possédant pas de ressources complémentaires ou n'ayant pas de famille, pourraient être admis dans une de ces maisons de repos, dont parle le Docteur Massart dans son dernier article « L'Ordre nouveau ». La retraite de ces médecins serait versée à la Caisse de la maison de repos.

En adoptant le principe du concours, nous ne ferions qu'imiter les grandes écoles, l'école des médecins vétérinaires. N'est-il pas d'ailleurs inadmissible que l'on exige pour les ponts, les routes et les bêtes des garanties de compétence plus grandes que pour les humains ?

...Je souhaite, comme le Docteur Massart, que la médecine évolue en dehors des deux tendances, syndicaliste et corporative.

Syndicalisme et corporation tombent en effet tôt ou tard sous l'emprise totale de l'Etat, qui fait de leurs membres des machines à impôts, ou des instruments politiques.

Ce fut, en effet, le triste sort qui fut réservé aux corporations sous le règne de Louis XV.

Restons donc maîtres de l'organisation de notre profession, de la défense de ses intérêts, tout en nous mettant sous la tutelle de l'Etat, dont l'arbitrage, en présence de divergences de profession ou de métier, reste une de ses fonctions essentielles.

Dr R. Castets.

***

Limitation du recrutement à l'orée des études ? *Certes non.* « Et je vis là, au lit du malade, dit M. Proust, que ce parfait imbécile était un grand médecin ». Rien de plus juste. La médecine est pour moitié une question de flair, d'antennes. Le fait de sortir de polytechnique ou de navale vaut 0 pointé au lit du malade. Et la « somme » médicale à absorber est telle, qu'il est *criminel* de *stériliser* des cerveaux et des tempéraments qui se sentent la *vocation* avant le vrai combat. Donc recrutement très vaste à l'entrée des Facultés. Le bachot passe-partout : un point, c'est tout !

Limitation en cours d'études ? — Oui, certainement. Elle est très simple. Un concours rallie *tous* les suffrages : celui de l'internat. Je propose donc un *examen*, au même âge, DE MEME DIFFICULTÉ, que *le concours* de l'internat de Paris. *Non un concours, mais un examen.* Il sera éliminatoire après deux échecs. Point de clémence. Point de repêchage. On ne s'occupe pas de ce que peut devenir le candidat qui échoue à Navale trois fois. Lui aussi a subi une préparation *très spéciale qui ne le prépare à rien d'autre* ! Tant pis pour lui.

Enfin d'études, je propose un examen *clinique* très sévère et suffisamment complexe pour qu'on ne puisse passer par surprise au travers des mailles — *mais non éliminatoire.* L'impétrant pourra s'y présenter toute sa vie. Pourquoi pas ? Tant qu'il n'est pas reçu, il n'encombre pas la profession.

J'ai longuement médité sur cette question des « charges ». Sait-on où on va avec cela ? Je me demande si on a bien réfléchi à ceci :

La farouche Invidia si honnie ! n'est au fond que cette *noble* ambition du médecin de surpasser tous ses concurrents, en science, et *en renommée.* C'est elle, et elle seule qui pousse les bien doués et les travailleurs acharnés à la cîme de la Société. Elle ne peut s'acquérir PLEINE ET ENTIÈRE que dans le libre jeu de la concurrence loyale.

Dr E. Reignard.

SYNTHÈSE ET UTILISATION DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE

Peu de carrières sont aussi constamment en contact avec les faits que la carrière médicale ; et comme ces faits sont liés entre eux, il n'est pas un médecin qui ne soit obligé, pour s'expliquer le présent d'un malade, de se remémorer son passé individuel ou héréditaire. Qu'il le veuille ou non, tout médecin tient un fichier de ses clients ; s'il n'est pas écrit, il est dans sa mémoire. Beaucoup d'entre eux, soit dans la clientèle privée, soit à l'hôpital, ont des recueils très bien détaillés d'observations. De plus, à l'occasion des divers contrôles ou examens sanitaires auxquels tout français est soumis et qui se multiplient tous les jours, des médecins différents font sur les mêmes personnes des constatations qui se répètent sans se connaître. Dès sa naissance, et même déjà dans le ventre de sa mère, l'individu subit douze ou quinze examens, au moins, tous isolés les uns des autres ; et, quand il est malade, combien de médecins successifs (ou simultanés) lui posent les mêmes questions ? Combien de médecins recherchent des antécédents qui ont été enregistrés quelque part, mais que seule la mémoire incertaine du malade peut lui indiquer ?

C'est ainsi que, dans l'incessant travail médical, des heures sont inutilement dépensées à refaire, tant bien que mal, ce qui a déjà été fait.

***

Autre considération. Une masse considérable de documents précieux, tels que les archives d'un service hospitalier, les examens des médecins d'assurances, ceux des médecins inspecteurs scolaires, ceux des médecins militaires, sont détruits ou mangés par les rats sans être d'aucune utilité à la science médicale. D'autres, tels que les grands fichiers centraux des tuberculeux, pourtant complets et superposables, sont conservés, mais jamais ordonnés, jamais mis en synthèse ou en statistique, malgré le grand intérêt qu'on tirerait de leurs données numériques, de leurs courbes évolutives. Ces fichiers, comme ceux que tiennent certaines Caisses d'Assurances sociales, sont conçus comme des outils de travail pour l'administration qui les tient et les met à jour ; ils sont, non pas des archives pathologiques ou biologiques, mais une sorte de prolongement de la comptabilité, des pièces administratives.

Quand on lit certaines communications des maîtres français, on est étonné du petit nombre des cas sur lesquels sont fondés les travaux les plus remarquables ; on regrette qu'ils soient privés de l'autorité que leur confèrerait une statistique dont les éléments existent, mais sont introuvables ou inutilisables.

***

Ce sont ces considérations qui ont fait désirer l'institution du carnet de santé. Nul, sauf ceux qui ont peur de tout, et notamment de changer leurs habitudes, ne contestera son utilité et comment il pourrait servir à l'individu ou à la famille, sous la forme du dossier familial de santé, dans la santé et dans la maladie, ainsi qu'aux médecins qui attachent de l'importance au « terrain » héréditaire ou individuel. On a beaucoup écrit sur le carnet de santé ; des modèles satisfaisants en ont été proposés et la Chambre des députés a voté une loi qui le rendait obligatoire. Cette obligation, d'ailleurs, a soulevé beaucoup de difficultés, dont la plus grande n'est pas celle du secret professionnel ; et le carnet de santé n'est pas populaire parmi les médecins, lesquels ont bien le droit, d'ailleurs, de ne nourrir aucun enthousiasme pour un travail supplémentaire, utile aux autres, mais gratuit pour eux.

Quant à tirer de ces carnets, ou des autres recueils d'observations accumulés dans des coins, un profit général ; quant à recenser les maladies, à étudier leurs complications et leurs répercussions, à recueillir l'opinion des praticiens sur les problèmes qu'ils ont chaque jour à résoudre, je ne connais qu'une tentative à le faire, celle du Dr Godlewski et des Assises de la médecine française. Mais leur beau travail est toujours fragmentaire, et, à raison de trois questions par an, il leur faudra quelque temps pour approfondir quelques difficultés de la science médicale, par cette méthode plutôt documentaire que statistique.

***

Cette lacune doit être comblée. Il faut concevoir plus largement l'utilisation rationnelle des constatations et des observations des médecins, il faut que cet immense travail serve à la santé de la nation. Et voici comment on pourrait envisager cette enquête permanente sur l'homme normal et pathologique.

Supposez que chaque médecin soit pourvu, par les soins du ministre de la Santé, d'un registre dans lequel recevraient des signes conventionnels, simples et aisés à retenir, les cas les plus usuels de la pratique courante, avec leurs complications, ainsi que des détails morphologiques généraux. Un système de plus ou de moins marquerait les succès ou les échecs de certaines thérapeutiques, et une colonne « obser-

vations » permettrait de mentionner des cas particuliers. Tout cela sous forme anonyme et numérique, de façon que la question du secret ne se pose pas. Ce travail serait fait sous le contrôle de l'Ordre des médecins et des inspecteurs régionaux d'hygiène, et les médecins recevraient pour cette contribution à l'avancement de la connaissance de la maladie un honoraire adéquat.

Supposez d'autre part que l'on organise un corps de statisticiens, qui devraient être des médecins, et dont la charge serait de recenser périodiquement ces registres sanitaires. Supposez qu'un comité scientifique, composé de statisticiens et de représentants des Sociétés savantes ou des organisations qui se consacrent à la santé publique, dirige le corps des contrôleurs de la statistique sanitaire. Chaque année, en dehors des renseignements fondamentaux, tirés des registres sanitaires, on instituerait des enquêtes particulières sur des points d'actualité ; et les médecins seraient invités à répondre, dans le cadre de ces enquêtes, aux questionnaires des contrôleurs.

Ce service de statistique sanitaire serait incorporé aux services de la Statistique générale de la France. Quelle anomalie, en effet, qu'il y ait des fonctionnaires appliqués à dénombrer les pots de confiture ou les rails de chemin de fer fabriqués chaque année, et que personne ne s'inquiète du nombre des néphrites scarlatineuses, des intoxications par les champignons, des avortements ? N'est-il pas d'un intérêt égal de savoir que telle région est favorable à la culture de la betterave, et que telle autre est recherchée par le cancer ou la brucellose ? Autant que les causes de décès, n'est-il pas essentiel de connaître les causes de maladie ?

Les volumes de la Statistique générale de la France contiennent des trésors de renseignements : en ce qui concerne la maladie, ils sont vides, comme si personne n'était jamais malade en France, ni personne jamais soigné, ni aucune maladie évitée par la prévention.

***

Voilà une tâche proposée non seulement au ministre de la Santé, s'il veut montrer qu'il est aussi un ministre contre la maladie, mais aussi à tous ceux qui veulent rénover la France par la santé française.

Savez-vous que cela existe déjà dans notre pays, depuis longtemps mais au profit des bêtes ?

Tous les ans, les vétérinaires, d'ailleurs rémunérés pour ce travail, dressent et envoyent au ministère de l'Agriculture un état détaillé des bêtes qu'ils ont soignées, des thérapeutiques qui leur ont donné les meilleurs succès, et, selon les indications qu'ils reçoivent, de la situation de telle ou telle épizootie. Ce que l'on fait pour les bestiaux, ne pourrait-on pas l'essayer pour l'homme, et pour le bénéfice du cheptel humain ?

Ph. DALLY.

Variétés

EN LISANT MONTAIGNE

Comme à un régime de malade, il faut se résoudre à régler sa conduite

Le sage Montaigne malgré son scepticisme croit qu'un homme prudent doit se résoudre à régler sa conduite comme un malade finit par se plier à un régime.

Dans le chapitre : *De la solitude* du livre II des *Essais*, nous relevons le passage suivant :

« Comme les hommes qui se sentent de longtemps affaiblis de quelque indisposition se rangent à la fin à la mercy de la médecine et se font desseigner par art certaines règles de vivre pour ne les plus contrepasser, aussi celuy qui se retire enuyé et dégousté de la vie commune doit former cette-cy aux règles de la raison, l'ordonner et renger par préméditation et discours. »

La mort accidentelle ne doit pas être douloureuse

Un jour, monté sur un petit cheval, il reçut le choc d'un de ses garçons de ferme, chevauchant « un puissant roussin » dont il n'était pas maître. Montaigne et sa monture furent renversés ». Les témoins de l'accident lui prodiguèrent des soins mais, voyant qu'il ne reprenait pas connaissance, le transportèrent chez lui. Il perdit pendant le trajet beaucoup de sang, en vomit et se sentit extrêmement faible.

« Il me semblait que ma vie, conte-t-il, ne tenait plus qu'au bout des lèvres ; je fermais les yeux pour ayder, ce me semblait, à la pousser hors, et prenois plaisir à m'alanguir et à me laisser aller. » Cet état qui, dit-il, était pour lui « sans desplaisir, ains meslé à cette douceur que sentent ceux qui se laissent glisser au sommeil ». Cette euphorie persiste pendant le transport malaisé à sa demeure, bien qu'il fut revenu à lui. Il eut trouvé à cet instant « la mort heureuse » et il ne sentit des douleurs que deux ou trois heures après quand ses forces commencèrent à revenir. Il conclut : « Que pour s'apprivoiser à la mort, je trouve qu'il n'y a que de s'en avoisiner ».

J. NOIR.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Secrétaire Général à l'Assemblée Générale du 24 juin 1941

Mes chers Confrères,

Notre dernière Assemblée générale s'est tenue le 23 mai 1940.

Le simple rappel de cette date suffirait sans doute à faire présager ce que fut l'exercice écoulé.

Nous vivions alors dans un Paris soucieux, tendu vers les nouvelles provenant des armées et qui voyait s'allonger dans ses rues les files de voitures fuyant la Belgique, la Hollande, le Luxembourg et le Nord de la France.

En nous quittant, chacun de nous se demandait pour combien de temps c'était et s'il ne viendrait pas lui-même, un jour prochain, grossir ces cohortes de fugitifs.

Notre Société elle-même, ses bureaux, ses archives ont connu ce triste destin quelques jours plus tard, et jusqu'en septembre, elle a pratiquement suspendu ses services.

C'est donc le compte rendu d'une annuité largement amputée et, en outre, désorganisée par la défaite, que je vous présente aujourd'hui.

En septembre, à la reprise de notre activité, nous nous sommes trouvés en présence d'un effectif coupé en deux et même trois tronçons, au sein d'une France labourée de plaies. Les sociétaires mobilisés rentraient peu à peu dans leurs foyers et, en rentrant, nous envoyaient (ou ne nous envoyaient pas !) de leurs nouvelles. Certains étaient prisonniers, d'autres avaient quitté leur domicile et nous ignorions leurs adresses de repliement. Un arriéré de quatre mois se dénonçait à chaque courrier et accumulait les pièces « en instance ». Et notre personnel égaillé rentrait lui-même au hasard des démobilisations.

C'est vous dire que la remise en train ne s'est pas vu épargner les difficultés et que toute la fin de la sinistre année 1940 n'a pas même suffi pour liquider le bilan des événements politiques. Nous y sommes néanmoins parvenus grâce au labeur et à la bonne volonté de nos collaborateurs auxquels je me plais à rendre ici un public hommage. Grâce à eux, l'envoi des circulaires, l'apurement individuel de chaque compte de démobilisé, le service d'un surabondant courrier, l'adaptation aux difficultés de communications ont été des problèmes difficiles, mais résolus l'un après l'autre.

Nous voici désormais en mesure de reprendre un fonctionnement normal, ou du moins aussi normal que le permet l'actuel état de choses.

En zone occupée, rien n'est changé pour nos sociétaires qui nous envoient dans les mêmes conditions qu'antérieurement leurs déclarations de maladie ou d'accident et qui reçoivent en leur temps, les indemnités auxquelles ils ont droit.

En zone non occupée, un bureau annexe, commun au *Concours*, à la « Mutualité Familiale » et au « Sou » fonctionne à Vals, 5, rue Auguste-Clément. Notre ami Paul Ribeyre le dirige avec compétence et dévouement. Nous lui en exprimons ici notre gratitude et nous pensons que nos adhérents de la zone libre seront d'avis que, grâce à lui, le fonctionnement du journal et de ses œuvres se poursuit au mieux des circonstances présentes.

La dernière Assemblée générale s'était occupée de réduire les difficultés pouvant surgir d'une divergence notable entre les anciens statuts (antérieurs au 1er janvier 1937) et les nouveaux. Il avait été décidé que la faculté serait laissée aux adhérents mobilisés régis par les anciens statuts d'opter soit pour ceux-ci (comportant certaines charges compensées par certains avantages), soit pour les nouveaux. Une circulaire a porté cette faculté qui leur était consentie à la connaissance des bénéficiaires. En fait, le plus grand nombre, et de beaucoup, a opté pour les nouveaux statuts ne comportant pas le versement des cotisations arriérées.

Une autre question avait retenu l'attention du Conseil d'administration : la question des ristournes à consentir équitablement aux adhérents mobilisés qui, ayant versé une cotisation entière en 1939, s'étaient vus, depuis septembre, déchus du fait de leur mobilisation de tout droit à indemnité.

Cette question a été résolue par l'établissement d'un barême actuariel permettant de calculer le chiffre de la ristourne en fonction de l'âge et de la durée de la mobilisation.

Nous croyons avoir, par cette mesure, sauvegardé d'aussi près que possible, les intérêts de nos confrères mobilisés. De fait, bien peu ont trouvé à redire à cette solution de la question.

En définitive, nous sommes sortis de la guerre aux moindres dommages. Notre Société reprend une vitalité de bon aloi et fort encourageante. Malgré les soucis de toutes sortes et l'incertitude du temps présent les nouveaux adhérents nous viennent à un rythme très satisfaisant.

La situation financière a été préservée. Au sein de l'actuelle réorganisation de la profession, notre Société est de celles qui peuvent à bon droit envisager de jouer un rôle polarisateur des énergies et des aspirations, un rôle d'ordonnancement pour tout ce qui touche à la prévoyance et à l'entr'aide.

Le Secrétaire général :
G. LAVALÉE.

« LE SOU MÉDICAL »

Rapport du Trésorier sur l'Exercice 1940

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous soumettre le rapport financier de l'exercice 1940 :

I. Compte de gestion

RECETTES :

Cotisations 1940	970.895,80
Revenus du portefeuille	165.473,68
Revenus immobiliers	9.081,05
	1.145.450,53

DÉPENSES :

Frais judiciaires	45.028,95
Frais généraux	85.507,95
Frais de contentieux	98.326,55
Administration	7.425,80
Propagande	6.885,50
Provision pour liquidation des affaires de l'exercice	121.971,05
Assurance « La Participation »	172.157,35
Responsabilité encourue	81.203,50
Solde viré à la réserve de garantie	526.943,88
	1.145.450,53

II. Bilan

		Actif :	Passif :
Immeuble		382.500	
Portefeuille		3.294.729,53	
DISPONIBILITÉS			
Caisse	3.148,60		
Caisse d'Epargne Paris	10.705		
Chèques Postaux	48.053,05		
Société Française de Reports et Dépôts	207.851,43		
Société générale Paris A. I.	23.347.80		
Divers	6.386,77		
		299.492,65	
Divers :			
Matériel à amortir	10.392,81		
Coupons 1940 à recevoir	65.964,63		
Cotisations arriérées	100.000		
		176.357,44	
Réserve de garantie			3.075.852,98
Provision pour liquidation des affaires en cours			1.012.859,84
Office de recouvrement			6.917,49
Mutualité Familiale			16.686,10
Compte auxiliaire (Dons)			20.430,31
Compte adhérents			1.757,25
Cotisations 1941			18.302,50
« La Participation », etc			230.65
Divers			42,50
		4.153.079,62	4.153.079,62

COMMENTAIRES

Les comptes ci-dessus appellent les quelques explications suivantes :

1° Le compte cotisations 1940 comporte 100.000 francs de cotisations arriérées non encore recouvrées au 31 décembre dernier, mais dont l'intégral recouvrement a été opéré depuis lors.

2° La Provision pour liquidation des affaires de l'exercice 1940 a été calculée sur le taux de 1.000 francs par appui donné par le Conseil au cours de l'année, ce qui est largement suffisant étant donné le prix de revient moyen de chaque affaire.

3° L'immeuble apparait en diminution sur l'exercice précédent, car nous avons procédé aux amortissements nécessaires.

4° Le Portefeuille est inscrit à sa valeur d'achat. L'évaluation au cours de la Bourse au 31 décembre 1940, fait apparaître une plus value de 226.351 fr. 97 soit 6,87 %. En conséquence, nous avons fait disparaître au Passif la provision pour dépréciation du Portefeuille.

5° La Réserve de garantie ressort cette année à 3 millions environ, ce qui nous met à l'abri de toutes surprises. La Provision pour liquidation des affaires en cours a été calculée de manière à permettre très largement la liquidation de tous les appuis pécuniaires donnés par le Conseil.

En résumé, le Sou Médical continue, malgré les évènements, à offrir à ses adhérents une garantie de premier ordre et se trouve nettement au-dessus de ses engagements.

Le Trésorier : Dr G. LAVALÉE.

LE SALON DE 1941

Fidèle aux Conseils du Maréchal Pétain prêchant l'Union, le Salon de 1941 groupe les Artistes français : la Nationale des Beaux-Arts, le Salon colonial et celui des Urbanistes, dans le palais incohérent de Tokio. Ce Salon se rapproche sensiblement des traditions artistiques anciennes et sans renoncer aux progrès et aux tendances modernes, semble abandonner certaines extravagances que nous avons connues.

Parcourant le rez-de-chaussée réservé aux artistes français, salle 1, nous admirons la composition décorative d'*Emile Beaune*, et celle de *Pougheon*, le délicat paysage de *Dauchez*, le portrait de l'abbesse d'*Edgard Maxence*, la gracieuse ondine de *Calbet*, les fantaisies réalistes de *Hervé*, le portrait si soigné d'*Etcheverry*, le charmant nu de *Sieffert* et le délicat portrait de *Cayron*.

Dans la salle 2, nous retrouvons beaucoup d'hors concours. C'est M. *Benner* avec un nu d'une grande perfection, les compositions décoratives de *Fougueray*, les portraits si parfaits de *Baschet*, surtout celui de Me Grosclaude d'une si magistrale exécution et celui si gracieux de Me Marika. A rapprocher les portraits si étudiés et si mondains de *Cyprien Boulet*, les toiles si riantes de *Montassier*, les paysages de *Grosjean-Montezin* excellent comme toujours dans ses paysages ensoleillés et fleuris.

La salle 3 est une rétrospective des anciens maîtres, c'est *Bonnat* avec son tableau sur Saint-Vincent-de-Paul

C'est la série de ces portraits si remarquables de *J.-P. Laurens* et de ses fils *Albert et Pierre*, *d'Henner*, de *Baudry*, de *Delaunay*, de *Lefèvre*, des natures mortes de *Volton* et de *Sabatte*, dont on remarque surtout la crypte de la Ferté-sous-Jouarre.

La salle 4 expose les magnifiques portraits de *Fougerat*, surtout l'aïeul d'une grande délicatesse, le bain de Martine, d'une aimable simplicité de *L. Simon*.

Ce qui retient l'attention, salle 5, est surtout le beau portrait d'*Anne Favre* et celui de *Louise Lavrut* et la prière de *Jonas* par un prêtre en chasuble accompagné d'un enfant de chœur, et de même le portrait de Pétain. Magnifique eau forte de *Bracquemond*, le portrait d'Ed. de Goncourt et savants burins de *Gaillard*, notamment son Monseigneur Pie.

Thérèse Clément nous intéresse avec sa vue du Canal de la Bastille. Notons dans la même salle 6, le portrait du Docteur Rœser par *Janogé* et la nature morte de *René Chrétien*.

C'est plus loin (9), le Pont-Neuf d'un bon coloris, de *Mlle Bourgade*, la marine de *Lecomte*, la nature morte, le dessert, de *Rieder* et le tableau consciencieux de *P. Planes* : le Soleil d'hiver. La salle 10 nous présente tout un chemin de croix de *Guillonnet* et un intéressant tryptique de Paris au niveau de l'Ile Saint-Louis, de *Delpey*. Très majestueuse sculpture de *Martial* pour l'aéroport du Bourget. — Race noire — et de *Graff*, le buste du Docteur Blottière *A. Claire*, salle13, nous offre un ravissant sous bois ensoleillé.

La salle 12 est consacrée à l'art religieux, peinture, orfèvrerie, vitraux.

Après un coup d'œil sur le Salon colonial où nous remarquons avec agrément les toiles de *Th. Clément*, de *Delpey* et de *M. Delpey Maisne* sur Fez et Marrakech, les compositions décoratives de *Fouqueray*, les dessins et aquarelles de *Montagné*, les sculptures de *Moncassin*, nous passons dans l'étage de la Société nationale des Beaux-Arts dont les salles se différencient par les lettres de l'alphabet et la peinture par une liberté d'allure plus grande que celle des Artistes français. *Van Dongen* expose (salle A) différentes toiles dont une vue d'une facture sans épithète et aussi l'effigie du Cardinal Mercier sur son lit de mort. Quelques sculptures académiques de *Guéniot* agrémentent cette salle.

Enumérons ensuite les œuvres remarquées : la place de la Concorde de *Déziré* (M), le panneau décoratif de *Tondu* (M), le canal Saint-Martin d'*Hervigo* (M), les paysages si plaisants de *L. Béri*, l'intérieur d'atelier de *Norselius*.

Sœvagen excelle comme toujours dans ses Vues maritimes (P) et *Fontanaroza*, nous présente une puissante composition le Brebant. Des œuvres de *Guirand de Scevola* sont toujours d'une très grande maîtrise, ses portraits, celui de Van Dongen et le sien, sont d'un grand art. Nous voyons également avec plaisir son bon repos avec un nu exquis.

Les laboureurs de *A. Jouclard* respirent de vie et de mouvement (L). Nous voyons avec satisfaction le paysage de *Sigrest* (J), les Vues de Saint-Benoît-sur-Loire, d'*Andrieux* (I), les délicates fantaisies galantes de *Cadel* (Z), le bord de rivière de *Rochette* (V).

La salle R est consacrée à l'art décoratif. Très somptueux paravent aux éléphants de Midavaine.

Au Salon des urbanistes remarquons notamment les grands travaux de Nantes pour la suppression de la voie ferrée traversant la ville.

Dr M. VIMONT.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

Or, dans la pratique, ce n'est pas du tout d'un partage, ni d'une coupure en deux qu'il s'agit, mais d'une répartition ; la preuve, c'est que la somme globale d'honoraires rétribue à la fois le chirurgien, le médecin, l'aide, l'anesthésiste.

Je propose à Larousse, et aux confrères, cette définition :

Dichotomie : terme incorrect par lequel on désigne la répartition équitable et proportionnelle à leurs services des honoraires versés pour une collaboration médico-chirurgicale entre les collaborateurs qui y ont pris part.

L'alimentation des étudiants en médecine

En réponse à notre article sur ce sujet paru le 11 mai, le Docteur F. Lepennetier, électro-radiologiste des hôpitaux et secrétaire général de l'Association des externes des hôpitaux de Paris, nous a adressé la lettre suivante :

« L'Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris avait sollicité depuis de longues années la possibilité pour les externes de déjeuner à l'hôpital.

Or, voici deux mois environ, à la suite de l'intervention de M. le Docteur Girode, président de l'Association des chirurgiens des hôpitaux, auprès de M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique et de ma propre intervention en tant que secrétaire général de l'Association des externes, nous avons eu le plaisir de voir se réaliser notre vœu et grâce à l'obligeance de M. Folgous, directeur de l'hôpital Tenon, un essai de « déjeuner de l'externe à l'hôpital » fut tenté à l'hôpital Tenon.

Le succès de cette tentative fut tel (un déjeuner réellement copieux et de bonne qualité dans une salle claire et fort accueillante pour *huit francs*) que quelques jours après l'Administration de l'Assistance publique décidait de généraliser ce service de repas qui fonctionne actuellement sinon dans tous les hôpitaux du moins dans la plupart.

Je suis donc heureux, mon cher Confrère, de vous apporter cette bonne nouvelle et de vous montrer également que les chefs de service des hôpitaux par l'entremise du président des chirurgiens et le bureau de l'Association des externes, pensent à venir en aide à leurs jeunes camarades externes des hôpitaux dans les difficiles circonstances actuelles, et que nous avons rencontré auprès de M. Serge Gas et des directeurs des hôpitaux l'aide la plus complète et la plus bienveillante. »

Les externes et leurs familles auront à coup sûr une grande reconnaissance envers le Docteur Lepennetier de leur annoncer la création longuement souhaitée de cette œuvre et d'avoir pris à sa réalisation une part aussi active.



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 6 mai 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.216 Advenier, Mitry-Mory (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Decourt et Vimont.
14.217 Allard, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Hervé et Avril.
14.218 Astarit, Fontenay-le-Comte (Vendée). Ordre des médecins.
14.219 Astarit (Mme), Fontenay-le-Comte (Vendée). Ordre des médecins.
14.220 Arthus, 5, rue Victor-Hugo, Lyon (Rhône).
14.221 Aubert, Clermont-l'Hérault (Hérault).
14.222 Baradat, Chalabre (Aude).
14.223 Bargain, Brassac-les-Mines (Puy-de-Dôme)
14.224 Benon, 32, boulevard Eugène-Brieux, Nantes (Loire-Inférieure).
14.225 Bernard, Ryes (Calvados). Président de l'Association de Secours Mutuels des médecins du Calvados.
14.226 Cathelin (Mme), 71, boulevard Davout, Paris (20e). Fédération Corporative des médecins de la région de Paris.
14.227 Chapoulaud, 250, faubourg Saint-Antoine, Paris (12e). Association des internes et anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine.
14.228 Chappellart, Chatillon - sous - Bagneux (Seine). Parrains : Docteurs Jean Royer et Esclavissat.
14.229 Cloez, Raon-l'Etape (Vosges). Ordre des médecins.
14.230 Cochart, Longuyon (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Docteurs Heisch et Body.
14.231 Couturier, Chateaudun (Eure-et-Loir). Ordre des médecins.
14.232 Codet, 13, rue de la Grandière, Tours (Indre-et-Loire). Société de Radiologie médicale de France.
14.233 Debonnelle, 29, boulevard de Grenelle, Paris (15e). Fédération des médecins de la Région parisienne.
14.234 Devilliers, 122, rue d'Alesia, Paris (14e).
14.235 Dupuis, Guenené-sur-Scorf (Morbihan). Parrains : Docteurs Simon et Le Doze.
14.236 Franck de Préaumont, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
14.237 Garet, Saint-Athème (Puy-de-Dôme).
14.238 Gasteigt, Aillas (Gironde).
14.239 Goulet, Vierzon (Cher). Syndicat du Cher
14.240 Grandidier, Baccarat (Meurthe-et-Moselle) Parrains : Docteurs Maulini et Bleicher.
14.241 Grimault, Riom (Puy-de-Dôme).
14.242 Groleau, 77, quai de la Fosse, Nantes (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Leroux et Dupin.
14.243 Guedeney, Herblay (Seine-et-Oise). Parrain : Docteur Destelle.
14.244 Hache, Quarouble (Nord). Parrains : Docteurs Georget et Gravelle.
14.245 Hermant, Albert (Somme). Parrains : Docteurs Bourdichon et Moreau.
14.246 Lahoute, Dechy (Nord). Ordre des médecins.
14.247 Laurent, 89, rue de Monceau, Paris (8e). Société de stomatologie.
14.248 Lefevre-Jaussan, Villapourçon (Nièvre).

14.249 LEFORT, Ruffec (Charente). Médecine et Famille.
14.250 LÉGER, 2, rue Chartran, Neuilly-sur-Seine (Seine). Parrains : Docteurs Cochez et Desjardin.
14.251 LE PICARD, Guingamp (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Pouliquen et Georges Boudin.
14.252 LEVASSOR, 7, rue Desrenaudes, Paris (17e). Parrains : Docteurs Bellanger et Massart.
14.253 LIGNAC, Nérac (Lot-et-Garonne).
14.254 LONCLE, Argentré-du-Plessis (Ille-et-Vilaine) Ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine.
14.255 MARION (Mme), Saint-Antoine (Isère). Parrains : Docteurs Giraud et Bonnie.
14.256 MAUREL, 1, avenue de Paris, Versailles (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Emile Maurel et Bouvet.
14.257 MICHON, Cluny (Saône-et-Loire).
14.258 MIGOZZI, 17, rue Victor-Michelet, Toulon (Var).
14.259 MONNET, Chatellaillon (Charente-Inférieure)
14.260 PANTALACCI, Saint-Cyr-sur-Mer (Var).
14.261 PASTIER, 51, rue de l'Echiquier, Paris (10e). Parrains : Docteurs Devernois et Jean Martin.
14.262 PENQUER, Morez (Jura). Parrains : Docteurs Penquer et Castel.
14.263 PERIER, Begles (Gironde). Ordre des Médecins.
14.264 PERNOT, Prayssac (Lot). Syndicat de Mulhouse.
14.265 PICHEREAU, Neuville-du-Poitou (Vienne). Ordre des médecins.
14.266 PICHOT, Rochefort (Charente-Inférieure) Ordre des médecins.
14.267 PIRE, 64, rue Charles-III, Nancy (Meurthe et-Moselle). Parrains : Docteurs Perrin et Bleicher.
14.268 PITON, Dôle (Jura).
14.269 POIRIER, Pré-en-Pail (Mayenne).
14.270 PORTIER, 61, avenue de la République, Montrouge (Seine). Parrain : Docteur Capart.
14.271 PUJOU, Benejacq (Basses-Pyrénées).
14.272 REINERT, Montrichard (Loir-et-Cher). Syndicat du Loir-et-Cher.
14.273 ROUBINET, 21, boulevard Lakanal, Périgueux (Dordogne).
14.274 SIEYES, Antibes (Alpes-Maritimes).
14.275 SOULIER, 11, boulevard Louis-Blanc, Alès (Gard).
14.276 VOISIN, 35, avenue de l'Abattoir, Le Mans (Sarthe). Parrains : Docteurs Trahtenbroit et Lepart.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (article 5 des statuts).

Cependant l'admission des adhérents qui n'appartiennent à aucune Association médicale régulièrement constituée ou ne sont pas présentés par deux parrains, membres eux-mêmes de la Ligue, ne sera définitive que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Sanatoriums publics

M. le Docteur Demange, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est nommé médecin directeur de cet établissement.

M. le Docteur Michel, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité sur sa demande, est réintégré dans le cadre.

M. le Docteur Thorain, médecin directeur du sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet, non installé, est mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er avril 1941.

Mme le Docteur Schouller, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er juillet 1940.

M. le Docteur Etienne, médecin adjoint au sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise), est mis provisoirement à la disposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur (direction de la sûreté nationale), pour exercer les fonctions de médecin du centre surveillé d'Aincourt.

M. le Docteur Reumaux, médecin adjoint des sanatoriums publics est nommé médecin adjoint du sanatorium de la Meynardie (Dordogne) et placé dans la première classe de son grade.

M. le Docteur Schouller, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le Docteur Depoire, médecin du cadre des sanatoriums publics, est affecté au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise).

Mme le Docteur Binet-Chaix, médecin adjoint des sanatoriums publics, est réintégrée dans le cadre, à compter du 1er août 1941.

M. le Docteur Michel, médecin adjoint des sanatoriums publics, est nommé médecin directeur du sanatorium de Tilleroyes (Doubs).

L'arrêté en date du 29 mars 1941 nommant M. le Docteur Bertheau, médecin adjoint au sanatorium de Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), médecin directeur du sanatorium de Lac-ou-Villers (Doubs), est rapporté.

Hôpitaux psychiatriques

M. Fail (Gabriel), médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), est placé dans la position prévue à l'article 7 de la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940.

Il bénéficiera des dispositions de l'article 1er du règlement d'administration publique en date du 26 décembre 1940.

M. le Docteur Marcel Rougean, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpita psychiatrique public de Cayssiols, non installé, est affecté, en la même qualité, à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Lô, en remplacement de M. le Docteur Raymond Rougean, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 13 mai 1941).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

2.528. — Tarifs des auxiliaires médicaux

Existe-t-il actuellement une tarification officielle (ou admise pour telle) d'honoraires concernant les soins donnés par des auxiliaires médicaux, piqûres sous-cutanées et intra-musculaires, ventouses, massage, etc., aux assurés sociaux, aux accidentés du travail.

Si oui, pouvez-vous me le procurer ?

Dr M.

Réponse

a) Les auxiliaires médicaux ont un « tarif officiel » en matière d'accidents du travail depuis la loi de 1938.

Vous le trouverez titre VI, Art. 32 à 35 du tarif médical officiel du 5 mai 1939, actuellement en cours.

b) En matière d'Assurances sociales le tarif pour les auxiliaires médicaux est fixé, pour la plupart des Caisses ; mais leur tarif de responsabilité varie avec chaque Caisse et je ne connais pas de chiffre clé qui ait été indiqué dans une nomenclature pour ces cas.

Dr F. DECOURT.

2.415. — Appareillages provisoires multiples

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner les deux renseignements suivants, tous deux relatifs à des accidents du travail.

I. Combien dois-je tarifer une ouverture de phlegmon interdigital ?

II. J'ai été appelé à l'usine pour donner d'urgence mes soins à un grand blessé à qui j'ai fait :

1o Un pansement de la jambe (pose de garrot, etc.) gauche ;

2o Un appareillage de l'autre jambe : store de Jeanbrau ;

3o Un appareillage du bras avec gouttière métallique ;

4o Une suture de plaie du cuir chevelu ;

5o J'ai combattu le choc nerveux, pratiqué une injection intraveineuse.

Quel tarif dois-je appliquer à ces divers actes ?

— Le deuxième blessé présentait un arrachement de la jambe gauche et un broiement de la jambe droite, une fracture du bras gauche et une plaie du cuir chevelu avec fracture du crâne.

Dr C.

Réponse

1o Un « phlegmon digital » ne m'apparaît pas être rangeable parmi les « phlegmons des gaines de la main » ce qui est tarifé 400 francs. Je le rangerais assurément dans l'incision d'un abcès sous-aponévrotique, tarifé 50 francs (art. 17) ;

2o Je suppose qu'après avoir fait les appareillages provisoires d'urgence, vous avez envoyé le

blessé à l'hôpital, s'il n'était pas mort sous le choc de cette série de graves traumatismes. Dans ce cas, je compterais en bloc (en fournissant à l'appui toutes les explications précises) : « Appareillages provisoires de plusieurs membres : 150 francs, plus suture du cuir chevelu : 27 francs, plus une injection intra-veineuse : 30 francs, plus certificat descriptif : 15 francs, soit au total : 150 + 27 + 30 + 15 = 222 francs.

Dr F. DECOURT.

2.034. — Interventions et pansements multiples

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître le tarif que je dois appliquer pour l'accident suivant :

Visite la nuit (23 heures), pour un accident du travail à dix kilomètres de chez moi.

J'ai réduit :

1° Une luxation de l'épaule ;
2° Une fracture de la clavicule ;
3° Pansements pour diverses plaies du cuir chevelu ;
4° Pansements pour diverses plaies des deux mains ;
5° Injection de sérum antitétanique.

Dr R.

Réponse

a) Si vous comptez une et *a fortiori* plusieurs interventions, vous ne pouvez compter en même temps la visite ou consultation (art. 13), ni le ou les pansements qui font partie de la visite ordinaire et suivent son sort ;

b) En cas de plusieurs interventions concomitantes, l'une est comptée à tarif plein, les autres à demi tarif ;

c) Il s'en suit qu'il vous reste à compter trois interventions comme suit :

1° Réduction de luxation de l'épaule.	170 fr.
+ 2° Réduction de fracture de la clavicule 55/2	27 50
+ 3° Injection anti-tétanique 22/2..	11 »
ce qui vous donne au total............	208 50

Mais il s'agit d'intervention de nuit, auquel cas il faut compter une majoration de 25 % (art. 8). Donc 208 fr. 50 plus 25 %, soit 52 fr., soit au total définitif 260 fr. 50.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

2.232. — Extraction de corps étrangers de l'oreille

J'ai enlevé, il y a quelque temps un corps étranger de l'oreille (grain d'orge) légèrement enclavé. Quel tarif ? les Assurances sociales me disent « lavage de l'oreille pour obstruction PC1. » Je ne vois pas cette rubrique dans le *Concours* de mars du mois dernier, page 10, mais seulement : extraction facile, corps étranger superficiel PC3, ce qui évidemment me paraît un peu gros. *Quid* ?

Dr B.

Réponse

Vous lirez dans la nomenclature de chirur-

gie et spécialités en K.2 « Oreille. Extraction d'un corps étranger simple ».

Il n'y a rien, par contre, dans la nomenclature de petite chirurgie, en P. C. dont vous me parlez.

Dr F. DECOURT.

2.300. — Le « coup d'écran » en matière d'Assurances sociales

J'ai vu ce jour un enfant avec une grave contusion de la main gauche. Devant la douleur vive, j'ai pensé à une fracture d'un métacarpien et comme le diagnostic clinique était incertain en raison de l'œdème, j'ai fait une radioscopie immédiate (je possède moi-même un appareil).

Au moment d'inscrire l'acte opératoire sur la feuille d'Assurances sociales je constate que seules sont marquées les radiographies de la main K 3 et K 5.

Comment marquer l'examen radioscopique ?

Il ne semble pourtant pas indispensable de faire une graphie qui comporte des manipulations supplémentaires pour déceler ou non une fracture du métacarpien.

Il n'y avait d'ailleurs pas fracture.

Dr C.

Réponse

Il y a en K.3 : radiographie de la main, *une* incidence, et en K.5 : radiographie de la main, avec *deux* incidences. Il n'y a donc pas à hésiter entre les deux pour radiographie.

Pour une radioscopie dans le genre de celle dont vous nous parlez et qui est le simple « coup d'écran », en somme, il n'y a rien d'indiqué dans la nomenclature, ce qui est, à mon avis, une lacune. Il y aurait lieu à ce sujet, de demander au besoin par l'Ordre des médecins de votre département. Mais le mieux serait, à mon avis, que la question du « coup d'écran » soit posée par l'Ordre national des médecins, pour être réglée une bonne fois afin d'éviter tout flottement désormais à ce sujet.

Dr F. DECOURT.

2.365. — Comment sont payées les interventions pour assurés assistés

Je viens de faire à l'enfant d'un Assuré social faisant partie de l'Assistance médicale gratuite un corset plâtré pour Mal de Pott :

C H I K = 16.

Veuillez me dire, s'il vous plaît, combien je dois toucher ?

D'une façon générale, comment peut-on calculer un acte chirurgical C H I — I K, etc...

K = X pour un assuré social indigent ?

Dr R.

Réponse

Vous aviez à indiquer K.16, ce qui est d'ordre général, mais ce que vous devez toucher dépend de la valeur de K., laquelle dépend, puisqu'il s'agit d'un assuré assisté, du tarif de responsabilité de la Caisse intéressée. Cette valeur de K. varie de 15 à 25 francs ; le plus souvent 20 francs ; mais le Secrétaire de l'Ordre départemental vous

fixera à ce sujet car, d'ordinaire, cette valeur est la même pour toutes les Caisses du département. Ne pas confondre le tarif de responsabilité avec le tarif de remboursement qui est de 20 % moindre, lesquels 20 % sont payés en l'espèce par l'Assistance médicale gratuite, la Caisse payant 80 %.

Dr F. DECOURT.

---

c) *Pensionnés de guerre*

2.032. — Examens électriques ou radiologiques

Je vous serais extrêmement reconnaissant de bien vouloir me faire savoir, soit directement, soit par la voie du *Concours médical* (je suis abonné et adhère au « Sou »), combien je dois demander aux mutilés, article 64 pour, dans une même séance :

Consultation à mon cabinet, comme consultant à la demande du médecin traitant ;

Radioscopie du cœur (sans orthodiagramme) ;

Electrocardiogramme.

Dr B.

Réponse

a) En cas de consultation entre deux médecins le prix de la visite est majoré de 50 % (art, 62) ;

b) Cœur : examen à l'écran : 60 francs (art. 80, 4°) ;

c) Il n'y a pas d'électrocardiogramme dans le tarif, mais seulement (art. 80-8°) : « Examen électrodiagnostic complet avec rapport sur cet examen seul : de 60 à 120 francs », « sans chronaxie ». Mais avec chronaxie : de 200 à 500 fr. »

Vous voyez que, pour ce dernier paragraphe, il faut vous entendre auparavant sur le prix à marquer avec le confrère, secrétaire de la Commission de contrôle. D'ailleurs, pour les trois cas : *a*), *b*) et *c*), il y a lieu d'en « donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle » (art. 18).

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

2.414. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre

Je soigne un pensionné de guerre à 40 % qui a fait au niveau des deux bases de la congestion pulmonaire avec poussée fébrile et deux fois une légère hémoptysie.

Actuellement : Etat général mauvais. Subictère. Etat fébrile 37°8. P. 96, etc...

Ce pensionné de guerre examiné à nouveau a reçu le résultat de la Commission de réforme. Il lui est accordé 70 % à titre *temporaire*.

Ce Monsieur se demande si en cas de mort ce mot « temporaire » ne serait pas nuisible aux intérêts de sa veuve qui pourrait être privée de la pension qui est accordée aux veuves dont le mari est pensionné au moins à 65 %.

Dr B.

Réponse

Que l'intéressé soit en possession d'une pension définitive ou temporaire, ou même de droits à cette pension, il résulte de l'art. 14 de la loi du 31 mars 1919 (sur les pensions d'invalidit), que, s'il vient à décéder d'une maladie, même étrangère à l'infirmité pensionnée, sa veuve a droit à une pension, dite de réversion, pourvu que le taux de la pension atteigne un minimum de 60 %, et que le mariage soit antérieur à la blessure ou à la maladie, cause de l'infirmité pensionnée.

2.321. — Les médecins ne sont pas classés dans la catégorie « T » (travailleur)

Au sujet des cartes d'alimentation :

A) Un médecin doit-il être considéré comme un « travailleur » ?

B) Sinon quels sont les gens considérés comme tels ?

C) La domestique d'un médecin a-t-elle droit à cette qualité ?

D) Les mutilés de guerre font-ils l'objet de dispositions spéciales à ce sujet ?

Dr C.

Réponse

Aux termes de l'arrêté ministériel du 11 décembre 1940, les médecins ne sont pas classés dans la catégorie « Travailleurs ».

Sont considérés comme tels, les travailleurs d'un certain nombre d'industries et de commerces, plus :

— les ménagères ayant au moins trois enfants âgés de moins de12 ans ;

— les femmes enceintes pendant les six derniers mois de la grossesse ;

— les femmes allaitant ;

— les mutilés et infirmes civils ou militaires, privés de l'usage d'un membre ou d'une fonction essentielle entraînant une notable diminution de la capacité de travail ;

— les civils et militaires atteints de tuberculose pulmonaire ou de toute autre maladie exigeant une suralimentation ;

— les prisonniers de guerre pendant les six mois suivant leur retour de captivité ;

— les jeunes sans emplois travaillant dans les équipes de la jeunesse ;

— les bonnes à tout faire servant en qualité de domestique unique au moins trois personnes.

2.331. — Suppléments alimentaires accordés aux femmes enceintes

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants, avec les dates des décrets (ceci pour pouvoir les fournir aux Mairies qui ne s'y retrouvent plus dans toute la paperasserie) :

Quels sont les droits des femmes enceintes, au point de vue rationnement actuel ?

Je connais déjà la circulaire du 11 décembre 1940 qui les classe dans la catégorie T, mais à partir de quelle date de la grossesse ?

A partir de quelle date ont-elles droit aux suppléments divers, lait, sucre, etc...

Ont-elles droit à la carte de priorité et à partir de quel moment, beaucoup ne pouvant supporter les stations debout prolongées ?

Dr P.

Réponse

Les droits des femmes enceintes à certains suppléments alimentaires sont, en vertu de la Circulaire ministérielle du 19 février 1941, les suivants :

— ration journalière de un demi-litre de lait entier dès constatation de l'état de grossesse ;

— admission au bénéfice de la catégorie « travailleurs » à partir du quatrième mois de la grossesse ;

— à partir du 7e mois de la grossesse, elles ont droit aux suppléments de rations suivantes :

Viande	180 gr.	par semaine
Matières grasses.	50 gr.	par semaine
Fromage	25 gr.	par semaine
Sucre..........	500 gr.	par mois
Pâtes..........	250 gr.	par mois

Pour obtenir ces suppléments, il suffit qu'elles présentent à la mairie de leur domicile un certificat médical de grossesse.

En ce qui concerne la carte de priorité, elles peuvent l'obtenir dès constatation de leur état.

2.193. — Frais de justice criminelle

Je me permets de vous demander comment tarifer les honoraires qui me sont dus par l'autorité judiciaire pour la réquisition ci-jointe (que je vous demande de bien vouloir me retourner).

J'ai effectué un déplacement de 4 kilomètres pour me rendre sur le lieu de l'accident et j'ai simplement examiné le cadavre de l'accidenté. Cela m'a pris en tout une heure.

Dr S.

Réponse

L'examen d'un cadavre, sur la réquisition d'un officier de police judiciaire, par exemple, comme en l'espèce, d'un capitaine de gendarmerie, donne lieu à un honoraire de 25 francs pour visite judiciaire, plus, par kilomètre parcouru, un franc.

Le mémoire, établi en double exemplaire, sur imprimés conformes à un modèle officiel, doit être envoyé au Procureur de la République et vous sera payé, après ordonnancement et exécutoire, par le Receveur de l'Enregistrement.

Si vous avez conclu à un décès par accident ou suicide, il est à craindre que tout paiement vous soit refusé au titre frais de justice criminelle, car il est habituel que les magistrats n'ordonnancent le paiement à ce titre que lorsque le médecin a conclu à un décès par suite de crime ou de délit.



Soixante-troisième année N° 23 8 Juin 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants .... 50 fr.

Le Numéro .... **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 168. — Cabinet Méd. à reprendre, coquette plage côte d'Azur. Faible indemnité. Ecrire Cortial 13, rue Mirabeau. Toulon (Var).

Nº 164. — Morbihan. Méd. franç. est recherché pour remplacemt. durée indéterminée. S'adresser Dr Grouhel à Port-Louis (Morbihan).

Nº 165. — Import. client. méd. génér. à céder après décès quartier gare de Lyon, 47 ans exerc. bel appartem. salle bain, chauff. centr. particulier. Très urgent. S'ad. Vergues, 38, avenue Daumesnil, Paris.

Nº 166. — A vendre stérilisateurs électr. Rupalley état neuf, appareil ray. ul. viol. à charbons de saïdman, tubes de verre pour stérilisation, seringues, livres d'études médicales, très beaux meubles anciens. Mme Mosqueron, 61, rue des Martyrs, Paris. téléph. Trud. 71-99.

Nº 167. — Banl. proche, dans centre import. à céder après décès, bonne clientèle ophtalmol. avec matér. profess. S'ad. Mme Banvillet, 24, Gde rue, Enghien (Seine-et-Oise). Téléph. 364.

Nº 168. — Chirurgien franç. ayant exercé province, connaiss. bien anesthésie régionale, transfusion références, cherche collabor. ou assist. auprès chirurgien. Condt. modér. Ecrire M. Jubié, 5, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Banlieue Sud-Est. — Appartement 7 pièces, loyer 8.000 francs, confort, repris il y a 11 ans. Très gros rapport. Prix moitié, très urgent.

Orne. — Repris en 1929, gros bourg, maison 8 pièces, loyer 4.500 francs, bon rapport, prix moitié comptant modéré.

Paris, quartier moyen, poste fondé en 1928, 5 pièces, loyer 7.000 francs, confort très bon rapport, prix moyen, comptant moitié.

Petites clientèles, Paris, banlieue à céder rapidement.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Renseignements

Les concours, les examens... véritable calvaire ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable, qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés.

L'Aëine est reconnue comme le spécifique du trac.

Trois ou quatre comprimés leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Prix médical, 9 francs, 6, place Clichy, Paris (IXe).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure **une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le **gargarisme** le plus agréable pour le syphilitique, **c'est la TABLETTE DE Mangaïne.** Grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier. 71, rue Sante-Anne, Paris.

Les Laboratoires de l'**Aérocid** informent le Corps Médical que, par suite du manque de cachets azymes, ils ne peuvent plus fournir ce produit, que sous la forme de comprimés.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage **(Morbihan).**

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, le *Concours médical* peut parvenir aux prisonniers tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés
et prisonniers
5, Place Saint-Michel, Paris

qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gratuitement chaque semaine à la disposition des prisonniers, cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire de 1941

L'Assemblée générale ordinaire de la Ligue est convoquée pour le mardi 24 juin 1941 à 16 heures, au Siège social, 37, rue de Bellefond, Paris.

ORDRE DU JOUR

1° Rapport du Secrétaire général adjoint ;
2° Rapport du Trésorier ;
3° Rapport des Commissaires contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1940 ;
5° Fixation de la cotisation de l'exercice 1942 ;
6° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil ;
7° Election de deux Commissaires contrôleurs ;
8° Questions diverses.

MUTUALITÉ FAMILIALE
Assemblée générale ordinaire de 1941

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale se tiendra le mardi 24 juin, à 17 h., au siège du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris.

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du Secrétaire général ;
2° Rapport du Trésorier ;
3° Rapport des Commissaires aux comptes et approbation des comptes ;
4° Renouvellement d'un vice-président, du secrétaire général, du trésorier adjoint et de deux membres ;
5° Renouvellement de trois commissaires aux comptes ;
6° Questions diverses.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Concours de l'adjuvat.* — Questions posées (composition écrite) Anatomie : Gaines séreuses digito-carpiennes des tendons fléchisseurs des doigts. Physiologie : L'inscription et la mesure de la pression artérielle chez l'animal ; les effets de l'hémorragie et du choc sur la pression artérielle. Pathologie chirurgicale : Luxations traumatiques de la hanche.

Concours du prosectorat. — Questions posées (composition écrite). Anatomie : Description des rapports du pylore. Bactériologie : Les méthodes spécifiques de lutte contre le tétanos. Pathologie chirurgicale : Volvulus du côlon pelvien.

— *Chaire d'histoire de la médecine.* — M. Paul CHEVALLIER, agrégé, chargé de l'enseignement, a commencé son cours le 20 mai 1941 et le continuera les mardis et samedis, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Sujet du cours : Histoire de la médication ferrugineuse.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Impression et dépôt des thèses.* — A dater du 1er octobre 1941, chaque exemplaire de thèse, déposé à la bibliothèque en vue de la soutenance, devra, outre la présentation réglementaire de la couverture, du titre, du tableau du personnel enseignant et du permis d'imprimer, être accompagné d'une *feuille annexe sur papier pelure* fixée légèrement à la première page et contenant

quatre fois le titre libellé selon les règles en usage et disposé sur une largeur de 5 cent. 1 /2 et une hauteur de 5 cent.

Le texte comprendra : LIGNE 1 : *Nom de l'auteur* : en majuscules, corps 9 gras et *prénoms*, entre parenthèses, à la suite du nom, en minuscules, corps 9 gras.

LIGNE 2 : *Titre* au complet, suivi de l'*adresse bibliographique* : lieu d'édition, nom d'éditeur ou d'imprimeur, année, format, nombre de pages y compris les pages blanches ou imprimées non chiffrées jusqu'au permis d'imprimer ou à la marque de l'éditeur en tenant compte des préfaces ou appendices en chiffres romains (ces chiffres étant séparés par le signe +) et enfin des figures dans le texte, des planches et des cartes hors texte (en caractères romains).

DERNIÈRE LIGNE : Mention « *Thèse de médecine* » (Etat ou Université), *Paris, l'année de soutenance, le numéro d'ordre de soutenance* (entre parenthèses, caractères italiques).

Pour éviter toute erreur, le libellé de ce texte sera soumis au bibliothécaire, qui fera les corrections nécessaires et donnera son visa, daté et signé, sur le bon à tirer.

(Décision de M. le Secrétaire d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse, en date du 2 avril 1941).

MM. les candidats au doctorat sont informés que les exemplaires de thèses non conformes à ces instructions ministérielles seront refusées au moment du dépôt à la bibliothèque.

— **Hôpitaux de Paris.** *Hôpital temporaire de la Cité universitaire.* — M. Lenègre, médecin des hôpitaux, de l'hôpital Broussais, est délégué dans les fonctions de chef de service à l'hôpital temporaire de la Cité universitaire.

M. Delay, médecin des hôpitaux, remplace M. Lenègre dans les fonctions de chef de service à l'Hôpital Broussais.

— **Croix-Rouge française** (102, boulevard Malesherbes, Paris). — *Cours d'aides médico-sociales*, par le Docteur H. ROUÈCHE, secrétaire général adjoint du Comité national de l'enfance.

Programme du cours, du 9 juin au 27 juin 1941 :

Lundi 9 juin : Protection de l'adolescence, législation, mouvements actuels de jeunesse, camps et centres de jeunesse. — Vendredi 13 juin : L'enfance et l'adolescence malades et anormales, enfants et adolescents malades, assistés, délinquants. — Lundi 16 juin : Protection sociale des travailleurs (Assurances sociales, chômage, maladies professionnelles) et des vieillards (retraite des vieux). — Vendredi 20 juin : Protection des malades et invalides, hospitalisation, mutilés, convalescents, aliénés. — Lundi 23 juin : Lutte contre les fléaux sociaux. — Vendredi 27 juin : Les services sociaux et les auxiliaires de la médecine sociale.

— **Secrétariat d'Etat à la marine.** *Examen de médecin breveté de la marine marchande.* — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), les 18, 19 et 20 juin 1941.

Les dossiers des candidats devront être adressés

dix jours à l'avance au Secrétariat d'Etat à la Marine (direction de la Flotte de commerce), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

Cette demande devra être établie sur papier timbré et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 francs pour paiement des droits d'inscription.

— **Postes vacants.** — Tous nos confrères, à la recherche d'un poste vacant, peuvent prendre communication des listes, avec noms et adresses, des médecins étrangers ou fils d'étrangers auxquels le droit d'exercer a été retiré, soit directement au siège du Conseil supérieur de l'Ordre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, soit auprès du secrétariat de la Fédération des Associations amicales de médecins du front, 2, rue Dupuytren, (VIe), soit au siège du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris.

— **Naissances.** — Annie, Jacques, Francine et Jean-Noël BRULIN ont la joie de vous faire part de la naissance de leur petit frère *Henri*.

26 avril 1941. Docteur P. Brulin, Maignelay (Oise).

— Le Docteur et Madame COUTIN sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Dominique*

3 mai 1941, 7, rue Lamartine, Segré.

— Michel et Jean-Pierre BLUMEN ont la joie de vous annoncer la naissance de leur sœur *Jeanne*.

Docteur Blumen, Provins (Seine-et-Marne).

— Le Docteur et Madame GRALL sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Philippe*.

Saint-Brice-en-Coglès, le 14 mai 1941.

— Le Docteur et Madame Jean GOUFFRANT sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fils *Jean-Michel*.

Saint-Martin-de-Hinx, le 10 mai 1941.

— **Nécrologie.** — On nous prie d'annoncer le décès du médecin-lieutenant TELLIER, mort pour la France à Puttelange (Moselle), le 12 mai 1940, à l'âge de 28 ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur A. DE GRAILLY, père du professeur agrégé de Grailly, de la Faculté de médecine de Bordeaux ; du Docteur François LE GUEUT, membre du Conseil de l'Ordre des médecins des Côtes-du-Nord, décédé à Tréguier.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Sont inscrits aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur :

Pour chevalier :

BERNARD (Paul-Louis-Marie), médecin lieutenant au 77e groupe de reconnaissance divisionnaire ;

Médecin lieutenant de la plus haute valeur morale. A fait l'admiration de tous par sa froide bravoure allant relever sous le feu ennemi des blessés d'autres unités. Déjà cité.

Duval (Georges), médecin lieutenant au groupe sanitaire divisionnaire n° 132 :

Médecin de haute valeur à tout point de vue. Le 14 mai 1940, accompagnant un blessé à l'hôpital, dans une voiture sanitaire automobile, a été pris sous une violente attaque d'avions ennemis, volant bas, à la bombe et à la mitrailleuse, a fait arrêter sa voiture sans souci du danger pour relever, soigner et évacuer les hommes blessés autour de lui. Le 7 juin 1940, assurant une évacuation par auto sanitaire, pris sous un violent bombardement par avions, blessé, le conducteur tué, la voiture en flammes, surmontant sa douleur et malgré l'attaque par de nouveaux avions ennemis, n'a songé qu'à sauver ses blessés ; a réussi à les faire sortir de la voiture en feu ; a été à ce moment une seconde fois grièvement atteint.

(*J. O.*, 24 mai 1941).

Ordre national des Médecins

Conseil supérieur de l'Ordre

60, Boulevard Latour-Maubourg, Paris-VII[e]

I

Communiqué

Le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins est heureux d'annoncer qu'il peut, dès maintenant, attribuer des prêts d'honneur à un certain nombre de jeunes médecins pour leur installation.

Au cours de sa session du 21 au 25 mai, le Conseil supérieur a continué l'étude de la retraite aux médecins âgés, qui pose de nombreuses questions d'ordre budgétaire dont l'incidence a besoin d'être mûrement approfondie.

De plus, le Conseil supérieur s'est occupé de plusieurs sujets parmi lesquels l'unification des tarifs médicaux en matière de médecine sociale, les moyens de lutte contre l'avortement et l'organisation de la médecine dans les grandes collectivités.

Enfin, le Conseil supérieur a poursuivi l'étude des lois concernant l'exercice de la médecine et le statut des spécialités.

II

Extrait d'un procès verbal du Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins

Médecins prisonniers

Pour les médecins prisonniers, un projet de statut pour l'organisation médicale des camps de prisonniers avait été établi, qui pouvait donner satisfaction aux demandes légitimes des médecins civils et des anciens prisonniers. Il n'a pu être accepté.

Un nouveau statut est à l'étude, mais dès à présent nous avons obtenu l'accord de la direction du service de santé pour qu'il existe un roulement entre les médecins qui retourneraient dans les camps de prisonniers, et qui doivent être relevés au bout de deux mois. Le nombre des médecins demandés par l'autorité allemande pour les camps de prisonniers a été, d'une manière générale, réduit. On envisage dès maintenant la participation des médecins militaires et des médecins de zone libre (*projet encore à l'étude*).

Voir la suite page XLIII-1057

PROPOS DU JOUR

PROJETS, CONTRE-PROJETS, AMENDEMENTS ET EXPLICATIONS DU VOTE

Le Français ne répugne pas aux réformes, et même une révolution n'est pas pour lui faire peur. Il a eu, à diverses reprises, au cours de son histoire, l'occasion de s'y montrer assez expert.

Mais pour obtenir son adhésion totale et enthousiaste il faut que le changement soit complet, radical, de fond en comble. Alors le Français se dit que l'entreprise en vaut la peine, et qu'il ne peut pas rester à l'écart d'un chambardement pareil. Il retrousse ses manches et se met en devoir de travailler de tout cœur pour l'histoire ; il se rue aux barricades, lacère la Constitution, expulse le gouvernement et fait place nette. Ensuite il s'estime parvenu aux portes du paradis et est bien persuadé qu'il n'a pas perdu son temps.

Le Français est par essence l'homme des grands principes ; il les dit, et les croit, immortels et il s'y attache passionnément avec la certitude qu'il fixe ainsi l'éternité. Car ses opinions lui apparaissent aussi indestructibles que le granit. Mais il n'est pas de granit que l'Océan n'effrite ni d'opinion inexpugnable aux circonstances. N'étant pas plus bête qu'un autre, ni plus têtu, le Français fluctue comme un autre au souffle des circonstances. Venant à se trouver en désaccord avec ses principes il répudie les principes et se confectionne aussitôt une charte entièrement nouvelle.

Le Français a découvert depuis longtemps (mais il n'y pense pas toujours !) que toute vérité est momentanée et qu'un système a une valeur pratique rigoureusement proportionnelle à la foi qu'on a mise en lui. En ce qui le concerne la foi ni ne se marchande ni ne se détaille ; de l'adhésion entière du néophyte il tombe sans transition à la sécheresse du mystique abandonné par l'Esprit. On a reproché au Français de ne rien prendre au sérieux. C'est mal le connaître ; en réalité le sérieux lui apparaît comme une sorte d'austère détachement, un genre de sagesse fait de froideur et, en définitive, de foncière indifférence. Les philosophes français du XVIIIe siècle étaient bien trop convaincus pour être sérieux ; c'est en ne l'étant pas qu'ils soulevèrent le raz de marée populaire.

Animé de sa fièvre générique le Français démolit et construit avec emportement ; aussi fait-il aisément de grandes choses, dans le mal comme dans le bien du reste.

***

Par contre les corrections de détail, les retouches au pinceau n'ont pas sa faveur. Il sourcille à ce travail de chicane et tombe aussitôt dans le soupçon. Que lui veut-on exactement en insérant ici un mot dans sa charte, là en barrant une phrase ? Quel traquenard lui est tendu sous ce paragraphe ? Ce projet d'allure doctrinale quelle conjuration camoufle-t-il sournoisement contre les justes prérogatives d'un homme et d'un citoyen ?

Et pour ne pas être en reste de subtilité et de procédure le Français se met à éplucher le projet ; il ne tarde pas à y découvrir mille imperfections de pensée et de forme qu'il souligne allègrement. Cette chasse fructueuse le plonge dans une sorte de transe idéologique et, la plume frémissante, il contre-attaque le projet par un contre-projet tout scintillant de fines remarques et d'astucieuses échappées.

Survient alors un autre Français ; il s'arrête, cligne de l'œil et froidement dépose un amendement au beau milieu de l'article le plus artistement ciselé.

Le moindre quidam se croirait un lourdaud, s'il ne renchérissait à son tour et, le cercle byzantin s'élargissant à chaque rencontre, c'est bientôt chaque mot et chaque virgule qui sont pesés au trébuchet.

Pendant ce temps les Turcs arrivent aux remparts, forcent les défenses et Byzance est réduite.

N'est-ce pas de l'histoire récente ?

Nos parlements ont été peuplés de ces Français byzantins qui avaient pour grand souci de voir clair et de ne pas s'en laisser imposer. Lorsque nos descendants reliront les comptes-rendus de leurs séances ils s'émerveilleront d'y voir déployer tant d'esprit de finesse et si peu de bon sens. Et ils prendront des derniers parlementaires l'opinion que c'étaient des hommes peut-être pas plus mauvais que d'autres, mais que certainement ils avaient mal choisi leurs instruments de travail. Au lieu de longues-vues qu'il leur eut fallu, comme à tous ceux qui cherchent une route, ils s'étaient munis de microscopes. Et ils étaient devenus imbattables dans l'infiniment petit, mais incapables d'y voir à dix mètres devant eux. Et nous nous laissions guider par ces myopes de laboratoire !

***

Parce qu'ils aiment leur profession les médecins français sont, à l'heure actuelle, spécifiquement français : pour la sauver et l'harmoniser au nouvel ordre de choses ils veulent de grandes transformations et envisagent avec sérénité de jeter par terre l'ancienne bâtisse. Un seul mot et tous feraient la chaine pour mener plus rondement la démolition. D'ailleurs cette démolition, la voici déjà bien avancée et chaque jour qui passe éloigne dans le souvenir, peut-être bientôt dans l'oubli, le profil que nous croyions définitivement inscrit au fond de notre œil.

Des gens studieux se sont mis à jeter sur le papier quelques croquis fragmentaires et à proposer le dessin d'une salle ou d'un corridor. C'est en rêvant qu'on finit par modeler la réalité. Il y a une bonne dose de rêve dans la plupart de ces suggestions ; on y saisit l'ambiance d'un moment de notre vie nationale où, le réel nous échappant, nous demandons à l'imagination qu'elle nous fasse l'aumône d'un peu d'entrain pour attendre. Mais ces linéaments vagues flottant devant les yeux du médecin français l'attirent à la fois et l'agacent. Et il étend instinctivement la main vers ce qui vient anter son champ visuel. C'est ainsi que s'est fondé implicitement un vaste club d'idéologie auquel, de fait ou d'intention, a adhéré tout ce qui porte le label d'Esculape. Le statut professionnel y est développé jusqu'en ses moindres replis ; ceux qui, un jour ou l'autre, auront charge de le codifier trouveront là une mine où le plus riche minerai voisine avec les scories.

Ici encore se dégage l'aptitude du Français, plus apte à la synthèse qu'à l'analyse, plus doué en enthonsiasme qu'en patience. Les petites touches sont peut-être maladroites mais leur tonalité est homogène. En réalité toutes les réflexions proposées du régime ancien vers le nouveau convergent vers une même aspiration : que les médecins soient bien et dument mis en possession de tout ce qui est médical en France ; qu'on leur fasse crédit en cela avec la contrepartie d'une responsabilité à eux demandée et par eux acceptée. Qu'on les libère du joug irritant des incompétents, de ces états-majors au verbe sonore et vide qui trônent dans les bureaux de ministères, de Caisses d'Assurances sociales et autres institutions maléfiques. Que l'on conçoive enfin cette solennelle lapalissade : la santé est le contraire de la maladie. Car il s'en déduit que ceux-qui combattent la maladie doivent être préposés à sauvegar er la santé. Que l'on refasse une bonne fois le cadastre des enclos sanitaires afin d'en regrouper les parcelles éparses et que, une fois le domaine d'un seul tenant, les régisseurs y aient les coudées franches et la notion nette de ce qu'on attend d'eux.

Sur toutes ces grandes revendications il apparaît, à lire leurs lettres et leurs articles, que tous les médecins français sont d'accord.

Une fois de plus il se confirme que ceux de notre race s'entendent mieux à mettre de l'ordre dans les ensembles que dans les détails, que lorsqu'ils se mettent à ergoter c'est par une sorte de perversion masochiste, un vice importé et où ils n'ont acquis aucun savoir-faire.

Tant mieux ! du reste. Car s'il nous est réservé, comme il faut le croire de toute son âme, de révéler encore quelque chose au monde, ce sera quelque chose de grand.

Un jour ou l'autre il se retrouvera un Français à la taille de Pasteur, de Lavoisier ou de d'Arsonval, pour venir ouvrir une porte jusqu'alors fermée à la conneissance humaine.

Et il incombera aux autres, comme toujours d'entrer, de faire le ménage et de ramasser les épingles.

G. Lavalée.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES DEVANT L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET LE SPORT (1)

Par M. le Docteur Jacques DECOURT

Médecin des Hôpitaux de Paris

L'Education physique et le Sport font appel avant tout, aux fonctions musculaires et au système nerveux de la vie de relation. Mais l'activité musculaire n'est possible que grâce à une adaptation appropriée des fonctions de la vie végétative. Celles-ci doivent, tout d'abord, au moment de l'effort, réaliser des conditions qui lui soient propices. Elles doivent ensuite, après l'effort, assurer aussi rapidement que possible le retour de l'organisme à son équilibre normal de repos.

L'appareil circulatoire doit augmenter considérablement le débit sanguin, ce qu'il fait en accélérant le cœur et en élevant la pression artérielle. Il doit aussi, par des modifications locales du tonus vasculaire, assurer les besoins respectifs des différents territoires musculaires. L'appareil respiratoire doit apporter une grande quantité d'oxygène et éliminer l'acide carbonique dégagé. Maints processus chimiques doivent être également réglés.

Cette adaptation de l'organisme aux exigences créées par l'activité physique n'est possible que grâce à l'intervention du système nerveux de la vie végétative, qui a précisément pour rôle essentiel de régler les processus élémentaires de la vie selon les nécessités de la vie de relation.

Vous concevez ainsi quelle importance peuvent prendre les dérèglements de ce système nerveux en matière d'éducation physique et surtout de compétitions sportives. Quand un sujet, même normal, vous dit qu'il est ou qu'il n'est pas « en forme », il exprime ainsi de façon vulgaire le bon ou le mauvais état de son équilibre végétatif, que maints facteurs externes ou internes, organiques ou psychiques, viennent si fréquemment troubler.

Pour comprendre les conséquences des dystonies végétatives en regard des différentes activités physiques, il est indispensable, avant tout, de connaître les lois de la régulation végétative normale. Quelques notions physiologiques simples suffisent à éclairer le pourquoi et le comment des réactions pathologiques.

I. L'ÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF NORMAL

Depuis les travaux d'Eppinger et de Hess, on a coutume de considérer l'équilibre neuro-végétatif normal comme la résultante des activités antagonistes de deux systèmes, dont l'un est le *système sympathique* proprement dit (ou orthosympathique), et l'autre le *système parasympathique*. En réalité, ces deux appareils n'ont pas la simple valeur de deux antagonistes.

a) Le SYSTÈME PARASYMPATHIQUE, représenté surtout chez l'homme, par les deux grands *nerfs vagues* ou *pneumogastriques*, est le plus ancien phylogéniquement. Il constitue le système nerveux végétatif de base. Il assure la vie végétative élémentaire, ou si l'on veut primordiale, représentée par les fonctions de *nutrition* et d'*assimilation*. Son activité est donc essentiellement *anabolique*. Il est indispensable à la vie : la section des deux nerfs vagues entraîne la mort.

L'action du système parasympathique est prédominante lorsque la vie de relation est supprimée, c'est-à-dire pendant le repos complet, et, mieux encore, pendant le sommeil. Vous savez que l'excitation parasympathique a pour effets principaux de ralentir le cœur et la respiration, d'abaisser la pression artérielle et le tonus des vaisseaux périphériques ; mais elle met, par contre en jeu la plupart des fonctions viscéra-

(1) Conférence faite le 10 mars 1941 à l'Institut d'Éducation physique.

les : elle contracte les bronches, l'estomac, l'intestin, la vésicule biliaire, la vessie, et déclenche un grand nombre de sécrétions, digestives et sudorale notamment.

L'activité parasympathique est également prédominante dans le jeune âge ; chez le nourrisson, dont la vie de relation est très réduite. Voyez l'enfant dans son berceau. Non seulement il dort une grande partie du temps, mais il salive, il digère, il éructe, il hoquète, il transpire. Il est normalement aérophage. Avant de parvenir à l'âge adulte, tout au long de sa croissance, l'être humain ne devra pas seulement développer ses membres, ses muscles, ses os, son intelligence ; il devra adapter peu à peu ses fonctions végétatives aux nécessités croissantes de la vie de relation. Et cette adaptation se fera, grâce au perfectionnement progressif du système orthosympathique.

b) Le SYSTÈME SYMPATHIQUE proprement dit se montre, en effet, phylogéniquement, le plus récent. Il apparaît comme une superstructure, destinée à contrôler le système parasympathique. Son activité est surtout d'ordre *catabolique* : elle met en jeu toutes les fonctions qui concourent à la *désassimilation*, à la *dépense de l'énergie*. Par des réactions rapides, il assure l'adaptation immédiate du milieu intérieur aux variations du milieu extérieur et aux activités de la vie de relation.

L'excitation sympathique accélère le cœur, élève la pression artérielle, augmente le tonus vasculaire périphérique, dilate la pupille, et exerce au contraire un effet inhibiteur sur le tonus et l'excitabilité des bronches, de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, de la vessie, etc..., sans compter maintes actions chimiques.

Réveillez le dormeur ; faites simplement passer un sujet de la position allongée à la station debout : vous voyez aussitôt s'ébaucher tous ces effets, qui le préparent à la vie de relation, au mouvement, à l'action.

Le système orthosympathique n'est pas absolument indispensable à la vie, je veux dire à la vie végétative de base. Les expériences de Cannon ont montré que l'on peut le supprimer à peu près entièrement sans provoquer la mort. Des chats privés de leurs chaînes et ganglions sympathiques continuent à vivre, mais au ralenti, et à condition que l'on n'exige plus d'eux une adaptation aux phénomènes ambiants.

c) Le tonus et l'excitabilité du système neurovégétatif offrent des rapports étroits avec le *psychisme* et avec la *composition du milieu intérieur*, notamment avec les sécrétions hormoniques, la répartition des électrolytes et l'équilibre acido-basique.

Parmi les électrolytes, le Na et le K se comportent comme des vagomimétiques, le calcium et le magnésium comme des sympathicomimétiques. L'alcalose favorise l'action du vague, et l'acidose celle de l'orthosympathique. Nous verrons tout à l'heure, l'intérêt pratique de ces notions.

II. LES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

Un grand nombre de dérèglements neurovégétatifs observés en clinique ont un caractère purement local, traduisant soit une atteinte segmentaire des centres ou des voies sympathiques, soit une altération organique génératrice de troubles réflexes régionaux. Ces faits ne nous retiendront pas, car ils ressortissent franchement à la nosologie classique.

Nous n'aurons en vue que les *dystonies neurovégétatives globales*, affectant l'ensemble des fonctions végétatives. Si, dans leurs formes extrêmes, elles réalisent parfois de véritables états pathologiques, dans leurs formes atténuées, les plus communes, elles représentent un tempérament, une manière d'être plutôt qu'une maladie. Ces derniers cas sont, pour nous, les plus intéressants.

SCHÉMA ÉTIOLOGIQUE

Ils traduisent le plus souvent une *prédisposition constitutionnelle*, parfois héréditaire, et dont la cause n'est pas bien nette. Comme pour toute autre tare morbide congénitale, on doit rechercher l'intervention possible d'une mauvaise hygiène familiale, de l'hérédo-syphilis, de l'alcoolisme, des intoxications.

Sur ce terrain, ou indépendamment de lui, peuvent jouer certains *facteurs acquis*, que je ne fais que schématiser :

— infections graves de l'enfance, ou infections chroniques latentes : syphilis, tuberculose, colibacillose, infection génitale chez la femme, et surtout gastro-entérites ;

— troubles endocriniens ;

— troubles de la nutrition : par défaut (hypocalcémie, hypoglycémie), ou par excès (neuroarthritisme) ;

— phénomènes de sensibilisation (diathèse colloïdo-classique) ;

— facteurs psychiques enfin.

J'insiste plus particulièrement sur les troubles consécutifs aux excès alimentaires, à la sédentarité, bref au ralentissement de la nutrition, tel que le concevait jadis Bouchard, et contre lequel l'éducation physique et le sport représentent précisément une arme thérapeutique ou préventive des plus efficace.

Il faut mettre également en relief le rôle des facteurs psychiques, non seulement des émotions

violentes ou répétées, mais plus encore des conflits affectifs intimes, qui minent silencieusement tant d'individus, mais qui frappent plus particulièrement ceux qui ont été privés, dans leur éducation, des joies d'une saine vie physique.

Ces quelques notions nous laissent déjà prévoir que, si certaines dystonies végétatives peuvent constituer des contre-indications ou des limitations vis-à-vis des activités sportives, il en est beaucoup, par contre, qui y trouveront leur correctif le plus efficace.

Schématiquement, la dystonie se caractérise par la prédominance de l'un des deux systèmes, ortho- ou para-sympathique. Mais à ces deux types opposés s'ajoutent maints syndromes complexes faits de leur alternance ou de leur intrication.

A. Syndrome vagotonique

Le syndrome vagotonique est le plus fréquent, le plus bénin aussi. Il se rencontre plus particulièrement dans le sexe masculin, et avec une grande fréquence chez l'enfant, chez l'adolescent. L'enfant, je vous l'ai dit, est normalement vagotonique ; et, au voisinage de la puberté, la vie végétative a souvent quelque mal à s'adapter au développement somatique de l'individu.

La caractéristique principale est l'*asthénie*, surtout *matinale*. Les sujets ont peine à sortir de la vagotonie physiologique du sommeil. Ce sont d'ailleurs de grands dormeurs, qui doivent faire un effort pour quitter leur lit, et qui tardent à se mettre en train. Ceci fait, cependant, ils sont souvent capables d'une grande activité physique et intellectuelle.

Le *déficit circulatoire* explique leur teint pâle. Ils sont enclins pourtant aux bouffées de chaleur, à la congestion émotive du visage.

On note au repos de la bradycardie (à 52-56 pulsations par minute), de l'hypotension artérielle (à 11-7, 10-6 par exemple), une hypothermie relative, la température centrale ne dépassant pas 36° au réveil, 36°6 le soir.

Les sujets se plaignent souvent de palpitations, notamment au début de l'effort, ou après les repas, et il n'est pas rare de noter de l'arythmie extra-systolique.

L'insuffisance de l'irrigation cérébrale, peut être cause de vertiges, de lipothymies, voire de véritables syncopes, sur lesquelles je reviendrai.

Par contre, l'*hypertonie et l'hyperexcitabilité des appareils respiratoire et digestif* entraînent fréquemment des spasmes pharyngés, œsophagiens ou bronchiques ; ces derniers peuvent prendre l'allure de crises asthmatiques. On peut noter encore de la toux coqueluchoïde, des spasmes glottiques, toutes manifestations plus ou moins angoissantes.

L'estomac, l'intestin réagissent sous forme de crampes, de brûlures épigastriques, de coliques, d'hypersécrétion, de constipation entrecoupée de débâcles mucorrhéiques. La salivation habituelle est cause d'aérophagie.

La pollakiurie, l'hypersthénie génitale avec pollutions nocturnes sont fréquentes.

L'*hyperhidrose* est habituelle. Des sueurs apparaissent aux mains, aux aisselles, en dehors de toute nécessité physiologique, et notamment sous l'influence des émotions. Il est commun de voir chez ces sujets de grosses gouttes de sueur s'écouler en abondance des aisselles au cours de l'examen médical.

Le *psychisme* est généralement orienté vers la tristesse, le découragement, avec une tendance particulière à l'anxiété. Les troubles subjectifs peuvent devenir l'occasion de préoccupations hypochondriaques.

C'est cet ensemble de manifestations fonctionnelles, révélées par l'interrogatoire, qui fait reconnaître la vagotonie. Vous pourriez l'apprécier encore par la recherche du *réflexe oculo-cardiaque* qui est exagéré, et par les *épreuves pharmacodynamiques*, qui montrent une sensibilité excessive à la pilocarpine, à l'acétylcholine, et au contraire, une sensibilité diminuée à l'adrénaline et à l'atropine. Mais ces épreuves ne sont guère utilisables dans le contrôle de l'éducation physique et du sport. Vous pouvez recourir par contre à un test assez simple, un peu grossier mais commode, et que j'utilise couramment : l'*épreuve de l'orthostatisme et du décubitus* inspirée de l'épreuve à l'atropine de Daniélopolu. Voici en quoi elle consiste :

Lorsqu'un sujet passe de la position couchée à la position debout, le pouls s'accélère. Si le sujet se recouche, il se ralentit à nouveau, et passe même fréquemment par une courte phase de bradycardie relative qui amène transitoirement la fréquence des battements cardiaques au-dessous de leur chiffre initial.

L'épreuve doit être pratiquée rapidement, en évitant toute brusquerie et tout effort inutiles. Le pouls est compté au quart de minute, deux ou trois fois après chaque changement de position, et les chiffres multipliés par quatre, sont dictés à un aide.

Chez un sujet normal, par exemple, vous trouvez les chiffres suivants :

Couché : 68,68 — Debout : 80, 76, 76 — Recouché : 68, 68.

Un graphique est plus expressif encore. Il montre le point de départ de la courbe, la flèche d'ascension dans l'orthostatisme, qui mesure grossièrement le tonus orthosympathique, et éventuellement la flèche de descente, qui traduit l'excitabilité vagale et qui peut faire normalement défaut.

Chez les sportifs bien entraînés, j'ai été frappé

de la faiblesse habituelle des variations, qui traduit un bon équilibre végétatif.

Chez le vagotonique, le point de départ de la courbe est au-dessous de la normale ; l'ascension est minime, et vite freinée ; la descente est souvent très appréciable. Vous obtenez, par exemple, les chiffres suivants :

Couché : 52, 52. — Debout : 60, 56. — Recouché : 48, 48, 52.

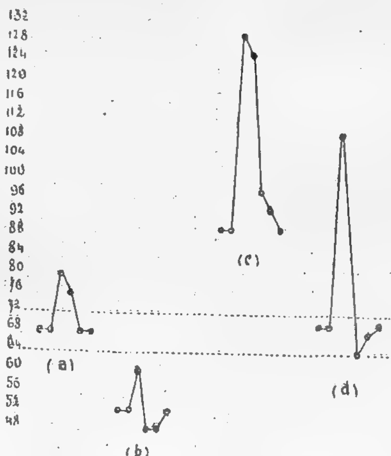
Au moment où le malade se met debout, il accuse parfois une sensation vertigineuse fugace. Après s'être allongé, il présente assez souvent quelques extrasystoles.

Conséquences de la vagotonie du point de vue sportif.

Vous devinez aisément quelles pourront être les conséquences de la vagotonie en face de l'éducation physique et du sport.

La *mise en train* est difficile pour ces sujets, particulièrement le matin et si la température est fraîche. Avant tout exercice, ils paraissent mal éveillés, les traits tirés ; ils baillent. Déshabillés, ils semblent frissonnants, recroquevillés par le froid ; leur teint est pâle, leurs extrémités sont cyanosées. Ils peuvent présenter des nausées, une colique subite, voire des manifestations vertigineuses, lipothymiques ou syncopales.

Mais entraînez-les progressivement, comme il se doit ; peu à peu, ils s'animent, leur visage se colore et ils se montreront souvent capables d'excellentes performances. C'est à ces sujets que conviennent plus particulièrement les pratiques hydrothérapiques et les exercices méthodiques du matin, qui ont le don de les mettre en forme.



Epreuve de l'orthostatisme et du décubitus

a) type normal ; *b)* type vagotonique ; *c)* type sympathicotonique ; *d)* type amphotonique.

Sans préparation au contraire, vous les voyez fortement handicapés par leur vagotonie.

Ils *s'essoufflent* aussitôt, du fait de leur mauvaise adaptation respiratoire. L'aérogastrie, l'aérocolie, dont ils sont porteurs, engendrent souvent un *point de côté* à la base de l'hémithorax gauche, point de côté que les malades attribuent volontiers à leur cœur, d'autant qu'il s'accompagne souvent d'*angoisse*, de *palpitations* et quelquefois d'*arythmie extrasystolique*. Vous concevez que les mêmes causes accroissent la gêne respiratoire en troublant le jeu du diaphragme.

Je veux insister plus particulièrement sur la possibilité de *réactions lipothymiques* ou *syncopales* qui impressionnent souvent à tort l'entourage — instructeurs, familles ou même médecins — alors qu'elles sont en réalité bénignes. Ces réactions apparaissent fréquemment sous l'influence du froid ou de l'effort. C'est dire qu'elles peuvent être graves — non par elles-mêmes, je viens de le dire — mais par les circonstances où elles peuvent survenir : plongée brusque dans l'eau froide, exercices de grimper ou d'agrès.

Le sujet éprouve brusquement une sensation vertigineuse, un éblouissement, ou une colique, une sensation vague de malaise abdominal. Quelquefois, c'est une simple *lipothymie* ; il pâlit, s'évanouit incomplètement, présente des sueurs froides, son pouls est petit, imperceptible ; puis rapidement tout rentre dans l'ordre.

Mais parfois apparaît une véritable *syncope*, avec arrêt passager du cœur et de la respiration. Avec ou sans prodrômes, brusquement, le sujet tombe à terre, pâle comme un mort, ne respirant plus. Tout battement cardiaque peut être supprimé pendant quelques secondes ; mais bientôt le cœur se remet à battre, avec une extrême lenteur et quelques irrégularités ; puis il reprend finalement son rythme normal, en même temps que la conscience revient. Il peut y avoir même, pendant la perte de connaissance, quelques mouvements convulsifs de la face, exceptionnellement une émission d'urines ou de matières, qui, à mon avis, ne caractérisent pas obligatoirement une crise comitiale. Mais il est évident que, dans ces cas, l'interprétation peut être difficile ; il y a lieu d'attendre l'évolution ultérieure pour se prononcer formellement.

En l'absence de tout substratum organique (électrocardiogramme normal), cette « syncope vagotonique », comme je l'appelle, est réellement très bénigne. Elle n'entraîne jamais la mort. On sait d'ailleurs qu'expérimentalement l'excitation brusque du pneumogastrique provoque l'arrêt du cœur et de la respiration, mais d'une façon passagère. On peut prolonger l'excitation : le cœur se remet à battre, d'abord à un rythme ventriculaire, puis à son rythme sinusal normal.

Mais, comme je l'ai dit tout à l'heure, certaines circonstances peuvent donner à l'incident des conséquences graves. Je crois qu'un phénomène de cet ordre explique certaines noyades observées chez de bons nageurs, qui plongent

brusquement dans l'eau froide et ne reparaissent pas. Il me paraît essentiel, chez les vagotoniques, d'obtenir une bonne mise en train de leur appareil orthosympathique, par des exercices préparatoires, avant de leur permettre de plonger en eau profonde ou de se livrer à des épreuves périlleuses.

L'effort musculaire non préparé peut être aussi à l'origine de la syncope. J'ai vu récemment un cas de ce genre. Un garçon de 16 ans, grand et pâle, venant de faire une forte poussée de croissance, et probablement sous alimenté, avait déjà présenté plusieurs lipothymies, le matin à jeun, au moment des fatigues de l'exode. Rentré à Paris, il se place comme garçon épicier. Le premier jour, il se lève tôt, va aux Halles pour le ravitaillement et rentre dans le quartier de l'Etoile en traînant une voiture à bras lourdement chargée. Arrivé en haut de l'Avenue des Champs-Elysées, il est pris d'un malaise avec éblouissements et tombe aussitôt sans connaissance. Il revient à lui nauséeux et couvert de sueurs froides. Le lendemain, il porte un colis au cinquième étage. Arrivé sur le palier, il est pris du même malaise, étourdissement, sueurs froides, et s'effondre sans connaissance. Il consulte le lendemain à l'hôpital. Il est pâle, bradycardique, présente une grosse arythmie respiratoire. L'épreuve de l'orthostatisme et du décubitus fournit les résultats suivants :

Couché : 48, 48. — Debout : 64, 64. — Recouché : 44, 44, 48.

La compression des globes oculaires abaisse la fréquence du pouls de 48 à 32. Dans de tels cas, cette épreuve entraîne parfois une syncope passagère, mais sans gravité.

Notions étiologiques et thérapeutiques

A ce propos, quelques réflexions sur l'étiologie et la thérapeutique des états vagotoniques me paraissent utiles.

Je vous ai dit que la vagotonie traduisait souvent un *état constitutionnel*. Mais maints facteurs intercurrents peuvent la déclencher ou la révéler en l'accentuant.

Je ne parle pas des états de *convalescence* de maladies graves ou bénignes, notamment de la grippe, qui est particulièrement asthéniante et bradycardisante.

Des *troubles digestifs* sont souvent en cause : entéro-colite, appendicite ou cholécystite chroniques, commandant évidemment des traitements appropriés.

Il faut songer à l'*hypoglycémie*, fréquente chez les sujets vagotoniques à jeun, et que combat aisément l'ingestion de quelques morceaux de sucre.

Le *rôle de la croissance* est particulièrement net chez le garçon, dont je viens de vous raconter l'histoire. Mais, là encore, une analyse précise s'impose. Les phénomènes propres à la croissance et à l'évolution pubertaire peuvent être seuls en cause : je vous ai dit qu'à cet âge le système nerveux végétatif a souvent quelque peine à s'adapter aux exigences de la vie de relation. Mais il faut compter aussi avec la possibilité de *carences*, si fréquentes après la poussée de croissance pubertaire. Je ne parle pas seulement de la sous-alimentation, qui est malheureusement fréquente aujourd'hui, mais de la carence d'assimilation qu'entraîne souvent, et presque physiologiquement, une croissance rapide.

Je crois qu'il faut faire ici une place particulière à la *carence calcique*, favorisée par le rapide développement du squelette. L'ion calcium, je vous l'ai rappelé, agit physiologiquement comme le sympathique. Il est même, à la vérité, l'élément essentiel de l'activité sympathique au niveau des organes, le système nerveux n'agissant qu'en sa présence. Un défaut d'ions calciques dans le sang circulant ou au niveau des tissus réalise une prédominance du parasympathique.

Cette forme particulière de vagotonie se traduit par une tendance générale aux spasmes, respiratoires, digestifs ou vésicaux, qui peut s'extérioriser même dans le domaine de la vie de relation par les symptômes bien connus de la tétanie. A défaut de crises typiques, recherchez chez ces sujets, les signes de *spasmophilie latente* : le signe de Chvostek, le signe de Trousseau, beaucoup plus rare. Soumettez-les même, au besoin, à l'épreuve de l'hyperpnée volontaire, qui fait apparaître rapidement chez eux la crise de tétanie.

En présence de ces symptômes, vous êtes assurés que le calcium, ou mieux encore ses fixateurs, la vitamine D et les rayons ultra-violets rendront grand service à vos jeunes malades et feront disparaître leur état vagotonique, en même temps qu'ils consolideront leur squelette.

Mais il est, dans ce domaine, un autre facteur que je veux signaler encore : c'est l'*alcalose*, qui, vous le savez, entrave l'ionisation du Ca dans l'organisme, et entraîne ainsi les mêmes conséquences que l'hypocalcémie. Chez certains vagotoniques vous ne trouvez, à l'origine de leurs troubles, que ce facteur, dont l'analyse humorale est délicate, mais qui se révèle par l'alcalinité excessive des urines, entraînant souvent cette fausse phosphaturie, avec élimination d'urines d'aspect laiteux qu'éclaircit aisément, à chaud, la simple addition d'acide acétique. Dans de tels cas, on obtient souvent un effet thérapeutique surprenant par la simple ingestion d'acide phosphorique.

Enfin, en l'absence d'éléments étiologiques précis, il vous reste la ressource très efficace des médicaments modérateurs du parasympathique,



comme la belladone ou l'atropine, ou excitants de l'orthosympathique comme l'adrénaline, l'extrait surrénal, l'éphédrine ou l'ortédrine.

J'insiste sur la bénignité habituelle des syndromes vagotoniques communément observés en clinique, lorsqu'ils ne se compliquent pas d'un élément psychopathique. J'ai tenu à vous en entretenir longuement parce que les accidents, auxquels ils peuvent donner lieu, sont souvent mal interprétés, et qu'ils risquent de faire éloigner du stade des sujets qui ne peuvent que bénéficier au contraire de l'activité physique, de la vie au grand air et au soleil.

De certains même vous parviendrez à faire de véritables sportifs, capables d'excellentes performances après entraînement progressif, car la prédominance de l'activité vagale sur l'activité sympathique, qui est la caractéristique du sexe masculin, réalise au contraire des conditions favorables à l'effort physique. S'ils présentent une certaine lenteur à la mise en train, ces sujets sont, par contre, résistants. Ils risquent peu les tachycardies ou les hypertensions artérielles excessives, et, après l'effort, accomplissent rapidement leur retour à la normale. Dans l'ensemble, ils s'usent moins que les sympathicotoniques. D'autre part, leur tendance à l'alcalose les fait relativement bien supporter l'acidose, que déclenche la dépense musculaire.

Il faut se méfier cependant que la fatigue n'aggrave leurs déficiences, notamment digestives, et n'entraîne par contre-coup une exagération de leur état vagotonique. Mais c'est là qu'apparaît le rôle du médecin contrôleur, qui doit précisément apprécier le dosage des activités physiques qui conviennent à ces sujets (1).

(1) La seconde partie de cette conférence, qui est consacrée au syndrome sympathicotonique envisagé au point de vue du sport, et aux syndromes amphotoniques, paraîtra dans notre prochain numéro (N. D. L. R.)

SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

Docteur Bernard Lavielle

Les lésions initiales de la tuberculose rénale siègent, le plus souvent, dans la région corticale, au niveau des glomérules de Malpighi ou des tubes contournés.

Elles s'ouvrent, rapidement, dans la lumière des tubes urinifères, mettant précocement en circulation des bacilles de Koch, qui apparaissent dans les urines et qui frappent très tôt les papilles au niveau des petits calices.

Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale repose donc essentiellement sur la découverte, aussi rapide que possible, du bacille de Koch. La bacillurie étant considérée désormais comme inexistante sans lésions du parenchyme, découvrir le bacille de Koch revient à diagnostiquer une lésion de tuberculose rénale.

A côté des bacilles de Koch typiques, il faut retenir la présence de germes atypiques, qui les accompagnent souvent ou qui doivent, tout au moins, faire soupçonner leur *présence*. Ces germes atypiques peuvent être des formes courtes, diplococciques, des plaquettes de granulations, etc... Elles sont souvent accompagnées, dans les urines, d'un mucus hyalin spécial. Ces formes pourront parfois être identifiées, par la microculture, au bacille de Koch.

Elles permettront, tout au moins, de considérer un malade comme suspect de tuberculose urinaire ; elles constituent peut-être le premier passage à travers le rein du germe de la tuberculose, celui-ci ne prenant la forme adulte qu'au niveau de lésions amorcées. Le pouvoir bactéricide du sang, son pouvoir empêchant sur le développement du bacille de Koch, explique peut-être l'apparition dans les urines de ces formes atypiques, que l'on constate surtout dans les lésions du début.

Le bacille de Koch étant mis en évidence, c'est l'urographie veineuse, et surtout la pyélographie ascendante, qui permettent de distinguer les formes *sans destruction apparente du parenchyme rénal*, et les formes avec destruction cavitaire.

Les premières formes constituent, seules, les tuberculoses rénales précoces ; cependant, il ne faut pas oublier la cause d'erreur provenant de lésions corticales fermées, ne communiquant pas avec les cavités excrétrices.

Les secondes formes, sont des lésions évoluées, que l'on ne saurait plus considérer comme précoces.

La première catégorie s'accompagne souvent de la présence, dans les urines, d'abondants cristaux d'oxalate de calcium, que l'on peut sans doute considérer comme une défense de l'organisme.

Les tuberculoses rénales précoces doivent être traitées médicalement, un grand nombre pouvant être enrayées ou guéries définitivement ; celles qui ne guérissent pas resteront justiciables d'une néphrectomie. Les tuberculoses évoluées, seront traitées chirurgicalement par néphrectomie, à moins que les lésions ne soient bilatérales.

Les tuberculoses simplement suspectes seront traitées médicalement, comme si les lésions étaient confirmées, et le malade sera tenu en observation suivie. (*Thèse de Bordeaux*, 1939).

ABCÈS DU CERVEAU DÉVELOPPÉ AUTOUR D'UN ÉCLAT DE BOMBE, PLUS DE SEPT MOIS APRÈS LA BLESSURE. ABLATION EN BLOC DE L'ABCÈS ET DES ÉCLATS. — GUÉRISON

Par le Docteur Daniel Ferey (St.-Malo)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Associé National de l'Académie de chirurgie

Cette observation dont un très court résumé a été donné à l'Académie de chirurgie, à propos de celles présentées par Clovis Vincent, nous paraît intéressante à publier.

Blessé dans la région de Dunkerque le 15 mai 1940 par un éclat de bombe, B..., âgé de 30 ans, est transporté dans une ambulance chirurgicale où l'on constate une plaie pénétrante du crâne dont on ne s'occupe pas, une fracture ouverte sous-trochantérienne droite qui est appareillée sommairement. Il est évacué d'ambulance en ambulance et échoue au Val-de-Grâce. Là, il est appareillé pour sa fracture de cuisse ouverte et qui suppure, on fait une radiographie du crâne et on trouve un éclat d'obus, situé près de la ligne médiane à 5 centimètres de profondeur, dans le lobe frontal gauche. Comme il ne donne aucun trouble, que la plaie est cicatrisée, on lui conseille de le garder.

Il sort du Val-de-Grâce, est réformé pour un gros raccourcissement de la jambe droite, et on signale sur sa fiche de réforme l'éclat d'obus qui est resté dans le cerveau. Il rentre chez lui au mois d'octobre 1940, marchant difficilement, se plaignant parfois de céphalées, mais sans plus.

Le 24 novembre au matin, brusquement, sans aucun phénomène apparent nouveau, il fait une crise d'épilepsie généralisée, tombe, fait une fracture itérative de la cuisse et reste dans le coma pendant près de dix minutes. Il est amené à l'Hôtel-Dieu le 25 novembre. On constate une fracture de la cuisse droite dans la région sous-trochantérienne, il se plaint de céphalées, son pouls est à 64, sa température est normale, il n'y a pas d'autres signes de compression cérébrale, il n'y a aucun déficit pyramidal, d'ailleurs difficile à chercher à droite en raison de la fracture. Il est mis dans un appareil à traction continue. Une radiographie du crâne montre que l'éclat est toujours à la même place. Le 26, il perd connaissance deux fois dans son lit avec une ébauche d'épilepsie bravais-jacksonienne droite, marquée surtout au membre supérieur. La traction ayant été arrachée deux fois, on lui met un grand appareil plâtré.

Le 27-28 novembre, rien d'anormal.

Le 29-30 novembre, apparition de céphalées, de vomissements, la température jusque-là normale, monte progressivement à 37°8, 38° le soir.

Le 1er décembre, même état, il devient somnolent par instants. L'examen du fond d'œil décèle une légère stase, plus marquée à gauche, il fait à nouveau une crise d'épilepsie généralisée. Le plâtre a résisté et il ne semble pas qu'il y ait eu de déchirure musculaire du côté fracturé. Le malade après sa crise ne se plaint pas de sa jambe plâtrée.

Les 2, 3 et 4 décembre, céphalées, amaigrissement très notable, perte de l'appétit, augmentation de la stase papillaire et nouvelle crise d'épilepsie. La température monte à 39°, le pouls reste à 60-64. Nous décidons d'intervenir.

Intervention le 5 *décembre* 1940, sous anesthésie locale. Scalp du cuir chevelu, en U, à concavité postérieure, centré par l'orifice de pénétration de l'éclat. La cicatrice est réséquée et disséquée non seulement jusqu'au pourtour de l'orifice osseux mais encore à l'intérieur de cet orifice, nous ligaturons en bourse avec une grosse soie, la pointe de l'entonnoir cutanéo-cicatriciel ainsi disséqué, et réséquons la cicatrice cutanée, de façon à ne pas avoir à agrandir l'orifice osseux. Ceci fait, nous taillons un petit volet osseux, toujours centré par l'orifice de pénétration, mais au moment où l'on soulève le volet, bien qu'on ait cru avoir entièrement libéré la cicatrice du pourtour osseux de pénétration de l'éclat, celle-ci se déchire un peu et quelques gouttes de pus apparaissent. Une pince sur cette petite déchirure l'obture. L'os saigne beaucoup, on décolle l'aponévrose épicranienne et on cire quelques orifices qui persistent à saigner. A ce moment, crise d'épilepsie qui dure une vingtaine de secondes malgré une injection préventive de gardénal. La dure-mère est rouge, épaissie, granuleuse sur toute la surface opératoire. On la résèque autour du cône cicatriciel, on la relève avec précaution et l'on s'aperçoit qu'elle est adhérente au cerveau. Coagulation de ces adhérences lamelleuses. L'exploration au trocart de Cushing nous délimite très facilement la coque de l'abcès. Celui-ci est enlevé suivant la technique de Clovis Vincent, c'est-à-dire en **bloc** comme une tumeur du cerveau. Son volume est celui d'une grosse noix. Hémostase soigneuse. On tamponne quelques minutes avec un coton imbibé d'eau oxygénée au 1/3. Le lavage de la cavité au sérum physiologique montre que toute hémorragie est arrêtée. On verse environ 1 à 2 grammes de septoplix, et on remplace la perte de la dure-mère par une membrane d'amnios. Cette membrane de la largeur d'une pièce de 10 francs est simplement posée sans être suturée. On replace le volet osseux, le pourtour de l'orifice de pénétration de l'éclat est dur comme de l'ivoire ; il ne saigne pas, mais tout autour on a l'impression que l'os est éburné et peu vivant. Suture de la face profonde de la peau au niveau de l'orifice d'entrée du projectile par trois points à la soie noire. Suture de la peau en un plan, facile, elle ne tire pas.

La veille, le blessé avait eu six Dagénan, on lui continue cette dose pendant trois jours encore. L'examen du pus donné par le laboratoire est le suivant :

Examen direct : *a*) Très nombreux cocci en tétrades, Gram + ; *b*) Bâtonnets en moins grand nombre Gram + bâtonnets trapus à bouts carrés.

Isolement : *A*) *En milieu aérobie*. Seuls ont poussé les cocci. Etat frais : cocci immobiles. Coloré : cocci Gram + en tétrades.

Réactions biochimiques.

Gélose : culture épaisse et gluante, de couleur blanchâtre.

Bouillon : dépôt abondant, visqueux.

Gélatine : en stries culture blanche, gluante ; en piqûre culture en clou.

Lait : O liquéfaction ; O coagulation.
Conclusion : tétragènes.

B) *Culture en anaérobiose* (gélose Veillon). Colonies en forme de lentilles biconvexes à bords nets. Fort dégagement gazeux. Etat frais : bacilles immobiles. Coloré : gros bacilles trapus Gram + à bouts carrés. Le bacille est franchement anaérobie. Les colonies présentent l'aspect des colonies de perfringens.

Nous avons perdu ce germe par suite d'accident d'étuve et n'avons pu par conséquent poursuivre l'identification complète, mais étant donné la forme de la colonie, son anaérobiose, étant donné l'origine, on peut supposer qu'il s'agissait de perfringens.

L'évolution se fait sans incident. On enlève les fils au septième jour, tout paraît normal, quand le huitième jour la température monte légèrement. Il n'y a rien d'anormal au niveau de la cicatrice.

Vers le dixième jour après l'opération apparaît à l'angle supérieur et antérieur de l'incision une petite suppuration, le malade ne souffre pas, la température continue à rester élevée, 39°.

Le douzième jour, la température tombe brusquement, et en même temps le malade sent quelque chose de chaud qui coule dans son plâtre. On l'ouvre, il a fait un volumineux abcès au niveau de sa fracture et de la cicatrice ancienne de suppuration. Mais tandis que l'abcès de la cuisse largement débridé guérit, la suppuration minime, mais continue persiste au niveau du volet cranien.

Le 3 janvier, une nouvelle radiographie du crâne est faite, elle montre un aspect vermoulu du volet osseux, nous l'enlevons le 20 janvier. Il est complètement nécrosé et les deux fils de bronze ont enlevé avec eux un petit fragment d'os du crâne sur lequel ils étaient fixés. Mais nous constatons que la dure-mère un peu rouge et épaissie est parfaitement étanche, fermée hermétiquement et il est impossible de retrouver l'endroit où à été faite l'incision et où a été placée la membrane d'amnios. S'est-elle éliminée avec la suppuration ou a-t-elle fait corps avec la dure-mère, nous n'en savons rien.

Actuellement, deux mois et demi après sa première opération, le malade est guéri, il n'a plus jamais eu de crise d'épilepsie, l'appétit est revenu, les vomissements et la céphalée ont complètement disparu. Nous avons l'intention dans quelques mois pour protéger son cerveau, de lui faire une greffe ostéo-périostée, nous venons déjà d'en faire à deux blessés qui présentaient de larges pertes de substance et nous avons été étonnés de voir avec quelle rapidité ces greffes ont pris : en moins d'un mois, une très forte pression ne permettait pas de décéler l'endroit greffé du reste du crâne.

Cette observation nous paraît intéressante pour plusieurs raisons.

1° D'abord la longue tolérance (7 mois 1/2) de l'éclat dans le lobe frontal, sans aucune manifestation de réaction apparente du tissu cérébral. D'où la nécessité d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de complications au niveau de corps étrangers inclus dans le cerveau quelle que soit la durée de l'intervalle libre entre la date de la blessure et les complications secondaires.

2° Les crises d'épilepsie indiquant la réaction du tissu cérébral autour de la zone inflammatoire et leur disparition immédiate avec l'ablation en bloc de l'abcès, des esquilles osseuses, de l'éclat, contenus dans une coque épaisse d'environ 1/2 millimètre, alors que nous avons eu une dernière crise au moment où nous faisions le volet osseux.

3° La nécessité d'enlever le volet nécrosé pour voir disparaître immédiatement la suppuration.

4° Comme l'a fait remarquer Clovis Vincent à l'Académie de chirurgie le 15 janvier 1941, il faut considérer tout le pourtour osseux de l'orifice de pénétration et son voisinage immédiat comme diminué de vitalité, et il nous signalait l'intérêt qu'il y a à ne pas trop dépouiller l'os de sa membrane épicranienne. Après cette réflexion, nous nous sommes souvenus d'avoir trouvé un os de coloration assez anormale, légèrement grisâtre et surtout un suintement en nappe anormal de la surface osseuse.

Néanmoins, la suppuration survenue dans notre cas, peut être due à deux autres causes ; *a*) aux quelques gouttes de pus qui se sont répandues au moment où l'on soulevait le volet ; *b*) à l'état général médiocre du blessé qui a fait sous son plâtre un volumineux abcès de la cuisse.

5° Le laboratoire nous a montré un microbisme, latent depuis plus de sept mois puisqu'on a trouvé à la fois du tétragène et du perfringens. Ces microbes entraînés dans le cerveau lors de la pénétration de l'éclat n'ont manifesté leur présence que fort longtemps après la blessure.

LE MIEL DANS L'ALIMENTATION INFANTILE

Depuis deux années, le Docteur MAUPAS emploie avec avantage le miel, chez les enfants élevés à la Goutte de lait de Fécamp. Le lait au miel, dans l'alimentation infantile, lui a donné toute satisfaction.

Utilisé chez le nourrisson, le miel active le développement général ; l'augmentation de poids est d'autant plus sensible que l'enfant est prématuré, débile ou rachitique.

Le miel facilite la digestion, diminue et fait disparaître les vomissements. C'est un antiémétisant remarquable et un eupeptique efficace dans les troubles digestifs dus à l'intolérance au lait animal.

Ingéré à l'état frais, ou stérilisé avec le lait, ses résultats sont identiques ; il garde les mêmes propriétés digestives.

La dose à employer est la suivante : une cuillerée à café de miel pour 100 à 150 grammes de lait. Cette dose peut être réduite ou augmentée suivant les cas et selon le goût de l'enfant.

Se servir toujours d'une cuiller passée à l'eau bouillante et garder la boîte de miel bien fermée dans un endroit frais. P. L.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOÛT DU JOUR



QUAND UNE CARDIOPATHIE IMPOSE-T-ELLE L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE ?



D'après les Docteurs BALARD, BROUSTET et MAHON (1)

QUELQUES DONNÉES DE PRINCIPE

Très souvent, la gestation survenant chez une cardiopathe ne réclame qu'une hygiène rigoureuse et une thérapeutique médicamenteuse. Cependant, dans certains cas la légitimité d'une intervention est hors de doute, à la condition d'être solidement motivée. Le motif, qui paraît indiscutable, c'est l'existence pour la mère d'un *danger imminent*, la certitude ou la très grande probabilité que les accidents gravido-cardiaques risquent d'entraîner, dans un délai assez rapproché, la mort de la femme.

Or, il reste très délicat d'apprécier l'opportunité et de fixer le moment de cette interruption de la grossesse.

Pratiquée précocement, elle sacrifie délibérément un enfant, qui, dans la règle, est parfaitement viable, s'élève normalement, s'il naît à terme, et garde, s'il vient avant la fin du neuvième mois, autant de chances que tout autre prématuré. La décision d'interrompre la grossesse avant la période de viabilité doit donc conserver un caractère exceptionnel.

Et cependant, l'intérêt de la mère pourra exiger une interruption assez précoce, avant que la gestation ait déclenché des troubles profonds, qui peuvent survenir à tout moment de la grossesse. Si ceux-ci apparaissent vers la fin de celle-ci, à partir du septième mois, la décision de provoquer un accouchement prématuré sera prise en tenant compte seulement de l'état de la mère, puisque, à cette période, on peut obtenir un enfant vivant. S'ils ont éclaté plus tôt, l'intervention projetée, entraînant le sacrifice de l'enfant, ne peut être décidée qu'avec circonspection.

Nature de la lésion cardiaque.

Il est important de savoir que les lésions valvulaires du rhumatisme, parfois aussi de la scarlatine, restent la source principale des accidents gravido-cardiaques ; parmi celles-ci, c'est le rétrécissement mitral, qu'il faut incriminer le plus souvent ; plus la sténose est serrée, ou surtout plus l'oreillette est développée (examen radiographique), plus les accidents restent probables, sans que l'on note entre ces deux facteurs un parallélisme obligatoire. Une mention doit être faite aussi pour les lésions congénitales du cœur. Plus rarement, il y aura lieu d'incriminer les myocardites subaiguës ou chroniques, les péricardites, les coronarites, la syphilis cardio-vasculaire.

L'endocardite maligne, qu'il n'est pas rare de voir évoluer dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse d'une femme préalablement atteinte de rhumatisme cardiaque, n'impose aucune indication opératoire. L'évacuation de l'utérus n'aura aucune chance de soulager momentanément la malade, ni, à plus forte raison, d'arrêter la marche inexorable de cette septicémie ; or, celle-ci peut avoir une évolution tellement longue qu'elle permettra d'attendre la viabilité de l'enfant, qui, malgré le mauvais état de la mère, peut parfaitement s'élever.

Quand une hypertension artérielle, généralement associée à une néphrite, est déclenchée ou révélée par la grossesse, c'est seulement dans les derniers mois de la gestation qu'elle risque d'entraîner des manifestations d'insuffisance cardiaque ; il sera alors facile de décider un accouchement prématuré ; souvent même, celui-ci se fera spontanément. Quand l'hypertension précède la grossesse, elle risque d'être aggravée sensiblement ; si la tension devient, dès les premières semaines de la grossesse, extrêmement élevée, si le cœur donne déjà des manifestations de lassitude, on pourra envisager l'interruption ; ce sera toutefois avec une extrême prudence ; la mère condamnée, l'enfant, qui aura pu arriver au septième mois, sera parfaitement viable.

Antécédents de la maladie.

L'âge relativement avancé de la gestante et sa multiparité (surtout des grossesses assez rapprochées) *favorisent* l'éclosion des accidents gravido-

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 octobre 1940.



cardiaques. L'influence de l'âge s'explique doublement : d'une part, il est bien établi que la grossesse est mieux tolérée par les femmes jeunes ; d'autre part, l'évolution naturelle des cardiopathies rhumatismales se révèle sévère, si bien, qu'autour de la quarantaine, bon nombre de celles, qui en sont atteintes, peuvent arriver à la phase terminale de l'affection (en dehors même de toute gestation). Pour apprécier ce caractère évolutif, il ne faut pas se baser sur une symptomatologie minime (vagues algies précordiales, légères modifications des bruits orificiels) ; il sera prudent de n'accepter cette notion que s'il existe chez la femme une réaction thermique, tout au moins une fébricule ; quand ce caractère évolutif est certain, il doit faire particulièrement redouter l'éclosion des accidents gravido-cardiaques, surtout si le traitement salicylé, qui doit être immédiatement mis en œuvre, s'avère impuissant.

D'autre part, la notion d'une défaillance cardiaque antérieure est capitale. Le pronostic est particulièrement sévère, si celle-ci a été la conséquence directe, naturelle en quelque sorte, de la cardiopathie, si elle n'est pas survenue à l'occasion d'une cause extrinsèque ou occasionnelle (affection pulmonaire aiguë, poussée évolutive rhumatismale jugulée par le salicylate de soude). La grossesse est redoutable chez des femmes, qui ont présenté dans les années ou les mois, précédents, une insuffisance cardiaque. Même si les toniques habituels en sont aisément venus à bout, il est probable que la grossesse rompra l'équilibre ainsi rétabli. Il en sera de même, *a fortiori*, si la femme, qui se trouve déjà en état d'insuffisance cardiaque manifeste, doit user perpétuellement de digitale et d'ouabaïne pour maintenir un très relatif équilibre circulatoire : il semble qu'il y ait là un motif indiscutable à une interruption immédiate.

Pour certains auteurs, l'existence d'accidents gravido-cardiaques au cours d'une gestation précédente commande l'interruption. Cependant nombre de femmes ont mené à bien une grossesse, alors que les gestations précédentes avaient été troublées. Sans méconnaître l'importance de cet avertissement, on peut estimer qu'il n'implique pas l'interruption systématique de la grossesse.

Déceler le risque mortel assez tôt pour intervenir avant l'épuisement complet du myocarde

Dans la règle, c'est par la surveillance de la malade au cours de la gestation que l'on posera les indications.

Au début de la grossesse, un examen général ne permettra que de recueillir un ensemble de symptômes, qu'il faudra noter et cataloguer pour être comparés avec ceux que fourniront les examens ultérieurs : cette comparaison permettra par la suite de se rendre compte du retentissement de la grossesse sur le cœur.

Pour apprécier, dans le début, la valeur fonctionnelle d'un cœur, on peut étudier sa réponse devant les efforts musculaires de la vie courante, là où tout coefficient d'entraînement se trouve supprimé. Ainsi la dyspnée d'effort, ou mieux la dyspnée à l'effort quotidien banal (exemple : monter son escalier, gravir telle rue en pente), combinée à d'autres symptômes, paraît le meilleur élément d'appréciation de la valeur fonctionnelle du myocarde. Les autres données fonctionnelles sont de moindre importance ; ainsi les palpitations, les algies cardio-thoraciques sont beaucoup plus souvent l'expression de petits troubles neuro-végétatifs que d'une défaillance du myocarde proprement dite.

Les chiffres tensionnels auront rarement à l'origine une signification par eux-mêmes, mais ils permettront d'utiles comparaisons ultérieures. Il est très important de connaître le volume du cœur ; mieux que la palpation et la percussion bien aléatoire, la radiologie en donne une appréciation facile et relativement sûre, notamment en ce qui concerne la dilatation ou l'hypertrophie limitée à l'une de ses cavités ; on connaît la grande importance de ces données en matière de rétrécissement mitral. La radiologie permet aussi de juger de la stase veineuse pulmonaire.

La clinique suffira à identifier certaines variétés d'arythmie ; mais, pour beaucoup d'entre elles, le secours des méthodes graphiques, et plus particulièrement de l'électrocardiographie, sera indispensable : arythmies extra-systoliques auriculaires ou nodales, dissociation auriculo-ventriculaires, tachycardie paroxystique, arythmie complète.

Cependant, *quel que soit l'état du cœur au début de la grossesse, il peut réagir de manière différente au cours de celle-ci.* Certains myocardes qui, *a priori*, n'auraient pas semblé devoir faire les frais d'une fatigue supplémentaire, permettront l'évolution heureuse d'une grossesse. Inversement, d'autres, entièrement suffisants avant la gestation, à tel point même que la lésion valvulaire pouvait être ignorée, sont exposés à de brusques accidents au cours de la gravidité. Or, c'est presque toujours dans les accidents ou les incidents, qui jalonnent le cours de la grossesse, qu'il faut trouver les indications, un premier examen ne rendant possible que d'utiles précisions.

Le jugement sera plus difficile à porter lorsqu'on verra pour la première fois la malade en pleins accidents. En tous cas, il faut alors se garder de prendre une décision opératoire immédiate ; on a montré le danger de ces interventions, pratiquées en quelque sorte à chaud : les patientes les supportent assez mal.

On a un peu abusé de la notion, sans doute très juste, de la *reprise évolutive d'une maladie de Bouillaud* ; fréquente dans les suites de couches, elle est rare dans la gestation. Fût-elle certaine, elle motiverait, en supplément des toni-cardiaques habituels, une thérapeutique étiologique soigneuse et prolongée, une très bonne cure salycilée. Ce n'est qu'après l'échec de ces deux traitements combinés que l'on pourrait envisager l'interruption de la gestation.

Quant à la *toxémie gravidique*, il faut, pour qu'elle vienne renforcer les indications d'interrompre la grossesse, qu'elle se manifeste par des symptômes indiscutables : vomissements, acétonémie, etc. Dans ces conditions seulement, on peut admettre que l'intoxication gravidique joue un rôle dans le déclenchement des accidents cardiaques, et que, grave en elle-même, grave par son retentissement sur l'appareil circulatoire, elle est un motif légitime d'interruption. La toxémie du dernier trimestre, avec son cortège d'œdèmes, d'albuminurie, d'hypertension peut être aussi, et plus facilement, le motif d'une intervention ; il est moins difficile d'en prendre la responsabilité car, à cette période, les chances de l'enfant restent grandes.

Bien plus que dans l'étiologie, c'est dans les *formes cliniques*, l'*évolution de l'asystolie*, (ce terme étant pris dans son sens le plus large), qu'il faut trouver les indications de l'interruption de la grossesse. Cette asystolie gravidique se présente sous deux formes : l'une aiguë, paroxystique même dans bon nombre de cas ; l'autre progressive.

L'*œdème aigu du poumon* réalise la seule expression de l'asystolie gravidique à forme paroxystique. Provoqué par le rétrécissement mitral, il survient surtout vers la fin de la grossesse ; il peut succéder à d'autres accidents circulatoires apparus avant ou pendant la gestation; il peut être la première manifestation d'une cardiopathie jusque-là ignorée. Au cours de la crise, même légère, tout le monde est d'accord pour rejeter une intervention systématique, car : 1° même grave, la crise peut laisser au myocarde sa capacité fonctionnelle antérieure ; 2° l'intervention, au cours de la crise, n'y provoque que des catastrophes, l'évacuation utérine étant en elle-même un facteur d'œdème aigu pulmonaire.

L'interruption ne se discute véritablement que devant la répétition des crises, si, malgré le repos complet, l'administration de toni-cardiaques et surtout de calmants, plusieurs nouvelles manifestations œdémateuses apparaissent ; on est alors en droit d'interrompre la grossesse. Il en sera de même si, à ce moment, s'installe une insuffisance cardiaque progressive.

C'est surtout en présence des formes progressives de l'insuffisance cardiaque gravidique que l'on devra envisager l'interruption de la grossesse. En opposition avec l'œdème aigu, elle a une marche qui va en s'aggravant, au moins tant que dure la gestation. Les symptômes ne diffèrent guère de ceux d'une asystolie banale.

A un degré léger (simple hyposystolie, légère dyspnée d'effort, petites poussées bronchitiques) la radiologie montre le développement de l'oreillette gauche et l'importance de la stase pulmonaire, dont il faut tenir grand compte : aucune indication d'intervenir.

Il en ira différemment si, malgré repos et thérapeutique, les troubles s'aggravent inexorablement. On en arrive progressivement à l'insuffisance cardiaque confirmée : dyspnée continue, mais aggravée par la moindre tentative de déplacement ; toux avec expectoration muqueuse et même véritables hémoptysies. A un degré de plus : infarctus pulmonaires, souvent accompagnés de pleurésie hémorragique, oligurie, anasarque ; bref, la situation est extrêmement grave. On sera très souvent amené à interrompre la gestation ; mais il faut auparavant, imposer un repos, l'administration de toni-cardiaques et de calmants : sinon les résultats sont déplorables. A noter que ces mesures pré-opératoires amènent parfois une amélioration telle qu'il devient possible de prolonger l'expectation, de gagner quelques jours, quelques semaines, qui permettent à l'enfant d'augmenter ses chances de vie.

En résumé, il ne semble pas qu'en l'absence de risques maternels certains et menaçants, on soit en droit, pour un bénéfice hypothétique, de sacrifier les chances d'un enfant parfaitement viable.

L'interruption de la grossesse n'est jamais indiquée dans les accidents aigus, ni à la phase aiguë des accidents chroniques. Elle n'aura sa place que chez les malades, dont l'insuffisance cardiaque progresse inexorablement, malgré le traitement médical convenablement réglé, strictement appliqué et suffisamment prolongé.

G. FISCHER.

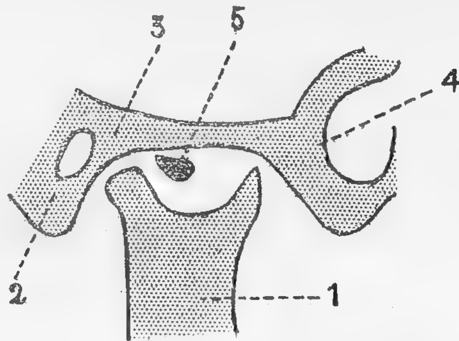
PRÉCISIONS SUR LA TECHNIQUE DE REPÉRAGE DU TROU OVALE EN VUE DE LA NEUROLYSE DU NERF MAXILLAIRE INFÉRIEUR

L'article du Docteur Regnard, paru dans le *Concours* du 22 décembre 1940, vient de retenir mon attention. Médecin stomatologiste, je pratique depuis dix ans l'anesthésie, au trou ovale, du nerf maxillaire inférieur. Sans prétendre que la chose soit aisée, l'on peut tout de même dire que la fréquente répétition de cet acte rend sa pratique pour ainsi dire automatique.

Voici la méthode que j'utilise toujours avec succès et sans aucun incident, selon la technique de Bercher et Dechaume.

Anatomie. — Le trou ovale est situé sur la base du crâne en dehors et très légèrement en arrière de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde. Sa direction est oblique de dedans en dehors et d'avant en arrière.

Le trou petit rond qui sert de passage à l'artère et la veine méningée moyenne se trouve de suite en arrière du trou ovale. Egalement en arrière à 15 millimètres, l'orifice inférieur du canal carotidien. Derrière la carotide, à deux centimètres du trou ovale, se trouve la jugulaire. L'artère maxillaire interne passe au niveau du bord inférieur de l'échancrure sigmoïde.



D'après Bercher

Projection du trou ovale :
Crâne vu de profil, côté droit.
1. Branche montante du maxillaire inférieur. — 2. Mastoïde. — 3. Apophyse zygomatique. — 4. Rebord orbitaire. — 5. Projection du trou ovale.

En considérant le crâne de profil, le trou ovale se projette légèrement en arrière et en haut du centre de l'aire ovale que délimitent :

En haut : le bord inférieur de l'arcade zygomatique.

En bas : l'échancrure sigmoïde.

Le trou ovale se situe à une profondeur de 45 millimètres environ, c'est-à-dire chez un individu de corpulence moyenne.

Instrumentation. — Une seringue en verre de 5 c. c., du type Luer.

Une aiguille en acier, de 6 cent. et d'un calibre de 6/10.

Un index de liège limitant la course de l'aiguille à 5 cent.

Technique. — Placer la tête sur un plan fixe et orienté de façon à ce que l'on considère le crâne exactement de profil et bien perpendiculaire.

Injecter le liquide à la température du corps.

Repérer, avec l'index gauche :

1° Le bord inférieur de l'apophyse zygomatique ;

2° Le col du condyle en bas et en arrière (en plaçant le doigt en avant du tragus, et en demandant au patient d'exécuter des mouvements de mastication) ;

3° L'apophyse coronoïde, en bas et en avant.

Ces trois points de repère constituent un triangle à base inférieure. Enfoncer de 5 cent. et « perpendiculairement » l'aiguille « seule » :

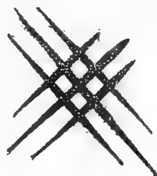
Au ras de l'arcade zygomatique.

A égale distance des deux repères inférieurs.

Vous êtes sur les lieux. Si la pointe butait à 4 cent., c'est que la pointe de l'aiguille serait sur le bord de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, à un cent. en avant du trou ovale. Retirer doucement l'aiguille de un cent. et l'incliner légèrement en arrière en enfonçant. Si l'aiguille bute à 5 cent., c'est que la pointe se trouve à la base postérieure du trou ovale. Pour en trouver le centre retirer l'aiguille de 3 mm.

La douleur accusée par le patient vous dira clairement que vous pouvez injecter le liquide.

Dr Louis Ossedat,
Saint-Germain-en-Laye (S.-et-O.).



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos de la prophylaxie et du traitement des cardiopathies chez les femmes enceintes et de leurs accidents.

L'étude du Professeur Clerc vise principalement les femmes atteintes de lésions mitrales, car elles sont mentionnées dans plus de 70 p. 100 des cas de la statistique, et occasionnent les méfaits les plus typiques.

Une condition indispensable de la prophylaxie et du traitement des cardiopathies résidera dans l'établissement, le plus précoce possible, d'un diagnostic rigoureusement motivé ; car, d'une part, des lésions indiscutables risquent d'être demeurées ignorées jusqu'au début de la grossesse; d'autre part, la dyspnée, l'œdème des jambes, l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire et même, parfois, les souffles transitoires (surtout vers les derniers mois, et à mesure que le cœur se trouve refoulé) peuvent par une mauvaise interprétation conduire à des erreurs non moins regrettables. Ensuite, chez les femmes gravides, alors que leur appareil circulatoire est cependant indemne, il ne suffit pas de repérer exactement la lésion dès le début de la grossesse, ni d'essayer d'en apprécier alors la tolérance ; on ne devra pas perdre de vue, en effet, la nécessité d'en suivre pas à pas l'évolution ultérieure, surtout à partir du quatrième ou cinquième mois, et jusqu'au travail et à l'expulsion, qui marquent des phases particulièrement critiques. Enfin, la délivrance de la malade n'est pas la délivrance du cœur ; au post-partum et dans les semaines suivantes, si ce n'est pas la premère défaillance cardiaque qui apparaît, exceptionnellement d'ailleurs, c'est souvent une aggravation, qui, sous la forme d'une asystolie, risque de brûler les étapes.

Les méthodes médicales sont d'une telle importance, que par leur mise en œuvre devra commencer tout essai de thérapeutlique : surveillance attentive et prolongée, même après l'accouchement ; obligation fondamentale du repos ; traitement médicamenteux. L'application de ces moyens indispensables variera évidemment suivant les cas. A noter que ces méthodes ne serviront pas seulement de base au traitement curatif ou prophylactique, mais qu'elles seront également des moyens préparatoires à une intervention décidée.

Tout dépendra de la manière, dont une lésion affaiblit l'énergie du myocarde, et dont les seules prescriptions médicales auront été suivies. L'indication fondamentale d'une intervention libératrice consistera dans la progressivité de l'insuffisance cardiaque, autant au moins que l'encombrement pulmonaire, et cela, en dépit d'un traitement médical continu, ou, au besoin, réitéré.

En tous cas, il s'agit là d'une méthode exceptionnelle, et l'on est bien loin de l'avortement systématique chez les cardiaques, qui était préconisé autrefois surtout chez les mitrales. Aussi l'ensemble de ces interventions ne dépasse-t-il pas 2,3 à 2,87 p. 100 pour l'avortement, et 3 p. 470 en ce qui concerne la césarienne haute. Par contre, les seuls moyens destinés à faciliter le travail entrent bien plus fréquemment en jeu (15 p. 100 d'après Couvelaire).

Il est un fait actuellement prouvé, c'est que 70 p. 100 des cardiopathes, devenues enceintes, accouchent normalement d'enfants bien constitués, ou ne présentent que des troubles insignifiants, quelques-unes même après des accouchements répétés ; de toutes manières, les avortements spontanés sont devenus plus rares et la mortalité par le cœur n'est plus que de 1,6 à 3 p. 100 ; autrefois, elle était dix fois plus forte.

Le dénouement d'une grossesse ne doit être, en principe, hâté que dans la limite de la viabilité du fœtus. Dans le cas contraire, l'interruption de la grossesse demeure l'exception ; à moins d'une urgence immédiate, aucun des motifs théoriques d'interruption ne représente une condition *sine qua non*. Rien ne prouve qu'un avortement précoce soit, sans longue discussion, préférable, presque systématiquement, à l'expectation armée ; plus cette dernière aura été précoce et rigoureuse, plus grandes seront les chances de succès. **On doit temporiser dans la** limite du possible. Interventionniste, il faut savoir l'être, ou le devenir, sans attendre qu'il soit trop tard, mais par obligation. (*Paris médical*, 10 mai 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Certaines maladies de Vaquez sont des oxycarbonémies endogènes ignorées

(M. Maurice LOEPER ; 18-3-1941)

M. Loeper a appelé, à plusieurs reprises, l'attention sur l'état nommé par lui oxycarbonémie endogène, c'est-à-dire la production d'oxyde de carbone par certains organismes sans aucune intoxication extérieure. Il revient aujourd'hui sur l'un des états pathologiques où il a rencontré cette oxycarbonémie endogène : l'érythrémie ou maladie de Vaquez. Il a observé cinq maladies de Vaquez avec oxycarbonémie et il croit pouvoir attribuer à celle-ci tous les signes de l'affection, sans affirmer toutefois que toutes les érythrémies ont la même origine.

L'auteur conclut en disant : l'oxycarbonémie endogène existe. Elle est même très fréquente. Elle mérite autant que l'azotémie, l'uricémie, etc., d'être soigneusement étudiée. Elle peut causer, entre autres troubles, l'érythrémie et apparaît dans des affections pulmonaires, cardiaques, hépatiques et cancéreuses à titre secondaire. Elle peut se manifester à titre primitif comme affection presque autonome de la nutrition.

La ration alimentaire et le travail cérébral

(MM. BINET et G. DUHAMEL ; 25-3-1941)

Comme le travail physique, le travail cérébral représente une certaine somme d'énergie et cette énergie ne saurait être fournie que par les aliments ou par les réserves organiques. La qualité même du travail intellectuel dépend, dans une mesure appréciable, de la nature de ces aliments.

A ceux qui se livrent aux spéculations de la pensée, Armand Gautier recommande le pain, les légumes verts, une nourriture azotée, les œufs, les aliments de digestion facile (riz, carottes, choux-fleurs, asperges), un peu de vin, de café, de thé, etc. Bottazzi conseille l'œuf et la viande. Les phosphates, les glycéro-phosphates sont utiles au travailleur intellectuel. La sous-alimentation influence défavorablement la qualité du travail cérébral.

Préparation d'un sérum anti-virus grippal

(MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et CHEVÉ ; 1-4-1941)

Partant de la transmission possible au furet et à la souris du virus filtrant de la grippe, les auteurs ont poursuivi, chez le cheval et la génisse, des essais de préparation d'un sérum anti-virus grippal. Leurs études n'ont encore qu'un caractère purement expérimental.

Les chiens naturellement réfractaires à la rage ne transmettent pas l'immunité à leur descendance

(MM. REMLINGER et J. BAILLY ; 1-4-1941)

Les auteurs ont constaté, expérimentalement, que des chiens immunisés contre la rage ne transmettaient pas l'immunité à leur descendance. Une conclusion est à tirer de ces expériences : il faut abandonner l'idée d'obtenir, par accouplement de chiens réfractaires à la rage, des familles d'animaux également réfractaires à la maladie.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'anesthésie générale au cyclopropane en chirurgie gastrique

(MM. Paul BANZET et M.-B. SANDERS ; 29-1-1941)

MM. Banzet et Sanders reconnaissent à l'anesthésie au cyclopropane en chirurgie gastrique les avantages suivants : agrément pour le malade ; silence abdominal très utile au chirurgien ; absence de modifications de la tension artérielle ; absence de retentissement sur le foie et les reins. Inconvénients : tendance au saignement de l'incision de la peau ; agitation au réveil (inconstante) ; possibilité d'explosion ; nécessité de l'assistance d'un aide entraîné à l'emploi des appareils permettant l'administration de cet anesthésique.

— M. DESMAREST, sans nier les avantages du cyclopropane, ne croit pas cet anesthésique aussi bénin que le laisserait supposer la communication de M. Banzet. Pour sa part, il y a renoncé en chirurgie gastrique où il utilise les lavements de rectanol.

— M. BASSET signale les accidents d'explosion observés avec ce gaz en Amérique. A la Société d'anesthésie, M. Thalheimer en a cité plusieurs cas. Dans l'un d'eux, mortel, l'explosion se propagea jusque dans les bronches du malade anesthésié.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA RETRAITE DU MÉDECIN

RÉPARTITION OU CAPITALISATION ?

par M. Louis COLLOMB

Membre de l'Institut des Actuaires français

La question des régimes collectifs de retraite est plus que jamais à l'ordre du jour. La retraite du médecin a fait l'objet avant la guerre d'études très poussées qui ont abouti au projet de loi Pomaret tendant à doter le Corps médical français d'un régime de retraite et de prévoyance qui répondrait aux possibilités et aux besoins propres à la profession médicale.

Dans ce projet, dont la guerre a empêché la réalisation, comme dans quelques autres plus récents, nous voyons apparaître un principe que l'on est tenté de qualifier de nouveau tant il a été peu appliqué dans le passé en matière de retraite : la répartition.

L'idée de répartition est, en réalité, aussi ancienne que l'idée d'assurance ou celle de solidarité. C'est dire qu'elle date de plusieurs siècles. Plus tard, la capitalisation prit naissance : plus perfectionnée, elle ajoutait aux effets de la répartition ceux de l'épargne. Elle s'imposa rapidement dans de nombreuses branches d'assurances et notamment pour la constitution des retraites.

La résurrection de la répartition en matière de retraites est si récente, au moins en France, que le public, s'il connaît parfois son principe, ignore le plus souvent les caractéristiques essentielles qui en découlent.

Il nous a semblé opportun de rappeler brièvement ici quelques-unes de ces caractéristiques en les rapprochant de celles de la capitalisation.

Le lecteur ne trouvera pas dans les lignes qui vont suivre un exposé technique détaillé qui déborderait le cadre de ce journal. Nous avons négligé notamment nombre de points touchant aux modalités d'application de ces deux formules de constitution de retraites et nous sommes bornés à des notions tout à fait générales, indispensables, mais suffisantes pour permettre aux médecins que ces questions intéressent d'en juger sainement.

***

RÉPARTITION

La répartition, — son nom suffit à la définir — consiste à répartir, chaque année, le montant des cotisations versées par les médecins en exercice, entre tous les médecins à la retraite.

Les cotisations reçues par la Caisse de Retraite servent donc, dans le même exercice, au paiement des rentes dues.

Aucune notion technique n'intervient dans le principe originel de la répartition, une multiplication et une division suffisent.

Si une certaine année 10.000 médecins versent chacun 3.000 francs de cotisation, la recette de la Caisse sera de :

10.000 × 3.000 soit 30 millions.

Si la même année 2.500 médecins de 65 ans ou plus ont droit à la retraite, chacun d'eux recevra :

30 millions : 2.500 soit 12.000 francs.

Les propriétés essentielles de ce système sont les suivantes :

— La répartition permet, c'est là sa caractéristique principale, de servir la retraite pleine dès le premier jour de son fonctionnement à tous les médecins qui ont dépassé l'âge de la retraite, sans qu'il soit nécessaire, en théorie, de leur demander aucune cotisation.

— Le rendement de la répartition dépend, en principe, uniquement du rapport existant chaque année entre le nombre des rentiers et celui des cotisants, c'est-à-dire, en termes plus généraux, de la composition du groupe envisagé.

Le rapport du nombre des retraités au nombre des cotisants ne peut être constant. Donc, si l'on fixe le montant des cotisations, la rente devra varier et réciproquement.

Si le groupe est stable, c'est-à-dire si ses variations de composition n'ont qu'une faible amplitude, si elles sont de sens contraires et se compensent au cours des années, il sera facile, en constituant une réserve suffisante, d'amortir ces oscillations et de rendre constants les deux éléments : rente et cotisation.

Si les variations du groupe sont importantes ou si elles sont toujours de même sens ; défavorables par exemple — c'est le cas qui importe — la rente doit diminuer ou la cotisation augmenter. La réserve de sécurité ne peut que retarder le fait mais non l'empêcher.

En effet, une diminution du nombre des cotisants rompra l'équilibre de la Caisse en diminuant d'abord les recettes sans diminuer les dé-

penses, et ce, pour de longues années. Ce ne sera qu'au bout de 35 ans environ que la diminution correspondante des rentiers produira ses pleins effets, si aucun fait nouveau n'est survenu.

Ceci suppose bien entendu un système financièrement autonome, c'est-à-dire qui n'attend aucune recette de source étrangère, hypothèse qui est à la base du projet de retraite des médecins.

— La répartition ne comporte pratiquement pas d'accumulation de fonds, donc aucune recette d'intérêts pour la Caisse.

— Les pensions versées sont, en principe, proportionnelles aux cotisations des médecins encore en fonctions. Si donc, comme il se doit, ces cotisations sont réajustées chaque fois que cela est nécessaire de façon à suivre les fluctuations des honoraires médicaux, il est clair que les pensions servies ne subiront pas de dépréciation de leur pouvoir d'achat, pas plus, en tout cas, que les honoraires médicaux eux-mêmes.

— La créance dont, en contre partie de ses versements, le médecin cotisant dispose vis-à-vis de la Caisse, est toute morale et n'est assurée par aucun gage. En effet, les sommes reçues à titre de cotisations sont aussitôt dépensées sous forme de rentes et la Caisse de Retraites n'a pratiquement pas d'actif.

Le médecin cotisant exécute les clauses d'une convention de solidarité professionnelle aux termes de laquelle il paye aujourd'hui la retraite de ses confrères âgés, sachant que, plus tard, lorsqu'il aura atteint 65 ans, les médecins plus jeunes paieront à leur tour sa propre retraite.

— Pour que la répartition soit équitable, honnête, nous dirons même pour qu'elle puisse exister, il faut que tous les médecins passibles de la cotisation soient dans l'obligation absolue de la payer. La Caisse de retraite doit donc disposer d'une autorité et de moyens d'action solidement établis.

Cette condition est d'autant plus nécessaire que beaucoup de médecins seront attirés par la capitalisation dont le rendement, comme nous le verrons plus loin, est supérieur et qui peut être réalisée individuellement. Les cotisations prévues étant élevées, ils tenteront d'y échapper afin de pouvoir adhérer à un organisme de capitalisation.

Les défections se produiront surtout chez les médecins relativement jeunes. Si elles sont assez persistantes pour amener une diminution des rentes, leur rythme s'accélèrera rapidement pour aboutir à l'arrêt total du régime.

— Une dissolution de la Caisse de Retraite, un arrêt dans le paiement des cotisations, entraîneraient pour les médecins, retraités ou non, la perte de tous leurs droits ; aucune retraite proportionnelle pour les cotisants, interruption du service de la rente pour les retraités.

***

Capitalisation

Notre but étant de comparer la capitalisation et la répartition, nous supposerons dans tout ce qui va suivre que les cotisations sont toutes versées à capital aliéné, c'est-à-dire non remboursables en cas de décès.

Le mécanisme de la capitalisation est complexe. Réduit à ses grandes lignes, nous pouvons, pour les besoins de notre exposé, le présenter ainsi :

Les cotisations de chaque adhérent sont portées à un compte individuel ouvert à son nom.

Le montant de l'ensemble de ces comptes individuels est placé en valeurs et capitalisé à intérêts composés.

Au crédit du compte individuel de chaque adhérent, on porte chaque année, outre la cotisation qu'il a versée, les deux recettes suivantes:

a) Les intérêts produits par le montant du compte arrêté à la fin de l'année précédente ;

b) Une quote-part du montant des comptes des adhérents décédés dans l'année, montant qui, par principe, doit être réparti entre les survivants.

La retraite servie est d'autant plus élevée que le montant atteint par le compte individuel à 65 ans est plus important. Le taux de cette retraite, c'est-à-dire la rente servie pour 100 francs de compte individuel à 65 ans, est calculé en tenant compte du rythme des décès que l'on doit constater depuis 65 ans jusqu'à la limite de la vie humaine, et du taux d'intérêts.

Les propriétés qui découlent de cette méthode sont les suivantes :

— La Caisse-Capitalisation a deux sortes de ressources :

a) Les cotisations de ses membres ;

b) Les intérêts des fonds placés,

alors que la Caisse-Répartition ne dispose que de la première de ces ressources.

Il est donc évident que pour un même montant de cotisation, la Caisse-Capitalisation, disposant de ressources plus élevées, pourra, dans l'ensemble, servir des rentes supérieures à celles de la Caisse-Répartition, ou que, à rentes égales, les cotisations de capitalisation seront moins élevées.

Cette conclusion est absolue dans ce sens qu'elle reste vraie quelle que soit la nature, l'importance ou la composition du groupe envisagé, quelles que soient les conditions ou les modalités que l'on puisse adopter pour l'un ou l'autre des deux systèmes. Elle domine par ailleurs toute la question que nous étudions ici, car les chiffres sont, en l'occurence, encore plus catégoriques que la théorie ; comme nous le verrons plus loin, la différence de rendement des deux systèmes est considérable.

— Chaque adhérent dispose, vis-à-vis de la Caisse -Capitalisation, d'une créance représentée par le montant de son compte individuel, et gagée sur les valeurs figurant à l'actif de la Caisse. Si celle-ci cessait ses opérations, il ne perdrait rien et bénéficierait de la rente correspondant au montant de son compte.

Il lui serait alors possible de poursuivre l'œuvre de prévoyance interrompue, à des conditions analogues, en continuant à verser ses cotisations à un organisme de capitalisation quelconque.

— Les variations dans le rythme des entrées nouvelles, si importantes en répartition, sont sans influence sur les résultats de la capitalisation.

— Les fonds portés au compte d'un adhérent y demeurent et s'y capitalisent pendant de longues périodes au cours desquelles ils sont sujets à des moins values ou des dévaluations : la rente produite peut, de ce fait, subir une diminution de son pouvoir d'achat.

— La rente obtenue en capitalisation dépend du nombre et du montant des cotisations versées. Par suite, lors de la mise en vigueur du régime, les rentes qu'en attendent les adhérents sont d'autant plus élevées qu'ils sont alors plus jeunes. Les adhérents âgés n'obtiendront que des rentes faibles. Comme l'a dit ici même M. le Docteur Cibrie, « les chiffres sont inaccessibles aux sentiments ».

La Capitalisation pose donc le grave problème du « Régime transitoire », problème que la Répartition résout sans effort.

***

Précisons maintenant ces données par quelques chiffres.

Faute de renseignements précis sur la composition du Groupe de médecins de France, nous nous sommes basés sur un groupe hypothétique formé en tenant compte des quelques données que nous avons pu réunir sur ce point. Cette base, si elle ne nous autorise pas à calculer en valeur absolue les chiffres de rentes servies en pratique par chacun des deux systèmes, permet, et c'est là notre seul but, de comparer leur rendement. Afin de ne pas fausser cette comparaison, nous avons adopté dans nos calculs des hypothèses semblables pour les diverses conditions de fonctionnement de ces deux régimes, notamment en ce qui concerne la loi de mortalité.

En raison de la tendance à la baisse des taux de placements, nous avons basé notre capitalisation sur un intérêt de 4 %, inférieur aux taux pratiqués actuellement par la plupart des organismes de capitalisation.

Comme dans le Projet Pomaret, nous avons adopté 65 ans comme âge de mise à la retraite. Les retraites acquises ont été calculées soit pour une cotisation invariable de un franc versée jusqu'à 64 ans inclus, soit pour les cotisations prévues au Projet Pomaret (1). Dans ce dernier cas, la totalité de la cotisation a été supposée affectée soit à la Retraite-Capitalisation, soit à la Retraite Répartition.

Les rentes de capitalisation dépendent essentiellement de l'âge au premier versement. Nous nous sommes basés sur les deux âges de 27 et 33 ans qui nous ont semblé encadrer la plupart des cas possibles.

Nous avons ainsi obtenu les chiffres suivants :

	MONTANTS DE RENTES A 65 ANS	
	Pour une cotisation constante de Fr 1	Pour les cotisations du projet de loi Pomaret
Répartition	4,30	12.000
Capitalisation (âge 27 ans)	15 »	39.000
(âge 33 ans)	10,50	30.000
Capitalisation basée sur les tarifs actuels de la C.N.R.V. (C. R. 4,50 %) à titre d'indication :		
Age 27 ans	18,30	47.000
Age 33 ans	12 50	36.000

Les rentes de capitalisation sont donc de 2,5 à 3,5 fois plus importantes que les rentes de Répartition.

Disons qu'en moyenne et en régime normal la rente Capitalisation est le triple de la rente Répartition.

Le taux de capitalisation est un élément capital dans cette comparaison. Pourtant, si nous adoptions le taux très bas de 3 %, les rentes de Capitalisation seraient encore de plus de deux fois supérieures, en moyenne, à celles de la Répartition.

(1) Extrait de l'Exposé des motifs du Projet de loi Pomaret :
« Il (le taux de cotisation) pourrait être le suivant :
« Médecins âgés de moins de 35 ans (avec exonération de la première année d'installation) .... 2.000 fr. par an »
« Médecins âgés de plus de 35 ans.......... 3.000 fr. par an »
« Médecins âgés de 60 à 65 ans. 2.500 fr. par an »

Il ne s'agit là, encore une fois, que d'ordres de grandeur, mais nous avons toutes raisons de croire que les résultats obtenus, lorsqu'il aura été possible d'effectuer une étude basée sur la composition réelle du groupe des médecins de France, ne modifieront passensiblement nos conclusions.

Comme nous l'avons exposé plus haut, cette différence considérable de rendement provient uniquement de la recette d'intérêts qui est le propre de la Capitalisation et qui n'existe pas dans la Répartition.

NOTA. — Nous n'avons pas basé notre comparaison sur les rentes de capitalisation données par le tarif actuel de la Caisse nationale des Retraites pour la Vieillesse (tarif C R 4 1/2 %) bien qu'il ait été utilisé pour les évaluations publiées dans l'exposé des motifs du profet de loi Pomaret. Ce tarif est, aujourd'hui, trop optimiste et ne peut être employé pour prévoir les résultats à venir d'une Caisse en formation.

(*A suivre*).

L'ORDRE NOUVEAU

Que pourront être, dans l'*Ordre nouveau*, les relations des praticiens avec les médecins des hôpitaux et avec leurs remplaçants, si l'on ne veut considérer que l'intérêt des malades et l'intérêt de la médecine, qui en est une des conditions.

Examinons d'abord ce qui s'est passé jusqu'à l'avènement de l'*Ordre nouveau*, ce qui se passe encore actuellement.

Les praticiens envoient aux hôpitaux les malades dont le défaut de pécune s'accuse dans leurs marsupies. Ils les y envoient dans deux cas assez différents : ou bien pour les y soigner jusqu'à guérison parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers de se soigner à leur domicile, ou parce qu'ils n'ont pas les moyens de financer les examens de laboratoire nécessaires à l'établissement du diagnostic, donc du traitement.

Dans le premier cas, on les revoit après guérison ou on ne les revoit pas. Quand on les revoit, on ignore généralement si votre diagnostic a été confirmé ou infirmé à l'hôpital, quelles complications ont pu se produire, quel traitement a été suivi. De rares hôpitaux, — mais il y en a — expédient au médecin traitant une fiche indiquant le diagnostic fait à l'hôpital et *grosso modo* la marche de la maladie et le traitement. On conçoit facilement tout le bien que le malade peut en retirer.

Dans le second cas — malade envoyé à la radio, ou pour un examen de laboratoire, ou pour un examen électrique, etc..., — le malade vous revient ou ne vous revient pas. S'il vous revient c'est souvent avec des données incomplètes et qu'il a égarées. La visite à l'hôpital a donc été « un mouvement pour rien ».

Une observation sur le sujet.

Depuis cinq ou six ans, je soignais, pour une bronchite chronique, un chauffeur de taxi frisant la soixantaine. Un hiver, il se plaignit, en sus, de douleurs à l'épigastre. Sa pituite du matin (c'était un ancien buveur d'habitude et, malgré mes exhortations, il ne refusait pas les apéros et les cafés arrosés offerts) semblait s'aggraver. Voulant écarter tout soupçon d'une lésion stomacale surajoutée, je l'adresse à l'hôpital Ambroise-Paré pour une radiographie de l'estomac. Je ne l'ai jamais revu. Mais, quelques jours après, sa femme rencontrée me dit : « Mon mari est furieux après vous. Il a été à l'hôpital où on lui a dit : « Vous n'avez rien à l'estomac. C'est vos poumons qu'il faut soigner ». Un confrère le prit en soins et il mourut rapidement.

A mon sens, l'hôpital a commis deux fautes : absence de réponse à une demande d'examen, faute vénielle assurément. Et une seconde faute, capitale celle-là : induire un malade en suspicion de son médecin traitant, ce qui n'est certes pas une chose considérable, mais aussi, et sûrtout, et par delà, en suspicion des médecins en général et de la médecine elle-même.

Les praticiens connaissent, par expérience, l'énorme valeur thérapeutique de « la confiance », confiance dans le médecin, confiance dans les médications. Cette notion devrait être enseignée dans les hôpitaux.

Les mêmes intérêts de la médecine et des médecins) gagneraient aussi à ce que des *rapports directs* fussent établis entre les praticiens et les chefs des services hospitaliers.

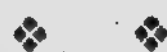
Il arrive journellement que des indigents ou des économiquement faibles je veux dire des malades qui n'ont pas le moyen d'honorer un professeur ou un spécialiste) bénéficieraient d'un examen spécial — diagnostic mal assuré, cas rare, etc... Encore faut-il que le « patron » daigne répondre au praticien qui l'a interrogé.

Rien ne me semble s'opposer à ce que tous les praticiens français en usent avec les médecins consultants comme certains médecins, attachés à certaines compagnies, en usent avec les consultants agréés par ces compagnies. De simples fiches in-16 portent au recto le nom du malade, son âge, son observation résumée et *in fine* la question à laquelle le praticien demande que l'on réponde. Le consultant rédige cette réponse en quelques mots, l'inscrit au verso et la fait transmettre à son confrère.

Chacun y gagnerait et les malades seraient mieux soignés.

Dr A. MIGNON (Viroflay).

ACCIDENTS DU TRAVAIL



LA COMMISSION D'ARBITRAGE ET LES PANSEMENTS SYSTÉMATIQUEMENT QUOTIDIENS

Par le Docteur Fernand DECOURT

Il est des questions qu'il ne faut pas hésiter à aborder de front, si « gênantes » qu'elles puissent paraître au premier abord. Ayant l'honneur d'être le Président-médecin, depuis sa création en 1929, de la Commission d'arbitrage entre assureurs et médecins en matière d'accidents du travail, je crois donc devoir m'entretenir — en toute franchise avec nos amis du *Concours* — de cette question, épineuse entre toutes pour des arbitres impartiaux, de la fréquence plus ou moins grande des pansements et, en particulier, à propos de certains confrères (peu nombreux sans doute mais existant pourtant) qui, *systématiquement*, quand il s'agit d'accidentés du travail, font des pansements *quotidiens*.

Disons-le ici nettement, cette question « d'abus de pansements » est celle qui se rencontre le plus souvent parmi les litiges entre médecins et assureurs. Or, il y a là, pour les arbitres, une affaire de conscience qui se présente avec acuité : Y a-t-il en tel cas abus ou non de pansements ? Evidemment, la première chose à faire est de demander au médecin des explications *techniques* sur la ou les blessures, afin de compléter le certificat d'origine presque toujours insuffisant en l'espèce puisque, remontant au début de l'accident, il ne peut justifier, à l'avance, la nécessité d'un pansement renouvelé chaque jour.

Malheureusement, il arrive trop souvent que le confrère interrogé ne cherche nullement à justifier ses pansements quotidiens et, quand il ne s'emballe pas en des propos acides, se contente de dire qu'il a soigné son blessé à sa manière et que personne n'a rien à y voir... Erreur, confrère ! Lorsqu'il y a un tiers-payant, celui-ci a bien le droit pourtant de savoir ce qui se passe. Ce droit lui est d'ailleurs reconnu par la loi elle-même sur les accidents du travail qui déclare (en son art. 5, alinéa 6) que le patron ou son assureur substitué « pourra désigner au juge de paix un ou plusieurs médecins chargés de *le renseigner*... » Et, dans ce but, « le juge de paix donnera au dit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime... » Donc, le tiers-payant a le droit de se renseigner au cours du traitement. S'il ne l'a pas fait — à tort sans doute, mais alors il avait fait confiance au médecin traitant — il apparaît, *a fortiori*, que les arbitres ont un droit égal de « se renseigner » auprès du médecin traitant, en cas de litige à régler entre celui-ci et le tiers-payant sur ce qui s'est passé au cours du traitement.

D'autant plus qu'il est des cas où « l'abus » de pansements est plutôt indéniable. Des pansements quotidiens sont explicables les premiers jours mais non pas (sauf cas assez rares) durant des semaines et des semaines... Qu'il me soit permis de prendre deux exemples récents tirés de notre dernière séance de la Commission d'arbitrage, le 3 mai 1941.

Le premier concernait un cas plutôt léger : il s'agissait d'une plaie de l'auriculaire qui avait entraîné une incapacité de 19 *jours* pendant lesquels le médecin traitant demandait sur sa note le paiement de 18 *pansements*. La Compagnie d'assurance s'étonnait, dans une lettre adressée au médecin de tant de pansements (note de 382 francs) et, sur l'avis de son conseiller médical, offrait de payer 239 francs. Comme « explication technique », le confrère se borna à répondre : « C'est là une plaisanterie que je trouve déplacée... »

Le deuxième exemple concernait un accident relativement sérieux : amputation traumatique de l'auriculaire et section des fléchisseurs de l'annulaire au niveau du pli digitopalmaire. Des pansements quotidiens s'expliquaient fort bien, au début, surtout avec ces « explications techniques » : « la suture des fléchisseurs n'a pas tenu, la plaie a suppuré et il a fallu amputer cet annulaire au bout de quelque temps ». Parfait !... Mais, tout de même, la note d'honoraires présentait 84 *pansements en* 83 *jours*. Si le blessé avait, chaque fois, tiré de sa poche le prix de la consultation, aurait-il fait ce geste 84 fois en 83 jours ? Je laisse à tout praticien le soin de répondre.

Il est hors de doute, à mes yeux, que ce sont là des suites de la médecine avec tiers-payant. Il ne faut pas demander aux gens d'être des anges, surtout en ces temps de vie difficile. C'est pourquoi nous avons toujours préconisé —

quand faire se peut — le *paiement direct* du médecin par le malade. Et comme cela ne se peut toujours, ainsi qu'en matière d'accident du travail principalement, il y a au moins trente ans que j'ai demandé que soit publié partout un aphorisme de ce genre, qui, trop souvent pourrait servir *d'attendu*, en cas de jugement :

« Les soins donnés à un malade ou à un blessé, en cas de tiers-payant, doivent être rigoureusement les mêmes — ni moins, ni plus — que si ce blessé payait lui-même les frais du traitement ».

***

La Commission d'arbitrage existe depuis le 25 mai 1929 ; elle fut instituée à la suite d'une convention entre la Confédération des syndicats médicaux et la réunion des Assureurs. Cette Convention en conséquence du « changement de Direction », si je puis dire, qui eut lieu cette année, fut renouvelée le 1er février 1941 entre la même réunion des Assureurs et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Elle est composée de cinq membres : deux délégués du Corps médical, deux délégués des Assureurs et d'un Président. Celui-ci est tantôt un Président-assureur, tantôt un Président-médecin. On forme deux lots des litiges à arbitrer et chaque Président siège durant la moitié d'une séance, dirigeant les débats concernant la moitié des litiges, laquelle lui fut donnée à examiner auparavant dans une première étude des dossiers qui lui furent transmis par les soins du secrétariat.

C'est la Commission de première instance, avec possibilité *d'appel* devant la Commission supérieure, mais à la condition que le jugement d'arbitrage n'ait pas été rendu *à l'unanimité*. Ceci pour éviter le maquis de la procédure pour les cas non-douteux... c'est-à-dire ceux où les délégués des assureurs et ceux des médecins se sont mis d'accord.

Or, depuis plus de douze années que fonctionne la Commission d'arbitrage et alors que bientôt un millier de litiges aura défilé devant elle, *pas une seule fois* l'unanimité n'a pu être obtenue et, par suite, la Commission supérieure n'a *jamais* eu à fonctionner. Il est vrai que si les délégués médicaux sont évidemment des médecins, il en est de même des délégués assureurs. Ainsi les débats sont localisés entre médecins et il est toujours facile de s'entendre quand, de part et d'autre, on agit avec la même objectivité devant les faits et en toute impartialité.

Notons enfin que ces deux Commissions d'arbitrage, créées tout d'abord par un accord amiable entre deux parties sont devenues, à la suite, quasi officielles, puisque, dans l'Arrêté ministériel du 5 mai 1939 qui régit actuellement la matière (c'est ce que nous appelons le tarif des accidents du travail) il est dit à l'art. 38 : « En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à l'application du présent tarif, les parties intéressées pourront les déférer aux Commissions d'arbitrage. »

Mais j'ai relaté toutes ces réflexions, en songeant aux « *pansements systématiquement quotidiens* » en matière d'accidents du travail. Je voudrais conclure.

Il me faut d'abord constater la jurisprudence de la Commission à ce sujet. Il est plutôt rare, sauf cas particuliers, que soient approuvés et acceptés les pansements quotidiens prolongés, surtout quand on peut se rendre compte que c'est là une « *habitude* » chez certains praticiens — et, en particulier dans certaines cliniques d'accidents du travail où le médecin signataire de la note d'honoraires n'a pris, trop souvent, qu'une part fort petite — et parfois nulle — aux soins qui ont été donnés au blessé.

Il ressort de ces constatations que je crois devoir recommander à nos confrères :

1° De ne faire de pansements quotidiens que lorsque ceux-ci sont techniquement nécessaires, sans se laisser aller à un « luxe » de pansements répétés non indiqués par la lésion même, et qui parfois retardent plutôt la cicatrisation.

2° Si, par contre, en toute conscience, des pansements répétés apparaissent nécessaires, ne pas hésiter à les pratiquer, évidemment, mais en prévenir le tiers-payant au cours du traitement ou, tout au moins, lors de l'envoi de la note d'honoraires, donner minutieusement toutes explications techniques justifiant une fréquence inusitée de pansements.

Dr Fernand DECOURT.

LIGUE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

Le « SOU MÉDICAL »

Rapport du Secrétariat général pour l'année 1940

Mes chers Confrères,

Secrétaire général adjoint, je n'avais eu l'occasion jusqu'ici que de vous exposer chaque année, dans quelques numéros spéciaux du *Concours médical,* certains points particuliers, qui intéressaient le fonctionnement de votre Association. Aujourd'hui, je dois vous faire un compte rendu, qui s'étend à toute l'année 1940, en raison de la disparition de notre très regretté Secrétaire général et ami.

C'est une très grande perte, que nous avons éprouvée en la personne si vivante, si active de Paul Boudin, enlevé à notre amitié après une longue et douloureuse maladie. Docteur en médecine et docteur en droit, il savait, en effet, de quelle manière efficace prendre en main la défense de ses confrères, et leur parler à la fois en médecin et en homme de loi. Durant trente années, il fut Secrétaire général du « Sou médical », et assista ses adhérents dans de très nombreux conflits ; toujours, il étudiait les causes avec un soin particulier et, grâce au bon sens, à la perspicacité remarquable, dont il était doué, il savait trouver l'argument propre à entraîner la conviction des parties. Mais, en dehors de tout litige, son expérience de la clientèle médicale lui permettait aussi de prodiguer les meilleurs conseils aux confrères, pour les aider à résoudre les difficultés de la pratique quotidienne. Toujours sur la brèche, ne redoutant aucune fatigue, il ne manquait pas non plus de s'intéresser aux problèmes généraux, que soulève l'exercice de la médecine : là encore, c'était un conseiller utile, respectueux de la tradition et de la probité professionnelles.

Paul Boudin a le premier compris l'intérêt d'une association des connaissances médicales et juridiques pour la défense de notre profession.

***

Pour le « Sou médical » l'année 1940 compte encore comme période de guerre, période effective au cours des premiers mois, période de redressement à partir de la fin du mois d'août 1940. Ces deux aspects différents de la situation expliquent les mouvements généraux, fournis par nos relevés de statistique.

Certains de nos adhérents avaient été mobilisés, et, par cela même, ils avaient cru devoir aussitôt s'écarter temporairement de nos rangs, si bien que le nombre de nos sociétaires n'était plus de 8.400, comme au 31 décembre 1938. Ils estimaient que, médecins aux armées, ils n'encouraient plus aucune responsabilité, celle de l'Etat s'étant substituée à la leur propre, d'où inutilité de payer une cotisation au « Sou médical ». C'était là une hypothèse, que beaucoup d'entr'eux n'ont pas tardé à reconnaître fausse : des erreurs professionnelles pourraient, en effet, leur être reprochées lors de soins donnés au cours d'une permission de détente, ou prodigués aux civils par les mobilisés sur place. Il en serait de même pour les confrères, qui, cédant aux sollicitations de malades n'appartenant pas à l'Armée, feraient quelque peu de clientèle, même absolument gratuite ; leur responsabilité personnelle ne manquerait pas d'être recherchée au cas d'accident d'anesthésie, de réduction incomplète des fractures, de luxation méconnue, de dermite radiologique, etc., etc... Par contre, l'Etat ne pourrait prendre la charge de la faute professionnelle, due à l'imprudence d'un de ses agents, qu'autant que cette faute supposée, ou réelle, aurait été commise dans l'exercice même de ses fonctions ; la responsabilité pécuniaire de l'Etat ne serait engagée qu'autant que les soins auraient été donnés dans une formation militaire et à un malade appartenant à l'armée. Les faits ont entièrement prouvé l'exactitude de ces données.

Aussi n'avons-nous pas manqué de voir beaucoup de confrères revenir sur leur décision première. Ensuite, depuis le mois de septembre en particulier, beaucoup de confrères démobilisés ont pu reprendre leur clientèle, et revenir tout naturellement au « Sou médical ». Il est à noter que, cependant, certains n'ont pu le faire en raison de leur état de captivité (près de 4.000 médecins étant encore prisonniers au début de 1941). Néanmoins, nous nous rapprochons de plus en plus de notre effectif ancien ; faut-il noter, par exemple, que depuis le 1er janvier 1941 nous avons reçu 225 adhésions nouvelles.

Quant à l'activité détaillée de notre Association, elle s'est un peu modifiée temporairement par suite des circonstances de guerre. C'est ainsi que, privés de communications directes avec nos adhérents de la zone non occupée, nous n'avons pas hésité à ouvrir un bureau à Vals-

les-Bains, où nos sociétaires peuvent adresser leurs demandes de renseignements, recevoir les conseils juridiques, dans les mêmes conditions qu'à Paris.

C'est à M. Paul Ribeyre, qu'incombe cette lourde tâche, et c'est grâce à sa compétence, à son esprit méthodique et aussi à sa puissance de travail, qu'il nous est possible de donner toutes satisfactions à nos confrères ; nous sommes heureux de lui adresser officiellement nos plus vifs remerciements.

D'une manière générale, les litiges d'honoraires, de quelque nature qu'ils soient, les questions d'exercice illégal, et beaucoup d'autres chapitres habituels ont été très largement dépassés, tout d'abord par les demandes en réduction de patentes en raison de mobilisation, puis, par les questions de loyers pour la même cause. Enfin, nous avons assuré avec succès la défense des confrères, qui à leur retour avaient été démis de fonctions administratives d'une manière illégale.

La reconnaissance de nos adhérents pour services rendus a continué à se manifester, notamment par des dons en espèce pour la somme de 3.060 francs.

Vous pourrez vous rendre compte de l'état très satisfaisant de notre budget et de nos ressources, en lisant le rapport de notre Trésorier.

En résumé, la situation du « Sou médical » est entièrement satisfaisante, malgré les difficultés du moment ; son recrutement est toujours en progression.

Dr G. FISCHER.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier

I. — Bilan

Actif :

Disponibilités :		
Société générale Paris A. I.	184.972,09	
Chèques postaux	214.187,46	
Sté Fse. de Reports et Dépôts	207.822,73	
		606.982,28
Divers :		
Coupons à recevoir	127.919,79	
Gérance	9.396,35	
Matériel à amortir	10.392,81	
		147.708,95
Portefeuille		11.863,745,67
Immeuble		1.147.500,40
Sou Médical		16.686,10
		13.782.623,40

Passif :

Sections maladie-accidents		2.583.587,15
Section retraites		6.892.753,40
Section pensions aux veuves		421.383,43
Caisse auxiliaire		63.115,28
Indemnités en attente		23.011,85
Cotisations 1941		101.414,
Divers :		
Réserve de garantie	1.391.827,97	
Réserve générale	2.198.597,42	
Retraites nouvelles	91.689,20	
Droits de garde Sté générale	15.000,	
Dr. Lancret Ardres Excédent	243.70	
		3.697.358,29
		13.782.623,40

II. — Comptes d'assurances (1)

Section maladie-accidents :

Cette section avait à son actif au 31 décembre 1939		2.370.489,48
Cotisations encaissées	230.470,20	
Part de revenu	109.563,72	
	340.033,92	
A déduire :		
Indemnités versées	126.936,25	
		213.097,67
Solde créditeur au 31 décembre 1940		2.583.587,15

Section retraites :

Actif au 31 décembre 1939		6.551.125,20
Cotisations encaissées	286.729,85	
Part de revenu	292.305,15	
	579.035,	
A déduire :		
Retraites versées	237.406,80	
		341.628,20
Solde créditeur au 31 décembre 1940		6.892.753,40

(1) Voir en terminant le résumé du compte d'assurances.

Section pensions aux veuves :

Actif au 31 décembre 1939		384.733,28
Cotisations encaissées	26.280,40	
Part de revenu	17.869,75	
	44.150,15	
A déduire :		
Pensions versées	7.500,	
		36.650,15
Solde créditeur au 31 décembre 1940		421.383,43

III. — Réserve générale

La réserve générale au 31 décembre 1939 s'élevait à	2.137.809,31
Par suite de la hausse des cours, la plus value du portefeuille au 31 décembre 1940, s'élève à 599.177 francs 03. Il y a donc lieu de contrepasser la provision pour moins value de 230.335 fr. 06 et d'en créditer la réserve générale	230.335,06
Transfert du solde de la gestion	70.688,61
	2.438.832,98
D'autre part il y a lieu d'en déduire :	
Part des frais pour achat de l'immeuble	240.235,56
La réserve générale ressort donc à	2.198.597,42

IV. — Réserve de garantie

Elle était au 31 décembre 1939 de	1.332.803,87
Il y a lieu de la créditer de sa part de revenu, soit de	59.024,10
Elle passe ainsi à	1.391.827,97

V. — Caisse auxiliaire

Solde créditeur au 31 décembre 1939		65.206,80
Recettes :		
Dons et amendes	233,73	
Part de revenus	2.674,75	
		2.908,48
		68.115,28
Dépenses		5.000,
Excédent		63.115,28

VI. — Compte de gestion

1° Recettes :	
Cotisations de gestion	53.659,35
Droits d'entrée	800,
Intérêts de la réserve générale	77.717,30
	132.176,65
2° Dépenses :	
Traitements et indemnités	44.026,15
Fournitures, imprimés, matériel	1.661,29
Frais de banque	3.882,70
Propagande	1.584,85
Frais de recouvrements, d'avis et rappels	3.318,75
Déménagement et séjour à Vals	7.014,30
	61.488,04

En résumé :

Recettes	132.176,65
Dépenses	61.488,04
Excédent	70.688,61

Ce solde a été porté au crédit de la Réserve générale.

VII. — Distribution des revenus

Mobiliers	531.911,57	Section Maladie-accidents	109.563,72
Immobiliers	27.243,20	Section Retraites	292.305,15
		Section Pensions veuves	17.869,75
		Caisse auxiliaire	2.674,75
		Réserve de garantie	59.024,10
		Réserve générale	77.717,30
	559.154,77		559.154,77

VII. — Résumé du compte d'assurances

Recettes :

Résumé :	Cotisations	Revenu	Total
Combinaison maladie-accidents	230.470,20	109.563,72	340.033,92
Combinaison retraites	286.729,85	292.305,15	579.035,
Combinaison pensions	26.280,40	17.869,75	44.150,15
	543.480,45	419.738,62	963.219,07

Dépenses :

Combinaison maladie-accidents	126.936,25
Combinaison retraites	237.406,80
Combinaison pensions	7.500,
	371.843,05

Le Trésorier : Dr G. FISCHER.

ESSAIS PSYCHOLOGIQUES

LE CAPITAL HUMAIN

Par le Docteur Marcel VIARD

La valeur d'un homme n'est pas seulement révélée par sa force musculaire et par ses aptitudes professionnelles, mais aussi, et surtout, par sa force morale. Les premières relèvent de l'éducation donnée par autrui, la dernière de l'éducation qu'on se donne à soi-même.

La force morale ne peut s'évaluer qu'approximativement, mais elle se reconnaît à coup sûr, grâce à certains procédés psychologiques que nos devanciers ont découverts empiriquement au cours de leurs recherches, grâce aussi à une technique que nous avons exposée, ici même, l'année dernière, et sur laquelle nous aurons à revenir pour en préciser les applications.

Un individu doué d'une grande force morale se reconnaît à son calme souverain (1), à ses gestes mesurés, à son langage ferme, énergique, qui exprime, avec l'accent de la sincérité, des idées claires et des sentiments profonds. En dehors de toute action, son habitude de la détente donne de lui une impression de force au repos. Dans l'action, cette force se dégage, puissante, irrésistible, guidée par un jugement sûr et par des sentiments élevés. C'est une vie intérieure intense, d'une rare qualité, qui s'extériorise et s'irradie vers d'autres cerveaux et d'autres cœurs pour devenir féconde.

De telles personnalités attirent à coup sûr tous ceux qui aiment la beauté morale pour peu qu'ils sachent abandonner quelques préférences d'ordre secondaire quand il s'agit du bien général.

On peut objecter que ces gestes et attitudes peuvent être simulés, qu'un être humain peut toujours paraître ce qu'il n'est pas en réalité. Oui, et c'est pourquoi ces marques extérieures ne sont à nos yeux que des signes de présomption si des actes antérieurs ne viennent pas les confirmer, Enfin, la psychologie clinique objective viendra, en dernier ressort, nous apporter les preuves dont nous avons besoin, surtout s'il s'agit de sujets jeunes qui n'ont pas encore eu le temps de manifester leurs talents, leurs compétences, leur désir de servir.

Quelles sont donc les conditions psycho-physiologiques nécessaires pour que cette force morale, si nécessaire à l'heure actuelle, puisse se développer à coup sûr ?

La question des immunités morales.

Il existe une alimentation spirituelle comme il existe une alimentation corporelle. Lorsque nous mangeons des mets trop faisandés ou infectés, notre organisme s'intoxique ou s'infecte...

Notre être moral est calqué sur notre être physique à tel point qu'il éprouve des inconvénients analogues lorsque sa nourriture, c'est-à-dire ses pensées et ses sentiments sont de mauvaise qualité. Il s'intoxique ou s'infecte. Il s'ensuit des réactions, des malaises, et même des maladies morales dont la gravité dépend de la virulence des états d'âme et des prédispositions du sujet (terrain, hérédité, éducation). Et ces états d'âme seront d'autant plus dangereux pour le sujet que ses immunités morales seront faibles. Tout comme l'intoxication physique fait d'autant plus de dégâts que la résistance organique est diminuée ou, si l'on veut, que les immunités naturelles sont moins puissantes.

Et si ces immunités naturelles physiques peuvent être renforcées et développées grâce à une alimentation saine, à un exercice physique quotidien au grand air, à une hydrothérapie bien comprise, les immunités morales peuvent être entretenues et développées grâce à des pensées et à des sentiments de bonne qualité, journellement renouvelés, de maîtrise de soi, de réussite, de calme, de bonté, de sacrifice, etc., et par des actions quotidiennes dans le même sens ; par la sublimation de toute émotion et de tout désir capable d'apporter le trouble.

Ne jamais oublier que le mal fait du mal et que le bien fait du bien, *à ceux là même qui les utilisent.*

Certes, la technique qui permet d'arriver, dans tous les cas, à un résultat heureux, ne peut être exposée, même brièvement, dans ces colonnes, car elle varie avec chaque individu. En effet, chacun de nous a un tempérament différent, une constitution différente, des antécédents différents, des habitudes différentes, un entourage qui varie aussi et qui, par son attitude, ses réactions, favorise tel ou tel comportement, bon ou mauvais.

***

Le capital humain, avec son rendement maximum, est plus que jamais à l'ordre du jour. Il faut savoir l'évaluer. Pour cela, il est indispensable de connaître les moyens d'apprécier la valeur de chaque unité et de donner à celle-ci la place exacte qui lui convient. *Ces moyens sont actuellement connus.*

Chose curieuse, les éducateurs sont les derniers à s'en préoccuper, croupissant délibérément dans

(1) Le calme n'est pas l'immobilité absolue, l'inertie, l'inaction ; c'est l'harmonie dans les mouvements, dans les pensées et dans les sentiments.

une routine surannée. Nous donnerons prochainement l'explication psychologique de cet état d'esprit.

Si nous rencontrons une telle indifférence et quelquefois de l'hostilité à l'égard de quelques réformes hardies parmi ceux-là mêmes qui ont la mission de développer des intelligences et de tremper des cœurs, c'est qu'ils sont, en fait, des ignorants de leur véritable métier, et ils apportent une preuve de plus qu'il ne suffit pas d'un parchemin pour être un bon éducateur, mais qu'il faut en avoir le *tempérament* et les aptitudes !

C'est assez dire aussi qu'il ne suffira pas de quelques articles pour changer la mentalité de nos contemporains qui, actuellement, souffrent et meurent de s'être moqués de certains procédés d'investigation de l'âme humaine et d'une discipline personnelle librement consentie, ou pour avoir cru qu'il suffit de combattre ceux qui ne partagent pas leur petite marotte pour que tout aille bien.

L'action est nécessaire ; une action réfléchie, puissante, constructive (et non destructive), inlassablement prolongée.

De grands exemples d'intelligence et de force morale sont actuellement sous nos yeux. Sachons les voir et les imiter, sans parti pris.

Le capital humain d'une Nation, pour que celle-ci soit forte et respectée, doit se révéler dans un dynamisme dirigé et dont tous éléments minutieusement préparés collaboreront à l'œuvre commune avec enthousiasme. Rien de grand ne se fait sans enthousiasme.

Tous les êtres humains, soigneusement sélectionnés par tendances, par affinités, seront dirigés par des chefs *judicieusement choisis* pour coordonner leurs efforts.

Ainsi, après avoir décelé *toutes* les bonnes volontés, les avoir groupées, s'être assuré de leur total dévouement, il faut les entretenir en les soutenant et en leur fournissant des occasions d'être utiles et d'être heureux.

Le salut viendra à la fois d'en haut et d'en bas. Des éléments excellents, mais éparpillés et livrés à eux-mêmes, sont voués à l'impuissance. Un chef doué d'un grand bon sens, calme et énergique, doit les rassembler, *tous*, sans exception.

Des millions de braves français sont impatients de devenir meilleurs.

Il faut aller les chercher, les grouper. Comment ? Nous donnerons notre avis à ce sujet dans notre prochain article.

Nous assistons à des tâtonnements pénibles et qui nous paraîtraient incompréhensibles si nous ne savions que, dans le bouleversement actuel, rien ne doit s'accomplir avec précipitation. Il faut le temps de se ressaisir, puis d'agir.

Trop de perturbateurs haineux entravent encore l'action féconde. Ils constituent le plus dangereux virus social des temps présents.

Et puisque « l'Union fait la force » groupons-nous tous sur un terrain d'entente !

Bibliographie

La puériculture éternelle (1)

Ce n'est pas d'aujourd'hui, même pas d'hier, que les médecins se sont souciés de veiller sur l'enfance et de lui ménager de bonnes conditions de développement.

Même l'eugénique, cette science dont le nom abscons fait disparate avec la simplesse élémentaire de son but, n'était pas ignorée de nos ancêtres. A telle enseigne qu'en 1584, Scévole de Sainte-Marthe, maire de Loudun, rédigeait une *Pœdotrophie* où il conseillait aux femmes enceintes de « n'être point trop serrées dans leurs habits, de fuir toutes les danses et de faire un bon choix des aliments ». En fait d'hygiène de la grossesse, les modernes ont-ils inventé quelque chose de mieux ?

Nous adjurons les mères d'allaiter leurs enfants. Les Egyptiens, Lycurgue, Aulu-Gelle et Ambroise Paré en avaient dit autant.

Et le Maréchal de Vieilleville n'était-il pas un clinicien avisé qui avait noté « C'est en ostant de dessus le berceau de l'enfant des ciels, toiles et dais dedans lesquels il était comme étouffé, en lui rendant le jour et le soleil à souhait et à toutes heures, avec une nourrice de l'âge de vingt et deux ans, et fort saine que l'on cognust en moins de huit jours l'amendement ».

L'enfant ainsi..... amendé devint notre bon roi Henri, franc buveur, hardi soudard et vert galant.

Nous prônons la pratique des sports et avons été en singeant les anciens, jusqu'à ressusciter les jeux olympiques. Or, non seulement les anciens connaissaient les bienfaits du sport, mais ils savaient aussi les méfaits de l'abus. Aristote, Hippocrate, Galien traçaient les limites du sain exercice et de l'excès.

Oui ! les modernes ont appris à dépister les tares héréditaires ou acquises et ont inventé la prophylaxie. Ont-ils, en cela, fait grand chose ? Peut-être moins qu'ils ne l'imaginent, car reste, l'ayant fait vivre, de faire de l'enfant un homme.

G. L.

---

(1) Docteur G. BARRAUD. — Préface de M. le Professeur Marfan. Vigot, éditeur, Paris.

Variétés médico-historiques

L'INFIRMITÉ ET LES MALADIES DE TALLEYRAND AU COURS DE SON ENFANCE

Dans le remarquable ouvrage que M. Lacour-Gayet consacre à Talleyrand, prince de Bénévent ouvrage très documenté, nous trouvons des renseignements intéressants sur la santé du futur évêque d'Autun au cours de son enfance.

Charles-Maurice de Talleyrand-Périgord naquit à Paris, 4, rue Garancière, le 2 février 1754. Il était le second fils de jeunes parents (sa mère avait 24 ans lors de sa naissance et son père 19 ans). Son frère aîné mourut à l'âge de cinq ans. L'année de sa naissance, il faillit mourir de dysenterie (1). Cette dysenterie était vraisemblablement la gastro-entérite des nourrissons. Son état de santé détermina ses parents à le mettre en pension chez une femme qui habitait un faubourg de Paris. A quatre ans, il y était encore. « Un jour, cette femme le laissa tomber de dessus une commode ; il se démit le pied droit. Quand on s'en aperçut l'accident était sans remède : il était boiteux pour le reste de ses jours » (2). Suivant le langage des chirurgiens, ce pied-bot, dévié en dedans, était du type varus accidentel. Puisque ce n'était pas une infirmité de naissance, il n'y a pas à tenir compte des relations qu'on dit exister entre certaines lésions cérébrales et le pied-bot ; on avait prétendu en conclure que Talleyrand présentait des lacunes mentales.

Une longue canne fut dès lors nécessaire pour corriger la claudication du côté droit du corps : elle ressemblait à une béquille, dont Talleyrand prit l'habitude de tapoter sa mauvaise jambe quand il était assis. »

Cette canne est conservée avec des souvenirs de Talleyrand au Château de Valençay. On y voit aussi les chaussures noires du Prince de Bénévent. Le soulier du pied droit court, a la forme d'une botte arrondie. Il est garni d'une armature en fer, pourvue d'une tige remontant sur la face interne du mollet et fixée au-dessous du genou par une jarretière en cuir. Au Musée Carnavalet est exposé un autre soulier de Talleyrand, consistant en un brodequin sans talon à bout carré, muni d'un contrefort très épais (3).

Cette infirmité eut une influence considérable sur l'avenir de Talleyrand. Pour lui, ce fut la cause de la sorte d'antipathie ou tout au moins d'indifférence à son égard qu'il attribuait à ses parents. Devenu l'aîné du fait de la mort de son frère, il ne put se destiner à la carrière des armes, comme c'était la tradition dans les familles de vieille noblesse ; il dut se résigner à devenir un ecclésiastique, bien qu'il n'eût pour cet état aucune vocation.

Après un séjour de deux ans à Chalais chez sa bisaïeule paternelle, souffrant toujours de douleurs de jambe causées par sa claudication, il entra à l'âge de huit ans au Collège d'Harcourt pour faire ses humanités (1762). Ce fut là qu'il fut atteint de variole.

« Au bout de trois ans (1765), relate M. Lacour-Gayet, il fut atteint de la petite vérole. Sa famille le fit transporter aussitôt dans une chaise à porteurs, chez une garde-malade de la rue Saint-Jacques, Madame Leblond, qui était employée par le médecin du Collège, M. Lehoc. Après force transpirations, potions très actives et tout un « régime incendiaire », il guérit et eut la bonne fortune de n'être pas marqué de ces cicatrices ineffaçables qui devaient défigurer un Mirabeau, un Camille Desmoulins, un Robespierre, un Danton ».

Là se borne le passé pathologique de l'enfance de Talleyrand. Dans ses Mémoires, il témoigne quelque aigreur à ses parents de s'être désintéressés de lui pendant sa maladie et sa convalescence ; notons qu'il avait deux frères en bas âge et que les parents étaient en droit de craindre la contagion. Peut-être y a-t-il exagération de la part de Talleyrand qui ne pardonnait pas à ses parents de l'avoir fait entrer malgré lui au Séminaire.

A 15 ans (1769), le jeune Talleyrand quitte le collège d'Harcourt, ayant fini ses classes. Il fut un an à Reims chez un oncle coadjuteur de l'Archevêque, puis rentra au Séminaire de Saint-Sulpice. Ceux qui le connurent alors affirment qu'il était pâle et silencieux et boitait un peu. Il fut ordonné sous-diacre en l'Eglise de Saint-Nicolas-du-Chardonnet, à Paris, le 1er avril 1775, à 21 ans et 2 mois (1). Depuis sa variole, il n'avait été atteint d'aucune autre maladie.

J. Noir.

(1) J.-N. Moreau. — *Mes Souvenirs.*
(2) Talleyrand. — *Mémoires.*
(3) Cabanes. — *Chronique médicale*, 15 janvier 1895.

(1) Il entrait ainsi dans le clergé séculier ; il devait être ordonné prêtre le 18 décembre 1779, à Reims, dont son oncle était devenu archevêque.

Directeur-Gérant : G. Lavalée   Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine

(*Communiqué*)

Pour venir en aide aux très nombreux médecins qui n'ont plus la possibilité de circuler en voiture et leur faciliter le service des urgences, le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine vient d'organiser « un service médical de transports automobiles ».

Ce service, avant tout destiné aux médecins, sera dans la mesure des disponibilités, également à la disposition des malades susceptibles d'être transportés assis, soit pour se rendre dans une clinique ou rentrer chez eux, soit pour suivre chez un spécialiste un traitement pénible, comme un traitement radio ou radium-thérapique.

Son fonctionnement se fera dans les conditions suivantes :

Le centre d'appel de ces véhicules automobiles à gazogène est situé 8, rue de la Cavalerie, au siège de la S. L. O. T. A. : deux lignes spéciales téléphoniques vont être installées et réservées aux appels des seuls médecins.

A l'appel, une voiture se rend immédiatement au point indiqué, effectue le transport et le retour s'il y a lieu.

Aucune course ne peut être, pour le paiement, d'une durée inférieure à une heure. Son prix à acquitter immédiatement au conducteur est fixé comme suit :

1° Pour les médecins, la première heure, 50 francs ; par quart d'heure en sus, 15 francs ; tout quart d'heure commencé est dû.

2° Pour les malades, la première heure, 70 francs ; par fraction de demi-heure en sus, 40 francs ; toute demi-heure commencée étant due.

Le contrôle sera assuré par les soins du Conseil de l'Ordre. A cet effet les médecins qui désirent pouvoir faire appel à ces services sont priés de demander à la S. L. O. T. A. un carnet à souches qui sera personnel et numéroté. Le chauffeur de la voiture utilisée par le médecin ou le malade réclamera une feuille de ce carnet.

Remplie et signée par le médecin, elle constituera un certificat de contrôle. Tous les soirs les feuilles ainsi détachées seront adressées pour vérification au Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine qui sanctionnera tout abus.

Ce service fonctionnera à titre d'essai à partir du 19 mai 1941 et de huit heures du matin à vingt heures le soir. Toutes les voitures doivent être rentrées à cette heure limite.

Il s'agit là d'une organisation qui n'a été envisagée que dans l'unique souci de satisfaire les demandes les plus impérieuses inhérentes à l'exercice de la profession médicale. Si elle permet de fournir du travail à quelques conducteurs de voitures, les conditions qui ont été consenties par la Société exploitante ne lui permettront pas de faire de bénéfice.

Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine pense pouvoir augmenter l'importance de ce service, si son fonctionnement s'avère insuffisant, et instituer un service de nuit dès le mois prochain. Les conditions de fonctionnement de ce service de nuit seront portées ultérieurement à la connaissance des médecins.



Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Indre

A la réunion des présidents *des Conseils* départementaux de l'Ordre tenue le 27 avril, le Docteur Robert, président du Conseil de l'Indre, a soumis la motion suivante :

« La pratique de la dichotomie formellement interdite par le Code de déontologie, ne sera vraiment abolie des mœurs médicales que le jour où le chirurgien et le médecin traitant adresseront individuellement et *séparément* leurs notes d'honoraires à leurs clients.

Aucune entente opératoire, clandestine ou avouée ne peut en effet être admise entre l'opérateur et l'assistant.

Seule, cette indépendance totale peut éviter, non seulement toute tractation illicite, mais aussi toute apparence de collusion entre chirurgien et médecin. »

Le Docteur L. Robert, président et le Docteur J. Asselin, secrétaire du Conseil départemental de l'Ordre, ont publié un opuscule intitulé : *Conseils aux jeunes médecins* (1), résumé des obligations du praticien, où ils ont condensé tout ce que le jeune médecin doit savoir d'utile pour la pratique quotidienne : les conditions générales d'exercice de la médecine, le fisc, les accidents du travail, les assurances sociales, les certificats, les expertises, etc.

(1) Imprimerie H. Gaignault et fils, 23, rue Victor-Hugo, à Issoudun (Indre).



MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration du 13 Mai 1941

Présents : MM. O'Followell, Vimont et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint.

Excusés : MM. M. Mignon et Boelle.

La séance est ouverte à 16 heures.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance.

Après adoption de ce procès-verbal, le Conseil passe à l'ordre du jour.

Le Secrétaire général informe le Conseil que depuis la dernière séance il a été payé :

Indemnités maladies-accidents et pensions: 73.055 fr. 90 dont 42.671 fr. 45 payés par l'agence de Vals.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 7 janvier 1941, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes :

MM. Bourdeau (Vienne), Boyer (S.-et-M.), Goyau (Gironde), Husset (Yonne), Penot (Loiret), Lancon (Seine), Luneau (L.-Inf.), Durin (Oise),

Laffite (Vosges), Lepetitchaud (C.-du-N.), Rinckenbach (L.-Inf.), Thébault (Ille-et-Vil.).

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire les admissions suivantes :

MM. Dupond (Deux-Sèvres), Bellière (Aisne) Maréchal (Isère), Charpiot (Côte-d'Or), Dauby (Somme), Hy (Maine-et-Loire), Bayle (Oise), Pinoteau (Seine), Mmes Maréchal (Isère), Hy (Maine-et-Loire), Bayard (Seine).

Ces admissions seront définitives au 1er juillet 1941 si aucune protestation n'est parvenue à cette date au Conseil.

...Le Conseil fixe ensuite la date de la prochaine Assemblée générale de la Mutualité Familiale au 24 juin.

M. J. Mignon entretient le Conseil de certains pourparlers en cours avec le Centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. Une mise à l'étude est décidée afin de pouvoir soumettre au Centre de liaison des propositions fermes.

M. J. Mignon, trésorier adjoint, développe ensuite certaines propositions d'ordre financier et renseigne le Conseil sur le rapport locatif de l'immeuble de la rue Erlanger.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 17 h. 30.

Le secrétaire général : G. Lavalée.

Comité sanitaire de la Région parisienne

Séance du 13 *mars* 1941

M. Dally donne lecture d'une étude de la *Nomenclature internationale des causes de décès,* et fait ressortir l'importance capitale des études statistiques pour la connaissance de la mortalité et les progrès de la médecine préventive.

D'après la dernière révision internationale, les causes de décès sont réparties en dix-huit rubriques, comportant des divisions qui portent le nombre des causes de décès à 155 titres pour la nomenclature détaillée, 85 pour la nomenclature intermédiaire, et 43 pour la nomenclature abrégée. Dans chaque nomenclature, les mêmes dix-huit rubriques subsistent, mais elles comportent plus ou moins de subdivisions selon les nomenclatures.

M. Moine lit une étude sur *la statistique au service de la Santé publique.*

Il fait observer qu'une preuve de l'heureuse évolution de la Santé publique, depuis un siècle, nous est fournie par les statistiques démographiques, et ne peut l'être que par elles.

Elles démontrent que la mortalité a décru de 46 % depuis 1800 ; mais elles démontrent aussi un effondrement de la natalité qui dépasse l'augmentation de la vie humaine, et atteint dans les dernières années 58 % en France tout au moins.

Dans l'étude sur la natalité française que M. Moine a présentée en avril 1939, il l'a considérée non pas par rapport à tous les âges de la population, ce qui en donne une idée très imparfaite, mais par groupes d'âges, ce qui exprime beaucoup mieux la notion du taux de remplacement ; le chiffre des naissances

est rapproché, pour les années récentes, du chiffre de la population féminine en âge de procréation. Ainsi sont déterminées la fertilité et la fécondabilité des ménages. De plus, ces constatations ont été groupées par département.

La nuptialité a été traitée selon la même technique : on constate que la France n'est pas un pays de célibataires, mais un pays de ménages sans enfants ou avec un seul enfant.

Toutefois, en ce qui concerne notamment la mortalité, il faut que le statisticien ait à sa disposition des déclarations valables des causes de décès, ce qui ne peut être réalisé qu'avec le concours du Corps médical. Dans certains départements, les causes non spécifiées de mort atteignent la moitié du nombre total des décès ; dans l'ensemble cette catégorie dépasse 80 %. Comment dans ces conditions mener la lutte contre les fléaux sociaux tels que le cancer ou la tuberculose ?

La mortalité maternelle et la mortalité infantile ont décru d'une manière très satisfaisante ; cette dernière est passée de 220 pour 1.000 naissances vivantes en 1861-1862 à 65 en 1901, soit une diminution entre les extrêmes de 70,5 %.

Dans l'ensemble, l'espérance de la vie à la naissance qui était de 38 ans vers 1830, est de 60 ans de nos jours. Ce sont surtout les jeunes qui ont bénéficié de ce progrès.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Ordre des médecins

Arrêté du 18 *mai* 1941 *transférant les biens des Syndicats de médecins et des unions de Syndicats aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.*

Article unique. — Les biens de toute nature, actuellement sous séquestre, composant le patrimoine des syndicats départementaux de médecins dissous en exécution de la loi du 7 octobre 1940, ainsi que ceux des unions départementales de syndicats médicaux, sont transférés aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins dans le ressort desquels étaient fixés leurs sièges sociaux.

(*J. O.*, 20 mai 1941).

Exercice de l'art dentaire

Loi du 14 *janvier* 1941 *autorisant les dentistes non diplômés d'Alsace et de Lorraine à exercer sur tout le territoire français.*

Art. 1er. — L'article 1er (3e alinéa) de la loi du 18 août 1927 est modifié ainsi qu'il suit :

« Pourront également exercer sur tout le territoire français les dentistes non diplômés autorisés en vertu des dispositions de l'arrêté du 24 septembre 1919, à s'établir dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, et de la Moselle, qui justifieront avoir commencé leur apprentissage avant le 11 novembre 1918 et qui remplissent les conditions de nationalité exigées par la loi du 16 août 1940 ».

(*J. O.*, 20 mai 1941.)

Enseignement de la médecine

Sont nommés à la classe exceptionnelle : M. M. Lemierre et Baudouin, professeurs à la Faculté de Paris.

Laboratoires du secrétariat d'Etat

M. Polonovski, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé directeur du laboratoire de chimie médicale de l'institut d'hydrologie et de climatologie, à compter du 1er mars 1941, en remplacement de M. Desgrez.

Inspection de la santé

M. le Docteur Nordmant, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Saône-et-Loire, est placé dans la position prévue par la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940.

M. le Docteur Hyronimus, médecin inspecteur de la santé du Nord, est affecté, en la même qualité, dans le département des Ardennes.

Mlle le Docteur Harispe est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Nièvre.

M. le Docteur Cuvier, directeur du bureau d'hygiène d'Arcachon, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé des Landes.

M. le Docteur Wolff est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de la Meuse.

M. le Docteur Villet, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Garonne, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Creuse, en remplacement de M. le Docteur Vuillemin, non installé.

M. le Docteur Leblanc, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Isère, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Savoie, en remplacement de M. le Docteur Moncenix, non installé.

M. le Docteur Ruff est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Creuse.

M. le Docteur Bray, médecin inspecteur adjoint de la santé de Tarn-et-Garonne, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 16 mai 1941.

M. le Docteur Lemoyne, directeur du bureau de l'hygiène de Brest, est reclassé en qualité de médecin adjoint à la santé et placé dans la 1re classe de son grade.

M. le Docteur Violet, médecin inspecteur adjoint de la Drôme, est affecté, en la même qualité, dans le département du Rhône.

M. le Docteur Carpentier est nommé médecin inspecteur adjoint de la Haute-Saône et chargé de la circonscription de Belfort.

Mlle le Docteur Seris est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Orne.

SANATORIUMS PUBLICS

Mlle le Docteur Fournier, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est affectée au sanatorium de Franconville à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), à compter de la date de son entrée en fonctions.

M. le Docteur Martin (Christophe) est chargé, à titre provisoire, des fonctions de médecin chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Cayssiols (Aveyron), en remplacement de M. le Docteur Rougean, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 20 mai 1941).

L'arrêté du 30 mai 1941 affectant M. le Docteur Regis en qualité de médecin chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille est rapporté.

M. le Docteur Regis est maintenu, à titre provisoire, en qualité de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

M. le Docteur Carriat, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille, en remplacement de M. le Docteur Fasson, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Frey, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Cayssiols (Aveyron), est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, en remplacement de M. le Docteur Carriat, muté sur sa demande.

L'arrêté du 24 avril 1941 chargeant à titre temporaire, M. le Docteur Schouller, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), des fonctions de médecin directeur du sanatorium du Clureau (Haute-Vienne), est rapporté.

M. le Docteur Schouller est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne).

(*J. O.*, 22 mai 1941).



CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

2.653. — Délivrance artificielle pour fausse couche

Je soigne à l'heure actuelle une femme d'assuré social (assuré social de la marine).

Je l'ai vue le 25 avril 1941 à 7 h. 1/2 du matin, atteinte de céphalée, temp. 40°6, etc.. Enceinte de 4 mois 1/2, elle m'a fait un avortement à 18 heures, suivi d'une délivrance artificielle. Que dois-je porter sur la feuille ? Je la suis, la température persistant, son état général étant déficient.

Dr G.

Réponse

Vous avez à compter le matin une visite, donc marquez V— puis le soir, marquez P. C. 6 pour « Délivrance artificielle au cours des 4, 5 et 6e mois pour fausse couche ». (Voir la nomenclature nationale de pratique médicale courante), d'après l'arrêté du 19 mars 1940 paru au *Journal Officiel* du 24 mars 1940). Mais pour les P. C., au contraire des interventions marquées en K., il n'est dit nulle part que l'on ne doive pas compter les visites ou consultations consécutives pendant vingt jours.

Dr F. Decourt.

2.153. — Les accouchements à l'hôpital des assurées sociales assistées

L'Administration des Hospices paie à l'accoucheur ou à la sage-femme 100 francs pour les malades payantes ; 90 francs pour les assurées sociales indigentes.

Est-ce logique ? Dr C.

Réponse

Logique ou non, cela peut être, alors que le taux des honoraires pour un accouchement, en matière d'assurée assistée, à l'hôpital public dépend du Tarif de responsabilité de la Caisse, mais alors qu'il est ajouté (art. 19, alinéa 1 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par celui du 14 juin 1938) : « Ce tarif peut comprendre des prestations spéciales pour le cas d'hospitalisation » ; il s'en suit que ledit tarif comprenant forfaitairement « la totalité des frais exposés tant en ce qui concerne les frais d'hospitalisation que les frais médicaux et pharmaceutiques » (Circulaire ministérielle du 24 novembre 1938), les honoraires médicaux dépendent de l'accord établi entre l'hôpital et la Caisse intéressée...

Mais dans la même Circulaire, il est dit ensuite, à propos du tarif de réassurance : « Les Caisses ont le droit de fixer un tarif de remboursement inférieur. Toutefois, en raison de l'intérêt qu'il convient d'attacher à la protection de la natalité, les Caisses devront adopter, en cas d'accouchement à l'hôpital public, un tarif de responsabilité identique au Tarif de réassurance, chaque fois que leur situation financière le permet ».

Enfin, dans une réponse du ministre du Travail sur ce sujet (parue dans le *Journal officiel* du 12 novembre 1936), on lit : « Le montant de la prestation versée à l'hôpital public doit être réparti entre le service d'hospitalisation et le Corps médical, suivant les ententes intervenues ou à intervenir entre l'hôpital et le Corps médical ».

Conclusions. — De tous ces textes, il ressort évidemment que :

1° Les honoraires, dans ces cas, ne doivent pas être trop infimes comme ceux que vous citez.

2° Il appartient désormais à l'Ordre départemental des médecins, dans chaque région, d'établir des ententes avec les hôpitaux pour fixer les taux d'honoraires auxquels les accoucheurs hospitaliers ont équitablement droit.

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

3092. — Quels sont les gazogènes qui peuvent être adaptés aux voitures de tourisme

Vous avez fait, il y a quelques mois, paraître dans le *Concours médical* des articles sur les derniers moyens remplaçant l'essence ; jusqu'à ce moment, on nous donnait encore un peu d'essence, mais la quantité diminue chaque mois et on se demande si nous en aurons encore.

Aussi, par crainte du manque, j'ai décidé de me munir d'un autre mode de locomotion, j'ai songé au gazogène, je grouperai mes visites pour faire une

longue tournée l'après-midi et je réserverai le peu d'essence pour faire les visites d'urgence et les visites de nuit.

Je possède une Citroën 11 chevaux, connaîtriez-vous un modèle de gazogène pratique pour ce genre de voiture.

Dr M.

Réponse

Ce qui convient le mieux comme gazogène pour voiture de tourisme c'est, soit le gazogène sur remorque, soit le système gazobloc qui se monte à l'avant de la voiture et ne nécessite pas de transformation de carrosserie.

Henri PETIT.

LOYERS

2.099. — Réduction du loyer des mobilisés

J'ai été mobilisé le 2 septembre 1939 et libéré après trois mois de captivité le 15 septembre 1940.

J'ai un loyer de 7.000 (4.000 officiel + 3.000 versés directement). Plus l'impôt foncier : 330.

Pendant l'année de mobilisation j'ai versé à mon propriétaire : 2.000 francs et j'ai payé les 330 francs d'impôt foncier.

1° Suis-je en règle, actuellement, avec la loi.

2° La réduction des loyers établie pendant la durée des hostilités est-elle définitive ? Ou le propriétaire pourra-t-il exiger plus tard le versement partiel ou total de la portion non payée. En d'autres termes sur 7.000 + 330 j'ai versé 2.000 + 330. Suis-je libéré définitivement ou dois-je m'attendre plus tard à un rappel et dans ce cas, de quelle importance ?

Si le propriétaire me propose un aménagement, sur quelles bases dois-je l'accepter ? Sera-t-il sujet à révision si une loi paraissait ultérieurement

Dr S.

Réponse

Le décret-loi du 26 septembre 1939, modifié, accorde de plein droit à tout locataire mobilisé une réduction égale aux trois quarts du loyer principal, sauf au propriétaire à apporter la preuve en justice que le locataire peut acquitter une quote-part de loyer supérieure au quart.

Les paiements que vous avez effectués de 2.000 francs, plus 330 francs, représentent donc une quote-part supérieure au quart.

Vous êtes en règle avec la loi, mais votre propriétaire peut toujours exercer le recours prévu, et demander que vous acquittiez une quote-part supérieure.

Toutefois, si les quittances qui vous ont été données sont libellées en termes définitifs, vous êtes à l'abri de toute demande ultérieure.

La quote-part qui pourrait vous être réclamée serait d'ailleurs fonction du grade avec lequel vous avez été mobilisé. D'après les exemples que nous possédons, les médecins mobilisés comme lieutenants ou capitaines, ont payé au maximum 50 % de leur loyer pendant le temps de leur mobilisation. C'est une base dont vous pourriez faire état dans le cas où votre propriétaire exigerait quelque chose.

Soixante-troisième année N° 24 15 Juin 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants .... 50 fr.

Le Numéro .... 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuse toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 169. — A vendre, microscope Leitz, avec objectifs oculaires et immersion. Ecr. Dr Duval, 16, rue des Grands champs, Orléans.

Nº 171. — Import. poste Y. O. R. L., à céder après décès, seul spécialiste, ray. 60 km. rég. Rennes. Instrumentation complt. neuve, installation, bail à reprendre. Ecrire, M. Gouzé, 6, rue de la Trémoille, Vitré (I.-et-V.)

Nº 172. — A vendre, vélo-moteur Peugeot, très bon état de marche. S'adr. Dr Sedel ; Igny (S.-et-O.) Téléph. 26.

Nº 173. — A céder 20.000 fr. Cabinet médic. 21 km. de Limoges dans chef-lieu de canton, avec un seul méd. 2 pharmaciens. Presse. S. P. I. 358. Havas, Limoges.

Nº 174. — A vendre, appar. O. C. therma six Duflos avec tous accessoires et appar. diathermie. Walter. Ecrire. Dr Roveanu, 16, av. Ste. Foy, Neuilly (Seine).

Nº 175. — Import. client. méd. génér. à céder après décès, quartier gare de Lyon, 47 ans exerc. bel appartem. salle de bain, chauff. cent. particulier. Très urgent. S'adr. Vergues, 38, avenue Daumesnil, Paris.

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris-Centre, bonne client. de quart. appart. 5 p. Indem. 35.000.

Belle banlieue proche. bon rap. actuel. prix à déb. avec install. médicale.

Banlieue sud immédiate. très grosse client., grde villa conf. Cession avec instal. profes. compl.

A 2 heures Paris. Ville industr., très anc. et import. client. Prix 75.000, 50.000 cpt.

Normandie. Chef-l. cant. anc. poste, excellent rendem. maison très conf. Indemn. 50.000, 30.000 cpt. Urgent.

Renseignements

Les concours, les examens... véritable calvaire ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable, qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés.

L'Aéine est reconnue comme le spécifique du trac.

Trois ou quatre comprimés leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Prix médical, 9 francs, 6, place Clichy, Paris (IXe).

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'ABSORBTION PERLINGUALE. Donnez donc du manganèse sous forme de Tablettes de **Mangaïne**, dans les dyspepsies par auto-intoxication. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Avis à nos abonnés et adhérents de zone non occupée

Dans le but de décharger au maximum les services de notre agence de Vals, nous prions instamment nos abonnés de vouloir bien à l'avenir virer au compte courant postal du *Concours médical*, Paris, no 167.95, le montant de leur abonnement à la date de son échéance, soit sept mois après la date figurant sur chaque étiquette-adresse , sauf pour nos abonnés inscrits depuis décembre 1940 pour lesquels la date d'échéance est celle figurant sur l'étiquette.

Par ailleurs, et dans le même but, les adhérents du « Sou médical » désirant obtenir des renseignements par correspondance, lorsque ces renseignements n'auront pas le caractère confidentiel, et lorsque demandes et réponses pourront figurer sur les nouvelles cartes-correspondance inter-zone, sont instamment priés d'adresser leurs demandes directement sur ces cartes, à notre siège à Paris, 37, rue de Bellefond, qui leur répondra par la même voie.

Nous les remercions à l'avance de vouloir bien nous faciliter notre tâche.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. le Professeur Paul Mathieu est élu membre titulaire dans le IIe section (*chirurgie et accouchements*).

— **Hygiène et clinique de la première enfance.** — *Hospice des Enfants-Assistés* (74, rue Denfert-Rochereau, Paris). — Un *cours sur l'hygiène de la première enfance et les maladies des nourrissons et des jeunes enfants* sera fait à la clinique Parrot, hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau (métro : Denfert-Rochereau), par M. le Professeur P. Lereboullet ; MM. Cathala, Jouannon, Lelong, Fevre, agrégés ; Huber, Janet, Merklen, médecins des hôpitaux ; Dechaume, stomatologiste des hôpitaux , Aimé, radiologiste des hôpitaux ; Saint-Girons, Chabrun, Benoist, Boulanger-Pilet, Joseph, Bohn, Baize, Jean Lereboullet, anciens chefs de clinique ; Rossier, Delort, Auzépy, Charousset, Chambon, Cochemé, chefs de clinique ; Gournay et Detrois, chefs de laboratoire.

Ce cours, avec présentations de malades, projections et démonstrations pratiques, comportera, du lundi 23 juin au vendredi 18 juillet, une série de 46 leçons. Deux leçons seront faites chaque jour : la première à 16 heures, la seconde à 17 h. 15 à l'amphithéâtre de la clinique Parrot (pavillon Pasteur).

Ce cours public, s'adresse spécialement aux internes, externes des hôpitaux et aux médecins désireux de se perfectionner dans l'étude des maladies du nourrisson et des jeunes enfants et des moyens de prophylaxie et de traitement à leur opposer.

— **Clinique gynécologique. Hôpital Broca** (111, rue Broca). *Cours de perfectionnement de gynécologie.* — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de MM. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; R. Moricard, chef du laboratoire ; Picard-Leroy et Coldefy, chefs de clinique ; P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; Mlle S. Gothié, préparatrice du laboratoire, fera ce cours du 23 juin au 5 juillet 1941.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Droit : 300 francs. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à la salle Béclard.

— **Hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (Seine-et-Oise).** — Liste des prochaines conférences faites en juin et juillet par M. Kourilsky : 20 juin : Indications du pneumothorax artificiel. — 27 juin : Conduite et accidents du pneumothorax artificiel. — 4 juillet : Notions générales sur la primo-infection tuberculeuse. — 11 juillet : Le problème de la réinfection tuberculeuse. — 18 juillet : Notions générales sur l'allergie tuberculeuse. — 25 juillet : Les hémoptysies.

Les conférences auront lieu au Pavillon Widal, salle des cours, à 9 heures.

— **Administration générale de l'Assistance publique à Paris.** — Le concours pour la nomination à dix places de médecins de l'*assistance médicale à domicile* s'ouvrira le 23 juin 1941.

— **Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande.** — La date de cet examen, qui avait été fixée au 18 juin 1941, est reportée au 26 juin.

— **Hôpital général de Nevers.** *Concours pour la nomination de six médecins ou chirurgiens et de un pharmacien.* — Un concours *sur titres* est ouvert pour la nomination : 1° à titre définitif, de un médecin et de un pharmacien ; 2° à titre provisoire, de trois médecins, de un chirurgien, de un spécialiste en ophtalmologie et de un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

Les nominations provisoires ne pourront devenir définitives que quand la législation le permettra.

Les candidats devront être de nationalité française dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1940 concernant l'accès aux emplois dans les Administrations publiques, complétée par la loi du 14 août 1940.

Ils devront satisfaire — le cas échéant — aux dispositions de l'article 3 de la loi du 3 octobre 1940 portant statut des Juifs.

Ils joindront à leur lettre de candidature : 1° L'indication de leurs titres professionnels et militaires, diplômes, travaux scientifiques, stages, références ; 2° Un certificat de dépôt de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de pharmacien à la Préfecture de la Nièvre ; 3° Un extrait de naissance ayant moins de trois mois de date ; 4° Un certificat de nationalité française ; 5° Pour les ressortissants juifs, un état certifié conforme des titres militaires ; 6° Pour les médecins ou chirurgiens n'habitant pas Nevers, une attestation du Conseil départemental de la Nièvre de l'Ordre des médecins, indiquant qu'il n'y a pas d'obstacle à leur installation à Nevers.

Le dossier de candidature sera déposé, sous pli cacheté, portant la mention « Concours », au plus tard le 5 juillet 1941, au Bureau du directeur de l'Hôpital où les concurrents devront s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires.

Toutefois, le certificat de dépôt du diplôme à la Préfecture de la Nièvre pourra ne parvenir que le matin du concours.

Le Président de la Commission administrative : Docteur R. Le Droumaguet.

— **Hôpital Pasteur de Dôle-du-Jura.** *Avis de concours.* — Un concours sur titres et sur épreuves sera ouvert cet été afin de pourvoir à la vacance de deux postes de médecins spécialistes : un poste d'oto-rhino-laryngologiste ; un poste de médecin du service anti-tuberculeux.

Le concours aura lieu à l'Ecole de médecine de Besançon (examen de malades).

La copie des titres universitaires et scientifiques ainsi que les lettres des candidats devront être adressées à M. le Président de la Commission administrative des hospices de Dôle avant le 30 juin.

— **Hôpital de Jonzac.** *Internat.* — Une place d'interne en chirurgie est actuellement vacante à l'hôpi-

tal de Jonzac. Avantages : logement, nourriture, 600 francs par mois, voyage payé. Conditions à remplir : avoir 12 inscriptions de médecine. S'adresser au Docteur Gourgand, à l'hôpital de Jonzac (Charente-Inférieure).

— **Hôpital psychiatrique d'Auxerre.** *Internat.* — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hôpital psychiatrique de l'Yonne, 4, avenue de Paris, Auxerre. Les candidats doivent être Français à titre originaire et pourvus de seize inscriptions.

Adresser d'urgence toute demande au médecin directeur de l'établissement.

— **Contrôle médical sportif.** — Au cours du dernier trimestre scolaire 1940-41, le contrôle médical sportif sera fait dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire de la Seine.

Cette mesure obligatoire serait généralisée à toute la France dès l'année scolaire 1941-42.

— **Contrôle médical des jeunes footballeurs.** — Le contrôle médical est obligatoire pour tous les jeunes footballeurs sans exception : licenciés, juniors, pupilles et minimes.

— **Les médecins contre l'alcoolisme.** — A l'Assemblée de « Médecine et Famille » du 15 juin 1941, 66, Chaussée-d'Antin, la question de la lutte contre l'alcoolisme sera évoquée.

Le Docteur Julien exposera le plan du referendum qu'il a adressé, par la voie du *Concours médical* du 16 avril 1941, à tous les médecins sur les moyens de terrasser le fléau.

Nous rappelons que le plan du travail a été publié dans le *Concours médical* du 16 avril 1941. De plus, il a été communiqué à tous les présidents des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Il sera envoyé gratuitement aux médecins qui en feront la demande au Docteur Julien, 3, place du Panthéon, à Paris (Ve).

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Henry-Jean Meurin, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord) sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils *François*.

Le 13 mai 1941.

— Le Docteur Pierre Barbry et Madame, née Jacqueline Besson, vous annoncent l'heureuse naissance de leur neuvième enfant, *François-Régis*.

Lille, 29 mai 1941.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Robert Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Henri Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste honoraire des hôpitaux, avec Mademoiselle Raymonde Villousier.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée au Mont-Dore dans l'intimité.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur André Jeulain, mort au Champ d'honneur le 13 juin 1940, à Champillon (Marne). Il était le neveu et successeur du Docteur A. Morlat, de Neuvy-

sur-Loire (Nièvre) à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous apprenons la mort du Docteur Eugène KALT, ophtalmologiste des Quinze-Vingts, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement en son domicile à Paris. La cérémonie religieuse a eu lieu dans la plus stricte intimité le 13 mai 1941, en l'Eglise Saint-Augustin.

Ophtalmologiste réputé, le Docteur Eugène Kalt enseigna l'ophtalmologie pendant de nombreuses années à la Clinique des Quinze-Vingts. Nous adressons à sa famille, à Madame Eugène Kalt, à son fils, le Docteur Marcel Kalt, ophtalmologiste des Quinze-Vingts, nos bien vives condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Edmond TOURGIS, de Chocques (Pas-de-Calais), décédé le 5 mai 1941, dans sa 38e année. Ses obsèques ont eu lieu le 7 mai 1941, à Chocques.

Le relèvement des tarifs

Un lecteur nous écrit :

Quel organe corporatif va maintenant nous défendre ? Le médecin de campagne est absolument isolé ; les tarifs automobiles font de lui un simple garagiste. Mutilés, assistance sont payés à des prix de misère et nul ne pense à les améliorer. Pourtant son pouvoir d'achat devrait être comparable à celui « des ouvriers et des commerçants ? ».

Mobilisé pendant cinq ans ; 1er août 1914-1919 croix de guerre, trois ans MÉDECIN DE BATAILLON, un an dans l'artillerie, rentré dans mes foyers à 32 ans, je recommence une clientèle. Mobilisé à nouveau dix mois en 1939-1940 (COMME tous les MÉDECINS DE CAMPAGNE) hors de ma résidence habituelle, je reprends à nouveau ma clientèle. En ce moment toutes les organisations, tous les mouvements sont vers les jeunes. Avons-nous démérité, les anciens ? notre passé militaire est-il moins honorable que celui des jeunes de 1939 ? Et si la jeunesse de 1920 à 1939 a vécu une ère de prospérité ne le doit-elle pas à notre tenacité, à notre patriotisme, que nous avons exercés durant 52 mois ?

A notre retour en 1919, nul n'a pensé à nous favoriser, et aucun des combattants n'a su « L'IDÉE » d'implorer des faveurs ? Chacun avait fait son devoir, beaucoup étaient tombés à leur poste, et dans l'honneur nous reprenions le travail modeste et loyal du médecin de campagne, ainsi que nos vieilles générations l'ont appliqué. En m'inscrivant à l'Ordre des médecins, j'ai eu la satisfaction personnelle de pouvoir répondre loyalement, et en toute franchise (comme par deux fois, j'ai répondu à l'appel de la patrie) que je n'étais associé à aucune combinaison pharmaceutique, ou clinique. Depuis trente ans, j'ai exercé ma profession en toute loyauté et en bon français. Tout ce que je vous écris ne vous intéresse pas, mais il me semble que cette génération d'hommes de la cinquantaine a le droit d'être aussi soutenue que la jeunesse, qui impitoyablement semble les mettre de côté. Tout travail mérite salaire et si le médecin de campagne veut vivre honnêtement, et pratiquer loyalement une clientèle, il faut que les Ordres des médecins, lui permettent, et lui donnent l'ordre d'appliquer des tarifs convenables en rapport avec la vie matérielle.

Voir la suite page XXXV-1093



PROPOS DU JOUR

CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉPARTITION DES MÉDECINS EN FRANCE

I. — Nous devons nous méfier des jugements a priori ou précipités. Les conditions économiques d'une région peuvent varier en quelques années.

II. — La répartition dans les départements moyennement riches et d'autres défavorisés

Nous avons reçu d'un correspondant des Ardennes, qui n'est pas médecin, la lettre suivante :

« Je profite de cette lettre pour vous exprimer mon étonnement d'avoir lu dans le *Concours Médical*, nº 49, que la population des Ardennes menait une existence arriérée et souvent archaïque. Permettez à un « sanglier de se mettre au fer » à une appréciation aussi injuste de son pays.

Le département des Ardennes est loin d'être un département peu peuplé et je regrette de n'avoir pas sous les yeux la carte de la densité de la population : il doit être classé dans la troisième catégorie. Cette population est très dense dans les vallées industrielles (Meuse et Semoy).

Quant à l'existence arriérée, si ce terme était exact au temps de la forêt légendaire, il est loin de l'être actuellement. Je n'en veux comme preuve que les aménagements des intérieurs ardennais et le nombre des automobiles de modèles récents et l'importance des postes médicaux, de ceux qui ont couru le risque de s'installer en frontière.

Votre appréciation est donc, permettez-moi de l'écrire sans aucune acrimonie, croyez-le bien, tout à fait injuste envers un département : royaume de la quincaillerie, du chauffage et de la fonderie de qualité qui totalise 30.000 ouvriers, qui, après avoir subi une première invasion avec destruction de ses usines, s'est relevé avec une rapidité surprenante et qui à l'heure actuelle s'est déjà remis au travail pour se relever d'une deuxième invasion. Puissent les événements me permettre de vous y accompagner un jour pour vous montrer la beauté de mon département auquel mon cœur reste attaché. Gens froids et travailleurs, les Ardennais font rarement parler d'eux et ceci explique la méconnaissance de leur département... ».

Ce plaidoyer pour la petite patrie, relevant une erreur de notre part, nous a plu, vu que nous connaissons et avons admiré les Ardennes et que nous avions été étonnés de trouver ce jugement dans le *Tableau de la géographie de la France de Vidal de la Blache* (1), ouvrage remarquable dont l'auteur, exempt de parti pris, fait dans ses descriptions et ses appréciations preuve d'une véritable conscience.

Tout en faisant l'éloge de la large et fertile vallée de la Meuse entre Sedan et Mézières, il qualifie l'Ardenne de « subite apparition de quelque fragment d'Europe archaïque » (page 64) et, en reconnaissant les qualités des Ardennais, il écrit : « des générations d'hommes ont vécu dans ces petites maisons en moëllons, couvertes de schiste, souvent isolées ; ils y ont pratiqué, pendant les loisirs d'une culture fort intermittente, les industries variées du fer. C'est par le défrichement souvent temporaire, *sarts* ou *essarts*, qu'ils sont parvenus à étendre peu à peu, assez faiblement en somme, le domaine des cultures sur celui des landes, des forêts et des bruyères. » (page 69).

« Projeté sur l'histoire, ce genre de pays et de vie se traduit par quelque chose d'arriéré et d'archaïque. » (page 70).

Or, nous avons séjourné à Givet, à Hastière et notre vieil ami, le Docteur Gairal, de Carignan, mort en captivité en 1917, nous avait fait admirer, il y a une trentaine d'années, les gorges de la Semoy et Bouillon, et la région de Sedan. Mais à cette époque, nous étions plutôt séduit par la

(1) Tome I de l'Histoire de France, d'Ernest Lavisse.

beauté touristique de la région que par sa richesse économique.

Puisque nous avons été amené à étudier les Ardennes, voyons comment sont répartis les médecins dans ce département.

Il y a quelques années (1935), 132 médecins exerçaient dans cette région, installés dans 63 villes ou villages. Deux agglomérations occupaient 41 praticiens : Mézières, Charleville qui comptaient 32.000 habitants environ, étaient pourvus de 27 médecins, tandis que Sedan pour plus de 18.000 habitants avait 14 docteurs. Restaient 9 médecins pour les petites villes et la campagne. Or, dans 43 villages, il n'y avait qu'un seul médecin, et 14 petites villes étaient pourvues de 2, rarement de 3 à 4 praticiens. Citons Chateau-Regnault avec un seul médecin pour une population de près de 3.000 habitants ; Monthermé avec 2 médecins pour 3.842 habitants ; Révin avec 3 médecins pour 7.000 habitants ; Fumay avec 2 médecins pour plus de 6.000 habitants. Il faut reconnaître que ces villes sont dans la vallée de la Meuse et groupent la plupart des ouvriers de ces régions.

Pour terminer avec les Ardennes nous ferons remarquer que Vidal de La Blache a rédigé il y a une cinquantaine d'années son *Tableau de la géographie de la France* : dans un demi siècle, les conditions économiques et démographiques ont pu être changées et sérieusement modifiées dans les Ardennes ; l'automobile et l'aviation étaient alors à leur berceau.

***

L'examen de la répartition des médecins dans les Ardennes nous a amené à faire le même travail dans d'autres départements. Nous avons choisi la *Corrèze* d'abord, assez comparable aux Ardennes, comprenant deux centres industriels : Tulle et Brive, et comptant à peu près le même nombre de praticiens (123). Or, Tulle avait 14 médecins pour plus de 14.000 habitants et Brive 28 médecins pour plus de 25.000 habitants. Les proportions sont, à peu de chose près, les mêmes que dans les Ardennes. Mais en Corrèze, où 86 praticiens exerçaient dans les petites villes ou à la campagne, 25 étaient seuls dans le village où ils s'étaient installés et 2, 3 ou rarement 4 se partagaient la clientèle de 22 très petites villes ou gros villages.

Les Ardennes ou la Corrèze peuvent figurer dans la moyenne des départements français. La répartition est-elle la même dans les régions les plus défavorisées ? Examinons deux départements parmi les plus pauvres économiquement : les Hautes-Alpes et la Lozère.

Les Hautes-Alpes dont la population est très clairsemée, possèdaient 30 médecins praticiens ; 10 exercaient dans la ville de Gap dont la population était de 10.000 habitants, 6 exercaient à Briançon dont la population avoisinait 6.000 habitants. Les 14 autres étaient disséminés dans des petites villes et de petits villages dont la population oscillait entre 2.800 et 500 habitants. 7 localités comptaient deux praticiens et 7 autres étaient desservies par un seul médecin.

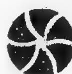
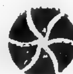
La Lozère présentait à peu près la même situation. 33 médecins y exerçaient, 6 résidaient à Mende, la ville la plus peuplée (6.056 habitants) ; 10 localités étaient desservies par un seul médecin et 7 par 2 ou 3 praticiens.

***

Conclusions. — Que conclure de ces considérations, que nous regrettons de ne pouvoir préciser faute de documentation exacte et récente ? C'est qu'il faut se garder de porter des jugements *a priori* et précipités en pareille matière. Les conditions d'existence peuvent varier en quelques années dans bien des pays.

D'autre part, si nous devons reconnaître que quelques rares régions manquent de médecins en France, c'est tout à fait exceptionnel. La répartition des médecins proportionnelle à la population est à peu de chose près la même dans tous les départements, y compris les plus pauvres. Elle ne nous paraît pas après examen sérieux (ce que nous avons cru naguère, nous le confessons) entrer pour beaucoup dans la crise médicale. Ce n'est pas une répartition défectueuse des médecins en France qu'il faut accuser, mais c'est une mauvaise organisation, ou plutôt le manque d'organisation de l'exercice de la médecine.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES DEVANT L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET LE SPORT (1)

Par M. le Docteur Jacques DECOURT
Médecin des Hôpitaux de Paris

LES DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES (*Suite*)

B. Syndrome sympathicotonique

Au syndrome vagotonique s'oppose trait pour trait, le syndrome sympathicotonique. Il se rencontre plus fréquemment dans le sexe féminin, mais n'est pas rare chez l'homme jeune, de 18 à 25 ans. J'ai pu vérifier encore, l'an passé, qu'il est commun chez les jeunes recrues militaires, et qu'il prête souvent à des interprétations médicales indûment péjoratives.

Evidemment, il en existe des formes graves, qui grèvent considérablement les possibilités physiques, et même intellectuelles et sociales des sujets. Mais là encore, je m'attacherai surtout aux formes atténuées, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus fréquentes.

Les notions physiologiques, que je vous ai précédemment exposées, font aisément deviner quelles seront les manifestations cliniques de l'hypertonie sympathique diffuse :

Ces sujets présentent souvent les apparences d'une activité factice. Le *facies* animé, souvent coloré, les yeux brillants, les pupilles dilatées, ils témoignent d'une certaine agitation qui peut s'accompagner d'un tremblement menu des extrémités. Mauvais dormeurs, ils sont « du matin », se montrent tout de suite en train, mais s'épuisent avant la fin de la journée.

L'*éréthisme cardio-vasculaire* se traduit par une *tachycardie* habituelle, et une tendance à l'*hypertension artérielle*.

Au repos, on note souvent un pouls à 85, 90 ou même 100, une tension artérielle maxima à 15 ou 16, alors que la minima, relativement moins élevée peut être à 9 ou 10. L'hypertonie vasculaire périphérique se traduit par le refroidissement des extrémités et la microsphygmie, contrastant souvent avec la rougeur et la chaleur du visage, avec la pulsalitité exagérée des vaisseaux du cou.

La température est parfois un peu supérieure à la normale, et, chez la femme, subit souvent une légère ascension à l'approche des règles, en même temps que s'exagère la tachycardie et que s'élève un peu la tension.

Ces sujets accusent fréquemment des palpitations, survenant à l'effort, aux émotions, après les repas, coïncidant avec des exacerbations tachycardiques, et souvent accompagnées d'une sensation pénible de battements artériels au niveau du cou, dans la tête et même dans les membres. Certaines douleurs précordiales peuvent prendre le caractère angineux. Il n'est pas rare de constater à l'auscultation un souffle systolique de la base, purement fonctionnel, mais qui peut en imposer pour une affection organique.

Le moindre effort accélère à l'excès le cœur. L'épreuve de l'orthostatisme et du décubitus fournit par exemple les chiffres suivants :

Couché : 90, 90. — Debout : 130, 126. — Recouché : 98, 94, 90.

Non seulement la courbe part d'un niveau plus élevé que chez le sujet normal, mais encore la flèche tachycardique est excessive. On ne note pas de bradycardie de décubitus, et souvent même le retour à la normale ne se fait qu'avec un certain retard.

Les émotions entraînent aussi des réactions

(1) Conférence faite le 10 mars 1941 à l'Institut d'éducation physique. Voir : *Concours Médical*, n° 23, la première partie de cette conférence, où a été étudié le syndrome vagotonique dans ses relations avec le sport.

◆◆

très vives, dont il faut tenir compte au moment de l'examen médical.

Les troubles digestifs sont caractérisés par l'*atonie gastro-intestinale* et la tendance aux *ptoses*. Les malades se plaignent d'anorexie, de lenteur des digestions, de pesanteur épigastrique après les repas. Aussi restreignent-ils souvent leur alimentation ; et l'amaigrissement, qui en résulte, contribue à aggraver les troubles digestifs et la ptose.

L'examen révèle un point douloureux électif au niveau du plexus solaire et une exagération manifeste des battements aortiques. Le point douloureux s'exagère en position debout et s'atténue par la manœuvre de la sangle.

On observe parfois une constipation atonique, plus souvent une diarrhée liquide et abondante, faite de selles mal digérées.

L'*insuffisance sudorale* se traduit par la sécheresse de la peau. La langue et la muqueuse buccale sont souvent sèches aussi, carminées, enduites d'une salive rare et visqueuse.

Le *caractère* est irritable, instable, capricieux. Les sympathicotoniques peuvent faire preuve d'une activité productive ; mais souvent tout se résume en une agitation de surface, avec discontinuité de l'effort.

Ces sujets sont peu sensibles à l'action de la pilocarpine, mais par contre réagissent violemment à l'atropine et à l'adrénaline.

Conséquences de la sympathicotonie au point de vue sportif

Vous devinez que le syndrome sympathicotonique n'est pas très favorable à une grande activité sportive. Il est cause de *réactions tachycardiques et hypertensives excessives* à l'occasion de l'effort physique ; et *le retour au calme se fait avec une extrême lenteur*. La *régulation thermique* se fait mal également : le visage devient vite rouge et brûlant, et la sécrétion sudorale est insuffisante.

Il faut surveiller particulièrement *le cœur* de ces sujets, tout en sachant que leurs réactions tachycardiques excessives n'ont pas nécessairement une signification grave. MM. Lian, Gallavardin, Bascourret ont bien étudié ces « cœurs irritables », que l'émotion trouble souvent plus que l'effort physique. Un des caractères fondamentaux de la tachycardie est son *instabilité*. Tel pouls, pris au début de l'examen médical, bat à 120, 130, alors que quelques minutes plus tard, et surtout si l'on a pris soin de rassurer le sujet, il se ralentit à 90 ou 100.

C'est ici que l'épreuve cardiaque fonctionnelle prend un intérêt particulier, à condition de ne pas en fausser la signification ; car elle témoigne, chez les sympathicotoniques, d'une mauvaise adaptation du système nerveux végétatif à l'effort, et non d'une insuffisance cardiaque réelle. M. Gallavardin a bien étudié les effets de l'effort physique sur ces névroses tachycardiques fonctionnelles.

Après une épreuve déterminée — et dont les effets normaux doivent être bien connus de l'observateur — montée d'un escalier à une vitesse donnée, pas-gymnastique, ou flexions des membres inférieurs pendant un temps déterminé — la montée en clocher du pouls est excessive, mais ce n'est pas nécessairement là un indice de gravité. Ce qui est plus important, c'est la vitesse plus ou moins grande de la descente et du retour au rythme de base. Dans telle forme bénigne, l'ascension se fait par exemple de 80 à 130, 140 pulsations par minute ; mais, en une minute ou deux, le retour à 80 est effectué. Dans des formes moyennes, le pouls s'accélère de 90 à 150 ou même 160, mais en 2 minutes ou 2 minutes 1/2, il a retrouvé son rythme antérieur. Dans des formes plus intenses, après une ascension de 100 ou 110 à 160 ou 170, le retour au calme peut n'être obtenu qu'après 4 ou 5 minutes.

Vous comprenez que de tels sujets ne puissent être soumis à des exercices violents, à des courses rapides ou prolongées. Ne les considérez cependant pas comme des cardiaques (sous réserve naturellement d'un examen clinique approfondi, complété au besoin par l'électrocardiographie) ; et surtout ne les privez pas des activités physiques compatibles avec leur état, et qui peuvent même leur rendre les plus grands services en les adaptant progressivement à l'effort.

Les erreurs d'interprétation dans ce domaine sont extrêmement communes. Combien de ces faux cardiaques, chez lesquels par ailleurs la constatation de souffles fonctionnels de la base est fréquente, sont indûment écartés du service militaire ou du sport, et se croient irrémédiablement tarés, alors qu'une psychothérapie inlassable, une bonne hygiène générale et surtout un entraînement progressif à l'effort suffiraient bien souvent à les guérir !

J'observe depuis plusieurs années un jeune homme qui présente une de ces névroses tachycardiques pures, avec un pouls battant habituellement à 90 ou 100, et maintes manifestations de la série sympathicotonique. Il vient me voir périodiquement, et chacune de mes consultations, quelle que soit la thérapeutique appliquée, fait disparaître pour un temps, les troubles qui l'obsèdent, ce qui prouve bien que mon action est surtout psychothérapique. Je lui conseillai une cure à Divonne, et le confrère qui l'a soigné, tout à fait d'accord avec moi sur la nature purement fonctionnelle de ces troubles, l'a remis entre les mains d'un professeur d'éducation physique. Notre malade s'est si bien

entraîné qu'il a pu refaire de la bicyclette, dont il avait été jadis fervent, et gagner une course villageoise qui consistait à faire l'ascension du Col de la Faucille, et s'est trouvé très dispos à son retour. Il est revenu très amélioré de sa cure, qui comportait en outre de l'hydrothérapie, jusqu'au jour où les soucis de la vie quotidienne et des contrariétés sentimentales ont provoqué le retour de ses troubles.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Là encore, on ne trouve souvent à l'origine de la dystonie végétative qu'un *facteur constitutionnel* assez mal défini.

Mais avant de l'invoquer, il faut rechercher tous les facteurs intercurrents qui ont pu la déclencher ou la favoriser : troubles réflexes, infections ou intoxications, facteurs endocriniens, facteurs psychiques. Il serait trop long de les énumérer.

Je signalerai particulièrement la possibilité de *troubles réflexes* à point de départ digestif, ou génital chez la femme. N'oubliez pas, chez les adolescents ou les adultes jeunes le rôle possible de l'*intoxication alcoolique*, du *tabac*, du *thé*, du *café*, du *surmenage* physique ou intellectuel, de l'*insuffisance de sommeil*, des *excès sexuels*, tous facteurs que l'éducation physique et le sport bien compris doivent tendre précisément à réduire. Je dis le sport bien compris, car il n'est pas douteux que des *pratiques sportives non contrôlées* peuvent déclencher un déséquilibre végétatif à type sympathicotonique.

Plus encore que chez les vagotoniques, interviennent ici les *facteurs psychiques*, les émotions répétées, les conflits affectifs intimes qu'il faut savoir découvrir sous les réticences des malades.

Et, bien entendu, avec un soin particulier, entourez-vous de toutes les garanties nécessaires pour ne pas *risquer de méconnaître un élément organique véritable* : hyperthyroïdie, tuberculose pulmonaire, rétrécissement mitral, myocardite rhumatismale, etc..., qui constitueraient évidemment des contre-indications formelles aux pratiques sportives. S'il ne faut pas priver des bienfaits de l'éducation physique les très nombreux sujets, dont la prétendue insuffisance cardiaque ne traduit qu'un déséquilibre fonctionnel d'ordre sympathicotonique, notamment certains adolescents à la phase pubertaire chez lesquels on invoque à tort l' « hypertrophie cardiaque » de l'adolescence, il serait naturellement plus grave encore de tolérer, chez de véritables malades, des activités sportives préjudiciables, qui accéléreraient leur acheminement vers l'insuffisance cardiaque.

Il faut reconnaître d'ailleurs que le syndrome sympathicotonique se montre généralement plus rebelle à la thérapeutique que le syndrome vagotonique ; et que, dans l'ensemble, son pronostic est plus réservé lorsqu'il ne dépend pas de facteurs accidentels et passagers.

Dans ses *formes graves*, il comporte avant tout le repos, qui apaise l'excitabilité sympathique et favorise l'engraissement ; et surtout le repos en position horizontale, qui facilite les digestions et combat la ptose gastrique. Le repos moral n'est pas moins nécessaire que le repos physique.

Dans l'ordre médicamenteux, des sédatifs généraux comme le gardénal se montrent souvent plus actifs que les sympathicolytiques électifs, tels que l'ésérine ou l'yohimbine. L'insuline, la vagotonine sont souvent efficaces en administration prolongée.

Dans les *formes moyennes* ou *légères*, il suffit habituellement d'un repos relatif, intermittent ; et la rééducation, le réentraînement au moyen d'exercices quotidiens mesurés, progressifs et contrôlés, doivent être méthodiquement entrepris.

C. Syndromes amphotoniques

Si l'on rencontre, à l'état pur et sous leurs formes schématiques, les deux grands syndromes opposés de vagotonie et de sympathicotonie, il faut reconnaître qu'en clinique, on observe plus souvent des déséquilibres plus complexes, empruntant tout à la fois leurs éléments aux deux syndromes. C'est que le système sympathique a, en réalité, une disposition segmentaire, et que ses dérèglements peuvent n'affecter que certains territoires. D'autre part, le dérèglement d'un territoire dans un sens donné peut entraîner ailleurs, par phénomène réflexe compensateur, des modifications de sens inverse. Enfin, dans un même territoire, l'hypertonie peut affecter alternativement l'un ou l'autre système. Je ne puis m'étendre sur les combinaisons infinies de ces dystonies végétatives complexes, à l'origine desquelles interviennent fréquemment des « épines irritatives » organiques, que le clinicien doit s'attacher à découvrir.

Je veux insister par contre sur les faits fréquents d'*hypertonie simultanée des deux systèmes*, désignés encore sous le nom d'*amphotonie*. Il s'agit là plutôt, d'ailleurs, d'hyperexcitabilité, dont l'adolescence offre des exemples particulièrement nombreux.

Tel sujet, par exemple, présentant toutes les caractéristiques d'un syndrome sympathicotonique, et notamment une névrose tachycardique, peut avoir d'autre part un réflexe oculo-cardiaque fort, une bradycardie de décubitus accentuée. Voici ce que peut donner en pareil cas, l'épreuve de l'orthostatisme et du décubitus :

Couché : 72, 72. — Debout : 110, 100, 90. — Recouché : 64, 68, 72.

Ces chiffres traduisent à la fois l'hyperexcitabilité ortho- et para-sympathique.

Il n'est pas rare, en particulier, de voir l'hypertonie prendre le type sympathicotonique dans le domaine cardio-vasculaire et le type vagotonique dans le domaine respiratoire et digestif. La connaissance de la physiologie explique aisément ces faits.

La dystonie peut donc être *intriquée.*

Elle peut être aussi *alternante.* On voit alors se succéder, avec une allure plus ou moins cyclothymique, des phases vagotoniques et sympathicotoniques, les premières accompagnant souvent des phénomènes dépressifs, les seconds des phénomènes d'excitation. De telles phases s'observent notamment chez certaines femmes à l'occasion des règles, l'excitation précédant habituellement les règles et la dépression leur faisant suite.

Il n'est pas douteux que ces syndromes se rencontrent surtout chez des sujets, qui ont une mauvaise hygiène physique, intellectuelle et morale. C'est dire qu'en règle générale, ils ne peuvent que bénéficier de la pratique régulière de l'éducation physique, qui tend à rééquilibrer les fonctions végétatives, en même temps qu'elle influe sur l'équilibre moral et mental, par les disciplines qu'elle impose et le rythme qu'elle imprime aux fonctions vitales.

Et c'est sur cette notion optimiste et encourageante que je veux terminer. Comptant sur vos connaissances et votre conscience de médecins pour ne pas vous laisser méconnaître les altérations organiques réelles, qui peuvent se dissimuler sous les réactions neuro-végétatives, je voudrais que mon exposé vous serve à reconnaître inversement les déséquilibres vago-sympathiques purs, qui, dans l'ensemble, ne contre-indiquent pas l'éducation physique, ni même la pratique de certains sports choisis et bien contrôlés, et qui, bien plus, les appellent, comme de puissants moyens thérapeutiques de rééducation et de désintoxication à la fois physique et morale.

Traitez, s'il y a lieu, ces sujets ; adressez-vous en médecins, selon les cas, à leur tube digestif, à leur nutrition, à leur état endocrinien ; prescrivez-leur telle ou telle médication symptomatique capable d'atténuer électivement leurs troubles ; rassurez-les surtout, s'ils s'inquiètent à l'excès de leurs malaises ; et puis, montrez-leur tous les avantages qu'ils peuvent tirer d'une activité physique méthodique, dirigée et contrôlée. Apprenez-leur à respirer, à se servir de leurs muscles, à corriger leurs réactions émotives, à réagir contre le froid ou le vent ; et vous les guérirez, sinon tous, du moins un grand nombre. Grâce aux actions conjuguées de l'éducateur physique et du médecin, ces asthéniques, ces inquiets, ces égrotants apeurés pourront connaître enfin la joie de vivre et d'agir.

PIGMENTATION BUCCALE PHYSIOLOGIQUE

La pigmentation buccale se manifeste sous forme de plaques noires au niveau de la muqueuse des lèvres, des joues, du palais, du plancher de la bouche. C'est un symptôme classique de la maladie d'Addison. Elle a été rencontrée aussi dans d'autres états pathologiques : mélanodermie arsenicale, intoxication argentique, sclérodermie, anémie pernicieuse, tuberculose pulmonaire, malaria, diabète bronzé, pellagre, etc. Elle peut enfin être physiologique.

M. L.-M. Bonnet, dont on connaît les travaux sur cette question, a récemment présenté à la Société nationale de médecine de Lyon un cas particulièrement net de pigmentation buccale physiologique, à caractère familial. Le sujet, âgé de 55 ans, était porteur de plaques noires nombreuses sur la muqueuse de la bouche. Il affirmait s'être toujours connu cette pigmentation qui existait également, d'après lui, chez son frère et chez sa sœur.

La pigmentation buccale est d'observation assez commune dans certaines races humaines (races plus ou moins colorées), chez les Malais, Martiniquais, Tziganes, etc. Sabaréanu l'a rencontrée chez les tziganes, en Roumanie, dans la proportion de un sur trois sujets examinés au Conseil de révision. Les tziganes semblent tenir, à ce point de vue, le premier rang.

Quant à la fréquence de cette particularité physiologique, elle est encore assez difficile à préciser. M. Bonnet se demande si, dans les maladies où la pigmentation buccale a été signalée (la maladie d'Addison mise à part), on n'est pas en droit de la considérer parfois comme une simple coïncidence physiologique et non comme un symptôme morbide.

P. L.



IODONUCLÉOL

INDICATIONS

Toutes les indications de l'Iode

artério-sclérose
hypertension
angine de poitrine
asthme
emphysème pulmonaire
affections rhumatismales diverses
bronchites
adénites
obésités

FLUVEINOSE

Régulateur circulatoire

INDICATIONS

troubles
de la circulation veineuse
formation
ménopause
varices



LA BLENNORRAGIE SERA-T-ELLE VAINCUE ?

par le Docteur L. GROLLET

Cette question vient tout naturellement à l'esprit, quand on examine les résultats rapides et précis obtenus avec les produits dérivés du soufre ; ils constituent la plus belle découverte en thérapeutique, depuis qu'avec Erlich la chimiothérapie antibactérienne a réalisé une lutte efficace contre le tréponème. La chimiothérapie par les sulfamides nous permet d'espérer presque du premier coup la stérilisation pure et simple du vénérien socialement dangereux qu'est le blennorragien. La lutte engagée en France contre les maladies vénériennes semble, en effet, sur le point d'aboutir ; et, si l'on parvient à faire comprendre aux malades la nécessité de se faire soigner tôt et celle des enquêtes épidémiologiques, on n'aura pas travaillé en vain. Il faudrait pouvoir arriver à la disparition de cette maladie, véritable fléau social aux conséquences si redoutables, tant pour l'individu lui-même que pour la Société ; sans entrer dans les détails, rappelons que la blennorragie cause des ravages au moins aussi grands que la syphilis. Il faut associer dans la lutte les deux maladies et faire comprendre aux jeunes gens non seulement la nécessité de se faire traiter tôt et par des médecins vraiment compétents, mais aussi qu'il est indispensable de fournir des renseignements précis sur l'agent contaminateur. Nous avons en main des armes thérapeutiques merveilleuses, qui permettent de guérir en quelques jours, mais nous n'aurons fait vraiment tout notre devoir, accompli tout notre rôle social, qu'autant que nous aurons découvert le responsable et que nous l'aurons amené à se soigner. Comptons en cela sur nos assistantes sociales si dévouées, sur une sagacité moins souvent en défaut de la part du médecin de famille ou du médecin non spécialisé. La femme est trop souvent déclarée saine, la seule vue de son col ne suffit pas, où le prélèvement lui-même est fait sans préparation, et le gonocoque n'est pas recherché là où il peut se cacher. Quelques conseils aux jeunes aideront également à atteindre le but poursuivi ; nous devons leur apprendre à se faire soigner tôt, à recourir aux soins des médecins compétents, et également à donner tous les renseignements sur l'agent contaminateur (date du contact, lieu du contact, signalement du responsable, etc...) Le problème est donc d'éducation ; elle devrait être faite, sans blesser aucune susceptibilité, à la sortie des établissements d'enseignement.

On comprend dès lors toute l'importance de la découverte des sulfamides, qui ont révolutionné l'évolution et la thérapeutique de cette maladie, permettant des guérisons rapides et quelquefois foudroyantes, si on le veut, quand elle est soignée assez tôt après la contagion.

Nous ne pouvons pas ne pas rappeler que c'est à Domagk, en 1935, que sont dus les premiers travaux sur ce produit dans le traitement des streptococcies expérimentales. Puis vinrent ceux de J. et M.-J. Trefouel, F. Nitti, D. Bovet. On sait aujourd'hui, de façon certaine, que le para-amino-phényl-sulfamide a une action thérapeutique certaine sur le streptocoque, le méningocoque et le gonocoque. Pour ce dernier microbe, son action est incontestable ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux publiés jusqu'à ce jour.

Les sulfamides en usage sont nombreux. Il existe un grand nombre de spécialités. Reconnaissons qu'elles sont toutes bonnes, donnent à chacun de nous des résultats, et que l'échec avec l'un d'eux est confirmé avec un autre chez le même malade ; c'est qu'en effet, ainsi que l'a souvent rappelé mon maître le Professeur Gougerot : la façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne. Les résultats dépendent, en effet, de la façon dont ils sont donnés et éliminés. Ils agissent dans le territoire génito-urinaire : 1) par l'action microbicide de l'urine chargée de produits éliminés ; 2) par l'action microbicide du produit de sécrétion des glandes annexes de l'urèthre ; 3) par l'action microbicide du sang des capillaires dans les régions enflammées où la congestion augmente et ainsi que l'a montré Pilazzoli.

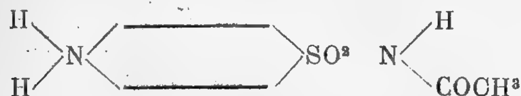
Le premier mode a été très étudié. C'est pourtant le moins utile, ainsi qu'en témoignent les essais de lavages uréthraux faits avec la sulfamide et qui jusqu'à ce jour n'ont donné aucun résultat. Farrel a montré chez le chien que la sulfamide se retrouve dans le produit de sécrétion des glandes périuréthrales, que sa concentration est plus grande que dans l'urine, ce qui devrait pouvoir expliquer la disparition presque totale des complications glandulaires dans la blennorragie. Cette sécrétion a pour conséquence l'imprégnation des voies d'excrétion que complète l'afflux sanguin d'un réseau riche autour de l'urèthre (les corps spongieux et caverneux) et des glandes du carrefour uro-génital (plexus périprostatique). Enfin, l'action sanguine est augmentée par la congestion

◆◆◆

inflammatoire du chorion sous-épithélial. Il est donc nécessaire d'administrer la sulfamide à une dose suffisante. La concentration dans le sang doit atteindre un taux permettant une diffusion utile du médicament dans les tissus environnants, rapide, continue et prolongée afin de donner un effet anti-microbien certain. Dans la grande majorité, les corps passent rapidement dans l'organisme et s'éliminent sans accumulation (sauf blocage) (1) ; ils devront être prescrits à doses rapprochées, à intervalles égaux, et forts d'emblée, afin d'obtenir une concentration rapide.

Cette médication n'est pas dangereuse, comme certains l'ont dit, si l'on veut tenir compte des doses élevées données à certains malades alités pendant plusieurs jours sans réaction d'aucune sorte. La dose mortelle de 1162 F pour le chien équivaut à 60 grammes par jour pour l'homme. On a parlé de morts par altération de la formule sanguine. On a fait du bruit autour de certains troubles de la spermatogénèse. Cependant personne n'a apporté à ce jour à notre connaissance un cas réel d'azoospermie totale. Cela ne veut pas dire que tous les malades le supportent également bien. Il y a des susceptibilités individuelles ; il y a des terrains sur lesquels il convient d'être prudent. Mais, en règle générale, les sulfamides n'offrent que des avantages. Les malades, qui supportent mal, sont souvent ceux qui éliminent mal.

Notre expérience nous prouve que les sulfamides, dont la valeur a consacré l'emploi, sont nombreux, mais il en est un que nous avons employé avec des résultats particulièrement brillants, tant par son activité que par sa bonne tolérance. Nous voulons parler du dérivé acétylé dont la formule est :



Il représente sur les précédents une modification orientée précisément dans le même sens que celle provoquée par l'organisme sur le noyau sulfamidé lors de son passage dans les humeurs. C'est la connaissance du devenir de la sulfamide livrée à l'organisme, devenu son propre pharmacien, qui a fourni cette indication précieuse de l'acétylation nécessaire pour obtenir un corps atoxique, bien que doué d'une activité maxima.

Cette sulfamide acétylée doit se prescrire à une dose plus élevée que les sulfamides pyridiniques. Alors que nous ne donnions que 4 grammes par 24 heures, avec cette sulfamide acétylée il ne faut pas craindre de prescrire 6 grammes par 24 heures pendant 48 heures, et 5 grammes par 24 heures, les 48 heures suivantes. Les comprimés doivent être donnés un à la fois à la dose totale quotidienne répartie dans les 24 heures.

La tolérance est excellente et nous n'avons jamais eu, jusqu'à ce jour, d'incidents : aucun de nos malades n'a accusé le moindre malaise, quelquefois seulement une fatigue légère qui cesse avec la médication.

Voici la technique que nous avons adoptée pour nos blennorragies simples, récentes, datant de moins de 48 heures, et localisées à l'urèthre antérieur. On sait, en effet, aujourd'hui que les sulfamides seules ne peuvent amener la guérison qu'en cas de *blennorragie simple*, non compliquée. On parvient dans 90 % des cas au résultat recherché : la disparition du gono en deux à quatre jours. Il importe donc d'examiner avec soin le malade et de dresser un bilan exact et précis des lésions lors de la première consultation. Méconnaître ce principe, c'est vouer la malade à un échec, donc à un traitement prolongé. Dans la blennorragie simple, la sulfamidothérapie est suffisante seule, à plus forte raison associée aux antiseptiques urinaires et à la pyrétothérapie vaccinale, ainsi que nous l'avons montré ailleurs (1).

Un malade, qui nous arrivera très tôt après le contage et traité par la sulfamidothérapie, évitera presque toujours la complication par le traitement extrêmement facile et court.

Au contraire, dans la blennorragie compliquée, les lavages et les soins locaux spéciaux propres à la complication en cause sont toujours nécessaires. On obtient alors des guérisons en des temps courts.

Mentionnons qu'en outre de la forme comprimé, dont nous nous sommes uniquement servis, il existe une forme injectable, dont la solution a un pH isotonique aux milieux organiques, et ceci présente évidemment des avantages. Nous n'avons pas l'expérience de ses activités antistaphylo — et antiméningococcique, que d'autres auteurs éprouvent actuellement.

(1) H. GOUGEROT et L. GROLLET. Une des causes de sulfamido-résistance : le blocage réticulo-endothélial et le déblocage par l'injection de rouge congo. (Soc. fr. de Dermatologie, 14 nov. 1940).

(1) H. GOUGEROT et L. GROLLET. Traitement express de la blennorragie. Acquisitions nouvelles : Association de la sulfamidothérapie et de la pirétothérapie vaccinale et des antiseptiques urinaires. (Soc. fr. de Dermatologie, 10 octobre 1940). — L. MICHON et L. GROLLET : A propos du traitement de la blennorragie : association de la pyrétothérapie vaccinale aux sulfamides pyridiques et aux antiseptiques urinaires. (Soc. franç. d'Urologie, nov. 1940).

LA HERNIE INGUINALE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dans un article, que nous avons publié récemment sous le même titre, le Professeur Hardouin (de Rennes) a nettement exposé les raisons pour lesquelles, hormis des cas extrêmement rares, il n'y avait pas de hernie accident. C'est donc la hernie, dite de faiblesse, et non la hernie de force, qui domine ce chapitre de pathologie. Exceptionnellement, une hernie de faiblesse, qui préexiste, peut s'étrangler ou s'aggraver à l'occasion du travail ; mais alors l'accident s'accompagne toujours d'une douleur vive, d'un état lipothymique avec pâleur de la face, sueurs froides, coliques, nausées, quelquefois vomissements ; or, ces manifestations obligent le sujet à une cessation immédiate du travail, tandis que, au niveau de l'anneau douloureux, on constate l'apparition d'une hernie de petit volume.

Aujourd'hui, nous devons à l'obligeance de M. le Docteur A.-L. Arnould de pouvoir compléter quelques données développées dans le précédent article, et d'exposer de quelle manière, il a été établi expérimentalement que : « la hernie par effort est un préjugé sans fondement, né de la confusion entre les effets physiologiques, produits par les efforts fournis pour le travail et les effets causés, des milliers de fois par jour, par le jeu de la vie ».

Cet auteur, collaborant avec M. Cocral, avait été frappé par le grand nombre de cas d'hernies inguinales, que des assurés agricoles ne manquaient jamais d'imputer à un effort exercé au cours du travail. Surprise non moins grande, la plupart du temps, les dires de ces assurés étaient confirmés par des certificats médicaux : la hernie, dite de force, avait donc pour ainsi dire conquis droit de cité dans de nombreux traités de pathologie externe.

C'est alors que, pour montrer le rôle physiologique différent des *efforts externes* et *des efforts internes*, M. Cocral imagina un appareil pour mesurer les pressions abdominales. Celui-ci se compose d'une petite ampoule en caoutchouc creux, que l'on applique à l'orifice externe du canal inguinal, et qui se fixe à l'aide d'une tige rigide partant d'une ceinture. Cette ampoule est reliée à un tube creux en caoutchouc, qui aboutit à un manomètre enregistreur, dont l'aiguille traduit les pressions subies lors des efforts, tant d'ordre externe que d'ordre interne, demandés au sujet en expérience.

(1) *Le Concou s médical*, n° 18 du 4 mai 1941, page 803.

Des vérifications ont été entreprises avec cet appareil, et une consultation chirurgicale a été demandée au Professeur Mauclaire. Celui-ci a pu constater que pendant la parole, la toux, le rire, la pression abdominale provoquait, chez un sujet *sans hernie inguinale*, une pression de plusieurs centimètres sur le manomètre ; tandis que, si on faisait soulever un poids 30 kilos, l'effort nécessaire ne provoquait aucune modifications sur le manomètre. De plus, si, à ce moment, on mettait le doigt dans l'annexe inguinal externe, on sentait le doigt serré par les piliers de l'orifice externe de l'anneau inguinal externe, et il n'y avait pas de choc contre le doigt explorateur.

Pareille constatation parut paradoxale à ce Maître, « mais enfin, dit-il, il faut se rendre à l'évidence, car elle n'est pas douteuse ; nous l'avons constatée plusieurs fois. Pour expliquer ce fait paradoxal, je pense qu'il faut admettre plusieurs variétés d'effort abdominal.

« 1° Dans l'effort de cause interne (parler, rire, toux), la direction de la force d'impulsion pousse l'intestin ou l'épiploon vers l'orifice interne, le trajet du canal inguinal et vers l'orifice externe.

« 2° Dans l'effort de cause externe (élévation d'un poids lourd), l'effort abdominal ne butte pas de la même façon contre la paroi abdominale et le muscle grand oblique, en se contractant, ferme le trajet inguinal oblique, dont la direction est oblique, et les deux piliers de l'orifice externe se rapprochent.

« En résumé, le fait de faire un effort externe provoque la contraction du muscle grand oblique, contraction qui ferme le canal au début de la hernie, mais qui ne la ferme plus, quand la hernie est ancienne et descend plus ou moins dans le scrotum ».

Des recherches complémentaires ont confirmé ces faits. A l'Hôpital Necker, on a eu recours à l'écran radiologique pour étudier le comportement du diaphragme au moment d'un effort externe, et il a été confirmé que ce muscle restait inerte lors d'un effort externe ; il ne descend pas dans ce cas, et ne peut, par conséquent, donner lieu à une augmentation de la pression abdominale.

Par la suite, le Docteur Arnould a de nouveau recherché, pour les préciser et les comparer, les sensations perçues par l'extrémité de l'index, engagé dans le canal inguinal, quand le sujet fait un effort interne (toux) et quand il fait un effort externe (soulèvement d'un poids lourd). Il a pu se rendre compte ainsi qu'en cas d'effort

interne (toux), l'index éprouve une poussée d'ordre viscéral, alors que, pendant l'effort externe (poids soulevé), il ne ressent aucune impulsion de l'intestin ; bien plus, dès le début de ce dernier effort, le doigt perçoit un resserrement des piliers, qui ferment ainsi l'orifice, par lequel la hernie pourrait faire issue.

D'autre part, il est à remarquer que cette vérification, opérée sur un sujet porteur d'une petite hernie, s'est encore révélée exacte, quand elle a été répétée sur un hernieux, *ayant une grosse hernie, après réduction de sa tumeur.* Dans ce dernier cas, les mêmes sensations digitales ont été éprouvées, mais d'une façon beaucoup plus nettement accentuée. En particulier, on se rendait compte que l'index s'opposait franchement à la sortie de la hernie, lors de l'effort interne et que, lors de l'effort externe, le resserrement des piliers s'avérait très facile, chez un vieil hernieux ; de plus, l'index ne percevait pas d'impulsion de l'intestin.

Ces résultats sont donc en parfaite concordance avec ceux donnés par l'appareil et avec ceux fournis par la radioscopie.

Enfin, *le resserrement des piliers lors de l'effort externe* permet d'expliquer le phénomène de la « piquée » ou de la douleur, accusé par les hernieux, puisque la hernie, déjà constituée avant l'effort, se trouve *pincée lors de l'effort*, par la contraction de l'anneau inguinal. La douleur, la piquée n'est donc que la signature de la *préexistence* de la hernie.

En résumé, l'étiologie de la hernie inguinale, imputée par erreur, bien que de très bonne foi, par de nombreux praticiens à un effort externe, était jusqu'ici une *question, dont l'étude* scientifique et rationnelle avait été totalement négligée. Cette étiologie, admise sans contrôle, et en quelque sorte par routine, était d'autant plus plausible, *a priori*, que les dires de tous les hernieux militent en sa faveur.

Le mérite de ces expériences est d'avoir clairement établi qu'une telle étiologie ne résiste pas à un examen approfondi et consciencieux des faits.

« En réalité, l'étiologie de la hernie inguinale est exclusivement d'origine interne, et résulte généralement d'efforts internes répétés : (toux, défécation, éternuements, etc.). De plus, si l'on veut bien y réfléchir, la hernie ne peut se produire que chez des prédisposés, c'est-à-dire chez des sujets dont le canal inguinal s'est insuffisamment oblitéré, après la migration du testicule dans les bourses chez l'homme, ou dont la musculature abdominale insuffisante ne peut résister aux efforts *internes* répétés. De tels sujets sont fatalement destinés à devenir hernieux, et ces sujets sont légion.

C'est pourquoi les chirurgiens consciencieux, qui ont opéré des quantités de hernies, ne peuvent, vu les données anatomiques qu'ils ont sous les yeux, qu'abonder dans le sens de la hernie de faiblesse d'origine congénitale. Ils trouvent, le plus souvent, un canal non oblitéré et des piliers et des muscles insuffisants. Cette insuffisance est prouvée par les récidives trop fréquentes, en dépit d'excellentes méthodes d'intervention soigneusement effectuée.

« Ce qui vient d'être exposé s'applique aussi en grande partie aux autres variétés de hernies (crurale, ombilicale, etc.) ». (Arnould).

La hernie dite « de force » est donc à éliminer de la pathologie.

G. FISCHER.

CONSIDÉRATIONS SUR 153 CAS D'ANÉVRYSMES DE L'AORTE

Le Docteur C. BONCIU présente dans la *Revue roumaine de médecine légale*, une statistique (reproduite *in* thèse de Guttmann) concernant 153 cas d'anévrysmes de l'aorte constatés au cours d'autopsies faites à l'Institut de médecine légale de Bucarest.

Dix-huit fois, il existait des anévrysmes multiples, le total ayant été ainsi de 182 anévrysmes, dont 83 sur la crosse, 63 sur l'aorte ascendante et les autres sur diverses parties de l'artère. Le volume des anévrysmes variait de la petite ectasie à la grosseur d'une tête d'adulte.

Le sexe masculin a été le plus frappé (les 2/3 des cas), l'âge le plus atteint ayant été : 40 à 60 ans chez l'homme ; 30 à 40, et 50 à 70 chez la femme.

Dans la plupart des cas (130), la mort a été subite et sans intervention d'un facteur externe ou d'un trop grand effort ; 97 fois, il y a eu mort par rupture de l'anévrysme, le sang s'étant alors épanché dans le péricarde (anévrysmes de l'aorte ascendante principalement), la plèvre, la trachée, la bronche gauche, etc.

Dans tous les cas, on a trouvé soit une aortite chronique spécifique, avec ou sans lésions spécifiques des viscères, soit des lésions athéromateuses.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le cancer expérimental provoqué par les composés chimiques organiques

On connaît le pouvoir cancérigène du goudron de houille, et sa reproduction expérimentale ; on a pu également isoler certains carbures cancérigènes. MM. G. ROUSSY et M. GUÉRIN mettent au point le résultat de leurs travaux sur les composés chimiques organiques, et démontrent que ceux-ci peuvent provoquer des tumeurs à peu près au niveau de tous les tissus et de tous les organes. La preuve en est faite expérimentalement. Certaines de ces substances chimiques cancérigènes présentent des rapports étroits avec les hormones sexuelles et avec les sels biliaires ; seules, de légères différences de structure les séparent.

A l'Institut du cancer de Paris, en utilisant la partie insaponifiable de l'extrait hépatique, Sannié, Truhant et Guérin (1940) ont provoqué chez la souris, des sarcomes sous-cutanés au point d'injection chez 30 pour 100 des animaux, pourcentage analogue à celui obtenu avec des solutions faibles de benzopyrène ou de méthylcholanthrène.

Si ces premiers résultats étaient confirmés, la démonstration de la formation, chez l'homme, de corps cancérigènes comparables aux composés chimiques organiques serait faite. On pourrait alors explorer un domaine nouveau, riche de promesses, qui permettrait peut-être de trouver un jour le moyen de déceler la cause de certains cancers viscéraux, dont le point de départ nous échappe encore complètement. (*La Presse médicale*, 29 mars 1941).

Le drainage par aspiration des cavernes tuberculeuses

Le Docteur MONALDI a recommandé cette méthode dès 1932 à l'Institut Forlanini de Rome; il en fait un exposé détaillé, qu'il base sur 400 observations. De son côté, le Docteur A. SARTORIUS étudie ce procédé ; son expérience personnelle est basée sur 27 cas. Alors que les différents moyens de collapsothérapie s'efforcent de mettre au repos le poumon et d'agir en somme sur la région malade par une compression externe, l'aspiration agit à l'intérieur de la caverne. On entretient ainsi dans cette cavité une pression négative, qui élimine toutes les sécrétions, et tend à rapprocher les unes des autres ses parois. La caverne disparaît progressivement, et cela d'autant mieux qu'elle est de formation plus récente.

Il sera d'abord nécessaire de s'assurer qu'une symphyse des feuillets pleuraux s'est réalisée au niveau où se projette la caverne, ceci afin d'éviter la production d'un empyème. Les dimensions et la situation de la caverne ayant été repérées à la radio, le patient est couché horizontalement. Après asepsie et anesthésie locales, on enfonce une aiguille munie d'un mandrin ; puis, s'étant assuré que l'on est parvenu dans la cavité, on ponctionne avec un trocart ; il est même possible de réaliser à ce moment une utile endoscopie ; enfin, un cathéter en gomme est introduit dans les meilleures conditions pour que la cavité puisse être convenablement vidée ; le cathéter, fixé à la paroi thoracique, est enfin relié à un système d'aspiration, muni d'un manomètre à eau, dont la pression est réglée entre 15 et 30 cent. cubes d'eau. Au bout du deuxième jour seulement, on commence l'aspiration ; le nombre des séances quotidiennes (8 à 12) est réglé d'après les conditions de tolérance individuelle du patient. Au début, les sécrétions évacuées sont légèrement sanguinolentes ; puis, elles deviennent plus fluides, plus rares, et perdent leur caractère purulent. Les bacilles se raréfient peu à peu, puis ils disparaissent. Finalement, l'exsudat n'est plus que séro-sanguinolent. Le traitement prend fin, lorsque la caverne n'est plus décelable à la radio, et que, depuis un minimum de trois mois, les sécrétions ne contiennent plus de bacilles.

A. Sartorius, jusqu'à plus ample informé, ne conseille ce drainage aspiratoire que lorsqu'il est impossible d'employer les méthodes habituelles de traitement, ou lorsqu'on n'a pas la certitude d'en obtenir avec quelque chance la guérison. Ce procédé n'est applicable qu'aux cavernes de grandes dimensions, isolées, et de préférence entourées d'un parenchyme pulmonaire sain. Les meilleurs résultats sont obtenus avec les cavernes récentes, à parois peu épaisses. A la suite de ce traitement, il ne subsiste aucune fistule. Les processus caséeux, avec fonte pulmonaire rapide, constituent une contre-indication.

Le Docteur Monaldi considère la méthode comme pleine d'avenir, étant donné les résultats favorables qu'il en a déjà obtenus ; bien qu'il soit encore impossible de porter un jugement définitif, celle-ci mérite d'occuper une place importante dans la thérapeutique de la tuberculose. (*Munch. Mediz. Wochenschrift*, 18 avril 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Règles pratiques de l'examen électro-encéphalique des épileptiques

(M. A. BAUDOUIN ; 8-4-1941)

M. Baudouin expose les règles générales qu'il conseille pour pratiquer l'examen électro-encéphalographique chez les épileptiques. Dans un prochain mémoire, il indiquera les résultats de ces examens.

Utilisation du chlore, du nickel et du cuivre en injection intra-veineuse

(M. A. MANSON. — Présentation par M. LEVADITI ; 8-4-1941)

La métallothérapie comporte des acquisitions modernes importantes. L'or, par exemple, est utilisé contre la syphilis, la tuberculose, le rhumatisme chronique, les infections à streptocoques. M. Manson signale l'action antiseptique des injections intra-veineuses de chlorures métalliques chlorés. Il emploie une solution de chlorures de nickel et de cuivre dans l'eau, additionnée de liqueur de Labarraque et d'alcool. Il a expérimenté la dite solution dans les cas les plus variés : septicémie puerpérale, tuberculoses locales, fièvre typhoïde même. Les résultats ont été encourageants.

Interrelation entre l'hormone cortico-surrénale et l'acide ascorbique

(M. A. GIROUD ; 8-4-1941)

D'un ensemble de faits, dont une partie se retrouve chez l'homme, on peut conclure, dit l'auteur, à l'importance du facteur C dans la fonction surrénale : sécrétion de l'hormone et activité de cette dernière. De ces particularités on devra tenir compte tant du point de vue physiologique que du point de vue thérapeutique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus cæcal par embolie mésentérique

(M. P. GUÉNIN. — Rapport de M. PETIT-DUTAILLIS ; 5-2-1941)

La question des infarctus intestinaux est toujours à l'étude. M. Guénin ajoute une intéressante contribution à cette étude à propos d'un cas observé par lui dans le service du Professeur Gosset. Le malade, âgé de 44 ans, admis dans les salles de M. Petit-Dutaillis pour une radiographie cérébrale (ventriculographie), est pris, la veille de l'intervention projetée, de douleurs abdominales droites et de nausées. Ventre souple. T. à 37°5. Pensant à une colique appendiculaire, on fait mettre de la glace sur l'abdomen. Puis, s'arrêtant au diagnostic d'attente de colite aiguë, on remplace la glace par des applications chaudes. Le ventre continuant à être douloureux, avec défense musculaire cette fois, une laparotomie est pratiquée : l'appendice est sain, mais le cæcum est de teinte violacée, aubergine. On extériorise cet organe. Le malade meurt le lendemain matin.

Cette observation montre, une fois de plus, les difficultés parfois insurmontables du diagnostic clinique des infarctus intestinaux. Son intérêt réside surtout dans la constatation nécropsique qui révéla un embolus du tronc de l'artère mésentérique supérieure. Elle incite à la prudence avant de ranger un infarctus intestinal dans la catégorie des infarctus inexpliqués, cryptogénétiques (infarctus des chocs d'intolérance de M. Grégoire).

— M. AMELINE signale un signe de l'infarctus intestinal : l'état d'agitation inquiète du malade, qui contraste avec l'immobilité angoissée des péritonitiques.

A propos du traitement des plaies de poitrine

(MM. Robert MONOD et KOURILSKY ; 5-2-1941)

Il est classique de dire que le choc et l'hémorragie sont les deux dangers auxquels les blessés du thorax se trouvent immédiatement exposés et que notamment l'infection est rarement menaçante d'emblée en pareil cas. M. Robert Monod réagit contre cette dernière opinion. Il a été frappé de la relative fréquence, de la gravité et de l'évolution parfois très rapide des complications infectieuses chez des blessés du thorax observés à l'avant. Il conseille une thérapeutique inspirée de cet état de choses.

Préventivement, dit-il, on s'adressera à la sulfaminothérapie. Il lui paraît logique, d'autre part, de recourir à l'extraction immédiate des corps étrangers intra-thoraciques, beaucoup plus fréquemment que ne le conseillent les données classiques actuelles. Dans les plaies transfixiantes sans projectile inclus, avec un hémothorax minime, la règle certes est de temporiser et de s'en tenir au traitement de la plaie pariétale. De même, dans les projectiles centro-lobaires profondément situés en plein parenchyme, qui sont généralement bien tolérés et dont l'extraction à froid se fera plus tard dans de meilleures conditions. Par contre, traiter par thoracotomie large, les plaies avec éclat juxta-pleural, coexistence de fractures de côtes ou de l'omoplate.

— M. André RICHARD approuve ces pratiques contre-abstentionnistes. En février 1918, il formulait déjà des conclusions favorables à l'extraction rapide (dans les six heures environ, période d'asepsie pratique) des corps étrangers thoraciques.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES VIEILLES ÉQUIPES

En recevant dernièrement de mon ami Robert, président du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Indre, les circulaires qui mettent les confrères de son département au courant de l'organisation nouvelle de la médecine, je me plaisais à en admirer la concision, la clarté, l'autorité et je me disais que la solide éducation que Robert avait reçue des choses professionnelles, en collaborant à la vie confédérale et à l'action syndicale, lui permettait de prendre en mains utilement dans son département la direction de l'Ordre et d'exercer une action utile.

Si quelques-unes de ces vieilles équipes sont restées à flot et font un travail utile, sachons que dans bien des départements beaucoup des éléments directeurs sont nouveaux et qu'il y aurait intérêt à ce qu'une collaboration effective s'établisse entre les nouveaux et les anciens.

Il serait désirable que de part et d'autre un effort soit fait, laissant de côté tout amour-propre, pour que les vieux lutteurs apportent le fruit de leur expérience, et que les nouveaux dirigeants animés d'un large esprit ne négligent pas systématiquement ce qui a été fait de bien avant eux.

Il suffit de lire les premières directives données par le Conseil de l'Ordre pour se rendre compte que les questions qui se posent aujourd'hui sont exactement les mêmes qu'hier et il faut que le travail fait depuis vingt ans serve aux organisations nouvelles. L'Ordre des médecins dispose d'une autorité, je dirai même d'une puissance que n'ont jamais connue nos syndicats : il groupe en effet obligatoirement tous les médecins qui exercent, alors que bien des confrères, et souvent les plus agressifs, échappaient à l'autorité syndicale, et ne reconnaissaient point ses disciplines. Je ne sais si quelques-uns de ces francs-tireurs appartiennent aujourd'hui aux conseils départementaux, mais ils se plairont j'en suis sûr à reconnaître que les syndicats avaient su former des équipes de praticiens capables de mettre au point bien des questions et que c'est en se reportant à leurs rapports, à leurs travaux et à leurs interventions, qu'ils éviteront des pertes de temps et trouveront des renseignements précieux.

Je crois intéressant pour tous nos lecteurs de résumer la circulaire n° 3 la plus substantielle : adressée aux confrères de l'Indre ;

Nous recommandons à votre attention la présente circulaire, importante à plusieurs points de vue.

Une constatation préalable, après la lecture du très important courrier reçu par le Président et le Secrétaire du Conseil départemental de l'Ordre des médecins :

— D'une part, beaucoup de nos confrères ne portent pas une attention suffisante à la lecture des circulaires qui leur sont adressées ;

— Par suite, ils ignorent les décisions prises et les règlements ou lois actuels régissant l'exercice de la médecine ;

— Il en résulte :

Des malentendus ;

Un courrier inutile ;

Une perte de temps préjudiciable à tous.

Deux conclusions s'imposent :

1° Nécessité absolue pour tous nos confrères de lire complètement les documents que nous leur adressons. Il ne s'agit pas d'essais littéraires, mais de documents utiles. Au surplus, que ceux qui se dispensent de lire se dispensent également d'écrire.

2° Nécessité de résumer une dernière fois, dans cette circulaire n° 3, toutes les circulaires et lois actuellement en vigueur et intéressant l'Ordre des médecins.

Il faut savoir que le Conseil départemental de l'Ordre ne fait pas la loi, mais qu'il est décidé à la faire respecter par tous, avec justice, mais aussi avec fermeté.

Il ne faillira pas à ce rôle qui lui est imposé.

Organisation corporative de la profession médicale

Il n'est pas inutile de préciser quel est le rôle de l'Ordre des médecins.

L'Ordre, composé uniquement de médecins, a, dans ses attributions, la défense des droits et des intérêts matériels des praticiens.

Il est chargé de maintenir la discipline intérieure, d'assurer le respect des lois et règlements en vigueur. Il a la garde de l'honneur professionnel et de la moralité médicale. Ces intérêts moraux et matériels ne sont pas dissociés de ceux de l'intérêt public.

L'Ordre cependant ne peut connaître que de l'activité professionnelle des médecins praticiens et de ses relations avec ses confrères. Le domaine scientifique lui est absolument interdit. C'est ce qu'a affirmé le Conseil supérieur de l'Ordre dans une déclaration que plusieurs journaux médicaux ont publiée : « L'indépendance professionnelle du médecin sera intégralement respectée. La médecine, non fonctionnarisée, demeurera une profession libérale au sens le plus élevé du mot ».

Avec des pouvoirs nouveaux, l'Ordre sera un organisme d'organisation professionnelle, de contrôle et de juridiction.

Le médecin doit avoir l'estime et la confiance du public. L'Ordre, en contrôlant l'activité médicale, contribuera à donner à la profession médicale un lustre qui, parfois, s'était un peu terni.

Les cabinets multiples

Cette question est parfaitement mise au point par les trois premières circulaires du Conseil supérieur de l'Ordre.

La décision de l'Ordre est formelle : Il est abso-

lument interdit d'avoir plusieurs cabinets de consultation, même en payant plusieurs patentes.

Voici les termes exacts des circulaires sur ce point ;

Les médecins ayant des cabinets multiples seront prévenus que, dans un délai de trois mois, ils auront à réduire leur activité, et à désigner le lieu où ils veulent exercer définitivement. (Circulaire n° 1 du 9 janvier 1941).

L'attention des Conseils départementaux est attirée sur la nécessité absolue qu'il y a à ne plus autoriser les doubles installations (même avec double patente) dans deux villes différentes. Il va de soi que ceci ne peut s'entendre des spécialistes qui vont à jour fixe dans un sanatorium, par exemple (chirurgie pulmonaire, oto-rhino-laryngologiste, etc.) On ne peut admettre qu'un même chirurgien fasse deux services d'hôpital dans deux villes différentes. (Circulaire n° 2).

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a été saisi de plusieurs réclamations concernant les cabinets multiples, et surtout l'exercice de la chirurgie, dans plusieurs centres, par le même chirurgien, auquel une organisation dichotomique à 50 % assure des appels en toutes circonstances.

Les conditions mêmes de la pratique de ces chirurgiens très occupés font que les opérations d'urgence sont souvent retardées au-delà de ce qui doit être. De plus, ces déplacements, à grande distance exigent des consommations d'essence inadmissibles dans les circonstances actuelles.

Le Conseil supérieur rappelle aux Conseils départementaux :

1° Que la dichotomie est interdite ;

2° Que la pratique des maisons de santé multiples et des services d'hôpitaux multiples est interdite sauf cas particuliers dont l'Ordre est seul juge ;

3° Qu'un chirurgien, domicilié dans une ville déterminée, et y exerçant la chirurgie, ne doit pas cumuler la pratique de deux ou trois hôpitaux sis dans des villes plus ou moins distantes.

Il demande donc que les Conseils départementaux mettent fin à ces manières de faire, répréhensibles au point de vue de l'honorabilité médicale, et contraires à l'intérêt des malades.

Les autorisations nécessaires devront être données à de jeunes chirurgiens pour s'installer là où il y a un hôpital chirurgical dont le service n'est pas assuré par un chirurgien local. (Annexe à la circulaire n° 2).

La question est donc définitivement tranchée. Il est indispensable que chacun de ceux qui sont atteints par ce règlement fasse le nécessaire pour que, dans les délais prescrits dans la circulaire du 9 janvier 1941, leur situation soit exactement connue du Conseil départemental de l'Ordre.

Ici comme ailleurs, nous ne faisons pas la loi, mais nous sommes décidés à la faire appliquer sans aucune dérogation. Le Corps médical se doit de prouver par sa discipline qu'il appartient effectivement à l'élite de la Nation et qu'il constitue un des meilleurs éléments du redressement national.

Le Conseil départemental est sûr que son appel sera entendu, pour si désagréable qu'il puisse être à quelques-uns.

Inscription sur le Tableau de l'Ordre

1° Qui doit être inscrit au tableau ?

Tous les médecins, même fonctionnaires totaux ou partiels (1), à l'exception des médecins militaires en activité. Contrairement à ce qui avait été dit dans la Circulaire n° 1 du Conseil supérieur, la patente n'est plus un critérium.

2° Comment s'inscrire ?

Tous les médecins devront, dans les délais les plus brefs, après avoir rempli le supplément ci-inclus à notre premier questionnaire, signer la formule annexée à cette seconde demande de renseignements.

3° Prestation du serment.

1) Pour les médecins installés avant le 1er septembre 1939 :

Chaque médecin recevra une lettre recommandée avec avis de réception contenant la formule du serment qu'il suffira de retourner au Secrétariat après l'avoir datée et signée.

2) Pour les médecins installés après le 1re septembre 1939 :

La prestation de serment aura lieu dans une séance publique spéciale. Le serment sera reçu par le Conseil départemental de l'Ordre.

La question de l'essence

Comment est faite la répartition ?

Le Conseil départemental est seul responsable de cette répartition.

Il a établi une répartition de l'essence sur la base d'une dotation de 16.000 litres. La liste établie permet ainsi la répartition de chaque mois en établissant une proportion arithmétique par rapport aux chiffres de la liste de base.

Sauf cas exceptionnels, il n'y a donc pas lieu chaque mois, de faire au Secretaire un long exposé de vos besoins d'essence normaux. A son grand regret, il ne peut vous donner satisfaction. Vous perdez du temps à écrire, et lui à vous lire.

Rappelons-nous que nous vivons des temps anormaux et que les médecins comme les autres, doivent se rationner.

Il est agréable de constater que, dans l'ordre d'idée qui nous occupe, le Corps médical donne, dans l'ensemble, un bel exemple de discipline civique et de solidarité nationale.

Nous n'en avons que plus d'autorité pour empêcher des abus que, tous, nous connaissons, et que le Conseil de l'Ordre se fait un devoir de signaler aux services intéressés. Ici comme ailleurs, le temps de l'égoïsme est révolu, une seule devise : « Un pour tous, tous pour chacun ».

Les médecins, en donnant l'exemple, acquerront le droit d'exiger qu'on les imite.

Comment faire votre demande de bons d'essence ?

Inutile, en principe, d'ajouter un mot. La répartition est automatique. Il reste, cependant, bien entendu que le Conseil conserve toujours le droit de procéder mensuellement à tel ou tel réajustement particulier, en plus ou en moins, selon les cas et selon les circonstances qui pourraient se présenter.

Au cas où le Secrétaire ne recevrait pas, avant cette date, l'enveloppe timbrée à votre nom, vous risquez de n'avoir pas d'essence pour le mois. Un peu de discipline de votre part facilitera singulièrement le travail du secrétariat, ce dont nous vous remercions à l'avance.

Donc, tous les mois, avant le 25, envoyez au secrétariat de l'Ordre : une enveloppe timbrée portant votre adresse.

Les médecins sont tenus de s'affilier à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales.

Voici un texte ministériel qui précise cette obligation :

Ministère de la Production Industrielle et du Travail — Vichy, le 17-2-1941.

à Messieurs les Présidents des Caisses d'allocations familiales de travailleurs indépendants,

. . . .

Je vous signale, toutefois, que les membres des

(1) A condition qu'ils exercent la médecine, c'est-à-dire participent au traitement des maladies (N.D.L.R.)

professions médicales disposant d'une Caisse nationale (Adresse : 10, rue du Plat, à Lyon) agréée par mon département (*J. O.*, du 13 septembre 1940) ; sont obligatoirement tenus de s'affilier à cette Caisse.

Je ne m'opposerai pas, cependant, à ce que les membres des professions libérales déjà inscrits à une Caisse locale restent provisoirement adhérents à la dite Caisse, leur situation devant être régularisée dans les mois à venir.

Subvention du groupement « Médecine et famille »

Dans sa séance du 4 mars 1941, le Conseil départemental de l'Indre a voté une subvention de 200 francs pour le groupement de « Médecine et Famille » de zone libre.

Médecin interdit

Par décision ministérielle, le Docteur X..., fils d'étranger de nationalité roumaine, autorisé provisoirement à exercer, a reçu l'ordre de cesser l'exercice de sa profession.

Cotisation

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans la précédente circulaire, la cotisation annuelle à l'Ordre départemental des médecins de l'Indre, a été provisoirement fixée à 300 francs (dont 150 destinés au Conseil supérieur).

Le Trésorier de l'Ordre va incessamment mettre en recouvrement la cotisation de l'année 1941.

Le Conseil départemental de l'Ordre,

Dr L. Robert, président ; Dr Asselin, secrétaire ; Dr Deloulay, trésorier ; Dr Chataignon, Dr Félix.

Ainsi par l'action de cette seule circulaire, les confrères du département sont renseignés sur les points essentiels, ils savent les noms des étrangers qui ne peuvent plus exercer, alors que pour tant d'autres départements, on en est encore à se demander à qui ce droit a été retiré. L'ordre vous prévient que tel ou tel est un illégal, qu'on ne saurait se rencontrer avec lui en consultation et le considérer en confrère et il devient alors facile de limiter et de supprimer son action.

J'aurais aimé trouver dans ces circulaires un peu plus de renseignements sur la manière dont on envisage la question de la dichotomie. Robert se contente de nous dire qu'elle est interdite. Sans mettre sa parole en doute, je reste un peu sceptique sur cette suppression, et je crois que dans bien des départements, les habitudes d'autrefois continuent et que rien n'a été modifié dans les rapports... financiers entre médecins et chirurgiens. C'est pourtant là que le public attend les conseils de l'Ordre et il faudra bien qu'on commence à envisager cette question autrement que d'une manière négative, c'est-à-dire en feignant de l'ignorer. Sur ce point particulier on reprendrait utilement le travail qui a été fait autrefois par les vieilles équipes, soit au Syndicat des chirurgiens français, soit à la Confédération. On y trouverait groupées les objections faites à tous les systèmes de partage clandestin d'honoraires : il serait peut-être utile aussi de se reporter aux numéros de notre *Concours Médical* où toutes ces réformes ont été étudiées depuis bien des décades et où les solutions proposées pour réorganiser la médecine sur des bases rationnelles pourraient être reprises avec profit.

Comme je l'ai déjà écrit, c'est sur ces importantes réformes qu'on jugera des réformateurs, beaucoup plus que s'ils se contentent de faire passer sous leur autorité des œuvres ou des organisations prospères et agissantes, qui auraient tout à perdre en abandonnant leur caractère privé. En se transformant, pour passer sous l'autorité de l'ordre, elles perdront du même coup les animateurs qui les ont enrichies, qui les ont vu grandir, qui les connaissent, qui savent les moyens de les développer et elles risquent au lieu de secourir la profession de devenir des charges lourdes et préoccupantes, pour les dirigeants qui ont tant d'autres choses plus urgentes à réformer.

C'est sur les vieilles équipes composées d'esprits rassis, bien au courant des questions professionnelles que nous comptons pour s'attaquer à ces questions difficiles, pour porter la hache partout où elle est nécessaire. L'Ordre leur fournira des moyens d'action qui ont manqué à la Confédération et forts de leur autorité nouvelle, sans avoir à se soucier de leur réélection, ils pourront interdire et punir les publicités intempestives, chasser les étrangers indésirables et les illégaux, surveiller les combinards plus soucieux de leurs deniers que de ceux de leurs malades, et tous ces confrères heureusement rares qui ne faisaient point honneur à notre profession.

C'est seulement quand on aura fait maison nette qu'il sera possible de s'attaquer à des réalisations assez complexes comme celles que réclament les défenseurs du système corporatif, pour lequel, je le crois, nous ne sommes point encore mûrs.

La propriété du métier en particulier se heurte à des difficultés si grandes actuellement qu'elle suffirait à elle seule à faire échouer tout essai d'organisation corporative.

Sous la direction nouvelle de l'Ordre, c'est le travail déjà commencé qu'il faut continuer en profitant de l'avantage énorme que nous donne la création du Conseil national de l'Ordre qui remplace ce parlement au petit pied qu'était l'Assemblée générale confédérale.

Comme par le passé, il importe cependant que chaque médecin s'intéresse à sa profession, qu'il fasse part de ses suggestions, de ses idées, et à ce point de vue nous pensons qu'un journal comme le nôtre qui s'est tenu continuellement en contact avec tous les praticiens doit ouvrir largement, comme nous venons de le faire, ses colonnes, à tous ceux qui veulent que le sort du médecin s'améliore.

Nous comprenons tous qu'au lendemain de 1940, cette année terrible, les situations vont

être changées, qu'il ne sera plus possible de s'enfermer dans un individualisme stérile et que la médecine française débarrassée de ses éléments impurs doit se réformer elle-même. Il est nécessaire que les gains de chacun tendent à s'uniformiser, que l'égoïsme diminue et que la défense des situations acquises ne résume pas pour quelques-uns le programme de leurs revendications. Il faut saluer la décision récemment prise de supprimer les cabinets multiples qui met fin à un abus évident permettant par exemple à des spécialistes de pratiquer simultanément dans les hôpitaux de plusieurs villes et d'empêcher ainsi par cette action multiple l'installation de nouveaux confrères.

Il est probable que nos colonies offriront des possibilités nouvelles d'exercer quand on connaîtra mieux leur organisation médicale. On trouvera dans ces territoires où il y a beaucoup à faire au point de vue de l'hygiène et de la Santé publique, le moyen de placer les médecins en surnombre qui végètent dans les villes, faute de savoir où il leur est possible de se créer une situation intéressante.

C'est par l'étude et par la réalisation de toutes ces réformes que la médecine française prenant conscience d'elle-même échappera à une fonctionnarisation que d'aucuns réclamaient comme une solution facile et dont les inconvénients dépassent certainement les avantages. Une profession réglementée, où chacun conscient de son rôle se plie aux nécessités d'une discipline commune est préférable à un corps de fonctionnaires hiérarchisés où il serait à craindre que disparaissent l'esprit d'entreprise, et le goût de la recherche scientifique, éléments indiscutable du progrès.

C'est à n'en pas douter le désir de ceux qui sacrifiant des situations importantes ont accepté de diriger notre réorganisation ; en leur apportant la collaboration désintéressée de tous les praticiens qui veulent voir leur profession sortir de l'impasse où elle était engagée, on peut être assuré que la médecine française tout en demeurant une profession libérale au sens le plus élevé du mot, prendra une part importante au relèvement général du pays.

Docteur Raphaël MASSART

ACCIDENTS DU TRAVAIL

❖ ❖

LE TARIF EST-IL LIMITATIF EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION ?

A la suite de notre dernier article sur le caractère limitatif du tarif ministériel dans le domaine général, et le maintien de l'entente directe dans le domaine agricole, nous avons reçu diverses demandes de précisions, portant notamment sur le cas de l'hospitalisation, que nous avions laissé de côté. Rappelons-en aujourd'hui les grandes lignes.

Sous le *régime général*, tout d'abord, l'art. 4 § 9 prévoit que l'employeur est *seul tenu* du paiement... des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens conformément au tarif de responsabilité patronal. L'art. 30 dudit tarif accorde pour l'acte opératoire ou l'intervention les mêmes *honoraires que ceux prévus pour les soins à domicile* ou au cabinet sous une double réserve : les actes d'un prix inférieur à 40 francs et les pansements ne donnent pas lieu à un honoraire spécial, toute journée d'hospitalisation donne lieu à un honoraire forfaitaire de 6 francs par jour.

Sous le *régime agricole* (régime antérieur) nous retrouvons l'ancien art. 4 § 3 d'après lequel le chef d'entreprise *est seul tenu* dans tous les cas... des frais d'hospitalisation qui, *tout compris*, ne pourront dépasser le tarif de l'assurance médicale gratuite majoré de 30 %. Rappelons qu'à cette règle la jurisprudence de la Cour de Cassation a eu l'occasion d'apporter *diverses exceptions*.

Tout d'abord l'admission d'un accidenté du travail dans une clinique privée lorsqu'elle est imposée par *l'urgence*, le caractère particulièrement *grave* de la lésion, ou la nature *spéciale* des soins à donner permet au médecin de la clinique de réclamer au chef d'entreprise ou à son assurance des honoraires excédant le tarif légal. (Cass. req., 18 nov. 1925, 12 déc. 1927. Cass. civ., 25 juillet 1935, 15 juillet 1936, 15 mars 1937).

En second lieu le chef d'entreprise qui fait admettre l'accidenté en clinique peut parfaitement *s'engager personnellement*, soit de manière expresse, soit de manière tacite, à payer des honoraires calculés conformément au droit commun. (Cass. Req., 28 avril 1926, 12 décembre 1927).

Enfin l'exploitant agricole, assujetti facultatif, soigné sur sa demande en clinique privée s'est engagé contractuellement à l'égard du praticien choisi par lui indépendamment de la loi sur les accidents du travail. (V. note Cass. civ., 8 février 1932). Il doit donc honorer ce dernier sur la base du droit commun.

Il n'est pas interdit de penser que les principes de jurisprudence seront repris par la Cour suprême à propos de l'application du nouvel article 4 § 9 du régime général. Concluons donc en disant que le tarif légal est limitatif en matière d'hospitalisation... sauf exceptions.

Jean MIGNON.

A PROPOS DE LA CONSTITUTION DE L'ORDRE



QUELLE PEUT ÊTRE L'EFFICACITÉ DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES PRONONCÉES PAR LES CONSEILS DE L'ORDRE ?

Pour rendre efficace la discipline professionnelle l'art. 13 de la loi du 7 octobre a prévu tout d'abord deux sanctions purement morales : l'une personnelle : le blâme en chambre du Conseil, l'autre publique : l'avertissement avec inscription au dossier. Si l'intéressé est insensible aux peines atteignant uniquement son honneur professionnel, la loi permet de recourir à deux moyens de coercition qui, au premier abord, apparaissent très efficaces : la suspension à temps, la suspension définitive du droit d'exercice.

Mais supposons qu'un Conseil prononce une telle suspension. Quelle en sera la valeur et l'efficacité ? Celui qui en fait l'objet pourra-t-il continuer en fait, en dehors de l'Ordre, à pratiquer son art, et faire à ses confrères une concurrence d'autant plus âpre qu'elle échapperait dorénavant à toute règle professionnelle ?

Remarquons, avant toute réponse, que l'Ordre ne dispose que d'un pouvoir disciplinaire, corporatif, non judiciaire. La sanction directe la plus extrême qu'il puisse prononcer ne peut être que l'exclusion du groupe. C'est à la loi seule, et aux tribunaux de droit commun dans les limites des prévisions légales qu'il peut appartenir de mettre en action contre quiconque, la puissance publique répressive. Or, le Code de déontologie n'est pas une loi, ni même un règlement administratif. On ne peut donc invoquer en sa faveur l'art. 471, 15° du Code pénal qui punit d'amende « celui qui aura contrevenu aux règlements légalement faits par les autorités administratives ».

Mais nous dira-t-on la chose est bien plus simple : nul ne peut exercer d'après la loi s'il n'est membre de l'Ordre. Tous ceux qui exclus continueraient à pratiquer leur art se rendraient donc automatiquement coupable d'exercice illégal, au même titre que le rebouteux ou le faiseur de miracle.

Hélas, nous rencontrons ici au nouveau principe de notre droit pénal, découlant directement de l'adage *nullum crimen sine lege* : *les textes pénaux doivent être interprétés restrictivement.* Or, que dit l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 : « Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui non munie du diplôme de docteur en médecine... prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ».

Par suite tout médecin, diplômé d'Etat, qu'il soit étranger, naturalisé, de père non français, ou en marge de l'Ordre, peut continuer l'exercice de son art sans contrevenir à la loi pénale.

C'est la conclusion à laquelle aboutit également l'un des commentateurs les plus autorisés de la loi du 7 octobre, M. J. Doublet, maître des requêtes au Conseil d'Etat, dans son étude parue au Dalloz critique, (1941, législation page 32).

Faut-il conclure maintenant à l'impuissance actuelle totale des Conseils de l'Ordre à l'égard des réfractaires ? Nous ne le pensons pas.

Il est une autre méthode en effet, pour atteindre dans son patrimoine le médecin que le caractère moral d'une sanction de l'Ordre laisserait indifférent. Nous voulons parler de l'impossibilité pour lui de percevoir des honoraires. Expliquons-nous : il est malheureusement bien évident qu'on ne saurait empêcher la rémunération directe du client au médecin. Mais là où l'intervention est possible, avec de solides bases légales, c'est le domaine du tiers-payant.

Dans les principaux cas, en effet, de médecine sociale, l'effet civil des suspensions disciplinaires est de priver le praticien de toute action en paiement d'honoraires contre ce tiers responsable.

En matière d'assistance médicale gratuite tout d'abord, les règlement départementaux permettent généralement le retrait d'agrément aux médecins qui se sont rendus coupables de graves violations à son encontre, sous réserve bien entendu du contrôle de la juridiction administrative.

De même, l'art. 64, § 10 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre a prévu l'imputation aux praticiens des sommes indûment réclamées à l'Etat, et la prononciation éventuelle d'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux pensionnés, exclusion efficace puisque comme dans le cas précédent, le médecin n'a d'action en paiement que contre le tiers-payant et non contre le malade.

La loi sur les Assurances sociales soumet le médecin traitant au « contrôle technique ». Parmi les sanctions que peut prononcer la Commission supérieure de contrôle figure l'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux assurés sociaux, Pour donner à cette sanction une efficacité certaine l'art. 8, § 5 der-

nier alinéa, du décret-loi, stipule que : « *tout praticien* qui contrevient aux décisions de la Commission supérieure de contrôle en *donnant ses soins à un assuré social alors qu'il est privé ou suspendu du droit de le faire est tenu de rembourser à la Caisse le montant de toutes les prestations médicales*, pharmaceutiques, dentaires ou autres que celle-ci a été amenée à payer audit assuré social du fait des soins qu'il a donnés et des ordonnances qu'il a prescrites ».

Il n'est pas jusqu'à la réforme du régime des accidents du travail opérée par la loi du 1er juillet 1938 qui n'ait ébauché un mécanisme semblable.

Le nouvel art. 4, § 2 de la loi du 9 avril 1898 soumet le médecin traitant au contrôle disciplinaire exercé par les organismes professionnels dont il dépend et en dernier ressort par une Commission supérieure de contrôle. Moins bien faite à cet égard que la loi sur les Assurances sociales, la loi n'a prévu ni les sanctions disciplinaires pouvant être prononcées par les juridictions de contrôle, ni les moyens pratiques de leur donner efficacité. Mais il est facile de s'inspirer du régime des Assurances sociales pour parachever l'œuvre entreprise.

Certes, cette variété de cas et de juridictions ôte à chaque sanction, sa pleine valeur disciplinaire en en limitant par trop l'étendue. Mais rappelons ici l'unité posée au moins en principe dans notre matière par le décret-loi du 9 juin 1934 « relatif à l'utilisation des médecins, chirurgiens et pharmaciens dans les services administratifs ». Aux termes de son art. 1er : « les médecins, chirurgiens... appelés à donner des soins... et dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs Administrations publiques, *cesseront d'office d'exercer* leurs fonctions *dans toutes ces Administrations s'ils sont l'objet d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire* ».

Ce décret n'a fait cependant que poser un principe car, si sa partie préliminaire vise expressément la loi sur les Assurances sociales et la loi sur les accidents du travail, son texte ne permet guère de les comprendre dans son champ d'application. Il est difficilement soutenable en effet, bien que certains le fassent, que le médecin traitant d'un assuré ou d'un accidenté se trouve au service de la Caisse ou de la Compagnie d'assurances, qui sont d'autre part des organismes privés.

Mais là encore, si le législateur n'a su traduire fidèlement sa pensée, l'idée d'unité se fait jour, et il ne faut que bien peu de choses pour l'insérer dans les faits. Que l'Ordre des médecins soit investi de par la loi du contrôle de la médecine sociale de soins, que l'on précise la loi sur les accidents du travail en matière disciplinaire, et les sanctions des Conseils de l'Ordre priveront effectivement ceux qui en font l'objet de tout ce qui n'est pas clientèle privée.

Dans l'état actuel des textes, les décisions des Conseils de l'Ordre ne sont assorties d'aucune sanction pénale. Par contre, elles peuvent atteindre l' « outsider » dans sa clientèle, en l'amputant des assurés sociaux. D'autre part, les juridictions de l'Assistance médicale gratuite et de l'art. 64 peuvent pour motif déontologique (sans être liées d'ailleurs par le récent Code) suspendre un médecin, et cette suspension s'étendra alors automatiquement d'un domaine à l'autre. Elle s'appliquera aussi à toute fonction publique de soins. Enfin, autre sanction pratique, non négligeable, les organes administratifs chargés du ravitaillement en essence seraient parfaitement en droit à notre avis de refuser toute délivrance de carburant à un médecin suspendu, pendant le temps de cette suspension.

Reconnaissons cependant que tout cela manque manifestement de cohérence et d'unité. Nous croyons savoir qu'un projet est depuis longtemps déjà sur le chantier, codifiant, sous forme de refonte de la loi du 30 novembre 1892, tous les textes sur l'exercice de la médecine, sanctionnés ainsi par les articles 16, 18 et 19 sur l'exercice illégal, dont les peines seraient notablement renforcées. Une telle réforme est incontestablement le couronnement logique et indispensable de l'œuvre législative entreprise dans le dernier semestre de 1940. Sans elle, nous ne sommes en face, une fois encore, que d'une ébauche et d'une velléité.

Mais le terrain de l'exercice illégal n'est pas le seul où donner une valeur pratique et effective aux sanctions disciplinaires de l'Ordre. Nous dirons même qu'il n'est point le meilleur. Les Syndicats, pourtant mieux armés que l'Ordre contre les illégaux, puisque pouvant se porter partie civile dans les poursuites, ce que la loi du 7 octobre paraît ne point permettre à l'Ordre, n'avaient point réussi à anéantir leur action malfaisante. Le terrain économique de la profession ne doit pas être négligé, car il est plus efficace encore que le terrain pénal. Si l'Ordre réclame et obtient l'extension de sa juridiction à tous les domaines de la médecine de soins, il peut par une seule décision exclure l'indésirable du champ d'exercice qui prend de plus en plus la première place, celui de la médecine sociale.

Jean MIGNON.

LE PROBLÈME DU TAUDIS

Le taudis a la vie dure ! il y a plus d'un siècle que sociologues, urbanistes, hygiénistes, médecins, philanthropes, législateurs s'occupent de sa destruction ; or, le taudis, en dépit de tant d'efforts conjugués, prolongés et répétés, n'a pas disparu complètement, tant s'en faut. Il existe encore partout ; on le trouve en effet non pas seulement dans les villes, mais dans les campagnes où il n'est pas moins hideux, et probablement aucune région de France n'en est complètement exempte. Certes, ses ravages incalculables en vies humaines, ses conséquences également funestes moralement et matériellement ne sont plus aussi désastreux qu'à l'époque où Blanqui, vers 1840, mena son enquête sur les logements ouvriers dans les grandes villes industrielles.

Blanqui, accompagné du Préfet du Nord, Durant Saint-Amant et de plusieurs conseillers municipaux, visita les caves de plusieurs quartiers pauvres de Lille ; c'est là, dans des sous-sols, qu'habitait toute une population laborieuse. Ces caves étaient d'affreux repaires d'une saleté repoussante. L'enquêteur, au cours d'une visite, dut remonter précipitamment au grand air et faillit s'évanouir, suffoqué par une odeur méphitique. La mortalité des enfants en bas âge atteignait dans ce quartier un pourcentage qui eût été incroyable s'il n'avait été officiel : pour telle rue, sur dix enfants de moins de trois ans, on enregistrait sept décès en période de non épidémie et pour telle autre, sur quarante-huit enfants venus au monde, quarante-six morts avaient été à déplorer avant ce même âge de trois ans !

Le Docteur Fernand Bassé-Parton a consacré sa thèse inaugurale au problème du taudis (1). C'est, dit-il, le taudis qu'il faut combattre pour résoudre le problème d'autres calamités sociales ; tous les efforts déployés pour faire diminuer la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies contagieuses, l'alcoolisme, l'immoralité et la criminalité, tous ces efforts ne seront efficaces que le jour où le taudis aura disparu. Et l'auteur, après avoir rappelé le mot de G. Cheysson : « Le taudis se venge sur ceux qui l'habitent et sur la Société entière », et celui de Georges Risler : « Le taudis est le générateur de tous les vices et de tous les fléaux sociaux », marque les progrès réalisés à Paris dans la lutte contre le taudis : en regard de 20.000 maisons non pourvues de tout-à-l'égoût en 1926, on n'en comptait plus que 7.829 en 1936et 4.000 en 1937. Pourtant, dansla zone, encore aujourd'hui, des milliers d'habitants n'ont pour lieux d'aisance que de simples trous qu'ils creusent dans la terre. Il est vrai que, dans certaines cités méditerranéennes, la population de la « vieille ville » n'ayant pas de W.-C. non plus, s'en va, chaque matin, jeter à la mer, dans un seau, ses... résidus.

(1) *Le problème du taudis*, thèse de Paris, 1938.

La définition du terme « taudis » donnée par le Docteur L. Devraigne, accoucheur des hôpitaux, qui, depuis 1905, a consacré tant de généreuse ardeur à combattre la dénatalité, paraît à retenir parmi beaucoup d'autres ; elle est d'une éloquente concision : « logement insalubre surpeuplé ». Et si l'on veut une description détaillée du taudis, il suffit de choisir au hasard l'une des observations recueillies par la Ligue nationale contre le taudis. Voici un immeuble ouvrier du XIIIe arrondissement, abritant 400 à 500 personnes et non pourvu de distribution d'eau aux étages :

« Au rez-de-chaussée, une sorte de boutique, c'est la première pièce où se fait la cuisine et se tient tout le jour, une famille de cinq personnes : le père, la mère et trois enfants. La chambre à coucher donnant sur un espace étroit, surplombé de maisons de cinq étages, y fait suite. C'est là que dort toute la famille. Dans l'escalier, des W.-C. disséminés d'étage en étage, débordent par intermittence et laissent dégager une odeur effroyable ; puis, sur un long couloir, à droite et à gauche, des chambres numérotées... Nous frappons à l'une d'elles ; une entrée noire, sans air ni lumière, sert de débarras et de cuisine, puis une chambre de deux mètres sur trois avec un lit, une table, un buffet, et là cinq personnes : le père en chômage, la mère et trois enfants. L'aération se fait par une fenêtre étroite et on se demande comment ces malheureux ont pu vivre pendant quelques années sans air, sans soleil... ».

Le taudis a ceci de commun avec la prostitution, cet autre fléau, que nombre de misérables qui y vivent et nombre de prostituées, une fois délivrés, les uns de leurs sordides logis, les autres de leur triste métier, ne songent qu'à y retourner. Le Docteur Devraigne souligne d'ailleurs que « les meilleurs amis du taudis, ce sont ses habitants ». Parmi ces gens miséreux, certains se révèlent en effet des locataires absolument indésirables dans les logements neufs d'habitations à bon marché ; ils les transformeraient rapidement en « taudis modernes » si les assistantes sociales ne veillaient discrètement et ne les conseillaient au début pour le bon entretien de leur nouvelle installation. Il y a mieux : des expulsés dédaignant les locaux salubres qui leur sont procurés — pas toujours, il est vrai, très près de chez eux — les abandonnent et revien-

nent camper dans des cabanes à proximité des taudis qu'ils n'ont quittés qu'à contre-cœur.

***

Y a-t-il en France, depuis le second Empire, amélioration de l'habitation ? A cette interrogation, posée sous une forme aussi générale, on est tenté de répondre oui, sans hésiter. Mais, une plus ample réflexion permet de discerner que le progrès, l'amélioration, ne sont peut-être pas extrêmes et qu'ils se bornent — ce qui est évidemment très loin d'être négligeable — au confort. Car, en ce qui concerne la question de place, autrement dit du nombre de pièces et celle de la salubrité du logement, également capitale, c'est plutôt un progrès à rebours qui a été accompli : le nombre de familles ne disposant pas d'une habitation suffisamment spacieuse et saine est proportionnellement plus considérable actuellement que sous le second Empire. La cause est la suivante : par centaines de milliers des Français vivant au large à la campagne où ils avaient souvent un jardin, sont venus habiter des demeures trop étroites et malsaines dans des villes dont beaucoup n'ont pas tardé à être surpeuplées. Villes surpeuplées où, toutefois, les décès l'emportent souvent sur les naissances. Si, examinant l'attristant tableau de la natalité en France on peut affirmer que l'habitation défectueuse n'est pas seule responsable, on peut également affirmer, sans se tromper, qu'elle à sa part, sa grande part de responsabilité. Le Docteur Bassé-Parton donne ces chiffres :

Sous le second Empire	1.034.000	naissances
En 1930	748.000	»
En 1932	722.246	»
En 1933	682.000	»

Quant à l'influence inverse d'un logement sain et agréable sur le développement de la natalité et la diminution de la mortalité des enfants en bas-âge, l'auteur la démontre en écrivant :

« En 1921, dans la Cité jardin de Tergnier (Aisne) il y eut 75 naissances et 3 décès d'enfants de moins d'un an, soit une mortalité de 4 %. Dans le reste de l'agglomération, il y eut 94 naissances et 37 décès d'enfants de moins d'un an, soit 39 % ».

Natalité et santé mises à part, les conséquences des taudis sont également déplorable au point de vue de la moralité de ses habitants et plus particulièrement de la jeunesse. M. Paul Wets, juge au Tribunal des Enfants de l'arrondissement de Bruxelles, déclare :

« Le taudis, l'un des principaux pourvoyeurs de l'immoralité qui se manifeste sous toutes ses formes, amène fatalement l'enfant devant le magistrat... Nous assistons depuis quelques temps à un accroissement effrayant de faits d'inceste, conséquence fatale du surpeuplement des taudis et de l'obligation où se trouvent beaucoup de malheureux, de sexe différent, de vivre dans un constant contact de jour et de nuit. »

En somme, l'enfant du taudis est exposé chez lui à des promiscuités dangereuses, son intérieur est peu plaisant ; ses parents lui donnent malheureusement trop souvent de mauvais exemples ; il n'est pas rare que la mésentente les divise et que les mioches assistent à leurs disputes, violentes quelquefois, car alcoolisme et taudis s'allient fort bien entre eux. Et, lorsque l'enfant sort de chez lui, « c'est la rue, le vagabondage et toutes ses conséquences, la prostitution ».

***

Il faut reconnaître que certains de nos voisins se sont attaqués au cours de la dernière vingtaine d'années, avec sensiblement plus d'énergie que la France à la lutte contre le taudis. L'arme principale dans cette lutte est, avec la destruction des immeubles condamnés, la construction de maisons saines à loyers aussi peu élevés que possible. Mais alors qu'en France, depuis 1920, 300.000 logements environ ont été construits, l'Allemagne a pu mettre, de 1928 à 1931 seulement, 948.000 logements neufs à la disposition de sa population et, depuis, le rythme de la construction s'est encore accéléré.

Notre législation relative à la destruction des logements insalubres et à la construction d'habitations à bon marché est fort compliquée. Cette législation comprend :

1. Loi du 22 avril 1850.
2. Loi du 30 novembre 1894 (Loi Siegfried).
3. Loi du 15 février 1902.
4. Loi du 12 avril 1906 (Loi Strauss).
5. Loi du 10 avril 1908 (Loi Ribot).
6. Loi du 23 décembre 1912.
7. Loi du 5 décembre 1922 (Loi Ribot).
8. Loi du 13 juillet 1928 (Loi Loucheur).

Malgré cet ensemble très imposant, trop imposant, auquel il y aurait lieu d'ajouter la loi du 3 mai 1841 qui se rapporte aux expropriations, le taudis, cent ans après que sa destruction a été décidée en principe, continue de décimer, d'anémier les malheureux qui, successivement, l'habitent. Pourtant la lutte contre lui n'est pas abandonnée et on semble vouloir la reprendre avec quelque intensité : il serait question — sérieusement — d'anéantir la zone entière, la « ceinture lépreuse de Paris ». pour le début de 1943.

Michel Renault.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

Et voici nettement posée la question du relèvement des tarifs.

Ni en clientèle ordinaire ni, et *a fortiori*, en médecine sociale, les tarifs actuels ne sont en rapport avec le coût de la vie. Les taxations et l'économie en vase clos devaient, nous promettait-on, immobiliser les prix. Le vase est, en effet, bien clos, mais la hausse n'en est pas moins survenue ; et elle n'a pas cessé depuis un an.

Il est envisagé de relever les salaires ; les tarifs médicaux doivent suivre la même progression et l'Ordre des médecins ne peut perdre de vue cette question brûlante.

Car la misère est mauvaise conseillère et le Code de déontologie serait sans doute en mauvaise posture si le Corps médical en était réduit à des conditions matérielles trop sordides.

Les bonbons vitaminés

Par les soins du « Secours Na ional », les enfants des écoles reçoivent actuellement des bonbons contenant des vitamines A, B, et C ; il s'agit, dans l'esprit des organisateurs, de parer au déficit de la ration alimentaire particulièrement nocif chez de jeunes organismes.

Or, plusieurs de nos lecteurs nous signalent chez les enfants d'étranges manifestations morbides : diarrhées, petits embarras gastriques, érythèmes atypiques, constatées depuis que ces bonbons ont été mis en distribution.

Les familles ont tendance à accuser ceux-ci et les médecins sont perplexes. D'autant plus que les quantités distribuées, variables en principe avec l'âge, sont sujettes à de bizarres variations.

Qu'est-ce au juste que ces bonbons ? Quelle est leur composition ? Peut-il y avoir incompatibilité entre eux et telle drogue que le médecin de famille pourrait être amené à prescrire ? Le Corps médical a-t-il été consulté sur l'opportunité de cette invitamination ?

Autant de questions sur lesquelles les parents et les médecins voudraient être éclairés.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Nous publierons dans la Partie professionnelle de notre prochain numéro le texte de l'importante loi sur l'exercice de la médecine du 26 mai, parue au *Journal officiel* du 9 juin 1941.

Cette loi codifie les différents textes réglementant la profession médicale et permet de frapper de peines correctionnelles sévères, comme exerçant illégalement, ceux qui enfreindront les prescriptions mises en vigueur par les lois du 16 août 1940 sur les étrangers, et 7 octobre 1940 sur l'Ordre des médecins.

Inspection de la santé

M. Scherb, inspecteur départemental d'hygiène de l'Hérault, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 3 mai 1941.

Mme Cadot-Robert, directrice du bureau d'hygiène de Drancy, est reclassée, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé, à compter du 1er octobre 1940, et placée dans la première classe du grade.

Mme Petit Maire, déclarée apte à remplir les fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène, à la suite des épreuves du concours de 1938, est reclassée en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé à compter du 1er octobre 1940.

M. le Docteur Grand, directeur du bureau d'hygiène de Roubaix, en disponibilité, est reclassé en qualité de médecin inspecteur de la santé à la deuxième classe du grade.

M. le Docteur Alquie, inspecteur adjoint départemental d'hygiène d'Eure-et-Loir, en disponibilité, est reclassé en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé à la deuxième classe du grade.

Mlle le Docteur Lefrancq est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente-Inférieure.

M. le Docteur Quetin est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de la Mayenne.

(*J. O.*, 28 mai 1941).

Assurances sociales

Loi du 15 mai 1941, modifiant la législation des Assurances sociales

ART. 1er. — L'article 7 (par. 3) du décret-loi du 28 octobre 1935 est modifié comme suit :

« Si l'assuré est immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie ou de l'accident, il n'est tenu de justifier, pour obtenir les prestations légales, que des retenues correspondant aux journées de travail qu'il a accomplies depuis son immatriculation, ces retenues et les périodes de travail étant attestées à l'aide des pièces prévues par l'article 44 A du livre 1er du Code du travail, et à défaut, par un certificat de l'employeur. ».

(*J. O.*, 25 mai 1941).

Accès aux emplois dans les administrations publique

Loi du 3 avril 1941

ART. 1er. — Nul ne peut, s'il n'est Français et nés de père français, être employé dans les Administrations de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics ou exercer de fonctions de direction dans un service public industriel exploité en régie.

ART. 2. — Par dérogations aux dispositions de l'article précédent, ceux qui ne sont pas nés d'un père français pourront, s'ils possèdent la nationalité française, occuper l'un des emplois visés audit article, lorsqu'ils appartiendront à l'une des catégories suivantes :

1o Naturalisés pour services exceptionnels à la France dans les conditions qui seront fixées par une loi ultérieure ;

2o Protégés français, originaires de pays de protectorat relevant du secrétariat d'Etat aux Colonies et du secrétariat d'Etat aux affaires étrangères qui sont naturalisés français ;

3° Militaires et marins ayant servi dans les armées françaises de terre, de mer ou de l'air, auxquels la qualité de combattant a été reconnue par application, soit du décret du 1er juillet 1940, soit du décret du 27 décembre 1940 ;

4° Ascendants, épouses ou veuves, et descendants de militaires et marins morts pour la France, ou ayant servi dans les conditions définies ci-dessus... ;

5° Alsaciens et Lorrains réintégrés de plein droit dans la nationalité française... ;

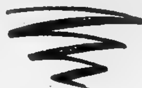
6° Enfants nés en France de parents inconnus, ou de mère française et de père inconnu... ;

7° Les titulaires d'emplois réservés pourront servir à titre français ou à titre étranger...

L'article 3 précise que ceux qui ne seront pas nés d'un père français pourront, s'ils possèdent la nationalité française, être habilités à titre exceptionnel à occuper un des postes visés à l'article 1er.

Les articles suivants déterminent les conditions dans lesquelles les fonctionnaires touchés par l'application de cette loi devront cesser leur activité, et toucheront soit une retraite, soit une indemnité.

(*J. O.*, 2 juin 1941).



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.969. — La rechute de hernie est-elle un accident du travail ?

Un porteur de hernie inguinale, homme de 60 ans, se fait opérer. L'intervention est pratiquée parfaitement par un chirurgien des hopitaux.

L'opéré reprend son travail seize jours après. Et au cours d'un effort (ce seizième jour) les sutures ne tiennent pas, la hernie réapparaît. Contrôlant ce blessé pour le compte de la Compagnie d'assurances je constate une hernie inguino-scrotale du volume d'un demi-poing. Je demeure réservé quant à l'accident-assurance et conseille de régler seulement les frais d'un bandage. Mais le blessé sait que cette infirmité représente une incapacité permanente partielle de 10 %.

La Compagnie d'assurances n'ayant pas réglé le bandage le médecin traitant en ordonne un, au compte des assurances sociales.

Je contrôle à nouveau, cette fois pour les assurances sociales, et la Caisse me pose la question : S'agit-il d'une conséquence d'accident ?

Je suis obligé de répondre oui et me mets en contradiction avec moi-même apparemment.

Sauf accident la hernie opérée était guérie, mais il y en avait une avant ! Mais la Compagnie ne saurait supporter une pension de 10 % pour une hernie existant il y a un an et non due (la première) à un accident. Peut-on dans le cas particulier admettre la hernie de faiblesse non due à un « effort ». [Dr F.

Réponse

Nous croyons, en l'espèce, que l'accident survenu à l'ouvrier qui a fait l'objet de votre examen peut être considéré comme un accident du travail.

En cette matière, en effet, la jurisprudence exige, beaucoup moins qu'en droit commun, la preuve de la stricte relation de cause à effet entre le fait mettant en jeu la responsabilité et le préjudice subi par la victime.

Il résulte, au contraire, d'une jurisprudence constante de la Cour de Cassation, que toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant d'un accident au sens de la loi du 9 avril 1898.

Lorsque la matérialité de l'accident et la lésion consécutive sont constatées, cette condition nécessaire est suffisante pour que la victime puisse bénéficier du droit aux indemnités dont elle ne saurait être privée que s'il est justifié que la lésion dont elle est atteinte est due uniquement à un état morbide préexistant, abstraction faite de toute cause extérieure, ce qui serait exclusif de tout accident (voir notamment Cour de Cassation, Chambre civile, 28 octobre 1936).

En d'autres termes, il suffit que le travail ait une influence, si petite que ce soit, sur la survenance de la lésion, ou même se borne à rév'ler celle-ci, pour que la responsabilité patronale et celle de l'assurance substituée se trouve automatiquement mise en jeu, et ce pour le tout.

Plus spécialement en matière de hernie, la jurisprudence a décidé qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'influence que telle ou telle prédisposition peut avoir exercé sur l'état de l'ouvrier, il suffit à l'ouvrier atteint d'une hernie de prouver que cette lésion s'est produite par suite d'un effort au cours du travail, et il est sans intérêt de savoir s'il avait des prédispositions morbides à contracter cette affection, et quel a été le degré de violence des efforts effectués (Cour d'Angers, 4 décembre 1934).

L'employeur ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de l'état morbide habituel de l'ouvrier, et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition. (Cour de Nîmes, 12 juin 1935).

Cette preuve est à bon droit considérée comme rapportée lorsqu'il est établi que la hernie constatée chez la victime existait avant l'accident, et que la douleur ressentie au cours du travail a seulement révélé l'existence d'une hernie méconnue, en sorte qu'il n'y a eu aucun rapport entre l'accident, le développement, l'évolution ou l'apparition de la hernie. (Cour de Cassation, 27 juillet 1937).

En l'espèce, on ne saurait valablement soutenir que le travail n'a eu aucune influence sur le développement ou l'évolution de l'état de la victime, car il y a tout lieu de supposer, d'après ce que vous nous exposez, que l'effort accompli au cours du travail a empêché l'opération précédente de porter ses fruits et a incontestablement aggravé l'état de la victime.

Il nous semble donc que vous pourriez conclure à l'imputabilité au travail, sans aucune manière entrer en contradiction avec vous-même.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

Intervention de nuit

A 23 heures, je suis appelé pour un accidenté (auto) qu'on vient de ramener chez lui : fracture ouverte grave de la jambe. Je fais un nettoyage de la plaie, pansements et appareillage provisoires pour le transport le lendemain chez un chirurgien qui a pratiqué par la suite une ostéosynthèse. Que dois-je compter : 1° visite de nuit ; 2° appareillage provisoire ?

Dr M.

Réponse

Un accidenté d'auto n'est pas, en général, un accidenté du travail. Si toutefois vous prenez comme base le tarif accident du travail, vous n'avez pas à compter : une visite plus une intervention, car ce serait le cumul interdit par l'art. 13.

Voici ce que vous avez à marquer :

1° Appareillage provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin : 100 francs (art. 18 *in fine*) ;

2° Majoration pour intervention de nuit : 25 % (art. 8), soit au total : 125 francs.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

2.392. — Ablation d'un papillome

J'ai fait l'ablation d'un papillome cutané du volume d'une noix et largement pédiculé (2 crins). A l'anesthésie locale, trois pansements consécutifs.

J'ai porté sur la feuille d'Assurances sociales C H I K 20 globalement sans les pansements.

Le contrôle a réduit à K 10, ce qui me paraît léger. Mon client aurait touché plus si j'avais porté sans préciser, quatre consultations.

Qu'en pensez-vous ? et que puis-je faire ?

Dr C.

Réponse

Je ne vois rien à K.20 se rapportant à votre cas. Par contre, on lit à K.10 : « D. S. ablation de tumeur dermatologique sous anesthésie locale », ce qui est précisément ce que vous avez fait. Je ne vois pas comment votre client aurait touché davantage si vous aviez compté (au lieu de l'intervention et trois pansements consécutifs) quatre consultations.

Dr F. DECOURT.

2.873. — Traitement chirurgical d'un « basedow »

Dans la Nomenclature d'assurances sociales, je trouve : traitement du Basedow = CHI. K 80.

Je viens d'intervenir pour un Basedow : opération en deux temps. Hémithyroïdectomie droite, puis gauche. Chaque temps est espacé de plus de vingt jours. Que dois-je compter ?

Cette malade est en clinique : puis-je au moins compter chaque visite qui lui est faite.

Dr L.

Réponse

1° On lit à K. 80 « CHI : Cou = Traitement des goitres. Basedow ou cancer ». Il s'en suit que c'est l'ensemble du traitement chirurgical qui est ici envisagé, sans qu'il soit fait une différence pour une opération faite en une ou deux fois ;

2° Le prix global d'une intervention (indiqué en K.) « comporte les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours ». (Instruction pour utilisation de la nomenclature, page VII).

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

3001. — Mélange d'alcool et d'essence

Nous allons toucher un nouveau carburant à 30 % d'alcool. Il paraît qu'on ne doit pas le mélanger à l'essence pure dans une proportion supérieure à 10 %. Est-ce exact ?

Je vous pose la question parce que j'ai une réserve d'essence. Il faudrait donc, ou que je stocke le nouveau carburant, ou que je vide mon réservoir avant de l'utiliser.

A l'heure actuelle, un médecin n'a pas le droit de perdre une goutte de ce précieux liquide.

Dr C.

Réponse

Vous demandez si vous pouvez mélanger à l'essence du carburant contenant déjà 30 % d'alcool. Il m'est difficile de vous renseigner, mais vous pouvez faire vous-même un essai très rapide et suffisant pour vous fixer.

Le seul obstacle qui pourrait se présenter pour le mélange de ce carburant à l'essence ne peut provenir que du fait de la dissolution incomplète des deux liquides l'un dans l'autre. Essayez donc dans une éprouvette ou dans un simple vase en verre de faire le mélange dans la proportion désirée, et si ce mélange se fait sans que le liquide se trouble, rien ne s'oppose à ce que vous utilisiez dans votre réservoir un mélange dans les mêmes proportions.

L'alcool et l'essence ne sont, en effet, pas solubles en toutes proportions, mais comme la solubilité dépend, d'une part, de la teneur de l'alcool en eau et, d'autre part, de la densité de l'essence, il est impossible de donner une règle générale et seul un essai avec les liquides dont on dispose permet d'être fixé d'une façon précise.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

Détermination de la qualité de Combattant de la guerre 1939 1940

A la demande d'un bon nombre de nos lecteurs, nous publions ci-dessous le texte du décret du 27 décembre 1940, dont nous avons annoncé la promulgation dans notre numéro du 9 février 1941.

Art. 1er. — Sont qualifiés combattants de la guerre 1939-1940 :

A. Armée de terre

1° Les militaires qui ont appartenu, pendant trois mois consécutifs ou non, à une unité combattante, sous réserve de remplir, en outre, l'une des deux conditions suivantes :

a) Au cours de la période du 2 septembre 1939 au 9 mai 1940 inclus, avoir été effectivement présents à une telle unité pendant huit jours au moins, au moment où celle-ci se trouvait dans la zone de combat.

b) Au cours de la période du 10 mai au 25 juin 1940, avoir été présents à une telle unité, sans limitation de durée au cours de cette période.

Toutefois, pour le calcul des trois mois de présence exigée, le temps passé dans une unité combattante, au cours de la période du 10 mai au 25 juin 1940, est décompté pour le double de sa durée.

2° Sans condition de temps, les militaires ayant appartenu à une unité du corps expéditionnaire de Scandinavie et effectivement transportés de Grande-Bretagne à destination de la Norvège.

3° Après décision de la commission de révision des citations, les titulaires d'une citation comportant attribution de la Croix de guerre.

4° Sans condition de séjour, les militaires qui ont reçu une blessure de guerre dans une unité combattante.

5° Les militaires prisonniers de guerre ou internés à l'étranger, sous réserve qu'ils aient subi pendant trente jours au moins le régime habituel des prisonniers de guerre (camp d'internement, camp de prisonniers ou forteresse) et fassent la preuve qu'ils appartenaient au moment de leur capture à une unité combattante sans condition de séjour dans cette unité.

Toutefois les titres de ceux de ces militaires qui n'auraient pas été faits prisonniers après combat et les armes à la main, seront préalablement examinés par un tribunal d'honneur constitué dans chaque département par la légion des combattants.

Le même tribunal pourra exceptionnellement reconnaître la qualité de combattant aux prisonniers qui n'auraient pas subi pendant trente jours le régime habituel des prisonniers de guerre.

B. Marine

Le personnel de la marine de guerre ou de commerce défini ainsi qu'il suit :

1° Le personnel qui a acquis le droit à un nombre d'indemnités journalières de combat, au moins égal à trente, ou qui a effectué au moins trente jours de navigation consécutifs ou non dans les zones dangereuses ouvrant le droit à l'indemnité de combat ; les conditions d'attribution de l'indemnité de combat et les zones dangereuses étant définies pour le mois de juin 1940, par le message n° 3382 du 4 juillet 1940.

2° Le personnel ayant servi à terre, sous les ordres de l'amiral de la flotte, commandant en chef des forces maritimes françaises, ou sous les ordres d'un échelon de commandement des forces terrestres ou

aériennes et réunissant les conditions de temps et de lieu qui justifient l'attribution du titre de combattant au personnel de l'armée de terre, servant sous les ordres du commandant en chef des forces terrestres et du personnel de l'armée de l'air, servant sous les ordres du commandant en chef des forces aériennes.

3° Le personnel ayant fait l'objet d'une citation individuelle ou ayant servi effectivement sur un bâtiment qui a fait l'objet d'une citation à l'ordre de l'armée, pendant la période où l'action de ce bâtiment a motivé la citation ; le personnel ayant reçu une blessure de guerre, les prisonniers de guerre et les internés à l'étranger, sous réserve qu'ils aient subi pendant trente jours au moins le régime habituel des prisonniers de guerre (camp d'internement, camp de prisonniers ou forteresse).

Le personnel servant à terre blessé ou fait prisonnier devra, en outre, remplir les mêmes conditions que celles définies pour l'armée de terre (art. 1° A. paragraphes 4 et 5).

C. Armée de l'air

1° Le personnel ayant appartenu pendant trois mois consécutifs ou non aux formations définies ci-après, sous réserve d'avoir eu droit à l'indemnité de combat, quelle que soit la durée pendant laquelle cette indemnité lui a été acquise.

Formations aériennes placées sous l'autorité du général commandant en chef des forces aériennes.

Sections de défenses des bases aériennes.

Groupes aériens de transport (personnel navigant exclusivement).

Patrouilles de chasses de défense des bases aériennes ou de certaines usines (personnel navigant exclusivement).

Toutefois, pour le calcul des trois mois de présence exigés dans une des formations visées au présent alinéa, le temps passé dans l'une des formations au cours de la période du 10 mai 1940 au 25 juin 1940, inclus, est décompté pour le double de sa durée.

2° Sans condition de temps de présence ni de perception de l'indemnité de combat, les militaires ayant appartenu à une formation aérienne du corps expéditionnaire de Scandinavie et effectivement transportés de Grande-Bretagne à destination de la Norvège.

3° Dans les mêmes conditions que les militaires de l'armée de terre, le personnel ayant fait l'objet d'une citation individuelle, ou ayant reçu une blessure de guerre, les prisonniers de guerre ou les internés à l'étranger.

Art. 2. — La liste des unités combattantes et des formations aériennes visées à l'article 1er ci-dessus fera l'objet d'une instruction particulière de chacun des secrétaires d'Etat intéressés à la guerre, à la marine et à l'aviation.

Le Ministre secrétaire d'Etat à la guerre définira en outre, la zone de combat mentionnée à l'article 1er et établira la liste des unités engagées dans cette zone.

Art. 3. — Un certificat constatant la qualité de combattant sera délivré, sur demande, par les autorités énumérées dans une instruction des secrétaires d'Etat intéressés. Les mêmes autorités auront qualité pour effectuer le retrait des certificats qui auraient été indûment attribués.

Le certificat susvisé ne donne pas droit au bénéfice des dispositions des articles 197 et 202 de la loi de finances du 16 avril 1930, modifiée par l'article 144 de la loi de finances du 31 mars 1932.

Art. 4. — Les conditions ci-dessus définies pour l'attribution de la qualité de combattant sont valables pour les opérations postérieures au 25 juin 1940.

Soixante-troisième année — N° 25 — 22 Juin 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de 45 lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 176. — Le Docteur Laroche de Saint-Dié (Vosges) serait reconnais. à médec. ou infirm. de l'hôpital de Valenciennes (Nord) ou de l'Ambulance chirurg. d'Etapes nº 261, en mai 1940, de vouloir bien m'écrir. pour demande de renseig.

Nº 177. — Visiteur médical, dix a. de référ. sur Paris recherch. Laboratoires pour prospection médic. Perdrizet, 15, av. Gambetta, St-Mandé (Seine).

Nº 178. — A vendre, microscope Leitz, avec objectifs oculaires et immersion. Ecr. Dr Duval, 16, rue des Grands champs, Orléans.

Nº 179. — Import. poste Y. O. R. L. à céder après décès, seul spécialiste, ray. 60 km. rég. Rennes. Instrumentation complt. neuve, installation, bail à reprendre. Ecr. M. Gouzé, 6, rue de la Trémoille, Vitré (I.-et-V.)

☞ Nº 180. — A céder 20.000 frs. Cabinet médic. 21 km. de Limoges dans chef-lieu de canton, avec un seul méd. 2 pharmaciens. Pressé S. P. I., 358. Havas, Limoges.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Banlieue Nord proche. — Ancienne clientèle. 6 pièces, tout confort, remis à neuf, loyer 6.800 fr. Très gros rapport sans A. M. G. Prix modéré.

Banlieue Sud. — Ancienne clientèle. Belle villa 12 pièces, grand jardin de 4.000 mètres carrés, à louer 15.000 fr. ou à vendre. Gros rapport en 1938. A céder pour cause de maladie.

Loire-Inférieure. — Bords de mer, repris il y a 14 ans, belle villa 12 pièces, loyer 7.000 fr., très bon rapport. Prix très modéré.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Renseignements

Les concours, les examens... véritable calvaire ! Combien de candidats victimes de leur émotivité sont sujets à un trac abominable, qui diminue considérablement leurs moyens... et sont recalés.

L'**Aëine** est reconnue comme le spécifique du trac.

Trois ou quatre comprimés leur donneront la confiance en eux et... le succès.

Prix médical, 9 francs, 6, place Clichy, Paris (IXe).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer les tablettes de **Mangaïne** c'est saliver abondamment, une salive digestive antiseptique et agréable, 71, rue Sainte-Anne.

La Roche Posay (Vienne, non occupée). Ouverture 9 juin. Station de la *Peau* et des *Prurits* : eczéma aigu et chronique ; Prurit périnéal, prurigo, urticaire, psoriasis, acné.

Station de *l'arthritisme précipitant* : gravelle, calculs du rein et du foie. *Hypertension artérielle.*

Renseignements : pour zone occupée, 52, rue de Vaugirard, Paris, Tél. Danton 90-65 le matin ; pour zone non occupée, Etablissement de la Roche Posay (Vienne).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Pour les médecins prisonniers

Nous sommes heureux d'annoncer aux familles de nos confrères prisonniers que, à partir du 1er mai, le *Concours médical* peut parvenir aux prisonniers tant en Allemagne qu'en France.

Deux procédés sont possibles aux familles qui voudraient abonner au journal un médecin prisonnier :

1° Se faire adresser le journal à elles-mêmes et le réexpédier après lecture au :

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés
et prisonniers
5, Place Saint-Michel, Paris

qui se chargera de l'acheminer jusqu'au destinataire ;

2° Nous envoyer, en même temps que l'abonnement, l'adresse exacte du bénéficiaire. Nous ferons parvenir les numéros, mensuellement, à ce même Centre d'Entr'aide.

Dès qu'il a obtenu l'autorisation de passer dans les camps d'Allemagne, le *Concours médical* a décidé de mettre gratuitement chaque semaine à la disposition des prisonniers, cinquante exemplaires qui seront répartis par roulement entre les bibliothèques des camps.

Nos confrères malheureux y humeront un air de France et voudront bien y trouver le témoignage de notre cordiale sympathie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — Le Professeur A. Boivin, de l'Institut Pasteur, est élu membre titulaire dans la IV[e] section (*Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Faculté de médecine de Paris.** — MM. les Professeurs Lemierre et Baudouin sont nommés à la classe exceptionnelle.

M. Grégoire, professeur retraité, est nommé professeur honoraire.

Un congé de six semaines est accordé à M. le Professeur Jeannin, à dater du 1[er] juin 1941.

— *Concours du prosectorat.* — Sont proposés : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob.

— *Concours de l'adjuvat.* — Sont proposés : MM. Thomaret, Adam, Lascaux, Germain.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale : Chirurgie de la glande mammaire et de l'appareil génital de la femme.* — Quatrième cours par MM. Calvet et Poilleux. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, tous les matins de 9 à 11 heures et les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— *Chaire de pathologie médicale.* (Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot). — *Conférences sur les grands initiateurs français en pathologie infectieuse* : Mardi 24 juin : Pasteur et Roux, par M. Legroux, président du Conseil scientifique de l'Institut Pasteur. — Jeudi 26 juin : Charles Nicolle, par M. G. Duhamel, de l'Académie française et de l'Académie de médecine. — Samedi 28 juin : Laveran, par M. Blanchard, directeur du Service de santé des colonies. — Mardi 1[er] juillet : Widal, par le Professeur Lemierre, de l'Académie de médecine. — Jeudi 3 juillet : Calmette, par M. Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Ces conférences auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 18 heures.

— **Hôpital temporaire de la Cité universitaire.** — *Consultations cardiologiques.* — A partir du 10 juin et jusqu'à nouvel ordre, les consultations cardiologiques du Pavillon Gréard (Service du Docteur Soulié) auront lieu de la façon suivante :

Le lundi : Docteur P. Laubry.

Les mardi, jeudi, samedi : Docteur P. Soulié.

Les mercredi et vendredi : Docteur F. Joly.

— **L'entr'aide professionnelle chez les pharmaciens.** — Le Comité d'organisation de la pharmacie a entrepris une belle action de solidarité. Son président, M. Leprince, a confié l'organisation de cette œuvre à M. Bottu, le fabricant bien connu de spécialités.

C'est aux spécialités françaises que sera demandé l'effort nécessaire pour relever les ruines de la guerre dans la profession pharmaceutique. Il s'agit de plusieurs dizaines de millions que M. Bottu compte trouver dans une surcharge des timbres de réglementation.

— **La question des cures thermales.** — Depuis la communication faite à ce sujet dans notre numéro du 1er juin, nous avons été avisés que l'établissement de Luchon est d'ores et déjà ouvert et fonctionnera jusqu'en septembre. Celui de Dax a été toujours et demeure ouvert toute l'année.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame TEXIER sont heureux de vous faire part de la naissance de leur huitième enfant, *Jean-Paul.*

Le 30 mai 1941, 11, boulevard Saint-Martin, Paris.

— Le Docteur et Madame LIOT ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils, *Jean.*

Lorient, 24 mai 1941.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de M. Charles GROLLET, secrétaire général et fondateur de la Société de pathologie comparée, ancien secrétaire général du Syndicat des vétérinaires de la Seine, secrétaire général et fondateur de la Ligue du lait, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris le 6 juin 1941, dans sa 75e année. Ses obsèques ont eu lieu le 10 juin en l'Eglise Notre-Dame-de-Grâce-de-Passy. Il était le père du Docteur Louis Grollet, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société de pathologie comparée, et le beau-père du Docteur Jacques Martinie-Dubousquet, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Alexandre CROISIER, de Blois, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois, décédé le 9 mai 1941 à l'âge de 66 ans. Nous adressons à sa famille, à Madame Alexandre Croisier, au Docteur Robert Croisier d'Orléans, son fils, et à Madame Robert Croisier, nos bien vives condoléances.

—Nous apprenons la mort du Docteur DUHAMEL, d'Agen, ancien interne des hôpitaux de Paris, président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Lot-et-Garonne ; de Madame Lucien VINCENS, née Grandjean, décédée pieusement le 6 juin 1941, à Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise). Elle était la femme du Docteur Lucien Vincens à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Le Livre d'Or du Corps médical Français

Inscrit au tableau spécial de la Légion d'honneur:

POUR OFFICIER

LUQUET (Armand), *médecin commandant au 94e rég. d'infanterie :*

Médecin militaire de haute valeur, aussi modeste que brave. Le 14 juin 1940, à Fontannes, alors qu'il

assurait l'évacuation des blessés de son régiment au contact immédiat des avant-gardes ennemies, a été atteint d'une balle à la face, blessure qui a entraîné la perte de l'œil gauche.

(*J. O.*, du 3 juin 1941).

***

POUR CHEVALIER

THOMAS (Henri), *médecin lieutenant au* 117e *rég. d'infanterie* :

Médecin d'une haute valeur morale, ayant su s'attirer l'affection de tout son bataillon. A été très grièvement blessé, le 26 mai 1940, dans l'Oise, alors qu'avec un courage et un dévouement remarquables il allait relever des blessés sur la ligne de feu.

(*J. O.*, 27 mai 1961).

DUBOST (Roger), *médecin-lieutenant au* 119e *rég. d'infanterie* :

Médecin d'une haute conscience professionnelle et d'un grand dévouement. A été grièvement blessé par éclats d'obus le 19 mai 1940 devant son poste de secours aux environs de Stenay. A dû subir l'amputation du bras droit ».

Le présent ordre comporte en outre l'attribution de la Croix de guerre avec palme.



Conseil de l'Ordre des Médecins des Ardennes

Secrétariat, 26, rue du Petit-Bois, CHARLEVILLE

Réunion du 20 *mai* 1941

Sous la présidence de M. le Docteur Baudoin, se sont réunis à 15 heures, MM. les Docteurs Bellotte, Martin, Tilman, Vassal, Vitte ; Docteur Rozoy, secrétaire.

Le secrétaire donne lecture de la correspondance.

Indemnité kilométrique. — Pour permettre à l'Administration préfectorale de justifier la demande de relèvement de l'indemnité kilométrique, les confrères sont priés de retourner au secrétariat, l'estimation de la dépense de leur voiture (ci-joint formule à remplir).

L'autorité allemande et l'autorité française demandent au Conseil de l'Ordre de vouloir bien organiser dans les villes importantes du département, un service de garde du dimanche.

Un service chirurgical de garde fonctionne déjà à l'hôpital de Charleville où l'on peut s'adresser pour les cas chirurgicaux.

Le Conseil de l'Ordre décide que :

Un service de garde médical du dimanche devra fonctionner dans les villes suivantes : Mézières, Charleville et Mohon (groupées), Sedan, Rethel, Vouziers, Givet.

Le nom du médecin de garde sera connu du public par l'intermédiaire du Commissaire de police.

Liste des chirurgiens rentrés dans les Ardennes au 15 mai 1941 : *Chirurgie* : MM. les Docteurs Baudoin, Bocquentin, Duchein ; *Chirurgie et voies urinaires* : M. le Docteur Jeanvoine ; *Oto-rhino-laryngologie* : MM. le Docteur Tilman ; *Dispensaires antituberculeux* : M. le Docteur Rozoy ; *Dispensaires antivénériens* : M. le Docteur Vassal.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Décret du 31 mai 1941 concernant l'application de la loi du 16 août 1940

ART. 1er. — Le décret du 5 octobre 1940 relatif à l'application de la loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine est abrogé.

ART. 2. — Les demandes de dérogation à la loi du 16 août 1940 sont instruites selon les modalités que fixera un arrêté du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé.

ART. 3. — Le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

(*J. O.*, 6 juin 1941).

Arrêté du 5 juin 1941 relatif aux demandes de dérogations prévues par la loi du 16 août 1940

ART. 1er. — Les demandes de dérogation prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940 sont instruites par une commission de contrôle instituée auprès du secrétaire général de la santé.

ART. 2. — Cette commission comprend trois membres :

1° Le directeur de la santé, ou son représentant ;

2° Un représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ;

3° Un membre du Conseil d'Etat désigné par arrêté du garde des sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la justice.

Elle est présidée par le directeur de la santé ou son représentant.

ART. 3. — Les demandes des intéressés doivent être adressées au secrétaire d'Etat à la famille et à la santé par l'intermédiaire du préfet du département où réside le requérant.

Elles sont établies dans la forme prescrite par les instructions du secrétaire d'Etat.

ART. 4. — Les demandes formulées par les médecins exerçant en France, à la date du 16 août 1940, cesseront d'être recevables à compter de la publication du présent arrêté.

Exception est faite toutefois pour les médecins prisonniers de guerre, qui disposeront, pour présenter leur demande, d'un délai de deux mois à compter du jour de leur libération définitive.

Les requérants sont autorisés à continuer d'exercer la médecine jusqu'à ce qu'il ait été statué sur leur demande.

ART. 5. — Les docteurs en médecine qui ne possèdent pas la nationalité française à titre originaire et qui n'exerçaient pas effectivement la médecine en France à la date du 16 août 1940 doivent formuler leur demande avant d'accomplir aucun acte de leur profession.

Ils ne pourront accomplir aucun acte de leur profession avant qu'il ait été statué définitivement sur leur cas.

ART. 6. — Les demandes sont obligatoirement communiquées par le préfet au Conseil départemental de l'Ordre des médecins et au directeur régional de la famille et de la santé, qui formulent leur avis motivé.

Elles sont ensuite transmises par ses soins au secrétaire d'Etat avec ces deux avis, auxquels il joint le sien.

ART. 7. — La Commission présente ses conclusions au secrétaire général de la santé.

Celui-ci établit les propositions définitives et les transmet au secrétaire d'État, avec les avis de toutes les autorités qui ont eu à en connaître.

ART. 8. — Toutes les demandes qui ne sont pas comprises dans ces propositions font l'objet d'un arrêté, prononçant leur rejet, qui est immédiatement notifié par l'intermédiaire du préfet à l'intéressé et au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Il en est de même des demandes qui ne sont pas retenues par le secrétaire d'État.

L'autorisation provisoire dont le requérant bénéficiait jusqu'à ce qu'il eût été statué sur sa demande cesse d'avoir effet le huitième jour qui suit la notification de cet arrêté.

ART. 9. — Les décrets de dérogation sont notifiés aux intéressés et aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins par les soins du secrétaire général de la santé et par l'intermédiaire des préfets.

Il appartient à leurs bénéficiaires de solliciter leur inscription au tableau de l'Ordre, selon les prescriptions de la loi du 7 octobre 1940, la dérogation qui leur est accordée ne pouvant en aucun cas en tenir lieu.

(*J. O.*, 6 juin 1941).

COMMENTAIRES. — *Le décret du* 31 *mai* 1941 *abroge le décret du* 5 *octobre* 1940 *portant application de la loi du* 16 *août* 1940. *L'arrêté du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé précise la procédure de l'instruction des demandes de dérogation et les conditions dans lesquelles il sera statué sur elles.*

Désormais, ces demandes doivent être toutes transmises au Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé par l'intermédiaire des préfets, et après communication aux Conseils départementaux de l'Ordre. Ainsi se trouvent implicitement annulées les fâcheuses circulaires interprétatives des 1er *et* 27 *novembre* 1940, *qui permettaient aux préfets de statuer de leur propre autorité sur le cas des médecins étrangers, et de leur interdire à jamais l'exercice de la médecine sans que la Commission ait même à examiner leur cas. De telles décisions, prises en violation formelle des termes du décret du* 5 *octobre* 1940, *étaient entachées d'un excès de pouvoir manifeste, dont les juristes de la rue de Tilsitt paraissent s'être rendu compte.*

Les médecins ne possédant pas la nationalité française à titre originaire, et exerçant à la date du 16 *août* 1940, *se trouvent maintenant forclos pour présenter leur demande de dérogation. Ceux qui n'exerçaient pas à cette date ne pourront accomplir aucun acte médical avant qu'il ait été statué définitivement sur leur demande. Quant aux prisonniers, le nouveau texte leur donne un délai de deux mois au lieu d'un, à dater de leur libération, pour présenter leur demande d'autorisation.*

La composition de la Commission de contrôle reste la même, mais il est précisé qu'elle est placée auprès du Secrétaire général de la Santé, dont le rôle devient prépondérant. En effet, la Commission ne statue pas ; elle soumet seulement des conclusions au Secrétaire général de la Santé qui a seul qualité pour établir les listes définitives des propositions de dérogation, qu'il soumet à la signature du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Les demandes rejetées par le Secrétaire général font l'objet d'un arrêté de rejet, signé par lui, et notifié immédiatement aux Conseils départementaux de l'Ordre ainsi qu'aux intéressés, par l'intermédiaire des préfets.

Les autorisations provisoires d'exercer cessent d'avoir effet huit jours après la signification de l'arrêté de rejet. Ceux qui, malgré cette interdiction, continueraient à exercer la médecine s'exposeraient à des poursuites pour exercice illégal (*Loi du* 26 *mai* 1941 *modifiant la loi du* 30 *novembre* 1892).

Ce nouveaux texte est clair et complet. Il est seulement regrettable qu'il ait paru dix mois après la loi dont il réglemente l'application.

B. M.

Hôpitaux psychiatriques

M. le Docteur Ceillier, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Rouen (Seine-Inférieure), est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), en remplacement de M. le Docteur Leconte, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Leconte, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), est nommé, à titre provisoire, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Rouen (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Docteur Ceillier, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Leclerc, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1939, est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, en remplacement de M. le Docteur Bardol, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 6 juin 1941).

Assurances sociales

Loi du 29 *mai* 1941 *relative à l'amélioration des primes d'allaitement prévues par la législation des assurances sociales.*

Art. 1er. — Les femmes d'assurés sociaux bénéficient des allocations mensuelles d'allaitement et bons de lait, dans les mêmes conditions et sous les mêmes réserves que les femmes assurées sociales.

Art. 2. — A partir du deuxième enfant, l'ensemble des allocations d'allaitement payées à une même bénéficiaire peut atteindre 1.250 francs pour la période complète d'allaitement. Dans ce cas, l'allocation prévue pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieure à 250 francs.

(*J. O.*, 5 juin 1941).

Enseignement de la médecine

Arrêté du 25 *avril* 1941 *concernant les Bourses de doctorat en médecine*

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le jeudi 24 juillet 1941.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus.

Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux.

Les registres d'inscriptions seront clos le 18 juillet 1941, à 16 heures.

(*J. O.*, 6 juin 1941).

LA QUESTION DES CURES THERMALES

Dans notre numéro du 1er juin, nous avons donné les dates d'ouverture et de fermeture d'un certain nombre de stations thermales.

Nous avons reçu les renseignements complémentaires suivants :

Dax, ouvert toute l'année.
Luchon, 15 juin-fin septembre.
Challes-les-Eaux, 1er juillet-15 septembre.
Brides-les-Bains, 15 juin /15 septembre.

Voir la suite page XXXIII-1131

PROPOS DU JOUR

« RÉORGANISATION »

Les dispositions nouvelles qui sont depuis quelques mois entrées en vigueur et qui régissent la profession médicale ont donné une grande importance au courrier que nous échangeons avec nos lecteurs. De toutes ces lettres qui nous parviennent, il ressort qu'une certaine inquiétude se manifeste pour le présent ou pour l'avenir. Comme nous avons toujours eu pour règle, dans ce Journal d'examiner objectivement les faits, nous voudrions étudier ce qu'il y a de bon, et ce qui nous paraît susceptibl e d'être amélioré dans l'organisation nouvelle qui nous est imposée.

La création d'un Ordre des médecins était réclamée depuis longtemps et en instituant un Ordre national, on a réalisé le désir d'un grand nombre de confrères qui avaient déjà lutté pour sa création. Un Ordre national choisi et non élu régit actuellement l'exercice de la profession, il rappelle des règles qui, il faut le reconnaître, étaient déjà suivies par la plupart d'entre nous, mais il saura les imposer à ceux qui ne se gênaient point pour les ignorer.

L'Ordre aura une autorité que n'avaient point nos organisations syndicales et il est bien certain qu'il pourra agir utilement contre une publicité plus ou moins déplaisante qu'utilisaient quelques confrères dans un but uniquement commercial ? Cependant nous lisons encore de temps à autre dans la grande presse, des articles qui n'ont pour but que d'exalter un homme ou son œuvre, et ne répondent point par leur importance et leur rédaction, au service rendu par cet homme ou cette œuvre à la Santé publique. Cependant, si la publicité est formellement proscrite, les médecins aimeraient bien que disparaissent aussi des quotidiens et de la radiodiffusion, les annonces publicitaires de médecins ou soi-disants instituts, guérissant telle ou telle maladie, ainsi que les annonces, les conseils thérapeutiques de tous ceux qui guérissent rhumatismes, sciatiques et autres affections chroniques.

L'œuvre d'épuration et la défense de la Santé publique ne doivent pas se limiter aux seuls médecins, mais s'étendre à tous ceux qui, dans un but strictement commercial cherchent à exploiter la crédulité publique, pour s'enrichir à ses dépens. Je reste persuadé que ce que ne pouvaient faire les Syndicats, sans se heurter à des puissances financières, l'Ordre peut et doit le faire, d'accord avec les Pouvoirs publics. Il faut savoir que cette œuvre d'épuration, les Syndicats l'ont vraiment tentée aux temps du président Doumergue, et qu'ils avaient été près de réussir. Nous pensons que l'autorité que possède l'Ordre national, du fait même qu'il est l'émanation du pouvoir suprême, lui facilitera beaucoup la tâche. Ces mesures qui peuvent paraître des opérations de détail, ne sont cependant point indignes de lui et tout le Corps médical serait soulagé en se voyant débarrassé d'une publicité odieuse qui a du succès auprès des malades qu'ils détournent des médecins sérieux.

A côté de l'Ordre national, nous avons appris avec un peu de surprise, la constitution d'ordres départementaux. Depuis des mois, nous entendions critiquer sans cesse la dissémination de l'autorité centrale entre plus de quatre-vingt Préfets et nous apprenions la création de grandes régions sanitaires ayant à leur tête un inspecteur régional ; il nous aurait semblé naturel, de voir se constituer justement à côté de l'inspecteur régional, un Ordre régional des médecins groupant les médecins de plusieurs départements et empêchant justement de se reconstituer de petites chapelles locales. En diminuant le nombre des Conseils de l'Ordre, on éloignait le pouvoir central régional des petits intérêts locaux, et l'autorité moins disséminée s'en trouvait par là-même renforcée.

J'imagine qu'on a dû avoir assez de peine, pour constituer ces Ordres départementaux, que leur nomination n'a pu que se faire par un pouvoir qui connaissait chacun de ceux qu'il choisissait et que, dans la plupart des départements, la sélection a été faite par l'autorité préfectorale et non par l'Ordre national lui-même, ainsi que le disait la loi.

Actuellement où les Conseils départementaux sont choisis, leur groupement a pu se faire sans désordre, mais imaginons ce qu'il adviendra lorsqu'il faudra les élire. Quel désordre il y aura dans tout le département, car avec l'élection renaîtront forcément les amitiés et les haines locales,

les intrigues et les combinaisons. Pour ce renouvellement, je persiste encore à croire qu'il eut mieux valu recourir à des Ordres régionaux qu'à des Ordres départementaux.

Pour les relations qui doivent s'établir entre l'Ordre et l'inspection régionale, on se rend mal compte de la manière dont s'exercera la collaboration, alors que des échanges de vues fréquents entre inspecteur de région et président de l'Ordre régional auraient grandement facilité les choses.

J'y aurais vu encore un avantage : en général à chaque région, correspond une faculté de médecine, or la faculté a bien son mot à dire, dans l'organisation et la réforme des études et j'aurais conçu, à côté de l'inspecteur qui représente le pouvoir administratif, à côté du président de l'Ordre régional qui aurait représenté les médecins praticiens, le doyen de la faculté qui aurait représenté avec la science médicale officielle, les aspirations des générations à venir.

On peut se demander si, dans la conception de l'Ordre, beaucoup n'ont voulu voir qu'une juridiction pour punir, pour défendre, pour faire la loi ; il est permis de penser que l'Ordre a aussi un rôle constructif et réformateur et qu'en collaborant justement avec les facultés et avec l'administration de la Santé publique, il apporterait des réformes utiles à l'exercice de la profession médicale en France.

La question d'un nombre excessif des médecins exerçant va être une des plus angoissantes. Or, pour résoudre ce problème, il n'est que de l'envisager d'une manière pratique et de décider que, pendant deux, cinq ou dix ans, on ne lancera dans la circulation qu'un nombre restreint de jeunes médecins. Il y aura pour les Facultés et les Ecoles un *numerus clausus*. Ce qu'on perdra en quantité on le gagnera en qualité et une telle mesure apparaît aujourd'hui comme absolument urgente.

Les Facultés de médecine ne doivent pas être le refuge de tous les bacheliers incapables de faire autre chose. Ils se destinent à devenir médecins, parce que si les études sont longues, elles sont faciles et qu'il est exceptionnel qu'un bachelier qui a commencé sa médecine ne l'ait pas finie. Songeons que l'année va déverser ses médecins en surnombre, que l'économie nationale appauvrie ne pourra plus faire vivre que deux médecins là où il y en avait trois, que le spécialiste a besoin pour vivre d'une société dépensant facilement et que laisser les Facultés faire des nouveaux médecins sans leur imposer un chiffre limite, c'est vouloir la ruine de toute la médecine française.

Ces réformes indispensables et urgentes, l'Ordre peut les faire ; le médecin français est actuellement respectueux de l'autorité, on le voit à l'usage. Des quantités de médecins dont l'exercice a été rendu impossible par le décret du 20 mai, préfèrent mourir de faim, plutôt que de violer un décret pris par un gouvernement répudié ; ils comprennent que les mesures qui les gênent sont puisées dans un intérêt général et qu'il faut s'y conformer, dut-on en souffrir.

La limitation du nombre des étudiants en médecine ne sera qu'un cas particulier des mesures d'autorité qu'on impose aux professions libérales.

Que surtout on ne vienne point pour s'opposer à ces mesures nous parler de vocations contrariées.

J'ai connu une époque où de jeunes garçons qui adoraient la mer, qui avaient une hérédité de marins ont dû renoncer à la vie de leur père et grand père parce qu'alors les promotions de l'Ecole navale ne dépassaient point une vingtaine d'admis ; il peut en être de même pour la médecine qui déversera sur d'autres activités des jeunes gens qui n'auraient fait qu'encombrer un peu plus notre profession.

C'est une véritable folie que de continuer à laisser les Facultés lancer dans la circulation, chaque année, un nombre croissant de jeunes médecins. La pléthore et ses conséquences, le surnombre, la vie difficile ont toujours été à la base de la plupart des défaillances professionnelles ; aussi c'est en luttant contre elle qu'on fera œuvre utile, qu'on réformera, qu'on moralisera.

Pour réaliser, le *numerus clausus*, pour fixer par Faculté, le chiffre maximum, un travail d'ensemble doit être envisagé, éliminant les médecins susceptibles de prendre leur retraite, tenant compte des décès et ainsi la collaboration entre les Conseils de l'Ordre et les Facultés s'avèrera fructueuse. La production sera réglementée par les besoins et on ne livrera pas deux jeunes médecins, là où le besoin d'un seul, se faisait sentir.

Dans cette limitation, il ne faudra point oublier les écoles militaires et navales dont l'existence a toujours été discutable, et dont maintenant l'utilité ne se fait plus sentir.

Ainsi, en se réformant, la médecine retrouvera la qualité, et le médecin mieux défendu comprendra que le bien-être que l'Ordre lui apporte vaut bien l'abandon de quelques libertés.

Dr Raphaël MASSART.



PARTIE SCIENTIFIQUE

DE LA DOULEUR DANS LES PREMIÈRES HEURES DE LA CRISE D'APPENDICITE AIGUË

Par

G. MÉTIVET et LÉANDRI,

Chirurgien interne

des hôpitaux de Paris

C'est parce que le malade, atteint d'une crise d'appendicite aiguë *souffre*, qu'il fait appel à son médecin.

Cette douleur, symptôme fondamental, constant, de l'appendicite aiguë, mérite que l'on étudie les modalités sous lesquelles elle se présente, *pendant les premières heures de la crise.*

***

Notons, tout d'abord, qu'elle est le seul symptôme *constant* de l'affection.

La *température* peut être élevée, normale ou même abaissée dans certaines formes toxiques.

Le *pouls* peut être normal, accéléré ou ralenti. Remarquons qu'il peut exister deux types de dissociation du complexe : pouls-température. On peut voir une température basse et un pouls rapide dans des appendicites toxiques. On peut voir une température élevée et un pouls ralenti, comme cela s'observe dans un certain nombre d'affections gastro-intestinales.

Les *nausées* et les *vomissements* qui traduisent l'irritation péritonéale peuvent manquer.

La *constipation*, difficile à apprécier durant les premières heures, peut être remplacée par de la diarrhée, surtout dans les appendicites gangréneuses ou les appendicites pelviennes.

La *contracture*, qui relève de l'irritation du péritoine pariétal, manque dans les appendicites postérieures, pelviennes ou méso-cœliaques.

Mais, *toujours*, le malade souffre. Et nous devons envisager successivement :

les douleurs spontanées ;
les irradiations douloureuses ;
les douleurs provoquées.

***

Douleurs spontanées

La douleur spontanée, dans l'appendicite aiguë, est *continue*, sans rémissions vraies, sans exacerbations vives. Et cela la différencie des douleurs, à type de coliques : néphrétiques, hépatiques ou intestinales.

Son *intensité* est très variable. Vive ou légère, cette douleur peut cesser presque complètemen au bout de quelques heures. Cette « accalmie traîtresse », plus fréquente qu'on ne l'imagine, ne saurait faire différer l'intervention. Parfois, la diminution de la douleur traduit la perforation de l'appendice, perforation qui peut être très précoce. Plus souvent cependant, cette perforation entraîne une exacerbation et une diffusion de la douleur.

Enfin, on peut noter, — fait assez important pour le diagnostic, — que les applications de glace calment très souvent et très rapidement ces douleurs spontanées.

Le *siège* de la douleur spontanée est variable. Souvent limitée à la région qu'occupe l'appendice, elle est parfois localisée par le malade « autour de l'ombilic ». Cette localisation de la douleur, à distance du point où siège l'appendice, a déjà été signalée par de nombreux auteurs. Ce fait paradoxal, peut être moins fréquent qu'on ne l'a dit, relève sans doute de cette assez mystérieuse sensibilité sympathique, dont nous commençons à entrevoir l'importance très grande.

Mais le *point de départ* de ces douleurs spontanées est bien l'appendice enflammé. Si l'on prend soin d'interroger les opérés sur les douleurs qu'ils ressentent dans les heures qui suivent l'intervention, on peut noter très fréquemment (et surtout en cas d'appendicite gangréneuse), une atténuation considérable des douleurs spontanées, dès le réveil du malade. Et, cependant, le traumatisme opératoire a irrité : téguments, muscles et péritoine. Mais l'appendice, point de départ de la douleur, a été enlevé.

***

Irradiations douloureuses

Elles sont la cause de fréquentes erreurs de diagnostic.

Ces irradiations douloureuses, liées à des irritations inflammatoires péri-appendiculaires, intéressent surtout l'appareil urinaire.

Qu'il s'agisse d'un appendice rétro-cœcal, juxta-urétéral, ou d'un appendice pelvien rétro-vésical, tout l'arbre urinaire peut réagir.

Et l'on peut observer des syndromes variés, allant de la simple dysurie à la crise de colique néphrétique vraie. Dans quelques cas d'appendicite pelvienne, cette colique néphrétique, localisée *à gauche*, a pu s'accompagner d'hématurie. L'erreur de diagnostic est alors fatale, si l'on omet de pratiquer un toucher rectal ou vaginal.

Parfois, les irradiations douloureuses peuvent se faire à grande distance. L'un de nous a observé un septuagénaire, atteint d'appendicite aiguë, et qui avait placé une vessie d'eau chaude sur la région spontanément douloureuse : l'épaule droite. L'appendice gangréné, rétro-cœcal, ascendant, était anormalement long. Son extrémité était largement en contact avec le diaphragme. Et la douleur à l'épaule n'était que la projection scapulaire d'une irritation phrénique.

***

Douleurs provoquées

L'étude de la douleur provoquée par la pression est, pour nous, d'une importance considérable.

Les livres décrivent, avec force détails, les « points appendiculaires » douloureux à la pression : point de Mac Burney, point de Lanz, point de Moris, etc. Et les fabulations pathogéniques ne manquent pas, qui se chargent d'en expliquer le mécanisme.

Nous pensons qu'il faut oublier tout cela et retenir les trois faits suivants :

1° Les lésions inflammatoires aiguës de l'appendice peuvent porter sur tout l'appendice, ou n'en intéresser qu'une faible portion (les lésions sont alors généralement limitées à la pointe de l'appendice) ;

2° La *pression sur la portion enflammée de l'appendice est douloureuse et la pression n'est douloureuse qu'à ce niveau* ;

3° Le cœcum et l'appendice, d'une part, la pointe de l'appendice, d'autre part, peuvent être loin de la fosse iliaque droite. Malgré l'existence d'une appendicite aiguë certaine, la palpation de la fosse iliaque droite sera alors absolument indolore.

Dans toute crise d'appendicite aiguë, pendant les premières heures de la crise, alors que l'infection est encore limitée à l'appendice, *on doit, et il faut savoir trouver le point, électivement douloureux à la pression, qui répond à l'appendice enflammé.*

Mais ce point peut siéger fort loin de la fosse iliaque droite.

Dans l'appendicite rétro-cœcale, il faut le chercher au-dessus de la crête iliaque, dans la région lombaire.

Dans l'appendicite pelvienne, il faut le chercher dans le bassin, par le toucher rectal ou vaginal.

S'agit-il d'un appendice ascendant, dont l'extrémité enflammée, vient prendre contact avec la vésicule ? Le point douloureux à la pression sera sous le rebord costal, au bord externe du grand droit.

Dans les appendicites herniaires, le point douloureux à la pression est au niveau de la hernie.

Veut-on quelques faits plus précis ?

L'un de nous opère une appendicite aiguë dans laquelle le point douloureux à la pression, très limité, répondait à l'orifice interne du canal inguinal. La pointe de l'appendice, seule enflammée, était appliquée contre cet orifice par une languette épiploïque.

R. Bloch opère une appendicite aiguë avec point douloureux à la pression, à gauche. Le cœcum est bien à droite, mais l'appendice, très long, traverse la ligne médiane et sa pointe, seule malade, répond au point douloureux.

Fèvre croit, chez une femme enceinte, être en présence d'une crise d'appendicite aiguë. Un examen radiographique montre que le point douloureux est loin de la projection de l'angle iléocœcal. Il opère, cependant, et constate que le point douloureux répond à la pointe, seule enflammée de l'appendice.

Pour mettre mieux en évidence ce « point douloureux », Moulonguet conseille de le rechercher, au début de l'anesthésie, quand la conscience commence à s'évanouir.

....

Tout ce que nous venons de dire n'a d'intérêt que pendant les premières heures de la crise. Quand le péritoine a réagi, quand les liquides péritonéaux diffusent, la douleur s'étend. Et la pression peut être douloureuse à distance de l'appendice. Ne sait-on pas que la pression est douloureuse dans la fosse iliaque droite quand — un ulcère duodénal s'étant perforé —, les liquides intestinaux coulent le long du côlon et viennent s'accumuler autour du cœcum ?

***

Une sanction thérapeutique découle de ceci. Si le point douloureux à la pression répond à l'appendice enflammé, c'est à son niveau que l'on doit ouvrir l'abdomen pour aller chercher l'organe malade. Depuis longtemps, l'un de nous aborde les appendices pelviens par voie médiane sous-ombilicale. Il n'a pas eu à le regretter.

***

Nous savons que de rares observations ont été publiées, qui contredisent nos affirmations. Nous pensons cependant que celles-ci, confirmées par de nombreux auteurs, traduisent véritablement ce qui se passe dans l'immense majorité des cas, et, qu'à ce titre, elles méritent d'être retenues.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Les traumatismes dentaires chez les enfants

D'après les Docteurs M. DECHAUME et J. CAUHÉPÉ (1)
Stomatologistes des Hôpitaux

COMMENT ILS SE PRODUISENT

Les traumatismes dentaires méritent chez l'enfant, une attention spéciale. Déjà, d'une manière générale, les dents sont des organes relativement fragiles ; avec une grande facilité, un éclat d'émail ou d'ivoire s'en détache au moindre choc ou à la mastication (par inadvertance) d'un petit caillou mêlé aux aliments.

Aussi, chez les enfants, exposés plus particulièrement aux traumatismes par leur inattention ou l'emportement de leurs jeux, on observe très fréquemment des fractures ou des luxations des dents, avec leurs nombreuses complications et leurs séquelles. En raison de la petitesse des dents de lait, un agent vulnérant qui, chez l'adulte, n'atteindrait qu'une seule dent, en frappe plusieurs chez l'enfant ; de plus, les germes des dents permanentes, encore incluses dans les maxillaires, peuvent aussi être lésés par contre coup ; si bien que ce sont les deux dentures, qui se trouvent altérées par le même traumatisme.

Cependant, point n'est besoin que soient directement frappées les dents : un coup de poing, de pied, de raquette, de ballon, de balle de tennis, portant sur les joues ou les lèvres, détermine souvent une luxation ou une fracture dentaire, dont les complications et le traitement passent au premier plan, alors que les plaies jugales ou labiales guérissent rapidement. Parfois même, le choc ne produit aucune lésion cutanée, tel un coup de coude porté sous le menton, qui ferme la bouche violemment et amène les dents à se fracturer les unes contre les autres.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une action directe sur les dents. Au cours des jeux animés, les enfants n'ont-ils pas presque toujours la bouche ouverte pour rire, crier ou respirer plus largement ? Dans ces conditions, leurs incisives sont exposées à recevoir le coup de poing, la balle, le caillou, qui les fractureront. Quand ils se bousculent, trébuchent, tombent, parfois la chute se termine par le heurt brutal des régions maxillaires ou des dents sur le bord d'un trottoir, sur une barre d'appui ou tout autre objet contondant.

Mais, une chute est presque toujours suivie de lésions dentaires si les sujets étaient en train de sucer ou de mâchonner un jouet, de souffler dans une trompette : l'objet touche terre le premier, et il est brusquement enfoncé dans la bouche ; les incisives sont ainsi fracturées, ou bien elles basculent et sont luxées en arrière, le bord de la table interne du maxillaire étant également fracturé. D'autres fois, les mêmes lésions se produisent, quand l'enfant se promène en tenant un objet un peu long (baguette de bois ou trompette), qui vient buter contre un meuble et agit sur les dents comme un levier. A noter également le danger de la succion des crayons qui, outre les lésions dentaires, peuvent provoquer une perforation de la voûte palatine.

Outre ces traumatismes accidentels, il convient de mentionner à titre exceptionnel le traumatisme opératoire, — il faut manier doucement les ouvre-bouche et les daviers — et le traumatisme orthodontique, qui était déjà rare autrefois, et a disparu avec l'abandon des anneaux de caoutchouc et des fils métalliques de fort diamètre.

Ne pas oublier non plus l'influence traumatisante de la succion du pouce ou de la mastication. Pour être très légère, elle n'en est pas moins très active par la répétition de ces actes. La succion détermine en quelques années des malpositions des dents, et même des déformations des maxillaires. Quant à la mastication, elle produit l'abrasion de la denture temporaire, les molaires ayant souvent leur face triturante complètement plane au moment de leur chute. Parfois aussi, les dents frottent les unes sur les autres au moment de l'occlusion des mâchoires et s'usent anormalement.

(1) *Paris médical*, 9 novembre 1940.

Leurs conséquences en stomatologie

Diverses sont les lésions observées cliniquement chez l'enfant, à la suite des traumatismes dentaires : mortifications pulpaires, fractures, avec leurs diverses complications, luxations, dysplasies et dystrophies, déformations des maxillaires, abrasion.

Un traumatisme, si minime parfois qu'il a pu passer complètement inaperçu, est susceptible de déterminer la mortification de la pulpe dans les semaines ou les mois suivants, et cela aussi bien sur les incisives permanentes que sur les temporaires, plus exceptionnellement sur les molaires. D'où la règle de rechercher systématiquement, pendant six mois environ, les réactions aux agents thermiques et électriques de toute dent traumatisée, et cela afin d'intervenir au moindre signe de nécrose ; on évitera ainsi les complications inflammatoires ultérieures : ostéopériostite, phlegmon périmaxillaire, fistule, granulome, kyste, etc. Il est néanmoins très fréquent que l'examen de l'enfant soit provoqué par l'apparition inopinée d'une de ces complications : dans ces conditions, on peut découvrir la mortification d'une dent sans y trouver la moindre carie, et c'est alors que l'on en soupçonne l'origine traumatique.

Quant aux fractures, il est intéressant de savoir que la moindre ébréchure dentaire peut provoquer des accidents aussi sérieux que si la chambre pulpaire avait été ouverte par le traumatisme. Chez l'enfant, son ouverture est d'autant plus facile que celle-ci est toujours très grande chez l'enfant. Enfin, la racine elle-même peut être fracturée, ce qui se reconnaît à la mobilité anormale, à la douleur à la palpation et à la percussion, à la douleur à la pression de l'alvéole, à la radiographie.

D'une manière générale, les lésions pulpaires sont inévitables, même si la chambre n'a pas été ouverte en raison de l'atteinte du pédicule vasculo-nerveux. La nécrose peut être immédiate, ou bien ne survenir qu'au bout de quelques semaines, quelques mois, précédée de signes de pulpite.

En cas de fractures des couronnes, le stomatologiste doit donc avant tout soigner la pulpe, et, même si elle n'a pas été ouverte, s'assurer durant un long temps qu'elle n'a pas souffert. Si la pulpe est gangrénée, au moment où apparaissent les complications inflammatoires, on est parfois réduit à l'extraction.

Luxée, une dent atteinte par le traumatisme peut se trouver dans une position plus antérieure ou plus postérieure que précédemment, ou bien elle est légèrement enfoncée dans le maxillaire. Dans les premiers jours, elle est mobile, douloureuse à la palpation. En règle, le paquet vasculo-nerveux est sectionné, la dent ne réagit plus au chaud, ni au froid, et se mortific. Ces luxations se compliquent souvent de fractures du maxillaire.

Enfin, on observe parfois des érosions ou des déformations importantes soit de la couronne, soit de la racine, et celles-ci ne sont que les conséquences d'un trauma, qui avait porté antérieurement sur la dent de lait correspondante pour déterminer ensuite un trouble de la nutrition dentaire. La racine de la dent temporaire, en contact avec la permanente en formation, qui vient la frapper, altère le germe ou même fracture l'ébauche de la couronne, qui se consolide ensuite en position vicieuse.

Une conséquence plus tardive des traumatismes dentaires de l'enfance consiste dans les déformations des maxillaires. Quand il a fallu extraire une dent de lait traumatisée, son absence paraît, en effet, contrarier la croissance des maxillaires à cet endroit ; on observe ainsi des asymétries d'autant plus grandes que l'enfant était plus jeune lors de l'accident. De plus, les dents voisines ont tendance à se rapprocher si bien que la place nécessaire à l'évolution de la permanente devient insuffisante.

Lorsqu'il s'agit d'une dent permanente, l'asymétrie du maxillaire peut être moins accentuée, mais les mouvements de rapprochement des dents voisines atteignent rapidement plusieurs millimètres.

Les déformations les plus importantes sont provoquées par la succion des doigts, en particulier du pouce. Quand cette mauvaise habitude est pratiquée durant plusieurs années, les déformations sont globales, d'allure clinique suivant les cas : tantôt le pouce appuie énergiquement sur la voûte palatine et les incisives supérieures, et il en résulte une prognathie alvéolaire supérieure ; tantôt le pouce, tout en appuyant sur les incisives supérieures, prend point d'appui sur la mâchoire inférieure et s'oppose à son développement ; il produit, outre la déformation précédente, une rétrognathie mandibulaire totale ; tantôt le pouce, en s'interposant entre les arcades provoque une béance verticale des incisives.

Le traitement consiste d'abord dans la suppression du tic, ce qui n'est pas le plus facile ; on peut plus aisément l'empêcher de se constituer, en attachant les manches d'un nourrisson, que corriger un enfant de sept ou huit ans ; ensuite, il convient d'appliquer un appareil orthodontique.

G. Fischer.

TRAITEMENT CONSERVATEUR ET NON CHIRURGICAL DE CERTAINES FORMES D'OCCLUSION INTESTINALE

Jusqu'à il y a dix ans tous les cas d'occlusion intestinale constituaient sans conteste des urgences chirurgicales.

Actuellement on n'admet l'urgence que pour les cas où l'irrigation sanguine de l'intestin est compromise. Partout ailleurs une tentative doit être faite pour améliorer la condition du patient et , soit lui éviter l'intervention, soit le mettre en état de mieux supporter celle-ci.

Il s'ensuit que l'intervention immédiate est réservée aux occlusions par étranglement ; toutes les autres, et elles sont de beaucoup les plus nombreuses, relèvent d'une tentative préalable de traitement médical.

Le point délicat est de déterminer à quel groupe appartient le patient, car si, lorsqu'elles sont indiquées, ces diverses manœuvres lui valent un bénéfice incontestable, il serait funeste de perdre du temps quand seule l'opération peut le sauver. Il s'agit donc de discerner 1° si elles sont indiquées ; 2° à quel moment il faut les cesser ; 3° s'il faut délibérément y renoncer.

C.-P. Schlicke, de la Clinique Mayo, a étudié ces divers points en faisant une revue critique de 166 observations d'occlusion intestinale. Il s'agissait de malades présentant des signes d'occlusion à leur arrivée ou peu après leur arrivée à la clinique. Ont été éliminés les cas d'iléus post-opératoire.

Dans 33 cas (hernie, volvulus, invagination, etc.) il s'agissait d'étranglement. Aucun traitement médical n'était de mise et ils n'ont plus à être mentionnés ici.

Restent 133 cas d'occlusion simple dont 45 par obstruction de l'intestin grêle et 76 par obstruction des côlons. Les 12 autres comprennent des cas où la nature et le niveau de l'obstacle n'ont pu être déterminés. Le cancer et les adhérences post-opératoires sont responsables de la plupart des cas.

Les occlusions simples ont été classées en serrées, moyennes et larges, suivant le degré de distension, la quantité, la durée et le caractère des vomissements, la durée et le degré de la constipation, les données radiographiques,les altérations chimiques du sang, la violence des coliques et le caractère du péristaltisme.

Pour le petit intestin : 37,8 % étaient serrées, 26,7 % moyennes et 35,6 % larges. Pour les côlons : 42,1 % serrées, 30,3 % moyennes et 27,6 % larges.

Dans six cas pour le grêle et dans neuf pour le gros intestin le facteur déterminant de l'occlusion fut l'administration de baryte pour l'examen radiologique. Peut-être la baryte est-elle encore responsable de quatre autres cas. Dans deux cas d'occlusion du gros intestin l'occlusion suivit l'administration d'un lavement opaque. Trois crises d'occlusion du grêle et une des côlons survinrent après une forte purgation. Donc dans 16,5 % des cas, la crise pouvait être évitée. La mortalité de ce groupe fut de 33 %.

Les résultats de la thérapeutique médicale furent satisfaisants dans la majorité des cas. Pour beaucoup, l'entérostomie d'urgence put être évitée. Dans cinq cas d'occlusion du grêle et sept d'occlusion du gros intestin toute intervention fut rendue inutile.

***

La technique est celle-ci :

1° Ne rien faire prendre par la bouche. C'est seulement lorsque le patient commence à évacuer du gaz et que la distension diminue qu'un peu de liquide peut être administré.

2° Par voie parentérale injecter une solution de glucose à 5 % dans du sérum physiologique ou par voie veineuse du sérum physiologique ou une solution contenant les sels et les bases convenables. Injecter au moins trois ou quatre litres de ces solutions par 24 heures.

3° La première et souvent la plus efficace mesure de décompression consiste en irrigations rectales avec une solution physiologique de chlorure de sodium. Si possible donner ces irrigations en position genu-pectorale.

4° Enfin recourir au tubage intestinal. Quelquefois la simple sonde duodénale suffit. Plus souvent mieux vaudra le tube de Miller-Abbott ; c'est un long tube à l'extrémité duquel, tout près des yeux, est attaché un petit ballon de 30 c. c. de capacité. Le ballon est gonflé après introduction dans le duodénum et est soumis dès lors aux contractions péristaltiques qui le font avancer ; en même temps, sont aspirés les gaz et les liquides. Lorsqu'il atteint le point de l'obstruction (et qu'il le localise en même temps) le ballon est dégonflé. Le tube agit alors exactement comme une bouche non chirurgicale.

Pour l'introduire on le lubréfie avec une solution analgésique aqueuse et on l'introduit par le nez jusque dans l'estomac. Après lavage préliminaire on retire partiellement le tube de façon à ce que l'extrémité soit au niveau du cardia. Ensuite le patient étant couché sur le

côté droit ou sur le dos en demi-position de Fowler le tube est poussé lentement à raison de 2 à 3 centimètres par demi-heure jusqu'à ce que la radiographie révèle qu'il se trouve dans le duodénum. C'est à ce moment que l'on gonfle le ballon.

Il y a quelques difficultés techniques que la pratique permet d'éliminer.

Les résultats, lorsque le tube fonctionne bien, sont « *dramatiques* ». Les signes d'occlusion disparaissent et la nécessité d'un anus artificiel disparaît. On peut donner des liquides par la bouche et, s'il y a lieu, préparer le malade pour l'intervention : administration prudente de petites doses d'un laxatif salin, inhalations d'oxygène, compresses chaudes sur le ventre, larges doses de vitamines B.

La mortalité post-opératoire est considérablement réduite chez les malades qui ont pu bénéficier de ce traitement, alors qu'elle n'a guère varié depuis des années chez les autres.

Enfin le seul fait qu'elle permet d'éviter l'anus iliaque et même toute intervention, là où aucun obstacle organique n'existe, mérite de retenir l'attention des médecins (1).

G. LAVALÉE.

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic*, 5 et 12 juin 1940.

LE SOUFRE ET LES ARTÈRES.
L'HYPOSULFITE DE SOUDE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION

Dans deux communications, à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux (1), le Professeur Loeper et ses collaborateurs ont montré le rôle du soufre dans la physiologie vasculaire et l'intérêt thérapeutique des préparations soufrées, de l'hyposulfite de soude plus spécialement, dans les affections artérielles, l'hypertension en particulier.

L'hyposulfite de soude n'est pas un agent hypotenseur proprement dit, comme le sont par exemple les nitrites. Il intervient selon un mode tout à fait différent, en exerçant une action *neutralisante* sur les substances hypertensives élaborées par l'organisme lui-même.

On connaît, dans la pathogénie de l'hypertension, le rôle de ces substances (*hypertensines* de Volhardt), dont la tyramine, après l'adrénaline, est une des plus importantes. Elles appartiennent à un groupe chimique général qui comprend, entre autres, l'éphédrine, etc.

Quoi qu'il en soit, et sans entrer dans l'étude du mécanisme générateur des hypertensines dans l'organisme, l'hyposulfite de soude possède un pouvoir neutralisant à leur égard. Les expériences de Loeper et ses collaborateurs ont établi que si l'on fait à un animal une injection d'hyposulfite suivie d'une injection de tyramine, aucun effet hypertenseur ne se produit : l'action de la tyramine est neutralisée par la présence de l'hyposulfite, le produit sulfo-conjugué ainsi obtenu étant neutre quant à la pression artérielle.

Ainsi, expérimentalement, l'hyposulfite de soude réduit et abrège l'hypertension produite par la perfusion veineuse de tyramine. Cliniquement, des résultats ont été obtenus par l'administration de ce médicament à des hypertendus. Mais, le mécanisme même de cette médication explique qu'elle doive être employée pendant un temps assez long.

La technique du traitement est la suivante : on donnera la préférence à l'hyposulfite chimiquement pur, soit sous forme de solution à 20 % en injections intra-veineuses, soit en pilules glutinisées à 0 gr. 25. La sulfo-conjugaison, dans l'administration par voie buccale, semblant se faire au niveau de l'intestin, la glutinisation des pilules permet le passage du médicament sans modification dans l'estomac. Réserver le traitement mixte de trois ampoules par semaine et quatre à six pilules par jour aux hypertensions importantes. Les cas plus bénins pourront être traités par la seule ingestion de quatre à six pilules par jour. Le traitement comportera deux ou trois cures par an d'une durée de deux mois environ chacune.

(1) LOEPER, A. LEMAIRE, J. COTTET et J. VIGNALOU. Soc. méd. des hôp. de Paris, 2 juin 1939. — LOEPER et J. PARROD, Acad. de médecine, 12 mars 1940.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Fragilité hépatique chez les cardiaques et traitement salicylé

Chez certains rhumatisants, avec localisation cardiaque, il peut exister une fragilité hépatique, qui rend délicat, pendant quelque temps, l'usage du salicylate de soude. Des lésions hépatiques sont cependant nécessaires dans cet ordre d'idées. M. LUTEMBACHER attire l'attention sur cette importante question, et il donne d'intéressants conseils de pratique médicale en pareils cas.

Le plus souvent, les troubles du métabolisme hépatique sont une conséquence directe d'une hépatite rhumatismale ; en effet, l'acétonurie apparaît dès les premiers jours du traitement salicylé avec des doses souvent minimes, mais parfois, c'est avant toute action salicylée que l'acétonurie est découverte. D'autre part, c'est le traitement spécifique du rhumatisme qui fait disparaître l'hépatite et l'acétonurie.

Parmi les fragilités hépatiques, que l'on rencontre plus particulièrement au cours de la maladie de Bouillaud, il en est une qui gêne singulièrement le traitement spécifique : c'est celle (foie muscade), qui résulte directement de la stase dans le domaine de la veine cave.

Quand celle-ci est le fait de lésions cardiaques chroniques, d'une asystolie, indépendamment de poussées aiguës du rhumatisme, on a le temps de réduire la stase à l'aide des toni-cardiaques avant de recourir au traitement salicylé. Après trois ou quatre semaines d'injections plus ou moins répétées d'ouabaïne, le salicylate est utilisé à doses progressives ; il est abandonné si l'hépatomégalie ou les œdèmes s'accroissent, ou si quelques signes d'intolérance apparaissent, précurseurs de l'acétonurie. De nouvelles tentatives sont reprises ultérieurement, après une action toni-cardiaque plus ou moins prolongée. Si les lésions viscérales sont trop graves, ce traitement est inopportun.

Lorsque, d'autre part, l'insuffisance cardiaque résulte d'une myocardite rhumatismale sournoise, le salicylate est indispensable pour réduire l'asystolie. La nécessité du traitement est plus grande encore, quand une asystolie aiguë apparaît dès les premiers jours de la polyarthrite ; le salicylate est plus utile ici que les toni-cardiaques ; on ne peut perdre son temps en réduisant au préalable la stase. Cependant, celle-ci fragilise le parenchyme hépatique, et parfois une hépatite rhumatismale ajoute à cette fragilité. Dans ces circonstances, c'est moins l'acétonurie que l'augmentation du volume hépatique ou les œdèmes, qui obligent à interrompre le traitement spécifique.

Il est impossible de préciser cette action thérapeutique ; elle varie dans chaque cas particulier ; c'est chaque jour qu'il importe de modifier l'action médicamenteuse, redressant la stase et l'hépatomégalie à l'aide des tonicardiaques, reprenant l'action salicylée dès qu'il est possible.

A signaler que nous possédons aujourd'hui une médication de remplacement du traitement salicylé avec l'antipyrine endoveineuse. Après action de l'ouabaïne ou d'un composé de digitale par voie veineuse, pour réduire la stase hépatique, on pratique chaque jour deux à trois injections d'antipyrine à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par injection suivant la tolérance, par périodes de sept à 10 jours, avec interruption de deux jours entre chacune d'elles pendant laquelle le traitement tonicardiaque est utilisé. Après une ou deux séries, on vérifie à nouveau la tolérance au salicylate, en ajoutant progressivement 0,50 à 1 gr. de salicylate à l'antipyrine, dont la proportion est maintenue ou légèrement réduite. Si l'hépatomégalie reparaît, ou si l'on décèle à nouveau l'acétonurie, il est simple de renoncer au salicylate et de poursuivre le traitement à l'antipyrine. L'adjonction de cinq à dix centigrammes de chlorure de calcium par gramme d'antipyrine accroît la tolérance à ce médicament et réduit les petits malaises qui suivent immédiatement l'injection. On accroît également la tolérance au salycilate par adjonction de bicarbonate et d'insuline glucose. (*Le Bulletin médical,* 29 mars 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Transmission de la poliomyélite à la souris blanche

(M. C. LEVADITI ; 22-4-1941)

D'une étude expérimentale sur cette question, M. Levaditi conclut : la transmission de la poliomyélite à la souris blanche, découverte par Armstrong, est confirmée. La possibilité d'expérimenter sur de grandes séries d'animaux ouvre une voie féconde à des recherches d'intérêt aussi bien théorique que pratique (chimiothérapie). Dans ce travail, il a été envisagé la symptomatologie de la maladie expérimentale, l'histopathologie, la mortalité et aussi la variabilité de la réceptivité de la souris à l'égard de la souche poliomyélitique Lansing.

Sur l'état de nos approvisionnements en produits pharmaceutiques

(M. GORIS ; 29-4-1941)

Au nom de la commission du rationnement pharmaceutique, M. Goris présente un rapport sur l'état de nos approvisionnements pharmaceutiques en avril 1941.

Les produits opothérapiques — les envois de l'Argentine étant interrompus — sont des plus rares. Le foie fait totalement défaut, les extraits hypophysaires, thyroïdiens, surrénaux sont réduits au minimum. Les fabricants d'insuline vivent surtout sur leurs réserves. On trouve moins difficilement les préparations à base ovarienne ou testiculaire (hormones de suppléance).

Les produits à usage chirurgical sont également touchés : rareté des cotons, des gazes, des catguts, des fils de soie, des drains de caoutchouc. Les crins de Florence se trouvent encore assez couramment, de même l'éther et le chloroforme. De même la cocaïne (qu'il serait prudent d'économiser), la novocaïne et les substances analogues de synthèse.

La lanoline manque complètement, ainsi que l'huile de foie de morue. L'huile de ricin devient de plus en plus rare. La vaseline, l'huile de paraffine sont distribuées avec parcimonie.

La santonine, la pilocarpine, la caféine, la théobromine, l'atropine n'existent qu'en très petites quantités. De même l'ouabaïne. Il existe encore, dans les stocks, un faible approvisionnement des alcaloïdes de l'opium. La quinine est à économiser. La spartéine, la digitaline, préparées en France, ne devraient pas manquer.

Les matières premières exotiques n'arrivent plus dans nos ports. Il en est ainsi de l'opium, du quinquina, de l'ipéca, de la coca, de l'hamamélis, du strophantus, du ratanhia, de la noix-vomique, du tolu, du Baume du Pérou, etc.

Les sels d'argent sont en raréfaction : la matière première pour leur préparation consiste uniquement en couverts d'argent vendus par le Mont-de-Piété ! Le bismuth, l'iode, le borate de soude, l'acide borique, le menthol, l'eucalyptol, le tannin n'existent plus qu'en petite quantité.

Un contingentement a dû être réalisé pour de nombreux médicaments. Par trimestre, chaque pharmacien reçoit 125 à 400 grammes de sels de bismuth ; de 20 à 40 grammes de caféine ; de 5 à 15 grammes de codéine ; de 1 à 2 litres d'huile d'olive ou d'arachide ; de 2 à 5 litres d'huile de paraffine ; de 1 à 3 kilos de vaseline, etc. La liste des produits contingentés ira en augmentant au fur et à mesure des nécessités.

Sur les exigences thérapeutiques et les obligations d'économie

(M. Maurice LOEPER ; 29-4-1941)

Pour atténuer les effets de la pénurie actuelle de médicaments, M. Loeper signale un certain nombre de moyens de remplacement. Il faut, dit-il : pour l'estomac, associer les sels de magnésie aux sels de soude, remplacer le bismuth par le kaolin et le talc ; pour l'intestin, réduire l'huile de ricin et la paraffine, utiliser surtout la bourdaine, les alcalino-terreux plus que le bismuth, la belladone plus que l'opium ; pour le foie, employer l'artichaut plus que le boldo ; pour le cœur, ménager les sels de quinine, la caféine, l'ouabaïne ; pour les vaisseaux, réduire les iodures, utiliser le marron d'Inde plus que l'hamamélis ; pour le rein, la scille plus que la théobromine ; pour le poumon, la jusquiame et la belladone plus que l'opium, les ventouses plus que la moutarde, le benjoin plus que l'eucalyptol et le tolu ; pour le système nerveux, réduire les glycérophosphates et la strychnine, utiliser plutôt la novocaïne que la cocaïne ; pour la nutrition réduire le soufre et l'iode, et l'opothérapie ; pour le diabète, employer l'insuline-retard plus que l'insuline ; pour la dermatologie, renoncer au baume du Pérou, limiter l'usage de la vaseline, de la lanoline, de la glycérine, préférer l'oxyde de zinc au soufre et à l'huile de cade ; pour les enfants, remplacer l'huile de foie de morue par les vitamines ; pour les maladies infectieuses, ne pas craindre d'user des sulfamides, réduire les sels de quinine.

Prêcher l'économie, même pour ce qui reste à notre disposition.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Diabète traumatique récidivant

(MM. F. RATHERY, P. FROMENT et D. BARGETON ; 7-2-1941)

L'existence du diabète traumatique est loin d'être admise par tous les auteurs. Cependant l'observation actuelle a la valeur d'une véritable expérience de physiologie. Elle permet d'affirmer : d'une part, l'existence du diabète traumatique ; d'autre part, le rôle de la région infundibulo-tubérienne dans l'éclosion du diabète, l'hypophyse ayant préalablement subi une ablation chirurgicale ; enfin, la possibilité d'un diabète traumatique, en dehors de toute intervention de l'hypophyse, par traumatisme frontal.

Un sujet bien portant jusqu'en 1928 voit apparaître à cette époque les premières modifications morphologiques d'une acromégalie, qui évolue progressivement jusqu'en 1936, date à laquelle surviennent des troubles visuels importants, qui persistent malgré l'institution de séances de radiothérapie pénétrante. Ni sucre, ni albumine, ni acétonurie. Le malade est opéré le 22 mars 1938 ; suites opératoires normales ; les troubles oculaires s'amendent progressivement. Mais, dans les jours qui suivent, apparaît un diabète très important nécessitant l'emploi de l'insuline. La glycosurie disparaît en quelques mois. Puis, 15 mois plus tard, à la suite d'une chute grave sur le crâne, le diabète reparaît important, et disparaît comme la première fois après traitement insulinique.

Ainsi on peut affirmer l'existence d'un diabète traumatique post-chirurgical, à type consomptif, survenu deux jours après l'intervention. Sensible à l'insuline, il était secondaire à une lésion de la région infundibulo-tubérienne, l'hypophyse ne pouvant intervenir, puisqu'elle était enlevée. Enfin un traumatisme frontal grave a pu déterminer une poussée de diabète, secondaire également à une lésion infundibulo-tubérienne.

De l'influence de l'alimentation hypoazotée sur le mode de sécrétion de l'urée par le rein

(MM. F. RATHERY, P. FROMENT et DE TRAVERSE ; 7-2-1941)

Un sujet adulte présente, en avril 1938, une azotémie de 0 gr. 60 et de 0 gr. 43, c'est-à-dire une hyperazotémie légère ; il est mis, le 19 mai 1938, à un régime très hypo-azoté ne comportant aucune albumine animale, sauf 200 grammes de lait chaque jour. Le taux de l'urée sanguine s'abaisse à 0 gr. 25, mais la constante uréo-sécrétoire est défectueuse (0,114). Le régime hypo-azoté est rigoureusement suivi, et de nouvelles explorations rénales sont pratiquées à l'hôpital Necker tous les deux ou trois mois.

En novembre 1939, l'azotémie est toujours relativement basse (0 gr. 20), mais la constante s'élève (0,22). En juillet 1940, l'azotémie reste sensiblement au même taux (0 gr. 18), ainsi que la constante (0,23). Le malade continue à suivre le régime très hypo-azoté, et comme il est très scrupuleux, il le suit avec une rigueur absolue. Il vient consulter en octobre 1940 ; à quelques jours d'intervalle, deux examens donnent les résultats suivants : urée sanguine, 0 gr. 19 et 0 gr. 20 ; constante uréo-sécrétoire, 0,12 et 0,14.

Le sujet est mis à un nouveau régime comportant des aliments azotés de provenance animale (viande ou poisson, fromage, etc.) et l'on pratique des examens un mois et un mois et demi après l'institution de ces nouvelles prescriptions diététiques ; résultats : urée sanguine, 0 gr. 36 et 0 gr. 32 ; constante uréo-sécrétoire : 0,08 et 0,07. Sous l'influence d'un régime azoté remplaçant le régime hypo-azoté si longtemps suivi, on a constaté non seulement un retour de la constante et de l'azotémie à la normale, mais encore une augmentation du débit uréique urinaire, qui est redevenu, lui aussi, normal (29 gr. 5). Cette reprise de l'alimentation azotée a nettement coïncidé avec une amélioration très nette du fonctionnement rénal.

On peut donc admettre comme exacte cette constatation : qu'un régime hypo-azoté longtemps prolongé a influé nettement sur le fonctionnement du rein jugé par l'état de la constante, et qu'il a suffi de rétablir un régime mixte normal comprenant des aliments azotés, surtout carnés, pour voir cesser ce trouble. Déjà Widal et Lemierre, lorsqu'ils préconisèrent le régime hypo-azoté chez certains néphrétiques, avaient insisté sur ce point qu'il s'agissait là d'un régime d'exception, qui ne devait pas être trop longtemps prolongé dans toute sa sévérité. Ainsi, chez le malade observé, un régime hypo-azoté prolongé a pu déterminer à la longue un trouble du fonctionnement rénal.

On peut dire que le rein, en présence d'un minimum d'urée, en retient le plus possible. Pour sécréter correctement l'urée, peut-être même pour fonctionner normalement d'une façon générale, le rein aurait besoin que l'organisme reçoive une quantité suffisante de substances azotées. On ne peut, comme le font beaucoup de médecins, prescrire *a priori* un régime hypo ou déchloruré, et un régime azoté, sans une sévère discrimination ; la suppression même de certains acides aminés, ainsi que celle du sel, crée également dans l'organisme une véritable carence de ceux-ci, et détermine un trouble du fonctionnement rénal. Pareils régimes déséquilibrés sont dangereux quand leur prescription n'est pas justifiée.

M. C. LIAN a fait déjà des constatations analogues concernant le régime carné chez les adolescents albuminuriques et azotémiques, ainsi que l'application de la méthode de Whipple dans les anémies des brightiques azotémiques. Dans les néphrites azotémiques légères des adolescents, il faut savoir tenir compte des besoins nutritifs spéciaux de l'organisme en pleine croissance ; on s'efforcera donc de diminuer la viande sans la supprimer, et, si la sup-

pression s'avère nécessaire, on la maintiendra le moins longtemps possible.

L'ictère grave des cardiaques

(MM. Et. Chabrol, J. Sallet et Cl. Laroche ; 7-2-1941)

De tout temps, l'ictère grave a été considéré comme un accident exceptionnel au cours de l'asystolie. Or, il ne convient guère de parler de l'ictère grave des cardiaques, pas plus que de l'ictère grave des cirrhotiques, des femmes enceintes, des lithiasiques sans obstruction du canal cholédoque, des malades traités par le salvarsan ou par l'atophan ; aucune de ces circonstances morbides n'engendre une jaunisse qui lui appartient en propre ; elles se rejoignent simplement pour constituer un terrain débile, qui rend plus sévère l'intervention d'un virus spécifique. La rareté de l'ictère grave cadre mal avec l'hypothèse d'une infection ou d'une intoxication d'ordre banal. Si l'ictère grave des cardiaques est exceptionnel, c'est sans doute parce que le virus ictérigène, dont il est l'expression, est avant tout soumis aux lois de la contagion et de l'épidémicité.

Les sciatiques d'origine syphilitique

(M. G. Milian ; 7-2-1941)

Les cas de sciatique traumatique par luxation du ménisque vertébral sont très intéressants, mais il est douteux qu'ils soient d'une très grande fréquence, ce qui en réduit l'intérêt pratique. Par contre, la syphilis joue un rôle fréquent et prépondérant dans les cas où aucune étiologie n'apparaît flagrante. On pourrait dire qu'il faut soupçonner la syphilis chaque fois qu'une sciatique n'a pas fait sa preuve, tuberculose ou cancer en particulier.

Parmi deux observations récentes, l'auteur en cite une, d'autant plus caractéristique et démonstrative qu'elle concerne un médecin qui annonçait la syphilis à tous ses confrères traitants, et que ceux-ci, souvent neurologistes, refusaient de le mettre au traitement antisyphilitique, malgré l'échec complet des multiples médications employées. Or l'efficacité du traitement fut foudroyante dans les deux cas.

Il est indispensable, là plus qu'ailleurs, de faire un traitement à doses suffisantes et suffisamment rapprochées : huile grise, 10 centigrammes, une injection tous les six jours jusqu'à un total de six, suivies de deux ou trois autres à 8 centigrammes, et, pour le bismuth, 8 centigrammes de bismuth-métal par piqûre, deux piqûres par semaine. Se souvenir pour l'appréciation des résultats thérapeutiques et des incidents qui peuvent survenir au cours de la cure, que le bismuth est souvent réactivant, même entre la sixième et la dixième piqûre. Pour le bismuth, dans les cas où le patient demande à être soulagé rapidement, les sels bismuthiques les plus actifs sont les sels solubles dans l'eau, qui agissent réellement d'une manière absolument foudroyante.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 21 février 1941

Un cas de grossesse abdominale consécutive à une rupture de grossesse tubaire

M. Roullard fait un rapport sur une observation envoyée par Mme Brian Garfield, relatant l'histoire d'une malade de 36 ans ayant présenté des troubles menstruels puis des phénomènes douloureux à deux reprises, en même temps qu'apparaissait une tumeur abdominale dans la fosse iliaque droite. L'intervention permit de constater la présence d'un fœtus de quatre mois environ dans le Douglas avec un placenta inséré sur la trompe droite et le cul-de-sac postérieur ; la trompe est largement éclatée en son milieu. De plus la malade présentait un fibrome. Hystérectomie subtotale et guérison opératoire rapide. R... insiste sur ce fait que tous les cas ne sont pas aussi favorables et que l'opérateur peut se trouver aux prises avec les plus graves difficultés, principalement quand le placenta s'insère sur l'intestin.

Un cas d'ostéome du maxillaire inférieur

M. Dufourmentel présente un rapport sur un cas de ce genre, adressé par M. Bonnet-Roy, ayant trait à une tumeur du volume d'une grosse bille située sur la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur à hauteur de la première molaire, précédemment enlevée, déformant l'os, faisant saillie dans le vestibule ainsi qu'à la table interne du maxillaire. Une radiographie montra très nettement la présence de la tumeur enkystée dans l'épaisseur de la mandibule et séparée de l'os par une zone claire. Elle put être enlevée sans causer de dégât à l'os.

Traitement des accidents infectieux graves d'origine dentaire

M. Dufourmentel rapporte une communication sur ce sujet, de M. Bonnet-Roy. D'après ce dernier, les accidents relèvent soit des accidents muqueux de l'évolution de la dent de sagesse, soit des ostéopathies secondaires à une pulpo-radiculite ainsi que de leurs complications.

La sulfamidothérapie locale en chirurgie civile

M. Masmonteil apporte une série d'observations où la sulfamidothérapie locale a été ajoutée à l'acte chirurgical. Il relate notamment l'observation d'une péritonite consécutive à une grossesse extra-utérine qui, opérée en pleine septicémie avec frissons, a eu, grâce à la sulfamidothérapie péritonéale, une évolution des plus bénignes.

Depuis, M... emploie la sulfamidothérapie, non seulement dans toutes les opérations de chirurgie septique, mais également dans toute la chirurgie aseptique qui comporte un temps septique, telles que la section du col utérin, de la base de l'appendice ou des tranches gastro-intestinales.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE — SA VALEUR JURIDIQUE

Par M. Bernard Auger,

Avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat.

Comme il l'avait annoncé dans son communiqué du 23 novembre 1940 (*Concours médical, Supplément documentaire de décembre* 1940, p. 11), le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a rédigé un *Code de déontologie* (*Concours médical, Supplément de mai* 1941, p. 13), dont l'application s'imposera aux médecins sous la sanction des peines disciplinaires prévues à l'art. 13 de la loi du 7 octobre 1940.

Ce Code est très complet : Il n'y a pas d'aspect de la vie professionnelle qu'il ne considère, pour déterminer quelles seront à cet égard les obligations des médecins. Et il forme un tout cohérent, satisfaisant pour l'esprit, logique et raisonnable. Que vaut-il au point de vue pratique ? Il ne m'appartient pas de l'apprécier : je ne suis pas médecin . Je ne veux l'envisager ici que sous l'aspect juridique, pour essayer de dégager d'abord, de résoudre ensuite, les questions de droit qui se posent à son propos.

***

En premier lieu, le Conseil supérieur avait-il e droit, et était-il opportun d'édicter un pareil Code ?

Le droit, il l'avait incontestablement.

En effet, aux termes de l'art. 4 de la loi du 7 octobre 1940, le Conseil supérieur de l'Ordre « maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre ; il assure le respect des lois et règlements qui le régissent ; il a la garde de son honneur, de sa morale et de ses intérêts. *Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts* ». Il a donc le droit, et même le devoir, d'édicter les règlements d'ordre intérieur qui lui paraissent nécessaires pour assurer la discipline générale de l'Ordre, un exercice de la profession conforme aux lois de l'honneur et de la morale. Un Code de déontologie, code des obligations professionnelles des médecins, n'est pas autre chose qu'un de ces *règlements intérieurs*, et, dès lors, le Conseil supérieur n'a fait qu'exercer légitimement ses pouvoirs en publiant le Code dont il s'agit.

Etait-il opportun de le faire ? On est amené à en douter, quand on voit que les Ordres d'avocats, sur le modèle desquels a été bâti l'Ordre des médecins, ne possèdent pas de ces Codes, et ne semblent pas s'en trouver plus mal. Oui, mais les barreaux et les principales Compagnies d'officiers ministériels ont des *règlements intérieurs* qui ne sont autre chose que des Codes de déontologie. D'un autre côté, il n'y a pas *un* ordre d'avocats ; il y a *des* ordres dont les habitudes, les traditions sont parfois très dissemblables. Un règlement unique ne se concevrait donc pas. Et pourtant, si ce règlement unique n'existe pas, il y est suppléé, dans une très large mesure, par la coutume, constituée par les décisions des divers Conseils recueillies et accumulées depuis plusieurs siècles, et que certains auteurs ont colligées dans des ouvrages qui font autorité (Cresson, *Usages et règlements de la profession d'avocat* ; Appleton, *Traité de la profession d'avocat* ; Payen et Duveau, *Règles de la profession d'avocat*, etc.). Il s'est formé ainsi petit à petit, au-dessus des habitudes particulières de chaque ordre, un corps de doctrine sur les obligations générales de l'avocat, en sorte qu'il est superflu de légiférer à cet égard. Au lieu que les médecins étant passés brusquement de l'état d'anarchie, modérément tempéré par le syndicalisme, à l'état de collectivité, il était nécessaire d'édicter les lois sous l'empire desquelles vivrait cette collectivité.

Dès lors, l'on ne peut qu'approuver le Conseil supérieur d'avoir consacré dès l'abord son activité à la confection de ces lois — alors surtout que, ce faisant, il n'a pas édifié une construction arbitraire : il a dégagé, et transformé en obligations, les habitudes des éléments les plus sains — et les plus nombreux du Corps médical. Son Code de déontologie, qu'il a ainsi appelé parce que le langage des médecins, comme le *Jeu de l'oie*, est renouvelé des Grecs, son Code de déontologie n'est, à tout prendre, que le *manuel du savoir vivre*, à l'usage des médecins soucieux d'élégance professionnelle.

On ne saurait en faire plus bel éloge.

***

Quelle est la *portée juridique* de ce Code ?

C'est, ai-je dit, un *Règlement d'ordre intérieur*. C'est-à-dire qu'il s'impose aux médecins inscrits

sur les tableaux de l'Ordre ; *mais il ne s'impose qu'à eux.* Ni à l'égard des Pouvoirs publics, et notamment, du Parquet ; ni à l'égard de la clientèle, ni à l'égard des tiers en général, le Code n'aura de valeur obligatoire, en ce sens que le médecin qui s'y sera scrupuleusement conformé ne sera pas pour autant assuré d'être à l'abri de poursuites pénales ou d'une action civile ; ni le Ministère public, ni les Tiers ne sont tenus de mettre en jeu l'action disciplinaire avant d'agir personnellement (v. pour les avoués, Cass. 24 avril 1909, D. P., 1913, 1.212), il y a indépendance absolue de l'action disciplinaire, de l'action pénale ou de l'action civile ; l'art. 15 de la loi du 7 octobre 1940 le dit, d'ailleurs, expressément, et n'a fait que rappeler une jurisprudence constante. Par exemple, le capitaine marchand qui, poursuivi devant la juridiction disciplinaire pour avoir perdu son bateau, est acquitté, peut être néanmoins poursuivi devant les tribunaux répressifs pour homicide par imprudence, à raison de la mort de membres de l'équipage ou de passagers, disparus dans le naufrage ; le notaire, l'avocat, l'avoué, que la juridiction disciplinaire aura absous, ou que sa chambre de discipline n'aura pas jugé bon de poursuivre, pourra, néanmoins être condamné à des dommages intérêts pour faute professionnelle (jurisprudence constante. V. entre autres décisions l'arrêt de la Cour de Cassation du 24 avril 1909 précité). Et les contrats que le médecin aura passés au mépris des prohibitions du Code n'en seront pas moins valables au regard des tiers, tout de même que l'officier ministériel ou l'avocat qui aura fait des actes incompatibles avec sa profession sera tenu, néanmoins, de subir les conséquences juridiques de ces actes.

Il suit de là que les décisions d'ordre juridictionnel que le Conseil de l'Ordre aura été amené à prendre ne s'imposeront pas aux tiers, ne leur nuiront ni ne leur profiteront ; les tiers ne pourront pas intervenir aux instances disciplinaires, ni former tierce opposition aux décisions rendues en cette matière, non plus qu'aux décisions, qui seront d'ailleurs de simples avis, rendues en matière d'honoraires. Tout au plus, les tiers lésés par une semblable décision pourront-ils demander au Conseil de l'Ordre des dommages-intérêts. Comme l'Ordre paraît être une personne morale de l'ordre administratif, que les décisions du Conseil supérieur ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, c'est la juridiction administrative qui sera compétente pour connaître d'une telle action.

Quelle sera cette juridiction ? Le Conseil d'Etat, certainement, pour le Conseil supérieur, le Conseil de Préfecture, semble-t-il pour les Conseils départementaux, car la collectivité des médecins départementaux paraît devoir être un établissement public départemental.

Mais, si le Ministère public, clients, tiers ne sont pas liés par le Code de déontologie, ce Code leur profitera dans une certaine mesure indirectement en ce sens, que le fait tenu pour faute disciplinaire sera *a fortiori* tenu pour faute par les tribunaux civils ou répressifs.

Ces règles générales posées, passons à l'application, à propos de chacun des articles.

TITRE Ier. — DEVOIRS GÉNÉRAUX DU MÉDECIN

De ce titre, seuls les articles 1er, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 demandent quelques commentaires.

ARTICLE 1er. — *Un médecin ne peut, en aucun cas, se refuser à donner des soins d'urgence.*

Cette affirmation repose sur une conception très haute du devoir médical : l'humanité commande à tout homme de porter secours à son prochain, et le médecin est un homme.

Mais l'expression donnée à cette règle me paraît un peu absolue. Car cette obligation de secours n'était jusqu'ici qu'une obligation *morale*, dont la transgression n'exposait le contrevenant à aucune autre sanction que le mépris des honnêtes gens. En faire une obligation professionnelle peut avoir deux conséquences :

La première, d'exposer le médecin à des poursuites correctionnelles, si le malade qu'il aura refusé de soigner meurt, faute de soins ; on prétendra peut être appliquer l'art. 310 c. pén. en disant que, par inobservation des règlements, le médecin aura été involontairement la cause d'un homicide ;

La seconde, de donner ouverture à une action civile en dommages intérêts. Car, dès l'instant qu'un règlement obligeait le médecin à donner les soins d'urgence réclamés par l'état du malade, que le médecin a commis une faute professionnelle, sanctionnée par des peines disciplinaires, en s'abstenant, il peut être poursuivi en réparation du dommage causé par son abstention.

Et les tribunaux n'étant pas liés par les décisions de la juridiction disciplinaire, n'étant même pas tenus d'attendre l'issue des poursuites disciplinaires engagées ou que des poursuites disciplinaires soient engagées, il est fort à craindre que des poursuites pénales ou des actions civiles de cette nature ne viennent à se multiplier.

Les médecins qui s'y exposeront ne seront pas des plus intéressants, direz-vous. Sans doute, Mais ce n'est pas une raison pour ne pas déplorer ces nouvelles occasions de chicane.

ART. 3. — *Interdiction des mandats politiques électifs*

Toute interdiction étant limitative, le médecin pourra être *nommé* conseiller municipal ou maire dans les communes de plus de 2.000 habitants ;

j'avoue que je ne comprends pas très bien la raison de cette préférence donnée aux grosses communes....., je sais bien que la médecine et la politique ne font pas toujours très bon ménage, la première étant quelquefois déformée pour servir la seconde ; mais il est arrivé aussi, fréquemment, qu'un médecin était sollicité d'accepter la mairie ou un siège de conseiller dans sa commune, et y rendait les plus grands services. Ce n'est pas toujours faire de la politique que de se présenter ou d'accepter de se présenter au Conseil municipal.

Mais le texte est là ; il n'y a pas à l'apprécier, il faut l'appliquer.

Le médecin qui n'aura pas cessé d'exercer la médecine trois mois avant son premier acte de candidature (il faut entendre par là tout acte, même officieux, par lequel le médecin aura manifesté son désir de voir éventuellement les suffrages se porter sur son nom) ne sera pas pour autant inéligible : mais il s'exposera à des poursuites disciplinaires. S'il est élu, et continue pourtant d'exercer la médecine, il risquera la suspension. Mais la suspension ne peut être prononcée que pour un an : il faudra donc la renouveler, sauf, si l'intéressé marque sa volonté de faire fi des règlements de l'ordre, à pousser jusqu'à la radiation.

Le médecin qui, ayant fait de la politique sans interrompre son activité professionnelle, aura été l'objet d'une peine disciplinaire, pourra néanmoins réclamer ses honoraires, sans que le client puisse opposer les sanctions prononcées : le Code ne profite pas aux tiers. S'il n'est pas élu, le Conseil adoucira l'amertume de la défaite, en se contentant de lui infliger un avertissement ou un blâme.....

Qu'arrivera-t-il, si le médecin décide au dernier moment de poser sa candidature, mieux, si, comme il arrive en matière d'élections municipales, il est élu sans avoir posé sa candidature ? Le règlement, en ce cas, paraît inexorable : faute d'avoir prévu qu'il pourrait penser ou que d'autres pourraient penser à poser sa candidature, le médecin, qui n'a pas cessé son activité professionnelle est, *théoriquement*, passible de peines disciplinaires. *Pratiquement*, c'est une autre question : sa bonne foi était certaine, le Conseil de l'Ordre ne le poursuivra même pas.

ART. 4. — *Interdiction de faire de la publicité*

S'il est interdit à tout médecin de faire de la publicité ou de signer, de son nom ou d'un pseudonyme, des articles de vulgarisation, ou de faire des conférences sans autorisation du Conseil de l'Ordre, cette interdiction ne sera pas opposable aux tiers ni le leur profitera. L'agent de publicité avec qui un contrat aura été passé par un médecin pourra exécuter ce contrat et en percevoir le prix, sans que le médecin puisse lui opposer la nullité de ce contrat pour illicéité de sa cause et de son objet ; le journal, l'impressario à qui un médecin aura promis des articles signés ou envers qui le médecin se sera engagé à faire des conférences, seront en droit d'exiger l'exécution du contrat, dont, en ce qui les concerne, la cause sera licite. Ils n'ont pas à se préoccuper des interdictions dont leur cocontractant peut être l'objet de la part de l'autorité disciplinaire dont il dépend.

(A suivre.)

L'ANXIÉTÉ DES VIEUX

On nous écrit :

Il en est de la chasse aux idées comme de la chasse aux papillons : on s'acharne à poursuivre les plus brillantes, les plus séduisantes, les plus colorées ; et on néglige les plus simples, les plus modestes, les plus utiles. Permettez à l'entomologiste occasionnel que je suis d'en capturer une, au vol, de mon filet un peu maladroit, et de la présenter, piquée sur son liège, aux compréhensifs lecteurs du *Concours*.

Il existe en France un millier de vieux médecins, que l'âge et la maladie ont contraints à déserter les autels d'Asclépios — sans les renverser — et à en abandonner le culte, la mort dans l'âme. Ils forment la foule émouvante des infirmes, malades et œgrotants de la « Mutualité familiale ». Ils ont cédé clientèle et cabinet, pour un morceau de pain : il leur est donc interdit d'exercer dans leur ancienne résidence. D'autre part, les pouvoirs publics ne leur permettent pas d'ouvrir un cabinet dans leur nouvelle demeure : les voilà réduits au chomage, dans « une France au travail ». Ne pratiquant pas, ces ombres de médecins ne sont pas inscrites sur le tableau du « Conseil de l'Ordre ». N'étant pas inscrits, ils risquent de demeurer ignorés de la future organisation corporative, et de se voir frustrés de la retraite, ce hâvre de sécurité, ce rêve millénaire...

Je me refuse, pour ma part, à envisager une telle injustice. Mais nombre de mes confrères m'ont confié leurs appréhensions. Et cette lettre, mon cher Confrère, n'est que la traduction de leurs craintes, et l'écho de leurs espoirs.

Ordre des Médecins, équité, égalité de droits, autant de synonymes ! Le diplôme de « docteur », nous a été décerné « à vie » ; nous sommes, comme les prêtres « *medici in æternum* ». Qui pourrait songer à nous déposséder des maigres privilèges que ce parchemin confère, sous prétexte de maladie, aiguë ou chronique ?

Mais ces vérités premières, en dépit de leur dynamisme, me paraissent devoir bénéficier, pour atteindre l'audience de Vichy, de la grande tribune médicale que représente le *Concours*.

Dr BOUDEY.

LA RETRAITE DU MÉDECIN

RÉPARTITION OU CAPITALISATION (1)

Par M. Louis COLLOMB

Membre de l'Institut des Actuaires Français

(*Suite*)

Reprenons à la lumière de ces chiffres quelques unes des données générales exposées plus haut.

DÉPRÉCIATION

La Capitalisation vous expose aux dangers d'une dépréciation de ses pensions, dangers auxquels la Répartition échappe. C'est incontestable. Mais en choisissant la Répartition, vous accepteriez d'emblée une diminution de votre Retraite de 60 % environ par rapport à la Capitalisation. Il ne s'agit plus là d'un danger, d'une éventualité, mais d'un fait accompli, d'une perte consentie dès l'origine et, qui plus est, définitive. *En effet, il est très difficile, sinon pratiquement impossible, de revenir de la Répartition à la Capitalisation.*

RÉGIME TRANSITOIRE

A cotisations égales, la répartition permet de servir immédiatement la pension entière aux médecins âgés, alors que la Capitalisation leur donne des rentes faibles (voir tableau ci-après). C'est exact, surtout pour les rentes allouées aux médecins à retraiter pendant les quinze premières années environ de fonctionnement du régime. Cette différence s'atténue ensuite pour disparaître au bout d'une vingtaine d'années. Passé ce délai, la rente-Capitalisation dépasse rapidement et de beaucoup la rente-Répartition.

PENSIONS DE RÉGIME TRANSITOIRE

Ages à la création de la Caisse	Pension de Répartition	Pension de Capitalisation
65 ans et plus......	12.000	0
60 ans............	12.000	1.800
55 ans............	12.000	4.700
53 ans............	12.000	6.100
50 ans............	12.000	8.500
46 ans............	12.000	12.300
45 ans............	12.000	13.400
40 ans............	12.000	19.700
35 ans............	12.000	27.600
30 ans............	12.000	34.300
25 ans............	12.000	42.600

Toutefois, si l'on se fixe la rente à servir, la cotisation de Capitalisation est trois fois plus faible que celle de la Répartition. Nous disposons donc, si nous adoptons la Capitalisation, d'une « économie », d'une marge considérable de cotisation disponible, par rapport à la Répartition, marge que nous pouvons pe ndant quelques années utiliser, en totalité ou en partie, à atténuer les rigueurs du régime transitoire de la Capitalisation.

Seule la Répartition nous permettra de « créer » ainsi, immédiatement, des compléments de rentes que la Capitalisation n'aura pas eu le temps de constituer, mais une répartition opérant dans un domaine et pour une durée limités.

Nous obtiendrons ainsi un régime transitoire mixte (Capitalisation-Répartition) qui donnera des rentes supérieures à celles de la Capitalisation pure, mais, bien entendu, inférieures à celles de la Répartition.

On devra, en tout état de cause, se garder de faire de trop grandes largesses en pareille matière. Les rentes du régime transitoire mixte devront être fixées de façon à ne pas trop alourdir l'ensemble du régime, et à lui permettre de se dégager progressivement mais sûrement de la Répartition pour revenir à la Capitalisation pure.

Nous nous bornons à affirmer que ce régime est possible. Là encore, il nous faut attendre des renseignements précis sur le groupe des médecins français pour l'étudier plus avant.

En effet, le montant du minimum de rente qu'il sera possible de servir variera beaucoup suivant la composition du groupe, et l'on ne peut pas, dans un cas de ce genre, indiquer de chiffres sans des bases solides.

Toutefois, pour fixer les idées du lecteurs, donnons, sous toutes réserves, quelques idées sur les possibilités d'un tel régime.

Si l'on décidait de ne donner en principe aucune pension aux médecins âgés de 65 ans ou plus à l'origine, et de fixer pour les autres, le minimum de rente à 6.000 francs, la part des cotisations à affecter à la Répartition pourrait être, en moyenne, de l'ordre de 20 % pendant une quinzaine d'années, pour décroître rapidement et s'annuler pratiquement après 30 ans environ. Les rentes de Capitalisation à délivrer pendant les quinze premières années seraient donc égales à 80 % de celles indiquées dans le tableau précédent (col. 3) sans jamais bien entendu, être inférieures à 6.000 francs. Passé

(1) Voir *Concours Médical* 8 juin, pages 1045 et suivantes.

ce délai, les rentes liquidées chaque année croîtraient progressivement pour atteindre 100 % de la rente normale de la Capitalisation pure.

Nous ne donnons ce plan, tout à fait schématique qu'à titre d'indication. Beaucoup d'autres modalités pourront être étudiées plus perfectionnées, plus avantageuses, probablement, lorsque les éléments indispensables à de tels calculs auront été réunis. Le minimum pourrait, sans doute, être relevé, mais il faudrait se garder de porter le prélèvement affecté à la Répartition à plus de 25 %. On pourrait également, en réduisant le minimum de rente en conséquence, prévoir des allocations au bénéfice des médecins âgés de plus de 65 ans à l'origine. Toutefois, ces prestations devant être très coûteuses, il y aurait lieu de ne fixer leur montant et leurs conditions d'attribution qu'avec beaucoup de prudence.

Nous ne présentons pas ce type de régime transitoire comme simplement acceptable. Il se défend par ses qualités propres, car il est plus logique et surtout plus équitable que la Répartition, tout en étant plus humain que la Capitalisation.

En effet, si la Répartition donne dès la première année sa rente de régime normal à tous les adhérents âgés, cette rente est, par contre, trois fois moindre que celle du régime normal de la Capitalisation. De ce fait, la Répartition condamne toutes les générations futures à subir un préjudice que rien ne viendra plus justifier lorsque les premières générations au bénéfice desquelles le régime aura été institué seront éteintes.

Or la nécessité, tant du point de vue humain que du point de vue logique, de donner, dès l'origine, à tous les médecins âgés la rente de régime normal est-elle si réelle qu'il faille pour cela sacrifier délibérément la retraite de toutes les générations futures ? Nous ne le pensons pas.

Le médecin, en raison de son niveau intellectuel, de sa situation, est, en principe, un « prévoyant ». Or, le médecin actuellement âgé versera peu de cotisations ou n'en versera pas du tout. Il aura donc pu, dans le passé, faire œuvre personnelle de prévoyance et affecter une fraction de ses revenus à l'épargne, sous quelque forme que ce soit, pour assurer ses vieux jours.

Il n'est que trop vrai que de nombreux médecins n'auront pas pu, pour diverses raisons, se constituer un capital ou une pension suffisante, et le Corps médical se doit de rechercher les moyens de leur venir en aide.

On ne doit cependant pas considérer comme indispensable de donner à tous les médecins âgés une rente élevée qui se cumulerait avec leurs ressources pour dépasser très souvent le minimum vital.

Etant donné les conséquences irrémédiables que cette mesure comporterait pour l'avenir, il faut, en toute équité, limiter son application au minimum.

Seuls les représentants du Corps médical sont à même d'apprécier cette mesure. Il nous semble cependant que si, dans la limite des ressources disponibles, des majorations de rentes doivent être prévues pour le régime transitoire, il serait juste de ne les accorder que dans les cas où l'exiguité des revenus du médecin l'exigerait.

Nous n'ignorons pas les objections ni les difficultés d'application auxquelles se heurterait cette règle. Ni les unes, ni les autres ne sont insurmontables. L'Ordre des médecins sera responsable du bon emploi, de la répartition équitable des fonds qui lui seront versés ; or l'équité ne va jamais sans quelque rigueur.

On parlera sans doute de charité faite aux médecins dans le besoin. On accepterait pourtant, comme un geste de solidarité professionnelle, l'allocation d'une rente donnée indistinctement à tous les médecins âgés qui n'ont pas cotisé. Serait-ce donc pour enlever aux rentes versées à des médecins sans ressources leur prétendu caractère de charité qu'on devrait verser ces mêmes rentes à ceux, bien plus nombreux, qui n'en ont pas besoin ?

***

Telles sont les principales données de la question. Concluons maintenant.

MONTANT DES PENSIONS DU RÉGIME NORMAL

Avantage considérable de la Capitalisation sur la Répartition.

STABILITÉ DES PENSIONS

a) *En valeur relative* (*dépréciation*). — Une dépréciation des pensions survenant dans l'avenir peut être importante sans amener la rente normale de Capitalisation au-dessous de la rente de Répartition. Si la dépréciation dépasse notablement cette limite, on peut passer à la Répartition qui produit immédiatement ses fruits.

Il est en tout cas, inutile d'abandonner les avantages de la Capitalisation avant que la dépréciation ne soit un fait accompli.

Encore cette mesure ne s'imposerait-elle que pour une Caisse déjà ancienne qui aurait des réserves importantes et non pour une Caisse de formation récente.

b) *En valeur absolue* (*variation du montant de la rente servie*). Les éléments principaux qui différencient les deux régimes à cet égard sont :

— le taux d'intérêt, qui influe sur la Capitalisation et non sur la Répartition. Toutefois, quelles que soient ses fluctuations dans l'avenir, l'avantage de la capitalisation restera décisif ;

— le recrutement des adhérents nouveaux qui influe sur la Répartition et non sur la Capitalisation.

La Répartition n'est pas comme on le croit souvent un régime de rendement modeste mais sûr : Elle comporte de par son principe même de graves incertitudes pour l'avenir.

Un ralentissement durable des entrées diminuerait automatiquement et pour longtemps les rentes servies.

Or une telle éventualité est toujours possible. La situation démographique de la France la fait théoriquement apparaître comme probable car notre population est, depuis longtemps, en voie de diminution. En outre le recrutement des médecins peut, soit se ralentir de lui-même soit être réglementé.

Un arrêt dans le paiement des cotisations ou une dissolution de la Caisse ferait perdre aux adhérents tous leurs droits.

Aucune de ces deux éventualités n'affecterait les droits acquis des adhérents en Capitalisation.

Une augmentation du nombre des cotisants peut, il est vrai, faire croître la pension de répartition, mais elle n'atteindra jamais le niveau de la rente de Capitalisation, sauf dans des circonstances si exceptionnelles que nous n'avons pas à les envisager ici.

Etant donné la puissance des moyens dont dispose la Corporation, le risque d'arrêt total des cotisations peut paraître faible. Il existe néanmoins, car en créant un régime de Retraites, on construit pour l'avenir, sans limite de durée, et l'avenir n'appartient à personne. Or la menace, pour un médecin, de se voir privé de ressources, du jour au lendemain, après avoir versé pendant toute sa carrière des cotisations très lourdes, est grave.

Régime transitoire

Adopter la Répartition pure pour donner à tous les médecins âgés des rentes élevées, représenterait une largesse trop souvent inutile et surtout trop coûteuse.

Si incertain que soit l'avenir, la capitalisation doit apporter à ses adeptes de gros avantages. Nous devons au moins laisser à nos successeurs la possibilité d'en bénéficier.

Or, répétons-le, si on passe sans peine de la Capitalisation à la Répartition pure, le retour à la Capitalisation est pratiquement impossible.

Au surplus, la notion trop souvent oubliée de la nécessité et du prix de l'effort, notion qui devrait peser ici dans la balance, exige que le montant de la pension soit en principe proportionné à l'importance des cotisations versées.

La Capitalisation satisfait à toutes ces conditions.

Si, à l'origine, on doit venir en aide aux médecins âgés, on ne peut faire en pareille matière que l'indispensable et on doit ne faire que cela. Adoptons donc un Régime transitoire mixte qui permette de revenir rapidement et sûrement à la Capitalisation pure. Et si les résultats obtenus à l'aide des ressources normales ne semblent pas suffisants, nous pourrons les améliorer en adoptant, comme cela s'est fait si souvent en pareil cas des cotisations de régimes transitoires légèrement majorées.

***

En résumé une Caisse de Retraites en formation qui doit avant tout envisager l'avenir, et qui, à l'égard du passé n'a pas d'engagements, mais seulement des devoirs d'humanité à remplir, écartera le système de la Répartition. Celle-ci, dans le cas qui nous occupe, est un régime de secours qui ne peut être adopté qu'en cas de nécessité absolue, par une Caisse ancienne se trouvant dans l'impossibilité de faire face à ses engagements.

La Capitalisation, au contraire, permettra à ses adhérents de bénéficier de toutes les possibilités que leur offre l'avenir. Les espoirs qu'elle fait luire pourront au cours des années être tour à tour réalisés et déçus. La Répartition en tout cas lui permettra toujours de parer à un coup trop rude. En adoptant la Capitalisation, les générations actuelles auront, pour le présent, accepté courageusement leur tâche et, pour l'avenir, fait tout ce qui était en leur pouvoir.

***

Mentionnons, pour terminer, une critique que l'on adresse parfois, dans un plan plus général, à la Capitalisation.

On s'est inquiété des conséquences économiques et financières que pourraient avoir l'accumulation, l'immobilisation de capitaux considérables, exigées par le fonctionnement de la Capitalisation. Comment de telles sommes pourraient-elles trouver à se placer ? Bornons-nous sur ce point à quelques observations générales.

La constitution des retraites par capitalisation viagère ne crée pas d'immobilisations nouvelles de capitaux, de demandes nouvelles de placements, du moins pas à concurrence exacte des réserves qu'elle accumule.

En effet, la capitalisation viagère n'est autre chose qu'une épargne collective perfectionnée qui remplace peu à peu l'épargne individuelle moins efficace. Elle ne crée donc pas une épargne entièrement nouvelle.

Il est exact que l'obligation propre à certains régimes étendus, l'attrait que la capitalisation viagère exerce sur les individus isolés en raison de son rendement, tendent à accroître le nombre des épargnants et le montant de leurs versements. On peut cependant affirmer qu'une grande partie des fonds des organismes de capitalisation ne sont que des épargnes individuelles centralisées qui n'en resteraient pas moins immobilisées si la capitalisation viagère n'existait pas.

Or, les grands travaux de toute nature entre-

pris par l'Etat ou les collectivités, ont été possibles que grâce à l'Emprunt. De nouvelles tâches immenses s'imposent à nous telles que la reconstruction de tout ce que la guerre aura détruit en France, la réadaptation et l'extension de notre outillage, les grands travaux d'équipement national.

La capitalisation, en drainant les épargnes individuelles apportera son concours à cette œuvre de redressement et fournira les capitaux nécessaires. Elle y trouvera en retour les placements dont elle aura besoin. La capitalisation a pu inspirer certaines craintes lorsqu'on envisageait son extension à des couches entières de la population française. Tel est le cas, par exemple, des Assurances sociales. La question qui nous occupe aujourd'hui est fort heureusement moins vaste et nous n'avons nul besoin de résoudre un problème aussi complexe.

Nous affirmerons seulement que la capitalisation en matière de retraites collectives, ne peut ni ne doit disparaître, car ce serait menacer l'épargne elle-même. Dans le vaste champ d'application qui lui restera ouvert, la retraite des médecins de France trouvera sa place, si elle choisit cette voie.

LOI DU 26 MAI 1941

modifiant les lois des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire

(*J. O.*, 9 juin, n° 2.237)

Art. 1er. — L'article 1er de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, complété par la loi du 27 juillet 1937, est modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France :

« 1° S'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires fixées par les lois des 30 novembre 1892, 13 juillet 1921, 10 août 1924, 13 décembre 1924, 18 août 1927 :

« 2° S'il ne remplit les conditions requises au point de vue de la nationalité, par la loi du 16 août 1940 ;

« 3° S'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940.

« Pourront également exercer la médecine sur le territoire français ... ».

(Le reste sans changement).

Art. 2. — L'article 3 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est ainsi complétée :

« Dans tous les cas, elles doivent remplir les conditions de nationalité fixées par la loi du 16 août 1940 pour les médecins, chirurgiens dentistes et pharmacins, sauf les dérogations prévues par ladite loi ».

Art. 3. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 (modifié par la loi du 6 mai 1922) est modifié ainsi qu'il suit :

« Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions ».

Art. 4. — Les articles 9 (modifié par la loi du 14 avril 1910) et 14 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 9. — Les personnes qui veulent pratiquer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sont tenues, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leurs titres à la préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Elles doivent ensuite les faire viser à la mairie de leur domicile et s'il y a lieu, de chacune de leurs résidences professionnelles ; cette formalité doit être renouvelée à chaque changement de domicile ou de résidence.

« Pour les diplômes de docteur en médecine, l'enregistrement doit être précédé de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins dans les conditions prévues au titre II de la loi du 7 octobre 1940.

« Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé au Conseil départemental de l'Ordre ainsi qu'à la mairie du dernier établissement. Celle-ci en avise le préfet et l'autorité judiciaire.

« Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département. Il en est de même pour toute personne qui, n'exerçant plus depuis deux ans, désire reprendre l'exercice de sa profession.

« *Art.* 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être assurées que par des docteurs en médecine remplissant les conditions prévues à l'article 1er de la loi du 26 juillet 1935, modifié par les textes subséquents.

« La liste de ces praticiens, établie par la Cour d'appel au début de chaque année judiciaire, ne doit être arrêtée qu'après consultation des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins existant dans le ressort de la cour ».

Art. 5. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un article 14 *bis*, ainsi rédigé :

« Il est interdit d'exercer la médecine, l'art

dentaire ou l'art des accouchements sous un pseudonyme.

« Les médecins, dentistes et sages-femmes ayant le droit d'exercer en France ne peuvent donner de consultations gratuites dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les médicaments et les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

« Les infractions aux dispositions du présent article sont punies des peines prévues à l'article 18 (alinéa 1er et 5) ci-après ».

Art. 6. — Les articles 16 (modifié par la loi du 16 mars 1934), 17, 18 et 19 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 16. — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, à la pratique de l'art dentaire ou à celle des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés ;

« 2° Toute personne qui, sans être munie du diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien dentiste en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ;

« 3° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

« 4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier... ».

(Le reste sans changement.)

« *Art.* 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

« En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les conseils de l'Ordre, lorsqu'il s'agit de médecins, et les associations professionnelles de dentistes et de sages-femmes régulièrement constituées, pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

« *Art.* 18. — Les délits visés à l'article 16 de la présente loi sont punis, en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de trois mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

« En cas d'infraction commise dans les conditions définies au paragraphe 1er de l'article 16 ci-dessus le tribunal ordonne que le jugement de condamnation soit publié intégralement ou par extraits dan trois journaux qu'il désignera et affiché pendant une durée qu'il déterminera et qui ne pourra excéder un mois, à la porte du domicile du délinquant, le tout aux frais de ce dernier.

« En cas de suppression, de dissimulation ou de lacération totale ou partielle des affiches ordonnées par le jugement de condamnation, il sera procédé de nouveau à l'insertion intégrale des dispositions du jugement relatives à l'affichage.

« Lorsque la suppression, la dissimulation ou la lacération totale ou partielle aura été opérée volontairement par le condamné, à son instigation ou par son ordre, elle entraînera contre celui-ci l'application d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement d'un à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

« *Art.* 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur, d'officier de santé ou de dentiste, est puni d'une amende de 3.000 à 6.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 6.000 à 12.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à deux ans ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 7. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un article 21 *bis*, ainsi rédigé :

« Tout médecin qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'Ordre sera puni d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de un à trois mois ou de l'une de ces peines seulement ».

Art. 8. — Les articles 22, 25 (modifiés par le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises), 26 et 32 (3e alinéa) de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 500 francs.

« *Art.* 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme condamné à l'une des peines prévues à l'article 18 ou à l'article 19 de la présente loi.

« Elles peuvent également être prononcées contre eux en cas de condamnation :

« 1°...................................

(Le reste sans changement.)

« *Art.* 26. — Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées, soit à l'article précédent, soit à l'article 13 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins, tombent sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

« *Art.* 32. — Troisième alinéa. — Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du précédent alinéa seront passibles des peines portées au premier alinéa de l'article 19 de la présente loi ».

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE

Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

Une offre généreuse en faveur d'un étudiant

Le Docteur H. BOAN DU CHEF DU BOS, *de Périers (Manche), nous adresse la lettre suivante :*

Devant les difficultés de la vie pour les étudiants l'idée m'est venue de faire l'offre suivante. Si vous voulez la publier dans votre journal j'aurai peut-être des imitateurs.

J'offre à un étudiant, dont la famille habite une grande ville, un séjour d'un mois chez moi. Je lui offre le prix de son voyage et tous les frais de son séjour.

Veuillez être assez aimable pour transmettre cette offre à qui de droit et me tenir au courant de la suite.

Cette idée m'est venue quand j'ai su que les séjours à la mer étaient impossibles cette année. Je crois qu'un mois de grand air et de nourriture à discrétion ferait du bien à nos cadets. Ayant deux fils étudiants je suis mieux placé pour en juger.

Nous publions cette lettre avec le double plaisir de nous associer à une belle pensée et de constater que la confraternité est tout de même parfois autre chose que cette « haine vigilante » dont parlent les auteurs.

Le problème des médecins étrangers

Le président du Conseil de l'Ordre de la S., et le rapporteur, ayant, à travers l'anonymat, identifie le cas du jeune médecin belge qu'exposait mon article du 11 mai dernier m'ont écrit leur point de vue sur celui-ci. Ils ont aussi ajouté quelques précisions qui diffèrent assez notablement de ce qu'avait écrit l'intéressé.

En tous cas la presqu'unanimité des médecins de D... s'était opposée à l'installation du médecin belge.

Une demande en déchéance de naturalisation a même été déposée contre celui-ci.

Dans ces conditions on ne peut qu'approuver la décision du Conseil départemental.

L'aspect général du problème demeure du reste inchangé et nos confrères de la S. se déclarent d'accord avec moi sur ce point.

G. L.

Sur la natalité en France

La délégation générale du gouvernement français dans les territoires occupés (Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) communique :

Un certain nombre de quotidiens ont publié ces jours derniers des statistiques de la natalité en France qui pourraient laisser croire que le fléau de la dépopulation est en régression.

Or, si en 1940 on a pu enregistrer un certain accroissement du nombre des naissances dû aux mesures prises en 1939 en faveur de la famille, et en particulier à la lutte contre l'avortement, en 1941, la baisse de la natalité atteint des proportions très fortes : 50 % en janvier, 40 % en février à Paris.

Tout concourt à ce résultat : chômage, insécurité du lendemain, rationnement, chute de la vie; enfin l'absence prolongée d'un million et demi de prisonniers, pour la plupart en âge d'avoir des enfants.

Par ailleurs, la mortalité s'est accrue, surtout dans les grandes agglomérations.

La guerre a donc été une catastrophe démographique dont les effets s'ajouteront à ceux de la natalité antérieure. Aucun programme de rénovation ne peut être conçu devant les perspectives actuellement ouvertes à la population française si un effort sérieux n'est fait immédiatement pour atténuer la réduction des forces vitales résultant du jeu naturel des naissances et des décès.

A propos de variole. Procédé simpliste

Pour obvier aux cicatrices défigurantes de la variole, qui marque toutes ses victimes, à part de rares exceptions, comme le prince de Talleyrand cité par le Docteur Noir, il existe, en dehors du masque abortif, un procédé peu connu en raison de la patience exigée pour son application, consistant à percer chaque pustule avec une aiguille flambée. Peut-être vaut-il mieux agir sur chaque vésicule avant sa transformation en pustule. Cette thérapeutique nous fut révélée dans notre jeune âge à l'occasion d'un cas familial. L'opération, couronnée d'un plein succès, pratiquée à la faveur d'un candélabre à bougies, car il y a de cela 60 ans environ, avait demandé presque toute une nuit. Elle avait alors été indiquée par un vieux médecin. Nous n'en avons pas trouvé d'autre trace dans la bibliographie médicale.

Dr FLURIAN.
Pauillac (Gironde).



QUESTIONS FISCALES

La remise des impôts des prisonniers

La presse quotidienne a depuis longtemps déjà publié un certain nombre d'informations contradictoires sur les remises d'impôts faites aux prisonniers de guerre. Aussi sommes-nous allés nous renseigner au service de Législation du Ministère des Finances qui nous a donné les précisions suivantes :

Une circulaire du Ministre des Finances du 10 mai 1941 permet aux directeurs départementaux des contributions directes, d'accorder aux contribuables prisonniers, suivant les cas, soit un dégrèvement d'office, soit une remise gracieuse totale ou partielle.

I. — DÉGRÈVEMENT D'OFFICE

La remise est accordée de plein droit pour toutes les cotes d'impôts directs relatives aux années 1939 et 1940, quelle que soit leur nature, à tout militaire étant encore en captivité au 1er avril 1941, à condition que le montant de ces cotes soit inférieur à 5.000 francs par an et par commune.

En conséquence, cette mesure couvre d'une part les impôts sur le revenu recouvrables en 1939 et 1940, c'est-à-dire ceux basés sur les revenus des années 1938 et 1939, et d'autre part la patente, les contributions foncières et mobilières des années 1939 et 1940.

Il faut de plus que le total de ces cotes, ou solde restant dû sur leur montant, soit inférieur à la somme de 5.000 francs par an et par commune d'imposition. Ainsi, par exemple, un médecin imposable dans une commune pour la somme de 4.500 francs au titre de la patente et de la cote mobilière, et pour 3.000 francs au titre de la contribution fon-

cière dans une autre commune, bénéficiera d'un dégrèvement d'office pour chacune de ces impositions, dont le total est pourtant supérieur à 5.000 fr.

Il faut enfin que le contribuable soit effectivement prisonnier au 1er avril 1941, ce qui exclut du bénéfice du dégrèvement d'office les prisonniers se trouvant à cette date en congé de captivité, et *a fortiori* ceux qui étaient déjà libérés.

Le dégrèvement, bien qu'accordé de plein droit, doit être demandé à l'Administration qui statue après vérification.

Les familles des prisonniers peuvent dès maintenant adresser au directeur des contributions directes une demande de dégrèvement (sur papier libre) en ayant soin d'y joindre « un bordereau de situation » relatif aux impositions des années 1939 et 1940, délivré par le percepteur, ainsi qu'une pièce établissant la qualité de prisonnier du contribuable au 1er avril 1941 (certificat du maire, carte ou lettre du prisonnier et postérieure au 1er avril 1941).

II. — Remise gracieuse

Dans tous les cas où un prisonnier ne peut pas bénéficier du dégrèvement de plein droit, c'est-à-dire

— Ou bien s'il a été libéré antérieurement au 1er avril 1941 ;

— Ou bien si le montant des cotes relatives aux années 1939 et 1940 est supérieur à 5.000 francs par an et par commune ;

— Ou bien s'il est redevable d'impôts relatifs à des cotes antérieures à l'année 1939,

il pourra solliciter de l'administration une remise gracieuse de ses impôts.

Le contribuable doit en faire la demande comme précédemment au directeur des contributions directes, appuyée « d'un bordereau de situation » et de la justification de sa qualité de prisonnier à un moment quelconque.

Ces demandes seront, nous affirme la circulaire ministérielle, examinées avec la plus grande bienveillance par les directeurs des contributions qui ont toute latitude pour accorder aux contribuables prisonniers de substantielles remises, voire le dégrèvement total.

Seuls les contribuables prisonniers, même postérieurement au 1er avril 1941, dont les cotes d'imposition sont supérieures à 5.000 francs et dont la situation n'a pas été modifiée par suite de l'état de guerre, resteront tenus d'acquitter la totalité de leurs impôts.

***

Rappelons pour terminer qu'une circulaire ministérielle du 12 novembre 1940 avait déjà recommandé aux directeurs des contributions directes d'être particulièrement bienveillants vis à vis des contribuables ayant été mobilisés ou non, qui, en raison des évènements se trouvaient dans l'incapacité de s'acquitter des impôts afférents à 1939 ou, le cas échéant à des années antérieures. L'Administration avait décidé que des remises pourraient leur être accordées d'office par les directeurs sur proposition des contrôleurs, après examen attentif de leur situation.

En nous basant sur les résultats que « Le Sou Médical » a obtenus pour ses adhérents, nous pouvons affirmer qu'un certain nombre de médecins ont, en vertu de ces mesures, obtenu des dégrèvements appréciables sur leurs cotes arriérées. Seules les demandes de dégrèvement relatives à la patente 1939 des médecins mobilisés n'ont pu aboutir, en raison de l'intransigeance de l'Administration qui s'est retranchée derrière le principe, alors en vigueur, de l'annualité de l'impôt.

Telles sont les dispositions nouvelles prises en faveur des prisonniers. Il va sans dire que le *Concours*

et le « Sou » sont à la disposition de leurs lecteurs et adhérents pour leur donner tous renseignements sur leur situation propre et rédiger pour eux les demandes en dégrèvement ou en remise gracieuse.

B. M.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.024. — Accident causé par un bombardement

J'ai recours à votre bienveillance habituelle pour vous soumettre le cas suivant.

Un de mes clients qui travaillait dans une gare pour le compte d'un patron, a été tué au cours d'un bombardement.

Il est donc en même temps victime civile de la guerre et victime d'un accident au cours de son travail.

J'ai conseillé à la veuve d'engager la procédure prévue par la loi sur les accidents du travail, car j'estime qu'elle touchera beaucoup plus rapidement sa pension, que si elle attend la réparation intégrale ultérieure de l'Etat, tout en réservant ses droits et ceux de ses enfants.

Ai-je agi au mieux de ses intérêts *immédiats* en donnant ce conseil ?

Le patron (ou plutôt son assurance substituée) peut-il se refuser à servir la rente, en invoquant comme prétexte que le tiers responsable est l'Etat et que le décès a été provoqué par un fait de guerre, risque qui n'est pas prévu dans la loi sur les accidents du travail et n'est donc pas couvert par les polices d'assurances ?

Dr D.

Réponse

Suivant la jurisprudence adoptée par la Cour de Cassation, à la suite de la guerre de 1914-1918, les bombardements ne sont pas assimilables aux forces de la nature et leurs victimes ou les ayants-droit de celles-ci doivent bénéficier de la loi sur les accidents du travail.

Vous avez donc donné à votre cliente un bon conseil en l'incitant à mettre en œuvre la législation sur les accidents du travail. Mais, en même temps, elle pourrait invoquer la loi du 24 juin 1919 sur les victimes civiles de la guerre, qui a été rendue applicable aux victimes de la guerre de 1939.

Ce qui pourrait advenir serait que la rente allouée par application de la loi du 24 juin 1919 soit supprimée ou réduite par application de l'article 6 de la loi dans le cas où le cumul des deux rentes serait prohibé en tout ou en partie.

3.031. — Accident causé par l'action violente d'un autre ouvrier

Un de mes clients a reçu au cours de son travail dans une maison de champagne, un coup de bouteille sur le crâne. Il a une assez forte plaie au cuir chevelu. Ce coup lui a été donné par un de ses collègues,

volontairement. Ce blessé doit-il être soigné comme accident du travail ou comme assuré social ?

Dr P.

Réponse

En principe, la jurisprudence de la Cour de Cassation reconnaît le caractère d'accident du travail à toute blessure produite au lieu et au temps du travail, quelle qu'en soit la cause.

Par exemple, en cas de rixe, la blessure qui en a été la conséquence est considérée comme accident du travail sans qu'il y ait lieu de rechercher si la rixe a été occasionnée directement ou indirectement par les nécessités du travail.

S'il n'y a pas eu rixe, mais seulement violences exercées par un ouvrier sur son camarade, il peut y avoir lieu d'examiner quelle est la cause de cet acte de violence. Si la cause en est une animosité personnelle sans lien avec l'exploitation, la blessure peut être considérée comme ne constituant pas un accident du travail.

Si l'accident est rejeté comme accident du travail, le blessé peut s'adresser à la Caisse d'assurances sociales, qui devra lui allouer les prestations, à titre provisionnel, s'il est en règle de ses cotisations, et s'il a engagé, à l'encontre de son employeur ou de l'assureur de celui-ci, une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre de la législation sur les accidents du travail.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

2673. — a) Corps étranger superficiel ou non ?
b) Régularisation d'une éventration

J'ai recours à votre obligeance pour vous demander votre avis autorisé sur les deux questions suivantes concernant le règlement des honoraires dus pour interventions pratiquées sur des accidentés du travail :

1° L'extraction d'un corps étranger au niveau de l'articulation interphalangienne du pouce peut-elle être assimilée à l'extraction d'un corps étranger profond ne nécessitant pas la localisation radiologique tarifée 55 francs d'après le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, ou au contraire cette intervention est-elle visée à l'article 17, paragraphe 9 du tarif, concernant l'extraction de corps étrangers superficiels mais non visibles et palpables et pour laquelle il est prévu une rémunération de 35 francs ?

Quel sens convient-il de donner aux termes superficiels et profonds ?

Peut-on raisonnablement soutenir qu'un corps étranger fiché dans un doigt est situé profondément dans les tissus ?

2° Aucune tarification n'étant prévue pour une intervention pratiquée sur une éventration, suite de cure radicale de hernie inguinale, je vous demanderai si cette opération peut être assimilée à la régularisation de cicatrices importantes tarifée 210 francs à l'arrêté du 5 mai 1939.

Dr L.

Réponse

1° C'est là un cas de corps étranger superficiel non visible et palpable, 35 francs.

Un corps étranger est superficiel lorsqu'il est dans une région qu'on peut atteindre directement, sans interposition du muscle ou large aponévrose, ou région vasculaire ou nerveuse dans laquelle toute intervention est compliquée et parfois dangereuse ;

2° Ce sont là des cas d'espèce. Il est évident que s'il s'agit d'une éventration assez étendue pour mériter ce nom (et non d'un ou deux points de suture ayant sauté), on peut assimiler l'intervention à pratiquer à la régularisation de cicatrices importantes, tarifée 210 francs.

Nota. — Dans les deux cas, je vous donne un avis tout personnel, sous réserve d'une décision ultérieure par la Commission d'arbitrage.

Dr F. Decourt.

2.866. — Extraction à l'électroaimant d'un corps étranger intraoculaire

Ayant eu comme accident de travail un corps étranger intra-oculaire du vitré que j'ai descellé à l'électro-aimant et extrait de la même façon, puis-je mettre sur ma note :

1° Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire = 140 francs.

2° Corps étranger intra-oculaire, extraction = 700 francs.

Ou, seulement, le second acte ?

Dr M.

Réponse

Il m'apparaît que dans votre cas vous avez à compter : « Corps étranger intra oculaire : extraction : 700 francs ». (Art. 25 — F.).

Ce n'est pas là un « second acte » (le premier étant la recherche à l'électro aimant tarifée 140 francs), mais bien l'extraction à l'électroaimant que vous avez faite et qui comprenait évidemment la « recherche » dudit corps étranger, pour savoir s'il existait d'abord, puis son emplacement exact avant toute tentative d'extraction.

Dr F. Decourt.

3.043. — Curetage d'une phalangette

Je viens de procéder au curetage de la dernière phalange d'un accidenté du travail, qui présentait un foyer d'ostéite à ce niveau (sous anesthésie locale).

Quel tarif dois-je compter à la Compagnie d'assurances de mon client ?

Puis-je me reporter au tarif : Evidement osseux avec anesthésie régionale : 415 francs ?

Dr H.

Réponse

Le « curetage » d'une phalangette ne me paraît pas avoir aucun rapport avec « l'évidement osseux : 415 francs » dont vous parlez. Il y a bien, au même taux, « débridement esquillectomie d'une fracture ouverte », mais il est ajouté « à l'exclusion des doigts et orteils » ce qui tranche la question pour les deux cas.

J'assimilerais plutôt cette petite intervention,

par analogie, avec « régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts avec lésions ostéo-articulaires : 110 francs. ».

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

2.491. — Traitement d'un A. S. hospitalisé

Comme médecin contrôleur de la Caisse d'assurances sociales, je suis chargé de vérifier la note d'honoraires ci-jointe.

Le sieur G... se blesse le 18 mars avec un filin en fer (plaie infectée de la main droite). Il va voir le 20 mars le Docteur P. qui après l'avoir revu le 21, le conduit à N... (10 kilomètres) à un chirurgien qui incise un phlegmon sous-aponévrotique et garde le blessé dans sa clinique du 21 au 29 mars et y fait même une seconde intervention chirurgicale sur la main gauche où un autre phlegmon s'était déclaré, mais n'avait pas éte mentionné dans le certificat initial ; le blessé retourne chez lui le 29 mars après avoir été contrevisité par moi avec l'autorisation du médecin traitant qui, vu le peu d'essence disponible, avait préféré m'envoyer le blessé à sa sortie de la clinique. Pas de discussion sur la durée du traitement, ni sur les causes de l'accident, mais sur la note d'honoraires. Le blessé a repris son travail sans incapacité permanente partielle.

Voici la note d'honoraires :

20 mars, consultation, certificat 27 francs, Dr P.
21 mars, consultation, certificat, 17 francs, Dr P.
22 mars, incision phlegmon sous-aponévrotique, 100 francs, Dr I.
23 mars, anesthésie générale plus indemnité kilométrique 10 fr, 100 francs, Dr P.
24 mars, pansement à la clinique, 17 francs, Dr I.
26 mars, pansement à la clinique, 17 francs, Dr I.
27 mars, incision phlegmon de la main, 100 francs, Dr I.
Du 21 au 29, 8 jours de clinique à 50 francs, 400 francs (sans reçu).
Du 30 mars au 19 avril, 10 pansements par le Dr P., 170 francs.

Soit par le	Docteur I.......	251 francs
	Docteur P.....	314 francs
	Clinique.......	400 francs.
		965 francs.

Je ne vois aucun inconvénient à payer les consultations et pansements des deux médecins, mais ce qui me paraît anormal, c'est :

1° L'indemnité kilométrique demandée par le Dr P. en plus de l'anesthésie générale ;

2° La deuxième intervention pour un phlegmon qui n'avait pas été prévue dans le certificat initial, le Dr P. dans une lettre, m'avoue qu'il l'avait oubliée ;

3° Surtout la demande des frais de Clinique à 50 francs par jour sans autorisation préalable de la Compagnie.

J'avoue que l'Hôtel-Dieu de N. accepte les blessés du travail pour la somme de 58 fr. 50 par jour, mais c'est le tout compris, la différence pécuniaire serait évidemment très légère dans le cas présent, mais porterait environ sur le chiffre de près de 300 francs (283) et une note de pharmacie de 88 francs, mais c'est surtout la question de principe, ce médecin habitant les environs de N. ayant tendance à envoyer les blessés en Clinique sans autorisation.

Dr P.

Réponse

a) Indemnité kilométrique. En matière d'accidents du travail il est dit (art. 11) « l'indemnité

de tout aide est fixée à 80 francs, plus l'indemnité kilométrique de déplacement s'il y a lieu » Mais il est dit (art. 2) que « cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché ».

Si, dans le cas rapporté, il y a d'autres médecins habitant la localité où eut lieu l'intervention : pas d'indemnité.

J'ai pris comme base le tarif Accidents du travail, car, en matière d'Assurances sociales il n'y a rien de fixé à ce sujet : ce fut donc à titre d'analogie de situation.

b) La deuxième intervention d'incision de phlegmon à la main gauche, alors qu'il n'y avait que la main droite mentionnée dans le certificat initial, doit être payée puisqu'elle a eu lieu ; ceci est normal et de simple équité.

c) Les frais de journée sont en dehors de la question d'honoraires. Ils dépendent de l'« accord » qui doit avoir lieu entre Caisses et Hôpitaux, en se basant d'ordinaire sur le tarif de réassurance établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938.

Ce tarif diffère suivant qu'il s'agit d'un hôpital public ou d'un hôpital privé ayant passé convention avec la Caisse ou n'ayant pas passé convention, mais agréé par elle, ou non agréé, etc.

Il en est de même d'ailleurs pour les honoraires médicaux (mais sans que la question de déplacement du médecin y soit envisagée, ainsi que je l'ai dit ci-dessus).

d) Quant à la note de pharmacie, s'il y eut hospitalisation, on lit (toujours dans le tarif de réassurance) au sujet des honoraires médicaux (chirurgie) : « la prestation ainsi définie sera destinée à couvrir, en plus des honoraires du chirurgien, le coût des objets de pansement, ainsi que les autres frais accessoires de l'opération ».

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

3003. — Emploi de l'essence mélangée à l'alcool

Lu dans le *Concours* votre note sur le mélange de l'essence dans l'alcool-auto. Comme vous avez bien voulu prendre la peine de me documenter, je crois utile en remerciement de vous signaler ma méthode.

J'ai un équipement Zenith pour alcool avec starter de départ (gicleur 105).

Or, dans ma profession — arrêts fréquents —, il arrive souvent que le 105 est trop riche pour eau insuffisamment chaude pour bien rouler, car alors trop de dépense d'essence (60 litres ce mois-ci) et cafouillage si pas d'essence. Ai donc mis un deuxième starter (gicleur variable de 65 × 50).

J'appelle le premier « starter de départ » (pléonasme) et le deuxième « starter d'enrichissement. »

C'est une façon de mélanger essence à alcool.

Concernant l'alcool, en 14.000 kilomètres, mon moteur neuf 402 est fichu ; sur six litres d'huile de carter en 800 kilomètres, il m'en reste trois.

J'attribue ceci : 1° à l'alcool ; or, j'ai super-graissé à raison de un litre pour 80 kilomètres ! ! !

2° et (ai signalé cela à Zenith) la prise d'air admet toutes poussières de route que le moteur avale en se super-rodant.

Alcool ? Peut-être bon pour gros kilométrages ; mais, surtout en hiver, arrêts-départs, eau plus ou moins refroidie, c'est le désastre.

Et coûteux, alcool 6,50, 21 litres aux cent, plus 3 litres essence = 1 fr. 59 de carburant au kilomètre plus huile, pneus, etc., etc. Je vends mon kilomètre 2 francs et ne crains pas de bénéfices de guerre.

Mon deuxième starter représente amélioration nette.

Le deuxième starter est évidemment alimenté par la même nourrice et essence.

Dr C.

Réponse

Je vous remercie des renseignements que m'apporte votre lettre.

La consommation très considérable d'alcool dont vous vous plaignez à juste titre doit provenir, me semble-t-il, du fait que votre tuyauterie d'aspiration est insuffisamment réchauffée. Une bonne partie de l'alcool consommé entre dans le cylindre à l'état liquide, n'est qu'incomplètement brûlé, d'où perte sèche et, d'autre part, cet alcool liquide vient laver les parois du cylindre ce qui explique également l'usure anormale de votre moteur.

Je crois que vous avez intérêt à augmenter le chauffage de la tuyauterie d'aspiration en créant autour une circulation active de gaz d'échappement.

La marche mixte à l'essence et l'alcool donne de bons résultats, mais précisément elle fournit un indice qui vient confirmer ma manière de voir, à savoir que vous devez marcher trop froid.

A titre d'indication, je vous signale qu'avec une tuyauterie très réchauffée, j'ai consommé sur une 402 B d'abord 17 litres d'alcool aux 100 kilomètres sans diminuer la performance de la voiture, puis par réductions successives des gicleurs, mais cette fois avec diminution de la performance, 14 litres : je peux cependant encore avec ce dernier réglage rouler à 105 à l'heure environ, et la consommation est mesurée sur une moyenne de 70 à l'heure.

Cette consommation comporte également l'alcool pour le départ ; je n'utilise, en effet, rigoureusement pas d'essence.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

2890. — Formalités pour effectuer une cure thermale en zone non occupée

Abonné au *Concours médical* et adhérent du « Sou médical », je m'en autorise pour solliciter de vos services quelques renseignements pratiques sur les menus problèmes que pose la prescription d'une cure thermale en zone libre à l'heure présente.

Deux conjoints ont besoin de pareille cure, l'un à Vichy, l'autre à Aix, et ils souhaitent, assez naturellement, la pouvoir pratiquer dans le même temps.

a) Existe-t-il une formule type pour le certificat en attestant la nécessité ?

b) Y a-t-il lieu d'y indiquer un diagnostic alors que ce document passera en mains de gens non liés par le secret professionnel ?

c) Doit-il être fait sur timbre ou sur papier libre ?

d) Doit-il préciser la durée de la cure ... indiquer la date où elle devrait commencer ?

e) Le patient peut-il disposer de quelques jours de repos sur place où dans le voisinage de la station de cure avant de regagner la zone occupée,

f) Sous quelle forme, le Conseil de l'Ordre doit-il être informé et par qui ? Par le médecin ? Par le malade ?

g) Quel délai est à prévoir entre la demande et la délivrance de l'autorisation de départ ?

h) Vichy et Aix sont-ils ouverts dès à présent aux malades ? Sinon, pour quelle date leur ouverture est-elle prévue ?

Je m'excuse de vous poser tant et de telles questions, mais je ne saurais, hors du *Concours médical*, où trouver les réponses pertinentes dont j'ai besoin.

Dr B.

Réponse

1° Il n'y a pas de formule type pour le certificat attestant la nécessité d'une cure thermale ;

2° Sur le certificat remis aux autorités occupantes, il n'y a pas lieu d'indiquer le diagnostic, mais ce certificat doit être visé par le Conseil départemental de l'Ordre, 28, rue Serpente, à Paris. L'Ordre vous demandera comme justification un autre certificat médical détaillé, qu'il conservera par devers lui ;

3° Ces certificats devraient, théoriquement, être établis sur timbre, car aucune disposition n'a permis de les établir sur libre, mais pratiquement, puisque ces certificats ne sont pas destinés à l'Administration française, il suffit de les établir sur libre, en faisant légaliser votre signature ;

4° Il n'y a pas lieu de préciser la durée de la cure qui est ordinairement de trois semaines. Il suffit, sur la demande de laissez-passer, de demander une pièce valable jusqu'à telle date, en calculant bien entendu largement le délai ;

5° Le délai entre la demande et la délivrance de l'autorisation de départ est variable ; mais à notre connaissance, il ne faut pas compter beaucoup moins d'un mois ;

6° La cure à Vichy sera possible du 15 juin à fin septembre. A Aix, la saison est déjà ouverte et se poursuivra jusqu'à fin septembre.

2.297. — Demande de majoration de pension militaire

Un de mes malades, blessé en décembre 1939, a été réformé en mai dernier avec une pension d'invalidité de 40 %.

Il estime que cette pension est insuffisante et demande à passer devant un nouveau Conseil de réforme.

Pouvez-vous me dire quelles sont les démarches qu'il doit faire et à qui il doit s'adresser ?

Dr L. (de Paris).

Réponse

Il faut que ce malade adresse, sous pli recommandé, au médecin-chef du Centre de réforme de la Seine, 139, rue de Bercy, à Paris, une demande de nouvelle visite, pour aggravation.

Il devra joindre à sa demande un certificat médical constatant, avec motif valable, l'insuffisance du taux d'invalidité précédemment alloué.

Soixante-troisième année — N° 26 — 29 Juin 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 179. — A céd. urgence, poste ophtalmo très actif, une fois par semaine, ville 15.000 h. à 3 h. de Paris-Est. En bonne voie dévelop. surtout si adjonct. O. R. L. S'ad. Dr Dubois, 8, av. Daniel-Lesueur, Paris (VIIe). Tél. Ségur 79.22.

Nº 180. — Achète très urgent pneus Simca 5 neufs ou état de neuf, toute quantité. Dr Dubois, Auffay (Seine-Inférieure).

Nº 181. — Maison de santé chirurgic. Paris demande, 1º infirmière économe ; 2º infirmière soignante ; 3º infirmière sage-femme ; 4º infirmière pour sal. opérat. Se présent. 4, rue du Sergent-Hoff, Paris, de 11 h. à midi et de 18 à 19 h.

Nº 182. — Etud. médecine demandent adresse ou pourr. prendre repos vacanc. dans milieu d'étudiants. Ecr. Robin. Passage Pommeraye, Nantes (Loire-Inf.).

Nº 183. — A céd. poste médic. après déc., seul médecin dans bourg import. S'adr. à Mme Veuve Georges Marquet, Bujaleuf (Haute-Vienne).

Nº 184. — Le Dr Laroche, de Saint-Dié (Vosges) serait reconnaiss. à médec. ou infirm. de l'hôpital de Valenciennes (Nord) ou de l'Ambulance chirurg. d'Etapes, nº 261, en mai 1940, de vouloir bien lui écrire pour demande de renseig.

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris, quart. popul. Très import. client. de Méd. gle. Prix 90.000.

Banl. Ouest proche. Bon chiff. d'aff. actuel, villa conf. Prix 35.000.

Normandie. A céd. 2 bonnes client. rurales. Prix intéres.

80 kil. Paris, belle région, poste actif, urgent : 35.000 cpt.

2 heures Paris, client. ville, gros rap., maison conf. Prix 75.000.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Avis à nos abonnés et adhérents de zone non occupée

Dans le but de décharger au maximum les services de notre agence de Vals, nous prions instamment nos abonnés de vouloir bien à l'avenir virer au compte courant postal du *Concours médical*, Paris, nº 167.95, le montant de leur abonnement à la date de son échéance, soit sept mois après la date figurant sur chaque étiquette-adresse , sauf pour nos abonnés inscrits depuis décembre 1940 pour lesquels la date d'échéance est celle figurant sur l'étiquette.

Par ailleurs, et dans le même but, les adhérents du « Sou médical » désirant obtenir des renseignements par correspondance, lorsque ces renseignements n'auront pas le caractère confidentiel, et lorsque demandes et réponses pourront figurer sur les nouvelles cartes-correspondance inter-zone, sont instamment priés d'adresser leurs demandes directement sur ces cartes, à notre siège à Paris, 37, rue de Bellefond, qui leur répondra par la même voie.

Nous les remercions à l'avance de vouloir bien nous faciliter notre tâche.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Prix de la Faculté.* — Les prix de Faculté désignés ci-dessous, et non attribués en 1940, en raison des circonstances, sont susceptibles d'être répartis fin 1941 :

Prix Boulay. — Recherches sur le cancer (délivré par l'Institut du cancer).

Prix Deroulège (900 francs). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer.

Prix Desmaze (1.700 francs). — Récompense du meilleur traité sur la grippe.

Prix Gérard-Martinet (2.850 francs). — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins poursuivant des recherches pour découvrir un médicament (sérum, etc...) susceptible d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses.

Prix Jeunesse (Histologie, 1.500 francs). — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

Prix Lacaze (20.000 francs). — Au meilleur ouvrage sur la phtisie.

Prix Saintour (12.000 francs). — Sur le sujet suivant : « acidose diabétique », indiquer de la façon la plus précise les recherches ou missions poursuivies en y joignant les justifications et attestations nécessaires.

Les candidatures pour ces prix seront formulées sur timbre à 6 francs et adressées à M. le doyen de la Faculté de médecine avant le 15 octobre 1941. La demande devra être accompagnée d'au moins un exemplaire de l'ouvrage présenté.

— **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. J. Troisier). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. les Professeurs F. Bezançon et J. Troisier, de M. J. E. Evrot, de MM. Pruvost et Jacob, de Mme Dubois-Verlière et de MM. C. Kudelski, C. Lejard, V. Hinault, J.-M. Lemoine et J. Fauvet.

Ce cours d'une durée de quatre semaines commencera le lundi 7 juillet 1941, à 9 h. 30, à l'hôpital Cochin (pavillon Claude-Bernard). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons magistrales sur des questions d'actualité en phtisiologie et pathologie pulmonaire.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou des candidats au poste de médecins de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses ; s'adresser à M. Evrot, directeur du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits à verser sont de 250 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet nº 4), et salle Béclard (A. D. R. M.) à la Faculté, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Ecole de médecine de Reims.** — M. le Professeur Téchoueyres est nommé directeur honoraire.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Un concours pour la nomination à deux places de chef de laboratoire de chimie biologique*, vacantes à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Bichat, aura lieu le 21 juillet 1941. Inscriptions à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du service de santé) jusqu'au 30 juin inclus.

Sont admis à prendre part à ce concours, les anciens internes en pharmacie des hôpitaux de Paris, de nationalité française à titre originaire et ne tombant pas sous le coup de la loi du 3 octobre 1940 portant statut des juifs.

— **Hôpital de La Roche-sur-Yon.** *Internat.* — Un concours sur titres pour deux places d'internes à l'hôpital départemental de la Roche-sur-Yon sera ouvert le 24 juillet 1941 à la Préfecture de la Vendée. Inscription avant le 8 juillet, en adressant à la Préfecture de la Vendée (2e division) : une demande sur timbre ; l'acte de naissance ; la justification de douze inscriptions dans une Faculté de l'Etat ; un certificat des chefs de service de l'hôpital où le candidat a fait ses études.

— **Mutuelle d'assurances des médecins français** (ancienne Mutuelle confédérale d'assurances des Syndicats médicaux français régie par le décret-loi du 14 juin 1938). — Créée en 1935, cette Société couvre les risques automobiles (tiers, vol et incendie des véhicules), responsabilité civile professionnelle et incendie (meubles et immeubles).

Réassurée à une des plus importantes compagnies de réassurances, elle présente une garantie indiscutable du fait de son cautionnement important, de ses réserves légales et ses réserves libres.

Etant « à forme Mutuelle », elle demande des primes fixes, mais sensiblement réduites.

Ses bénéfices, sur décision des assemblées générales, sont entièrement versés à la Caisse d'allocations Pierre Dibos (du nom de son fondateur), qui en effectue la répartition entre les médecins les plus âgés, remplissant les conditions fixées par le règlement de la Caisse d'allocations.

Ces allocations seront calculées en fonction de la date d'adhésion à la Société, du montant des primes versées.

Pour tous renseignements s'adresser : pour la zone occupée : Bureau de Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg ; pour la zone non occupée : à Brive, 1, rue Paul de Salvandy.

— **Bourses de vacances, pour les étudiants en médecine, offertes par les Laboratoires Debat.** — Les Laboratoires du Docteur Debat rappellent qu'il consacrent une somme de 100.000 francs à la création de bourses de vacances de 1.000 ou 500 francs, destinées aux étudiants en médecine de condition modeste et de santé défaillante.

Les demandes doivent être adressées immédiatement : 60, rue de Monceau, où une Commission se réunira pour les examiner. Elles devront indiquer la situation de famille, l'état de santé du postulant, ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyens d'appréciation.

— **Vacances gratuites pour un étudiant.** — Nous rappelons la lettre, publiée dans notre dernier numéro, du Docteur H. Bouan du Chef du Bos, de Périers (Manche). Notre confrère offre à un étudiant habitant la ville, des vacances au grand air et un séjour gratuit dans sa maison pendant un mois, sans aucun frais, voyage payé également. Lui écrire directement.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Jacques Gandouet sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils, *François.*

Marans, le 24 mai 1941.

— Jacques et Claude Leclerc, ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Pierre-Edouard.*

Docteur Frédéric-P. Leclerc, 10, rue Paul Cabet, Dijon.

— **Nécrologie.** — On annonce la mort survenue à Paris le 30 mai 1941 de Mme le Docteur Marie Nageotte-Wilbouchewitch, ancienne interne des hôpitaux de Paris, ancienne présidente de la Société de pédiatrie de Paris.

Elle était la femme du Docteur Nageotte, professeur honoraire au Collège de France, la mère et belle-mère de Mme le Docteur Bohn-Nageotte et du Docteur A. Bohn.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Statut des Juifs

No 2.332. — *Loi du 2 juin 1941 remplaçant la loi du 3 octobre 1940 portant statut des Juifs.*

(Extraits)

Art. 1er. — Est regardé comme juif :

1° Celui ou celle, appartenant ou non à une confession quelconque, qui est issu d'au moins trois grands-parents de race juive, ou de deux seulement si son conjoint est lui-même issu de deux grands-parents de race juive.

Est regardé comme étant de race juive le grand parent ayant appartenu à la religion juive ;

2° Celui ou celle qui appartient à la religion juive, ou y appartenait le 25 juin 1940, et qui est issu de deux grands parents de race juive.

La non-appartenance à la religion juive est établie par la preuve de l'adhésion à l'une des autres confessions reconnues par l'Etat avant la loi du 9 décembre 1905.

Le désaveu ou l'annulation de la reconnaissance d'un enfant considéré comme juif sont sans effet au regard des dispositions qui précèdent.

Art. 4. — Les Juifs ne peuvent exercer une profession libérale, une profession commerciale, industrielle ou artisanale, ou une profession libre, être titulaires d'une charge d'officier public ou ministériel, ou être investis de fonctions dévolues à des auxiliaires de justice, que dans les limites et les conditions qui seront fixées par décrets en Conseil d'Etat.

Art. 6. — En aucun cas, les Juifs ne peuvent faire

partie des organismes chargés de représenter les professions visées aux articles 4 et 5 de la présente loi ou d'en assurer la discipline.

Art. 8. — Peuvent être relevés des interdictions prévues par la présente loi, les Juifs :

1° Qui ont rendu à l'Etat français des services exceptionnels ;

2° Dont la famille est établie en France depuis au moins cinq générations et a rendu à l'Etat français des services exceptionnels.

Pour les interdictions prévues par l'article 2, la décision est prise par décret individuel pris en Conseil d'Etat sur rapport du commissaire général aux questions juives et contresigné par le Secrétaire d'Etat intéressé.

Pour les autres interdictions, la décision est prise par arrêté du commissaire général aux questions juives.

Le décret ou l'arrêté doivent être dûment motivés.

Les dérogations accordées en vertu des dispositions qui précèdent n'ont qu'un caractère personnel, et ne créeront aucun droit en faveur des ascendants, descendants, conjoint et collatéraux des bénéficiaires.

(*J. O.*, 14 juin 1941).

L'article 2 interdit aux Juifs l'accès et l'exercice de fonctions publiques qu'il énumère.

L'article 3 n'admet les Juifs à occuper, dans les Administrations publiques ou les entreprises bénéficiaires de concessions ou de subventions accordées par une collectivité publique, des fonctions autres que celles énumérées à l'article 2 que s'ils sont titulaires de la Carte de combattant ou d'une citation donnant droit au port de la Croix de guerre, ou décoré de la Légion d'honneur ou de la Médaille militaire pour faits de guerre, ou pupille de la Nation ou ascendant, veuve ou orphelin de militaire mort pour la France.

L'article 5 interdit aux Juifs certaines professions qu'il énumère.

Direction régionale de la Famille et de la Santé

Décret du 1er juin 1941 portant nomination du Directeur régional de la Famille et de la Santé à Paris

RAPPORT AU MARÉCHAL DE FRANCE,
CHEF DE L'ETAT FRANÇAIS

Monsieur le Maréchal,

Au moment où s'organisent, sur l'ensemble du territoire, les directions régionales de la Famille et de la Santé, créées par la loi du 18 septembre 1940, il paraît nécessaire et urgent d'intégrer l'administration générale de l'Assistance publique de Paris dans l'armement sanitaire et hospitalier de la région parisienne (Paris, département de la Seine, département de Seine-et-Oise).

Le présent décret, en confirmant le directeur général de l'Administration de l'Assistance publique de Paris dans ses fonctions, qui lui ont été confiées par arrêté d'un de mes prédécesseurs, l'investit des fonctions de directeur régional de la Famille et de la Santé.

Ainsi se trouvera réalisée, autour d'un même haut fonctionnaire, particulièrement qualifié, une synthèse des attributions ressortissant du département de la Famille et de la Santé, et la possibilité d'une coordination logique et cohérente des services actuellement épars entre plusieurs administrations différentes.

Veuillez agréer, etc.

Art. 1er. — M. Serge Gas, directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, est, tout en conservant ses fonctions actuelles, chargé de remplir celles de directeur régional de la Famille et de la Santé en résidence à Paris.

Art. 2. — La région dans laquelle M. Serge Gas, directeur régional de la Famille et de la Santé exercera ses fonctions comprend les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

(*J. O.*, 15 juin 1941).

Ecoles d'infirmiers ou d'infirmières

Décrets du 11 juin 1941 instituant un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers, d'assistants ou d'assistantes du service social.

Arrêtés du 11 juin 1941 portant organisation et fonctionnement du Conseil de perfectionnement.

(*J. O.*, 12 juin 1941).

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé

Arrêté du 7 juin 1941 relatif aux indemnités pour frais de mission et de tournée au personnel des services régionaux.

(*J. O.*, 13 juin 1941).



Liste des médecins bénéficiaires de citations

homologuées après révision

ET DONNANT DROIT AU PORT DE LA NOUVELLE CROIX DE GUERRE 1939-1940

Le décret du 28 mars 1941, instituant une nouvelle Croix de guerre 1939-1940, a rendu nécessaire la révision de certaines citations accordées antérieurement. Par contre, donnent droit d'emblée au port de la nouvelle Croix de guerre :

1º Les Croix de la Légion d'honneur et les Médailles militaires accordées pour faits de guerre, et comportant l'attribution de la Croix de guerre avec palme figurant aux ordres de la série « D » du Secrétariat d'Etat de la guerre ;

2º Les citations accordées par le Ministre Secrétaire d'Etat à la guerre, postérieurement au 1er avril 1941 (Ordre de la série « C » à partir du nº 539), ainsi que les citations accordées aux grands blessés par les commandants de groupes de divisions militaires et les commandants de divisions militaires.

Les autres citations devront être homologuées par le Ministre Secrétaire d'Etat à la guerre, sur proposition de la Commission de révision des citations, Celles qui n'auront pas été homologuées ne donneront pas droit au port de la nouvelle Croix de guerre, mais seront maintenues dans les dossiers personnels des intéressés, au même titre que d'autres témoignages de satisfaction.

Seules, les citations homologuées donneront droit au port de la nouvelle Croix de guerre, avec leur habituel ordre de valeur et se traduisant, pour une citation à l'Ordre de l'armée, par le port d'une palme ; pour le corps d'armée, par une étoile de vermeil ; pour

la division, par une étoile d'argent ; pour la brigade ou le régiment, par une étoile de bronze.

Fait important à noter, les bénéficiaires des *deux* premières catégories ont reçu ou recevront *individuellement* notification de leur citation ou décoration. Mais il n'en sera pas de même pour les bénéficiaires de la 3e catégorie ; seule une publication au *Journal officiel* fera connaître leurs noms au fur et à mesure que leur citation aura été homologuée.

Aussi avons-nous décidé de les publier, afin que nos confrères puissent être renseignés plus facilement ; pour s'y retrouver dans les listes, il leur suffira de rechercher tout d'abord leur régiment ou leur formation sanitaire. Dans le cas où le titulaire d'une citation ne verrait pas son nom sur une première liste, il devrait attendre la publication des prochaines listes. A noter aussi que certaines unités n'ont pas compris dans leur travail les citations accordées à des prisonniers, parce que ces dernières citations ont fait ou feront de leur part l'objet de notifications individuelles, sous forme d'ordres « C », comportant l'attribution de la nouvelle Croix de guerre.

***

3e *rég. infant. alpine.* Méd. sous-lieut. SANSOT (Maurice) : Ord. div. — Méd. lieut. BUDING : Ord. brig.

5e *rég. infant.* Méd. lieut. PETEY (Maurice) : Ord. brig. — Méd. lieut. CUVEREAUX : Ord. brig. — Méd. auxil. BOISNEUF (René) : Ord. brig. — Méd. auxil. MARINETTI (P.) : Ord. brig. — Méd. lieut. MILLET (Jean) : Ord. armée. — Méd. auxil. MICHEL : Ord. brig.

6e *rég. infant.* Méd. auxil. FOURNIER (Jean) : Ord. rég.

9e *rég. infant.* Méd. lieut. LIOT : Ord. rég.

11e *rég. infant.* Méd. lieut. PIC (Jacques) : Ord. rég. — Méd. lieut. BAZEIX (Jean) : Ord. rég. — Méd. lieut. CLUS : Ord. rég.

21e *rég. infant.* : Méd. auxil. BOURMALO (Albert) : Ord. armée.

22e *rég. infant. fort.* Méd. lieut. CHEIREZY (Roger) : Ord. brig. — Méd. auxil. BETTINGER (Guy) : Ord. rég. — Méd. lieut. GAUTRELET : Ord. armée.

26e *rég. infant.* Méd. lieut. NAUDET : Ord. rég.

27e *rég. infant.* Méd. com. VAUCHEZ : Ord. brig. — Méd. lieut. GARNIER : Ord. brig. — Méd. auxil. DUYZABO : Ord. brig. — Méd. lieut. DUMONT : Ord. brig. — Méd. auxil. BERILLE : Ord. rég.

29e *rég. infant.* Méd. capit. LARTIGUE (Jean) : Ord. div. — Méd. lieut. BARRES : Ord. brig.

31e *rég. infant.* Méd. lieut. JAMAIN (Bernard) Ord. rég.

35e *rég. infant.* Méd. sous-lieut. GUILLERET (Jean) : Ord. rég. — Méd. com. MAULIN (Jean) : Ord. div. — Méd. lieut. GARNUNG (Henri) : Ord. div.

36e *rég. infant.* Méd.-lieut. DURIEZ (André) : Ord. corps ar.

41e *rég. infant.* Méd. com. LE CURS (Yves) : Ord. div. — Méd. lieut. BROCARD (Henri) : Ord. rég.

44e *rég. infant.* Méd. auxil. FAVIER : Ord. rég. — Méd. lieut. MASSOL : Ord. rég. — Méd. lieut. COLIN Ord. corps ar. — Méd. com. SILLIC : Ord. div.

46e *rég. infant.* Méd. lieut. BARGAIN : Ord. div.

48e *rég. infant.* Méd. auxil. JOUAN (François) : Ord. div.

56e *rég. infant.* Méd. auxil. JOUÉ : Ord. brig. — Méd. auxil. CARLI : Ord. div.

Voir la suite page XXXVII-1175

PROPOS DU JOUR

QUALIFICATION DES ÉLITES

Ce mot de : élites est revenu souvent dans les conversations et les écrits des Français depuis que, édifiés par le désastre national, ils se sont mis à faire oraison. Le dogme révolutionnaire de l'égalité a été par eux répudié avec force comme ayant conduit à l'égalisation des hommes dans le même esprit qu'on égalise un sol, afin de le rendre plat, sans relief et sans repères. Déçus par la steppe démocratique nous voici en quête d'accidents de terrain et, forts de notre misère, nous ne craignons pas d'affirmer que les élites ont non seulement le droit mais aussi le devoir de commander.

La plupart de ceux qui parlent ou écrivent dans ce sens laissent entendre assez distinctement, comme emportés par un fougueux élan de civisme, que ce devoir ils se tiennent prêts à l'assumer. D'où il faut conclure qu'ils se rangent eux-mêmes parmi les chefs et qu'ils n'attendent de personne d'être proclamés tels. Autrement dit, ils n'indiquent les courbes orographiques de la collectivité que pour occuper d'autorité les positions dominantes et parquer les autres dans les bas-fonds.

Au fond rien n'est plus naturel ; on ne soutient avec cœur une revendication qu'à condition de figurer parmi les parties prenantes et pour enflammer les masses il suffit de leur promettre un butin. La dernière démonstration n'est pas si loin de nous.

Mais justement, et par définition, les élites ne sont pas les masses. C'est même en se distinguant de celles-ci qu'elles justifient leur titre. Aussi y a-t-il de quoi être choqué à voir l'assurance avec laquelle elles proclament leurs prérogatives par la bouche de ceux qui disent : « Nous, qui sommes de l'élite ». Car même s'ils regorgeaient de vertus, la plus belle étant la modestie, il leur manquerait au moins la plus belle. Et, au demeurant, ce n'est pas par les vertus qu'ils entendent l'emporter sur le commun, mais par un privilège de caste dont la légitimité est en tous points contestable. Une caste n'est pas une élite ; c'est une place-forte défendue par des préjugés. Il a fallu la fâcheuse propension des hommes à humaniser, c'est-à-dire à ravaler au niveau des éléments sensibles les abstractions spirituelles, pour que la confusion entre les deux termes s'établisse. Dans : élite, il y a l'idée de choix et l'acte de choisir est essentiellement individuel. Les goûts des hommes étant divers à l'extrême et même contradictoires, il devrait être très rare de voir deux d'entre eux s'accorder pour proclamer chez un troisième des mérites exceptionnels. Cette simple considération prouve le peu de valeur qu'avaient nos votes politique de naguère. Pour que dix, quinze, vingt mille citoyens concentrassent leur vote sur le même individu, il fallait que celui-ci eût vraiment une pauvre personnalité et ceux-là bien peu de vœux à lui confier. C'est ainsi que l'élite politique, la seule qui étymologiquement méritât ce titre, était dans la réalité un rebut, un exutoire à quelques passions élémentaires dont nous nous déchargions à la hâte comme d'une bile accumulée.

***

A toutes les époques il s'est trouvé des hommes pour se juger dignes d'une place éminente dans la société. Le choix que chacun peut faire de l'objet digne de son admiration, ils le portaient sur eux-mêmes : ainsi ils avaient commencé à faire partie de l'élite. Afin de consolider leur position ils s'agloméraient ensuite à quelques-uns doués de la même satisfaction intime : la caste était formée et commençait par se pourvoir de prérogatives solides.

Il y eut d'abord la caste de la force, la force brutale, la prééminence des poings, des piques et des épées. Elle s'affirmait de la façon la plus péremptoire en décervelant tout contradicteur ; il n'y eut jamais au monde d'élite aussi bien tranchée et aussi évidemment qualifiée. A travers les affinements de la civilisation il nous en reste quelque chose, et il existe toujours une sorte d'élite rude et intraitable dont la doctrine

élémentaire reprend autorité dès que les instincts l'emportent parmi les hommes.

Ce fut ensuite, née de la précédente, la caste de la naissance et du nom. Le simple nom évoquait les exploits d'antan et sous-entendait une vigueur qu'il valait mieux respecter. Les manants, encore meurtris et courbés, n'en demandaient pas tant pour obéir. Et la particule servait d'acquit valable aux tailles et aux corvées.

Lorsqu'au bout d'un long temps vint la révolte, et que les nobles cédèrent la place aux pacifiques bourgeois, ceux-ci ne furent pas longs à se demander comment affirmer leur primauté. Ils disposaient d'argent et parfois d'intelligence ; ils choisirent ces deux étalons comme commune mesure de leur valeur sociale et disposèrent que, pour être de l'élite, les plus pauvres devraient faire montre d'intelligence. Quant aux plus bêtes on ne leur demanderait que d'étaler leurs richesses. Celles-ci étant faciles à chiffrer constituèrent une élite solide, évidente, sûre d'elle-même, avec des grades échelonnés et des dignités superposables. Elle se pourvut de signes distinctifs valables sous toutes les latitudes et il devint ainsi facilement appréciable à l'œil le plus novice qu'une femme parée de colliers et de diamants, qu'un homme conduisant une voiture de cent chevaux appartenaient de droit à l'élite.

L'autre étalon était plus délicat à mesurer. De qui peut-on dire, de qui ne peut-on pas dire qu'il est intelligent ? Un cantonnier peut être intelligent, et même fort intelligent, et un académicien offrir l'image d'une insanité parée de beaux habits. La France, avec ses petits inventeurs et ses artisans ingénieux, est le pays où l'esprit souffle où il veut, au mépris des barrières de classes. L'intelligence est un don individuel, qu'aucun pavillon ne signale de loin, qui se manifeste sous les dehors les plus divers, et à propos duquel les hommes ne s'accordent guère. Il faut être perspicace et très tolérant pour admettre l'intelligence dans un mode d'activité dont on est très éloigné, il faut aussi se donner la peine d'en rechercher les signes, si camouflés soient-ils, sous des apparences trompeuses.

C'est pourquoi nous avons convenu d'une mesure conventionnelle d'intelligence que nous avons appelée : culture. Et comme la culture est matière à examens, concours, diplômes et parchemins, nous voici sortis d'affaire et pourvus d'un barême aussi précis que celui des comptes en banque. Pour sélectionner l'élite de l'intelligence nous compterons avec soin les feuilles de laurier au front de chaque candidat ; plus la branche est feuillue, plus l'intelligence est pénétrante et plus la place concédée dans les rangs de l'élite doit être proche du tabernacle. Un décompte aussi aisé est un vrai repos pour l'esprit, pour l'esprit lymphatique et domestiqué qui s'en remet à d'autres de toute initiative.

***

Il faut bien en convenir, nous ne procédons pas autrement lorsque nous disons : Nous, médecins, qui constituons une élite. Nous n'avons en commun qu'une peau d'âne et un titre, un titre qui, il est vrai, garde encore quelque prestige parmi les pauvres gens, mais dont nous savons mieux que personne ce qu'il vaut au juste : exactement ce que vaut le tenant lui-même. Nous comptons certes, parmi nous, des esprits extrêmement distingués, doués d'une subtile résonance à toutes les rumeurs humaines. Il y aurait plaisir à remettre à de telles gens la prééminence et le rôle de guides dans la société. Nous comptons aussi, comme toute collectivité, des hommes moins bien et en qui se manifeste une irrémédiable médiocrité. Ce serait abusif d'en faire des chefs sur le simple vu d'un diplôme. J'aimerais mieux suivre, pour ma part, tel artisan industrieux et dont l'acuité d'observation m'est un perpétuel sujet d'émerveillement ; tel cultivateur ou tel commerçant dont la conversation révèle qu'il a pensé pour son propre compte et non sous l'influence de maîtres. Un homme de 50 ans, même pourvu d'un titre, qui place sa pensée sous une égide extérieure, si « magistrale » soit-elle, est un serf qui ne marquera vraisemblablement jamais sa place au soleil. En fera-t-on un chef ?

Pour conclure, il faut bien dire qu'il n'y a pas d'élites circonscrites et agglomérées. C'est à chacun de nous de déceler qui mérite son estime et d'accroître ainsi l'influence de ceux qu'il juge les meilleurs. Les personnalités éminentes, si nous nous livrons à cette recherche avec conscience et opiniâtreté, ressortiront d'elles-mêmes. Nous les aurons investies d'un prestige et d'une autorité qui joueront leur rôle dans la société et ne pourront du reste que rejaillir sur nous-mêmes, car des chefs éminents honorent leurs troupes.

Il nous faut des chefs de choix ; il nous faut une élite de nature et non plus *des* élites de culture.

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

LA TORSION DES HYDRO-SALPINX

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

A plusieurs reprises, je vous ai entretenu au cours de cette année des complications que pouvaient présenter pendant leur évolution les kystes de l'ovaire, et je vous en ait décrit les principales variétés en insistant sur les plus importantes d'entre elles : torsion, rupture, dégénérescence, etc. Mais l'ovaire n'est pas la seule partie des annexes utérines qui puisse présenter de tels accidents : la trompe de Fallope atteinte de salpingite peut également, mais avec un degré de fréquence bien moindre, présenter les mêmes complications, et puisque le hasard de la clinique vient de nous en mettre sous les yeux un fort bel exemple, je vais vous dire aujourd'hui quelques mots des phénomènes de torsion qui peuvent se produire au niveau des salpingites kystiques.

Voici tout d'abord l'observation de notre malade.

Louise B., âgée de 24 ans, est entrée dans notre service pour phénomènes douloureux abdominaux. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires, consanguins et personnels : elle a été réglée à 13 ans, et très régulièrement depuis ; elle s'est mariée, il y a six mois. Quelque temps après son mariage, notre malade a commencé à ressentir des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs survenant assez irrégulièrement sous la forme de tiraillements en même temps que ses règles perdaient leur caractère de régularité.

Dans la suite, les douleurs abdominales présentèrent une intensité plus vive, empêchant certains jours la malade de se livrer au moindre travail. Enfin, dans les premiers jours de ce mois, il y a eu une crise encore plus forte, ce qui a amené Louise B. à venir se faire examiner à l'hôpital.

La malade se présente avec un assez bon état de santé générale. A l'inspection du ventre, on ne remarque rien d'anormal ; la palpation montre du côté droit de la résistance de la paroi abdominale ainsi que l'existence d'une tumeur sous-jacente. Au toucher, le col est déjeté en avant et à gauche, et l'on sent dans le cul-de-sac latéral droit, en arrière de l'utérus, la présence d'une tumeur bien limitée, immobile, douloureuse, rénitente, qui paraît tout à fait indépendante de l'utérus. En présence de ces différents symptômes, le diagnostic de salpingite droite fut porté, et on conseilla à la malade une intervention chirurgicale, qui fut acceptée sans difficultés.

Une laparotomie médiane montra l'existence d'une poche kystique de coloration lie-de-vin, tombée dans le cul-de-sac de Douglas et adhérant à tous les plans voisins. Quand cette tumeur fut une fois libérée de ses connexions, on reconnut qu'il s'agissait de la trompe distendue dans son tiers externe, qui présentait le volume d'une pomme. Le pédicule, représenté par la partie juxta-utérine de la trompe, était tordu trois fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre, et l'ovaire participait à la torsion.

Les annexes droites furent enlevées dans leur totalité et l'abdomen fut refermé sans drainage, après que l'on eut pratiqué une ligamentopexie par le procédé de Doléris. Les suites opératoires furent excellentes et, une vingtaine de jours plus tard, notre malade pouvait quitter l'Hôtel-Dieu. L'examen des pièces enlevées nous a montré qu'il s'agissait d'un hydro-salpinx fortement distendu par une hémorragie intrakystique,

l'ovaire présentait lui aussi des suffusions sanguines.

Telle est l'histoire très résumée de la malade, que vous m'avez vu opérer et qui nous a donné un fort bel exemple de la forme chronique de la torsion annexielle, où l'enroulement autour du pédicule s'est accompli lentement, insidieusement, se traduisant uniquement par de la sensibilité abdominale et par des crises très espacées de douleurs abdominales et lombaires.

Mais la torsion des annexes ne se présente pas toujours comme je viens de le décrire, et je n'en veux pour preuve qu'un cas qu'il m'a été donné d'observer, il y a quelques années, et que je tiens à vous rapporter, car il s'oppose complètement à cette première forme, que vous avez pu voir vous-mêmes, et vous montrera qu'à côté de cette forme chronique, il en existe une autre, évoluant sous la forme aiguë, où le début des accidents, au lieu d'être insidieux, est, au contraire, brusque et présente d'emblée un tableau clinique des plus alarmants.

Jeanne M., âgée de 42 ans, a été hospitalisée le 31 août 1913, salle Saint-Louis, nº 20. Les antécédents héréditaires consanguins et personnels sont sans intérêt : réglée à 12 ans, mariée à 22, elle a eu quatre grossesses normales ; pas d'incidents au moment des accouchements, pas de fausses couches, pas de pertes blanches.

Il y a environ six mois que notre malade a commencé à ressentir dans le côté droit de l'abdomen quelques douleurs survenant assez irrégulièrement, soit au moment de la menstruation, soit le soir à la suite des fatigues de la journée, douleurs présentant parfois un caractère aigu et tendant alors à s'irradier du côté de la région sacro-coccygienne. Mais comme ces phénomènes douloureux ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations, qu'il n'y avait pas de modifications de règles, ni de leucorrhée, elle ne s'en est jamais préoccupée, ne pensant pas qu'il faille consulter un médecin pour quelques douleurs.

Dans la journée du 29 août, pendant qu'elle était occupée à charger du foin sur une charrette, elle ressentit brusquement une douleur très vive dans le flanc droit, qui l'obligea à s'aliter. Dans la soirée apparurent des vomissements, qui ne tardèrent pas à s'accompagner de ballonnement du ventre. Un médecin, devant ces symptômes, qui n'avaient pas tardé à se compliquer d'arrêt des matières et des gaz, pensa à des accidents d'occlusion intestinale, et conseilla l'envoi à l'hôpital de Toulouse en vue d'intervention.

A son entrée, salle Saint-Louis, la malade a la figure fatiguée, le pouls est petit et rapide, battant à 120, la température est de 37,6. A l'inspection du ventre, on note l'existence d'une voussure s'étendant à toute la région hypogastrique droite et la palpation y dénote la présence d'une tumeur mal délimitée très sensible à la pression. Par le toucher, on trouve que le col regarde en arrière et à gauche, et l'on constate qu'il existe dans le cul-de-sac droit une tumeur un peu allongée, rénittente, nettement indépendante de l'utérus qu'elle a légèrement refoulé à gauche.

Le diagnostic porté fut celui de kyste de l'ovaire tordu, indiquant la nécessité d'une intervention immédiate. Une laparotomie médiane, sous anesthésie générale à l'éther, montra l'existence d'une tumeur de coloration brunâtre, libre de toute adhérence, répondant à une salpingite droite à pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Le pédicule formé par la partie juxta-utérine de la trompe était de coloration blanchâtre et tordu deux fois sur lui-même : l'ovaire macroscopiquement sain ne participait pas à la torsion. La trompe était distendue dans sa portion externe par une collection séro-sanguinolente. Il n'y avait pas de réaction péritonéale.

La trompe kystique une fois enlevée, l'abdomen fut refermé sans drainage : les suites opératoires furent normales. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un hydro-salpinx avec lésions hémorragiques, les vaisseaux du pédicule étaient thrombosés.

Je me suis trouvé là en présence d'un cas de torsion d'hydro-salpinx, dont l'évolution a été tout à fait différente de celui que je vous avais exposé tout d'abord. Alors que, dans le premier cas, les phénomènes d'enroulement du pédicule ont mis plusieurs mois pour se produire, et ne se manifestaient en somme lors de l'intervention chirurgicale que par des symptômes peu accusés, dans le second, la torsion s'est accomplie brusquement, dans une seule journée, celle du 29 août, et s'est traduite par un tableau clinique qui a atteint d'emblée toute l'acuité à laquelle il pouvait prétendre, car les petits phénomènes douloureux que la malade avait présentés durant les mois qui ont précédé la crise, se rapportent à l'hydro-salpinx dont ils représentent la symptomatologie, et non à la complication mécanique survenue plus tard : l'absence de toute adhérence en est un témoignage des plus formels.

La torsion est l'apanage des salpingites kystiques, car le kyste salpingien, développé aux dépens de la partie externe de la trompe, possède un véritable pédicule constitué par sa partie interne juxta-utérine. Elle peut se produire assurément dans toutes les variétés kystiques, mais elle s'observe surtout dans les hydro-salpinx qui peuvent le mieux réaliser cette complication, en raison de leur plus grande mobilité due à l'absence de toute espèce d'adhérences. Quant au

mouvement de bascule qui entraîne l'enroulement du pédicule, il peut être déterminé par plusieurs conditions. Parfois, il se produit insidieusement sans cause appréciable, c'est là un fait assez rare. Plus fréquemment, il est sous la dépendance de la rupture subite d'équilibre de la tumeur, du fait d'un mouvement violent, d'un effort brusque, d'un traumatisme ou encore de la déplétion brusque d'un organe, vessie, intestin ou utérus gravide.

Chez mes malades, le sens de la torsion s'est effectué selon celui les aiguilles d'une montre : mais l'on peut fréquemment observer le contraire, et le nombre des tours de spire que l'on peut noter au niveau du pédicule varie de 1 à 4. Il est bien évident que, suivant le nombre de ces tours de spire, et surtout suivant l'intensité de la striction qu'ils déterminent, on pourra observer différents degrés de lésions. Dans le cas de striction moyenne, il se produira surtout de la gêne de la circulation veineuse, amenant de la stase sanguine et produisant une hémorragie intra-kystique, ainsi que des zones d'œdème et d'infarctus dans la paroi, lésions qui détermineront des altérations épithéliales et la production d'adhérences pariétales et viscérales fixant la tumeur. Dans d'autres cas où la striction sera plus considérable, toute circulation sera brutalement interrompue dans le pédicule : la trompe et l'ovaire présenteront alors des lésions de sphacèle et la tumeur prendra un aspect noirâtre et violacé, comparable à la couleur de la hernie étranglée.

Cliniquement, la torsion des hydro-salpinx se présente sous deux aspects bien différents : elle peut, en effet, évoluer soit sous une forme aiguë soit sous une forme chronique.

Dans un certain nombre de cas, comme cela s'est produit chez la malade que vous avez pu observer, cette torsion s'est effectuée lentement, insidieusement, se traduisant uniquement par de la sensibilité abdominale et par des douleurs hypogastriques et lombaires. La cause de ces différents phénomènes est généralement méconnue : on les rattache soit à de la réaction péritonéale, soit à la formation d'adhérences et le véritable diagnostic n'est pour ainsi dire jamais posé : la torsion n'est alors qu'une trouvaille opératoire.

Dans d'autres cas, le début est au contraire extrêmement brusque et présente un tableau clinique des plus alarmants. La malade est prise d'une douleur extrêmement vive, en coup de poignard, s'accompagnant d'un syndrome de réaction péritonéale avec vomissements, ballonnement du ventre, accélération du pouls et altération du facies. Parfois, l'évolution paraît encore plus grave, rappelant tous les symptômes de la péritonite aiguë ou de l'étranglement interne. Ces différents signes que certains auteurs avaient cru pouvoir rapporter à de l'infection péritonéale, ont une toute autre signification. En effet, à ce stade de début, qui correspond à la simple striction pédiculaire, il ne peut être question de véritable processus infectieux : diverses recherches ont montré, en effet, que la réaction péritonéale était tout à fait aseptique, et il convient de rapporter ces symptômes à une auto-intoxication provenant de la gangrène des parois de l'hydro-salpinx.

Il est bien évident que le diagnostic de la forme aiguë présente autant de difficultés que celui de la forme chronique. On songe au début à toute autre chose qu'à une torsion pédiculaire, et l'on est entraîné plutôt vers l'idée d'une péritonite aiguë, d'une occlusion intestinale ou même d'une crise appendiculaire. Ce n'est que par l'analyse minutieuse des différents symptômes, et surtout par la constatation de l'existence d'une tumeur intra-abdominale que l'on peut songer à l'existence d'une torsion et alors on pensera beaucoup plus à un kyste de l'ovaire tordu, lésion de beaucoup la plus fréquente. Ce qui nous est arrivé, car nous nous sommes trompés dans nos diagnostics, est également survenu à la plupart des chirurgiens, car si l'on en croit la statistique de Cathelin, pas une seule fois sur 41 cas, le véritable diagnostic n'a été porté, et ce n'est que dans deux observations plus récentes, dues à Martin et Sorbé, que l'on a songé à la torsion des annexes.

Je n'insisterai pas bien longuement sur le traitement des hydro-salpinx tordus, car il ne présente rien de particulièrement spécial. Ce dont il faut bien vous souvenir, c'est que, loin de contre indiquer une intervention, les phénomènes de torsion la commandent impérieusement : il faudra donc opérer et le plus rapidement possible, particulièrement dans les cas de torsion aiguë et faire l'ablation de la tumeur kystique. Cette intervention, facile dans la plupart des cas, peut être rendue plus délicate dans d'autres, par suite de nombreuses adhérences d'abord purement inflammatoires, mais plus tard organisées, charnues et qui pourront même parfois devenir un obstacle à l'extirpation régulière du salpinx.

Aussi faut-il pour intervenir ne pas attendre l'apparition d'une semblable complication : tout hydro-salpinx devrait être opéré dès que le diagnostic a été posé, et en procédant de cette manière, on éviterait la production d'une torsion pédiculaire, lésion souvent grave, dont il aurait été si facile de mettre la malade à l'abri.

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ MASCULINE

A l'ancien traitement classique de la stérilité masculine, les récentes acquisitions de l'endocrinologie et de la vitaminothérapie ont ajouté un nouvel apport thérapeutique, dont les applications pratiques peuvent donner de bons résultats. On ne saurait méconnaître à l'heure actuelle la valeur de ces traitements récents.

Cependant, loin de considérer la stérilité masculine comme un trouble fonctionnel partiel de l'économie, la première des choses à faire est de pratiquer un examen complet du malade et de se rendre compte de son état général.

La stérilité masculine peut en effet provenir souvent d'un mauvais état général, d'une anémie, d'un certain degré d'asthénie nerveuse. Cette simple constatation fera que le traitement de l'état général amènera vraisemblablement la guérison de la stérilité par suite d'un meilleur fonctionnement de tous les organes et de toutes les glandes.

Les remèdes hématopoiétiques comme le fer, le sérum de cheval, le foie de veau, le cacodylate de soude sont tout indiqués. Il ne faut pas oublier non plus d'alimenter les cellules nerveuses et le phosphore sous toutes ses formes ne manquera pas d'être prescrit. Une alimentation saine, une vie hygiénique régulière, un nombre suffisant d'heures de sommeil seront également conseillés. L'hydrothérapie sous forme d'affusions à 37° sans percussion, suivies ou non de frictions toniques selon les cas, l'héliothérapie générale modérée feront partie de la thérapeutique. Il faudra aussi s'occuper de l'état psychique de certains de ces malades et leur donner toute assurance sur leur état. Annoncer un traitement un peu long avant la guérison évitera que le malade ne se considère comme un incurable, si un résultat rapide n'intervient pas.

A côté de ces prescriptions générales qui, bien souvent, sont suffisantes, il faut savoir ce qu'on demandera aux traitements récents : les hormones et les vitamines.

Notons en passant que bien avant que l'endocrinologie ne devienne une branche de la physiologie, chaque jour plus connue, on se servait des glandes endocrines dans le traitement de la stérilité masculine. C'est ainsi qu'au XIIIe siècle, dans son « Thesaurus pauperum », Pierre d'Espagne plus tard Pape sous le nom de Jean XXI constate l'efficacité de l'absorption des testicules de lièvre et de taureau. Actuellement, on ne fait, en somme, rien de plus lorsqu'on prescrit dans la stérilité masculine des extraits opothérapiques. L'application pratique en est mieux étudiée et mieux dosée, bien que le fond soit le même.

Les extraits glandulaires auxquels on aura recours seront les testicules et le lobe antérieur de l'hypophyse, dont l'action sur le testicule est désormais classique. Ils seront employés soit seuls, soit associés. Le plus logique est d'utiliser d'abord l'extrait orchitique seul en se rappelant de son efficacité parfois plus grande en injection que *per os*. Si, au bout d'un certain temps, il n'y a pas d'amélioration, on instituera alors un traitement combiné ou alterné de lobe antérieur d'hypophyse et de testicule. Fait à noter, de bons résultats ont été obtenus dans certains cas par l'utilisation seule du lobe antérieur de l'hypophyse. Une tendance plus récente consiste à utiliser l'hormone mâle à la place de l'extrait testiculaire. Il est pratiquement assez difficile de donner des doses car, habituellement, les extraits prescrits sont fabriqués par des laboratoires ayant chacun leur posologie et, sous peine de provoquer des erreurs, le mieux est de conseiller l'utilisation des doses indiquées par le laboratoire, dont on aura préféré les préparations. Il faut néanmoins se rappeler que l'emploi des doses, d'abord peu élevées, puis progressivement croissantes, est préférable, car il est bon de tâter le terrain du malade, chacun ayant un seuil endocrinologique personnel de réponse.

Avec les extraits opothérapiques et les hormones, il convient de faire entrer également l'action de la vitamine E dans le traitement de la stérilité masculine. On sait, en effet, qu'elle est la vitamine spécifique du cycle sexuel à tous ses stades tant chez l'homme que chez la femme. La carence en vitamine E amènerait chez l'homme une agglutination avec suspension des mouvements des spermatozoïdes et même un arrêt de la spermatogénèse. Pratiquement, on l'utilise en injection intramusculaire et on conseillera, si possible, la consommation des aliments qui en contiennent le plus : les germes de céréales, particulièrement le blé.

C'est ainsi qu'en associant, selon les malades à traiter, un traitement général tonifiant et l'action plus spécifique de l'endocrinologie et de la vitaminothérapie, on pourra améliorer et guérir bien des cas de stérilité masculine.

Pierre LABIGNETTE,

Chef du Laboratoire de la Maternité
de l'hôpital Boucicaut

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

Des troubles cardiaques et vasculaires au cours des affections gastriques

D'après les Docteurs S. OURY et X. LARMURIER (1)



CETTE ÉVENTUALITÉ DOIT ÊTRE ENVISAGÉE, MÊME CHEZ LE VIEILLARD

Ces troubles cardio-vasculaires se rencontrent particulièrement chez l'adulte jeune et plus encore chez la femme, où leur exubérance est en rapport avec de si fréquents états dysendocriniens. A cet âge, l'origine purement neuro-végétative et fonctionnelle de ces symptômes est d'autant plus facilement admise, même après un examen succinct, qu'on peut éliminer l'éventualité de lésions organiques.

Par contre, l'existence de troubles cardiaques et de troubles vasculaires au cours d'états dyspeptiques chez l'adulte âgé et le *vieillard*, dont la fréquence paradoxale est relativement grande, paraît avoir été jusqu'à ce jour insuffisamment mise en évidence.

Au point de vue pratique, deux faits importants à retenir : d'une part, la réalité certaine de dystonies gastro-intestinales chez le vieillard, et d'autre part, l'*exubérance* que peuvent y prendre les troubles cardiaques et vasculaires. Il faut bien dire, en effet, qu'à cette période de l'existence, tout médecin éprouve une réelle prévention à se contenter du diagnostic de troubles fonctionnels, et recherche, au contraire, ces multiples affections organiques qui, chez le vieillard, évoluent de façon torpide. Il serait, en effet, plus rationnel de penser soit à l'évolution latente d'un cancer gastrique, soit, lorsque lipothymies et syncopes dominent la scène, à une myocardite sénile extériorisée par un syndrome de Stokes-Adams, ou même à un début d'artériosclérose cérébrale qui, par claudication intermittente, donnerait des éclipses vasculaires avec phénomènes syncopaux.

Voici à cet égard quelques observations intéressantes :

Une femme, 64 ans, présente brusquement un état diarrhéique intense. Une selle est suivie de perte de connaissance au cours de laquelle, aux dires des témoins, les yeux sont révulsés, les doigts crispés, le visage rouge, congestif, puis pâle. Plusieurs fois, au cours de la journée du lendemain, surviennent des syncopes précédées d'une sensation angoissante de mort imminente. Cet état dure quinze jours ; devant la négativité de l'examen de la malade, on porte le diagnostic de crise dystonique neuro-végétative au cours d'un état digestif. Sous l'influence d'un traitement rationnel, ces troubles disparaissent rapidement, mais, au moindre écart de régime, aérophagie et angoisse se manifestent à nouveau ainsi que des douleurs au creux épigastrique et une sensation de ballonnement intestinal.

Un homme, 73 ans, est atteint d'une reprise d'un état gastro-intestinal datant de vingt années environ : état de mal aérophagique durant des semaines et retentissement sur l'état général. A plusieurs reprises, au milieu de crampes gastriques douloureuses, le tableau s'aggrave non pas d'une syncope fugace, mais d'un état très particulier de lipothymies subintrantes avec troubles vaso-moteurs marqués. Les traits se tirent, la face devient pâle, le pouls se ralentit à peine. Dès que l'aérophagie se calme, cette endosympathose à forme syncopale disparaît à son tour. Le tableau est assez dramatique certains jours pour simuler vraiment une maladie de Stokes-Adams ; mais l'évolution favorable permet d'éliminer l'hypothèse aussi bien d'une myocardite sénile que d'une artérite cérébrale.

Une femme, 68 ans, en proie à des vertiges pénibles, doit garder le lit pendant 36 à 48 heures avant l'apparition de salves aérophagiques, qui mettent fin à ce pénible état vertigineux. A noter que, chose curieuse et rare, chaque crise vertigineuse va de pair avec une rougeur diffuse des conjonctives.

(1) Un volume chez Masson, éditeur, Paris, 1940.

Ce que sont, en pareille occurence, les troubles cardiaques et vasculaires. L'importance du terrain endosympathique

Les troubles cardiaques.

Indépendants de toute lésion du cœur, ils expriment dans la sphère cardiaque la tendance particulière de l'individu à subir et à exprimer, avec une intensité anormale, le déséquilibre de son système nerveux végétatif.

Ce sont : ou bien des *tachycardies* passagères se développant à l'occasion de troubles digestifs divers, et dans les périodes post-prandiales (réaction banale à origine réflexe évidente) — ou bien des tachycardies prolongées, où l'accélération du rythme cardiaque est persistante, réalisant un véritable état tachycarde. Aux sensations de palpitations, s'ajoute souvent un malaise indéfinissable d'angoisse, impression d'étreinte et de danger. Dans les mêmes conditions, peut être déclanchée une crise de tachycardie paroxystique.

Quant aux extrasystoles, les malades accusent une sensation de choc, des coups de bélier dans la poitrine, des ratés, des faux pas, un arrêt brusque du cœur, autant de termes qui traduisent la contracture prématurée, suivie de la période de repos compensateur. On note des irradiations diverses de l'étreinte thoracique. A l'inverse des extrasystoles des cardiaques organiques, qui se produisent au moment de l'effort, celles-ci apparaissent avec prédilection au moment des repas, favorisées par certaines positions, telles que la position assise, et accompagnées de douleurs épigastriques, de sensations de ballonnement, de pesanteur, d'éructation. Aucun caractère clinique ou graphique formel ne permet de différencier l'extrasystole neurotonique de l'extrasystole myocardique. Seul le contexte, révèlant l'intégrité totale du myocarde et l'existence d'une affection gastrique, apporte à ce trouble du rythme son individualité indéniable.

Les *bradycardies* d'origine gastrique ont les caractères généraux des brachycardies sinusales, permanentes, au rythme de 50 à 55 pulsations. Dans certains paroxysmes bradycardiques, le pouls tombe à 30 pulsations ; des vertiges, des éblouissements, des syncopes en sont la traduction clinique sensible.

Les *algies cardiaques* d'origine digestive sont d'une extrême banalité, tant qu'elles restent localisées ; mais souvent elles irradient, débordent sur la face latérale du thorax, en remontant vers la région cervicale, la nuque, l'épaule ou le bras.

Les *angines de poitrine* de même origine coïncident avec des troubles gastriques ; ce sont bien moins les lésions organiques graves, telles que le cancer ou l'ulcère, que des lésions plus superficielles, telles qu'une dyspepsie banale avec aérophagie. Elles surviennent après les repas, en pleine période digestive (15 ou 22 h.) ; l'effort ne les déclanche pas, le repos ne les fait pas cesser. L'examen s'attachera, moins peut être à rechercher une affection digestive qu'à s'assurer qu'il n'existe aucune lésion cardio-aortique.

En résumé, l'allure de ces différents troubles cardiaques est en elle-même déjà très caractéristique : *discontinuité, allure capricieuse* ; absence prolongée ; réapparition sans cause apparente ou *coïncidant avec des dérèglements digestifs.* Aucune lésion cardiaque organique n'est décelée. Le *terrain nerveux* reste enfin un gros argument. Enfin, l'élément thérapeutique n'est pas à négliger, même dans ses moyens les plus simples.

Les troubles vasculaires.

Quel que soit leur mode d'extériorisation, ils sont basés sur l'irritabilité vasculaire, secondaire à l'incitation réflexe à point de départ digestif. Ces synergies viscéro-tégumentaires se comprennent aisément, si l'on se rappelle que la chaîne sympathique de la moelle dorsale fournit simultanément, d'une part les fibres vaso-motrices destinées à la face, aux membres et au tronc, et d'autre part, celles qui, par les plexus cardiaque et pulmonaire, ou par les nerfs splanchniques, aboutissent aux viscères. Ainsi s'établissent entre les territoires viscéraux et les différents segments cutanés, des associations synergiques, expliquant les réactions vaso-motrices tégumentaires ou profondes, qui traduisent parfois les irritabilités viscérales.

L'extrême variabilité des aspects cliniques s'explique en raison des deux facteurs antagonistes, le système vagal et le système sympathique, qui peuvent l'un et l'autre présenter des activités partielles, localisées ou dissociées. En voici une courte énumération.

Les *battements de l'aorte abdominale* sont anormalement énergiques ; on les trouve à l'examen de l'abdomen sous forme, tantôt de pulsations légères, tantôt d'un ébranlement onduleux soulevant la paroi de plusieurs millimètres, siégeant un peu au-dessus de l'ombilic, très légèrement à gauche de la ligne médiane, dans la région épigastrique. La palpation fait sentir dans la profondeur un cordon pulsatile, qui n'est autre que l'aorte. A l'heure actuelle, ce phénomène ne donne plus lieu à aucune erreur de diagnostic ; on ne saurait prendre pour une ectasie cet éréthisme objectivé par des battements amples et étendus, marques du passage de l'onde pulsatile, à ce niveau. Souvent ils coexistent avec des battements analogues des iliaques primitives, des

fémorales et des carotides, traduisant l'éréthisme de tout l'arbre artériel, que met d'ailleurs bien en évidence l'étude de l'indice oscillométrique. A ces battements on reconnaît trois grands caractères cliniques : la sensibilité objective (douleur locale sous les doigts, plus vive pendant la période digestive qu'à jeun), la sensibilité subjective (sensation de pulsation abdominale, et non douleur, donnant au maximum une impression d'angoisse abdominale), et la variabilité (caractère de haute valeur diagnostique, en faveur de la nature fonctionnelle).

Les *érythèmes de la face*, pouvant aller de la teinte rose au rouge vif, parfois au vermillon, ne sont ni papuleux, ni prurigineux ; leur caractère fondamental, c'est d'être transitoires, fugaces.

Tandis qu'au niveau de la face on trouve des phénomènes de vaso-dilatation, au niveau des extrémités le trouble vasculaire est d'un ordre tout opposé et se manifeste par une vaso-constriction, allant de la simple teinte blanchâtre des téguments avec sensation de froid au *syndrome complet de Raynaud* : vaso-constriction des extrémités, à évolution paroxystique, à localisation symétrique (aux deux mains, un ou plusieurs doigts dans leurs deux dernières phalanges). Cette affection fait toujours suite à un long passé de troubles digestifs, surtout à des dyspepsies suites d'une affection colique ou vasculaire, avec maximum de fréquence en hiver. Cet état dure quelques minutes, rarement une heure, puis apparaissent des picotements ; la circulation se rétablit ; les doigts reprennent leur coloration normale, deviennent chauds, rouges et douloureux. En somme, tout se borne, à la syncope locale. Jamais on ne voit se produire la seconde phase du syndrome de Raynaud, celle d'asphyxie locale, de gangrène, ni même d'atrophie cutanée. Comme pour les autres troubles circulatoires, il faut un terrain spécial fait d'un déséquilibre à tendance sympathicotonique.

Les *syncopes* et lipothymies, malgré leur aspect dramatique, comportent un pronostic bénin. Pour l'affirmer, il faut les différencier des syncopes cardiaques par lésion de l'organe, en ne se hâtant pas trop de conclure, même si l'on ne trouve pas de signes cliniques ; chez le vieillard, l'origine cardiaque est très suspecte, et, si la nature réflexe est encore possible, il faudra rechercher avec le plus grand soin les syndromes digestifs responsables. La découverte de ces troubles digestifs ne lèvera cependant jamais tous les doutes, et la certitude devra être demandée à l'électrocardiogramme.

Parmi les troubles vasculaires permanents, il faut noter l'*hypotension*, avec tous ses caractères bien connus : céphalée occipitale, asthénie musculaire, fatigabilité, troubles du sommeil. Très bien tolérée chez des sujets jeunes, et pendant la plus grande partie de l'existence, l'hypotension donne lieu, chez le vieillard dyspeptique, à des incidents dramatiques tels que phénomènes bradycardiques ou syncopaux. On la considère volontiers comme la résultante de deux actions : la restriction alimentaire imposée par le régime des dyspeptiques, et le déséquilibre de la régulation vaso-motrice entre les vaisseaux abdominaux et la circulation périphérique.

Les bases d'un traitement rationnel

La nature fonctionnelle des troubles une fois reconnue, il ne faut à aucun prix donner aux malades des tonicardiaques, qui non seulement ne leur apportent aucun soulagement, mais encore aggravent leur état du point de vue cardiaque comme du point de vue psychique.

Traiter les troubles cardio-vasculaire d'origine digestive, c'est viser à atteindre un double but :

— But local, c'est-à-dire correction des anomalies digestives, qui provoquent, maintiennent ou aggravent la perturbation générale, question primordiale, car ce traitement constitue le plus sûr moyen de toucher la dystonie végétative elle-même. Nous n'y insisterons pas ; il comporte essentiellement : l'emploi du régime, de la sangle anti-ptosique et des médicaments.

— But général, c'est-à-dire, d'une part, modification de l'état nerveux par des antispasmodiques généraux (bromures, gardénal, valériane, passiflore, cratægus, ballote), et, d'autre part, action directe sur le déséquilibre vago-sympathique, par des médications électives (belladone, atropine, ésérine, pilocarpine ; plus rarement, acétylcholine, adrénaline, ergotamine), ou par des médications biologiques.

Parmi ces dernières, le calcium est intéressant par sa multiplicité d'action : spasmo-sédative, équilibrante du système nerveux végétatif, acidifiante, bienfaisante sur l'état général. Un sel organique, le glucono-galacto-gluconate de calcium permet d'employer de fortes doses avec une parfaite tolérance : tous les jours, une injection intra-veineuse de 10 cent. cubes, ou trois cuillerées à café par jour (moins actif). On peut aussi prescrire le chlorure de calcium à la dose journalière de 1 à 4 grammes. Enfin, l'opothérapie est à mentionner, comme adjuvante de tous les traitements précédents : extraits parathyroïdiens, vagotonine, extraits hypophysaires, insuline (10 à 20 unités, une demi heure avant les repas).

G. Fischer.

DIÉTÉTIQUE : LES BOISSONS

A côté des aliments proprement dits, d'origine animale et végétale, les boissons jouent aussi un rôle, et un rôle important, en diététique générale et en physiologie. Dans une intéressante conférence faite à la Faculté de médecine de Paris (1), M. Neveu, chef de laboratoire à l'Institut de médecine coloniale, a présenté un tableau des caractéristiques des boissons, envisagées au point de vue de l'hygiène alimentaire.

Les boissons de consommation courante, de l'homme, sont l'eau, les boissons fermentées (vin, bière, cidre), le café et le thé.

L'eau, qui est à la base de nos tissus, est la boisson essentielle et la plus saine, quand elle remplit toutes conditions sanitaires requises.

Malheureusement, elle est souvent adultérée et la question de l'eau reste un des grands problèmes de l'urbanisme moderne.

Un tiers seulement des communes de France dispose d'eau potable surveillée, les deux autres tiers n'ont pas d'adduction d'eau.

L'eau destinée à l'alimentation doit être constamment surveillée. Toute captation d'eau, en vue de sa distribution aux habitants, est soumise à une enquête, à la fois géologique, chimique et bactériologique. L'enquête géologique n'est pas la moins importante, car de la nature et de la situation des terrains peut dépendre des pollutions fréquentes de l'eau.

Les traités d'hygiène d'autrefois indiquaient qu'une eau potable doit être fraîche, limpide, aérée, apte à permettre les lavages et avoir une minéralisation convenable. Ces qualités n'ont pas perdu de leur valeur, mais il ne faudrait pas s'hypnotiser sur la fraîcheur et la limpidité d'une eau qui peuvent s'allier à un état bactériologique défectueux. L'analyse bactériologique est toujours indispensable.

L'épuration des eaux (en dehors de l'ébullition) se fait par trois groupes de procédés : mécaniques, chimiques, agents physiques. L'épuration mécanique, c'est la décantation et la filtration. On emploie généralement la filtration au travers de bancs superposés de cailloux, de gravier, de sable. Pour l'usage domestique, on utilise la porcelaine poreuse, les filtres à charbon, etc.

L'agent d'épuration chimique le plus employé est le chlore sous forme d'eau de Javel, dont l'action est rapide (deux heures). Mais, il ne faut pas oublier qu'une eau de Javel conservée quelque temps peut varier sensiblement dans sa composition. Se servir d'eau de Javel fraîche, récente, titrant 30°. La dose va de 20 gouttes à 60 gouttes pour 50 litres d'eau, suivant le degré de pollution de celle-ci, en moyenne une goutte pour deux litres. On peut aussi recourir à la solution de Lugol, à la solution de permanganate de potasse ou de permanganate de chaux. Les procédés physiques de purification de l'eau (rayons U. V., ozone) sont principalement industriels.

Un mot sur les eaux minérales. Les conditions légales actuelles de captage et de surveillance de ces eaux font qu'elles offrent toute sécurité au point de vue hygiénique.

Le vin est une boisson dont l'usage remonte à des temps fort anciens. Hippocrate en indiquait jadis les propriétés diurétiques et toniques (vin rouge). Rome en défendait l'usage aux femmes et aux enfants.

Les auteurs modernes ont signalé certaines propriétés intéressantes du vin. M. Lassablière a mis en relief le pouvoir anti-toxique du vin.

Liquide complexe, le vin est par son alcool un stimulant à doses faibles, un anesthésique à doses fortes. Sur la circulation, il semble agir comme hypertenseur et modificateur momentané de la formule sanguine. Les contre-indications à son usage sont les affections gastriques, hépatiques, rénales, vésicales, cardiaques. Son utilisation chez les diabétiques est discutée. En résumé, le vin est, à doses modérées bien entendu, et en dehors de ces contre-indications, une boisson utile, hygiénique.

La bière et le cidre sont également des boissons hygiéniques. La bière a une action stimulante de la sécrétion gastrique et diurétique. L'eau utilisée dans sa fabrication joue un rôle. L'eau de Munich et celle de Londres permettent d'obtenir les bières colorées (bière brune de Munich, stout). La bière se prête à des adultérations plus nombreuses que le vin (addition d'antiseptiques, de picrotoxine, de noix vomique, etc.), d'où une surveillance de cette boisson par le service des fraudes plus grande encore que celle du vin.

Le café et le thé, avec lesquels on obtient des boissons aromatiques, n'ont par eux-mêmes, aucune valeur alimentaire. Le café agit comme hypertenseur, excitant du système nerveux, diurétique, pouvant fatiguer même un peu le rein, d'où son interdiction aux hypertendus, névropathes, urinaires et arthritiques. Le thé est de même diurétique et stimulant.

En conclusion, l'eau est la boisson de base de l'homme, la boisson la plus saine, à condition de ne pas trop se fier à sa limpidité et à sa fraîcheur apparente. Son analyse chimique et bactériologique est toujours nécessaire. Quant aux boissons fermentées, ce sont des boissons hygiéniques, à action stimulante, tonique, anti-toxique pour le vin (Lassablière). On doit en permettre l'usage modéré — sauf contre-indication.

P. Lacroix.

(1) Conférences de l'*Institut de trophologie* (26 mai-13 juin 1941).

APPAREIL POUR GRANDS MALADES ASSIS

Par le Docteur Ph. Ledoux

Le médecin se trouve souvent devant la situation suivante. Son malade a été mis sur un divan-lit pour la commodité du traitement. Il doit rester plus ou moins assis et ce genre de couchage ne s'y prête guère.

Certains résolvent la question en renversant une chaise sur le dossier du divan et quelques fois cette solution suffit. Mais bien souvent il faut plus et mieux surtout chez les grands malades de médecine générale, âgés et cachectiques.

Dans ces cas, pour maintenir le buste on entasse des coussins, des draps, mais le malade glisse et ce sont de nouveaux rembourrages qu'il faut faire sans que le malade y trouve de profit. Souvent il veut changer de place, se mettre sur le côté, mais rien ne le retient et il manque de tomber, ce qui complique le service de la garde.

Autre inconvénient : en été, les mouches s'acharnent sur la figure et les mains du malade qui doit continuellement les chasser, car bien souvent il ne suffit pas de faire de l'ombre pour les écarter de la chambre. Et chez les grands malades, la répétition du geste fait pour écarter les mouches devient vite une torture.

Toutes ces nécessités m'ont amené à faire faire par un menuisier un assemblage qui a donné toute satisfaction à ma malade. Je ne présente pas ma proposition comme une panacée, mais elle donnera à quelqu'un l'idée de perfectionner ce que j'ai réalisé de manière à donner à mes malades un soulagement à leurs misères.

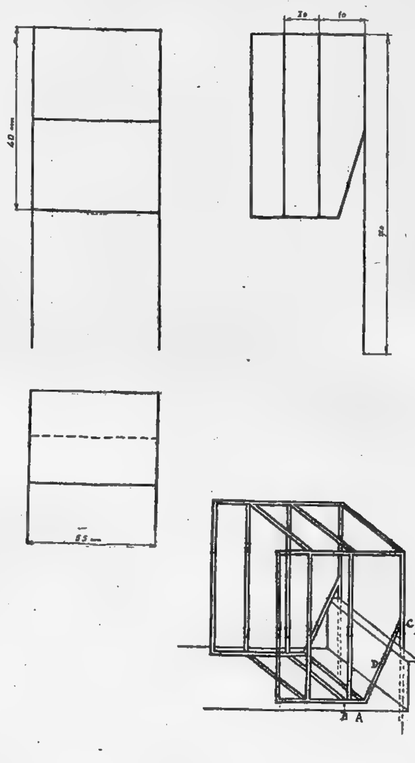


Figure 1. — Dossier et support d'oreiller pour malade au lit

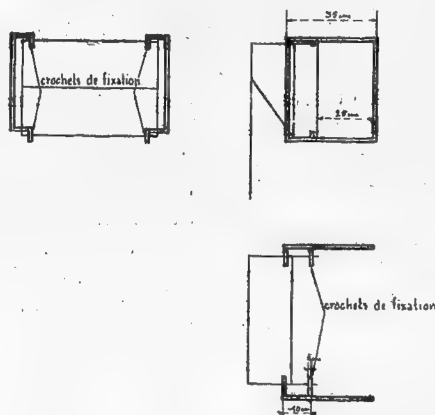


Figure 2. — Joue supplémentaire ajoutée au dossier pour malade couché sur un divan.

J'ajoute que le prix est extrêmement minime, car pratiquement un menuisier fait ce travail avec des déchets de planches ou de liteaux.

Je donne ici le croquis et les plans. Les dimensions pourront varier évidemment avec le divan ou le malade.

Voici d'abord le dossier et support d'oreiller (fig. 1).

Dans la construction de ce cadre, il ne faut pas oublier de prendre les dimensions de telle manière que la partie B ne porte pas sur le matelas, mais soit séparée de lui par une distance d'environ 5 centimètres. Il faut, en effet, avoir toujours présent à l'esprit que le lit a besoin d'être refait, donc qu'il faut pouvoir passer la main et le drap entre le cadre et le matelas. Il est donc absolument nécessaire que tout l'ensemble soit supporté par le montant du divan, donc que celui-ci soit étroitement au contact dans l'angle formé par C et D.

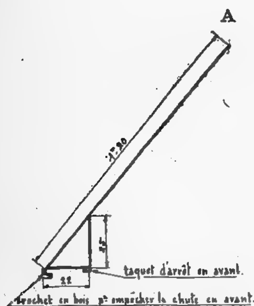
Voici maintenant les *joues* supplémentaires, permettant de fixer un oreiller ou un rouleau d'étoffe sur lesquels le malade pourra appuyer sa tête s'il veut se mettre sur le côté. Ces joues sont amovibles pour faciliter le traitement ou l'auscultation.

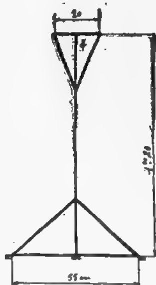
Voici maintenant le *support de moustiquaire* (fig. 3). A est la partie délicate, car c'est elle qui supporte le poids de

la mousseline aggravé par les divers changements d'arrangement qu'on est amené à lui faire subir. Il faut donc que la tige et la barre transversale soient assez grosses pour que les pointes puissent fixer solidement les deux barres.

séparés du monde même par un mince voile, et ils sont heureux de ce modeste adoucissement à leur emprisonnement.

Enfin, l'obscurité n'est plus aussi rigoureusement obligatoire, ce qui est un autre avantage à considérer.





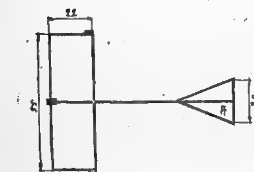
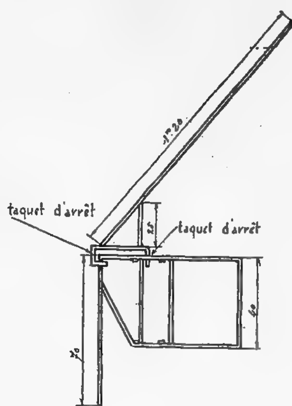
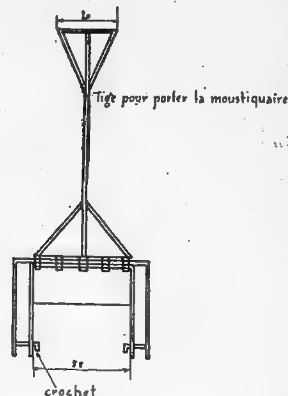


FIGURE 3. — Support de moustiquaire pour malade au lit conçu pour annihiler l'action de la traction de la mousseline sur la barre transversale de l'extrémité de la tige de 1 m. 20.





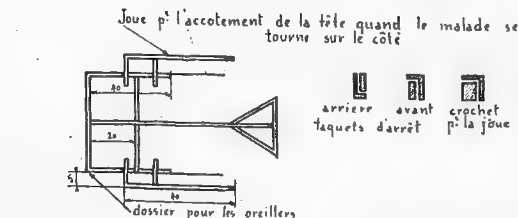


FIGURE 4. — Appareil de soutien du dos pour malade couché sur un divan.

Autre point, on constate que la moustiquaire n'a pas besoin d'être hermétiquement close. La malade apparaît dans le fond d'une fente plus ou moins large où les mouches ne pénètrent pas.

Les malades en effet aiment bien à ne pas être

Il faut de 14 à 16 mètres de mousseline ou de voile pour garnir tout cet ensemble sans que la malade soit gênée par la moustiquaire.

Voici enfin, l'appareil complet en place (fig. 4) avec les détails de construction des crochets.

LES CUTI-RÉACTIONS A LA TUBERCULINE CHEZ LE VIEILLARD

Cette question a été envisagée à nouveau, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, par MM. LEVRAT, ROCHE et PONT.

D'après Troisier, 11 % des octogénaires auraient une cuti-réaction négative à la tuberculine. Une statistique d'Ameuille et Canetti indique 14 % d'intra-dermo-réactions négatives chez des sujets de 60 à 70 ans et 18 % chez ceux âgés de plus de 70 ans.

MM. Levrat, Roche et Pont ont pratiqué des cutiréactions à la tuberculine chez 283 sujets de plus de 60 ans, hospitalisés à l'hospice de Charpennes. Entre 60 et 80 ans (229 sujets), toutes les cuti-réactions ont été positives. Sur 54 sujets de plus de 80 ans, 4 avaient des réactions négatives.

Ameuille et Canetti admettent que les cuti-négatives chez le vieillard sont assez fréquentes et dues à la guérison des foyers tuberculeux anciens de l'organisme. De leur étude, MM. Levrat, Roche et Pont tirent une conclusion différente ; la négativation des réactions tuberculiniques chez le vieillard par guérison des foyers tuberculeux leur paraît au contraire assez rare.

Il serait intéressant de multiplier les statistiques pour voir si cette divergence est due à des conditions locales et préciser si possible celles-ci.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La place et la technique des lavages de plèvre dans le traitement médico-chirurgical des pyothorax chez les tuberculeux

D'une façon très générale, les méthodes médicales recherchent le maintien d'une cavité pleurale libre ; les techniques chirurgicales, au contraire, aboutissent à la disparition de cette liberté pleurale soit en réalisant l'affaissement de la paroi thoracique sur le poumon en voie de rétraction, soit par aspiration du poumon vers la paroi restée rigide. Ces deux techniques chirurgicales peuvent d'ailleurs se combiner, le poumon aspiré allant à la rencontre de la paroi affectée par une costectomie plus ou moins étendue.

M. L. Jullien décrit avec détails la pratique du traitement médical : ponctions, lavages pleuraux, choix du liquide, technique des lavages, etc. Puis il conclut qu'en présence d'un pyothorax microbien chez un tuberculeux, quelle que soit la gravité apparente de la situation, le traitement médical doit être mis en œuvre avant toute intervention chirurgicale. Mais, par contre, quelque bénin que puisse paraître le cas, l'abstention thérapeutique est toujours une faute. Les ponctions simples ou complétées par des injections antiseptiques ou modificatrices sont toujours une thérapeutique insuffisante, qui peut conduire à de cruels déboires. Le traitement médical se résume dans le lavage pleural réalisant, par une ponction judicieusement placée, une évacuation complète du pus avec rinçage de la plèvre au moyen d'un liquide stérile, bactéricide, détersif et cytophylactique.

Pratiqué dans ces conditions, le lavage pleural assure le plus souvent par lui seul la guérison pleurale. Mais il doit toujours être conduit de manière à devenir, en cas d'échec, le temps préparatoire des interventions chirurgicales. Les pleurésies purulentes, autonomes ou compliquant des lésions pulmonaires, ne sont pas parmi les meilleures indications de la chirurgie thoracique.

Les lavages médicaux, bien réalisés, ne peuvent qu'améliorer le pourcentage des succès à l'actif de la chirurgie, sous réserve toutefois que le médecin ne s'entête pas dans cette pratique, lorsqu'elle s'est avérée impuissante à conduire seule la guérison. Lorsque six ou huit lavages n'ont pas amené cette guérison, ou, du moins, donné une amélioration, telle que la guérison apparaisse comme certaine et proche, il est inutile et dangereux de persister. L'heure chirurgicale a sonné : plus le cas est sévère, plus l'amélioration demandée au lavage doit être sensible et rapide ; reproduction de l'épanchement nécessitant des évacuations à un rythme fréquent, résistance des germes à l'action des lavages, persistance de la fièvre et de l'état infectieux doivent faire abandonner les lavages et provoquer l'appel au chirurgien d'autant plus vite que l'état initial était plus grave. (*Revue de médecine,* décembre 1940).

Les séquelles de la dysenterie, résultats de processus allergiques

La convalescence de la dysenterie bacillaire n'est pas toujours exempte de complications. Le Docteur G. Walther envisage notamment les recrudescences fébriles, les accélérations du pouls, des hypertensions passagères, l'urticaire, les rhumatismes articulaires et musculaires, les synovites, les névrites et le choc anaphylactique. On note également des troubles du liquide sanguin. Pareilles manifestations n'apparaissent que lorsque la phase aiguë de la maladie est terminée depuis quelque temps. Il semble qu'on doive les rattacher à des phénomènes allergiques, dont les causes sont à rechercher non seulement dans les toxines ou les albumines des bacilles de la dysenterie, mais encore dans celles des bactéries intestinales ; leur résorption se trouve favorisée par la présence d'ulcérations de la muqueuse.

Quand des manifestations rhumatismales se sont produites avant l'atteinte dysentérique, on peut observer des localisations articulaires ou musculaires dès les premiers jours de la dysenterie ; en pareil cas, il s'agirait plutôt de phénomènes parallergiques, que spécifiquement allergiques, et les réactions seraient moins intenses.

De semblables processus allergiques peuvent d'ailleurs s'observer également au cours de la convalescence des différentes maladies infectieuses. (*Munch. Med. Wochenschrift,* 4 avril 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rapports et équilibres alimentaires dans les rations destinées aux adultes

(Mme L. RANDOIN ; 22-4-1941)

Mme Randoin présente une étude sur les quantités minima de principes nutritifs et la répartition à réaliser dans les rations destinées aux adultes. L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à varier les aliments qui entrent dans notre régime journalier. Le minimum énergétique nécessaire est d'autant moins élevé que la ration est mieux équilibrée. Il faut que cette ration soit parfaitement proportionnée si l'on veut atteindre un résultat suffisant avec des ressources réduites. Par exemple, un minimum de protides doit être ingéré chaque jour pour procurer à l'organisme certains acides aminés dont il ne peut effectuer la synthèse. De même pour les lipides naturels. Les principes nutritifs sont mieux utilisés lorsqu'ils sont mieux équilibrés entre eux. D'où l'intérêt d'un menu quotidien comportant des aliments variés, des protéines animales (œufs, boudin, poisson, caséine, si la viande manque), des lipides naturels d'origine animale (vitamines liposolubles A et D) et d'origine végétale (vitamine E).

Poliomyélite antérieure aiguë avec paralysie respiratoire traitée par le poumon d'acier

(MM. Léon BINET, A. CORNET et P. TANRET ; 29-4-1941)

Le service de M. Léon Binet, à l'hôpital Necker, comporte une installation spéciale pour le traitement des asphyxies (oxygénothérapie, appareils à respiration artificielle, poumon d'acier). C'est grâce à cet appareillage qu'a pu être traitée efficacement, en février dernier, une jeune malade atteinte de poliomyélite antérieure aiguë avec généralisation progressive et paralysie respiratoire.

Transportée à l'hôpital Necker, asphyxiante, ne respirant que faiblement par les sterno-mastoïdiens et les scalènes, la malade fut placée dans un poumon d'acier modèle Both. Deux jours plus tard, les paralysies s'étant améliorées, on put la retirer du poumon d'acier, d'abord quelques minutes, puis progressivement un temps plus long. Quarante jours après, la malade pouvait passer ses journées hors de l'appareil. Notons que l'usage du poumon d'acier (modèle portatif Binet-Bochet) n'est pas incompatible avec la pratique de la radiothérapie qui est, on le sait, un des traitements actifs de la poliomyélite antérieure aiguë (méthode de Bordier).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'aspiration continue, d'après Wangensteen, dans l'occlusion intestinale aiguë

(MM. Marc ISELIN et Fr. EUDEL. — Rapport de M. BROCQ ; 5-3-1941)

Utilisée de manière épisodique par de nombreux chirurgiens, l'aspiration gastro-duodénale continue a été systématisée en 1933 et 1934 par Wangesteen et Paine, puis s'est répandue progressivement aux Etats-Unis, où les résultats ont été sans cesse améliorés.

L'instrumentation est constituée par une sonde duodénale pouvant passer par la narine (type sonde de Leven) et par l'appareillage d'aspiration continue de Wangensteen qui comprend : un flacon de cinq litres avec sangle permettant de l'accrocher goulot en bas ; un bouchon traversé par deux tubes de verre ; 2 m. 50 de tuyau de caoutchouc ; 1 raccord en Y ; 3 pinces d'arrêt ; un seau. L'appareil fonctionne suivant le système de la trompe à eau.

La sonde, bien lubrifiée, est poussée doucement par la narine la plus large, jusque dans le pharynx. Quelques mouvements de déglutition l'amènent dans l'estomac. On vide celui-ci avant de faire passer la sonde dans le duodénum. On fait jouer alors l'appareil à aspiration : il aspire les gaz qui distendent l'intestin et les liquides qui l'encombrent.

L'aspiration duodénale continue est indiquée dans les occlusions post-opératoires, dans les soins pré-opératoires des occlusions mécaniques (faisant cesser la distension, elle améliore l'état général). Elle ne résout pas certes le problème de l'occlusion intestinale mais constitue un moyen de plus, souvent précieux, en pareil cas.

— M. LENORMANT signale trois cas dans lesquels l'aspiration continue a été employée avec avantage.

— M. SOUPAULT estime que le tubage peut être simplement gastrique et l'aspiration discontinue. L'utilisation de cette technique simple est susceptible de transformer la thérapeutique de l'occlusion intestinale, de celle du grêle en particulier. Le tubage à demeure de l'estomac permet par aspiration une vidange satisfaisante non seulement du contenu gastrique mais aussi de l'intestin.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE — SA VALEUR JURIDIQUE

(*Suite*)

Par M. Bernard Auger,
Avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat.



Art. 6. — *Rétributions diverses, plus ou moins clandestines*

Les six premiers numéros de cet article s'entendent d'eux-mêmes ; on en aperçoit aisément la raison d'être et la portée. Signalons simplement que le fait de ristourner en argent ou en nature (billets de métropolitain, carnets d'omnibus) et les actes dont peut résulter pour le malade un bénéfice illicite peuvent constituer non seulement des fautes disciplinaires, mais aussi des infractions pénales ; ils tombent directement sous le coup de l'art. 30, 4° de la loi du 9 avril 1898 modifié par celle du 1er juillet 1938 (accidents du travail) et sous celui des paragraphes 3, 4 et 5 du décret-loi de 1935 (Assurances sociales) : ils peuvent, en outre, constituer la complicité d'escroquerie.

Pareillement, la protection accordée à un illégal : protection est d'ailleurs un terme faible ; il aurait mieux valu dire complicité.

Le 7° (collaboration à une entreprise de soins montée par des non médecins) et le 8° (collaboration à une entreprise de soins où le médecin n'a pas sa complète indépendance) sont d'une interprétation et d'une application plus délicates, et leur validité est sujette à caution. Car la profession de tenancier de maison de santé est libre ; n'importe qui peut en exploiter une, et, de fait, la plupart des maisons de santé chirurgicales de Paris appartiennent à des non médecins. Interdire à ces non médecins de s'assurer la collaboration d'un médecin, qui sera en quelque sorte interne dans leur établissement, ne sera-ce pas entraver l'exercice de leur profession, surtout si, comme la législation nouvelle lui en donne le droit, le directeur régional de la santé exige la présence d'un interne dans les établissements de ce genre ? Or cette industrie, je le répète, est libre ; elle est, en soi, parfaitement honorable, et elle est, le plus souvent, honorablement exercée. Je me demande si cette interdiction n'est pas entachée d'excès de pouvoirs, comme portant atteinte aux droits des tiers.

Elle semble, d'ailleurs, dépasser l'intention du Conseil : la place qu'elle occupe dans un texte qui ne prévoit que des fraudes indique que ce dernier n'a pas entendu prohiber une collaboration en soi parfaitement légitime. Le texte en question appellerait donc une mise au point.

Même observation pour le n° 8. Destiné, en principe, à empêcher un jeune médecin de se laisser enrôler dans une clinique marron, ce texte va beaucoup plus loin. Il interdit à un médecin aveugle, par exemple, de s'adjoindre une sorte de secrétaire médical, jeune médecin qui travaillera sous sa direction et sa responsabilité, sous sa dépendance. Cela aussi est excessif.

L'annulation de ces dispositions qui me paraissent entachées d'excès de pouvoirs peut être poursuivie directement, par la voie du recours au Conseil d'Etat. On peut, également, se contenter d'en opposer l'illicéité à l'occasion de l'application qui en sera faite, par voie d'exception aux poursuites disciplinaires fondées sur elles.

Art. 7. — *Interdiction du cumul*

L'exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien, par une personne munie des deux diplômes, n'est interdit par aucune loi. De même, aucune loi n'édicte une incompatibilité quelconque entre la médecine et une profession quelconque, même accessoire à la médecine, comme bandagiste.

Est-il permis à la juridiction disciplinaire, disposant par voie de règlement, d'aller plus loin que ne va la loi, d'édicter des prohibitions là où celle-ci ne l'a pas fait ? Au premier abord, cela paraît contraire au principe d'ordre public de la liberté du commerce et de l'industrie, tel qu'il se dégage, dit-on, de la loi des 2 et 17 mars 1791, art. 7.

Je sais bien que certains conseils des Ordres d'avocats se sont arrogé le même pouvoir ; ils ont édifié tout un système d'incompatibilités qui n'est dans aucune loi, et les tribunaux l'ont

trouvé très bien. Mais je ne suis pas assuré qu'il soit possible d'assimiler entièrement, à ce point de vue, le médecin à l'avocat. Le médecin est un homme qui exerce, à titre privé, une profession réglementée, sans doute, mais tout de même, elle aussi, absolument privée. L'avocat, au contraire est un citoyen chargé d'un ministère de service public, et il en est si bien ainsi que la loi lui impose en tout temps de prêter ses services aux individus au profit de qui le ministère public le requiert (Commissions d'office) et ce, même gratuitement (Assistance judiciaire). Excepté dans les très grands barreaux, ce service pèse même sur les anciens ; chez les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, par exemple, seuls les anciens présidents et anciens premiers syndics en sont exemptés, et je vous prie de croire que c'est une charge lourde et coûteuse. Le médecin, au contraire, ne collabore aux services d'assistance que s'il le veut bien, et est toujours rétribué (mal, mais rétribué tout de même).

Bien que cette interdiction soit, à certains égards, souhaitable ; qu'elle existe dans certaines colonies françaises, comme à Madagascar ; qu'elle ait trouvé en France un commencement d'application en matière de soins gratuits aux mutilés, où les médecins pharmaciens ou pharmaciens médecins doivent, pour les pensionnés, opter entre leurs deux professions, j'incline donc à penser que cette disposition aussi est entachée d'excès de pouvoirs.

Art. 9. — *Respect de la personne humaine ; résistance aux passions ou aux manies.*

Cet article corrobore la jurisprudence bien connue des tribunaux de droit commun, qui interdit la chirurgie d'expérience, hors les cas où la hardiesse, voire la témérité, sont nécessaires, et surtout la chirurgie esthétique de démonstration. L'hypothèse qu'il régit est une de celles où la sanction disciplinaire s'ajouterait aux dommages intérêts, comme nous avons vu plus haut que c'était possible.

Art. 10. — *Respect de la vie humaine.*

Le Conseil interdit l'euthanasie. Même observation que pour l'article précédent.

Art. 11. — *Conseils d'ordre privé.*

La disposition dont il s'agit est parfaitement sage ; elle est rédigée en termes d'une prudence et d'un tact remarquables.

Les actes en vue desquels il y aurait lieu de faire venir un officier d'état-civil sont : reconnaissance d'enfant naturel — mais le notaire peut la recevoir aussi — et mariage *in extremis.* Cela peut être un devoir de conscience de régulariser la situation d'un couple vivant en concubinage, en mariage apparent depuis fort longtemps ; sans parler du souci de l'âme du mourant, qu'il n'est pas interdit au médecin d'avoir, la mort de l'un des deux concubins laisse l'autre, et les enfants, dans l'embarras, les prive de tout droit, ou tout au moins réduit leurs droits dans la succession du défunt. Le plus souvent, un testament pallie un peu ces inconvénients ; mais un bon mariage vaut mieux...

Art. 12. — Les peines de l'art. 160 du Code pénal, que notre article brandit comme adjuvant aux peines disciplinaires qu'il promet, répriment le certificat de complaisance destiné à exempter quelqu'un d'un service public ou à lui faire obtenir une pension ou une allocation sur une Caisse publique. Elles sont :

Pour la délivrance gratuite d'un faux certificat : emprisonnement de un à trois ans ;

Pour cette délivrance à titre onéreux : le maximum est de quatre ans.

Plus interdiction des droits civiques (électoral, éligibilité, aptitude à un emploi public, port d'armes, droit de faire partie d'un Conseil de famille, d'être tuteur ou curateur, excepté de ses propres enfants ; d'être expert ou témoin d'un acte authentique, de témoigner en justice) pendant cinq ans au moins, dix ans au plus.

Le certificat de complaisance destiné aux cartes de suralimentation ne tomberait pas sous le coup de l'art. 160, c. pén. On pourrait, pourtant, soutenir avec quelque apparence de raison que le ravitaillement étant un service public, la ration supplémentaire est une allocation sur une Caisse publique...

Art. 14. — *Utilisation des travaux d'autrui.*

Cet article pose la question de la « propriété scientifique », qui a déjà été traitée, il y a quelques années, dans le *Concours médical.*

La solution qu'il donne paraît judicieuse ; elle est pourtant, à mon sens, insuffisante. La mention du nom des confrères ne suffit pas ; il faut aussi leur autorisation. Car leurs documents, clichés, résultats d'expériences, d'examens, leur appartiennent ; ils peuvent les utiliser pour publier sous leur nom un travail original ; la jurisprudence judiciaire *paraît* (je dis : paraît, parce qu'elle s'est établie à propos de problèmes extra-médicaux, et qu'il faut en transposer les résultats) décider qu'ils ont le droit d'interdire qu'un autre en fasse usage sans leur aveu.

Il est vrai que le litige qui s'élèverait ainsi étant un litige entre confrères serait de la compétence du Conseil de l'Ordre, lequel ne connaîtrait pas la jurisprudence judiciaire, et n'aurait à appliquer que le Code de déontologie. Mais, d'abord, quel Conseil saisir, si les deux antagonistes dépendent de deux tableaux départemen-

taux différents ? En matière judiciaire, lorsqu'un litige s'élève entre deux avocats appartenant à deux ordres différents, chacun saisit son bâtonnier, et les deux bâtonniers règlent l'affaire entre eux. Ici, je ne vois qu'un moyen : aller directement devant le Conseil supérieur.

Ensuite, les intéressés ne sont jamais obligés de se contenter de la juridiction disciplinaire : l'autorité disciplinaire ne peut pas leur interdire de saisir les tribunaux de droit commun, cela a été jugé pour les avoués par un arrêt de la Cour de Cassation du 12 décembre 1881 (D. 82. 1.422). Sans doute, dans une certaine mesure, les juridictions disciplinaires jouent, dans les litiges entre confrères, le rôle d'arbitre, et l'on peut toujours, par une clause compromissoire, s'obliger à confier son différend à des arbitres. Mais la juridiction disciplinaire est une juridiction essentiellement pénale qui n'a pas qualité pour statuer sur les intérêts civils. Le Conseil de l'Ordre peut bien inviter l'un de ses ressortissants à réparer le dommage causé par lui à un confrère ; mais il ne peut pas prononcer de condamnations et je ne suis même pas assuré qu'il ait le droit de formuler cette injonction dans une délibération régulière. Sans doute, le fait par un médecin de ne pas se conformer à l'invitation qui lui serait faite de dédommager un confrère l'exposerait à des sanctions disciplinaires ; mais lesquelles ? On comprendrait difficilement qu'il fût suspendu, et surtout radié, pour un fait de cette nature... à moins que ce fait ne trahît une pratique médicale vraiment trop osée. Alors ! Alors, il portera gaillardement son avertissement ou son blâme et passera fièrement poche cousue devant son créancier impuissant...

Dès que le litige se place sur le terrain pécuniaire, les juridictions disciplinaires ne peuvent plus émettre qu'un avis, et c'est aux tribunaux de droit commun qu'il appartient de condamner. En sorte qu'à mon sens le médecin à qui un confrère a fait un tort réparable seulement par l'allocation d'une indemnité fera sagement de saisir le Conseil de l'Ordre pour faire reconnaître son droit par ses pairs. Surtout que cela ne lui coûtera rien. Mais, nonobstant l'art. 13, il pourra légitimement s'adresser aux tribunaux de droit commun pour obtenir un titre exécutoire, étant bien entendu que les tribunaux ne s'estimeront nullement liés par l'avis du Conseil de l'Ordre...

TITRE II. — DES DEVOIRS DES MÉDECINS EN CLIENTÈLE LIBRE

Dans la première section (*devoirs envers les malades*), nous ne dirons rien de l'art. 15 qui consacre la « liberté de confiance » du malade, ni de l'art. 16, qui consacre le droit, un moment contesté, du médecin à refuser ses soins à un malade, hors le cas d'urgence, d'*engagements antérieurs* (le Conseil supérieur prend ainsi parti, sur le caractère contractuel de l'obligation du médecin, et sa thèse est la bonne), de réquisition légale, ou de devoirs d'humanité. Cet article 16 est une paraphrase, utile, de l'art. 1er, mais s'expose aux mêmes critiques, fondées sur le caractère peut être trop impératif de sa rédaction. Et pourtant, n'est-ce pas le bon sens même qui s'exprime par la bouche du Conseil supérieur?

Rappelons l'arrêt *Moné c. Delavalade* du 20 août 1940 (*Gaz. Pal.*, 1940.2.93) obtenu par le « Sou médical », qui, dans une question voisine, s'est précisément fondé sur le droit du médecin de refuser ses soins.

L'art. 17 nous retiendra plus longtemps. Il affirme la liberté de prescription du médecin, sauf le devoir de tenir compte des moyens pécuniaires du malade. Mais cette affirmation paraîtra encore trop absolue, par rapport à la jurisprudence judiciaire. Oui, le médecin est libre de ses prescriptions. Mais il s'est obligé à donner au malade des soins conformes aux données acquises de la science ; telle est du moins la jurisprudence de la Cour de Cassation (Cass., 20 mai 1936, *Sem. Jur.*, 1936, 1079, D. 36.1.88 ; 18 janvier 1938, *Sem. Jur.*, V° Resp. méd., 625 ; 3 avril et 27 juin 1939, *Ibid.*, 1438).

D'où la conséquence, que, nonobstant sa prétendue liberté, le médecin commettra une faute contractuelle, s'il néglige une prescription ou un moyen de diagnostic recommandés par l'état actuel de la science. S'il a échoué dans le traitement prescrit par lui, alors qu'un procédé thérapeutique nouveau est réputé faire merveille en pareil cas ; s'il a cru pouvoir fonder son diagnostic sur des procédés d'investigation usuels, certes, mais non absolument certains, alors que la science lui en offrait de moins faillibles, et s'est trompé, sa prétendue liberté ne l'empêchera pas de se voir condamné à réparer le préjudice causé (V. Cass. Req., 22 avril 1941, M... c. Bouzou.)

La *seconde* section traite des *honoraires*. Question délicate, certes, à propos de laquelle je ne vois à noter que deux choses :

L'*interdiction d'appliquer un tarif inférieur au tarif minimum*, mesure fort sage, déjà appliquée par les notaires, par exemple, qui peuvent bien faire remise complète de leurs honoraires, mais n'ont pas le droit de consentir une remise sur le tarif, ceci pour éviter la concurrence par le rabais ;

L'interdiction de la dichotomie. Sur la *valeur morale* de cette interdiction, je n'ai rien à dire : *Le Concours médical* a épuisé déjà la question. J'indiquerai seulement quelques conséquences juridiques.

La dichotomie étant « déshonorante en soi et immorale », il s'ensuit, d'abord, que le médecin

n'aura aucune action contre le spécialiste afin de l'obliger au partage — à supposer qu'il ose demander à justice l'exécution d'une pareille créance — ensuite que le spécialiste qui aura partagé avec un médecin aura une action contre ce dernier en restitution de la somme versée, par application de l'art. 1235, c. civ..

Je dirai même plus : le client aura lui-même action en restitution de cette somme, et action aussi bien contre le spécialiste à qui il l'aura payée sans cause, que contre le médecin, entre les mains de qui elle sera parvenue sans davantage de cause, ou avec une cause illicite.

L'interdiction d'un rapport fixe entre le taux des honoraires médicaux et celui des honoraires chirurgicaux propose des observations de même ordre ; le médecin ne pourra pas agir en justice pour le paiement de la partie de ses honoraires qui excède « l'équitable rémunération de sa collaboration effective ». Mais par contre, le client qui aura payé en connaissance de cause et sans réserve la somme totale indûment réclamée ne pourra répéter l'excédent ; la profession médicale n'est pas légalement tarifée, et le médecin est libre de fixer, à son gré, sous le contrôle du juge, le taux de son intervention. La somme qu'il a reçue, si élevée soit-elle, n'est donc pas sans cause entre ses mains (v. l'arrêt de la Cour de Cassation du 7 janvier 1925, Meyohas c. Faure Besson).

A la *troisième section, devoirs envers les confrères*, qui codifie les usages reçus dans ce que j'appellerai, faute de mieux, « le meilleur monde » médical, c'est-à-dire entre les médecins qui pratiquent avec élégance leur profession — s'applique plus spécialement l'appréciation d'ensemble que j'ai faite, en commençant, du présent Code . Ces usages ont été, récemment, approuvés par la Cour de Cassation (arrêt Moné précité). Je ne dirai donc rien de cette section, qui se suffit à elle-même.

La *quatrième section* (*consultations*, etc.) ne contient qu'un seul article qui appelle une observation d'ordre juridique l'art. 33 (interruption médicale de la grossesse) qui transpose sur le plan professionnel la prohibition déjà contenue, sous des peines sévères, dans le Code de la Famille (D. L, 29 juillet 1939, art. 47).

Et l'on doit approuver hautement le Conseil supérieur d'avoir pris soin de se mettre d'accord, ici, avec les prescriptions des diverses confessions religieuses, qu'on est heureux de trouver concordantes.

(*A suivre*)

ANXIÉTÉ D'UN JEUNE

Pour faire suite à l'article du 9 mars sur la composition des conseils de l'Ordre, je résume quelques réflexions faites par nous, jeunes praticiens :

Ce n'est pas le présent qui nous inquiète : il fallait faire vite et nous voulons avoir confiance en ceux à qui incombent actuellement des charges particulièrement lourdes. C'est vers l'avenir que nous nous tournons avec anxiété : quelle part sera réservée aux praticiens (aux jeunes praticiens en particulier) dans les conseils de l'Ordre, s'ils deviennent régionaux, provinciaux sans doute. Ils seront élus, nous a-t-on promis, et nous pourrons donc nommer ceux que nous estimerons les mieux qualifiés. Oui da ! encore faut-il trouver des candidats qui acceptent.

Or le vrai praticien « terre à terre » « aux prises avec la clientèle » « celui qui a besoin de gagner sa croûte », la grosse majorité d'entre nous, celui-là pourra-t-il accepter d'abandonner son cabinet et ses malades pour aller dans la capitale de sa province assister à une session du Conseil de l'Ordre ? Avec le voyage, c'est une absence de trois à quatre jours sans doute qui se renouvellera bien trois à quatre fois dans l'année. Dans ces conditions le médecin de campagne, le médecin de quartier, le médecin de famille ne trouveront à élire, sauf exception, que les catégories suivantes :

1° Membres de l'enseignement.

2° spécialistes.

3° Le praticien à faible clientèle, celui qui n'est pas ou n'est plus « dans le bain ».

4° Le praticien à grosse fortune personnelle.

5° Le praticien intrigant (l'incorrigible qui n'a pas compris la leçon de notre défaite), qui espérera tirer un bénéfice de cette charge.

Est-ce là de quoi représenter la majorité des praticiens honnêtes et besogneux ? qui donc fera connaître les besoins, les aspirations, les difficultés du praticien, qui vit par ses malades mais aussi pour ses malades ?

C'est pourquoi, partisans d'une cour de justice régionale ou provinciale, nous demandons par ailleurs le maintien des Conseils départementaux ou la création d'un organisme, où les praticiens, y compris les jeunes praticiens, puissent faire entendre leurs voix : pourquoi ne pas créer une assemblée délibérative départementale comparable à celles qui, sur un autre plan, ont remplacé les chambres parlementaires et les Conseils généraux départementaux ?

Docteur Yves DIÉNY.

LA « CHARTE MÉDICALE INTERNATIONALE »

Par le Docteur Fernand DECOURT,

Secrétaire général de l'A. P. I. M. (*)

Dans l'ambiance où se meut actuellement le Corps médical français, il est utile qu'il puisse se référer aux bases fondamentales de sa discipline. Notre profession est en plein bouleversement, tant spirituel que matériel. Des innovations ont déjà été faites, d'autres sont en cours de réalisation, d'autres en projet. Un Code de déontologie a été promulgué, fort étudié et très pertinent ; déjà cependant apparaît la nécessité de l'amender en certains points. Nous voguons sur des remous où les écueils sont innombrables et pas un instant notre attention ne doit se laisser distraire si nous ne voulons pas perdre la route.

C'est en cela que l'article suivant de notre ami Decourt nous semble revêtir un intérêt, une actualité marquée. La Charte médicale internationale rassemble en quelques propositions ce qu'il y a d'essentiel pour la profession, ce sur quoi les divers peuples consultés se sont mis d'accord. En préservant cela, nous aurons gardé, à travers notre effort de reconstruction, la ligne traditionnelle de notre rôle social.

« Une Charte, dit le dictionnaire, est un écrit authentique, destiné à consigner des droits et à régler des intérêts... En politique, c'est l'acte d'un souverain servant de base à la constitution du pays dont elle constate les privilèges et les libertés ». Pour nous, médecins, une « CHARTE MÉDICALE est, en somme, un *écrit* (donc un texte officiellement formulé), *authentique* (donc reconnu des intéressés), *destiné à consigner nos droits et privilèges* (donc le « *statut moral* » inhérent à notre profession, comme corollaire naturel de notre titre de médecin). Cette Charte doit constater également nos *libertés* (donc les principes que nous devons proclamer comme découlant, à nos yeux, de notre action professionnelle au sein de la collectivité). Elle doit enfin, *régler des intérêts* (mais dans ceux-ci, nous considérerons toujours, suivant la coutume de l'A. P. I. M. non seulement nos intérêts propres, mais — aussi et surtout — ceux des malades, en général.)

Il en résulte que toute charte médicale doit contenir les principes généraux qui nous apparaissent nécessaires pour le fonctionnement le meilleur de la médecine — individuelle ou collective.

C'est ainsi que (depuis peu, en vérité) fut établie, en certains pays, une « Charte médicale » : d'abord en France (1928), puis en Belgique (1930), en Grèce et en Hongrie (vers la même époque), en Suède (1932), etc... Et c'est ainsi que, en 1935, sur la proposition du Dr Cibrie, le délégué français de l'A. P. I. M., fut instituée l'ENQUÊTE (A. G.) sur « *la Charte médicale dans les divers pays* » (1). Au questionnaire envoyé par le Secrétaire général répondirent dix-neuf pays d'Europe par la voix de leurs correspondants.

Le promoteur de cette Enquête (A. G.), le Docteur Cibrie, avait été désigné comme rapporteur et son Rapport fut ensuite envoyé à chaque correspondant en vue de la discussion qui devait, comme de coutume, avoir lieu à la Session annuelle suivante du Conseil général de l'A. P. I. M. (septembre 1935) (2).

Nous allons d'abord donner le texte même de la « *Charte internationale* » voté à cette session. Nous ferons ensuite quelques observations sur la discussion qui aboutit au vote dudit texte :

1° *Charte médicale Internationale*

Le Conseil général de l'Association professionnelle internationale des médecins, réuni le 5 septembre 1935.

Estime que :

1° Sauf exceptions réduites (armée et certains hôpitaux publics), tout malade doit pouvoir choisir librement son médecin ;

2° Le médecin traitant doit à son malade le secret absolu sur ce qu'il a pu apprendre ou constater dans l'exercice de sa profession.

Les médecins ne peuvent que s'incliner devant les lois de leur pays (par exemple pour la déclaration des maladies épidémiques) ; mais ils doivent s'efforcer dans toute la mesure possible de préserver le secret professionnel ;

3° La médecine de soins, sauf exceptions réduites, ne doit pas être fonctionnarisée ;

4° Le contrôle, dans le cas où il existe, doit être rigoureusement distinct du traitement.

(*) *A. P. I. M.* : Association professionnelle internationale des médecins ».

(1) Les résultats de cette enquête (A. G.) ont paru dans notre *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, n° 28, mai 1935, pages 103 à 168.

(2) Ce rapport, ainsi que la discussion à ce sujet et le texte de la Charte internationale ont paru dans la *Revue internationale*, n° 30 (novembre 1935), pages 48 à 69.

Un médecin contrôleur ne doit pas donner de soins à la catégorie de ceux qu'il est appelé à contrôler ;

Le médecin expert ou contrôleur, non médecin traitant d'un individu, n'est pas tenu envers celui-ci au secret professionnel, et il doit pouvoir rendre compte à ses commettants des résultats de l'examen ;

5° La liberté de prescriptions doit être maintenue ou recherchée, sous réserve des contrôles d'abus et de la préférence donnée aux médicaments économiques, lorsque le résultat thérapeutique apparaît sensiblement le même :

6° Les rapports des médecins avec les collectivités ou l'État, en matière de médecine sociale, doivent être réglés par l'établissement de contrats collectifs.

Les médecins amenés à traiter individuellement doivent le faire dans le cadre des contrats tracés par les organisations professionnelles, et de préférence, avec l'approbation de celles-ci.

Recommandation

En matière de médecine de soins, le paiement à l'acte médical doit être recherché.

Il serait souhaitable que ce paiement soit effectué par l'intéressé lui-même, sauf impossibilité reconnue, le remboursement ayant lieu sous des modalités diverses permettant les contrôles par les collectivités intéressées (1).

***

Voici maintenant, sur la « *Discussion* » qui aboutit au vote du texte ci-dessus, quelques détails qui n'apparaissent pas comme dénués d'intérêt afin de montrer combien, suivant les pays, divergent parfois les sentiments sur certains points de l'exercice de la médecine et combien il est nécessaire de ne pas se montrer trop intransigeant, lorsqu'on veut traiter des questions sur le plan international.

Tout d'abord, à la demande du Docteur TORNEL (Espagne), le Conseil de l'A. P. I. M. déclare — à l'unanimité — qu'il y a lieu d'accepter le principe d'une Charle médicale internationale. Puis on passe à la discussion de chacun des articles.

1° LIBRE CHOIX. — Tous les délégués sont d'accord pour approuver ce principe. Le Docteur RYSTEDT (Suède) fait remarquer que si un médecin perd la confiance d'un malade, au cours d'une maladie, sans même avoir commis aucune faute, l'attitude du nouveau médecin sera parfois bien difficile au point de vue déontologique.

Le Rapporteur fait remarquer qu'il s'agit précisément de déontologie, donc des droits et devoirs du médecin et non plus d'une Charte internationale. Le Docteur Rystedt exprime alors l'avis qu'un Code international de déontologie soit étudié ultérieurement par l'A. P. I. M.

2° SECRET PROFESSIONNEL. — Ce fut là le point névralgique de la discussion. Plusieurs heures y furent consacrées. Le point de vue français du secret absolu fut loin d'avoir la majorité, bien qu'il avait déjà admis l'exception, légale en France, de la *déclaration obligatoire* de certaines maladies contagieuses. C'est le Dr KUHN (Danemark) qui mena la lutte contre l'obligation de conserver le secret médical. Il en accepte bien le principe, en général, mais « nous ne sommes plus au temps d'Hippocrate où la maladie de l'individu n'était d'aucune façon le souci de la communauté ». Comment combattre les fléaux sociaux sans alerter le service sanitaire ? D'après la loi danoise, le médecin est tenu de faire des observations au malade d'abord, mais si cel a ne suffit pas, il doit faire la notification de la maladie (tuberculose par exemple), soit au médecin de santé local, soit au Conseil national d'hygiène. Ne remet-on pas certains certificats à un malade qui vous les demande lui-même ? Le secret professionnel n'est pas un « *droit* » possédé par le médecin comme tel, mais un « *devoir* » auquel il est tenu vis-à-vis de son malade — « à moins que celui-ci le délie du secret et sauf le cas où l'égard pour la collectivité justifie que le médecin passe outre à sa considération pour le client et transgresse ce devoir ».

Le Docteur Kuhn est approuvé par le Docteur HAEDENKAMP (Allemagne), RYSTEDT (Suède), HUSZCZA (Pologne) et, en partie, par le Docteur COX (Grande-Bretagne), SCHAEFTGEN (Luxembourg), VUILLEUMIER (Suisse), tous ces derniers se montrant beaucoup moins absolus que le Rapporteur CIBRIE dans la défense du secret professionnel. C'est pourquoi le texte Cibrie doit être fortement modifié et il est voté, par suite, que le secret doit être conservé dans toute la mesure possible ». Jamais, dans l'A. P. I. M., il n'y avait eu jusque-là tant de divergences entre les divers groupements nationaux, au sujet de l'exercice de la médecine, les points de vue étant, d'ordinaire, presque directement superposables ;

3° *Médecine de soins non fonctionnarisable.* — Accord général évident et rapide. Pour le Docteur Cox (Grande-Bretagne), le médecin fonctionnaire est celui qui est responsable devant celui qui l'emploie. Au point de vue psychologique, quelles que soient sa science et sa conscience, il ne peut avoir la même attitude devant son malade que le médecin « libre ».

4° *Contrôle.* — Le Docteur KUHN n'est pas d'accord avec le rapporteur. Il n'y a pas de médecins contrôleurs au Danemark et l'Administration tout comme les Caisses-maladie font

(1) Cette recommandation ne peut être votée par le Représentant de la Grande-Bretagne.

toujours la plus grande confiance aux médecins traitants qui, d'ailleurs, la méritent tous.

Le Docteur Cibrie félicite les médecins danois de cette quasi-perfection, mais pense qu'elle n'existe pas dans tous les pays « malheureusement, les hommes ne sont pas partout des anges » d'où nécessité d'une surveillance directe ou indirecte. C'est le contrôle qui peut s'exercer sur le médecin « pour réprimer les abus ».

Ce contrôle est de deux sortes : médical ou administratif, mais le contrôleur ne doit jamais avoir à s'immiscer dans les rapports entre malade et médecin traitant.

Et ce médecin contrôleur, délégué par le Tiers payant quel qu'il soit, ne doit jamais donner des soins à la catégorie de malades qu'il a charge de contrôler.

D'ailleurs, c'est là encore la meilleure modalité pour permettre la sauvegarde du secret professionnel, étant entendu que le médecin expert ou contrôleur n'est pas tenu au secret professionnel, vis-à-vis de ceux pour lesquels il exerce sa fonction. Le Docteur Decourt (secrétaire général), propose alors le 3e alinéa qui fut adopté, pour préciser ce dernier point d'une importance capitale pour le fonctionnement des lois sociales.

5° *Liberté de prescription.* — Ne donne guère lieu à discussion étant entendu que le devoir du médecin est de prescrire « économiquement » et cela (demande le Docteur Cox) non seulement en médecine sociale comme l'avait écrit le rapporteur, mais également en clientèle ordinaire ;

6° *Contrats collectifs.* — Pas de discussion à ce sujet puisque le Conseil avait déjà traité cette question lorsqu'avait été votée une sorte de première charte internationale partielle au sujet du fonctionnement de l'assurance maladie. Le rapporteur n'avait donc eu qu'à suivre ce qui avait été déjà décidé sur ce point. Seule une remarque du Docteur de Csillléry (Hongrie) est prise en considération, à savoir de demander aux Groupements nationaux où les conventions collectives ne sont pas encore en vigueur, de les établir au plus tôt et aussi que les médecins ayant à traiter isolément avec une collectivité, le fassent uniquement dans le cadre des Conventions-types établies par les Groupements professionnels ;

7° *Modalités de règlement des honoraires.* — Etant donné la diversité des modalités de règlement des honoraires, le Rapporteur en avait fait le sujet non plus de « Conclusion », mais de « Recommandation ». La question du « Tiers payant » n'est pas laissée de côté néanmoins, mais le paiement direct n'est considéré que comme souhaitable — tout le monde étant d'accord sur le paiement à l'acte médical... « tout le monde » sauf néanmoins le représentant de la Grande-Bretagne, le Docteur Cox, qui déclare que la modalité de paiement dite « à l'abonnement » paraît être la meilleure, aussi bien pour la médecine de soins que pour la médecine préventive.

Il demande donc qu'une note marque expressément son refus de voter la recommandation, ce qui est convenu.

***

C'est ainsi, très brièvement résumé, que fut votée cette première « Charte médicale internationale », étant entendu que, peu à peu, dans l'avenir, on y ferait des additions, au fur et à mesure que se présenteraient des problème susceptibles d'être résolus sur le plan international.

Nous avons ainsi posé les premières fondations du « *Droit médical international* », si l'on peut ainsi s'exprimer. Est-ce à dire que les terribles événements actuellement en cours et la disparition éventuelle de la Société des Nations vont faire évanouir à tout jamais les possibilités d'entente internationale des médecins, en ce qui concerne l'exercice de notre profession ?... Nous ne le pensons pas — et nous avons des raisons de penser que notre A. P. I. M., pour l'instant, est simplement « en sommeil ».

Dr Fernand Decourt.

Nota. — Nous pensons avoir le droit de compter sur notre nouvel organisme français : « *l'Ordre national des médecins* » pour continuer à défendre le Corps médical et même, à l'occasion, au point de vue international. Jusqu'ici le seul Groupement national qui m'ait donné signe de vie, dans la tourmente, est celui d'Allemagne.

En fin décembre dernier, vint me voir chez moi, à Mitry-Mory, le Docteur Knapp, secrétaire du Aertzeführer (chef des médecins du Reich), qui me présenta le Docteur Haubold, désigné à Berlin pour être déformais le délégué allemand à l'A. P. I. M., en remplacement du Docteur Haedenkamp.

F. D.

Chronique automobile



L'ANGOISSANTE QUESTION DU CAOUTCHOUC

Par Henry Petit

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique,

Rédacteur en chef de « *La Technique automobile* »

La question du caoutchouc et par conséquent des pneus se pose actuellement pour l'automobile d'une façon particulièrement angoissante. Examinons-là rapidement dans son ensemble et essayons de lui chercher des solutions pratiques au moins provisoires.

Le caoutchouc et le coton

Les pneus sont faits de caoutchouc et de coton.

Le caoutchouc est un produit essentiellement colonial ; la gomme utilisée en France provenait à peu près exclusivement des plantations d'Extrême-Orient, des Indes Néerlandaises et Anglaises, de l'Indochine et pour une part moins importante, de l'Afrique occidentale. Quant au coton, il provenait d'Egypte et des Etats-Unis. A l'heure actuelle, le blocus nous interdit l'arrivée de ces deux matières premières et les fabrications n'ont pu être possible depuis l'an dernier que grâce à l'utilisation des stocks, assez importants d'ailleurs, dont on pouvait encore disposer en France.

Mais comme tous les stocks qui ne sont pas entretenus, ceux-ci s'épuisent et le moment paraît arrivé où les restrictions concernant les pneus atteignent, sinon leur maximum, au moins un point très inquiétant.

A l'heure actuelle, la fabrication des pneus sera exclusivement réservée aux véhicules de poids lourds. Plus de pneus neufs pour les voitures de tourisme ou réputées telles. Nous voilà donc réduits à nos propres ressources, à nos propres *stocks*, et pour la presque totalité des automobilistes, le stock de pneus est constitué par ceux qui sont montés sur les quatre roues de la voiture et sur la roue de rechange. Aucun ravitaillement régulier à espérer dans un délai dont on ne peut naturellement préciser la durée.

Sans doute peut-on utiliser, pour fabriquer les pneus autre chose que du caoutchouc neuf et du coton. Voyons rapidement à quels succédanés on peut avoir recours.

***

Le caoutchouc synthétique n'est plus maintenant un objet de curiosité et de laboratoire : sa fabrication a passé dans le domaine industriel et un assez grand nombre de variétés sont fabriquées d'une façon courante, en particulier en Allemagne, aux Etats-Unis et en Russie, sous les noms de « buna » en Allemagne, « sovprene » en Russie, « isoprène » en Amérique, etc...

Le caoutchouc de synthèse utilise comme matière première le gaz de pétrole ou l'acétylène et par conséquent le carbure de calcium qui sert à le préparer. D'où, sans doute cette décision très récente des autorités de restreindre au minimum l'emploi de l'acétylène pour la locomotion. Là, encore, on va se trouver limité par la matière première.

Le caoutchouc de synthèse, quel qu'il soit d'ailleurs, est assez difficile à fabriquer et coûte plus cher que le caoutchouc naturel, mais les questions de prix, on le sait, n'interviennent guère en temps de guerre. Le caoutchouc synthétique présente des différences assez notables avec le caoutchouc naturel ; certaines de ses propriétés sont supérieures à celles de celui-ci ; d'autres sont inférieures. D'excellents résultats auraient été obtenus pour les pneumatiques en utilisant des mélanges de caoutchouc de synthèse avec du caoutchouc naturel.

Quoiqu'il en soit, la production du caoutchouc de synthèse est certainement limitée tant par la pénurie de matières premières que par l'importance insuffisante des usines de production. Nous ne devons donc pas trop compter sur cette ressource.

Faute de neuf, dit-on, on prend du vieux. Cette maxime s'applique au caoutchouc et depuis les origines de l'industrie de cette matière, on a cherché à utiliser les déchets de caoutchouc usagé que l'on a traités chimiquement pour en faire ce qu'on a appelé un peu présomptueusement des « régénérés ». Des régénérés qui ne le sont que partiellement, mais néanmoins, leur qualité a nettement progressé au cours de ces dernières années et en les mélangeant avec une petite proportion de gomme neuve, on peut en tirer un bon parti.

Enfin une autre matière appelée *factice*, qui n'a rien de commun avec le caoutchouc est utilisée aussi en mélange avec les gommes naturelles ou régénérées : les factices sont constitués par des huiles d'origine végétale plus ou moins

modifiées par l'action du soufre. Là encore, pour les factices, gêne énorme provenant de la pénurie de matière première.

La source la plus abondante de produits de remplacement pour le caoutchouc c'est donc momentanément le régénéré tant qu'on disposera de déchets, lesquels se raréfieront eux aussi de jour en jour.

Le coton, dont on fabrique les carcasses des enveloppes, peut être remplacé par des produits dérivés de la soie artificielle : on a fait des carcasses en rayonne qui ont montré des qualités au moins égales, sinon supérieures à celles des carcasses en coton. La question de prix est naturellement mise à part, car ce produit coûte ou plutôt coûtait plus cher que le coton.

On a songé aussi à la soie de verre dont l'emploi n'est pas passé, croyons-nous, dans le domaine industriel.

Par contre, des carcasses en fil d'acier étaient fabriquées déjà avant la guerre pour le pneu poids lourd. Elles peuvent donc constituer un appoint non négligeable pour les temps que nous traversons.

En résumé, si la fabrication de nouveaux pneus n'est pas rendue impossible par le manque absolu de matières premières, ce n'est pas être pessimiste que de dire qu'elle doit être réduite dans une forte proportion et que, surtout en raison des besoins impératifs des véhicules de poids lourds civils et surtout militaires, les utilisateurs doivent ressentir très vivement le contre-coup de la crise du caoutchouc.

Comment faire dans la pratique

La question se pose donc : nous ne pouvons plus acheter de pneumatiques, que devons-nous faire ? Le bon sens répond immédiatement : puisque vous ne pouvez pas avoir de pneus neufs, tâchez de faire durer les vieux le plus longtemps possible.

Et nous revenons à l'étude de cette question si souvent mise à l'ordre du jour autrefois quand les pneus avaient une vie très courte « quelle est la meilleure méthode pour économiser les pneus ? Autrement dit, comment faire pour rouler longtemps en les usant le moins possible ? »

Nous allons l'examiner ensemble, car si elle a été connue des très vieux de l'automobile, elle a été nettement perdue de vue par ceux qui sont venus à la locomotion mécanique depuis 20 ans, pour qui la question pneus ne se posait pas en raison des très grands progrès réalisés pour ces accessoires, indispensables.

La vitesse et l'usure des pneus

Le facteur le plus important d'usure de pneus pour la voiture de tourisme est incontestablement la grande vitesse. Une voiture qui va vite, use ses pneus en un temps qui est quatre ou cinq fois plus court que si elle allait plus lentement. Nous pourrions citer telle voiture de sport (capable il est vrai de vitesse de l'ordre de 150 à l'heure) qui « rétamait » (telle est l'expression consacrée) un train de pneus en 6 ou 7.000 kilomètres, si on l'utilisait au maximum de ses possibilités.

De grandes vitesses, il n'en est plus question maintenant et pour toutes sortes de raisons, étrangères aux pneus. Mais nous voudrions montrer comment se manifestent les incidences de la vitesse sur l'usure des bandages.

D'abord, quand une voiture roule vite, il est fréquent que les pneus quittent le sol pour y retomber quelques mètres plus loin. Or, à ce moment, il se produit une friction vigoureuse entre le bandage et la route, friction au cours de laquelle quelques centigrammes de gomme se trouvent pulvérisés et comme détruits pour l'utilisateur. Dans les virages, les grandes vitesses provoquent des dérapages (que l'on ne sent pas toujours mais qui se produisent néanmoins). Il suffit de regarder les traces que laissent les roues sur le sol pour voir qu'il y a déplacement latéral de l'enveloppe, donc frottement, donc usure.

Qui veut rouler vite, doit accélérer et freiner le plus rapidement possible. Quand on accélère brusquement sur une vitesse inférieure, on peut arriver à faire patiner les roues motrices. Quand on freine il est courant de voir une ou plusieurs des roues de la voiture qui se bloquent et glissent au lieu de rouler. Or, pendant ce glissement le pneu perd encore quelques décigrammes de sa bande de roulement.

La vitesse est donc nuisible à la conservation du pneu. En la réduisant, on augmentera la durée de ceux-ci.

Comment limiter la vitesse ? On peut se donner comme règle qu'une vitesse économique pour les pneus sera celle où le pneu n'est jamais amené à glisser sur le sol, c'est-à-dire à déraper ou à patiner, pas plus dans les virages que lors des ralentissements ou des arrêts.

Donc, pas d'accélérations trop brusques, pas de virages pris à allure telle qu'un dérapage soit possible et surtout pas de coups de frein qui provoquent le blocage d'une ou plusieurs roues.

De tous les phénomènes qui provoquent l'usure rapide des pneus, le coup de frein est le plus nocif car une roue bloquée s'use suivant une facette et celle-ci, invisible sur une enveloppe neuve, se révèle après beaucoup de kilomètres par l'apparition des toiles de la carcasse en une région déterminée.

Tandis qu'un patinage pendant une accélération ou un dérapage intéresse toute la surface de la bande de roulement l'use également sans provoquer d'ordinaire de point visible localisé.

L'usage normal de la voiture

Roulons donc sagement : nous aurons par répercussion une économie de carburant, ce qui n'est pas négligeable, mais nous pourrons diminuer encore l'usure de nos pneus en observant certaines règles qui découlent de la pure logique.

Le poids est l'ennemi du pneu a-t-on dit. On aurait plutôt dû dire : « la flexion exagérée » qui est provoquée soit par une charge excessive pour la dimension et l'état de gonflement du pneu, soit par un gonflement trop faible pour une charge normale.

Le pneu qui se déforme fortement à chaque tour de roue périt souvent par des crevasses qui se manifestent dans sa bande de roulement.

D'autre part, à chaque prise de contact avec le sol, la région intéressée de la carcasse, frotte sur ce sol et par suite s'use.

On aura toujours intérêt, du point de vue conservation des pneus, à adopter une pression de gonflement nettement supérieure à la pression considérée comme normale par le constructeur. Il en résultera une suspension un peu plus dure, un roulement moins agréable, mais l'économie réalisée de ce chef peut être très importante et de l'ordre de 50 % parfois davantage. D'ailleurs, s'il est désagréable et parfois pénible de rouler à grande allure sur des pneus trop gonflés, le désagrément sera moindre aux petites allures auxquelles nous nous trouvons condamnés.

Gonflons donc plutôt vigoureusement et observons très soigneusement l'état de gonflement des pneus à des périodes rapprochées ; des pneus bien entretenus doivent, surtout à l'heure actuelle où on veut les faire durer, être regonflés au moins une fois par semaine.

Le taux de gonflement pourra être augmenté d'au moins 25 ou même 30 %.

Entretien des pneus

Les chauffeurs soigneux d'autrefois entretenaient leurs pneus, c'est-à-dire que, quand ils observaient des coupures sur la surface de roulement, ils les bouchaient au moyen de mastic. Je me hâte de dire d'ailleurs que ces réparations ne tenaient pas longtemps. L'entretien des pneus se borne aujourd'hui à l'examen périodique du gonflement et à un nettoyage éventuel de leur surface.

La gomme souffre du contact prolongé avec l'essence ou l'huile ; il faut donc se garder de remiser la voiture sur un sol qui n'est pas parfaitement propre.

Les pneus morts

Une curieuse expression a vu le jour depuis le ralentissement de la circulation automobile : c'est celle de « *garage mort* ». Une voiture en *garage mort* est une voiture remisée pour longtemps sans espoir de la voir rouler de nouveau.

Les *pneus morts* sont donc des pneus remisés pour un temps indéterminé. Eux aussi, il faut les entretenir, ou plutôt les empêcher de mourir effectivement. On se rappellera que les objets en caoutchouc n'ont pas de plus grand ennemi que la lumière du soleil. Si une voiture doit être immobilisée longtemps, ou bien si l'on a des enveloppes ou chambres à air de rechange, on devra abriter complètement de la lumière ces objets fragiles. Il est conseillable de démonter les pneus d'une voiture qui ne roule pas. Les enveloppes seront lavées, séchées, enduites de talc et emballées dans du papier. Elles seront remisées dans un endroit sec et frais, telle une bonne cave : ne pas les mettre dans un endroit humide qui pourrait provoquer la pourriture du coton. Les chambres à air seront dégonflées, talquées et pliées. On les enfermera dans une boîte bien close qui sera rangée à côté des enveloppes. On pourra, très utilement, tous les mois par exemple, visiter les chambres à air, les déplier, les agiter comme on secoue un tissu dont on veut faire tomber la poussière, puis les remettre en place.

Les réparations

Quand une enveloppe portait des traces de déchirure, lesquelles provenaient souvent du choc latéral de la roue sur un bord de trottoir ou une grosse pierre on la mettait souvent au rebut. Ce n'est plus permis aujourd'hui et il faut la réparer.

On effectuera une réparation suffisante en collant à l'intérieur de l'enveloppe et au droit de la coupure une toile que l'on pourra faire vulcaniser sur place dans un garage convenablement outillé. On aura soin ensuite de ne pas gonfler trop fort.

Les chambres à air sont faciles à réparer : on trouve encore des pièces de réparation et de la dissolution. Les pneus étant bien gonflés et utilisés à faible vitesse ne chauffent pratiquement pas et les pièces ainsi collées tiendront parfaitement pendant un temps indéfini.

Si une chambre à air a des tendances à sécher on pourra essayer de lui donner une jeunesse nouvelle en l'enduisant de glycérine et en la laissant ainsi en contact avec ce liquide pendant quelques jours.

On la lavera ensuite à l'eau et on la séchera ; on la talquera et elle pourra encore assurer de bons services.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

59e *rég. infant.* Méd. lieut. DOR (Paul) : Ord. corps ar. — Méd. auxil. SESTIER (Jean) : Ord. div. — Méd. comt. TEXIER (Pierre) : Ord. brig.

60e *rég. infant.* Méd. auxil. MORIN (Francis) : Ord. div. — Méd. com. LACAZE : Ord. brig.

63e *rég. infant.* Méd. capit. CANTEGRIT : Ord. brig.

64e *rég. infant.* Méd. lieut. SAUVAIN : Ord. arm.

65e *rég. infant.* Méd. lieut. TURON : Ord. div.

67e *rég. infant.* Méd. lieut. BUSY (Pierre) : Ord. div. — Méd. auxil. PÉRIGOIS (Yves) : Ord. div.

71e *rég. infant.* Méd. auxil. PIROT : Ord. brig. — Méd. s.-lieut. BAUDOIN : Ord. div. — Méd. lieut. QUENTEL : Ord. div. — Méd. s.-lieut. ESCOLAN : Ord. rég.

78e *rég. infant.* Méd. cap. DUPORT : Ord. brig. — Méd. auxil. PILLOT (Joseph) : Ord. rég. — Méd. lieut. CAMENA D'ALMEIDA : Ord. rég. ; Ord. div. — Méd. auxil. BRIGNON (René) : Ord. brig. — Méd. lieut. QUILLER (Jean) : Ord. rég. — Méd. auxil. CHARGOSSET (François) : Ord. rég. — Méd. lieut. COLONNA D'ISTRIA (Jean) : Ord. rég. — Méd. auxil. DARBON (Antoine) : Ord. rég.

79e *rég. infant. fort.* Méd. lieut. UNGERER (Gérard) : Ord. rég. — Méd. s.-lieut. GIMMING (Marcel) : Ord. rég.

80e *rég. infant.* Méd. lieut. ALEXANDRE (Edmond) : Ord. rég.

81e *rég. infant. alp.* Méd. cap. BETHOUX (Alexis) : Ord. div. — Méd. lieut. KALCHTEIN : Ord. div. — Méd. cap. DEVY (René) : Ord. div. — Méd. lieut. MANDOUL (Hippolyte) : Ord. brig. — Méd. lieut. BERTHÉZENE (Raymond) : Ord. brig. — Méd. lieut. BLANCARD (Lucien) : Ord. brig.

(*A suivre*).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du mardi 3 juin 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.277 ARMENGAU, 39, rue Rempart-Saint-Etienne, Toulouse (Haute-Garonne).
14.278 ATTIEL, 1, rue de Lille, Nîmes (Gard).
14.279 BARBARIN, 4, rue du Pré-Saint-Gervais, Paris (XIXe). Ordre des médecins.
14.280 BARRACAN, Cavaillon (Vaucluse).
14.327 BAZOUGE, Melun (Seine-et-Marne). Ordre des médecins.
14.281 BENEDETTI, Sainte-Tulle (Basses-Alpes).
14.282 BERNARD, Cluny (Saône-et-Loire).
14.284 BESSEYRIAS, Chatel-Censoir (Yonne). Syndicat de l'Avallonnais.
14.285 BORDE, 9, place de la République, Paris (IIIe). Délégué d'arrondissement du Conseil de l'Ordre.
14.286 BOSMENT, Laneuveville - devant - Nancy (Meurthe-et-Moselle). Ordre des médecins.
14.287 BROUSSOLLE, Scorbé-Clairvaux (Vienne).
14.288 CLUZEAU, Epinay-sur-Seine (Seine). Syndicat de la Seine.
14.289 COMBES, La Coquille (Dordogne).
14.290 DELORY, Saint-Pierre-Brouck (Nord). Parrains : Docteurs Vanneuville et Heem.
14.291 DUCAS, Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne).
14.292 DUVAL, Facture-Bizanos (Gironde).

14.293 Fauquet, La Cambe (Calvados). Parrains : Docteurs Nicolet et Dayot.
14.294 François, Janzé (Ille-et-Vilaine). Ordre des médecins.
14.295 Germain, Royan (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Veyssière et Baudet.
14.296 Gros, Teillet (Tarn).
14.297 Harmel-Tourneur, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Raillier et Cochelé.
14.298 Langlais, Saint-Germain-des-Fossés (Allier)
14.299 Mailliez, Chantilly (Oise). Ordre des médecins.
14.300 Martin, Bourg (Ain).
14.301 Métais, Clichy (Seine). Ordre des médecins.
14.302 Miossec, Pont-de-Duis (Finistère). Syndicat de Chateaulin.
14.303 Morel, Saint-Aubin-du-Cormier (Ile-et-Vilaine). Parrains : Docteurs Marquis et Brault.
14.304 Nigaudie, Cavignac (Gironde).
14.305 Occis, Le Crotoy (Somme). Parrains : Docteurs Gantois et Goullieux.
14.306 Passelaigue, 7, rue Morucci, Marseille (Bouches-du-Rhône).
14.307 Mme Perol, 2, rue Cournot, Paris (XVe). Ordre des médecins.
14.308 Péronnet, 3, rue Félix-Poulet, Grenoble (Isère).
14.309 Perret, 62, Cours Charlemagne, Lyon (Rhône).
14.310 Pilorge, Tesson (Charente-Inférieure). Ordre des médecins.
14.311 Pontal, Romans (Drôme).
14.328 Prost, 16, Cours Marigny Vincennes (Seine).
14.312 Rancoule, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
14.313 Reinhold, Figeac (Lot).
14.314 Robert, Oloron (Basses-Pyrénées).
14.315 Roche, sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir). Parrains : Mlle Lindeux et Docteur Allilaire.
14.317 Roux, Commercy (Meuse).
14.318 Saussol, Sète (Hérault).
14.319 Sénéchal, 55, rue de la Marne, Asnières (Seine). Parrains : Docteurs Sénéchal et Brongniart.
14.320 Soulier, Alès (Gard).
14.321 Spira, Bussières (Loire).
14.322 Tabaste, L'Ike-Bouchard (Indre-et-Loire). Ordre des médecins.
14.323 Tarraube, Dax (Landes). Parrains : Docteurs Lavielle et Daraignez.
14.324 Valentini, Le Bouscat (Gironde). Parrains : Docteur Auché et Monnet.
14.325 Van Mullem, Roubaix (Nord). Parrains : Docteurs Leplat et Delahousse.
14.326 Verrier, Sainte-Colombe.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des Statuts).

Cependant les adhérents qui ne font partie d'aucune Association médicale régulièrement constituée ou ne sont pas présentés par deux parrains, membres eux-mêmes de la Ligue, ne seront admis définitivement que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins.



Comité sanitaire de la Région parisienne

Séance du 27 mai 1941

Code de déontologie. — Sur la demande du Secrétariat général à la Santé et de l'Ordre national, une Commission est désignée à l'effet de rechercher les modifications à apporter au Code de déontologie.

Education physique. — M. Jullien donne lecture d'une communication sur : *Une conception biologique et médicale de l'éducation corporelle de la jeunesse.* Il semble que les conceptions de la réforme de l'éducation physique poursuivie actuellement soient trop exclusivement sportives et gymniques, et que l'on oublie quelque peu la part du cerveau dans l'amélioration de la résistance physique que l'on recherche et pour laquelle le muscle n'est qu'un moyen. Il faut envisager des modifications profondes dans les constructions scolaires, la création d'espaces libres autour des écoles, la surveillance de la propreté et de l'alimentation, la pratique régulière des travaux manuels. L'horaire de l'écolier doit comprendre une journée de plein air, une demi-journée de stade, une demi-journée de travaux manuels, et quatre journées de travail intellectuel, et cette répartition, doit s'appliquer également dans l'enseignement supérieur. L'éducation physique sauvera l'étudiant de l'intellectualisme, stérile pour lui et la collectivité dont il est appelé à devenir le guide.

Lait. — M. Thieulin communique un travail documenté sur le contrôle hygiénique du lait à la consommation. Ce contrôle est exercé par le service sanitaire vétérinaire, et s'étend au matériel de transport ou de livraison, à la tenue des locaux de vente et de manipulation. Ses techniques sont simples et rapides : elles indiquent si la pasteurisation a été réelle, le degré d'altération du lait, la qualité et la quantité des germes de contamination. Des recherches plus approfondies peuvent ensuite être poursuivies dans les laboratoires du service d'inspection. La base légale est la loi municipale de 1884, qui prescrit aux maires d'assurer dans leur commune la salubrité des comestibles mis en vente. Mais cette loi et les dispositions légales qui l'ont suivie sont insuffisantes et entravent l'action des services de contrôle. D'autre part, l'éducation du consommateur est à faire, et son insouciance est un obstacle à tout progrès. Comment une ménagère peut-elle aller chercher son lait, ou le conserver dans des récipients sans couvercle, l'exposant ainsi à toutes les contaminations de la rue ?

UNE MENACE POUR LA RACE ?

Le Docteur Pascal Piédallu, du Raincy, nous écrit cette lettre qui pose un alarmant point d'interrogation sur notre avenir :

« Mes dix mois de guerre dans un hôpital complémentaire de la zone des armées m'ont valu, pendant l'hiver, de faire partie de deux Conseils de révision.

Le premier revisait les Polonais du département de l'Aube. Le deuxième passait en revue les jeunes Français du département de l'Yonne. Instruit par des observations antérieures sur les jeunes gens d'un Club sportif, alerté par le souvenir d'un article sur ce sujet de mon ami le Docteur Jacques Bas, je me suis attaché systématiquement à observer les organes génitaux des recrues. Et j'ai constaté — et fait constater par mes camarades — ce fait évident que la

très grande majorité des Français de 20 ans avaient de petits testicules. Tous les Polonais adultes, nés en Pologne, avaient des glandes volumineuses et fermes (l'œuf de pigeon de nos anatomistes). Quelques-uns parmi les plus jeunes, nés en France depuis 1920, ou élevés presque entièrement en France, constituaient les seules exceptions, et se rapprochaient ainsi des jeunes Français du même âge. Chez ceux-ci, sans doute, 1/5e environ avaient, comme nous disions, des... testicules « de Polonais », 1/5e environ avaient des glandes nettement atrophiques, les 3/5e restant avaient ce qu'on considère comme normal, qui devient le volume normal, mais qu'on ne peut vraiment pas considérer comme normal quand on a revisé les Polonais

J'avais même noté, par canton, mon impression sur ce point précis et sur la morphologie des conscrits, en sortant des séances. Et la valeur (sinon militaire, du moins humaine) du contingent, ainsi que le type dominant, variaient beaucoup dans des cantons voisins.

J'ajoute que le nombre des phimosis plus ou moins serrés était considérable chez nos jeunes recrues, comme il devient de plus en plus considérable, me semble-t-il, chez les petits garçons.

Voilà les faits bruts. Qu'on les contrôle. Qu'on en tire la conséquence qui s'impose : la déchéance de la race française.

Ces observations rejoignent les vôtres, et celles de tous les médecins. Reste à trouver les causes de cette déchéance raciale, pour la combattre ensuite et la tâche est ardue !

Pour l'« involution » de notre race, pour remodeler notre peuple sur sa propre forme, comme vous dites, si l'on commençait par revenir au pain, au vrai pain de France, qui, avec le vin de France, a fait la race française. Ne pourrait-on au moins essayer dans une province entière, province isolée de préférence (la Bretagne par exemple) d'interdire les engrais chimiques (dont le rôle semble être énorme, bien que l'Académie de médecine ne s'en soucie guère plus que nos anciens parlements ne s'en souciaient) ; d'interdire les blés exotiques ou autres à grand rendement mais de qualité médiocre ; de rétablir des moulins à meule et d'alimenter pendant dix ans les populations avec le pain de cette farine. Les grands moulins, les marchands d'engrais ont des intérêts qu'ils défendent. C'est leur rôle. Mais le rôle des médecins est de chercher à voir clair, et de n'avoir pas peur de voir grand pour atteindre le mal à sa racine. Les « réalités essentielles », ce sont les lois de la santé qui existent, qu'on peut retrouver. C'est l'expérience ancestrale, qui a fait ses preuves. C'est d'abord le pain quotidien, sans doute, mais le bon pain, le vrai pain.

D'autres confrères ont-ils fait des constatations analogues ? Est-il vrai que la race soit menacée et dans son anatomie et dans sa physiologie ? C'est une question redoutable à laquelle seuls des médecins peuvent répondre.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

ECHOS ET COMMENTAIRES

INSTALLATIONS ET ORDRE — RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE — LA RETRAITE — L'ORDRE SE RÉGLEMENTE — DENSITÉ MÉDICALE.

Bien que les installations médicales soien entièrement libres depuis la promulgation de la loi du 2 avril 1941, abrogeant le décret du 20 mai 1940, certains Conseils départementaux n'en continuaient pas moins à refuser sous des prétextes variés l'inscription au Tableau de l'Ordre de praticiens remplissant pourtant les conditions exigées par la législation actuelle sur l'exercice de la médecine.

Des instructions auraient été données, croyons-nous, tant aux préfets qu'aux directeurs régionaux de la Santé, de veiller à ce que les Conseils départementaux n'excèdent en aucun cas les pouvoirs que la loi leur confère.

L'Ordre des médecins, pas plus que celui des avocats, n'est maître de son Tableau.

N'oublions pas non plus que l'organisation de la profession médicale dans le cadre corporatif, ne doit pas lui faire perdre son caractère libéral.

***

De grands projets de réforme des Assurances sociales, remaniant tout l'édifice, adjoignant les accidents du travail, étatisant les Caisses, sont paraît-il dans l'air.

Une réforme plus restreinte, donc plus efficace, pourrait intervenir bientôt dans l'assurance maladie-maternité.

Son idée essentielle est de réduire fortement l'autonomie des Caisses au bénéfice principal du Secrétariat à la Famille et à la Santé : c'est à lui qu'incomberait en effet l'établissement des tarifs de responsabilité (uniques par département ou région), les Caisses et l'Ordre des médecins étant simplement consultés. C'est à lui aussi qu'il appartiendrait de donner son agrément technique à la création par les Caisses d'établissements de diagnostic ou de soins.

Le contrôle du médecin et de l'assuré serait unifié en un contrôle du traitement. Cette délicate mission serait confiée à des médecins dont le statut serait fixé par accord entre le Travail et la Santé publique.

Etatisation bien plus que corporatisme, dirons-nous, regrettant qu'il soit bien peu question des représentants du praticien dans tout cela.

***

Le médecin pourra-t-il jouir dès cette année de sa pension de retraite comme le vieux travailleur ? Nous en doutons encore, mais ce ne sera point faute d'études et de projets sur les moyens de financement.

Les farouches tenants de la « répartition » abondent en moyens simplistes... et parfois chirurgicaux. Nous avons déjà parlé d'un certain prélèvement de 2 % sur toutes les rémunérations « fixes ». Aux dernières nouvelles, cette « trouvaille » serait abandonnée.

Trois solutions seraient envisagées : une cotisation unique et obligatoire de 6.000 francs, nous ramenant au temps de la « capitation », dont l'égalitarisme ferait fi de toute justice ; un prélèvement sur les honoraires de médecine sociale, faisant constituer par les médecins des clientèles pauvres la retraite des médecins à clientèle aisée ; enfin (nous devenons plus raisonnable) x % sur le chiffre d'affaires.

Faisons un pas de plus, demandons x % sur le

revenu, et nous aurons réinventé les procédés modernes de répartition des charges communes.

***

Le règlement intérieur de l'Ordre est terminé. Etabli par le Conseil supérieur avec la collaboration de ses Conseils juridiques, il fixe les attributions disciplinaires de l'Ordre, que la loi du 7 octobre 1940 n'avait fait qu'ébaucher, et détermine les règles de procédure qui devront être observées.

Les rares exemplaires de ce précieux document sont conservés au secret jusqu'à sa publication dans le *Bulletin de l'Ordre*, qui n'interviendra malheureusement qu'au mois d'août prochain.

Nous le regrettons. En effet, il y aurait intérêt à porter le plus tôt possible à la connaissance du Corps médical les termes de ce règlement.

***

Nous apprenons qu'au cours de sa dernière session, le Conseil supérieur, désireux de fixer sa doctrine quant à l'application du plafond prévu par la loi du 2 avril, a retenu la proportion d'un médecin par 1.500 à 1.600 habitants.

Nous sommes loin du chiffre minimum que nos correspondants placent aux environs de 4.000. Mais les uns parlent du chiffre de la population divisé par le nombre de médecins spécialistes compris, d'une même région. Les autres n'envisagent que la circonscription de l'omnipraticien. Cette divergence est peut-être moins réelle qu'on ne le pense. C'est ce que nous étudierons dans notre prochain numéro.

O O O

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

3.090. — Perforation d'un cal à la mèche

Je vous serais obligé de bien vouloir me dire quels honoraires je dois réclamer à la Compagnie d'assurances pour l'intervention suivante que j'ai pratiquée pour un accident du travail.

Perforations à la mèche sous anesthésie locale d'un cal douloureux de fracture de jambe (méthode de Beck).

Cette intervention ne figure pas sur le barême des accidents du travail et ne peut être rattachée à une autre intervention similaire.

Dr M.

Réponse

Je ne vois guère, en effet, d'assimilation à faire dans le tarif accident du travail avec votre « perforation osseuse à la mèche ». Peut-être pourrait-on trouver une analogie comme importance technique d'intervention, avec « arthrotomie de drainage des petites articulations = 200 francs » (art. 20 G.). C'est là une simple suggestion personnelle.

Dr F. Decourt.

3.089. — A propos du " coup d'écran "

Je lis dans le *Concours* du 1er juin votre réponse au sujet du « coup d'écran » en matières d'assurances sociales.

A mon avis, il n'y aurait qu'une solution nette. Le coup d'écran doit disparaître de la pratique. Pendant l'offensive j'ai été obligé de faire des milliers de coups d'écran dans une formation chirurgicale. On me demandait même d'examiner ainsi des blessés du crâne, faute de films. Je frémis encore en pensant aux erreurs ainsi accumulées dans une période où je faisais des centaines d'examens, en des jours et nuits qui étaient ininterrompus.

A l'heure actuelle je suis en train de faire à mon corps défendant l'expérience suivante. Dans deux hôpitaux différents montés à titre provisoire pour remplacer un grand hôpital occupé j'ai : 1° une installation convenable dans l'un, 2° une installation d'infortune dans l'autre, ne me permettant que des coups d'écran.

De ce dernier service lorsque j'ai un doute il m'arrive de faire transporter le malade à l'autre hôpital. A chaque instant je rectifie ainsi les examens incomplets.

En effet, si la scopie simple montre une lésion indiscutable on peut avoir foi dans le résultat. Si elle ne la montre pas, cela ne veut rien dire du tout. Dans le premier cas on ne peut encore être très sûr d'avoir enregistré tous les détails.

Dans quelques cas tels que l'examen des poumons, de l'estomac, l'étude d'un transit digestif, le contrôle des insufflations pleurales, on peut se contenter à la rigueur d'une radioscopie.

C'est donc avec juste raison que le coup d'écran ne figure pas dans le tarif des accidents du travail ni dans la Nomenclature des Assurances sociales et je suis persuadé que ce sont les motifs ci-dessus qui ont poussé les créateurs de ces tarifs à évincer la radioscopie simple surtout en matière d'affections osseuses ; sans compter la difficulté du contrôle qui favorise tous les abus.

Dr N.

Réponse

Comment voulez-vous qu'on dise à un praticien : « Désormais vous n'aurez pas le droit de faire une radioscopie en matière d'Assurances sociales ou d'accident du travail. Si vous en faites, vous n'en serez pas payé ». Car c'est cela, en somme, que vous proposez. D'ailleurs, vous dites l'admettre ensuite pour l'examen des poumons, l'étude du transit digestif, le contrôle des insufflations pleurales. Vous l'admettez « à la rigueur », c'est entendu, mais alors il faut le tarifer quand même. Vous ne l'admettez pas en accident du travail ? Et cependant en cas de doute sur une fracture ou une luxation éventuelles, ne croyez-vous pas que cela peut rendre service ?

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

3.092. — Injections sous-cutanées et consultation ne peuvent être comptées en même temps

Je réponds ce jour à votre lettre du 20 mai et m'excuse de vous demander un complément d'informations. Lorsque j'ai reçu, il y a quelques mois, le

numéro spécial du *Concours* avec la nomenclature de petite chirurgie, j'ai appliqué cette nomenclature.

Auparavant, nous avions dans le Nord une nomenclature de pratique médicale courante dont le coefficient le plus faible était PC 2, puis PC 3, PC4, etc.

En matière d'assurés sociaux assistés, les Caisses remboursaient 15 francs pour une consultation, 20 francs pour PC2, 30 francs pour PC3, 40 francs pour PC4, 60 francs pour PC5, etc. Donc l'indication PC était toujours pour le médecin *une majoration d'honoraires.*

Or, si je comprends bien votre lettre du 20 mai, les Caisses me rembourseront pour PC 0,75 les 3/4 de 15 francs, soit 11 fr. 25. Lorsque, comme en ce moment où il y a épidémie de coqueluche, je fais une série de piqûres aux enfants, *j'aurai donc intérêt à noter des visites simples ou des consultations simples* puisque j'ausculte chaque jour mes petits malades, sans indiquer le PC 0,75 qui diminue mes honoraires. En définitive, il y a là une contradiction flagrante. Je vais chez un enfant atteint de coqueluche légère, je l'ausculte, je marque V sur la feuille et je touche 15 francs plus l'indemnité kilométrique ; je vais chez un autre enfant atteint de coqueluche plus grave, je l'ausculte, je fais une piqûre après avoir attendu 15 ou 20 minutes que ma seringue soit bouillie, car il n'y a pas le gaz à la campagne, et je devrais recevoir 11 fr. 25 plus l'indemnité kilométrique. Je ne comprends plus rien à cette nomenclature et j'estime que celle du Nord était de beaucoup préférable.

Dr D.

Réponse

Les renseignements que je vous ai donnés précédemment sont ceux tirés de la nomenclature de pratique médicale courante obligatoire pour toute la France, donc la seule à suivre.

Le coefficient PC. 0,75 est pour certaines interventions « en série » où il n'y a pas à faire chaque fois un examen médical, comme une série d'injections sous-cutanées de cacodylate de soude par exemple.

Si vous faites un examen médical, vous avez à marquer visite ou consultation, mais sans marquer en même temps l'injection sous-cutanée, car vous ne pourriez marquer les deux à la fois, ainsi qu'il est spécifié dans la nomenclature (observations générales — 1°).

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

2.980. — Responsabilité du patron qui n'a pas versé les cotisations d'assurances sociales de son domestique

Ma domestique gagnant 250 francs par mois, logée et nourrie est atteinte d'une affection grave et longue susceptible d'entraîner une invalidité complète. Rentrée chez elle, je désirerais savoir ce qu'elle doit toucher de l'assurance sociale pendant les mois de maladie et au bout de six mois comme pension éventuelle d'invalidité de plus de 66 %.

Ayant interrompu à tort les versements à la caisse Assurances sociales depuis ma mobilisation jusqu'au 1er janvier dernier je serai sans doute tenu de me substituer à la Caisse et veux savoir quelles seront mes obligations.

Dr X.

Réponse

Il est incontestable que d'après la jurisprudence constante de la Cour de cassation le chef d'entreprise qui n'a pas affilié sa domestique aux Assurances sociales, est tenu de lui verser, en cas d'accident, une indemnité égale à la valeur des prestations dont cette dernière est privée par sa faute, et ce en vertu de l'article 1382 du Code civil. Il n'en peut aller autrement que lorsque l'intéressée a participé elle-même à la faute de l'employeur en refusant de son côté son inscription aux Assurances sociales. Encore faut-il dans ce dernier cas pouvoir en apporter la preuve.

Les prestations auxquelles pourrait prétendre votre domestique se composent, d'une part, pendant la période d'incapacité temporaire, du remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques exposés par elle, dans la limite du tarif de responsabilité de la Caisse départementale, et de l'indemnité de demi-salaire, et, d'autre part, de la pension d'invalidité.

L'indemnité de demi-salaire varie suivant le montant des cotisations qui auraient dû être versées durant les trimestres servant à déterminer le droit aux prestations. Dans votre cas, la cotisation mensuelle totale aurait dû se monter à 24 francs, soit 72 francs par trimestre. Dans un tel cas l'indemnité journalière ressort, d'après le barème, à 7 francs.

Quant à la pension d'invalidité, elle est égale en principe à 40 % du salaire annuel moyen servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance. Toutefois, si l'intéressé a été immatriculé après l'âge de 30 ans, la pension est réduite à 1/30 par année d'âge ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée dans l'assurance. Il y a lieu, d'autre part, à une réduction d'autant de trentièmes que d'années d'interruption dans le versement des cotisations du fait de l'assuré.

Le salaire de base servant au calcul des cotisations pour les domestiques et gens de maison, est celui fixé forfaitairement par l'arrêté ministériel à 3.600 francs pour les femmes, dans les communes de moins de 3.000 habitants.

3.106. — Durée des prestations spéciales

J'ai une malade qui est spécifique depuis trois ans.

Depuis trois ans elle se soigne, mail il faut compter l'exode de un an pendant laquelle aucun soin n'a été donné.

En ce moment les réactions sérologiques sont positives.

Les Assurances sociales refusent les remboursements, trouvant le traitement trop long.

Ce n'est pas mon avis. Comment faire pour que cette assurée soit remboursée ?

Dr B.

Réponse

Aux termes de l'article 6 § 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint *d'une maladie ne compor-*

tant pas cessation de travail reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales, dont le montant et les conditions sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.

C'est sur ce texte que la Caisse s'appuie pour refuser les prestations après la période de deux ans, qui, en tenant compte de l'année de l'exode, pendant laquelle elles n'ont pas été dispensées, est actuellement terminée.

AUTOMOBILISME

3.226. — Procédé de déshydratation de l'alcool

Je lis toujours avec attention les articles du *Concours* mais je n'ai point vu un numéro où vous avez traité d'un procédé pratique de déshydratation de l'alcool (par le carbure je crois). Le numéro ne m'est sans doute pas parvenu.

Je vous serais reconnaissant de de me le faire connaître.

Dr D.

Réponse

Le procédé de déshydratation de l'alcool auquel vous faites allusion n'a pas été décrit dans le *Concours Médical*, j'en ai seulement parlé incidemment. Il consiste à mettre dans l'alcool hydraté quelques morceaux de carbure de calcium (l'eau de l'alcool se combine avec le carbure pour donner de la chaux, l'acétylène qui se dégage reste pour la plus grande part en solution dans l'alcool).

Il suffit ensuite de décanter.

La proportion de carbure à utiliser dépend évidemment du degré de l'alcool.

Comme il faut un demi-litre d'eau par kilogramme de carbure, il faudra pour de l'alcool à 90° par exemple, qui contient 12 % d'eau, un kilogrammes par litre d'alcool.

Après traitement, laisser reposer longtemps et décanter.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

2.056. — Réapprovisionnement des propharmaciens

Je lis dans mon journal Le *Concours Médical*, l'article sur la répartition du coton hydrophile ; cet article parle de la répartition aux cabinets médicaux par l'intermédiaire des pharmaciens, et de la répartition aux pharmaciens ; mais il ne parle pas de la répartition aux pro-pharmaciens pour lesquels il est bien difficile maintenant de faire des pansements. Pouvez-vous me renseigner à ce sujet ?

Dr L.

Réponse

Les pro-pharmaciens, ainsi que les pharmaciens, doivent pour se réapprovisionner, s'adresser au Comité d'organisation des Industries pharmaceutiques, 4e section, dont le siège est à Paris, rue du Cherche-Midi, no 27.

LE CONCOURS MÉDICAL

• ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS •

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : TRUdaine 33-66





Soixante-troisième année — N° 27 — 6 Juin 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............. 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 185. — Excellent poste médic. tenu pendant 48 a. A prendre par suite décès. Ecr. Mme Vve Blondeau à Mamers (Sarthe).

N° 186. — Une place d'assistant est offerte à confr. franç. ds mais. de santé banlieue Paris. S'adr Dr Bussard, 8, av. du 11-Novembre à Bellevue. (S.-et-O.)

N° 187. — A céder après décès, poste méd. génér. appareils prof. radioscopie-diathermie U. V. S'ad. Mme Bouchet, 19, rue Les Dignières à Grenoble. (Isère).

N° 188. — Médecin chirurg. Franç. cherche pour raison famille remplacem. ou assist. dans zone non occ. Dr Duvallon, Villa Roches grises, Maganosc (Alpes-Maritimes).

N° 189. — Directeur important étab. hospit. possédant meilleures référ. capacité et moralité, recherche poste directeur clinique, maison santé ou sanat. Ecr. M. Gillet, 10, rue de Nancy, à Paris, et M. P. Ribeyre, 8, rue Auguste Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 190. — Confr. recevrait enfants fatigués ou convalescents. Dr Lavie, Rte de Fréjus, Cannes-la-Bocca (Alpes-Maritimes).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Aisne, petite ville, suite décès, clientèle de 17 ans. Belle habitation, loyer 4.000 francs, très bon rapport, prix moitié.

Paris. Clinique accouchements, clientèle de 37 ans, 10 lits, 130 à 150 accouchements annuels, très belle installation, prix à débattre.

Banlieue Nord. Clientèle de 15 ans, 9 pièces, loyer 9.000 francs, très bon rapport, prix à discuter.

— Quelques postes de campagne à céder.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Renseignements

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.
Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Remplacez l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques tablettes de **Mangaïne**, selon la méthode usitée par Camescasse, à l'hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant, en même temps que la reconnaissance de la maman. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Hôtel du Parc, Saujon (Charente-Marit.) Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

La Roche Posay (Vienne, non occupée). Ouverture 9 juin. Station de la *Peau* et des *Prurits* : eczéma aigu et chronique ; Prurit périnéal, prurigo, urticaire, psoriasis, acné.
Station de *l'arthritisme précipitant* : gravelle, calculs du rein et du foie. *Hypertension artérielle.*
Renseignements : pour zone occupée, 52, rue de Vaugirard, Paris, Tél. Danton 90-65 le matin ; pour zone non occupée, Etablissement de la Roche Posay (Vienne).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Facultés de médecine.** — MM. les Professeurs Aubaret (Faculté de Marseille) et Dieulafé (Faculté de Toulouse) sont admis à la retraite pour ancienneté.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.** — *Concours pour une place d'aide d'anatomie* vacante le 1er novembre 1941. — Ce concours sera ouvert le lundi 6 octobre 1941, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale bureau du Service de santé), à partir du vendredi 5 septembre jusqu'au lundi 15 septembre 1941 inclusivement, de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Les élèves en médecine des hôpitaux et hospices de Paris en exercice, et les anciens élèves, sous la condition toutefois qu'ils ne seront pas pourvus du diplôme de docteur, sont seuls admis à concourir pour les places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

La durée des fonctions des aides d'anatomie est limitée à trois années ; ils peuvent prendre le grade de docteur au cours de leur troisième année d'exercice.

— **Paris.** — M. Serge Gas, directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris membre de l'Académie de médecine, est nommé, tout

en conservant ses fonctions actuelles, directeur de la Famille et de la Santé pour la région parisienne.

— **Etablissements thermaux ouverts.** — Aux listes de stations thermales que nous avons publiées antérieurement, nous pouvons ajouter Barbotan-les-Thermes (Gers), dont l'Etablissement sera ouvert et fonctionnera du 1er mai au 15 octobre 1941, et Luxueil (Haute-Saône) ouvert comme à l'ordinaire du 15 mai au 15 octobre.

— **La distribution de vitamines dans les écoles.** — *La délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés* (secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) *communique* :

La Section de l'alimentation du Comité consultatif d'hygiène, réunie à Vichy, a approuvé sans réserves et à l'unanimité les mesures envisagées et préconisées par M. le Secrétaire général de la Santé, dès le mois d'août 1940, et la distribution de vitamines A, B et C, dans la forme, aux doses et dans les conditions où elle se pratique actuellement.

Cette distribution, en conséquence, continuera à avoir lieu et sera intensifiée pendant les mois d'hiver. Un stock de ces vitamines sera, par ailleurs, réservé à l'usage thérapeutique.

Enfin, une politique d'éducation sanitaire sera suivie afin de démontrer à la population, d'une part, l'intérêt que présente cette distribution de vitamines, d'autre part, la nécessité de tirer parti au maximum des produits naturels pour équilibrer dans les meilleures conditions son alimentation.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame G. LARDET sont heureux de vous faire part de la naissance et du baptême de leur troisième enfant, *Georges*.

Salornay-sur-Guye, 8 mai 1941.

— Le Docteur LE BIGOT et Madame ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fils *Guy*.

Saint-Pol-de-Léon (Finistère), 6 juin 1941.

— Francine, Philippe et Gilbert DELAGRANGE ont la joie de vous faire part de la naissance de leur petit frère *Bernard* et de leur petite sœur *Lucile*.

39, boulevard La Tour-Maubourg, Paris, 6 juin 1941.

Nos plus sympathiques compliments à M. Jacques Delagrange, directeur de la Société d'applications pharmaco-dynamiques, et à sa famille.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Louis DURAND, de Maubourguet (Hautes-Pyrénées), chevalier de la Légion d'honneur.

— Madame et le Docteur R. BOUTEILLE, de Gournay-en-Bray (Seine-Inférieure) ont la douleur de faire part du décès de leur fille *Andrée-Jeanne-Agnès*, décédée le 22 juin 1941, à l'âge de huit jours.



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

I. — Conseil supérieur de l'Ordre

Communiqué

Au cours de sa 8e session, du 21 au 25 juin 1941, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a, parmi les nombreuses questions soumises à son examen, porté une attention particulière sur les points suivants :

— La fixation du nombre maximum des médecins admis à exercer leur art dans un département donné ; étude faite à la demande de plusieurs Conseils départementaux et de nature à réduire la pléthore médicale.

— La retraite professionnelle ; le Conseil supérieur a, sur cette question essentielle — qu'il n'a cessé d'envisager au cours de ses sessions successives — pris des décisions qui permettront dans un délai rapproché, la mise sur pied définitive de cet important projet.

— Le statut particulier de la médecine du travail ; étude faite avec la collaboration des spécialistes les plus qualifiés.

— L'étude de l'organisation de la chirurgie.

— Le Conseil supérieur a continué à s'intéresser au problème du médecin prisonnier. Cette question se heurte d'ailleurs à de nombreuses difficultés, mais les représentants du Conseil supérieur ont, au cours de plusieurs entrevues avec les autorités compétentes, acquis la conviction que des améliorations seront bientôt obtenues dans la situation des médecins prisonniers.

II. — Conseil de l'Ordre des Médecins du Département de la Seine

Communiqué

Le Conseil de l'Ordre du département de la Seine rappelle l'organisation du service automobile de nuit, strictement réservé aux médecins et fonctionnant dans les conditions suivantes :

1° Stationnement des voitures et appel.

Les voitures stationnent dans les hôpitaux suivants où les médecins pourront les appeler de 20 heures à 8 heures :

Hôtel-Dieu, 1, Place du Parvis Notre-Dame, tél. Odéon 25-71.

Maison municipale de la Santé, 200, Faubourg Saint-Denis. Tél. Nord 16-07.

Marmottan, 19, rue d'Armaillé, tél. Etoile 44-79.

Necker, 151, rue de Sèvres, tél. Ségur 07-25.

2° Tarif.

Prise en charge : 5 francs pour 350 m.

Tarif kilométrique : 1 franc pour 350 m.

Heure arrêtée : 40 francs.

Indemnité de retour par voiture laissée à plus de 1.600 mètres de l'ancienne enceinte fortifiée : 2 fr. 50 par zone de 800 m.

3° Emploi et contrôle.

L'usage de ces voitures sera réservé aux *seuls* médecins. Ils devront justifier de leur identité, de l'utilisation de la voiture, par la remise au conducteur d'un soussigné établi sur papier à en-tête, désignant l'heure de la course et son but.

Les soussignés seront régulièrement envoyés au Conseil de l'Ordre de la Seine, qui procèdera aux vérifications et sanctionnera tout abus.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

N° 2.290. — *Loi du* 29 *mai* 1941 *portant modification du régime des tarifs des assurances maladie-maternité.*

Art. 1er. — § 1er. — Les Caisses d'Assurances sociales, en ce qui concerne la maladie et la maternité, et les unions régionales, en ce qui concerne les soins aux invalides, avancent ou remboursent, aux assurés sociaux, les frais de médecine générale et spéciale, les frais chirurgicaux, les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure, les frais de déplacement du praticien et de transport des malades, les soins dentaires, les soins donnés par des auxiliaires médicaux, les frais d'accouchement, d'après des tarifs minima de responsabilité, établis dans les conditions ci-après.

§ 2. — Ces tarifs sont arrêtés par le secrétaire d'Etat au travail et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé d'après une nomenclature des actes professionnels, établie par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Ils sont fixés pour chaque département ou groupe de départements après consultation :

a) Des Caisses d'assurances sociales et de leurs unions ;

b) De l'Ordre des médecins pour les frais de médecine générale et spéciale, de chirurgie, les soins dentaires, les soins donnés par des auxiliaires médicaux et les frais d'accouchement ;

c) Des groupements professionnels de praticiens intéressés pour les soins dentaires et les frais d'accouchement ;

L'Ordre des médecins, les groupements professionnels ou les organismes susvisés ont un délai de trois mois à dater de leur consultation par le secrétaire d'Etat au Travail, et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, pour fournir leur avis sur le tarif qui leur est soumis. L'absence de réponse dans ce délai est considéré comme une approbation.

Art. 2. — La participation de l'assuré aux frais résultant des tarifs susvisés est fixée à 20 p. 100.

En cas de maternité, les bénéficiaires ne supportent aucune participation.

Art. 3. — A compter du 1er juillet 1941 et jusqu'à la publication des tarifs prévus à l'article 1er, les Caisses d'assurances sociales et les unions régionales avancent ou remboursent aux assurés les frais susvisés sur la base d'un tarif qui ne pourra être inférieur au tarif fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938 et des arrêtés qui pourront être pris, pour le modifier, par le secrétaire d'Etat au Travail, après avis conforme du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 4. — Les frais dus par les Caisses d'assurances sociales pour les assurés sociaux indigents et leurs ayants droit au titre des frais d'hospitalisation proprement dits, non compris les honoraires médicaux, sont fixés, à compter du 1er janvier 1941, sur la base des tarifs applicables aux hospitalisés du service de l'Assistance médicale gratuite fixée annuellement par les préfets, conformément aux dispositions de la loi du 13 juillet 1935. La participation prévue à l'article 2 est supportée par les collectivités d'assistance pour les assurés régulièrement admis au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite.

Art. 5. — Les Caisses d'assurances sociales et leurs

unions régionales ne peuvent créer, organiser ou développer des services ou établissements, distribuant des soins ou participant au diagnostic, au traitement ou à la cure d'assurés sociaux, sans avoir obtenu l'autorisation du secrétaire d'Etat au Travail et l'agrément technique du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. Ces services et établissements sont soumis au contrôle administratif et financier du secrétaire d'Etat au Travail et au contrôle technique du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 6. — Le contrôle médical de la valeur, de l'opportunité, de l'étendue et de la durée des soins nécessaires aux assurés sociaux est effectué sur la demande des caisses ou de leurs unions par un ou plusieurs médecins contrôleurs rémunérés par lesdites caisses ou unions.

L'organisation de ce contrôle et la désignation des médecins qui en sont chargés sont fixées par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 7. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales qui sont contraires à la présente loi.

(*J. O.*, 24 juin 1941).

Ecole du service de Santé militaire

Avis de concours

Un concours sera ouvert le 26 août 1941, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'école du service de santé.

Les candidats devront faire parvenir directement au ministre secrétaire d'Etat à la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Royat (Puy-de-Dôme), une demande d'inscription établie sur papier timbré. S'ils sont présents sous les drapeaux ou dans les chantiers de jeunesse, leur demande devra être adressée par la voie hiérarchique.

Le registre d'inscription sera ouvert à Royat (Puy-de-Dôme), le 6 juillet 1941 et clos le 30 juillet 1941, à midi.

Peuvent prendre part à ce concours :

Section médecine (troupes métropolitaines) :

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

2° Les étudiants en médecine pourvus de quatre et huit inscriptions valables pour le doctorat.

Les limites d'âge imposées sont les suivantes :

Les candidats devront avoir dix-sept ans au 31 décembre 1941 ou avoir eu, au 1er janvier 1941, moins de vingt-trois ans pour les étudiants P. C. B., moins de vingt-quatre ans pour les étudiants concourant à quatre inscriptions de médecine ou moins de vingt-cinq ans pour es étudiants concourant à huit inscriptions de médecine.

Le nombre d'élèves à admettre est, en principe, fixé à vingt. Aucune admission n'est prévue pour la section de médecine (troupes coloniales) et pour la section de pharmacie.

Les épreuves écrites seront subies à Alger, Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille, Montpellier et Toulouse ; les épreuves orales à Lyon et à Marseille.

Le programme des épreuves du concours est le même que celui prévu pour le concours de 1939.

Voir la suite page XXXV-1213

PROPOS DU JOUR

SAVANTS INNOVATEURS DÉDAIGNÉS ET MÉCONNUS

Ch. Nicolle considère que les inventeurs de génie ne doivent rien à la logique, ni à la raison, ils seraient, comme les poëtes, sujets à de brusques inspirations. Cependant l'aphorisme de Buffon qui définit le génie une longue patience, s'accorde mieux avec les longues recherches et les travaux opiniâtres d'innovateurs de génie, tels que Léonard de Vinci, Pascal, le moine Grégor Mendel, Pasteur et tant d'autres. C'est ce que fait remarquer un autre savant laborieux, éminent innovateur, M. Auguste Lumière, dans le livre si intéressant qu'il vient de publier : *Les fossoyeurs du progrès, Les mandarins contre les pionniers de la science* (1).

Quoiqu'il en soit Ch. Nicolle et Auguste Lumière tombent d'accord pour constater l'incompréhension, et souvent la mauvaise foi, du personnel officiel des Académies et Instituts, fondés dans le but d'étudier les grands problèmes scientifiques. Les spécialistes éminents qui sont à la tête de ces organisations, sont intoxiqués par les notions dogmatiques qu'ils ont toujours professées et ces « conformistes », comme les appelle Auguste Lumière, ne peuvent pas sortir de l'ornière de la science officielle, ornière qu'ils ont toujours suivie. A ce motif s'en ajoutent souvent beaucoup d'autres moins nobles : amour-propre, orgueil, jalousie, intérêt, etc., etc...

Dans une partie de son ouvrage, intitulée *Le Calvaire des novateurs*, Auguste Lumière fait l'historique résumé des déboires de ces derniers et des persécutions dont ils ont été victimes. La liste comprend 103 noms et elle est loin d'être complète. Nous nous contenterons d'en extraire et d'en résumer ce qui a trait aux sciences médicales ou ce qui concerne des médecins.

Celui qui fut la plus indiscutable victime et dont l'histoire typique montre jusqu'où peut aller la méchanceté et l'incompréhension de maîtres routiniers, est sans contredit Semmelweis, élève de Skoda et de Rokitansky à l'Université de Vienne. Docteur en 1844, il entra en 1846 comme assistant dans le service d'accouchements du Professeur Klin. Alors 96 % des accouchées y mouraient de fièvre puerpérale. Semmelweis attribua l'infection à la malpropreté des mains des étudiants qui, au retour de la salle de dissection, venaient dans le service. Il leur prescrivit de se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux. Klin trouva cette mesure ridicule et fit révoquer son assistant. A Venise, où il était allé après sa révocation, Semmelweis apprit la mort de son ami, l'anatomiste Kolleischka, de septicémie après une piqûre anatomique. Il fut convaincu que cette septicémie était identique à celle des accouchées. De retour à Vienne, admis dans le service de Bartch, il obligea les étudiants à se désinfecter sérieusement avec une solution de chlorure de chaux. La mortalité tomba à 12 % et l'infection puerpérale finit par disparaître à peu près complètement. La haine de Klin ne désarma pas. Malgré l'appui de Skoda, d'Hebra, de Rokitansky, Klin ameuta l'Université, les étudiants et même la population de Vienne contre Semmelweis qui, de nouveau révoqué en 1849, chassé de Vienne, devint fou et mourut en 1865 dans un asile d'aliénés à l'âge de 47 ans.

Si nous avons cité tout d'abord l'histoire de Semmelweis, c'est parce que c'est l'exemple le plus typique de l'influence malfaisante d'un maître, le Professeur Klin, vexé de la découverte de son assistant. La haine de ce maître le poursuivit jusqu'à l'étranger, les Sociétés Savantes d'Allemagne et d'Angleterre ne refusèrent-elles pas les communications de Semmelweis sur sa découverte !

Mais ce cas ne fut pas unique dans l'histoire des sciences. Nous pourrions remonter à Copernic, docteur en médecine de Padoue, obligé de cacher ses découvertes astronomiques ; à Galilée, docteur en médecine de Pise, qui, un siècle plus tard, dut rétracter ses observations ; à André Vésale, victime des préjugés de son époque ; à la découverte et au supplice de Michel Servet. Au XVIIe siècle le médecin Jean Rey, fut en butte à l'incompréhension et aux persécutions de ses confrères, pour ses découvertes qui en faisaient le précurseur de Pascal, de Torricelli, de Lavoisier. A la même époque, la Faculté de médecine de Paris et son doyen Guy Patin, s'acharnèrent sur Théophraste Renaudot, innovateur génial, docteur de Montpellier. Encore au XVIIe siècle, de Graaf, l'anatomiste hollandais, qui étudia le pancréas et le suc pancréatique et découvrit les follicules qui portent son nom, calomnié, persécuté, dut successivement émigrer à Angers à l'âge de 32 ans. Toujours à la même époque le mathématicien de Montpellier Jean Denys, découvrit et appliqua plusieurs fois

(1) Lyon, imprimerie Léon Sézanne, 75, rue de la Buire, 1941.

avec succès, la transfusion du sang d'abord sur des animaux, puis avec le sang artériel d'un agneau sur l'homme. La transfusion du sang fut de nouveau condamnée par la Faculté en 1821. Elré de Bordeaux, en 1871, renouvela les expériences de Denys ; Jeanbrau, Hedon, Cruchet démontrèrent ensuite que la transfusion était inoffensive même de l'animal à l'homme en prenant de minutieuses précautions.

Citons encore parmi les méconnus du XVIIe siècle, Goiffon, médecin à Lyon et plus tard Riberty, de Montpellier, qui affirmèrent que les maladies infectieuses se propageaient par des êtres vivants invisibles.

A peu près vers la même époque, Denis Papin, de Blois, docteur en médecine de Paris, inventeur de la marmite qui porte son nom, de la soupape de sûreté, était persécuté comme protestant. Il dut émigrer en Allemagne et fut victime sur la Weser de la barbarie de la corporation des bateliers de Loch qui mirent en pièces le bateau à vapeur, sa géniale découverte.

Rappelons que de Peyssonel, médecin de Marseille, qui démontra que les coraux étaient des animaux, mourut ignoré en France bien que connu en Angleterre ; que Nicolas Le Blanc, médecin du Duc d'Orléans, trouva le procédé de fabriquer la soude avec le sel marin, mourut ignoré ; que Courtois qui, avec Séguin, parvint à extraire la morphine de l'opium et découvrit l'iode, mourut dans la misère ; qu'Auenbrugger qui inventa à Vienne la percussion, ne put intéresser personne à sa découverte qui, trente huit ans après, fut répandue par Corvisart. Laennec, malgré sa situation officielle, ne put faire prendre au sérieux l'auscultation par les médecins de son époque. Le dentiste américain Horace Wels, qui, le premier, appliqua l'anesthésie par le protoxyde d'azote, puis par l'éther, vit son invention exploitée par Jackson et Morton. L'Académie des sciences attribua le prix Montyon à Jackson, et Wels mourut misérablement, sans doute par suicide. Plus typique est l'histoire de Heckmann, qui crut avoir trouvé un procédé pour supprimer la douleur. Ayant échoué dans une expérience, l'Académie des sciences refusa de prendre en considération sa découverte et Magendie, faisant à cette occasion l'éloge de la douleur, affirma que sa suppression outragerait la morale et nuirait à la Santé publique ! !

Boucher de Perthes, ne put obtenir qu'on prît au sérieux l'existence de l'homme préhistorique parce que Cuvier avait nié la possibilité de l'homme fossile, *opinion de génie*, suivant l'expression d'Elie de Beaumont, et qui devait suffire à l'Académie des Sciences, pour condamner les observations de Boucher de Perthes. L'illustre Darwin fut refusé à l'Académie des Sciences, le même Elie de Beaumont, secrétaire perpétuel, ayant prétendu qu'il était un amateur intelligent mais non un savant ! !

L'anatomiste Gratiolet, malgré son grand talent de professeur, mais d'une extrême modestie, dut végéter toute sa vie suppléant un maître après l'autre, au Muséum, au Collège de France, à la Sorbonne, et ne se vit attribuer une chaire à la Faculté des Sciences que quelques mois avant sa mort.

Inconnue la découverte des colloïdes par Baudrimont, professeur à l'Ecole de Bordeaux, et ce fut vingt ans après, que Graham annonça l'existence des colloïdes. Qui sait que Bretagnini découvrit en 1865 l'action du salicylate de soude, exhumée douze ans après par Stucker et répandue par Germain Sée ? Que Paulesco, professeur à Bucarest, découvrit l'insuline qui, ressuscitée par Banting, valut à ce dernier le prix Nobel ? Et Cros qui délaissa la médecine pour inventer le phonographe qu'il appelait paléophone, et qui ne put lancer sa découverte, étant trop pauvre pour prendre un brevet. Et de Vauréal, modeste médecin parisien, qui, vers 1870, appliqua l'hypochlorite de soude au traitement des plaies, se servit du permanganate de potasse pour rendre potables les eaux suspectes, fixa, avant Variot, la ration des nourrissons d'après leur taille et, avant Charles Richet, préconisa l'usage de la purée de viande crue.

L'éducation des sens (la méthode médico-pédagogique) fut inventée il y a plus d'un siècle en France par Itard, médecin des sourd-muets, qui l'appliqua au Sauvage de l'Aveyron ; elle fut développée ensuite par le Français Seguin, puis par Bourneville, médecin de Bicêtre ; introduite en Italie par Mme Montessori, elle fut réimportée en France comme une nouveauté étrangère par des pédagogues primaires et ignorants. Pasteur lui-même, élu à l'Académie de médecine à une seule voix de majorité, y subit de nombreuses attaques *a priori*, aussi venimeuses que mal fondées. Enfin on imagina contre les doctrines d'Auguste Lumière la conspiration du silence, car elles réduisaient à néant les dogmes admis comme classiques sur l'anaphylaxie et la transmission de la tuberculose.

Mais arrêtons là cette énumération qui deviendrait interminable et fastidieuse si nous citions tous les faits de ce genre dont nous avons connaissance.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DE LA GROSSESSE

Par Henri VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté,
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

La continuation des rapports sexuels pendant la grossesse peut n'avoir absolument aucun inconvénient. Mais il arrive qu'un seul rapport interrompe une grossesse désirée, par avortement ou par naissance d'un enfant prématuré et il arrive, aussi, qu'un rapport malencontreux soit à l'origine d'une infection puerpérale. Or, trop de ménages ignorent cette note pessimiste, et, si certains s'en informent, il conviendrait, peut-être, comme le recommande Metzger, d'aborder ce sujet systématiquement avec ceux qui n'en parlent pas.

Ce n'est pas que le sujet soit toujours facile à traiter, ni même qu'il soit facile au médecin de se faire une opinion.

***

On trouve, dans les vieux auteurs, toute une littérature sur le fait que les femelles pleines se dérobent aux approches du mâle, et l'on a voulu en tirer des enseignements sur ce qui serait physiologique pour l'espèce humaine.

Mais, même si la continence gravidique est la règle chez les animaux, elle comporte de nombreuses exceptions : l'on en a observé chez la jument, chez la vache (au cours des trois ou quatre premiers mois, d'après Cornevin), chez la lapine, soit que la femelle pleine recherche le mâle, soit qu'elle subisse sans résistance ses tentatives. Dans l'ensemble, cependant, il n'est pas injustifié de conclure que l'instinct de la femelle pleine s'oppose à l'acte sexuel.

L'excitation génésique d'une part, le coït pratiqué au cours de la gestation d'autre part, comportent un risque élevé d'avortement si l'on s'en rapporte à l'enseignement des vétérinaires classiques. Saint-Cyr et Violet par exemple, dans leur *Précis d'obstétrique vétérinaire* (1888, p. 290), parlant des saillies pratiquées par erreur ou par imprudence chez des femelles pleines, estiment que les excitations portées sur le col utérin par la verge du mâle sont une cause d'avortement.

***

Dans l'espèce humaine, le comportement de l'appétit sexuel est très variable. 1° La grande majorité des femmes gardent leur appétit sexuel habituel, que celui-ci ait été jusque-là minime ou qu'il ait été accentué.

2° Certaines femmes prennent le dégoût des rapports sexuels et, même, le dégoût de leur mari; ceci s'observe, en particulier, chez les vomisseuses; le dégoût peut être modéré ou peut être insurmontable. Ce dégoût du mari doit être bien connu du médecin « pour mettre les choses au point » avec l'intéressé, ce qui n'est pas toujours facile.

3° Certaines femmes voient augmenter leur tempérament ce qui est bien compréhensible, étant donné le branle-bas endocrinien de la grossesse. Chez quelques-unes même, on a pu parler d'une véritable nymphomanie (1).

De ces trois éventualités, on a publié des histoires à toutes les époques et, en ce qui concerne mon champ d'observation, je pourrais en raconter d'inédits pour chacune d'elles.

---

(1) A titre de curiosité, je cite ici une observation de Robertson Proschowsky, parue dans le *Journal des Praticiens* du 1er juin 1929, p. 368 et intitulée « Une femme peut-elle ressentir l'orgasme sexuel avec son propre fœtus ? » « Cette question est effroyable, avoue l'auteur. La littérature médicale d'aucune langue ne l'a jamais posée. Et pourtant la chose existe. Il m'est arrivé de recevoir des confidences qui ne laissent aucun doute. Il s'agit sans doute d'une femme d'une sensualité débordante. Dès l'âge de 7 ans, pratiques solitaires plusieurs fois par jour. A 14 ans, ivresse érotique à l'occasion du premier rapport sexuel. Puis renouvellement du délire à chaque rapprochement, que ce fût avec le même homme ou un autre, ce qui arrivait souvent. Un simple examen médical, la vue d'un homme bien râblé dans la rue lui révulsaient les yeux ou la précipitaient dans un endroit solitaire où elle pût soulager sa honte. A l'âge de 28 ans, elle devint enceinte et c'est alors que le phénomène se réalisa. Les mouvements du fœtus lui procuraient une excitation sexuelle, chaque fois qu'ils se prononçaient dans la région du bas ventre. Elle contait cela simplement, comme si les choses n'eussent pu se passer d'autre façon et elle attendait avec délice les mouvements provocateurs. L'accouchement s'opéra sans encombre ; mais, deux jours après, le feu se ravivait et circulait dévorant.

Cette femme était une gaillarde, solidement campée. Ses sens, tels que l'odorat, jouissaient d'une subtilité rare... Elle donnait l'impression d'appartenir à un type humain primitif, ayant la mentalité puérile et la gaieté exubérante des races sauvages qui peuplent certaines îles de l'Océanie. Elle était fille d'un juif français et d'une Espagnole d'Andalousie. »



Toujours est-il qu'il n'y a pas de modification constante de l'instinct sexuel. Nous ne pouvons, donc, trouver là un fondement pour les conseils que nous devons à nos clientes.

On a cherché dans les faits recueillis par les ethnographes des arguments pour ou contre les pratiques sexuelles au cours de la grossesse. Si je m'en rapporte à la très documentée compilation que Louis Bouchacourt a publiée sur l'*Hygiène de la grossesse et la puériculture intra-utérine* (1905, p. 192), je constate que beaucoup de peuples primitifs ont défendu le coït pendant la grossesse : les Chaldéens, les Parsis à partir de quatre mois et dix jours (eh ! eh ! à partir du moment où les caduques sont définitivement soudées ?), les Musulmans, les Nègres africains équatoriaux et sénégalais. Van Gennep, dans ses *Rites de passage* (1909, p. 57), rapporte les mesures d'isolement rigoureux qui sont appliquées aux femmes enceintes dans de nombreuses tribus sauvages de par le monde. Mais, comme le remarque Havelock Ellis, le fait n'est pas constant et, d'autre part, s'agit-il d'un instinct fondé sur une réalité physiologique ou d'une superstition sans valeur ?

La notion de rite nous amène à envisager sommairement les enseignements des grandes religions. Sans faire étalage de noms, disons que certains Pères de l'église ont défendu le coït au cours de la grossesse (il faut laisser tranquille le champ ensemencé), que d'autres l'ont considéré comme péché véniel (sauf s'il y a danger d'avortement) et que d'autres n'y voient pas le plus petit péché, — que le Talmud n'y serait pas favorable — et que le Coran l'interdirait formellement et, même, jusqu'à la fin de l'allaitement.

Il nous reste à passer en revue les principales opinions, qui ont été émises par les médecins. La plupart de ceux, qui en ont parlé, y étaient opposés. Hippocrate, le père de la médecine, Soranus qui fut le père de la gynécologie, Mauriceau, Levret, Tarnier défendaient le coït pendant la grossesse. Et bien d'autres accoucheurs encore. Du nombre fut Pinard qui, en une phrase lapidaire imprimée sur les murs de son service, édicta une prohibition absolue des rapports pendant la grossesse.

Sans entrer dans le détail des opinions émises, ni, surtout, des pathogénies invoquées, nous relèverons quelques points intéressants.

A Levret, nous devons la notion que la plupart des fausses couches de cause inconnue relèveraient d'un coït intempestif.

Gardien, en 1807, semble avoir été le premier à suggérer le danger du coït lors des règles absentes.

De Soyre, en 1889, rapporte l'histoire de deux époux qui se gardaient du coït pendant toute la grossesse par peur de l'avortement et qui, à plusieurs grossesses, déclanchèrent l'accouchement au jour de leur choix près du terme, par coït.

Tarnier aimait à citer, sur ce sujet, un vers un peu pompier :

Et ce qu'amour a fait, amour peut le défaire.

Il était nettement hostile au coït et signalait que la simple introduction du doigt pour un toucher vaginal peut déclancher un avortement, pour peu qu'il y ait prédisposition.

D'autres auteurs ont insisté sur les méfaits d'un coït trop énergique, de coïts trop répétés.

D'autres ont insisté sur les époques où le risque d'interruption serait plus élevé : le début de la grossesse, alors que le rythme ovarien présidant à l'hémorragie menstruelle n'est pas encore assagi et équilibré par les forces présidant au maintien de la grossesse ; — les quatre premiers mois, c'est-à-dire avant la soudure des caduques ; — le dernier mois, car l'utérus devient de plus en plus sensible à toute espèce d'excitation.

D'autres accoucheurs permettent le coït. Dionis, qui était contemporain de Mauriceau et qui était son cousin, professait un avis absolument opposé à celui de son illustre parent. Il apporte à l'appui de son dire, l'observation de sa propre femme, à qui il avait fait gaillardement vingt enfants (alors que Mme Mauriceau était stérile) ; vingt fois, les grossesses allèrent à terme et, pourtant, le ménage Dionis continuait une vie sexuelle « avantageuse ». Dionis en conclut que « les caresses du mari ne gâtent rien . »

D'autres, enfin, non seulement ne déconseillent pas le coït, mais, même, ils le conseillent. Pour Aristote, la pratique habituelle du coït facilite l'accouchement. Laurent Joubert conseillait le coït avant l'accouchement pour « ébranler le croupion » et « rendre le passage glissant ».

***

A ce résumé historique, nous ajouterons quelques opinions plus récentes. Pour Ludwig Ballin, il ne semble pas que les rapports sexuels puissent provoquer l'avortement au cours de la première moitié de la grossesse ; ainsi l'abstinence complète lui apparaît comme dépourvue de raison médicale sérieuse pendant les cinq premiers mois, sauf quand il y a anomalie génitale, rétroflexion, infantilisme, etc. Mais, entre le sixième et le huitième mois, il peut en résulter des hémorragies, la rupture prématurée des membranes et la fièvre. Il faut, donc, conseiller une réduction du sixième au huitième mois et il faut prescrire l'abstinence complète à partir du huitième mois

jusqu'à la quatrième ou, mieux, sixième semaine après la naissance (1).

A. Bar, dans deux cas de fièvre puerpérale, a cru pouvoir conclure que le coït pratiqué quelques heures avant l'accouchement devait être considéré comme la cause de l'infection ; il a retrouvé les mêmes germes dans les sécrétions vaginales et dans la cavité préputiale (2).

Batisweiler (3) considère qu'au début de la grossesse, le coït peut déterminer des hémorragies et des avortements. Plus tard, il faut craindre des accouchements prématurés s'il y a excès et s'il y a prédisposition ; mais, dans des conditions normales, le coït est sans danger. Dans les dernières semaines, le coït peut amener la rupture prématurée des membranes et l'infection. Le coït dans les suites de couches jusqu'à la quatrième semaine comporte un gros risque d'infection grave.

De Lee, dans ses excellents *Principles*, proscrit le coït à cause du risque d'avortement et aussi, parce que tout choc nerveux est mal supporté par une femme, dont les énergies nerveuses sont déjà « surtaxées ». Le coït aggrave la leucorrhée et, souvent, il augmente les nausées et vomissements.

Passons maintenant aux conseils que donnait en 1937 Adair dans un très bref et très sage petit livre qu'il a publié sur l'hygiène de la grossesse avec la collaboration de Danforth, Kosmak et Denormandie et sous le patronage de l'*American Committee on maternal Welfare*, lequel groupe l'activité de toutes associations scientifiques et médico-sociales, non officielles et officielles, étudiant la femme enceinte ou la secourant. Adair s'exprime ainsi : «Chez la femme bien portante, les rapports n'ont pas d'inconvénients aussi longtemps que l'abdomen n'est pas trop volumineux. Ils seront absolument interdits dans les six dernières semaines de la grossesse à cause du risque d'infection. Il est nécessaire d'en faire comprendre le danger à la femme. Si elle a une tendance à l'avortement ou à l'accouchement prématuré, le coït sera interdit. La femme n'aura pas de rapports pendant le temps qui correspond aux règles absentes. Le fait que la nature tend à décourager les rapports pendant la grossesse est bien prouvé par le fait que beaucoup de femmes en perdent le désir après le quatrième ou cinquième mois».

Parmi les auteurs récents, nous citerons aussi les paroles pondérées de Metzger : « On a fort exagéré, dit-il, les risques du traumatisme sexuel ; sans doute, dans certains cas (col très bas et très au centre), il faut être prudent ; mais le plus souvent, le col très en arrière dans le cul-de-sac postérieur n'est pas en danger, et il n'y a aucune restriction à apporter. D'ailleurs, comment concilier notre organisation sociale du mariage et une théorie poussant à l'abstention pendant la grossesse, les suites de couches... et peut-être l'allaitement. Allez-vous désunir un jeune ménage, dans la crainte chimérique d'interrompre une grossesse qui est solide et organisée pour continuer envers et contre tout ! »

J'aurais voulu, pour terminer cette revue, retrouver l'indication bibliographique d'un travail espagnol ou italien dont l'auteur prônait, comme moyen radical de combattre l'avortement habituel, la suppression pure et simple du coït pendant la grossesse. Il n'aurait jamais eu d'insuccès (1).

***

En somme, il est indéniable que l'équation coït = avortement obligatoire ou l'équation coït = avortement très fréquent n'auraient pas de bon sens. Point n'est besoin d'insister. S'il en fallait une preuve, nous citerons Brouardel. Celui-ci rapporte le cas d'une femme qui, pour obtenir avortement, se fit coïter énergiquement par son mari et, avec l'assentiment de celui-ci, par un partenaire de renfort... sans succès.

Ceci posé, il n'en reste pas moins que le coït pendant la grossesse comporte des risques. La femme enceinte doit en être prévenue. Mais ce n'est pas tout et il conviendrait, pour bien faire, de lui donner des conseils précis.

Le risque existe réellement et spécialement à deux époques : c'est à savoir le dernier mois (pour lequel tout le monde est d'accord, d'autant mieux qu'au risque interruption s'ajoute le risque infection) et, d'autre part, les périodes qui correspondent aux règles absentes. Cependant, cette seconde notion est un peu théorique ; car la plupart des femmes ne sont pas capables de s'astreindre à la comptabilité nécessaire pour fixer l'échéance de ces périodes et, d'autre part, il y a tellement d'irrégularités dans le rythme menstruel de la plupart, que cette comptabilité est un peu illusoire.

---

(1) LUDWIG BALLIN. Fur Frage Schwangerschaft und Geschlechtverkehr. *Munch. Med. Wcchr.*, 2 août 1929.

(2) A. BAR. — Beitrag zur Frage der Koitusinfektion als Irsache des Puerperalfiebers. *Munch. Med. Wochr.*, 2 août 1929.

(3) BATISWEILER. — Coït et étiologie de l'infection puerpérale. *Zent. fur Gyn.*, 26 septembre 1931, p. 2858.

(1) Pour plus de documentation, on lira VAYSSETTES. De l'accouchement prématuré. *Thèse* de Lyon, 1881. — SÉRAPION. Fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré. Thèse de Paris, 1907 et BRENOT. De l'influence de la copulation sur la grossesse. *Thèse* de Paris, 1903.

Pour être complet, signalons un mémoire de Féré (1905) selon lequel l'excès du coït pendant la grossesse peut déterminer ultérieurement des troubles nerveux chez l'enfant.

Le risque est plus menaçant chez certaines femmes : celles qui ont eu des antécédents de fausse-couche à des grossesses précédentes et, dans ce cas, on ne saurait être trop sévère, — les primipares qui ont un utérus asymétrique ou un utérus infantile, — les femmes atteintes de fibrome, — les femmes atteintes d'hydramnios, — les femmes qui ont une grossesse gémellaire, — les femmes qui ont eu une longue stérilité avant la grossesse actuelle ; enfin, les femmes qui ont un col déhiscent. Pour toutes ces femmes, il y a lieu de recommander la continence absolue.

Signalons aussi qu'il existe un risque lorsqu'on reprend les rapports après une période de continence ; on a pu en voir de nombreux exemples à l'occasion des permissions militaires.

A côté de ces risques menaçants que l'on peut prévoir, il en est d'autres qu'il faut déceler. Les rapports sont beaucoup plus dangereux si la femme reste endolorie, si son utérus reste en demi-contraction ; car il est des cas où cet endolorissement se continue insensiblement avec les douleurs de l'accouchement prématuré ou de l'avortement. Il faut, également, se méfier si la femme a des saignements, même discrets, ou de l'ovaralgie après les rapports. Dans tous ces cas, il faut formuler une prohibition.

En dehors de ces cas, il faut parler de modération, mais que veut dire modération ?... Voilà une question bien embarrassante. Modération d'ardeur ? Modération de pénétration ? Modération de fréquence ? « Combien de fois, docteur ? » Que c'est difficile à chiffrer !

Mais, à dire le vrai, y a-t-il un critère pour se permettre de chiffrer ? Il suffit d'un rapport malencontreux pour interrompre une grossesse et à quoi bon défendre des rapports « délectables » si ceux-ci sont sans danger ? C'est ici qu'il faut insister sur ce que nous disions, quelques lignes plus haut, à propos des rapports qui laissent la femme endolorie. C'est la signification de ces cas qu'il importe de signaler à la femme. C'est aussi la signification des méfaits que peuvent causer l'association du coït et de la fatigue.

En dehors de ces prohibitions pour antécédents ou pour symptômes actuels, il n'est de logique pour la femme normale que la prohibition totale.

SUR LE CANCER MAMMAIRE BILATÉRAL

La fréquence du cancer mammaire bilatéral est très diversement appréciée par les auteurs. Pour Finsterer, le cancer primitif ne se voit aux deux seins que dans 0,66 % des cas, alors que pour Judd, de la Mayo Clinic, le deuxième sein est cancéreux dans 10 à 12 % des cas. Ces différences tiennent à ce que le premier auteur parle uniquement du cancer primitif et l'auteur américain du cancer ou primitif ou secondaire des seins.

M. Hartmann a apporté à l'Académie de Chirurgie une statistique de 1.478 cas de cancers du sein, comportant 138 cancers bilatéraux, soit 9 %, chiffre voisin de celui de la Clinique Mayo. La grande majorité de ces observations correspondent à des cancers du second sein sous la dépendance du premier néoplasme et résultent d'une propagation par les lymphatiques.

Quelques points sont à considérer.

Pour distinguer le cancer primitif du second sein du cancer secondaire, se baser sur deux éléments : court intervalle de temps entre la première amputation et la seconde tumeur, cellules tumorales bourrant les lymphatiques (*tumeur secondaire*) ; long intervalle de temps entre les deux néoplasmes, présence dans une partie de la tumeur de lésions indépendantes du système lymphatique (*cancer primitif*).

Le temps écoulé entre la constatation des deux cancers est difficile à préciser ; généralement le second néoplasme se montre dans le cours des deux premières années ou des deux années suivantes, après l'opération du premier.

La tumeur du deuxième sein apparaît, dans un grand nombre de cas, non à la partie interne, voisine du premier cancer, mais à la région supéro-externe.

Faut-il opérer lors de cancer du deuxième sein ? M. Hartmann s'abstient pour les squirrhes atrophiques et se contente alors de la radiothérapie. Il opère, par contre, les autres cancers, sauf s'il existe des métastases concomitantes. Il pense même que, en présence d'une mammite kystique bilatérale, s'il y a dégénérescence cancéreuse d'un côté, la prudence serait d'amputer immédiatement le second sein lorsque la malade a dépassé 40 ans.

M. Métivet a appris de M. Arrou à enlever les masses kystiques du sein par voie sous-cutanée, en conservant les téguments et le mamelon.

M. Desmarest rappelle le rôle de la folliculine dans la genèse de la maladie kystique et des affections adénomateuses des glandes mammaires, et les succès obtenus, dans ces affections, par les injections antagonistes de propionate de testostérone. L'hormonothérapie agit sur l'élément congestif, et arrête le développement des lésions. Le traitement hormonal doit être de longue durée.

P. L.



LA CLINIQUE VÉNÉRÉOLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

COMMENT DÉPISTER LA BLENNORRAGIE FÉMININE CHRONIQUE

D'après le Docteur Ducourtioux (1)

La Clinique

« La blennorragie féminine chronique a une symptomatologie discrète. Elle échappe facilement à un observateur non prévenu ou inattentif. Et, d'ailleurs en prophylaxie sociale, n'est-ce pas souvent après une enquête suscitée par une ou plusieurs contaminations, que nous arrivons à trouver la cause de l'infection là où nous ne pensions pas la trouver ? »

L'urètre.

C'est par l'urètre, qu'il convient de commencer l'examen. Le moment favorable est environ trois heures après une miction. Dans ce canal s'ouvrent de nombreux diverticules glandulaires, qui sont pour le gonocoque des repaires de prédilection. On explore l'urètre féminin en écartant les petites lèvres avec les doigts de la main gauche et en le massant d'arrière en avant avec l'index droit introduit dans le vagin. Il apparaît souvent une trace de sérosité, une goutte muco-, purulente ou franchement purulente, jaune verdâtre, extrêmement suspecte. Les sécrétions, que l'on recueille ainsi, sont étalées sur une lame de verre, en vue d'un examen microscopique. La pression du doigt ne réussit pas toujours à exprimer les glandes et diverticules de l'urètre et c'est ultérieurement, au cours de l'examen, au moment où l'on retire le spéculum, qu'on voit apparaître une goutte au méat. Souvent celui-ci offre un aspect parfaitement normal dans la blennorragie chronique ; parfois cependant, il est rouge, boursouflé par sa muqueuse en ectropion. Au palper, il peut être légèrement sensible, voire même induré.

Les multiples replis de la région périméatique (diverticules, lacunes, cryptes glandulaires) sont des repaires qui, très souvent, abritent le gonocoque, d'où l'utilité de leur examen soigneux et méthodique. La muqueuse de cette région revêt quelquefois un aspect nettement inflammatoire ; d'autres fois, on aperçoit à un ou deux orifices glandulaires seulement une gouttelette de pus, qu'on s'empressera de prélever pour l'examen au microscope.

Les *glandes de Skène* méritent une attention particulière. Situées dans les lèvres du méat, elles sont au nombre de quatre, disposées deux par deux, à droite et à gauche de l'orifice de l'urètre. Elles s'ouvrent soit à l'extérieur du méat, soit à l'intérieur. Il faut savoir rechercher leurs orifices. Lorsqu'ils ne sont pas immédiatement visibles, on peut les mettre en évidence par un badigeonnage avec une solution d'argyrol, qu'on essuie légèrement ensuite, ce qui les marque d'un point noir. Pour explorer ces glandes, on les exprime avec l'index après avoir fait uriner la malade, de façon à balayer par la miction la sécrétion urétrale. En cas de « Skénite », une gouttelette purulente apparaît à l'orifice de leur canal excréteur.

Les *glandes de Bartholin* sont situées, chacune à l'extrémité postérieure de la grande lèvre correspondante, et son canal s'ouvre dans le sillon, qui sépare la petite lèvre des vestiges hyménéaux, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de ce sillon. On les palpe et on les exprime entre les deux index, dont l'un est introduit dans l'orifice vaginal, tandis que l'autre reste à l'extérieur. La glande de Bartholin gauche est, dans la blennorragie, beaucoup plus fréquemment atteinte que la droite. Un petit noyau induré, peu douloureux, de « bartholinite glandulaire », perçu au palper sous la face externe de la grande lèvre, et l'issue d'un liquide ambré et visqueux à l'orifice du canal de la glande, constituent, dans bien des cas, la signature presqu'indélébile d'une ancienne blennorragie. Les poussées inflammatoires intermittentes de « bartholinite canaliculaire » se traduisent par la présence, sur la face interne de la grande lèvre, d'une saillie fusiforme indurée, dont la pression vide le contenu purulent. Entre ces formes, les états intermédiaires existent. Parfois, il est nécessaire, comme précédemment, de faire un badigeonnage à l'argyrol, pour repérer l'orifice de la glande, le gonocoque n'apparaît guère qu'au moment des poussées subaiguës.

Le col utérin est, avec l'urètre, la localisation la plus fréquente de la blennorragie basse chronique. Une énorme sécrétion du col avec rougeur, érosion, ectropion de la muqueuse et vaginite du voisinage, est beaucoup plus souvent le fait d'une cervicite, due à des germes banaux, ceux de la flore intestinale par exemple, que d'une cervicite gonococcique. Les cervicites de la blennorragie chronique sont, au contraire, discrètes, surtout chez les prostituées habituées aux lava-

(1) *La Presse Médicale*, 19 avril 1941.



ges fréquents. Les sécrétions qu'elles provoquent sont peu importantes. Pour les faire apparaître, il est parfois nécessaire d'exprimer le col entre les valves du spéculum, après avoir nettoyé au coton le fond du vagin.

Le *vagin* n'est pas, chez l'adulte, une localisation de la blennorragie, contrairement à celle des petites filles.

On terminera la revue de ces foyers habituels de la blennorragie féminine basse par l'anus et le rectum : un état de rougeur et d'irritation de l'anus, dans les plis duquel on peut constater une légère sécrétion purulente, sera suspect. C'est, d'autre part, dans les grumeaux du pus, qu'on trouve à la surface des selles, qu'il convient de rechercher le microbe.

Le laboratoire

Examen direct. La simple coloration au bleu de méthylène met parfaitement en évidence la morphologie des microbes et des cellules. Mais, dans les cas douteux et aussi lorsque de rares gonocoques sont perdus au milieu de cocci divers, comme c'est précisément le cas dans la blennorragie féminine chronique, une coloration correcte par la méthode de Gram doit être exigée : le Gram négatif est, en effet, un des caractères essentiels du gonocoque. On tiendra compte aussi de sa morphologie, de son groupement caractéristique par « paires », qui peut suffire à lui seul pour le diagnostic. A l'intérieur des leucocytes, les gonocoques se groupent en nombre variable. Les cocci saprophytes sont, au contraire, beaucoup plus souvent extra-cellulaires qu'intra-cellulaires. Les « pseudo-gonocoques ». plus polymorphes, prennent l'aspect de cocco-bacilles, et se groupent en courtes chaînettes ou en grappes compactes.

Point important : une seule recherche de gonocoque, lorsqu'elle est négative, ne permet pas de conclure à l'absence de blennorragie, surtout lorsque de sérieuses présomptions font suspecter la présence de gonocoques. Les résultats négatifs ne prennent de valeur que lorsqu'ils se présentent en série. Il faut également recourir, dans les cas douteux, aux procédés de *réactivation* de la blennorragie. L'un des meilleurs est constitué par la réactivation physiologique de la période menstruelle. Certaines femmes redeviennent contagieuses immédiatement avant, et surtout immédiatement après leurs règles, alors qu'elles ne le sont pas dans l'intervalle des menstruations. C'est de préférence, au lendemain du dernier jour des règles, ou même après plusieurs périodes menstruelles, qu'on répètera les analyses, en particulier celles du col utérin. La réactivation par la bière consiste à faire absorber à la malade au moins trois verres de bière le soir avant de se coucher. On procède à l'examen le lendemain matin et même le surlendemain. Mentionnons aussi le cidre, le champagne, l'eau de Vichy Grande-Grille, les fraises, l'injection intra-veineuse d'eau alcoolisée et glucosée, comme susceptibles de réveiller le microbisme latent.

La réactivation au nitrate d'argent consiste, de préférence après les règles, à faire une instillation urétrale et un badigeonnage endo-cervical avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100. La femme est examinée le lendemain, sans avoir uriné, ni pris d'injection. Quelques séances d'étincelage, diathermique endo-cervical, peuvent également, en libérant probablement des gonocoques enkystés dans les glandes, fournir une excellente réactivation. De même, l'injection d'un vaccin microbien dans l'urètre peut amener une reviviscence des phénomènes inflammatoires sur une muqueuse antérieurement malade.

La *culture du gonocoque*, peu facile en elle-même, est rendue très difficile chez la femme par suite de l'abondance des germes associés ; elle permet cependant d'identifier certains d'entre eux, colibacilles cocciformes, et de nombreux cocci Gram négatifs, qui, à l'examen direct, seraient pris pour de vrais gonocoques.

Enfin, la *gono-réaction* est une réaction de déviation du complément, basée sur le principe du Bordet-Wassermann ; à la condition d'employer un bon antigène, elle peut rendre de grands services ; elle est spécifique. Elle est négative au cours d'une phase pré-sérologique, qui dure environ trois semaines. A cette période, elle cède donc le pas à la recherche clinique et bactériologique des foyers latents comme en cas de gonococcie aiguë ou subaiguë encore limitée à l'urètre antérieur et à la vulve. Positive pendant toute la durée de la maladie gonococcique, elle ne redevient négative que deux ou trois mois après la guérison. Cependant, un résultat négatif à plusieurs reprises témoignera qu'il ne persiste pas un foyer gonococcique important, mais ne devra néanmoins pas être considérée comme un test de guérison absolue. Enfin, étant donné que les syphilitiques à Bordet-Wassermann très positif peuvent avoir (30 p. 100) une gono-réaction positive en l'absence de blennorragie, il sera prudent de pratiquer parallèlement la gono-réaction et le Bordet-Wassermann. Signalons aussi que, comme celle-ci, la gono-réaction est parfois inhibée par la grossesse et par la puerpéralité, et que la vaccination antigonococcique est susceptible de provoquer, à elle seule, une gono-réaction positive.

G. Fischer.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DES OXYURES

L'oxyure ou, pour employer le nouveau nom qui lui est donné en vertu des conventions zoologiques actuellement adoptées, l'*Enterobius vermicularis* (Linné 1758) est un parasite que chacun connaît, mais à propos duquel nous ignorons beaucoup de choses, d'abord à propos de sa biologie. On soupçonne que, comme l'ascaris, ce parasite ne passe pas sa vie exclusivement dans le tube digestif, mais présente souvent deux phases, l'une intra-intestinale (phase sexuée) et l'autre intratissulaire (phase asexuée). La pénétration dans les tissus se fait à la faveur de coups d'ongles et d'excoriations, conséquences de démangeaisons provoquées par les femelles qui, comme on le sait, pondent exclusivement au niveau de la marge de l'anus. En outre, au point de vue thérapeutique, on doit noter que, faute d'une méthode sûre, l'oxyurose est difficile à diagnostiquer avec précision, de sorte qu'on a quelque peine à progresser sérieusement au point de vue traitement. Les médicaments usuels sont d'ailleurs très généralement considérés comme d'une efficacité discutable.

Cependant, ce ver, comme beaucoup d'autres parasites intestinaux, est de moins en moins considéré comme inoffensif. Le prurit qu'il engendre peut avoir un retentissement sur l'état général. Ses relations avec l'appendicite sont affirmées par beaucoup d'autorités. Enfin, les légumes frais et plus spécialement les crudités, qui nous sont si nécessaires, sont fréquemment infestés par ce parasite dont la fréquence paraît considérable. Il est aussi accusé d'être cause de bien des formes d'allergie d'origine obscure. On s'explique ainsi que, sous les auspices de l'Institut national d'hygiène des Etats-Unis, une équipe imposante de chercheurs se soit livrée à une longue série d'investigations sur l'Enterobius, destinées à faire avancer nos connaissances.

Un des premiers points qu'il a fallu étudier en détail, c'est donc celui du diagnostic, afin d'arriver à savoir avec une précision suffisante, dans quelles proportions un médicament donné a de l'effet. Or, il n'est pas si facile de rechercher les œufs d'Enterobius, parce qu'ils sont disséminés par la femelle en dehors du canal anal, de sorte que les selles n'en présentent que rarement.

Pour obvier à cette difficulté, on a recours, sur les conseils de M. Hall, à un bâton de verre dont l'extrémité est garnie d'un petit fragment de cellophane. Avec le bâton ainsi armé, on tapote la région périanale : si des œufs s'y trouvent, ils adhèrent à la cellophane qu'on monte ensuite entre lame et lamelle pour l'examiner au microscope. Cette méthode donne une proportion de résultats positifs qu'on n'obtient pas avec les autres.

Si le médicament a agi insuffisamment et laissé des larves intactes, celles-ci donneront des œufs au bout d'un temps qu'il faut évaluer à 42 jours après la fin du traitement. Les frottis de contrôle ne doivent donc être faits qu'au bout de ce temps. Par ailleurs, il faut tenir compte des réinfestations, dont la possibilité n'est pas toujours facile à éliminer.

Ces recherches ont également permis de retrouver des logements littéralement infestés par des œufs d'oxyures, ce qui conduit à admettre que les infections familiales peuvent se faire par voie aérienne et ce qui confirme la nécessité de traiter, autant que possible, la famille entière de tout sujet infecté.

Au point de vue du traitement, on a préconisé le tétrachloréthylène, l'hexylrésorcinol, la santonine. De ces divers médicaments, le tétrachloréthylène est généralement considéré comme le meilleur et ne donnerait cependant pas 50 % de succès sans compter qu'il échoue complètement en cas d'infestation sévère. Il en serait de même avec la santonine. Le carbonate de bismuth préconisé par M. Loeper serait peut-être plus efficace, mais jusqu'ici, la preuve ne semble pas en avoir été faite d'une façon indiscutable. Il en est de même pour les lavements d'ail.

Wright et Brady, dans leurs recherches d'un traitement à la fois efficace, non toxique et bon marché, ont eu l'idée de recourir au violet de gentiane qui a déjà été utilisé avec des résultats fort intéressants pour lutter contre certains parasites et notamment, contre les douves (*Clonorchis sinensis*), les strongles (*Strongiloïdes stercoralis*), etc. Ce colorant est d'ailleurs très peu toxique, vraisemblablement parce qu'il n'est pas résorbé par l'intestin. On n'a retrouvé dans l'urine des malades qui prennent le médicament, aucun dérivé de la rosaniline, substance à partir de laquelle le violet de gentiane est fabriqué. *Per os*, les animaux en supportent une dose unique de 35 milligr. par kilogramme de poids du corps. Il est également bien toléré à la dose de 22 milligr. par kilogramme administrée quotidiennement pendant six jours. Or, la dose nécessaire pour arriver à un résultat est d'environ 3,5 milligr. par kilogramme de poids du corps.

Ce traitement a été pratiqué chez diverses séries de malades faisant un total de 224 cas. Les comprimés de violet de gentiane, enrobés de façon à ne se dissoudre que dans l'intestin, ont été administrés à la dose de 32 milligr. trois fois par jour pour les adultes et de 10 milligr. pour

les sujets de moins de 18 ans. Sur ce nombre, cinq ont donné lieu à des réactions qui ont obligé à interrompre la thérapeutique. Le médicament a été pris en deux cures de six jours séparées par un repos d'une semaine ou pendant dix jours consécutifs. Entre les deux méthodes, il ne semble y avoir aucune différence appréciable, la première paraît, cependant, plus rationnelle.

On a constaté 54 fois des nausées, 40 fois des des vomissements, 27 fois de la diarrhée, 32 fois des douleurs abdominales légères.

Parmi les contre-indications du traitement au violet de gentiane figure la présence concomitante d'ascaris. Les affections gastro-intestinales sont également une contre-indications et la privation d'alcool est recommandée pendant toute la durée du traitement. Chez les enfants qui ne peuvent pas avaler les comprimés, on peut recourir aux lavements.

Suivant la série de malades et la manière dont les frottis de contrôle ont été faits, on a trouvé au minimum 58 % de résultats négatifs, lorsque les frottis avaient été faits 42 jours après le traitement, c'est-à-dire n'excluaient pas les cas de réinfestation. Le maximum a été de 91 % quand les frottis étaient faits entre le 10e et le 21e jour après le traitement et n'excluaient par conséquent pas les cas où des larves auraient été pargnées.

En moyenne, le nombre des cas négatifs peut être évalué à 84 %, ce qui est une proportion jusqu'ici inégalée, le médicament devant être considéré au total, comme bien supporté.

P.-E. MORHARDT.

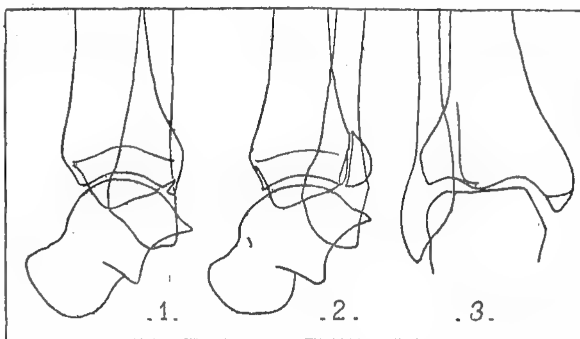
TROIS CAS DE FRACTURES MARGINALES POSTÉRIEURES ISOLÉES DU TIBIA

Docteur Pierre PIZON,

Assistant de radiologie des Hôpitaux de Paris

Bien que depuis les descriptions dues, en premier, à Meissner de Tübingen, puis ensuite à Destot en 1910, ces fractures soient bien connues, elles apparaissent cependant comme assez peu fréquentes pour que les quelques cas observés méritent d'être relatés.

Le premier de ces trois cas (figure 1) se limite à un simple arrachement de l'arête postérieure associé à une petite fissure verticale en soufflet se terminant à 4 mm. au-dessus de la surface articulaire tibiale. L'articulation tibio-tarsienne est par ailleurs normale, il n'y a pas, en particulier, de diastasis apparent.



Le second cas (figures 2 et 3) est beaucoup plus net. Le trait de fracture, sensiblement vertical, à peine incliné en haut et en arrière, haut de 22 mm., dont le milieu répond à la ligne de conjugaison, détache complètement l'apophyse postérieure du tibia, qui présente une minime ascension verticale de un millimètre environ, entamant à peine la surface articulaire tibiale ; sur le cliché de face, le trait de fracture est invisible. Par ailleurs, l'articulation tibio-tarsienne est normale et ne présente aucune modification de l'espace clair de Quénu, non plus que de l'interligne tibio-astragalien ; on ne peut donc pas radiologiquement affirmer l'existence de diastasis tibio-péronier, mais l'on sait que les déchirures des ligaments tibio-péroniers n'entraînent pas obligatoirement les altérations de l'articulation.

Cette fracture de l'arête postérieure se distingue par son moindre volume de la fracture cunéenne à base articulaire libérant le triangle de Volkmann, qui emporte avec lui la moitié ou le tiers postérieur de la surface articulaire tibiale ; cette fracture cunéenne se rencontre surtout dans les fractures bi-malléolaires compliquées, et conditionne la luxation du pied en arrière.

Le troisième cas, non reproduit ici, est superposable au précédent, n'en différant que par de minimes modifications du trait qui est un peu plus long (24 mm.) et un peu plus vertical.

Les conditions dans lesquelles les trois cas décrits ci-dessus ont été observés permettent d'en fixer, au moins approximativement, la fréquence ; elles font partie d'un total de 156 fractures de jambe, dont 101 fractures malléolaires, ce qui donne les pourcentages respectifs suivants : 1,93 % et 2,96 %. Cette rareté semble être bien effective, car il est peu vraisemblable que puisse persister dans l'état actuel de la technique, le risque signalé par Köhler de méconnaître une telle fracture, le trait et le décalage étant masqués par l'ombre du péroné.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Insuccès des médications cardiaques dans certaines formes d'asystolie

On connaît l'action remarquable de la digitale et de l'ouabaïne dans les diverses formes classiques de l'insuffisance cardiaque. Cependant, fait remarquer R. Giroux, il existe des cas cliniques d'observation courante, dans lesquels la médication semble n'avoir qu'une action éphémère et parfois nulle sur l'évolution des accidents.

L'irréductibilité de l'insuffisance cardiaque tient uniquement à la cause de la maladie : infections, troubles glandulaire graves, par exemple. On peut poser, en principe, que, toutes les fois que la thérapeutique reste inopérante, c'est que l'insuffisance cardiaque se présente avec des signes particuliers liés soit à l'étiologie, soit à l'évolution de la maladie. Ainsi, dans le rhumatisme cardiaque évolutif, chacun sait que c'est au salicylate de soude, médicament spécifique de la maladie de Bouillaud, qu'il faut s'adresser : grâce à cette médication, on assiste non seulement à la disparition des signes généraux, mais aussi à l'amélioration des signes de l'insuffisance cardiaque.

De même, dans certaines variétés de myocardites (spécifiques, alcooliques) l'échec immédiat ou précoce est de règle. On connaît aujourd'hui le rôle de l'avitaminose et de l'hypovitaminose.

Dans la myocardite éthylique notamment, on sait que l'administration de la vitamine B1 est la médication la plus efficace. Dans l'asystolie basedowienne, il s'agit d'une véritable auto-intoxication d'origine thyroïdienne ; les toni-cardiaques et l'iode permettent d'obtenir de grandes améliorations, au moins pendant un certain temps ; mais, dès l'échec du traitement médical, il faut recourir soit à la radioscopie du corps thyroïde, soit à la thyroïdectomie subtotale ou totale. L'insuffisance cardiaque des myxœdémateux réclame une thérapeutique glandulaire active et prolongée.

Dans l'insuffisance cardiaque des symphyses péricardiques, des gibbeux, il faut intervenir chirurgicalement, dès l'échec des toni-cardiaques.

A signaler encore l'insuffisance cardiaque irréductible d'emblée, décrite par Vaquez, où cependant le pouls reste régulier, ce qui expose à de graves erreurs de pronostic. Les accidents d'insuffisance s'aggravent néanmoins, et le malade meurt en quelques mois, un an. Cette persistance d'un cœur rapide, mais régulier, peut se rencontrer chez les mitraux et chez les aortiques.

C'est à cette persistance de la régularité du rythme, que doit être imputé l'échec des médications cardiaques ; ici nous sommes désarmés, en raison même de ce caractère particulier, qui ne se prête pas à l'action pharmaco-dynamique complète de la digitale ou de l'ouabaïne.

D'une manière générale, il faut écarter les insuccès thérapeutiques, dus à une administration défectueuse et mal comprise de la digitale et de l'ouabaïne (par exemple, doses trop faibles, manque d'association des deux médicaments, dont on connaît aujourd'hui l'action renforcée), ceux dus à un mauvais état des voies digestives, à la présence d'épanchements dans les cavités séreuses, ou à l'infiltration excessive des téguments, véritables barrages périphériques, qui font obstacle à l'activité des toni-cardiaques.

Bref, la connaissance de ces formes particulières d'insuffisance cardiaque, les conséquences thérapeutiques qui en découlent et qui assombrissent considérablement leur pronostic, ont plus qu'une portée pratique. Elles soulignent le rôle et l'importance des infections, des troubles glandulaires, des carences, des troubles mécaniques dans l'évolution des cardiopathies. (*Le Bulletin médical*, 29 mars 1941).

L'hystérographie au lipiodol à 20 p. 100 dans les fibromes et les utérus dits fibromateux

M. R. Palmer et Mme Piguet montrent, par quelques exemples, l'appoint que l'hystérographie au lipiodol à 20 p. 100 peut apporter à la décision thérapeutique dans les fibromes et les utérus dits fibromateux.

Schématiquement, du point de vue hystérographique, les fibromes peuvent être interstitiels, juxta-muqueux, sous-muqueux ou former un polype fibreux intra-cavitaire. Outre cette catégorisation essentielle, l'hystérographie indique encore le volume probable du fibrome, son siège exact dans la cavité utérine, pouvant ainsi parfois faire préférer la voie vaginale à la voie abdominale pour la myomectomie. (*Rev. franç. de gynécologie*, **avril 191**).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La raréfaction des médicaments pour l'usage vétérinaire

(M. GUÉRIN ; 6-5-1941)

M. Guérin classe les 84 médicaments à usage vétérinaire devenus rares en 30 indispensables, 40 remplaçables et 14 peu utiles. Il faut s'efforcer surtout de procurer aux praticiens les 30 médicaments vétérinaires jugés indispensables (strychnine, pilocarpine, morphine, iode, caféine, soufre, etc.).

L'approvisionnement en sérums et vaccins

(M. G. RAMON ; 6-5-1941)

Des réserves importantes de sérums thérapeutiques (30.000 litres) avaient été constituées au cours des années qui ont précédé la guerre. Elles ont permis de satisfaire, pendant les hostilités, aux besoins du service de santé militaire, des hôpitaux et des pharmacies. Elles ont permis, en outre, de répondre aux demandes de certains pays étrangers (vaccins anti-tétanique et anti-diphtérique envoyés en Suisse, au Portugal ; sérum anti-diphtérique envoyé en Espagne). En juin 1940, malgré les grandes difficultés qu'il a fallu vaincre et qui ont été surmontées avec l'accord et l'appui des autorités d'occupation, les 500 chevaux fournisseurs de sérum purent être nourris et soignés et le matériel de laboratoire put être conservé. La reconstitution des stocks de sérums thérapeutiques a été, d'autre part, grandement facilitée grâce aux nouvelles méthodes d'immunisation et en particulier à l'emploi des anatoxines et des substances adjuvantes de l'immunité. On sait que ces nouvelles techniques permettent d'obtenir des sérums beaucoup plus actifs et en un temps beaucoup plus court (un mois au lieu de six mois). Enfin, pour les cultures microbiennes, des milieux de préparation plus adaptés aux conditions actuelles sont utilisés (remplacement, pour ces milieux, de la viande de veau ou de bœuf de bonne qualité par de la viande de cheval impropre à la consommation).

Grâce à ces mesures, la production des anatoxines et des vaccins microbiens n'a pas fléchi. A moins de catastrophes imprévisibles et sous la réserve que les Pouvoirs publics accorderont certaines facilités d'approvisionnement, sous la réserve encore que les cliniciens continueront à faire preuve dans leurs prescriptions d'un réel esprit d'économie, on ne manquera dans les mois et même dans les années à venir, *ni* de sérums thérapeutiques, *ni* de vaccins.

Sur le ravitaillement thérapeutique

(M. Maurice LOEPER ; 13-5-1941)

M. Loeper présente des conclusions générales aux rapports antérieurement exposés sur le ravitaillement thérapeutique.

Pour ménager les médicaments indispensables, il convient de ne les prescrire qu'en quantités rigoureusement nécessaires. Economiser le bismuth, malgré son efficacité dans l'ulcère et les diarrhées, la quinine qui doit être réservée aux paludéens, l'opium qui ne devra s'appliquer qu'aux fortes douleurs, l'ouabaïne qui ne devra plus être introduite que par voie veineuse, la théobromine, la santonine, l'insuline qu'il faut réserver aux grands diabétiques... Réduire les longues ordonnances et les quantités prescrites, qu'il vaut mieux renouveler pour en éviter la perte et le gaspillage. Envisager, chaque fois qu'il est possible, le remplacement des médicaments rares par d'autres moins rares : le bismuth par le kaolin et le talc, la théobromine par la scille, le cascara par la bourdaine. Favoriser la fabrication des produits de synthèse, étendre la culture des plantes médicinales (menthe, camomille, ail, genêt...), acclimater, si possible, certaines plantes méridionales ou étrangères (boldo, hamamélis, l'opium peut-être...).

M. Loeper conseille de faire connaître aux pharmaciens et aux médecins tous les deux mois, la liste des médicaments rares qu'ils ne doivent pas gaspiller et des substances déficientes qu'ils ne peuvent momentanément prescrire. Eviter de formuler d'abondants sirops, de volumineuses boîtes de cachets, souvent partiellement utilisés seulement.

La perméabilité placentaire aux substances médicamenteuses et toxiques

(M. René FABRE ; 22-4-1941)

En conclusion d'une série d'expériences faites par M. René Fabre il apparaît que la perméabilité placentaire, chez diverses espèces animales et dans des conditions déterminées, est démontrée pour un certain nombre de substances médicamenteuses et toxiques : dérivés barbituriques (véronal, évipan), chloralose, caféine, quinine, etc. Ces faits présentent un intérêt toxicologique, thérapeutique et obstétrical.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE — SA VALEUR JURIDIQUE [1]

Par Me Bernard Auger,

Avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat

(*Fin*)

TITRE III. — Du secret professionnel

L'obligation au secret professionnel, s'accorde assez mal avec les intérêts du médecin, qui se trouvera parfois fort empêché d'exposer son cas à la juridiction disciplinaire. Car les membres du Conseil de l'Ordre sont bien tenus eux-mêmes au secret, mais ce n'est pas une raison pour que le médecin se considère comme délié lui-même du secret vis-à-vis d'eux. Aussi l'art. 41 du Code prend-il soin de spécifier que pour le moment, l'obligation au secret est encore absolue : cette observation est très juste.

Ce titre a certainement été rédigé sous la direction d'un juriste, tellement la doctrine en est sûre ; l'on sait, en effet, que M. Richard, conseiller honoraire à la Cour de Cassation, y a collaboré. Il prend nettement parti pour le caractère absolu du secret, selon la thèse que moi-même, et notre excellent et regretté ami Paul Boudin, n'avons cessé de soutenir tant dans les colonnes du *Concours* que devant les diverses juridictions françaises, notamment en ce qui touche les déclarations de naissance et de décès ; la doctrine exprimée par les art. 52 et 53 est celle même qu'avait enseignée Paul Boudin, dont les amis, c'est-à-dire tous ceux qui l'ont connu, se réjouissent de voir ainsi les idées triompher.

Les prescriptions de ce titre ne sont pas seulement juridiques, elles sont profondément humaines aussi. On citera particulièrement, à ce point de vue, l'art. 47, sur les examens d'employés à la demande de leur employeur, et le second alinéa de l'art. 50, sur les certificats à fin de congé de maladie à délivrer par un médecin assermenté aux employés d'une administration.

Il y a pourtant quatre articles qui demandent quelques observations d'ordre juridique.

Le premier est l'art. 5 relatif aux mineurs. Il pose en principe que le médecin peut, s'il le juge à propos, révéler le secret aux parents du mineur ou à ceux qui en ont la garde, étant toutefois recommandé d'agir avec prudence. Recommandation amplement justifiée ; car le principe me paraît bien contestable. Bien que le mineur soit sous la garde et l'autorité de ses parents ou de son tuteur, il a pourtant une personnalité propre et des intérêts distincts de ceux de ses parents ou de son tuteur. S'il vient, de son propre chef, consulter le médecin et honore directement et personnellement le médecin, le contrat médical, dont l'obligation au secret est une dépendance, se forme directement avec lui, d'où il suit que le médecin lui doit le secret. Si, au contraire, le mineur est envoyé par ses parents, il va de soi que ceux-ci ont le droit de connaître les résultats de l'examen.

Il n'est donc pas exact de dire, avec l'art. 45, que « le médecin qui, sans le consentement des intéressés, révèle le secret aux personnes responsables des mineurs, n'encourt pas de poursuites devant les tribunaux ». Mais je m'empresse de dire que cette inexactitude est de peu de conséquence, car l'article ajoute que ce médecin serait passible de peines disciplinaires, ce qui revient à prohiber une conduite qu'on a seulement le tort de juger admise par le droit commun.

Le *second article et le troisième* sont les articles 54 et 55, aux termes desquels le médecin n'est pas tenu au secret, s'il constate qu'un crime ou délit est commis au préjudice de la vie ou de la santé de son client (art. 54) ou assiste à l'exécution d'un crime ou délit commis au préjudice des intérêts matériels du malade (vol) ou de ses volontés (destruction d'un testament). Ici, je ne fais aucune réserve ; le Code se rencontre avec le droit commun, dont il transporte les décisions sur le plan disciplinaire. Le secret médical, en effet, est institué dans l'intérêt du malade et de la Société ; les faits secrets de leur nature, que le médecin, les ayant connus dans l'exercice de sa profession, est obligé de taire, sont ceux qui ont leur cause dans les actes ou l'état de santé du malade lui-même ; l'empoisonnement, les coups ont été commis par des tiers auxquels le médecin ne doit rien, sont des faits extérieurs (V. Garçon, C. pén. annoté, art. 378, n° 113). J'irai même plus loin que le code : j'estime qu'en pareil cas

(1) Voir *Concours Médical*, n° des 22 et 29 juin 1941.

le médecin *doit* déposer en justice : il ne peut pas se retrancher derrière le secret professionnel ; il n'a pas l'option que lui donne le code. Faits extérieurs également les vols, la destruction d'un testament (V. Dalloz, Rep. prat. V° Secret professionnel, n° 56).

Le *quatrième* enfin est l'art. 58, sur les *recouvrements d'honoraires*. Ici, dans son souci de respecter l'art. 378 c. pén. et de délicatesse professionnelle, le Conseil de l'Ordre va un peu loin, quand il dispose d'une manière générale que certains spécialistes, parmi lesquels les accoucheurs, ne doivent pas intenter de procès en recouvrement d'honoraires. Il va un peu loin, pour les accoucheurs. Car l'accouchement est un acte normal pour une femme mariée ; un acte dont, dans l'état actuel des esprits, elle tire orgueil ; une jeune maman, mariée, est très fière d'avoir mis son bébé au monde, et c'est un événement qu'elle ne laisse pas ignorer. Je ne vois donc pas quel secret peut bien violer le médecin qui a présidé à cet acte glorieux, quand il s'en prévaut pour demander à justice le paiement d'honoraires qui lui sont légitimement dus... Le principe sur lequel se fonde la prescription contenue à l'art. 58 est incontestable ; mais il est moins absolu que ne paraît le supposer le Conseil supérieur, et il eût été préférable, à mon sens, d'introduire un peu de souplesse dans la rédaction de ce texte.

TITRE IV. — Médecine sociale, médecine collective

L'art. 67 dispose que toute convention relative à des actes médicaux à accomplir au profit de collectivités ou d'établissements doit être homologuée par le Conseil de l'Ordre, et qu'en conséquence, l'exécution des traités antérieurs doit être subordonnée à la condition que, dans les six mois de la promulgation du Code, ces traités aient été homologués.

Le principe posé par ce texte n'appelle aucune critique : il est légitime que l'organe disciplinaire des médecins ait un droit de regard sur des conventions de cette nature, d'abord pour vérifier si les termes de ces conventions permettront aux médecins signataires de traiter consciencieusement les malades qui leur seront confiés ; ensuite, parce que des conventions de cette nature peuvent exercer une action sur l'exercice de la profession médicale par les autres médecins ; notamment en drainant la clientèle. Sans doute, comme je le remarquais en commençant, le Code ne s'impose pas aux tiers, en sorte que la convention passée sans l'autorisation du Conseil de l'Ordre serait valable au regard des tiers, qui pourraient en exiger l'exécution. Mais, comme il dépend du Conseil que le médecin puisse ou non exercer, les prétentions des tiers seraient bien platoniques... Tout au plus doit-on décider, 1° que le tiers peut, et doit, être admis à intervenir à l'instance d'homologation, et qu'il doit, par suite, être autorisé à saisir le Conseil supérieur et le Conseil d'Etat d'un recours contre une décision de refus ; 2° que, si le refus paraît malicieux, il aura une action en dommages et intérêts contre l'Ordre.

La disposition relative aux contrats en cours est moins justifiable. Pas de difficultés pour les contrats à durée indéterminée, le refus d'homologation équivaudra à une dénonciation, qui peut toujours intervenir à tout moment, sauf à ne pas être faite brusquement et à contre temps : il est vraisemblable que la décision du Conseil laissera au médecin le délai nécessaire pour permettre à son co-contractant de se retourner. Mais pour les contrats à durée déterminée, au contraire, il n'en va plus de même. Ces contrats ont été librement conclus ; ils étaient légalement valables, et n'ont pas cessé de l'être ; que le Conseil de l'Ordre n'ait pas jugé leur continuation compatible avec les intérêts de la profession médicale est indifférent au tiers, qui n'a cure de ces intérêts. *On ne peut pas lui imposer la rupture.* D'où conflit possible, qu'il appartiendra aux tribunaux judiciaires de trancher, et que le Code n'a pas prévu : ses auteurs me paraissent s'être, un peu imprudemment, fiés au précédent constitué par la loi du 29 juin 1899, oubliant que, dans l'espèce, il n'y a pas de loi...

***

Voici terminé notre rapide, et pourtant bien long, tour de l'horizon juridique découvert par le Code de déontologie.

Ma profession développe le sens critique ; elle entraîne à chercher toujours la fissure, par laquelle introduire un moyen d'annulation. Par déformation professionnelle, j'ai cherché la fissure dans le Code — d'où les critiques que je m'excuse d'avoir formulées, les réserves que je crois avoir dû faire au sujet d'un travail remarquable en soi, et dont l'élévation d'esprit fait honneur au Corps médical.

Ces critiques, ces réserves, ne sont ni graves, ni bien nombreuses. Elles n'entament en rien la solidité de l'édifice ; elles indiquent seulement les points où il aurait besoin de quelque retouche, et ceux où la nouvelle machine sera inefficace.

En tous cas, elles ont été faites sans le moindre esprit de dénigrement. Aucune œuvre humaine n'est parfaite ; montrer les imperfections présentées par le Code de déontologie, ce n'est donc pas autre chose que de constater qu'il est une œuvre humaine ; cela n'enlève absolument rien aux sentiments d'admiration, et de profonde estime, que la lecture de ce Code m'a permis de concevoir pour ses auteurs, et que je suis heureux d'exprimer publiquement.

LA REFONTE DE LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892

LE STATUT LÉGAL DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

(*Loi du* 26 *mai* 1941)

Attendue depuis plusieurs semaines, la loi du 26 mai 1941 vient enfin de paraître (1). Il était indispensable en effet que les textes sur l'exercice de la médecine, qui se sont succédés de manière un peu anarchique depuis quelque temps, soient intégrés en un tout harmonieux avec la loi organique fondamentale du 30 novembre 1892. Cette refonte est le couronnement de la réforme entreprise, sans laquelle cette dernière serait restée purement platonique. Voyons-la de plus près.

Conditions d'exercice de la médecine

Trois conditions sont donc requises simultanément pour exercer légalement la médecine : être diplômé d'Etat (loi du 30 novembre 1892), être français d'origine, sauf exception (loi du 16 août 1940), être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (loi du 7 octobre 1940).

Faut-il y ajouter une quatrième condition : ne pas excéder le nombre limite de médecins fixé dans le département en exécution de l'art. 2 de la loi du 2 avril 1941 ? On peut en douter. Il faut d'abord en effet que ce nombre ait été déterminé selon les formalités légales prévues. En second lieu, il s'agit là, quoique le texte ne fasse pas expressément la distinction, bien plus du « droit d'exercer », du droit de s'installer, que du droit de « prendre part habituellement au traitement des maladies ». Ce distinguo n'est point, quoiqu'il paraisse, dépourvu d'intérêt : un médecin d'hôpital, de dispensaires, exerce légalement mais ne semble pas devoir être retenu dans le calcul du nombre limite. D'autre part, un médecin établi dans un autre département peut parfaitement exercer son art en tous points du territoire ainsi que le reconnaît la loi du 7 octobre elle-même. Nous croyons savoir enfin, que les projets de règlement pour l'application de la loi du 2 avril font mention de « postes vacants » et « d'installation » et non point d'exercice. En réalité, l'observation de l'art. 2 de la loi du 2 avril ne peut être exigée que par le biais de l'inscription au tableau, ce qui nous ramène à la troisième condition.

Il est en tous cas un autre *numerus clausus* dont le principe est d'ores et déjà posé par la loi du 2 juin 1941 relatif au statut des Juifs et dont le taux sera sans doute de 2 %. Il s'agit bien là d'une condition supplémentaire à l'exercice illégal de la médecine dont la loi du 26 mai ne fait pas mention. Toutefois, les infractions à cette disposition ne constitueront pas le délit d'exercice illégal, mais un délit particulier prévu et réprimé par l'art. 19 de la loi sur les Juifs.

Notons au passage que la loi étend aux sages-femmes, les conditions de nationalité exigées des médecins par la loi du 16 août 1940. Quant au statut des remplaçants, il reste inchangé. La modification légale n'a pour but que la suppression d'une mesure transitoire relative à l'ancien régime des études médicales. Bien entendu les remplaçants doivent, comme les médecins eux-mêmes, avoir la qualité de français d'origine.

Formalités administratives

Nous avions déjà remarqué que les anciennes lois sur l'exercice de la médecine prévoyaient, avant toute installation ou en cas de changement, un certain nombre de formalités administratives dont on pouvait se demander, après la loi du 7 octobre sur l'Ordre, si elles restaient exigées. La présente réforme les a heureusement mises à leur place dans le nouveau régime :

Avant toute chose, le médecin doit se faire inscrire au tableau. Ceci fait, et avant d'accomplir aucun acte de sa profession, il doit faire procéder aux enregistrements et visas exigés auparavant (Préfecture, greffe du Tribunal, mairie). Ces formalités sont à renouveler en cas de changements de résidence ou de domicile, lesquels changements doivent être signalés au Conseil départemental de l'Ordre. Une innovation : la reprise de l'exercice de la profession après deux ans d'interruption doit faire l'objet par elle-même d'un nouvel enregistrement du diplôme.

L'inobservation de ces règles n'entraîne point application des peines d'exercice illégal. Il s'agit là d'un délit bien plus modeste qu'on pourrait qualifier d'exercice irrégulier, et qui est sanctionné d'une amende de 500 francs par l'art. 22 modifié de la loi du 30 novembre 1892.

Médecins experts

Réservées aux médecins français par la loi de 1892, ces fonctions pouvaient être accordées à de simples naturalisés de fraîche date ou à des médecins en marge de l'Ordre. La réforme vient exiger que, pour être médecin expert, on soit déjà médecin tout court, c'est-à-dire diplômé français d'origine et inscrit au tableau de l'Ordre.

(1) Voir *Concours Médical*, 29 juin 1941, pages 1129 et suivante.

Du même coup, l'Ordre étend sur cette catégorie de médecins, l'exercice de son contrôle et son pouvoir disciplinaire. En outre, la liste dressée par les Cours d'appel au début de chaque année ne doit être arrêtée qu'après consultation des Conseils départementaux.

L'exercice illégal

C'est en cette matière que la réforme du législateur a été la plus profonde et c'est au reste là que son intervention s'imposait. On sait, en effet, que les trois importantes lois récentes sur l'exercice de la médecine (Odre des médecins, médecins étrangers, établissement d'un *numerus clausus*) ne comportaient point de sanctions pénales, et ne constituaient en définitive que des mesures presque platoniques.

Définition

La solution la plus simple était évidemment d'élargir ainsi que l'a fait la loi du 26 mai, le texte de l'art. 16 de la loi de 1892 définissant l'exercice illégal et d'y comprendre « toute personne qui, *sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin*, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des malades... ». Quelles sont ces conditions ? Nous les avons définies dans notre premier paragraphe et leur nombre est limitatif. Nous avons vu cependant que l'inscription au tableau permet, en réalité, de faire observer la condition supplémentaire d'exercer dans les limites du *numerus clausus*. Peut-elle permettre également d'ajouter d'autres conditions ?

Il faut répondre formellement par la négative. Nous avons déjà développé ce point : l'inscription ne peut être refusée aux candidats qui, satisfaisant à l'art. 1er de la loi présente ainsi qu'à l'art. 2 de la loi du 2 avril dernier, présente les conditions de moralités requises. « L'inscription est donc de droit en principe et l'exercice de la profession est libre... » (Jacques Doublet, commentaire de la loi du 7 octobre, D. critique, 1941, 31). L'Ordre ne pourrait donc subordonner cette inscription au respect des règles propres à assurer la défense ou l'indépendance de la profession et qui n'aurait point strictement pour objet le maintien de la moralité.

Mais ce n'est pas tout. L'Ordre n'intervient point seulement pour inscrire à son tableau. Il peut prononcer des radiations et des suspensions d'exercice. *Quid*, si le médecin suspendu continue à exercer ? Nous avons vu qu'il ne pouvait jusqu'à présent exister de sanctions pratiques que dans certains domaines de la médecine sociale. L'art. 26 nouveau de la loi du 30 novembre 1892 prévoit également l'application des peines de l'exercice illégal de la médecine. Voilà du même coup l'Ordre des médecins nanti d'un pouvoir considérable de coercition. Plus que jamais, il lui appartient de ne pas détourner l'arme redoutable de la suspension de son véritable but et de ne l'employer que dans le cas d'infraction graves aux « devoirs » du médecin, à la moralité professionnelle. Il est bien des règles du Code de déontologie qui se rattachent bien plus à la défense de la profession qu'à la défense de cette morale. Tout ce qui n'est point violation du serment prévu par l'art. 10 de la loi du 7 octobre, d'exercer « avec conscience et probité » ne nous paraît point susceptible de tomber sous le coup du redoutable art. 26.

Notons enfin une utile précision en matière de *stomatologie*.

L'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892 limitait les droits des chirurgiens dentistes non diplômés et patentés avant le 1er janvier 1892, en exigeant l'assistance d'un docteur en médecine dans tous les cas où il y avait lieu de recourir à l'*anesthésie*.

Cette exigence est désormais pénalement sanctionnée, et la sanction est celle de l'exercice illégal de la médecine. C'est la première disposition législative interdisant expressément et pénalement la pratique de l'anesthésie aux non diplômés.

Poursuites

Comment la répression pénale sera-t-elle mise en œuvre ? Pour que les sanctions ne restent point de simples menaces, il faut, en effet, un organe chargé d'établir les infractions et de déclencher les poursuites. La loi du 7 octobre n'avait rien prévu à cet égard, et l'Ordre n'avait point hérité légalement des pouvoirs de citation directe que les Syndicats médicaux détenaient de l'art. 17 de la loi du 30 novembre 1892. Deux décisions récentes de jurisprudence avaient bien admis l'intervention des Ordres départementaux dans des instances engagées antérieurement par les Syndicats, mais surtout pour le motif que cette action se trouvait dans le patrimoine qu'ils avaient recueilli. Toute controverse sur ce point se trouve close par la modification de l'art. 17 de la loi de 1892, et les Conseils de l'Ordre sont purement et simplement substitués aux Syndicats dans leurs droits.

La question de la représentation en justice de la profession médicale n'est pas pour cela entièrement réglée. On sait, en effet, que les Syndicats tenaient de l'art. 11 du Livre III du Code du travail « l'exercice devant toutes les juridictions de tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession ». Or, aucun texte ne confie ce pouvoir aux Conseils départementaux de l'Ordre. Les

pouvoirs de l'Ordre en cette matière, abstraction faite de l'exercice illégal ou un texte exprès est intervenu, paraissent limités par la loi à la gestion de ses intérêts matériels et de ses biens. Or, il est de nombreux cas où la défense professionnelle exigerait l'intervention de l'Ordre en justice, en dehors de la poursuite d'un illégal. On peut espérer que la jurisprudence réalisera, en ce qui concerne l'Ordre, le même travail constructif qui fut réalisé par elle autrefois pour les Syndicats, travail dont l'art. 11 du Code du travail précité n'est que le lent aboutissement.

Mais il eût été préférable que la loi comblât elle-même définitivement cette lacune, car le problème reste encore posé.

Pénalités

Venons-en au dernier stade de la répression de l'exercice illégal : la peine. Bien trop douce autrefois pour frapper efficacement le délinquant dans son patrimoine, elle est aujourd'hui considérablement renforcée : l'amende, fixée autrefois entre 100 et 500 francs va chercher actuellement entre 2.000 et 5.000 francs (à multiplier par 11 avec les centimes additionnels), sous réserve naturellement de l'application des circonstances atténuantes. En outre, la loi du 26 mai, s'inspirant sans doute de l'ancienne proposition Cousin, prévoit la publication du jugement dans trois journaux et son affichage à la porte du délinquant pendant une durée ne pouvant excéder un mois. Par symétrie, les peines d'exercice illégal avec usurpation de titre de docteur en médecine sont également notablement relevées.

La loi nouvelle assimile en outre à l'exercice illégal de la médecine, du point de vue pénal, le fait pour un médecin d'aliéner son indépendance professionnelle et de prêter son diplôme à des non médecins pour des fins commerciales. Le texte, étant pénal, devra toutefois être interprété restrictivement et ne permettra d'atteindre que les diplômes donnant des « consultations gratuites dans des locaux commerciaux où sont vendus des médicaments ou des appareils qu'ils prescrivent où qu'ils utilisent ». A notre avis, l'art. 6 du Code de déontologie, par le canal de l'art. 26 de la loi nouvelle eût amplement suffi à réprimer de manière bien plus souple et bien plus nuancée d'ailleurs, cette collusion avec des non-médecins. On sait que cet article interdit « toute collaboration à une entreprise commerciale de soins organisée à leur profit par des personnes étrangères à la médecine et dont le médecin est un agent rémunéré, ou à une entreprise de soins ou le médecin n'a pas sa complète indépendance professionnelle ». Une infraction à l'esprit de cet article mérite amplement en effet une suspension d'exercice.

Il est assez curieux de constater que le législateur, dans un cas tout voisin, a préféré laisser au Conseil supérieur le soin de réglementer, alors que le contraire eût été d'ailleurs préférable du point de vue juridique.

La rédaction primitive du projet de loi reprenait en effet l'ancien art. 13 de la loi du 30 novembre 1892 sur les associations de médecins (abrogé par la loi de 1927 sur les syndicats). Le texte proposé soumettait à l'agrément des Conseils de l'Ordre toute association entre médecins.

Il a disparu dans la rédaction définitive. Mais nous retrouvons son esprit dans le texte d'un communiqué du Conseil supérieur en date du 7 janvier 1941, d'après lequel « aucun groupement d'études corporatives ne pourra se constituer ou fonctionner s'il n'a préalablement déposé ses statuts au Conseil supérieur et obtenu son autorisation ». Il est à peine besoin d'indiquer que cette décision constitue un simple vœu dénué de toute force coercitive. Le fait de s'associer entre médecins, ne constituant pas une violation de la loi morale, reste libre de toute entrave.

***

En définitive, loi utile comblant bien des lacunes et donnant satisfaction à bien des critiques que nous avions élevées jusqu'alors.

Nous regretterons toutefois que l'on n'ait point profité de la réforme pour définir plus largement que par le passé le délit d'exercice illégal, et par voie de conséquence l'exercice de l'art médical. La conception de la loi de 1892, conforme à l'esprit de l'époque, se rattache uniquement à la notion de soins curatifs, donnés de « manière habituelle et suivie », par une intervention directe de l'homme de l'art dans chaque cas particulier. La pratique a montré que cette conception est d'ores et déjà dépassée et les projets de réforme de la loi de 1892 dès avant la guerre étendaient la notion d'exercice de la médecine au fait de prendre part au traitement des maladies de manière indirecte (par écrit, correspondance, articles de presse, prospectus, affiches, etc.), en considérant comme traitement tout acte ou conseil tendant à l'atténuation, à la guérison ou à *la prévention* des maladies.

En adoptant cette conception large, en considérant comme exerçant la médecine tout diplômé concourant de près ou de loin à la lutte pour la santé, la loi eut permis de donner à l'Ordre la base « totalitaire » qu'il souhaite avoir et dont il a besoin pour remplir effectivement le rôle corporatif auquel il prétend.

Jean Mignon.

QUEL EST LE CHIFFRE DE POPULATION NÉCESSAIRE POUR FAIRE VIVRE UN MÉDECIN ?

Cette question, un de nos lecteurs la posait dans un récent numéro du *Concours*, en ajoutant que le chiffre de 1.200 à 1.500, admis par divers Conseils de l'Ordre, lui semblait insuffisant.

Tel est aussi l'avis, et unanime, des confrères qui ont répondu à la question posée

Fils et gendre de médecins de campagne dans l' X (région assez riche), je peux vous affirmer qu'une population rurale d'au moins 4.000 habitants est nécessaire pour vivre chichement sans mettre un sou de côté, surtout lorsqu'on a deux ou trois enfants à élever.

L'erreur des statistiques vient sans doute de ce qu'on s'est contenté d'une simple division de la population française par le nombre des médecins.

Or ceux-ci comprennent de nombreux « spécialistes » qui ne doivent pas entrer en ligne pour un tel calcul. Et, d'autre part, certaines régions de grosses agglomérations avec densité forte fournissent en temps normal plus de clientèle médicale qu'une population rurale disséminée de même importance numérique.

L'on se demande, en effet, si le chiffre adopté de 1.200 à 1.500 n'est pas le fruit d'une simple et simpliste opération arithmétique.

Si l'on prend la dernière édition du Rosenwald (1939) et que l'on divise les 41 millions représentant la population de la métropole et de l'Algérie par le nombre annoncé de 30.115 médecins, on trouve au quotient : 1.360, chiffre qui exprime bien la moyenne proposée par divers Conseils de l'Ordre.

Mais sur ces 30.115 médecins de France et d'Algérie, combien exercent réellement la médecine générale et doivent, par conséquent, être considérés comme desservant un secteur sanitaire ? On l'ignore. Ce chiffre global comprend les praticiens, les chirurgiens et spécialistes de toutes catégories, les médecins de villes d'eau, même des médecins âgés et portés comme n'exerçant plus. Comment, dans ces conditions, se faire une idée un peu précise du rapport entre la population et le contingent médical qui lui est affecté?

Dans les statistiques, écrit ce médecin de Seine-Inférieure, qui ont pu servir à l'établissement des projets proposant 1.500 habitants comme zone d'influence nécessaire mais suffisante pour un médecin campagnard, on oublie trop que figurent nombre de vieux médecins âgés, vivant de leur retraite et pour qui l'exercice de la médecine n'est plus qu'un moyen de ne pas rester absolument inoccupé ou de fournir un petit appoint seulement.

Quoi qu'il en soit, venons en aux faits d'expérience.

J'ai été médecin à la campagne, je le suis actuellement en ville, écrit un confrère d'une préfecture de l'Est.

J'estime qu'il faut à la campagne pour un médecin non propharmacien 5 à 6.000 de population, pour un propharmacien, 3 à 4.000.

En ville, comme aucun médecin n'est propharmacien, il faut 5 à 6.000, en médecine générale. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas de 5 à 6.000 dans sa ville, une moyenne de 1.500 sur place est généralement suffisante, si l'on compte chirurgien et spécialistes. Il faut 2.000 sur place, si l'on ne compte que les médecins. Mais il faut de plus 3.500 à 4.500 dans l'hinterland.

Avec ces chiffres, un médecin peut vivre honnêtement sans pousser à la consommation.

Il reste peu de place en médecine générale. Beaucoup de médecins ne tiennent le coup que parce qu'ils ont de la fortune, eux ou leurs femmes.

Un médecin d'une petite ville de Normandie dépeint ainsi les conditions médicales dans sa région

Ce confrère écrit qu'il *serait lamentable* de laisser s'établir une organisation de la médecine française sur des données aussi fausses que 1.500 habitants en petite ville et campagne feraient vivre un médecin.

Je vais plus loin : *ce serait monstrueux* — Je suis né dans le pays où j'exerce (petite ville et campagne) : je connais donc à fond cette région où je fais de la médecine depuis trente ans.

Si un médecin veut vivre ici avec 1.500 habitants, il fera bien de solliciter un poste de chef cantonnier ou de cheminot.

Mes confrères ici sont mes amis, je les connais bien, eux et leurs femmes.

Il est heureux que nos parents aient travaillé avant nous, aient économisé avant nous, car depuis l'autre guerre, ce ne serait pas gai.

Il faut étudier chaque coin dans chaque région — ou alors, nous irons à la stupide catastrophe.

Voici maintenant la situation dans une petite ville de l'Est :

Je suis bien placé pour traiter cette question puisque je suis le troisième d'une génération de médecins qui se sont succédés dans la même petite ville de province (122 ans de pratique médicale sans discontinuer... c'est une référence je pense).

Aussi, je vais, aussi nettement que possible, vous exposer ma situation.

J'exerce pour ma part dans une petite ville, dis-je, comprenant 2.800 habitants et dans le canton qui comprend en plus, 27 communes, soit en tout environ 7.500 citoyens. La clientèle se partage à peu près, avec un confrère ; nous entretenons de bonnes relations, nous sommes des omnipraticiens et notre activité va de l'extraction dentaire à la chirurgie d'urgence en passant par toute la gamme des malades.

Nous avons tous deux dépassé la soixantaine et je puis vous affirmer que ni l'un ni l'autre, ne finirons dans la peau de millionnaires. Jusqu'ici nous avons vécu normalement, mais sans luxe.

Nos occupations sont dans la moyenne, grâce à quelques usines et à un certain nombre d'assurés sociaux. Je n'éprouve aucun scrupule à vous déclarer que chaque année (les bonnes surtout) nous nous partageons en fait d'honoraires environ 130.000 francs

touchés (il y a toujours hélas les impayés). Cette somme représente donc pour chacun annuellement des honoraires de 65.000 francs. Lorsque nous avons défalqué de cette somme, les impôts (dans les 12.000 francs), les frais d'automobile (dans les 15.000 francs) les assurances, le téléphone, les cotisations, les frais généraux (dans les 5.000 francs), il nous reste pour vivre et élever notre famille dans les 30 à 32.000 francs par an. J'ajoute que tous deux nous habitons des immeubles provenant de nos familles. Dès lors, je me demande comment nous pourrions vivre avec une clientèle formée pour chacun par une agglomération de 1.500 habitants.

Non, voyez-vous, il faut se rendre à l'évidence et conclure en affirmant qu'un médecin de campagne, qui pratique sa profession honnêtement, faisant à peu près tout avec ses propres moyens, *ne peut vivre* qu'en servant une clientèle intéressant un minimum de 4.000 individus. *Experto crede Roberto.*

Dr J. C.

La vraie et honnête façon d'aborder la question, c'est probablement ce médecin breton qui l'indique:

En ce qui concerne la médecine rurale, je crois qu'il est absolument illusoire de vouloir fixer *a priori* le nombre de médecins pouvant vivre de leur profession d'après le chiffre seul de la population. Rien de plus variable à ce sujet : aisance de la population en premier lieu, car il ne faut pas se dissimuler que pour beaucoup la médecine et les médicaments sont un article de luxe ou demi-luxe ; habitudes et mentalité différentes en ce qui concerne le degré de gravité d'une maladie jugée suffisante, pour qu'on doive faire appel à un médecin, et le nombre de consultations et de visites à faire pour que le malade et sa famille se considèrent bien soignés et non exploités ; éloignement du médecin rendant ses services plus dispendieux et par conséquent moins recherchés (on attendra à demain pour l'appeler si cela ne va pas mieux) ; proximité des grands centres et facilités de s'y rendre pour consulter les « grands médecins » et spécialistes, plutôt que le médecin du lieu. La population indigente est plus ou moins bien soignée suivant la libéralité variable des mairies et commissions cantonales pour l'inscription à l'A. M. G. et la délivrance aux ayants droit des bulletins de visite. Enfin, la concurrence dans un poste médical, et, par conséquent son rendement, varie beaucoup suivant que les postes voisins sont tenus ou non par des médecins actifs et estimés. Quand l'établissement des médecins était libre, avant la guerre, on n'avait pas besoin d'avoir recours à des règles arbitraires. Si, dans le bourg de X ou la petite ville de Y, il y avait un poste à prendre ou à créer, susceptible de faire vivre un médecin, *cela se savait.* Les postes intéressants étaient rapidement pourvus. Pour ceux qui l'étaient moins, les communes se jugeant insuffisamment desservies faisaient quelquefois paraître une annonce dans les journaux médicaux, et les candidats agissaient sagement en se renseignant sur la valeur du poste proposé auprès du syndicat médical local. Je pose donc en principe que, sauf dans les régions où il y a eu de notables changements de population ou de conditions économiques, la situation existant avant la guerre était normale et le nombre de postes ne devrait être augmenté que sur des données *locales* précises, et non sur un chiffre arbitraire de population, quel qu'il soit.

Plaçons en conclusion cette lettre d'un autre médecin breton sombre et désabusé.

Votre enquête sur le chiffre de population nécessaire à notre subsistance m'a suggéré cette réflexion que je me permets de vous transmettre : il ne s'est trouvé qu'un seul confrère pour relever l'erreur du Conseil de X. et bientôt, il ne restera sans doute plus aucun volontaire à la rectification des bévues de ceux qui prétendent nous conduire, et comment, en effet admettre sans découragement qu'un aréopage puisse être aussi ignorant.

Le signataire aura, nous l'espérons, été regaillardi dans sa foi en la profession par la lecture de cette copieuse correspondance.

Et, d'autre part, si un aréopage s'avère ignorant, n'est-ce pas à l'instruire et le renseigner qu'il faut s'appliquer ?

G. Lavalée.

P. S. — Cette correspondance a été communiquée à titre de documentation, au Conseil supérieur de l'Ordre qui devait, au cours de sa dernière session (21-25 juin) examiner la question de la densité médicale.

La décision prise par le Conseil maintiendrait le chiffre de un médecin pour 1.500 à 1.600 habitants.

Mais il est important de noter que le Conseil supérieur n'a pas entendu par là fixer une densité optima, mais *un plafond* à ne pas dépasser et à partir duquel les Conseils départementaux seront autorisés à *refuser l'inscription au tableau.* Ce refus d'inscription, première entrave à l'exercice dune profession libérale, il fallait le reculer à la limite du possible sous peine d'aboutir à cette brimade que de jeunes médecins non encore installés n'auraient pu vivre de leur travail. Restera à parfaire cette réglementation en restreignant la production de nouveaux diplômés.

En second lieu, la densité ainsi fixée s'applique à *tous les médecins,* spécialistes de toutes sortes compris. Elle ne fixe donc pas la zone d'influence du praticien de médecine générale du fait que le chirurgien, le radiologue ou l'oto-rhino ont des clientèles qui se superposent au lieu de se juxtaposer à la sienne.

En définitive, il semble probable que le chiffre de population dévolu au praticien oscillera entre 2.000 et 2.500.

C'est à l'usage que se jugera cette réglementation, à laquelle le Conseil supérieur demande aux médecins de faire crédit.

Il n'est pas douteux qu'il a le souci d'en faire un élément d'ordre pour la profession et qu'il se préoccupera d'en suivre de près la mise en application.

Variétés

TALLEYRAND A BOURBON-L'ARCHAMBAULT

Le 19 août 1803, Talleyrand écrivait au Premier Consul Bonaparte, des eaux de Bourbon-l'Archambault où il faisait une cure : « Je ne puis pas douter de leur efficacité pour moi ; et mon traitement accompli après la vingt-et-unième douche, c'est-à-dire le 1er septembre, je retournerai près de vous plus heureux, me sentant plus capable de vous servir ».

M. G. Lacour-Gayet consacre un chapitre du tome II de sa remarquable étude sur Talleyrand à son séjour à Bourbon-l'Archambault. Cette ville d'eaux était toujours à la mode depuis que Madame de Sévigné, Madame de Montespan, la Princesse de Condé, etc..., avaient fait sa réputation. Talleyrand, ministre des affaires extérieures durant le Consulat, attribuait à ses bains et ses douches « la vigueur de son corps et la verdeur de son esprit ».

Il fréquenta fidèlement la station bourbonnaise jusqu'en 1832, y oubliant les soucis de la politique et les préoccupations de ses intrigues ; il menait à Bourbon une toute autre vie qu'à Paris et se montrait sous un tout autre aspect. Sa cure était pour lui une période de détente et il en bénéficiait autrement que pour ses douleurs.

L'administration des eaux était pleine de prévenances pour cet hôte distingué qui attirait une riche clientèle à la station. Une grande piscine, appelée depuis la piscine du Prince, était mise à sa disposition. Il habita place des Capucins au logis Sévigné et au Pavillon qui depuis porta le nom de Pavillon Talleyrand. Au logis Sévigné, on aménagea pour lui un salon dans la grande chambre où couchait la Princesse de Conti. Plus tard, il occupa un pavillon toujours place des Capucins, où fut construit l'hôtel Montespan. Enfin, il séjourna au Prieuré, ancien couvent des Bénédictins, près de l'église paroissiale.

Son arrivée à Bourbon était suivie d'un afflux de visiteurs de Paris et de la région qui espéraient y aborder plus facilement le ministre et se recommander à lui. Ses soupers avaient la réputation d'être très animés et très gais et il se distrayait par d'interminables parties de whist. Le barbier de la ville venait tous les jours le raser et lui racontait les ragots du pays, dont Talleyrand se montrait très friand

Le ministre avait ses familiers, outre sa femme, l'ancienne Madame Grand, aussi belle que bête, qui pouvait dans ce milieu restreint et provincial, briller plus facilement qu'à Paris dans les salons fastueux de la rue du Bac. Parmi les plus assidus, était le Docteur Faye, médecin des eaux. Ce dernier très bavard, émaillait sa conversation de nombreuses citations latines, le plus souvent banales et saugrenues que Talleyrand refusait malicieusement de traduire pour ne pas effaroucher les dames, car, prétendait-il, le latin du Docteur bravait l'honnêteté ; ce qui était complètement faux. Ainsi, pour éviter tout scandale, Talleyrand ne voulut pas traduire la citation : *Plus aero vivimusquam cibo.* Le ministre qui attirait à Bourbon ses anciennes amies dont les oreilles n'étaient pas plus particulièrement chastes, prenait un malin plaisir à les intriguer ainsi. Parmi ces dames, la plus intéressante était Madame de Bonneuil, belle-mère de Regnaud, de Saint-Jean-d'Angély, ancienne amie de Talleyrand pour lequel elle avait eu jadis des bontés et qui l'avait envoyée en missions dans certaines cours étrangères. Bien qu'ayant atteint la soixantaine, Madame de Bonneuil avait une conversation brillante et spirituelle qui faisait le charme des soirées de Bourbon.

Au nombre des familiers citons encore le baron de Saint-Etienne, gentilhomme limousin, ancien écuyer de Louis XVI, qui ne pouvait oublier le faste de l'ancienne cour, et un curé d'un canton voisin, l'abbé Groin de la Romagère, qui avait connu Talleyrand lors de son entrée dans les ordres. Ce prêtre, joyeux vivant, composait et chantait des chansons assez lestes. La légende dit que, grâce à la protection de l'ancien évêque d'Autun, il coiffa la mitre.

En 1803, les hôtes de Bourbon furent fort intrigués par la présence d'une fillette de cinq ans, dont Monsieur et Madame de Talleyrand avaient le plus grand soin et qui devait épouser plus tard, en 1820, le baron Alexandre Daniel de Talleyrand-Périgord, neveu du ministre, après avoir reçu une éducation soignée. Cette enfant, de parents inconnus, était vraisemblablement la fille de Talleyrand et de sa femme, née avant leur mariage alors que Madame de Talleyrand était l'épouse de M. Grand. Ce mystère et bien d'autres de ce genre touchant l'ancien évêque d'Autun n'a pas été complètement éclairci.

J. Noir.

Directeur-Gérant : G. Lavalée

Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

L'instruction du 4 juin 1941, relative à l'admission à l'école du service de santé en 1941 (1), sera déposée prochainement dans les préfectures, les facultés des sciences, de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et dans les directions du service de santé des divisions militaires. Cette instruction fixe les pièces à fournir par les candidats, les modalités et les programmes des épreuves du concours.

Pour tous renseignements complémentaires, les candidats devront s'adresser :

Soit au secrétariat d'Etat à la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Royat (Puy-de-Dôme) ;

Soit au directeur de l'école du service de santé, à Lyon.

(*J. O.*, 20 juin 1941.)

Enseignement

Nº 2.570. — *Loi du* 21 *juin* 1941 *réglant les conditions d'admission des étudiants juifs dans les établissements d'enseignement supérieur.*

Art. 1er. — Le nombre des étudiants juifs admis à s'inscrire pour chaque année d'études d'une faculté, d'une école ou d'un institut d'enseignement supérieur, ne peut excéder 3 p. 100 des étudiants non juifs inscrits pour cette même année durant l'année scolaire précédente.

Art. 2. — Dans chaque faculté, institut ou école, la Commission de professeurs instituée par l'article 3 ci-après arrête la liste des étudiants juifs en admettant, par priorité, et dans l'ordre suivant :

1º Les orphelins de militaires morts pour la France;

2º Les décorés de la Légion d'honneur ou de la Médaille militaire pour faits de guerre ;

3º Les titulaires de la carte du combattant instituée par l'article 101 de la loi du 19 décembre 1926 ;

4º Les titulaires d'une citation donnant droit au port de la Croix de guerre instituée par le décret du 28 mars 1941 ou les prisonniers de la guerre 1939-1940 ;

5º Les fils ou filles d'un décoré de la Légion d'honneur ou de la Médaille militaire pour faits de guerre, d'un titulaire de la Carte du combattant instituée par l'article 101 de la loi du 19 décembre 1926, d'un prisonnier de la guerre 1939-1940 ou d'un titulaire d'une citation donnant droit au port de la Croix de guerre instituée par le décret du 28 mars 1941 ;

6º Les postulants appartenant à des familles nombreuses ou présentant des titres scolaires particulièrement méritants.

En outre, et par dérogation aux dispositions de l'article 1er, le secrétaire d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse peut, par arrêté motivé pris sur le rapport du commissaire général aux questions juives, admettre à s'inscrire dans les facultés, les postulants dont la famille est établie en France depuis au moins cinq générations et a rendu à l'Etat français des services exceptionnels.

Art. 3. — Dans chaque faculté, école ou institut, une commission composée de cinq professeurs désignés par le doyen ou par le directeur de l'école ou de l'institut procède à l'examen des demandes.

Celles-ci doivent être adressées au doyen ou au directeur chaque année avant le 15 septembre.

La liste des étudiants juifs, admis à s'inscrire est

(1) Imprimée par la maison Charles Lavauzelle, à Limoges.

arrêtés par la commission au plus tard le 31 octobre. Elle est affichée au secrétariat de la faculté, de l'institut ou de l'école.

Les décisions de la commission sont motivées et les intéressés peuvent en prendre connaissance sur le registre des délibérations. Ils peuvent dans le délai d'un mois se pourvoir contre cette décision devant le secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

Art. 4. — Si les renseignements fournis à la commission sont reconnus erronés, le doyen ou le directeur peut prononcer l'annulation des inscriptions qui ont été prises indûment. Cette décision entraîne de plein droit la nullité des examens subis par le candidat.

Art. 5. — Des décrets fixeront l'application de la présente loi en Algérie, aux colonies, en Syrie et au Liban.

(*J. O.*, 24 juin 1941).

Arrêté du 16 *juin* 1941 *relatif au concours des bourses des facultés de médecine*

Art. 1er. — L'article 2 (§ 2) de l'arrêté du 15 mai 1927, modifié par l'arrêté du 18 février 1938, est modifié ainsi qu'il suit :

« Sont admis à prendre part à ce concours les candidats appartenant aux régimes d'études fixés par les décrets des 10 septembre 1924 et 6 mars 1934, pourvus de quatre, huit, douze, seize ou vingt inscriptions, qui ont subi avec la note moyenne 6 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions ».

Art. 2. — L'article 3 de l'arrêté du 15 mai 1927 est complété, *in fine*, par la disposition suivante :

Etudiants à vingt inscriptions.

« *a*) Une composition de thérapeutique ;

« *b*) Une composition d'hygiène et de médecine légale ».

(*J. O.*, 19 juin 1941).

Hôpitaux psychiatriques

L'arrêté du 30 mars 1941 déplaçant d'office M. le Docteur Ferdières et l'affectant en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, est rapporté.

M. le Docteur Ferdières, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Rodez (intérêt de service), en remplacement de M. le Docteur Buisson, muté dans l'intérêt du service.

M. le Docteur Stoerr, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, en remplacement de M. le Docteur Usse, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Buisson, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Rodez, est affecté en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (intérêt de service), en remplacement de M. le Docteur Stoerr,

M. le Docteur Borel, médecin chef des hôpitaux psychiatriques publics, est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, en remplacement de M. le Docteur Couderc, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Couderc, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, est affecté, sur sa demande, en la même qualité à l'asile privé fai-

sant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux, en remplacement de M. le Docteur Gardien, muté dans l'intérêt du service.

M. le Docteur Queron, reçu au concours du médicatdes hôpitaux psychiatriques en 1939, est nommé, à titre provisoire, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux, en remplacement. de Mme le Docteur Gardien, mutée dans l'intérêt du service.

(*J. O.*, 19 juin 1941).

Inspection de la santé

Mme le Docteur Midrouillet, médecin inspecteur adjoint de la santé, est mise en disponibilité, pour une période de cinq ans, sur sa demande, à compter du 1er mai 1941.

M. le Docteur Michel (Jacques) est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé des Hautes-Alpes, en remplacement de Mme le Docteur Midrouillet, mise en disponibilité sur sa demande.

M. le Docteur Parmentier, directeur intérimaire du bureau d'hygiène de Lille, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord.

M. le Docteur Cuisset, directeur du bureau d'hygiène de Valenciennes, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord.

(*J. O.*, 19 juin 1941).

Ordre des médecins

No 2.626. — *Algérie.* — *Décret du 21 juin 1941 portant nomination du président et des membres du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.*

Art. 1er. — Sont nommés :

Président du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins

M. le Professeur Leblanc, ex-doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

Membres du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins

MM. les Docteurs :

Lebon (Eugène), doyen de la Faculté de médecine d'Alger. Oulié (Gaston), chirurgien de l'hôpital de Constantine. De Vesian (Jean), médecin accoucheur à Oran. Dupuy d'Uby (Pierre), ophtalmologiste à Alger. Vogt (Paul), médecin communal à Marengo, Blanc (Joseph), médecin communal à Jemmapes. Tramidi (Joseph), médecin de colonisation à Mac-Mahon. Montero (Jean), médecin à Hammam-Bou-Hadjar. Boumalit (Mohammed), médecin à Aïn-Beïda.

(*J. O.*24, juin 1941).

Sanatoriums

M. le Docteur Arribehaute est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du Sanatorium de Lac-Ouvillers (Doubs).

ÉCHOS ET COMMENTAIRES

ENCORE LA RETRAITE — NUMERUS CLAUSUS — CHARBON — ELECTION DES CONSEILS DE L'ORDRE — MUTUELLE CHIRURGICALE DE PARIS — LAISSEZ-PASSER — DIRECTION DE LA SANTÉ ET ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS — PHARMACIE ET PROPHARMACIE

La raison commande de donner à la retraite du médecin deux piliers essentiels : la capitalisation en principe pour les périodes normales, la répartition pour la période transitoire et les périodes troublées.

La répartition suppose financièrement une Caisse centrale alimentée par des cotisations obligatoires. Au Conseil supérieur d'en assurer la garde et la gestion.

La capitalisation exige des Caisses de retraite faisant fructifier les versements par des placements à longue échéance.

Au cours de la dernière session du Conseil supérieur, certains de ses membres auraient envisagé la création d'un organisme de capitalisation (un de plus) sur le plan national auquel tout médecin *devrait* verser une très forte cotisation annuelle (5.000 francs environ).

La totalité de son épargne (au-delà même dans bien des cas) étant ainsi « pompée », le médecin resterait libre de s'affilier à telle Caisse de son choix.

Les auteurs de ce projet estiment-ils vraiment que le tableau déjà varié des Caisses existantes exigeait cette création nouvelle, n'ayant pour seule réserve que la foi de ses fondateurs ? Ont-ils songé que supprimer en fait toute possibilité de recrutement aux Caisses actuelles signifiait les condamner à la mort lente ?

Or, elles ont des réserves, de l'expérience, un passé. Est-ce bien le moment de se priver de ces richesses corporatives ? Pourquoi, selon les termes d'un communiqué de l'Ordre, ne pas les sauvegarder, ne pas les développer ? Pourquoi, selon l'expression heureuse de M. Huard, ne point conserver « les diversités nécessaires » ?

Ces œuvres sont dispersées, dites-vous. Qu'on les rassemble au sein d'une vaste union, sous l'égide de l'Ordre, ainsi que la loi le permet. Cotisation obligatoire — oui. Caisse unique obligatoire — non ! Rien de définitif n'est encore fait, nous a-t-on dit. Nous osons l'espérer.

***

Le nombre d'étudiants israélites admis dans les établissements d'enseignement supérieur vient d'être limité par la loi du 21 juin 1941 à 3 % des étudiants non israélites.

En ce qui concerne les médecins, le pourcentage envisagé est, croyons-nous, de 2 % comme pour les avocats. Mais aucun texte officiel n'est encore paru à ce jour, car les modalités d'application sont à l'étude. Des dérogations sont envisagées dans un certain nombre de cas en faveur des praticiens israélites possédant des titres particuliers.

***

Les attributions en combustible des différentes catégories de consommateurs viennent d'être fixées définitivement par la décision n° 5 du Répartiteur en chef du charbon.

Les médecins ont droit à titre professionnel à une

allocation mensuelle supplémentaire, dont la quantité est variable suivant les départements.

Dans les communes où a été instituée la carte de charbon, c'est-à-dire dans celles de plus de 5.000 habitants, cette attribution spéciale sera délivrée contre remise d'un coupon de la carte.

Dans les autres communes où ne fonctionne pas la carte de charbon, c'est au maire qu'il appartiendra de répartir entre ses administrés, compte tenu de leurs besoins professionnels, la quantité de combustible qui aura été allouée à sa commune.

Le réapprovisionnement pour l'hiver prochain commencera dans le courant de l'été.

***

La loi instituant l'Ordre des médecins prévoit que le Conseil supérieur et les Conseils départementaux de l'Ordre seront dissous de plein droit à la fin de l'année 1941, et remplacés par des Conseils élus.

Les modalités d'élection viennent d'être déterminées par le Secrétaire général de la Santé publique.

Mais verrons-nous vraiment les élections à la fin de l'année ?

***

Nous n'avons plus à vanter ici les mérites des Caisses chirurgicales mutuelles dont chacun sait qu'elles permettent la sauvegarde des règles d'exercice de la médecine privée dans le domaine mutualiste de l'assurance-maladie.

De nombreux départements, dès avant la guerre, avaient vu éclore des C. C. M. sur leur territoire, Paris restait réfractaire à cette institution. Cette lacune est désormais comblée : la Mutuelle chirurgicale de Paris vient de tenir le 12 juin dernier son assemblée constitutive.

Nous sommes heureux d'en saluer la naissance et de souhaiter bonne réussite à son actif secrétaire général le Docteur Fromenteau, 17, avenue de Cluny, au Parc Saint-Maur (Seine).

***

On attend toujours une communication du Conseil supérieur de l'Ordre au sujet des médecins de cure. Ne pourrait-on leur faciliter l'obtention des laissez-passer ?

Signalons que les malades atteints d'une affection pulmonaire peuvent obtenir un laissez-passer spécial sur présentation d'un certificat médical spécifiant qu'un séjour à la montagne, à la mer ou à la campagne leur est indispensable.

***

La nomination de Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique de Paris, aux fonctions de directeur régional de la Santé pour les départements de Seine et Seine-et-Oise, laisserait-elle présager une unification future du régime hospitalier de la région parisienne ? Cela paraît souhaitable.

***

Les pharmaciens, eux aussi, auront bientôt leur statut. Ils seront groupés en Chambres régionales, et représentés par une Chambre nationale.

La nouvelle réglementation de la profession n'entamerait en rien, tout au moins quant à présent, les droits des médecins propharmaciens.



CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

3.147. — 1° Radioscopie pour fracture — 2° Infiltrations anesthésiques

Je fais presque toutes les réductions de fractures diaphysaires avec une table orthopédique elle-même installée sur le plateau du poste « clinix » de la Compagnie générale de radiologie.

Je peux ainsi obtenir une reposition osseuse sous contrôle radioscopique de face et de profil sans bouger le blessé puis plâtrer en bonne position.

Jusqu'à ce jour, ne faisant pas de cliché dans de semblables circonstances, je comptais pour les accidents du travail, en plus de la réduction et appareil plâtré prévu à l'art. 18 du tarif, 200 (Art. 27 D. a) pour intervention sur écran.

Pour la première fois une Compagnie me supprime ces 200 francs « cette intervention étant supprimée ». (*J. O.*, n° 118 du 18 mai 1939).

Faut-il désormais se brûler gratuitement les mains ?

Ou revenir à la pratique des réductions à l'aveugle avec répétition de radiographies après chaque tentative nouvelle de réduction meilleure ?

Les blessés et les Compagnies n'ont-elles pas intérêt à nous payer moins cher un travail meilleur fait sous écran ?

Je serais heureux d'avoir votre avis à ce sujet,

Et aussi au sujet des infiltrations lombaires ou stellaires comptées, à partir de la deuxième, comme simple consultation.

Dr P.

Réponse

1° On a supprimé dans le tarif actuel les radioscopies pour réduction de fractures, à cause des abus, a-t-on déclaré, qui étaient ainsi causés.

Il faudrait donc, en cas de fracture, faire une radiographie avec clichés et commentaires détaillés, ainsi qu'il est prescrit à l'art. 27, observ. alinéa 3.

Je ne vois pas d'autre *modus agendi*, avec le tarif ainsi qu'il est libellé.

2° Pour les infiltrations anesthésiques, les prix indiqués à l'art. 16 ne furent adoptés à la Commission qu'à la condition qu'ils seraient payés forfaitairement pour une ou plusieurs séances. Au cas où il y en aurait plusieurs, celles consécutives ne seraient l'objet d'aucune majoration spéciale, et seraient donc payées au prix de la visite ou consultation simple.

Dr F. Decourt.

3.084. — Majoration dominicale

Voudriez-vous me dire quel tarif je dois appliquer pour une consultation donnée le dimanche (accident, cas urgent) en matières d'accident du travail.

Et quel tarif je dois appliquer dans les mêmes circonstances pour l'extraction d'un corps étranger superficiel de la cornée ?

J'avais adressé à la Compagnie deux notes majorées de 50 % qui me sont contestées.

Dr G.

Réponse

1° La majoration dominicale que j'avais demandée a été acceptée pour la visite seule, mais pas pour la consultation « qui ne cause pas de grand dérangement au médecin » m'avait-on objecté.

2° Pas de majoration dominicale pour les interventions. Pour celles-ci il n'y a de majoration que pour la nuit, et encore elle n'est pas de 50 %, mais de 25 % (art. 8).

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

3.118. — Fonctionnement de la Commission d'inaptitude au travail pour l'allocation aux vieux salariés

Je suis convoqué par la Commission régionale de Nantes de l'inaptitude au travail (Assurances sociales), à titre de représentant d'un malade (larges ulcères variqueux) qui demande l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

En dehors de l'observation médicale de la malade, que j'apporterai, devrais-je avoir d'autres pièces ? Donnez-moi les conseils utiles me permettant de faire figure honorable en l'espèce.

Dr A.

Réponse

La Commission régionale de l'inaptitude au travail instituée par la loi du 14 mars 1941 portant attribution d'une allocation aux vieux travailleurs salariés, a été réglementée par un arrêté du 9 avril 1941, publié au *Journal officiel* du 21 avril 1941 (Voir Extraits dans le *Concours médical* du 11 mai 1941).

Le médecin choisi par le demandeur en fait partie. Ce dernier doit supporter ses honoraires.

La Commission détermine si le salarié compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa formation professionnelles, n'est plus en mesure de conserver ou de retrouver un emploi salarié.

A cet effet, elle procède à l'instruction du dossier par les moyens qui lui paraissent les meilleurs. Elle peut prescrire tout examen médical et toutes enquêtes qu'elle juge utiles.

Les médecins, membres de la Commission, peuvent prendre communication des dossiers médicaux au Secrétariat, sauf pendant les trois jours précédant immédiatement celui de la réunion au cours de laquelle les dossiers doivent être soumis à la Commission. Seul le président peut se faire remettre les dossiers pour examen.

Il n'est donc pas nécessaire que vous soyiez porteurs de pièces quelles qu'elles soient. L'observation médicale de la maladie de votre client, si vous jugez qu'il soit utile qu'elle soit rédigée par écrit, suffirait.

QUESTIONS DIVERSES

2545. — Pensions militaires. Pas de présomption d'origine pour les maladies

J'ai recours à votre obligeance pour avoir un renseignement concernant un de mes clients.

Réserviste titulaire d'un fascicule bleu, service armé, mobilisé le 2 février 1940, envoyé après quelques jours au Nº D. C. A. à Paris.

Tombé malade au cours de son service à Paris avec le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse à grand épanchement. Renvoyé dans ses foyers le 2 juin 1940 en convalescence de trois mois avec un billet d'hôpital portant le diagnostic de sortie de « pleurésie séro-fibrineuse ».

J'ai vu ce malade dès mon retour en août dernier, il était en assez mauvais état et n'a pu reprendre son travail que le 1er novembre après un examen de crachats négatif. Je lui avais conseillé de demander à passer devant une Commission de réforme, ce qu'il a fait. L'affaire a traîné quelque temps, cependant, il a été réformé avec la décision suivante :

« Tuberculose pulmonaire ; B. K. + + ; 100 % non imputable ».

Qu'il soit devenu bacillifère dans l'intervalle, tout en se trouvant assez bien pour travailler et vivre à peu près normalement, il n'y a rien là de particulièrement étonnant ; mais que l'on considère cette tuberculose survenue à la suite d'une pleurésie contractée au service comme « non imputable » alors que le sujet n'avait jamais été malade avant avril dernier, cela me semble injuste et surprenant.

Quelles conditions faut-il donc réunir actuellement pour qu'une maladie soit imputable au service ? ?

Quelles démarches peut-il y avoir à faire pour faire réviser cette décision si cela est possible ?

Ce pauvre homme me semble tout de même lésé, car s'il avait continué son métier de cantonnier et n'avait point été habiter à Paris dans des cantonnements d'une hygiène probablement assez douteuse, il n'aurait fait ni pleurésie, ni tuberculose.

Dr M.

Réponse

Pour les maladies, le décret du 20 janvier 1940 a supprimé la présomption d'origine au service, sauf pour les affections constatées, alors que l'intéressé participait aux opérations de combat, ou dans les trente jours suivant cette période. Sinon il lui appartient de faire la preuve totale que l'affection a été causée ou aggravée par suite des fatigues ou intempéries (certificats ou attestations de chefs, de médecins militaires, établissant une relation de cause à effet entre un fait précis de service et l'infirmité constatée).

Le même décret précise, en outre, que, en dehors des opérations de combat, « dans une formation non combattante, la durée du service n'est pas le plus souvent marquée par des circonstances entraînant des fatigues exceptionnelles ».

Si l'intéressé juge sa cause valable, qu'il adresse au médecin-chef du Centre de réforme, par pli recommandé, une demande de révision pour fait nouveau ; il joindra naturellement une copie certifiée conforme, des attestations qu'il aura pu se procurer.

Soixante-troisième année   N° 28   13 Juillet 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants........... 50 fr.

Le Numéro............. **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 191. — Jeune méd. 36 a., père de famille, réfugié, achèterait à prix raisonnable, en zone non occupée, client. rurale ou semi-industriel. avec ou sans propharmac. de préfér. à moins 100 km. de la mer. Urg. S'adres. : M. P. Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 192. — Suis acheteur œuvres d'Ambroise Paré. Dr Malouvier, 84, route Nationale, Le Havre (S. I.)

N° 193. — Client. médecine génér. avec instruments et instal. à céd. à Aubusson par suite décès du titulaire. S'adres. à Mme Delacloche, pl. Espagne à Aubusson (Creuse).

N° 194. — Le Dr Brissemoret, 18, rue Adolphe Besson, Chelles (S.-et-M.) recherc. le livre : Le jardin botanique de la Faculté de médecine de Paris, par Baillon, 1889.

N° 195. — Docteur 50 a. médaillé mil. A. E. H. P. breveté marine march., recher. occup. méd. ou para. H. L. Fitz-James, Clermont (Oise).

N° 196. — Radiologiste expérim. est demandé pour remplacer quelques mois médec. accidenté. Urgent. Dr Belle, 13, rue de la Grandière, à Tours (I.-et-L.)

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Excel. quart. très grosse client. Méd. Gle. Indemnité 90.000 francs.

A toucher Paris. — Très import. client. ouvr., tous honor. compt. Indemnité 70.000 cpt. avec matér. profes.

Banl. Ouest proche. — Situat. plein centre. Med. Gle. Prix 50.000.

Seine-et-Marne. — Bonne client. rurale. Maison avec jardin. Prix 40.000 cpt.

Normandie, à 150 kil. Paris. A céd. d'urgence, cilent. seul. méd. petite indemnité.

Sud-Ouest. Affaire chirurgicale, à céd. après décès.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

Renseignements

Cito, jucundeque curo
Acres et languentes stomachos,
Amaras linguas purgo ;
Ut pueri sane crescant
Morbosa eorum viscera recreo.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**

Sou Médical, **Paris, 182-31.**

Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. Cadenat, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine (M. Grégoire, retraité).

Sont chargés provisoirement d'enseignement : Chaire de clinique médicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades : M. Lelong, agrégé ; Chaire de clinique obstétricale de l'hôpital Saint-Antoine : M. Lacomme, agrégé.

— **Facultés de médecine.** — MM. les Professeurs Léon Thévenot, Voron et Cade (Faculté de Lyon) et M. le Professeur Dubois (Faculté de Lille) sont admis à la retraite pour ancienneté.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Huriez, agrégé, chargé d'enseignement, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. Melnotte, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, en congé d'armistice, a repris ses fonctions d'agrégé chargé d'enseignement de l'épidémiologie à cette Faculté.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Externat.* — Le prochain concours d'externat des hôpitaux de Paris aura lieu dans la première quinzaine de décembre 1941. La date exacte sera publiée ultérieurement.

— **Ecole principale du Service de santé de la Marine.** — Un concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine est ouvert en 1941 aux étudiants titulaires de 4 inscriptions. Les épreuves écrites auront lieu les 4, 5 et 6 août. Les dossiers devront être adressés avant le 1er août à la Direction centrale du Service de santé, secrétariat d'Etat à la Marine, à Vichy, pour la zone non occupée ; au médecin principal Barbin, 3, avenue Octave-Gréard, à Paris, pour la zone occupée.

Le nombre des places est de 51, dont 10 pour la marine, 40 pour les troupes coloniales et 1 pour l'aviation.

— **Des vacances pour les enfants des médecins prisonniers.** — La Section des médecins de l'avant de 1939-40, de la Fédération des Associations amicales de médecins du Front, vient de constituer un Comité d'entr'aide aux veuves des médecins tombés au Champ d'honneur et aux familles des médecins prisonniers de guerre (Président : Dr J. Schneider, 16, rue Alfred-de-Vigny ; secrétaire : Dr Bernard Lafay, 18, avenue de Versailles).

Une première initiative vient d'être mise au point. Par un accord avec l'œuvre « L'enfant au grand air », reconnue d'utilité publique, les fils de médecins morts au Champ d'honneur ou actuellement encore prisonniers, âgés de 6 à 16 ans, seront envoyés aux frais du Comité dans la splendide colonie sanitaire de Malakoff, à Vaux-sur-Mer (Charente-Inférieure).

Le Comité d'Entr'aide prendra à sa charge les frais de voyage aller et retour et le prix de la pension. Seul un trousseau restreint, vu les circonstances actuelles, dont la liste sera communiquée aux intéressés, devra être apporté.

— **Fiançailles.** — Le Docteur et Madame Paul Claisse ont le plaisir de vous annoncer les fiançailles de leur fils, le Docteur Robert Claisse avec Mademoiselle Marie-Thérèse Bergougnan.

Paris, 27 *bis*, Quai d'Orsay.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage, célébré le 5 juillet 1941, de Mademoiselle Sylviane Offort, laborantine au Laboratoire de recherches du Docteur Choay, nièce de notre collaborateur et ami le Docteur Bayard, avec M. Jacques Villain, ingénieur électricien.

Nous adressons aux jeunes époux et à notre ami, le Docteur Bayard, nos plus sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Ambroise Blondeau, de Mamers (Sarthe), décédé le 16 juin 1941 ; du Docteur Jean d'Halluin, de Lallaing (Nord), décédé le 8 juin 1941 dans sa 54e année.

— Nous apprenons le décès, survenu à Nice le 18 juin 1941, dans sa 78e année, de Madame Aubrun, mère du docteur Geneviève Aubrun, de Boulogne-sur-Mer, grand'mère du docteur Witold Aubrun, de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris, et tante du docteur Louis Desmaroux, de Vichy.



Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Inscrit aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur :

POUR CHEVALIER

(Pour prendre rang du 10 juin 1940)

FILIPPI (Paul), *médecin capitaine au 294e rég. d'artillerie lourde :*

Médecin d'un courage et d'une abnégation admirables. Le 9 juin 1940, son poste de secours étant encerclé par l'ennemi, a été grièvement blessé en arrêtant une colonne de fuyards auxquels il avait réussi à redonner courage par l'exemple de sa splendide attitude. Abandonné sur le terrain, a réussi le lendemain, malgré la gravité de ses blessures, à rejoindre nos lignes. Amputé du bras gauche.

(*J. O.*, du 14 juin 1941).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire du 24 *juin* 1941

L'Assemblée, tenue au Siège de la Ligue, sous la présidence de M. le Docteur VIMONT, a approuvé le Rapport du Secrétaire général adjoint, publié dans le *Concours médical* du 8 juin et les comptes de l'exercice 1940, publiés dans le *Concours médical* du 1er juin 1941.

Elle a fixé à 130 francs, comme pour l'exercice 1941, la cotisation de l'exercice 1942.

Elle a prorogé pour une année les pouvoirs des administrateurs sortants, MM. les Docteurs VIMONT et FISCHER, nommé M. le Docteur NOIR, secrétaire général, en remplacement de M. le Docteur BOUDIN, décédé et administrateur, M. le Docteur BOYÉ, de Vincennes.

Elle a réélu commissaires aux Comptes, MM. les Docteurs VILPELLE et LACROIX.

Toutes ces décisions ont été votées à l'unanimité.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Inspection médicale de la Santé

No 2.310. — *Décret du* 29 *mai* 1941 *portant reclassement des fonctionnaires du Service sanitaire maritime dans le cadre de l'inspection médicale de la Santé.*

Art. 1er. — Les directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs de la Santé.

Les agents principaux et les médecins de la Santé pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs adjoints de la Santé.

Art. 2. — Les médecins visés à l'article 1er et actuellement en fonction seront reclassés par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis de la Commission prévue à l'article 2 du décret du 9 février 1941 susvisé.

Art. 3. — Pour chaque grade, les médecins appelés à bénéficier des dispositions qui précèdent seront placés à l'échelon de traitement qui sera fixé d'après

leur aptitude professionnelle, leur manière de servir, leurs titres scientifiques et leur ancienneté dans le service sanitaire maritime.

Ils devront être âgés de moins de soixante ans et titulaires du diplôme d'hygiène ou, à défaut, de titres équivalents. Ils devront, en outre, souscrire une déclaration attestant qu'ils se consacreront entièrement à leurs fonctions, à l'exclusion de toute clientèle.

Art. 4. — Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé et le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

(*J. O.*, 21 juin 1941).

Inspection de la Santé

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur de la Santé les médecins chargés à titre temporaire desdites fonctions dont les noms suivent :

A la 2e classe du grade : MM. les Drs Saddier et Serane.

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé, les médecins chargés à titre temporaire desdites fonctions dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade : Mme le Dr Claveau, M. le Dr Susini.

A la 1re classe du grade : MM. les Drs Hoffmann et Giraud.

A la 2e classe du grade : MM. les Drs Roger Petit, Robini, Benech. Mmes les Drs Berthezène, Burnaud, Mlle le Dr Roche ; MM. les Drs Hamon, Mele ; Mlle le Dr Blanc ; MM. les Drs Minon, Eschwind ; Mme le Dr Boucaumont ; Mlle le Dr Le Bacon ; MM. les Drs Rodallec, Bernard.

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade : M. le Dr Thurel.

A la 2e classe du grade : Mlle le Dr Regnault.

A la 2e classe du grade : MM. les Drs Deguirat, Castaigne.

Est reclassé en qualité de médecin inspecteur dela Santé de l'Indre, à compter du 24 mars 1941 :

M. le Dr Bapt.

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur de la Santé, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène (antérieurement à leur reclassement, directeurs de bureaux d'hygiène de villes de moins de 50.000 habitants) dont les noms suivent :

A la 1re classe du grade : M. le Dr Julie.

A la 2e classe du grade : Mlle le Dr Roussy ; MM. les Drs Guiol, Persoz, Fraissinet, Robert.

(*J. O.*, 21 juin 1941).

Exercice de la Médecine

ARRÊTÉ DU 3 JUILLET 1941

Demandes de dérogation prévues par la loi du 16 août 1940

ART. 1er. — Les dispositions de l'arrêté du 5 juin 1941 relatif aux demandes de dérogation prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940, sont applicables aux chirurgiens-dentistes et pharmaciens, à l'exception de celles qui prévoient la consultation de l'Ordre des médecins, la notification audit ordre et l'obligation pour les bénéficiaires de dérogation de solliciter eux-mêmes l'inscription au tableau.

ART. 2. — L'article 4 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les demandes formulées par les médecins exerçant en France ou dans les colonies françaises à la date de la mise en vigueur de la loi du 16 août 1940. »

(Le reste sans changement).

ART. 3. — L'article 5 du même arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les docteurs en médecine qui ne possèdent pas la nationalité française à titre originaire et qui n'exerçaient pas effectivement la médecine en France ou dans les colonies françaises à la date de la mise en vigueur de la loi du 16 août 1940, doivent formuler leur demande avant d'accomplir aucun acte de leur profession.

« Ils ne pourront accomplir aucun acte de cette profession avant qu'il ait été statué définitivement sur leur cas.

« Toutefois, ils pourront être autorisés à effectuer des remplacements ».

ART. 4. — Il est ajouté à l'article 6 un troisième alinéa, ainsi conçu :

« Toutefois, l'avis du Conseil départemental de l'Ordre et celui du directeur régional ne sont pas requis pour les demandes transmises antérieurement à la publication du présent arrêté dans les conditions fixées par le décret du 28 octobre 1940 ».

ART. 5. — Le dernier alinéa de l'article 8 est ainsi rédigé :

« Si le requérant est bénéficiaire d'une autorisation provisoire d'exercer jusqu'à ce qu'il ait été statué sur sa demande ; cette autorisation cesse d'avoir effet le huitième jour qui suit la notification de cet arrêté ».

(*J. O.*, 4 juillet 1941).

Liste des médecins bénéficiaires de citations

homologuées après révision

ET DONNANT DROIT AU PORT DE LA NOUVELLE CROIX DE GUERRE 1939-1940 (*suite*)

86e *rég. infant.* Méd. s.-lieut. LEPETIT (René) : Ord. rég. — Méd. lieut. DUCROS (Jean) : Ord. rég. — Méd. s.-lieut. GALLAUD (Henri) : Ord. rég. — Méd. auxil. BERNARD : Ord. rég. — Méd. cap. MEYRUELS (Louis) : Ord. rég.

90e *rég. infant.* Méd. auxil. TRAPEZ : Ord. corps arm. — Méd. cap. MASSOINE (Albert) : Ord. corps arm.

92e *rég. infant.* Méd. s.-lieut. MICHEL (Antoine) : Ord. arm. — Méd. lieut. AUROY : Ord. rég.

93e *rég. infant.* Méd. cap. TETE (Jean) : Ord. brig. ; Ord. armée.

94e *rég. infant.* Méd. auxil. CORDIER (Roger) : Ord. rég. — Méd. auxil. RENONDEAU (Gaston) : Ord. rég.

95e *rég. infant.* Méd. auxil. ARNOULT : Ord. rég.

97e *rég. infant. alp.* Méd. capit. BRUNET : Ord. rég. — Méd. auxil. PIERROU : Ord. rég. — Méd. lieut. VIGNALOU : Ord. rég. — Méd. lieut. DAYRE : Ord. rég. — Méd. lieut. LYATHAUD : Ord. rég. — Méd. auxil. PIERROU (Max) : Ord. rég.

98e *rég. infant.* Méd. auxil. GUILLEMAIN (René) : Ord. rég.

99e *rég. infant. alp.* Méd. auxil. LUCIANI (Pierre) : Ord. rég. — Méd. Com. STIBIO : Ord. rég. — Méd. lieut. BENOIT (André) : Ord. rég. — Méd. auxil. FAURE BRAC : Ord. rég. — Méd. auxil. LACROIX : Ord. rég. — Méd. lieut. CASTEL (Jean) : Ord. rég. — Méd. auxil. ROBERT : Ord. rég.

101e *rég. infant.* Méd. lieut. PARIS : Ord. rég.

103e *rég. infant.* Méd. lieut ORINSTEIN (Elie) : Ord. div. — Méd. auxil. KLEIN : Ord. div. — Méd. lieut. EREMBERT (François) : Ord. Armée.

104e *rég. infant.* Méd. s.-lieut. TROUVE (Jacques) : Ord. rég. — Méd. cap. BECAM (François) : Ord. brig. — Méd. lieut. BRUNEL (Louis) : Ord. brig. — Méd. lieut. GANOT (Stéphane) : Ord. brig. — Méd. lieut. OLIVE (Georges) : Ord. brig.

108e *rég. infant.* Méd. lieut. ROY (Roger) : Ord. rég.

109e *rég. infant.* Méd. auxil. PANIS (Antoine) : Ord. Corps Arm.

123e *rég. infant.* Méd. auxil. HOFFMANN (Martin) : Ord. div.

126e *rég. infant.* Méd. lieut GIRAUD (Adrien) : Ord. rég. — Méd. auxil. BLEYNIE (Henri) : Ord. brig.

127e *rég. infant.* Méd. auxil. LECAT (Jean) : Ord. div. — Méd. capit. DASSONVILLE : Ord. brig.

130e *rég. infant.* Méd. capit. PORTALIER (André) : Ord. div.

140e *rég. infant. alp.* Méd. s.-lieut. CHAPPUIS (Yves) : Ord. div. — Méd. auxil. MARTIN (Georges) : Ord. Corps arm. — Méd. auxil. MAURIN (Jean) : Ord. Corps. arm. — Méd. lieut. LEFEVRE DES NOETTES : Ord. div.

141e *rég. infant. alp.* Méd. auxil. SPIEGELBLAT : Ord. div. — Méd. auxil. DROIT (Paul) : Ord. div. — Méd. auxil. BRUNET : Ord. div. — Méd. s.-lieut. SPIEGELBLATT (Salomon) : Ord. div. — Méd. lieut. AVIERNNOS (Maxime) : Ord. rég. — Méd. lieut. RIMBAL (Jean) : Ord. rég.

144e *rég. infant. alp.* Méd. auxil. PESCHAUD (Jean) : Ord. Corps arm.

146e *rég. infant.-fort.* Méd. auxil. GRÈS (René) : Ord. brig.

149e *rég. infant fort.* Méd. capit. LEDUC (Pierre) : Ord. Corps arm. — Méd. auxil. GOUST : Ord. rég.

151e *rég. infant.* Méd. lieut ROUQUET : Ord. brig. — Méd. s.-lieut. GUILLAUME : Ord. brig.

152e *rég. infant.* Méd. comm. WAGNER (Kilian) : Ord. rég. — Méd. lieut. RODIER : Ord. div. — Méd. lieut. JACQUEL : Ord. div.

154e rég. *infant. fort.* Méd. lieut. FARGEOT (Pierre) : Ord. armée.

155e *rég. infant. fort.* Méd. lieut. DENIS (Jacques) : Ord. div.

159e *rég. infant. alp.* Méd. lieut. COTTENCEAU : Ord. rég. — Méd. auxil. BROCHARD : Ord. rég. — Méd. lieut LEIMONON (Jean) : Ord. Corps arm. — Méd. auxil. MAURY : Ord. Corps arm.

160e *rég. infant. fort.* Méd. lieut. GRENET (Pierre) : Ord. rég.

161e *rég. infant. fort.* Méd. lieut. CHEVALIER : Ord. rég. — Méd. auxil. GOT : Ord. rég.

205e *rég. infant.* Méd. lieut. BENOIS (Jacques) : Ord. rég.

213e *rég. infant.* Méd. lieut. LÉVEQUE : Ord. Corps arm.

227e *rég. infant.* Méd. capit. CAZAUX : Ord. brig.

237e *rég. infant.* Méd. capit. GUIBERT : Ord. Corps arm. — Méd. lieut. VIALATTE : Ord. brig. — Méd. auxil. MIÉRAL : Ord. brig. — Méd. auxil. COLDEFY (Jacques) : Ord. rég. — Méd. lieut. KOLP : Ord. rég. — Méd. s.-lieut. MAHON : Ord. rég.

260e *rég. infant.* Méd. auxil. DECORMEILLE (Maurice) : Ord. Corps arm.

344e *rég. infant.* Méd. lieut. GEORGES : Ord. div.

348e *rég. infant.* Méd. lieut. LUC : Ord. rég.

5e *bat. de chasseurs.* Méd. auxil. FOUCAULT (Louis) : Ord. div.

6e *bat. de chasseurs.* Méd. lieut. LAFUMA : Ord. div. — Méd. auxil. GOBIN : Ord. div. — Méd. auxil. GENET : Ord. div.

7e *bat. de chasseurs.* Méd. auxil. COMTE (Hippolyte): Ord. rég. — Méd. auxil. OLIVIER : Ord. rég. — Méd. lieut. CAUSSE (Jean) : Ord. div.

12e *bat. chass. alp.* Méd. lieut. DEPLANTE : Ord. rég. — Méd. auxil. GOIRAULT : Ord. rég. — Méd. aux. WEISS : Ord. rég.

14e *bat. chass. alp.* Méd. lieut. DUMONT : Ord. div.

15e *bat. chass. alp.* Méd. lieut. BOUTET (Pierre) : Ord. brig.

17e *bat. chass. port.* Méd. lieut. DEROBERT : Ord. div.

18e *bat. chass. alp.* Méd. auxil. POUCEL (Jean) : Ord. div.

21e *bat. chass. port.* Méd. auxil. TALAIRACH : Ord. brig. — Méd. lieut. LEVEQUE : Ord. div.

23e *bat. chass. alp.* Méd. auxil. CASANOVA (Jean) : Ord. Corps arm. ; ord. div. — Méd. auxil. ISRAEL : Ord. div.

27e *bat. chass. alp.* Méd. s.-lieut. JOIE (Stéphan) : Ord. Corps arm. ; ord. armée.

28e *bat. chass. alp.* Méd. auxil CHARBONNIER (Paul): Ord. rég.

44e *bat. chass. à pied.* Méd. auxil. BERNARD : Ord. div.

53e *bat. chass. alp.* Méd. auxil. TILLIER : Ord. armée.

87e *bat. chass. alp.* Méd. auxil. HENRY (Julien) : Ord. rég.

(*A suivre.*)

Conseil de l'Ordre des médecins des Ardennes

SECRÉTARIAT : 26, rue du Petit-Bois, Charleville

RÉUNION DU 3 JUIN 1941

Sous la présidence du Docteur Baudoin se sont réunis à 16 heures, MM. les Docteurs Belotte, Maquet, Martin, Tilman, Vassal et Vilte. Docteur Rozoy, secrétaire.

Le Conseil s'est entretenu de la *prestation de serment* ; *des questionnaires* remplis par les médecins en vue de l'inscription au tableau de l'Ordre départemental ; *des questions étudiées à la réunion de Nancy* par le Conseil régional consultatif de l'Ordre ; *de l'indemnité kilométrique et de la retraite.*

Le Conseil départemental, à la demande du Conseil national, examine la question de la retraite-vieillesse dont l'urgence s'impose. Trois solutions lui sont proposées :

1° Le paiement de cotisations élevées qui semblent devoir atteindre de 5 à 6.000 francs par an au minimum.

2° Le prélèvement uniforme de x % sur tous les honoraires médicaux.

3° La création d'une caisse commune alimentée par un prélèvement effectué sur tous les actes médicaux, en dehors de la clientèle libre.

La réponse devant parvenir avant le 21 juin au Conseil supérieur, après examen de la situation, le Conseil de l'Ordre décide d'adopter le principe du prélèvement uniforme de x % sur tous les honoraires médicaux.

Voir la suite page XLI-1259

PROPOS DU JOUR

IL NE FAUT PAS QUE LA RETRAITE SOIT UNE CHARGE TROP LOURDE POUR LE JEUNE MÉDECIN

La retraite du médecin est plus que jamais à l'ordre du jour. Pour la constituer, il faut que le praticien fasse un effort personnel. Tous les systèmes différents qui ont été proposés depuis quelques années, et certains étaient véritablement ingénieux, ne résistaient pas à un examen sérieux. Tous étaient insuffisants et précaires et réservaient des désillusions très pénibles à ceux qui voulaient les adopter.

Il n'y a que deux moyens pour s'assurer une retraite : ou la demander à l'Etat, ou se la constituer soi-même.

L'obtenir de l'Etat, c'est décréter la fonctionnarisation de la médecine ; c'est accepter une chaîne légèrement, très légèrement dorée.

Nous ne croyons pas que cette solution soit du goût du Corps médical qui tient à exercer une profession libérale. Nous savons que nombre de jeunes médecins, légitimement effrayés de ce que sera pour eux demain, ou partisans du moindre effort, accepteraient d'être transformés en fonctionnaires, trouvant que cette situation aurait pour eux plus d'avantages que d'inconvénients. Nous ne croyons pas qu'ils soient la majorité dans le Corps médical.

Donc, si les médecins veulent jouir d'une retraite, il faut qu'ils la constituent eux-mêmes. Un petit nombre de prévoyants, un trop petit nombre, ont depuis longtemps réalisé ce progrès. Ils ont fondé eux-mêmes des Caisses de retraites avec leurs propres économies. Certaines de ces Caisses sagement administrées sont en pleine prospérité et ont d'importantes réserves qui les mettent à l'abri autant que possible d'une catastrophe. Citons en une seule, parce que nous la connaissons bien : la Caisse des retraites de la *Mutualité familiale du Corps médical français*, dont les cotisations calculées sagement par des actuaires de talent : le regretté M. Fleury et son successeur, M. Collomb, a atteint un degré de prospérité qui lui assure la solidité la plus complète. Mais pour cela, il faut attendre de longues années et accumuler un capital important, or des esprits généreux voudraient assurer aux médecins âgés, dès à présent, une pension suffisante pour les mettre à l'abri de la misère. De nombreuses œuvres ont été créées dans ce but : c'est d'abord l'*Association des médecins de la Seine*, fondée il y a plus d'un siècle par Orfila ; c'est l'*Association générale des médecins de France*, vaste fédération groupant les Sociétés de chaque département ; c'est la *Maison du médecin* qui donne asile dans son château de Valenton (S.-et-O.) et dans sa résidence de la Badine à Antibes, à des médecins âgés et même à des ménages de médecins dont les ressources sont insuffisantes, etc... Mais ces œuvres, aux yeux des personnes généreuses auxquelles nous faisons allusion, ont le défaut d'exiger une enquête discrète qui démontre l'insuffisance des ressources du candidat. Il serait mieux en effet de faire bénéficier tous les médecins, incapables d'exercer du fait de leur âge ou de leurs infirmités, d'une pension suffisante pour les mettre à l'abri de la misère.

Ces œuvres sont des œuvres d'Assistance, même certaines de Charité. Il faut bien recourir à l'Assistance et même à la Charité, quand on a été imprévoyant et nous trouvons qu'il n'y a aucune honte, quand on est victime d'un malheur, d'avoir recours à l'Assistance, même à la Charité confraternelles.

Or, pour donner une pension suffisante à tous les vieux médecins qui renoncent à exercer, il faut recueillir des sommes relativement considérables. On a songé à les demander à tous les médecins et à rendre leur versement obligatoire.

En faisant entrer tous les praticiens dans des organismes chargés d'assurer les retraites normales, la prévoyance serait ainsi imposée à tous.

Deux caisses de retraites fonctionneraient côte à côte. Une appliquerait le système de la capitalisation à cause de sa productivité, de la garantie qu'elle présente pour l'avenir et de la sauvegarde qu'elle pourrait permettre aux capitaux familiaux.

L'autre serait basée sur le système de la répartition qui permettrait dès sa création de répartir la plus grande partie de ses fonds aux vieux médecins qui cesseraient d'exercer; elle pourrait venir au secours de l'autre caisse si la dévaluation de la monnaie affaiblissait notablement les résultats de la capitalisation.

Cette répartition aurait donc lieu pendant une période transitoire.

Or, pour remplir ces Caisses, il faudrait imposer à chaque médecin une forte cotisation.

Ces fortes cotisations qui pourraient être supportées par un médecin en pleine période de productivité, accableraient indiscutablement le jeune médecin qui aurait dû faire face aux nécessités de son installation et vivre en attendant la clientèle. Sans parler des frais généraux, des impôts, dont la patente, le médecin est tenu dès qu'il exerce, de payer les cotisations de l'Ordre des médecins, des allocations familiales, les diverses assurances, etc., etc... Ces sommes, si on leur ajoute les cotisations nécessaires pour se constituer une retraite et pour assurer une pension aux vieux médecins, forment un total assez coquet, qui doit atteindre une dizaine de mille francs, sinon les dépasser.

Nous croyons qu'il serait sage de proportionner les cotisations aux possibilités de payement des médecins en adoptant une méthode de cotisations progressives, telles que nous les avons établies dans le tableau suivant en utilisant les tarifs de notre *Mutualité familiale.*

Les cotisations progresseraient tous les cinq ans par paliers et donneraient à 65 ans droit à une retraite de 30.000 francs. Le capital serait contre-assuré :

Age	Cotisation	Retraite assurée à 65 ans (Capital contre-assuré)
28 ans	475 fr.	6.000 fr.
33 ans	1.130 fr.	12.000 fr.
38 ans	2.055 fr.	18.000 fr.
43 ans	3.400 fr.	24.000 fr.
48 ans	5.445 fr.	30.000 fr. (1)

D'autres systèmes pourraient être étudiés, prévoyant notamment une cotisation dégressive à partir de 55 ans.

Une Union, permise par la loi du 1er avril 1898, pourrait grouper les Caisses de retraites ayant fait leurs preuves et ayant derrière elles des réserves suffisantes telles que la Mutualité familiale du Corps médical français, la Caisse des retraites de l'Association générale des médecins de France, la Mutuelle de Saumur, la Mutuelle des médecins du front, la Caisse des retraites des médecins du Lot-et-Garonne, etc., etc... Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins contrôlerait ces Caisses et conseillerait ou obligerait les médecins à s'affilier à une d'elles en utilisant pour les jeunes médecins le système par paliers que nous avons exposé.

Quant à la Caisse de répartition, nous pensons que pour alléger les cotisants, il faudrait se borner à donner des pensions à ceux qui en ont réellement besoin, en confiant leur désignation aux Sociétés départementales, à l'Association des médecins de France qui ont, à ce sujet, une expérience séculaire.

Le régime de la retraite obligatoire pourrait donc s'établir sans faire perdre à la profession son caractère de profession libérale.

J. Noir.

(1) Ce tableau dont l'auteur est M. Jean Mignon, trésorier-adjoint de la Mutualité familiale, indique la totalité des cotisations pour donner droit à une retraite à 65 ans indiquée dans la dernière colonne, si le sociétaire se bornait au chiffre indiqué de cotisation.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malades du 15 *février* 1941

(TROIS MÉLANCOLIQUES)

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE,

rédigée par M. Lionel VIDART; Chef de clinique à la Faculté

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce sont trois **mélancoliques** que je vais vous montrer aujourd'hui, trois malades, qui présentent chacune, sous un aspect assez différent, un état où prédominent la tristesse, l'anxiété ou l'inhibition psychique.

I. — Mélancolie anxieuse et syndrome persécutif mal systématisé

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — « Yvonne est entrée à la Clinique le 10 décembre 1940. Elle venait de l'Hôpital Saint-Antoine où elle avait été hospitalisée pour les troubles dont elle est encore atteinte aujourd'hui ». (La malade entre dans la salle. Elle pleure).

A LA MALADE. — « Voulez-vous vous asseoir ? (La malade refuse de s'asseoir, résiste et éclate en sanglots). Regardez son attitude : la tête baissée, le tronc en demi-flexion, les sourcils froncés. Son faciès exprime, à n'en pas douter, une douleur profonde.

A LA MALADE. — Pourquoi pleurez-vous ?

La malade ne répond pas et continue de sangloter.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Notez aussi ce mutisme opposé à toutes les questions qu'on lui pose. Elle a adopté cette attitude depuis qu'elle est ici. Ce mutisme est le témoin de la bradypsychie, du ralentissement très marqué de toutes ses fonctions intellectuelles. Elle refuse également de faire tout ce que nous lui demandons. Si je lui dis de nous faire connaître l'objet de ses préoccupations, elle ne répondra pas et se plaindra seulement en pleurant davantage. Si je lui demande de partir, je suis certain qu'elle va vouloir rester.

A LA MALADE. — « Maintenant, Yvonne, au revoir ! Vous pouvez vous en aller ».

La malade refuse de quitter la salle, s'accroche désespérément au Professeur et dit faiblement « Oh, non, oh, non ».

A LA MALADE. — Alors, asseyez-vous et dites-nous ce que vous voulez nous dire.

LA MALADE. — ....

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — On peut, en présence de ce mutisme et de cet état d'opposition à toutes les sollicitations, se demander s'il s'agit d'une dépression mélancolique ou bien d'une démence précoce à forme dépressive. Mais, cette façon de se présenter et de s'accrocher à nous, de nous serrer affectueusement les mains, fait plutôt penser à l'anxiété de la mélancolie. Elle ne veut pas partir, parce que l'idée seule du départ l'effraie et contribue à rendre son anxiété encore plus vive. De plus, l'aspect de sa figure, son inhibition psychique, sa tristesse profonde, ses pleurs accompagnés parfois d'un sourire, véritable rayon de soleil à travers la pluie, sont les témoins de la conservation de son affectivité et non de la dissociation de sa personnalité.

Il s'agit donc bien d'une mélancolie anxieuse. Le début en remonte à six semaines environ avant son entrée à la Clinique. L'anxiété s'est accrue progressivement. Yvonne se croyait en danger et ne voulait plus travailler. Elle ne donnait plus aucun soin à sa personne et refusait même de s'alimenter. Aussi, son internement était-il devenu nécessaire. Depuis qu'elle est à la Clinique, son état ne s'est guère modifié. Il est très difficile de la garder alitée. Si l'on n'y veillait pas, elle passerait son temps à pleurer debout, en chemise, au pied de son lit. Son anxiété lui donne

une insomnie presque complète. Elle refuse toute alimentation et tout traitement. Elle craint d'être empoisonnée par les médicaments qu'on lui donne. Aux manifestations cliniques de la mélancolie anxieuse se trouvent, en effet, associées de vagues idées de persécution, assez floues, pauvrement exprimées et mal systématisées.

Au cours des différents interrogatoires, elle a, de temps à autre, exprimé une certaine méfiance à l'égard de sa sœur et de son beau-frère, qu'elle rend responsable de son internement. Elle n'en dit pas plus et aussitôt après se remet à gémir et à pleurer. C'est vous dire que les symptômes de la mélancolie sont ici largement prédominants. L'étude des antécédents familiaux nous révèle un fait très intéressant : un de ses frères s'est suicidé au cours d'un raptus anxieux. C'est un exemple de mélancolie familiale comme on en rencontre assez souvent en clinique. La mélancolie, en effet, se retrouve dans beaucoup de familles. C'est un fait qui devrait avoir son importance dans l'établissement d'un certificat prénuptial, afin de pouvoir préserver la descendance. L'existence d'un antécédent d'ordre mélancolique est d'ailleurs plus importante chez la femme que chez l'homme, car les divers épisodes de la vie génitale, puberté, accouchements, ménopause, sont très fréquemment à l'origine de manifestations périodiques. Pour en revenir à notre malade, il est nécessaire de continuer à la traiter. Il faut lui donner, d'une part, un traitement destiné à améliorer son état digestif, de la solution de Bourget chaque matin, par exemple et, d'autre part, du laudanum de Sydenham à doses progressives pour lutter contre l'anxiété. Cette thérapeutique donne habituellement de bons résultats dans les cas de mélancolie anxieuse comparables à celui-ci.

II. — Etat dépressif avec obsession-suicide au cours d'une psychasthénie apparue à la suite d'une hystérectomie.

M. Laignel-Lavastine. — Je vous ai d'abord montré une mélancolique typique. Vous allez voir maintenant une malade beaucoup plus intéressante. C'est un cas caractéristique d'obsession-suicide. La description de ce syndrome a été très bien faite par Esquirol. Je vais vous parler un peu de cette malade avant de la faire entrer. Claire est âgée de 42 ans. Si la malade précédente répondait assez bien au type pycnique de Kretschmer, celle-ci par sa constitution physique est plutôt une asthénique. Elle appartient à une famille de cultivateurs de la Champagne.

Dès son enfance, nous a-t-elle dit, son entourage avait remarqué son caractère assez renfermé, sa tristesse habituelle qui faisait contraste avec l'entrain et la gaieté de ses frères et sœurs. C'était une fille très consciencieuse, méticuleuse, scrupuleuse aussi, quelquefois à l'excès. Elle aimait le travail, qui était pour elle une dérivation à ses préoccupations d'ordre psychologique.

A 16 ans, elle se marie, s'installe à Vitry-le-François et eut trois enfants. En 1928, à la suite d'hémorragies répétées, survenues au cours de sa troisième grossesse, on diagnostique un fibrome et on lui fait une hystérectomie. Peu après cette intervention, s'est développé un état d'hyperémotivité avec de la tachycardie, du tremblement et de brusques poussées congestives de la face, que l'on peut considérer comme une réaction compensatrice de son corps thyroïde. Et surtout, les tendances psychasthéniques, seulement ébauchées auparavant, se sont épanouies, peut-on dire, à la faveur du nouvel état créé par l'intervention. La méticulosité s'exagère au point de devenir un besoin incessant de vérification. Les scrupules, les doutes, le sentiment d'incomplétude s'accompagnent assez fréquemment d'une anxiété légère et diffuse. En somme, sous l'influence de l'hystérectomie, une simple nuance de caractère a pris les traits d'un syndrome franchement pathologique.

En outre, Claire est, à ce moment, délaissée par son mari, violent, brutal et incompréhensif. Puis, elle perd successivement ses trois enfants.

Aussitôt après la mort de son dernier enfant, en janvier 1940, l'idée lui vient brusquement de se donner la mort. Elle quitte son domicile de Vitry-le-François et vient à Paris avec l'idée de se jeter dans la Seine. Le soir de son arrivée, elle se rend au Pont de l'Alma, hésite un peu avant de se lancer à l'eau, enfin elle est arrêtée par des agents qui l'envoient à l'Infirmerie spéciale. Puis, elle retourne chez elle, après avoir séjourné pendant quelque temps à l'Hôpital Henri Rousselle. Elle fait, peu après, la connaissance d'un employé des chemins de fer, avec qui elle désirerait se marier. Mais sa famille s'oppose à ses projets et bientôt l'anxiété et les idées de suicide réapparaissent. Elle vient à nouveau à Paris et pendant huit jours, elle lutte contre son obsession. L'anxiété est extrême et l'insomnie totale. Enfin, ne pouvant plus résister à l'obsession, qui devient de plus en plus impérieuse, elle se débarrasse de ses papiers d'identité et, à Issy-les-Moulineaux, entre dans la Seine qui déborde sur les quais. Là encore, elle est retenue avant d'avoir pu se jeter à l'eau. On l'envoie au Commissariat de police, puis à l'Hôtel-Dieu, où on la garde pendant quelques jours. A sa sortie de l'hôpital, son obsession réapparaît toujours aussi vive et le soir, vers minuit, elle se rend au Pont de Charenton. Pendant plus d'une heure, elle regarde ainsi l'eau couler. George Sand, dans le premier volume de « l'Histoire de ma vie », a décrit une scène de ce genre. L'attirance de l'eau et de tout ce qui brille est un fait incontestable déjà noté

par de nombreux auteurs. Anna Karénine, dans le roman de Tolstoï, ne peut résister aux rails qui scintillent et l'attirent irrésistiblement. Beaucoup d'alcooliques également se jettent à l'eau pour se tuer. Le fait avait été signalé par Lasègue dans ses « Etudes médicales ». Il décrit l'histoire d'un couple d'alcooliques, qui avait décidé de se suicider. Ils montent tous les deux sur une barque dans l'intention de se tuer et se laissent aller au fil de l'eau de Charenton jusqu'à Bercy. Mais ils n'avaient pas assez bu et manquent de courage ; aussi, l'homme accoste-t-il au rivage pour aller chercher une bouteille de rhum. Pendant ce temps la femme boit la bouteille, qui restait, et se jette par-dessus bord... Pour en revenir à notre malade, il s'agit d'une obsession-impulsion. J'en ai observé deux cas dans ma clientèle personnelle. Le premier est celui d'un de nos confrères, qui se promenait en taxi dans Paris avec sa femme. En passant sur le Pont-Neuf, il ouvre tout à coup la portière du taxi et se jette dans la Seine. L'autre malade était à pied et brusquement se précipita à l'eau du haut du Pont-Royal. Si de tels sujets peuvent résister à la première poussée impulsive, le pronostic est en règle générale assez bon et il y a beaucoup de chances pour qu'ils ne cèdent pas, dans la suite, à leur impulsion. C'est le cas de notre malade que l'on peut maintenant faire entrer.

A LA MALADE. — Voulez-vous nous expliquer ce que vous ressentez, au moment où vous voulez vous tuer ?

LA MALADE. — Quand cette idée s'impose à moi, je ne peux pas rester chez moi. Il faut absolument que je me lève et que je sorte.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pourquoi vous débarrassez-vous de vos papiers ?

LA MALADE. — Pour qu'on ne me reconnaisse pas.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Luttez-vous contre l'idée qui vous vient ?

LA MALADE. Oui. Je lutte de toutes mes forces. La dernière fois, j'ai lutté pendant huit jours. J'allais au théâtre, au cinéma, pour ne plus y penser. Aussitôt rentrée chez moi, je me couchais. Mais l'idée m'a reprise, quand j'étais au lit. A 11 heures je me suis levée et je suis partie vers le Pont de Charenton. Puis arrivée là-bas, j'ai hésité longtemps. Je me disais « Faut-il, ne faut-il pas » ? Puis on est venu me chercher et je me suis beaucoup débattue, car j'étais très mécontente d'être arrêtée.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En somme, son histoire, très intéressante, peut être ainsi résumée : elle a toujours été inquiète, anxieuse et un peu douteuse. L'hystérectomie a exagéré les manifestations de la psychasthénie. Puis, à l'occasion de traumatismes affectifs, de deuils, de contrariétés, sont survenues à plusieurs reprises de petites réactions dépressives, d'ailleurs, peut-on dire, légitimes. C'est sur ce fond de dépression que sont apparues les obsessions-impulsions, auxquelles il lui est difficile de résister. Je pense qu'ici le pronostic est bon, car, au moment où l'état affectif retrouvera son équilibre, il est très probable que les obsessions disparaîtront et que nous pourrons, de ce fait, la laisser sortir sans danger.

III. — Accès dépressifs répétés chez une intermittente

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Juliette, que vous allez voir maintenant, est intéressante par la répétition de ses accès dépressifs. C'est le type même de la mélancolie intermittente. Elle est âgée de 57 ans et elle en est actuellement à son troisième accès.

A LA MALADE. — Racontez-nous dans quelles circonstances, vous avez eu votre premier accès de dépression.

LA MALADE. — C'est à la suite de la rupture de mes fiançailles. J'avais 20 ans, à l'époque. Pendant neuf mois j'ai été triste. Je dormais très mal et j'avais l'idée que ma vie était brisée, qu'il m'était arrivé un malheur irréparable.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Cependant, à 27 ans, vous vous êtes mariée. Et à quel âge est survenu le nouvel accès dépressif ?

LA MALADE. — A 32 ans. Mais c'était plus atténué que la première fois. C'est venu sans raison, je ne sais trop pourquoi.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il semble qu'elle ait eu, à ce moment, pendant une dizaine de mois, des troubles à caractère obsessionnel. Elle avait la phobie des fenêtres, même si elles étaient fermées. Elle avait aussi, à l'époque, peur du vide. Mais cet état ne s'accompagnait pas d'une réaction dépressive trop marquée et, au cours de cet accès, elle ne fut pas contrainte de cesser ses occupations. Puis, ces phénomènes ont cessé complètement et dans la suite, elle n'a jamais ressenti de phobies de ce genre. A 45 ans, ses règles se sont arrêtées pendant deux mois. Elle avait mis, tout d'abord, cet arrêt sur le compte de la ménopause, mais une hémorragie survint brusquement et elle accoucha d'une môle hydatiforme. Pendant toute cette période, son état mental fut parfait. Vous savez que la môle hydatiforme est une formation kystique formée aux dépens des villosités choriales et certainement accompagnée de perturbations endocriniennes. Au cours de ces deux mois, où les règles étaient arrêtées, on peut se demander si son équilibre psychique n'avait pas été obtenu par la mise en œuvre d'une réelle opothérapie naturelle. Quoi qu'il en soit, à 52 ans, la véritable ménopause survint. Et maintenant, à 57 ans, elle a du gon-

flement des seins au moment où elle devrait avoir ses règles, ce qui traduit bien encore un certain déséquilibre endocrinien.

A LA MALADE. — Et maintenant, que ressentez vous ?

LA MALADE. — Une sensation de vide dans la tête. Je m'ennuie et j'éprouve un dégoût certain pour toutes mes occupations. Je n'ai même plus envie de manger. Je ne m'occupais plus de mon intérieur. Je suis une véritable loque.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Souffrez-vous moralement ?

LA MALADE. — Oui, beaucoup. Tous ces troubles nerveux m'effraient. Cela m'inquiète à tel point que je ne suis bonne à rien.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En effet, elle est assez anxieuse. Et ses préoccupations hypocondriaques viennent encore, par moments, renforcer cet élément anxieux. Elle a toujours peur que les médecins découvrent quelque chose de nouveau au cours de leur examen.

A LA MALADE. — Et que ressentez-vous encore ?

LA MALADE. — Quand je m'endors, je vois des têtes défiler devant mes yeux. C'est très désagréable. J'ai des angoisses sur la poitrine, comme si j'étouffais. J'ai aussi l'impression d'avoir le cou serré, la tête lourde.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Elle éprouve comme une sensation d'écrasement par une chappe de plomb, qui a été si bien décrite par Dante dans « l'Enfer ».

A LA MALADE. — Cette fois-ci, à quelle occasion l'accès a-t-il débuté ?

LA MALADE. — En mai dernier, j'avais quitté Paris avec ma mère, qui est très âgée, pour vivre à la campagne, dans le Loiret. Une nuit, j'ai été réveillée en sursaut par un bombardement tout proche. J'ai eu très peur. En juin, nous sommes parties dans la Creuse. C'est en juillet, que j'ai commencé à mal dormir, à m'ennuyer, à me faire du souci pour les formalités du retour. En septembre, je suis revenue dans le Loiret et beaucoup de choses de ma maison avaient disparu. Tous ces ennuis m'avaient fait maigrir de vingt kilogs.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Puis, tous ces troubles se sont aggravés, pour en arriver finalement à l'état dans lequel vous la voyez aujourd'hui.

A LA MALADE. — Avez-vous pensé quelquefois à vous faire du mal ?

LA MALADE. — Oui. Je pense, par moments, que j'aimerais mieux en finir. Mais je n'ai jamais essayé de le faire.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous savez bien que vous guérirez comme les autres fois. Cette fois-ci, c'est plus long, parce que vous êtes parvenue à un âge critique, mais je suis persuadé que toutes ces sensations, si pénibles maintenant, cesseront complètement.

Physiquement, vous pouvez observer les effets de son amaigrissement. L'examen neurologique est négatif. Mais elle présente une hyperextension des coudes avec une légère abduction des avant-bras. C'est un signe, que j'ai décrit avec M. Gallot et auquel nous accordons une certaine valeur en faveur de l'hérédo-spécificité.

Au point de vue thérapeutique, nous allons lui donner du laudanum pour calmer son anxiété, des hypnotiques à petites doses le soir pour la faire dormir et faire cesser son mentisme obsédant ; enfin, de l'insuline à petites doses, dix à quinze unités, une demi-heure avant le repas de midi. Il est probable que par ce traitement nous obtiendrons une amélioration assez rapide. Son anxiété s'atténuera, elle dormira mieux, reprendra du poids et, peut-être, ce troisième accès terminé, poura-t-elle bientôt reprendre ses occupations.

Ainsi, vous avez vu ces trois mélancoliques, très différentes les unes des autres et chacune ayant son intérêt particulier. Pour chacune d'elles, une analyse profonde a été nécessaire et nous a permis d'apprécier la nature exacte et l'origine du syndrome observé.

LES COMPLICATIONS SEPTIQUES DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Docteur Roger ALEXANDRE

Les complications septiques des corps étrangers de l'œsophage sont des plus graves, mettant en danger la vie du malade.

Dès que la présence d'un corps étranger est connue, il ne sera pas permis de temporiser. Ce n'est pas toutefois une opération d'extrême urgence et on aura le temps de s'entourer des meilleures conditions, pour l'extraction par voie per-orale : radio, choix d'un spécialiste entraîné.

Dans tous les cas, le médecin s'abstiendra de manœuvres intempestives.

Après l'ablation du corps étranger, il ne faudra pas considérer le malade comme certainement guéri ; les complications peuvent encore se produire et le patient devra être mis sous surveillance médicale. Si la complication survient, l'intervention devra être aussi précoce que possible, pour barrer la voie médiastinale à l'infection. (*Thèse de Paris,* 1941).

L'ÉLECTRO-CHOC

Médication psychiatrique nouvelle en France

Docteur Marcel LAPIPE
Attaché d'électro-radiologie
à l'Hôpital de Vaugirard

Docteur Jacques RONDEPIERRE
Ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin Chef de la Maison Spéciale de Santé de Neuilly-sur-Marne (1)

Les succès thérapeutiques en psychiatrie se confirment chaque jour. Cependant nombre de praticiens ont conservé le scepticisme, jadis compréhensible, des vieux aliénistes. Tels Saint-Thomas, ils voudraient voir pour croire ! Or, nous spécialistes, voyons, fréquemment maintenant, des psychoses graves entrer en rémission et rester guéries et cela sous l'effet des méthodes nouvelles. Nous possédons aujourd'hui contre la paralysie générale : la malariathérapie (Von Jauregg, 1917) et le stovarsol (Sézary et Barbé, 1927), contre la démence précoce : l'insulinothérapie (Sakel, 1933) ; puis est venue la «convulsivothérapie » par le cardiazol (Von Meduna, 1936) créée, tout d'abord aussi, contre la « D. P. », en raison de l'antagonisme fréquent de cette affection avec l'épilepsie. On ne croit plus guère aujourd'hui que le cardiazol, seul, à doses convulsivantes, guérit la démence précoce confirmée ; par contre, associé à l'insuline, il donne dans cette redoutable maladie, des succès où l'insuline seule avait échoué (cas le plus habituel dans les psychoses évoluant depuis plus d'un an). D'autre part, la « convulsivothérapie », c'est un fait, guérit rapidement toutes sortes de psychopathies, susceptibles de guérir spontanément, d'accord, mais après des mois et parfois des années d'internement ; citons, principalement, les confusions mentales (sans étiologie précise) et la psychose maniaco-dépressive et précisons que certains de ces états morbides, les confusions mentales surtout, sont susceptibles d'évoluer vers un état chronique. L'utilité de ce procédé thérapeutique encore appelé (Courbon) « sismothérapie » n'est donc pas douteuse. Jusqu'à présent, l'immense majorité des aliénistes utilisait le cardiazol intra-veineux comme agent convulsivant (solution à 10 %, 3 à 5 c. c.). Le Professeur Cerletti, de Rome, a eu dès 1934, l'idée de substituer à l'excitant chimique, l'électricité, en s'inspirant des remarquables travaux du Professeur Leduc (de Nantes) qui avait démontré en 1894, qu'on pouvait provoquer l'épilepsie, chez l'animal, en faisant passer un courant à travers la boîte crânienne intacte. Avec l'aide technique du Docteur Bini, le Professeur Cerletti mit au point, en 1936, l'instrumentation nécessaire, utilisant le courant modifié du secteur. Toujours en Italie, le Docteur Sogliani, construisit, peu après, un appareil similaire. La méthode fut essayée, juste avant la guerre, en Allemagne, en Angleterre, au Japon et en Suisse. Les Allemands, récemment, semble-t-il, ont construit eux aussi un appareil, les Anglais également. Ces derniers devaient même en fournir un, en juin 1940, à un confrère français, malheureusement, on ne le sait que trop, la traversée de la Manche, dès le mois de mai, n'avait plus lieu qu'à sens unique ! Mais, en France, il est encore actuellement impossible, faute de matériel de pratiquer « l'électro-choc » ; c'est pourquoi nous avons été amenés à construire, nous-mêmes, l'indispensable appareil avec les seules données de l'excellente revue générale du Docteur A. Plichet (2) (unique article français sur la question). Grâce à l'extrême obligeance de M. le Professeur Binet, nous avons pu expérimenter, sur les chiens, au laboratoire de physiologie de la Faculté, où le Docteur Bargeton nous documenta fort utilement sur l'électrocution. Ensuite, nous opérâmes sur le porc et sur le lapin. Forts de résultats constamment satisfaisants, nous avons provoqué des crises sur l'homme et présenté ledit appareil, le 28 avril dernier, à la Société médico-psychologique, montrant, devant l'assemblée, le déclanchement de convulsions typiques chez le lapin.

Depuis cette séance, nous avons eu connaissance de recherches qui n'avaient pas abouti, faute d'avoir pu faire passer dans le cerveau, une intensité déterminée, d'où accidents mortels chez les animaux en expérience. Voici comment nous avons résolu le problème :

1° Au moyen d'un commutateur, nous faisons passer, sous tension constante, un courant alternatif de très faible intensité ; nous notons le degré de déviation de l'aiguille d'un milliampèremètre inséré dans le circuit.

2° Nous substituons au cerveau une résistance métallique variable. Nous déplaçons un curseur jusqu'à ce que nous obtenions la même déviation de l'aiguille. Ceci fait, la résistance que présente le rhéostat est équivalente à la résistance de la boîte cranienne ;

3° Nous introduisons cette résistance, équivalente à celle du cerveau, dans le circuit de tension élevée. Nous régions, sur cette résistance, l'inten-

(1) Pensionnat de Ville-Evrard.

(2) L'électro-choc. *Presse médicale*, 20-23 novembre 1940, nos 91-92.

sité que l'on se propose de faire passer dans le cerveau ;

4° Le cerveau est mis dans le circuit de tension élevée et le courant est lancé, pendant un temps très court, au moyen d'un chrono-interrupteur électro-mécanique.

Ainsi, sans calculs, (presque toujours erronés en biologie), nous pouvons prévoir, approximativement, ce qui se passera, pendant la fraction de seconde que dure le traitement.

A l'aide d'électrodes, de 2 cent. × 2 cent., appliquées aux deux extrémités du front, nous faisons passer environ 300 miliampères (parfois moins) pendant 1/10 de seconde. La crise est immédiate, il n'y a pas quelques secondes de latence comme avec le cardiazol. C'est la crise d'épilepsie typique. D'ordinaire au bout de cinq minutes, le malade est revenu à lui ; il ne se souvient de rien. La marge de sécurité est certainement très grande puisque, sur l'animal, nous avons pu sans inconvénient, la dose déclanchante limite une fois déterminée, décupler le temps ou quadrupler l'intensité sans arriver à provoquer des crises plus violentes ou plus longues. Si la dose est insuffisante, on recommence avec une intensité plus forte, « le patient n'y voit pas, en général, d'inconvénient ». Il est à peine besoin de dire que toutes précautions sont prises pour éviter des erreurs de technique ou un passage anormalement long du courant, une manette à cinq positions fonctionne dans l'ordre chronologique des opérations ; le chrono-interrupteur, formé de condensateurs, qui se déchargent dans un temps donné, n'est pas soumis aux fantaisies des ressorts qui se détendent ou des engrenages qui manquent d'huile ! En général, on provoque trois chocs par semaine ; de dix à trente chocs sont nécessaires pour amener la guérison. Certains auteurs en ont provoqué plusieurs par jour.

Les recherches anatomo-pathologiques (macroscopiques et microscopiques) ont confirmé l'innocuité des crises convulsives provoquées électriquement. Si les hommes sont peu tolérants d'ordinaire, on ne peut en dire autant de leur cerveau ! Les encéphalogrammes, faits après la crise, ont montré les mêmes tracés que dans l'épilepsie spontanée ou dans la crise comitiale provoquée par le cardiazol. Les légères modifications humorales ne diffèrent pas dans les deux méthodes convulsivantes.

Quant aux résultats cliniques de l'électrochoc, nous ne pouvons, actuellement, fournir, à ce sujet, aucune opinion personnelle, notre expérience étant tout à fait insuffisante, mais les avis de tous les psychiatres étrangers que nous avons lus : allemand, anglais, italiens sont unanimement favorables ; tous vantent l'innocuité et la facilité de la méthode qui peut être appliquée et que nous appliquons nous-mêmes même pendant le coma insulinique. Les avantages sur le cardiazol, au dire de ces auteurs, sont les suivants : suppression de l'appréhension qui s'empare très fréquemment des malades dès la seconde injection intra-veineuse de cardiazol au point que l'anesthésie avant l'injection a même été préconisée ! ; en effet, l'électro-choc provoque une amnésie antérograde de deux à trois minutes ; action favorable sur l'appétit et sur la constipation ; suppression des accès d'excitation psycho-motrice qui succèdent parfois aux crises « cardiazoliques », (surtout aux crises avortées) ; action constante, n'étant pas tributaire de l'état des veines ; enfin, et ceci nous l'avons vérifié nous-mêmes, le « choc », avec l'électricité, est un peu moins intense et on en règle mieux la violence (fonction, avec le cardiazol, de la vitesse d'injection du liquide dans la veine).

Les Italiens affirment que l'électro-choc n'a pas d'influence dangereuse sur l'appareil cardio-vasculaire ; ils ont traité, sans incidents, des cardiopathes et des artérioscléreux, 14 avaient de 45 à 65 ans ! (Borgarello).

La mélancolie involutive, affection fréquemment chronique, serait guérie constamment.

Dernier avantage, vu le prix assez élevé du cardiazol, l'appareil une fois amorti, la méthode ne coûte, pratiquement, plus rien.

Nous ne donnerons aucun aperçu des statistiques étrangères en ce qui concerne les résultats des traitements par l'électro-choc : elles sont trop peu nombreuses et surtout trop récentes. Des affirmations comme l'innocuité d'une crise d'épilepsie chez des cardiopathes artérioscléreux nous laissent, nous l'avouons, sceptiques et, en pareil cas, nous sommes bien décidés à nous abstenir. Au stade actuel, des décès au cours du traitement risqueraient de déconsidérer une méthode sans doute excellente, si on ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner. Les résultats publiés jusqu'ici nous paraissent presque trop beaux ! L'électro-choc est sans doute appelé à détrôner le cardiazol, toxique chimique qui peut être nocif, malgré sa rapidité d'élimination.

L'électricité pourra-t-elle remplacer l'insuline dans la thérapeutique de la démence précoce ? Nous en doutons fort, si, comme il est bien vraisemblable, cet agent physique agit, non pas spécifiquement sur le cerveau, mais seulement par le même processus mystérieux que toute médication convulsivante.

Depuis la rédaction de cet article (mai 1941), nous avons actuellement (2 juillet) l'expérience de plus de 150 crises convulsives, qui feront l'objet d'une prochaine communication. Nous n'avions aucune démence précoce récente à traiter, nos D. P. anciens n'ont pas été influencés, par contre deux mélancoliques (l'une internée depuis sept ans) sont sorties guéries, deux confusions mentales datant l'une d'un an, l'autre de dix-huit mois viennent d'entrer en rémission. Aucun accident malgré les âges de 52, 58 et 61 ans.

LES PROGRÈS DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE LA MALADIE D'ADDISON

Les dix dernières années ont valu à la médecine un succès marqué sur un front qui semblait imprenable.

Ce succès, elle le doit aux chercheurs de laboratoires. Grâce à eux s'est poursuivie la connaissance et la préparation de remèdes efficaces contre l'insuffisance adréno-corticale. Et celle-ci, jusqu'à une époque toute récente, malgré certains résultats thérapeutiques, défiait véritablement les médecins.

Avant 1930, date à laquelle Swingle, Pfiffner et d'autres commencèrent à préparer des extraits corticaux de surrénales actifs, la mortalité était terrifiante. Peu de malades, assez chanceux pour n'avoir qu'une destruction partielle du tissu surrénalien pouvaient vivre plusieurs années ; la grande majorité succombait en l'espace de quelques mois et sans aucune défense possible.

Dès l'apparition des extraits adréno-corticaux la situation change. Les malades atteints de cette crise qui rappelle l'état de shock et qui, jusqu'alors, entraînait presque toujours une issue fatale, peuvent être rappelés à la vie.

Pourtant tous les extraits de cette nature étaient d'abord d'une activité assez faible ; en outre, ils coûtaient extrêmement cher. Le volume de matière à ingérer était difficilement supportable par les malades, qui devaient en outre disposer d'une véritable fortune. En définitive les résultats laissaient à désirer. Jusqu'en 1934, il n'y eut, suivant le rapport de Snell, que 7 sur 46 malades qui aient obtenu des extraits une survie de plus d'un an.

En 1934, Loeb fit connaître un fait confirmé par d'autres : les addisoniens bénéficiaient d'une suralimentation en chlorure de sodium. Bientôt après l'on vit que des chiens entretenus en vie grâce au sel après surrénalectomie excrétaient plus de sodium que de chlorure, les quantités d'électrolytes et la concentration sanguine en urée demeurant normales.

La clinique confirma ces observations : les malades avaient besoin d'une moindre quantité d'extraits surrénaux s'ils absorbaient en même temps non seulement du chlorure mais aussi du citrate de soude. R.-M. Wilder (1) prescrivit une injection quotidienne d'environ 10 grammes du premier et 5 du second. Les sels étaient dissous dans un litre d'eau ; à cette solution, on ajoutait des essences artificielles de fruits et elle était servie glacée sous le nom de « élixir d'Addison ».

Une autre année passa et l'importance fut mise en évidence de surveiller l'ingestion de potassium — quatre grammes de potassium absorbés par jour, quantité fournie par un régime ordinaire, provoquent une sécrétion excessive de sodium et précipitent l'évolution chez les addisoniens non soumis aux extraits corticaux. Les mêmes malades sont maintenus en équilibre avec moins d'extraits, et souvent même pas du tout, lorsque l'ingestion de potassium est limitée à 2 grammes. Cette restriction nécessite l'établissement de régimes spéciaux.

Ces données améliorèrent fortement les statistiques et, en 1937, Rynearson, Snell et Hansner purent apporter 43 cas traités entre 1933 et 1937 sur lesquels 24 étaient vivants à la date de leur travail ; en outre, ils étaient dans de meilleures conditions physiques que les survivants de la série présentée par Snell en 1934. Encore beaucoup des disparus de cette seconde série n'avaient-ils pu bénéficier des régimes pauvres en potassium.

Enfin, au début de 1939 commença l'emploi de l'acétate de désoxycorticostérone dont Steiger et Reichstein firent la synthèse en 1938. Pendant plus d'un an et sur trente addisoniens soignés à la Clinique Mayo, il n'y eut pas une seule mort. Leurs forces revenaient et la pression remontait à la normale, ce que n'avait presque jamais pu obtenir le traitement par le sel et des doses modérées d'extraits surrénaux. Même la tension sanguine de plusieurs malades recevant de l'acétate de désoxycorticostérone devint exagérée ; en outre, l'on vit apparaître de l'œdème qui persista même après suppression du citrate de soude et limitation du chlorure. Quelques morts survinrent soit de collapsus cardiaque, soit d'infection respiratoire, soit de convulsions évoquant l'hypoglycémie. Mais aucune ne rappelait la crise addisonienne avec chute du sodium plasmatique et de la pression sanguine.

Il devenait évident que l'acétate de désoxycorticostérone non seulement dispensait de la suralimentation en sel, mais même rendait celle-ci dangereuse. Peut-être n'était-il pas non plus désirable de restreindre le potassium.

Sur ces entrefaites un malade, traité avec de bons résultats à la désoxycorticostérone, fut soumis au test pour éprouver la fonction surrénalienne institué en 1938. Ce test comporte une rigoureuse restriction du sodium et des chlorures, en même temps que l'administration du potassium. Ce régime entraîne une excrétion excessive de sodium, en cas d'insuffisance surrénale, et précipite les signes de la crise addi-

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic*, 1er mai 1940.

sonienne. Ce malade répondit au test comme un individu bien portant, sans perte de sodium et sans signes cliniques. Cette constatation confirma l'impression que les malades soumis à la désoxycorticostérone pouvaient sans inconvénient recevoir plus de potassium. Le fait a, du reste, été confirmé depuis par d'autres auteurs : la désoxycorticostérone, chez un individu soumis à la restriction en potassium, entraîne rapidement de la rétention des chlorures, du sodium et de l'eau, un accroissement de volume du plasma sanguin et une élévation de la pression veineuse. C'est peut-être cette hypertension veineuse qui serait responsable des morts subites avec collapsus cardiaque rapportées ci-dessus.

De tout ceci, il résulte que les troubles causés dans l'organisme par la désoxycorticostérone sont rapidement neutralisés par une ingestion supplémentaire de potassium, et, ce point acquis, l'emploi de l'hormone synthétique, prend toute sa valeur et perd ses dangers. Il suffit dès lors de 5 à 7 mmgr. Le chlorure de sodium est limité à la dose de 5 grammes en supplément du sel contenu dans les aliments et le potassium à environ 4 grammes.

Il est à noter que si l'hormone corticale est un puissant régulateur de la balance saline et aqueuse, balance faussée dans la maladie d'Addison, elle ne supplée pas au rôle du cortex surrénal dans la glycogénèse et l'apport glucosé aux tissus. Ce rôle est dévolu à quelques-uns des cristalloïdes isolés par Kendall du cortex surrénal et qui ne sont pas encore préparés commercialement. C'est pourquoi les médecins doivent se méfier de l'hypoglycémie et donner à leurs malades un régime d'où l'organisme puisse tirer tout le glucose nécessaire.

Le jour où la désoxycorticostérone pourra être complétée par un corps doué d'une activité hydrocarbonée et comparable au composé E. de Kendall, les anomalies les plus importantes de la maladie d'Addison se trouveront alors corrigées et un pas essentiel aura été fait dans le traitement de cette maladie.

G. Lavalée

LES INDICATIONS OPÉRATOIRES CHEZ LES BLESSÉS EN ÉTAT DE CHOC

MM. Picot et Aurousseau établissent une judicieuse différenciation, parmi les blessés dits en état de choc. Ils distinguent ceux qui présentent un choc vrai, caractérisé par l'épuisement nerveux consécutif à la douleur, au froid, à la fatigue, à l'émotion, à l'hémorragie, aux excitations nociceptives issues d'une fracture, et ceux atteints de choc toxémique (attrition, infection).

Cette distinction entre le choc traumatique vrai et la toxémie repose sur l'observation clinique et comporte des déductions thérapeutiques importantes.

Cliniquement, si les blessés de ces deux groupes offrent un syndrome commun d'insuffisance vasomotrice (hypotension considérable, refroidissement, cyanose des extrémités), il est cependant facile de faire un diagnostic différentiel. Dans le choc traumatique, la pâleur du blessé est extrême, la respiration ralentie, l'obnubilation si complète que le patient donne l'impression d'une mort imminente.

Tout autre est l'aspect de l'intoxiqué. Certes, comme dans le cas précédent, le pouls est souvent imperceptible, mais le blessé est alors généralement agité et garde sa lucidité. La pâleur des téguments fait place à une teinte sub-ictérique. La respiration est rapide. En découvrant la blessure, on la trouve fréquemment un peu odorante, lorsque les signes d'une gangrène gazeuse ne sont pas manifestes.

Dans leur communication à l'Académie de Chirurgie, MM. Picot et Aurousseau montrent que la conduite à tenir, les indications opératoires chez les blessés en état de choc traumatique et chez ceux qui présentent une toxémie sont essentiellement différentes. Dans le premier cas, aucune intervention sur la blessure ne doit être tentée avant que le blessé soit sorti de son état de choc. Le patient doit être réchauffé, réhydraté, et la circulation réanimée avec les toni-cardiaques. Dès que le sujet peut boire, lui donner du café, des grogs chauds. Cinq ou six heures sont souvent nécessaires pour faire sortir le blessé de son état de choc.

Si le traitement opératoire doit être retardé, en cas de choc traumatique, jusqu'à la disparition de celui-ci, il n'en est plus de même chez l'intoxiqué (choc septique ou choc toxique). L'indication, ici, est de supprimer au plus tôt le foyer où s'élaborent les poisons.

P. L.

AU CHEVET DES PATIENTS



Méconnaissance possible d'un corps étranger aspiré dans une bronche

Voici l'histoire d'une fillette de 11 ans, ayant aspiré accidentellement dans une bronche une dent, qui venait d'être extraite. Cette observation est rapportée par MM. **P. Pruvost** et **E. Hautefeuille** (1).

L'enfant s'alite brusquement avec de la fièvre le 27 juin 1936. Elle tousse un peu depuis deux jours. L'épisode fébrile se prolonge, entre 39° et 40° pendant trois semaines. Le médecin traitant pense à une fièvre typhoïde ; puis il envisage le diagnostic de tuberculose, en raison d'antécédents similaires du côté du père et de deux frère et sœur. A la fin de la troisième semaine, la toux s'accentue et de la matité est constatée à la base droite. Une ponction exploratrice confirme l'existence d'une *pleurésie*, qui paraît peu abondante. Le diagnostic de tuberculose semble se confirmer, quand, le lendemain, se produit une *vomique*, dans laquelle une *dent* est rejetée, à la stupéfaction de la malade et de ses parents, et à la confusion du médecin.

C'est alors, *alors seulement*, que l'histoire se reconstitue : deux jours avant l'épisode fébrile, cette fillette a subi l'extraction d'une dent, sous simple anesthésie locale, à l'école qu'elle fréquentait, par le dentiste de l'établissement. La dent à échappé au davier. Une quinte de toux s'est produite avec un accès de suffocation ne durant que quelques minutes. En raison de cette accalmie complète et rapide, ni le dentiste, ni la fillette n'ont attaché d'importance à cet incident, et l'enfant a terminé sa journée de classe normalement. Sa mère a simplement remarqué le soir qu'elle toussait un peu.

Après l'expulsion de la dent par vomique, la suppuration s'est tarie, mais pour un temps seulement. Six mois après, un nouvel épisode fébrile, se prolongeant de janvier à juin 1937, s'est de nouveau installé, ne dépassant pas 38°4 ; pendant l'espace de deux ans, deux nouvelles vomiques se sont produites, peu abondantes. Mais, depuis six mois, il n'y a plus eu aucun trouble de la santé ; examinée à ce moment, elle ne tousse plus, ni ne crache ; elle a un aspect floride. On trouve simplement une diminution du son et du murmure vésiculaire à droite, sans bruits adventices ; mais l'examen à l'écran fluorescent révèle des anomalies importantes de l'hémithorax droit, que confirme la radiographie : le poumon droit, non aéré, dense et rétracté apparaît comme troué de multiples cavités, à la manière d'un poumon polykystique, aucune trace de tuberculose.

Cette observation apporte un nouveau témoignage de la méconnaissance habituelle des corps étrangers bronchiques ; elle ne laisse pas d'être surprenante pour une affection, ayant un caractère accidentel. Les relations cliniques déjà publiées s'accordent à montrer qu'il en est généralement ainsi : des hémoptysies surviennent, des épisodes fébriles se prolongent, qui altèrent profondément l'état général ; des suppurations broncho-pulmonaires s'installent sans qu'on songe à incriminer le corps étranger responsable de tous ces accidents. En fait, *presque toujours*, c'est seulement la constatation du « corps du délit » lui-même, qui permet le diagnostic : expulsion par vomique ou accès de toux ; examen radiologique imposé pour préciser les faits.

Or, la chute accidentelle d'un corps étranger dans les voies respiratoires est marquée par une toux réflexe, paroxystique, explosive et d'un accès de suffocation. Ceux-ci ne manquent jamais à l'état de veille, et l'on peut affirmer que la toux est le gardien vigilant des voies aériennes.

Toutefois, en abolissant le réflexe de toux, l'anesthésie générale est souvent la cause de l'aspiration des corps étrangers dans les voies respiratoires.

Si, dans les conditions normales de veille, l'accident échappe souvent à l'attention, malgré un réflexe de toux si caractéristique, c'est qu'il s'agit presque toujours d'enfants, et même généralement d'enfants en bas âge. Le bébé est en train de jouer, il porte à sa bouche un haricot, un caillou, une épingle, une anche de trompette, qui disparaît brusquement dans le gosier. L'inquiétude des témoins de l'accident est grande devant la quinte de toux et l'accès de suffocation. Elle a vite fait de se calmer, quand le drame cesse au bout de quelques minutes. On pense que le corps étranger a été expulsé, puisque tout est rentré dans l'ordre. On ne songe plus à lui, quand une toux plus discrète réapparaît. On l'a totalement oublié, quand surviennent des accidents graves, qui mettent la vie en danger. Chez des enfants plus grands, la peur d'être grondés arrête ou retarde souvent les aveux. Mais parfois, ce sont les parents qui doutent du récit de l'enfant ou demeurent réticents. Ils trouvent l'incident ridicule, ou bien ils craignent que leur manque de vigilance ne soit mis en cause. Il n'est pas rare non plus que ce soit le médecin lui-même, qui

(1) *Revue de Médecine.* Janvier-février 1941.

fasse preuve de septicisme ou même manque de clairvoyance. Mais cette clairvoyance peut être d'autant plus mise à l'épreuve qu'il existe par ailleurs des malades imaginaires, assurant qu'ils ont dégluti ou inhalé un corps étranger. Généralement, il convient de noter l'insouciance du malade ; il a bel et bien un corps étranger dans une bronche, mais, l'épisode du début s'étant calmé, il ne peut admettre que le corps étranger soit resté inclus, sans provoquer de toux.

C'est qu'en effet, aux accidents initiaux paroxystiques souvent dramatiques, fait suite une *période de tolérance complète*, un intervalle libre sans aucun symptôme, sans même la moindre toux, qui abuse le malade, l'entourage et le médecin. Cette période peut s'établir pour une durée variant de quelques minutes à plusieurs heures ; l'expérience clinique montre même qu'elle peut se prolonger plusieurs semaines, voire même jusqu'à deux et trois mois. Il ne faut pas confondre cette tolérance *complète*, sans aucun symptôme, avec la tolérance *relative* de la bronche, qui peut s'accommoder plus ou moins de la présence d'un corps étranger pendant de nombreuses années : onze ans, dix-huit ans, vingt ans. Ces constatations sont surtout valables pour les corps étrangers métalliques ou tout au moins non organiques. Dans les cas de substance végétale (épi de blé, etc.), celle-ci se gonfle rapidement au contact du mucus, la suppuration est souvent précoce et la période de tolérance peut ne pas exister.

En réalité, on doit évoquer l'éventualité d'un corps étranger bronchique devant presque *toute* suppuration broncho-pulmonaire. L'interrogatoire doit être minutieux pour réveiller les mémoires défaillantes. Il doit être avisé, et tenir compte de la période de tolérance complète d'un véritable espace libre, si souvent trompeur.

Enfin, il faut savoir que, durant cette période, peuvent se constituer d'importantes altérations pulmonaires, dont l'interprétation demande toute circonspection : par exemple, dans le cas présent, lésions d'atélectasie et d'emphysème bulleux, intriquées à des lésions de sclérose.

***

La balano-posthite par contact médiat de « rouge a lèvres »

Ce titre est assez suggestif pour faire comprendre aussitôt aux moins avertis la question, dont il s'agit.

Dans les observations que nous relate le Docteur **Clément Simon** (1), il s'agit d'une action médiate, analogue à celle des porteurs sains de germes pour la fièvre typhoïde, la diphtérie. Des personnes transportent des substances chimiques qui, non irritantes pour elles-mêmes, sont cependant susceptibles de provoquer des irritations, de véritables dermites eczématoïdes, dès qu'elles sont mises en contact avec d'autres sujets.

Observation I. — Dès le lendemain d'un acte vénérien, un homme éprouve à la verge, dans la partie droite du sillon, une ardeur de mauvais aloi. Cette ardeur ne tarde pas à s'accompagner d'une rougeur débordant, d'une part, assez loin sur le gland, en s'effilant vers l'extrémité de la verge et s'étendant, d'autre part, un peu plus en largeur sur la face interne du prépuce. Ardeur et rougeur se compliquent presque immédiatement d'un peu d'œdème, puis de fissuration avec suintement dans le sillon. Guérison rapide, mais accident renouvelé deux années plus tard par coït, *ab ore* également. Des notions complémentaires sur les dermites par « rouge à lèvres » ayant été acquises depuis lors, il fut établi que la partenaire avait dû, pour des raisons contingentes, se procurer chacune des deux fois un produit de remplacement, d'une marque inhabituelle ; et puis sa canine supérieure droite un peu acérée avait créé le point d'entrée de l'élément nocif. Un peu plus tard d'ailleurs, l'intéressé se fit lui-même une application du rouge nocif au point habituel : la poussée suivit.

Observation II. — Un sujet présentait à intervalles à peu près réguliers, et toujours sur la moitié gauche de la face, une sensation de fourmillements superficiels, de chaleur, de cuisson avec démangeaisons assez vives; après une durée de trois à quatre jours, ces troubles disparaissaient progressivement. Il en cherchait le motif sans arriver à aucun résultat. Un jour, au bout de plusieurs mois, des troubles identiques apparaissaient du côté de la verge, accompagnés d'un œdème préputial assez accusé, et cela quelques heures après un coït buccal. Il s'agissait, dans les deux cas encore, d'un rouge à lèvres ; une application locale en fit la démonstration.

Observation III. — Comment expliquer que, dans des conditions de coït normal, un homme ait pu voir chaque fois sa verge devenir rouge et douloureuse pendant plusieurs jours ? C'est que sa femme prenait au préalable des injections médicamenteuses diverses : celles-ci restaient inoffensives pour elle-même, mais elles se révélaient nocives pour le mari. Il s'agit là d'une réaction par idiosyncrasie ou sensibilisation, en tout cas d'une irritation médiate, par personne interposée.

G. Fischer.

(1) La balano-posthite par contact médiat de « rouge à lèvres », ou les porteuses d'antigènes. (*Le Bulletin médical*, 24 mai 1941).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Indications et technique de l'épreuve du travail

Le Professeur PAUCOT précise que l'acte obstétrical met en jeu trois facteurs : les forces, la résistance et le mobile. Dans les angusties pelviennes, la résistance anormale constituée par un orifice osseux à peine modifiable en ses dimensions représente l'élément de pronostic le plus important, mais aussi le plus appréciable ; la malléabilité du mobile, la puissance de la contraction utérine ne sont pas moins à considérer, mais elles ne peuvent être évaluées au préalable, et ne sauraient l'être qu'au cours de l'épreuve du travail..

Pour le premier facteur, il faut avant tout déterminer, avec le plus de précision possible, la forme et les dimensions du bassin ; or, l'épreuve du travail est tout à fait inutile, lorsque le promonto-pubien minimum mesure moins de 8 cent., avec fœtus à terme bien entendu ; elle sera rarement justifiée, lorsque ce diamètre varie de 8 cent. à 8 cent. 5. En toutes circonstances, il faut aussi pratiquer avec soin le classique palper mensurateur de Pinard, la possibilité de l'accouchement spontané étant avant tout un problème de dimensions respectives : si la tête, ayant franchement pris contact avec le détroit supérieur, déborde de plus d'un travers de doigt, l'épreuve du travail paraît également inopportune. D'autre part, celle-ci ne doit s'adresser qu'à des présentations céphaliques fléchies. Elle est contrindiquée naturellement dans les présentations du siège s'accompagnant de rétrécissement pelvien, puis dans l'insertion basse du placenta. C'est une épreuve de force, qui ne peut être subie avec succès et sans danger que si la femme possède une musculature utérine et abdominale suffisante, et une santé non déficiente. Elle sera notamment épargnée aux infectées, aux cardiaques, aux pulmonaires, aux albuminuriques ; enfin, on se rappellera de l'éventuelle fragilité des fœtus de mères albuminuriques ou hérédo-syphilitiques.

La durée et la limite de l'épreuve ne peuvent être déterminées dans chaque cas que par l'observation clinique des phénomènes du travail, en tous cas, elle ne doit pas, de façon très générale, dépasser 5 à 6 heures.

Elle ne compromet en rien les résultats de la césarienne basse, et on est fondé, lorsqu'elle s'impose, les risques de morbidité et de mortalité maternelles restant infimes, à ne la point redouter . Elle permet, d'ailleurs, dans de notables proportions, d'éviter la solution chirurgicale. (*Rev. franç. de gynécologie*, avril 1941).

Guérison des septicémies médicales primitives à streptocoques

Les streptococcies, écrit le Professeur P. NOBÉCOURT, présentent des symptômes, des évolutions, des terminaisons très diverses. La gravité de leurs manifestations peut inspirer de grandes inquiétudes et faire porter un pronostic très sévère, alors que le malade pourra guérir spontanément, ou à la suite de la thérapeutique instituée. Dans certains cas, cette même thérapeutique sera inefficace.

En 1926, G. Lemierre et P.-N. Deschamps affirmaient, à propos de la sérothérapie, qu'il ne fallait pas avoir en elle une confiance aveugle, et, à propos de la vaccinothérapie, que, quand elle a paru efficace, il s'agissait peut-être d'heureuses coïncidences. La même année, l'auteur faisait des réserves du même ordre au sujet de cette médication. En 1937, Marquézy s'exprimait ainsi : « Quant aux septicémies à streptocoques, je ne veux pas nier qu'elles puissent être modifiées par la para-amino-phényl-sulfamide, mais cependant il faut être prudent. Nous avons tous vu guérir des streptococcémies avec hémoculture positive. Les traitements employés étaient bien différents ». Enfin, en 1939, le Professeur Nobécourt reconnaissait que ces médicaments, malgré leur action curative possible, n'avaient pas eu toujours un effet évident, et il ajoutait que probablement leur action favorable était subordonnée, pour une grande part, à la virulence plus ou moins grande des streptocoques, qu'il est d'ailleurs bien difficile d'apprécier expérimentalement.

Ces réserves ne doivent pas entraîner l'abstention thérapeutique. Il ne faut pas actuellement hésiter à prescrire les sulfamides dans les septicémies streptococciques. Mais elles n'ont pas, dans celles-ci, la même action incontestable que dans les méningites à méningocoques : celles-ci guérissent par les sulfamides. Pour le moment, disons seulement que celles-là peuvent guérir avec les sulfamides. (*Gazette des Hôpitaux*, 5 avril 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les chantiers, centres ruraux et ateliers de la jeunesse

(M. P. NOBÉCOURT ; 29-4-1941)

M. Nobécourt, au nom d'une commission composée de MM. Marfan, Sieur, Nobécourt, J. Renault, Rouvillois, Lereboullet, Ombrédanne et Léon Binet, présente un rapport sur les principes d'hygiène devant présider à l'organisation et au fonctionnement des chantiers de la jeunesse.

Les chantiers de la jeunesse reçoivent pour un stage de six mois les jeunes français âgés de 20 ou 21 ans. Ces formations sont situées dans la France non occupée. D'autre part, dans la France occupée, le secrétariat général de la Jeunesse a ouvert, pour les jeunes chômeurs, des centres ruraux de la jeunesse et, dans les villes, des ateliers de la jeunesse qui reçoivent, les premiers, des jeunes gens de 17 à 20 ans, les seconds des sujets de 14 à 17 ans.

Dans son rapport, M. Nobécourt envisage successivement l'emplacement des chantiers, les locaux, l'examen médical d'admission, l'hygiène générale, l'alimentation, etc.

Il ne faut pas perdre de vue l'âge des sujets incorporés dans ces formations. De 14 à 17 ans, période intermédiaire à l'enfance et à la jeunesse, le garçon est à l'âge de la puberté. Pendant ces trois années, la taille augmente de 12 centimètres, le poids de 14 kilos, le périmètre thoracique de 10 centimètres. Les os et les muscles sont encore grêles, les épiphyses non encore soudées aux diaphyses. De 17 à 20 ans, s'achèvent la croissance staturale, le développement de la fonction génitale : la taille augmente de 2 centimètres, le poids de 8 ou 9 kilos, le périmètre thoracique de 4 centimètres. Les os s'épaississent, les muscles grossissent. A 20 ou 21 ans, le jeune homme devient un adulte. Sans doute, il peut grandir encore de quelques millimètres, son poids et son périmètre thoracique peuvent augmenter ; mais, somme toute, son organisme est stabilisé. Il ne faut pas soumettre à la même existence ces trois catégories de sujets. M. Nobécourt note le rôle important joué par le médecin dans ces diverses formations de jeunes.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur un cas d'infarctus intestinal

(M. Jacques BOUDREAUX. — Rapport de M. PETIT-DUTAILLIS ; 19-2-1941)

L'histoire du malade de M. Boudreaux offre des analogies avec celle du cas récent de M. Guénin, également rapporté par M. Petit-Dutaillis. Elle montre la difficulté de préciser l'origine de l'infarctus intestinal. L'amélioration provoquée par l'adrénaline et le contact du sérum chaud avec l'anse atteinte ne suffit pas à caractériser l'infarctus par choc d'intolérance.

La notion de la curabilité spontanée de certains infarctus de l'intestin, remarque M. Petit-Dutaillis, ne saurait avoir qu'un intérêt de pronostic, sans influencer la conduite thérapeutique qui reste, dans les cas où les lésions sont opérables, l'extériorisation ou la résection large de l'anse infarcie.

A propos des embolies pulmonaires post-opératoires

(M. G. CHAVANNAZ, de Bordeaux ; 5-3-1941)

Malgré les progrès de la technique opératoire, malgré diverses méthodes de prophylaxie préconisées (lever précoce, etc.), les embolies pulmonaires post-opératoires mortelles restent encore assez nombreuses. Envisageant l'ensemble des soins donnés aux opérés, dans leur rôle pathogénique possible à ce point de vue, M. Chavannaz se demande si l'usage assez répandu de la voie rectale pour l'absorption du sérum salé ou glucosé, n'intervient pas parfois dans une certaine mesure, en provoquant des érosions de la muqueuse rectale, portes de pénétration des germes microbiens dans les voies veineuses. L'auteur en a eu l'impression, sans pouvoir cependant apporter des données précises à ce sujet.

L'infection secondaire par le coli-bacille des abcès froids pelviens

(M. HUC. — Rapport de M. E. SORREL ; 12-3-1941)

M. Huc a observé cinq cas d'abcès froids pelviens pottiques infectés par le colibacille. L'infection semble s'être faite du rectum et de l'anse sigmoïde à l'abcès par voie sanguine sans qu'il y ait eu ouverture de l'intestin dans la poche. C'est là une complication sérieuse de l'abcès froid pelvien, puisque deux des malades de l'auteur moururent rapidement en quelques jours, l'infection ayant déterminé une fistulisation rapide à allure gangréneuse et une lymphorragie extrêmement abondante, cachectisante.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Trois observations de sciatique par hernie postérieure du disque intervertébral opérées et guéries

(MM. S. DE SÈZE et D. PETIT-DUTAILLIS ; 14-2-1941)

Il s'agit de trois malades atteints de sciatiques rebelles, chez lesquels l'examen clinique, confirmé par l'épreuve du lipiodol, permettait de porter avec certitude le diagnostic de hernie postérieure du disque intervertébral. Chaque fois, l'opération a permis de vérifier la présence d'une hernie méniscale volumineuse du disque intervertébral L-4, L-5 et d'en pratiquer l'extirpation.

Tous ces cas doivent-ils être traités chirurgicalement ou peuvent-ils guérir soit par le simple repos et par un traitement médical, soit par un traitement orthopédique ? On ne saurait résoudre actuellement cette question d'une manière définitive. Cependant, deux signes essentiels, quand ils sont réunis, suffisent pour justifier l'appel au neuro-chirurgien.

L'un est d'ordre clinique : c'est le caractère rebelle de la douleur sciatique, qui résiste aux traitements médicaux ou physiques habituels, ou qui récidive dès que le sujet, soulagé plus ou moins complètement par quelque temps de repos, essaie de reprendre son activité.

L'autre est d'ordre radiologique : c'est la constatation d'un arrêt partiel du lipiodol ou d'un défaut de remplissage du sac dural, nettement latéralisé sur les radios de face, nettement antérieur sur les radios de trois quarts ou de profil, à la hauteur d'un des derniers disques intervertébraux.

M. Jacques DECOURT. — Bien qu'il soit très difficile de se faire actuellement une opinion sur l'origine discale de la grande majorité des sciatiques banales, dites rhumatismales, il serait imprudent de généraliser à l'excès cette pathogénie. Sur 150 cas, l'auteur n'a pas retrouvé souvent la notion de traumatismes ou d'efforts, ayant pu favoriser la formation de hernies discales, mais plus fréquemment une origine *a frigore*, appuyées par d'autres localisations simultanées de ce facteur sur d'autres rameaux nerveux.

D'autre part, il paraîtrait difficile d'admettre que la guérison des sciatiques, même anciennes, rebelles et récidivantes, puisse être aussi fréquemment obtenue qu'on le voit par la méthode des injections épidurales de novocaïne et d'huile iodée, si elles étaient dues pour la plupart à des compressions par hernies discales. Il ne faut pas négliger les lésions inflammatoires, qui frappent les racines dans leur partie funiculaire.

Névralgie sciatique par hernie discale postérieure ; sur le danger des redressements forcés

(MM. L. DE GENNES et PETIT-DUTAILLIS ; 14-2-1941)

Les névralgies sciatiques par hernie discale postérieure sont loin d'être exceptionnelles et elles méritent d'être recherchées systématiquement au cours des algies durables et rebelles. Cette étiologie n'est certes pas fréquente jusqu'à la banalité. Il faut pour penser à ce mécanisme se trouver en présence des éléments cliniques sur lesquels insiste de Sèze : antécédent traumatique, pérennité de la névralgie, et résistance aux traitements usuels, syndromes radiologique et céphalo-rachidien typiques.

L'observation présente met en relief l'extraordinaire intensité d'une attitude antalgique, véritable camptocormie permanente, qui doit, à elle seule, faire penser au cours d'une algie sciatique à une compression par hernie nucléaire. D'autre part, il est intéressant de signaler un incident dramatique, qui fit, au cours d'une simple tentative d'extension, accomplie très prudemment par un orthopédiste qualifié, transformer brusquement une simple algie sciatique en une véritable paraplégie avec syndrome typique de queue de cheval. L'incident fut ici sans conséquences graves, et il en eut même d'heureuses, puisque, complétant et confirmant le diagnostic de l'affection causale, il décida, dans le même temps, le malade à s'en faire opérer et guérir. On ne peut s'empêcher, en présence de tels faits, de penser aux danger quotidien que font courir aux malades le chiropracties et les ostéopathies aveugles. La fréquence des hernies discales postérieures explique certainement un certain nombre de leurs accidents.

Sciatique discale et sciatique commune

(M. F. COSTE ; 14-2-1941)

L'auteur reprend les arguments anatomiques, étiologiques et cliniques, par lesquels on pourrait tenter d'établir l'origine habituellement discale de la sciatique commune. Après les avoir discutés, il tient à répéter combien il serait loin de sa pensée de nier le progrès considérable, dû à la connaissance des sciatiques discales. Leur importance est grande, leur nombre l'est aussi. Mais, à ne pas méconnaître les autres causes, souvent associées, de sciatalgie, on comprend mieux les cas, assez fréquents, où une sciatique authentique guérit par les moyens médicaux. La lésion discale était alors un facteur occasionnel ou révélateur ou concomitant. Cela laisse l'espoir de soulager le plus grand nombre de ces malades, sans en venir à l'intervention chirurgicale, qui reste en l'espèce d'une exécution délicate.

G. F.

Société de médecine de Paris

Chez l'enfant, la cure sanatoriale, base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire

(Docteur Raymond Molinéry ; juin 1941)

Voici quarante ans, j'ai consacré ma thèse à la « Tuberculose — maladie sociale » et déjà je m'y déclarais partisan enthousiaste de la cure sanatoriale.

Ces temps derniers j'ai eu l'occasion de visiter l'un des sanatoria les plus rapprochés de Paris, qui incarne, sous le patronyme de Léopold Bellan, l'œuvre « Centre de traitement, dans lequel doivent se trouver réunis, sous la direction d'un médecin qualifié et dans un site approprié (à Magnanville) tous les moyens médicaux et chirurgicaux qui constituent, actuellement, l'arsenal de la thérapeutique antituberculeuse ».

Sous la direction d'un distingué phtisiologue, sont soignées près de 300 malades qui déferlent des hôpitaux de Paris, et le jour même où nous faisions notre visite, l'un de nos maîtres venait, précisément, examiner les « pneumo » de ces malades, et noter l'évolution de leur affection. Collapsothérapie, chimiothérapie, héliothérapie, cure de travail, cure de réadaptation peuvent être mises en œuvre, mais il convient de bien distinguer la réadaptation de la rééducation. A Magnanville, tout concourt à lutter contre les deux plaies inséparables de la cure sanatoriale : le *désœuvrement* et *l'ennui*. L'adulte n'en est pas exempt ; mais à celui-ci moins qu'à l'enfant manque cette tendresse dont a soif l'âme enfantine. Il faut donc donner à l'enfant en sana : Occupation, distraction, affection.

La classe nous a semblé devoir atteindre le niveau d'un Certificat d'études légèrement restreint, car il faut tenir compte de l'état de maladie dont souffrent ces enfants. La salle donne sur un des très beaux parcs de la région parisienne, et dès que la température est stable, l'infirmière installe ses petites malades dans le jardin.

Bien que réduite, l'étude ne saurait s'adresser à chacune des enfants. Le jeu, lui, par contre, est possible pour toutes. N'oublions pas que nous sommes au sana, il faut choisir, et doser ces jeux ; le terrible thermomètre impose son degré.

Et le scoutisme, me direz-vous ?

Il est souhaitable qu'une section de scouts se constitue dans chaque sanatorium. Lorsqu'un tel groupement existe, il peut procurer, de temps en temps, à ses adhérentes, quelques heures de saine distraction, sans entorse grave au règlement de l'établissement.

* * *

L'enfant est plus près de la nature que l'adulte. Il l'aime et la comprend mieux que l'adulte. Le jardinage répond admirablement à ce penchant inné de l'enfant. Par l'effort modéré qu'il exige, par l'esprit d'initiative qu'il développe, il constitue, en même temps, une excellente école de réadaptation à l'effort. Le Docteur Roussel n'est pas peu fier de son jardin botanique.

Du point de vue social, Léopold Bellan avait vu plus large encore. Il avait d'emblée conçu Magnanville comme l'œuvre complète de rééducation et de post-cure. Quatre ateliers ont été prévus. Hélas, il a bientôt fallu déchanter bien que l'atelier de couture et de confection ait donné les meilleurs résultats. Léopold Bellan avait voulu que chacune des malades puisse, tout en se soignant, se constituer un petit pécule qui lui permettrait de posséder une somme non négligeable à sa sortie. Il faut bien dire que le chiffre d'affaires ainsi réalisé, est toujours inférieur au salaire que l'on a promis aux enfants.

Il semble que l'on pouvait tourner la difficulté en faisant travailler uniquement ces ateliers pour le sanatorium lui-même, ou pour des œuvres similaires.

Nous vous souhaitons une visite à Magnanville.

Les Livres

Editions du Comité national de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe)

Cours de puériculture à l'usage des élèves des Écoles primaires supérieures et des lycées, par les Docteurs Julien Huber et H. Rouèche. Un vol. 80 p., 1939. Prix : 10 francs.

L'ouvrage rédigé par MM. Julien Huber et H. Rouèche, est précédé d'un court avant-propos, de style sobre et précis, du Professeur Marfan. Celui-ci présente rapidement ce livre dont le but est « de donner aux jeunes filles, futures mamans, les règles les plus élémentaires d'une science qui consiste à cultiver comme une fleur délicate, la vie fragile du petit enfant ». Mais en terminant sur cette citation de Théophile Roussel, que « tout ce qui éloigne l'enfant de la mère le met en état de souffrance et en danger de mort », il montre qu'il convient non seulement d'éduquer « cette sollicitude maternelle que rien ne peut remplacer », mais encore de l'exalter comme la manifestation première de la vie familiale, en considérant déjà la future mère comme une éleveuse et une éducatrice.

Cet opuscule de 80 pages est divisé en vingt leçons. Dans chacune de celles-ci, un exposé introductif fait connaître les notions indispensables à la compréhension des conseils qui sont donnés ultérieurement. Chaque leçon est précédée d'une illustration qui attire le regard de la jeune lectrice et lui en rappellera le texte.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

POUR LES MÉDECINS PRISONNIERS

De tous les corps sociaux qui constituent la nation le Corps médical français est celui que la défaite a le plus profondément atteint, en tous cas celui que les remaniements de doctrines ont marqué le premier.

L'exercice de la médecine n'est déjà plus aujourd'hui, et il sera moins encore demain, ce qu'il était hier. Il s'agit pour nous, non pas seulement d'une adaptation d'esprit à des formes et des nécessités nouvelles, mais, et c'est le plus grave de notre cas, le plus astreignant stigmate, notre vie quotidienne en est atteinte sans retour: un code nouveau nous régit, des garanties personnelles et héréditaires nous sont demandées, nos prérogatives professionnelles se voient étroitement délimitées, la liberté d'entrer dans la profession et d'en sortir nous sera sous peu contestée, nos prescriptions se heurtent aux déficiences de l'approvisionnement pharmaceutique, et faute d'essence nous allons à pied, donc moins loin, moins vite : notre rayon d'action se rétrécit.

On s'explique que nos confrères, requis à toute heure du jour par l'une ou l'autre des restrictions imposées à une activité dont ils se croyaient naguère seuls maîtres, ne puissent se tenir, le soir venu, de méditer quelque peu et de chercher, en bons français qu'ils sont, à desserrer ces liens.

Il est pourtant un fait qu'il ne faut pas perdre de vue (personne du reste ne le perd de vue), et dont il ne faut pas sous-estimer l'ampleur : de nombreux confrères en pleine activité il y a deux ans, sont en ce moment, et depuis douze mois retirés de la vie professionnelle — parce que prisonniers de guerre. Non seulement leur pouvoir de travail nous fait défaut, mais aussi leur opinion sur tout ce qui s'est perdu d'ancien, sur tout ce qui s'est édifié de nouveau.

En fait, nous aménageons à grand renfort de controverses un local dont nombre d'occupants sont au loin, et sur lequel ils n'ont même pas dit leur mot. Il nous manque, à ce seul titre, une part non négligeable d'autorité et de compétence. Un sourd malaise nous empêche d'avoir pour agir toute la liberté d'esprit souhaitable, et c'est un légitime scrupule qu'hésiter à engager l'avenir avant que chacun ait pu intervenir dans ce débat.

Il n'y a pas beaucoup de mérite à avoir inscrit dans un texte de loi les droits primordiaux des absents, de leur avoir garanti qu'ils retrouveront leur clientèle, si l'exercice même de cette clientèle est devenu, à leur retour, aussi différent de ce qu'ils avaient laissé que peut l'être de la France d'hier la France d'aujourd'hui.

***

Des lettres angoissées de femmes nous parviennent ici presque chaque jour : les femmes de nos confrères prisonniers. Elles nous écrivent à la demande de leurs maris, ou de leur propre initiative, et la teneur de ces lettres ne change guère « mon mari est prisonnier depuis juin dernier ; cet hiver il a eu l'espoir de rentrer. Mais les convois sont partis sans qu'il y fût compris. Il se désespère, il perd courage, il s'inquiète pour ses enfants et pour moi. Et je ne lui ai pas dit mes soucis ; mais à vous il est permis de me confier. Notre petit avoir fond avec une rapidité qui m'épouvante. La clientèle qui, au début, s'inquiétait du retour de mon mari et que je faisais tant bien que mal patienter, se lasse et va chez d'autres médecins. Un nouveau est venu s'installer à peu de distance ; il est cependant plus jeune que mon mari et a trouvé moyen, lui, d'être libéré. Le sort s'acharne sur nous et moi aussi, pour un peu, je perdrais courage. Monsieur, conseillez-moi, et si vous pouviez faire quelque chose, faites-le ».

Ce que peut faire un journal, c'est surtout plaider, amplifier ces voix qui ne savent guère crier, ni vers qui ; c'est relancer l'appel vers ceux qui sont en puissance d'agir et qui, penchés sur l'abstraction d'un problème, ne perçoivent sans doute plus ce que l'énoncé couvre de misère humaine.

Nous avons, ici, recueilli des renseignements et les avons publiés ; nous avons enregistré des promesses et avons fondé des espoirs sur elles. En les diffusant, nous en avons suscité dans nombre de foyers ; elles auront au moins été un allègement pour les sombres mois de l'hiver dernier. Mais voici l'hiver passé, et aussi le printemps. Et l'on ne peut plus se contenter de promesses. Il faut maintenant que chacun s'attelle et ne fasse plus semblant de tirer. Il faut, s'il existe encore une solidarité confrater-

nelle, ramener au rivage les derniers naufragés.

***

Certes, nous n'ignorons pas que ce n'est pas seulement une question de solidarité confraternelle, ni même de solidarité nationale, et qu'il faut nous souvenir enfin que nous sommes des vaincus.

Mais les promesses qui nous furent faites, et dont nous nous sommes faits l'écho, le furent dans des bureaux français. Il dépend de ceux-ci, dans une certaine mesure, qu'elles se réalisent, et ici nous sommes en droit de parler haut et de demander : Où en est-on ?

Parmi nos camarades internés dans des camps beaucoup ont été faits prisonniers au chevet de leurs blessés, en blouse d'hôpital, dans leurs postes de secours. Ils auraient pu, comme tant d'autres, battre en retraite et se mêler subrepticement à la débandade. Certains de ceux qui sont actuellement libres l'on fait ; que le souvenir de leur défaillance, s'ils s'en souviennent encore, leur soit léger au cœur. Mais les femmes de médecins prisonniers ont de l'amertume à penser que leurs maris ont été victimes d'un sentiment plus impérieux du devoir.

C'est pour elles comme pour eux que je demande justice.

Des civils, des militaires consacrent officiellement leur activité à résoudre la question des prisonniers. Il serait malséant que cette activité eût l'allure administrative et détachée que la pratique du temps de paix favorise. Nous vivons une époque cruelle où, pour de multiples raisons, le confort d'esprit est impossible. Il l'est davantage encore, et même il est prohibé à quiconque s'occupe de questions telles que le sort des prisonniers. Celui qui concevrait sa tâche autrement que comme un apostolat comportant non pas une dépense économique de soi-même, mais un souci sans trêve, celui-là serait inapte à la remplir.

Les hommes qui, depuis bientôt un an, ne connaissent plus que les rigueurs et l'amertume de la vie, « ont des droits sur nous » pour reprendre une expression qui fit sourire, mais à laquelle les évènements restituent un sens autoritaire. Que les civils comme les militaires, et ceux-ci particulièrement, se rendent compte qu'ils ont beaucoup à se faire pardonner de ceux qui portent, à eux seuls, le poids des fautes communes, ou du moins en portent la plus lourde part.

Le Conseil de l'Ordre tient à honneur d'apporter à ces ressortissants exilés «une attention de tous les instants et un appui sans restriction ». Il a «la défense matérielle et morale » de la profession. Aucune défense matérielle n'est, pour l'heure, plus urgente, aucune défense morale non plus, du reste. Car l'honneur du Corps médical serait bien terni s'il ne mettait pas tout en œuvre, tout son possible du moins, pour obtenir l'élargissement de ses prisonniers.

On a parlé d'une relève, d'un recrutement de volontaires pour aller remplacer dans les camps les camarades exilés depuis un an. Un an ! cela en fait des jours et des jours à se morfondre et à rêver devant des photographies.

Songez-y, les jeunes qui avez eu la chance de ne pas connaître la pire torture de la guerre et qui êtes rentrés chez vous, qui peut-être même n'en êtes jamais partis.

L'occasion vous est offerte de faire le beau geste, non pas seulement dans le sens humain, mais aussi dans le sens national : un Français pour un Français.

Et aussi, ce n'est pas le moins beau, dans le sens professionnel : un médecin pour un médecin.

On plaisante quelquefois ce terme de « confrères » qui est en usage entre nous.

Il dépend de vous de lui redonner un lustre dont, pendant des années, il demeurera auréolé.

Si pourtant les volontaires manquaient, il resterait aux bureaux militaires de faire la désignation d'office en commençant par les médecins d'active. Devant leurs soins aux soldats, ils ont l'obligation de les donner en tous lieux et en toutes circonstances.

« La discipline est la force principale des armées » et c'est dans l'adversité qu'elle a tout son emploi.

G. Lavalée.

P. S. — Dans le nº 2 de son *Bulletin* le Conseil supérieur de l'Ordre a publié les lignes suivantes qui témoignent de préoccupations identiques aux nôtres :

« La question des médecins prisonniers est au premier rang des préoccupations du Conseil supérieur et des Conseils départementaux qui, tous, formulent des vœux à ce sujet.

Un contact étroit a été établi entre la Direction du service de Santé et le Conseil supérieur.

Un projet de statut pour l'organisation médicale des camps de prisonniers avait été établi, qui pouvait donner satisfaction aux demandes légitimes des médecins civils et des anciens prisonniers. Il n'a pu être accepté.

Un nouveau statut est à l'étude ; mais dès à présent nous avons obtenu l'accord de la Direction du service de Santé pour qu'il existe un roulement entre les médecins qui retourneraient dans les camps de prisonniers, et qui, en ce qui concerne la France occupée, doivent être relevés au bout de deux mois. Le nombre des médecins demandés par l'autorité allemande pour les camps de prisonniers a été, d'une manière générale, réduit. On envisage dès maintenant la participation des médecins militaires et des médecins de zone libre ».

ASSURANCES SOCIALES

RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE ET MATERNITÉ (Loi du 29 Mai 1941)

Etudiant la loi sur l'Ordre des médecins, nous avons montré la nécessité d'une réforme mettant en harmonie les lois de médecine sociale avec les principes nouveaux. La mise au point du régime des Assurances sociales nous paraissait la plus urgente. Des mesures provisoires étaient bien intervenues, sous forme de circulaires du ministre du Travail, enjoignant aux Caisses de renouer avec les Ordres départementaux les relations qu'elles entretenaient auparavant avec les Syndicats. Mais cette solution n'était qu'un expédient provisoire, et nous souhaitions une modification des textes légaux. La réforme opérée par la loi du 29 mai 1941, que nous avions annoncée dans nos échos, vient combler partiellement notre vœu. Exprimons toutefois dès l'abord, une critique de forme, mais non point pour cela dénuée de valeur pratique : la loi nouvelle n'a pas été intégrée dans le régime général des Assurances sociales établi par le décret-loi du 28 octobre 1935; elle vient s'y surajouter, ce qui complique bien inutilement le travail de ses interprètes.

Les tarifs des Assurances sociales

Replaçons la réforme, pour mieux la comprendre, dans son cadre historique. Les Caisses jouissaient autrefois, en principe, de la liberté de fixer leur tarif de responsabilité. Cette liberté n'était cependant pas absolue. Il fallait tout d'abord que le tarif tienne compte du tarif syndical minimum de la région. En second lieu, la loi faisait de la Convention Syndicat-Caisse la source conventionnelle du tarif maladie-maternité pour les soins à domicile ou au cabinet du praticien. En troisième lieu, le ministre du Travail dressait une espèce de tarif modèle, appelé tarif limite de réassurance, qui ne pouvait être dépassé sous peine de perdre le droit à la garantie en cas de déficit.

Le tarif arrêté par la Caisse, une fois tenu compte de ces trois éléments, ne devenait obligatoire qu'après homologation par une Commission régionale tripartite (Caisses, Administration, Corps médical).

En fait les Caisses, dont le législateur avait craint la prodigalité, s'étant montrées extrêmement soucieuses de préserver leurs finances contre leurs assurés, le tarif limite, de plafond, tendit à devenir « plancher ». Ces circulaires enjoignaient aux Commissions tripartites de veiller à ce que les tarifs qui leur étaient présentés fussent aussi proches que possible du tarif de réassurance. Enfin, la réforme de 1938 ajoutait à l'art. 34 de la loi un § 11 permettant au Ministre de fixer lui-même, dans certains cas, le tarif d'une Caisse par voie d'autorité.

La réforme opérée apparaît somme toute comme la conclusion logique de cette évolution. Le tarif de responsabilité, qui ne pouvait s'écarter sensiblement du tarif ministériel, mais devait s'en rapprocher, est désormais confondu avec lui. C'est en effet par *voie d'autorité* que seront fixés les tarifs des Caisses de *tout un département ou de toute une région*. La principale nouveauté est que cette autorité ne sera point uniquement comme autrefois *le ministre du Travail*, mais ce dernier *travaillant en accord avec son collègue de la Santé.*

Les Caisses et le Corps médical organisé disparaissent de l'avant-scène, et ne sont plus qu'à l'arrière place comme simples donneurs d'avis. La dualité d'intérêts qui opposait autrefois, ces deux organismes, plus que les conventions ne les réunissaient, se trouve transférée sur le plan ministériel, le Travail se faisant l'avocat des Caisses et de leur finance, et la Santé celui des assurés et des médecins. Espérons que règnera entre ces deux collègues une meilleure harmonie qu'entre les adversaires d'hier, et que de leur collaboration sortira, comme nous le font prévoir certains communiqués, un substantiel rehaussement des tarifs de responsabilité permettant enfin de réduire au seul « ticket modérateur » de 20 % la participation des assurés dans les frais médicaux.

Les nouvelles dispositions entrent en vigueur au 1er juillet 1941, c'est-à-dire qu'en attendant les arrêtés interministériels fixant les tarifs, les remboursements auront lieu dans toutes les Caisses sur la base du tarif de réassurance.

Les Établissements de soins

Nous avons vu que, sous l'ancien régime, la base du service médical était la Convention Syndicat-Caisse. Ce principe contenait toutefois une exception d'une taille telle que tout le système s'en trouvait vicié. Les Caisses tenaient de la loi le droit de faire soigner leurs assurés dans des établissements créés par elles ou avec lesquels elles auraient passé convention. De telles créations ne nécessitaient aucune formalité. L'avis du Syndicat médical, avec possibilité en cas de désaccord d'un recours devant la Commission tripartite, n'était exigé que sur l'organisation et le fonctionnement technique de ces dispensaires. En matière d'hospitalisation, les Caisses ne rem-

boursaient selon un tarif appréciable les frais exposés par l'assuré que si la maison de santé privée avait conclu une convention, ou était agréée par elles, ou enfin par la Commission tripartite. Un tarif notablement plus faible était appliqué aux maisons qui se soumettaient seulement au contrôle des Caisses. Si elles refusaient ce contrôle tout remboursement se trouvait supprimé. Ce système tendait à permettre une concurrence déloyale au médecin praticien, et à interdire en fait le libre choix de l'établissement de soins.

C'est en cette matière que la réforme paraît avoir été la plus importante et la plus heureuse.

Il est tout d'abord spécifié que l'assuré a droit au remboursement des « frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure » d'après les tarifs posés par arrêté interministériel. L'esprit de cette disposition est éclairé par les termes d'un communiqué suivant lequel « *le régime du libre choix de l'établissement de soins* sera substitué au régime antérieur du choix limité aux seuls établissements ayant passé des accords avec les Caisses » (ce qui, nous l'avons vu n'est d'ailleurs point tout à fait exact). Attendons pour nous réjouir la parution du tarif interministériel. Actuellement, le tarif de réassurance étant en vigueur à compter du 1er juillet, toutes les distinctions faites plus haut, et les tarifs différents qu'elles autorisent subsistent entièrement. Le communiqué nous promet qu' « un même remboursement, calculé pour chaque acte médical ou chirurgical et plus avantageux que précédemment » sera ultérieurement pratiqué.

En second lieu, la liberté pour les Caisses de créer des établissements de diagnostic, de soins ou de cure se trouve désormais sérieusement contrôlée. Toute initiative de ce genre est désormais *subordonnée à l'autorisation du ministre du Travail et à l'agrément technique du secrétaire à la Famille et à la Santé.* En outre, le fonctionnement de ces établissements restera soumis au contrôle de ces deux autorités ministérielles.

Nous regretterons cependant que l'Ordre des médecins, n'ait pas eu son mot à dire en cette matière. On nous assure bien dans le communiqué déjà visé « qu'il sera fait appel à l'autorité morale et technique de l'Ordre » mais ce ne sera qu'à titre tout à fait facultatif, et le rôle essentiel paraît réservé aux Directeurs régionaux à la santé. Il n'est point sûr que ces derniers soient toujours imbus du respect dû à « l'effort privé » en médecine et en chirurgie.

Le contrôle

Jusqu'à maintenant, deux contrôles distincts avaient lieu : le contrôle du malade effectué par le médecin contrôleur désigné librement par la Caisse, le contrôle du médecin effectué par le Syndicat représenté par un membre du Conseil de famille désigné à cet effet. En pratique d'ailleurs, cette distinction s'était atténuée au point de disparaître et les médecins contrôleurs de Caisse étaient en même temps les détecteurs des abus médicaux. Ils ne manifestaient pas toujours d'ailleurs dans cette tâche le tact et le respect des règles déontologiques qu'on aurait pu attendre d'eux.

Consacrant et organisant ce que les faits avaient montré nécessaire, la loi nouvelle confie à un seul et même médecin le contrôle « de la valeur de l'opportunité, et de la durée des soins nécessaires aux assurés ». Ce « médecin-conseil », rémunéré par les Caisses, n'est point cependant leur employé. Il possède un statut dressé par accord entre le Travail et la Santé, statut qui fixera son mode de désignation et assurera son indépendance professionnelle.

Cet exemple est à suivre et cette fonction nouvelle aurait sa place dans les diverses lois de médecine sociale. Regrettons que le réformateur n'ait point été suffisamment audacieux et n'ait point réalisé l'unité du contrôle dans ces divers domaines. Nous aurions souhaité également que la loi nouvelle confiât expressément à l'Ordre le pouvoir juridictionnel retenu par les anciens Conseils de famille syndicaux en matière de contrôle technique. Il y a là une lacune qui n'est point encore comblée.

***

Réforme utile, nous dira-t-on, au terme de cet exposé. Certes, en ce qu'elle vient d'ôter aux Caisses des pouvoirs trop étendus, dont elles avaient mésusé. Il est dommage seulement que ces pouvoirs aient été placés uniquement aux mains de deux autorités ministérielles, sans que ces dernières y fassent participer effectivement la corporation médicale que la loi du 7 octobre a créée. Sur le terrain du corporatisme, où, dit-on, nous devons nous placer, c'est évidemment à l'ensemble des corps concourant à la lutte contre la maladie qu'il eut fallu confier ce rôle de contrôle et d'organisation. Nous n'ignorons point que cette corporation de la Santé n'est encore qu'à l'état d'ébauche, mais il était possible de faire dès maintenant plus large place à l'un de ses éléments essentiels : l'Ordre des médecins.

Ce corporatisme se ferait-il uniquement dans certain secteur privilégié de notre économie ? On serait fondé à le croire à la lecture de la loi du 5 avril 1941 confiant au Ministre et à la Corporation agricole la règlementation entière des Assurances sociales de leur profession, qui échappent entièrement au droit commun et dont nous ignorons encore le régime futur. Il y a là un danger pour le Corps médical dont il ne faudrait point mésestimer l'importance.

Jean MIGNON.

MOUVEMENT SANITAIRE & PROFESSIONNEL

ORGANISATION SANITAIRE RÉGIONALE

Dans un article « Un programme : Projet d'organisation sanitaire de la France » fait en collaboration avec le Professeur Tanon (1) nous écrivions : « Entre le département et le Centre, nous voulons voir généraliser *une organisation régionale de l'hygiène.* Nous voudrions voir augmenter le nombre des conseillers techniques régionaux ou intendants généraux de l'hygiène qui n'ignoreraient rien des réalités locales, des contingences départementales économiques ou politiques de leurs régions, qui seraient au-dessus de ces contingences, qui auraient cette espèce de recul que leur donnerait leur contact permanent et direct avec l'autorité supérieure devant laquelle ils seraient directement responsables de leur région ».

Cette idée déjà émise par nous à plusieurs reprises depuis 1920, avait un but : soustraire les fonctionnaires de la Santé publique à la domination des politiciens et aussi de certains préfets ignares en matière d'hygiène.

Il semble bien que ce fut aussi la préoccupation du secrétaire général à la Santé lorsqu'il supprima les bureaux d'hygiène inféodés aux maires, et qu'il créa les *Directions régionales de la Famille et de la Santé.*

Voyons donc en quoi consistent celles-ci.

La loi du 15 octobre 1940 dit que, dans chacune des vingt régions qui composeront la France administrative, sera nommé un *Directeur régional à la Santé publique et à la Famille.*

ART. 2. — « *Il est le chef des services d'hygiène publique et sociale, des services d'assistance, des services de protection de l'enfance et d'aide à la famille, des départements qui composent sa région.*

« Il a qualité pour réclamer l'imputation au budget d'un département de sa région, des crédits nécessaires au fonctionnement de ces services ». Il a donc barre sur les Préfets.

« ART. 3. — Il est chargé *de l'établissement et de la réalisation d'un plan d'équipement sanitaire et hospitalier pour l'ensemble de la région.*

« A cet effet, il propose, après avis des préfets, toute mesure administrative ou financière nécessaire à cette réalisation. »

« ART. 64. — *Il est le chef de l'organisation hospitalière de la région.*

« A ce titre, il contrôle les établissements hospitaliers publics, tels qu'hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, hôpitaux psychiatriques, sanatoria, preventoria, maisons maternelles, maternités, pouponnières, crèches dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

« *Les nominations et révocations des directeurs, des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux sont faites sur sa proposition.*

« Il a de même qualité pour *provoquer le remplacement des membres des Commissions administratives des hôpitaux et hospices.*

« Dans les *établissements de caractère privé,* de même nature que ceux énumérés au présent article, les *directeurs, les médecins, chirurgiens et spécialistes ne peuvent exercer leurs fonctions que si leur nomination a été agréée par lui.*

« Les établissements créés par des personnes, des sociétés ou des institutions privées en vue du traitement médical, chirurgical, obstétrical, neuro-psychiatrique, ainsi que de la prévention et de la convalescence sont placés sous son contrôle, qui s'exercera dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur. »

« ART. 5. — *Il est le chef des services médico-sociaux de la région.*

« *Les nominations et révocations des médecins et des chefs administratifs des dispensaires, consultations et services de même nature,* de caractère public, qui concourent à la *lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le cancer et toute autre maladie sociale ne peuvent intervenir que sur sa proposition.*

« *Aucun organisme de même nature, à caractère privé, ne peut être créé et fonctionner sans son autorisation.* La nomination des chefs administratifs et techniques responsables du fonctionnement de ces organismes, doit être soumise à son agrément préalable.

« ART. 6. — « *Il est le chef des services d'assistance sociale de la région.*

Les infirmières visiteuses et assistantes sociales, qu'elles appartiennent aux services publics d'hygiène et d'assistance et qui relèvent à ce titre de son autorité directe, qu'elles appartiennent à d'autres services publics, ou à des institutions privées, quelle qu'en soit la nature, et qui relèvent à ce titre de son contrôle, *participent obligatoirement à l'organisation régionale du service*

(1) *L'Hygiène sociale,* 7e année, n° 132, 10 janvier 1930.

social et au *fonctionnement de ce service qui est réglementé par ses soins.*

« Art. 7. — Pour la stricte application des lois et règlements concernant l'*exercice de la médecine, de la pharmacie, de l'herboristerie, de l'art dentaire* et, d'une manière générale, *de toute profession qui se rattache à l'activité médicale et paramédicale, il institue une liaison active et permanente avec les organismes corporatifs de ces diverses professions.* »

Et ceci explique les groupements régionaux des Ordres départementaux des médecins.

« Art. 8. — *Il est assisté d'un personnel d'inspection et de contrôle, placé sous son autorité directe* et qui comprend :

1° Un ou plusieurs *médecins inspecteurs de la santé* et un ou plusieurs *médecins inspecteurs adjoints de la Santé* ;

2° Un ou plusieurs *inspecteurs administratifs et inspecteurs administratifs adjoints* de l'assistance ;

3° Un ou plusieurs *inspecteurs et inspecteurs adjoints de l'enfance* ;

4° *Un ou plusieurs délégués régionaux à la famille.*

« Il répartit les services entre ces fonctionnaires dans la limite des attributions fixées pour chacun d'eux par les règlements les concernant ».

Ces nouvelles dispositions ont entraîné la suppression :

1° Des services d'inspections départementales d'hygiène ;

2° Des services des bureaux municipaux d'hygiène ;

3° Des services sanitaires maritimes et aériens et des postes sanitaires aux frontières ;

4° Des services d'inspection de l'assistance publique ; les fonctionnaires de tous ces services pouvant être reclassés dans la nouvelle organisation ne comprenant plus que des fonctionnaires d'Etat dont voici l'énumération :

Vingt directeurs régionaux de la Famille et de la Santé (traitement : 80.000 francs).

Trois inspecteurs généraux de la Santé (65.000 à 100.000 francs).

Trois inspecteurs généraux de la Famille et de l'Enfance (60.000 à 100.000 francs).

Quatre-vingt seize médecins inspecteurs de la Santé (50.000 à 60.000 francs).

Cent quatre-vingt-dix médecins inspecteurs adjoints de la Santé. (33.000 à 42.000 francs).

Trente délégués régionaux à la Famille (36.000 à 54.000 francs).

Cinquante inspecteurs administratifs de l'Assistance (30.000 à 42.000 francs).

Cinquante inspecteurs adjoints administratifs de l'Assistance (16.000 à 28.000 francs).

Cinquante inspecteurs de l'enfance (30.000 à 42.000 francs).

Cinquante inspecteurs adjoints de l'enfance (16.000 à 28.000 francs).

(Loi du 18 septembre 1940 et décret du 8 octobre 1940).

On voit de suite l'heureuse modification : le secrétaire à la Santé a en mains tous ses fonctionnaires ne relevant plus que de lui, par l'intermédiaire des directeurs régionaux de la Famille et de la Santé siégeant auprès des Préfets régionaux d'institution nouvelle. La région se constitue peu à peu.

Nous avons pu dresser dans les cahiers de la Santé publique annexés à l'Hygiène sociale, une carte de la France sanitaire et un tableau donnant les noms des directeurs régionaux de la Famille et de la Santé de 19 régions (1).

Tous ne sont pas des médecins, mais sur les 12 nommés nous en connaissons un certain nombre et nous pouvons assurer ici qu'ils ont été parfaitement choisis.

Résumons pour nos lecteurs les renseignements les concernant (2) :

1re région. Lille : Dr Vieilledent, médecin inspecteur de la Santé du Nord.

2e région. Rouen : Dr Vidal, inspecteur général d'hygiène de Seine-et-Marne.

3e région. Caen : M. Haag (Paul), ancien préfet.

4e région. Rennes : Dr Lamy, inspecteur de la Santé des Alpes-Maritimes.

5e région. Nantes : Dr Viette, inspecteur de la Santé d'Eure-et-Loir.

6e région. Poitiers : M. Adam (Louis), ancien préfet.

7e région. Bordeaux : Dr Albertin, inspecteur de la Santé des Pyrénées-Orientales.

8e région. Toulouse : M. Jouany (Désiré), ancien préfet.

9e région. Limoges : Dr Bianquis, directeur de la Santé publique de Seine-et-Oise.

10e région. Orléans : M. Lanquetin (Marcel), ancien préfet.

11e région parisienne. (Paris, Seine, Seine-et-Oise) : M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique.

12e région. Châlons-sur-Marne : Dr Triollet, inspecteur départemental d'hygiène du Morbihan.

13e région. Nancy : Professeur agrégé Melnotte de Nancy.

14e région. Besançon : Dr Lelong, inspecteur départemental d'hygiène du Doubs.

15e région. Lyon : Dr Clavelin, professeur au Val-de-Grâce.

---

(1) Dix-neuf régions seulement sont délimitées actuellement.

(2) Pour la carte de la France sanitaire et la composition en départements des régions, voir « l'Hygiène sociale et les cahiers de la Santé publique ».

16e région. Clermont-Ferrand : Dr Cléret, directeur des Services d'hygiène de Montluçon.

17e région. Grenoble : M. Taviani (François), ancien préfet.

18e région. Montpellier : Dr Grenoilleau, médecin inspecteur de la Santé de Loir-et-Cher.

19e région. Aix-en-Provence : Dr Goulley, médecin inspecteur de la Santé de Maine-et-Loire.

Quelles conclusions tirer de cette étude ?

1° La région sanitaire formera une entité dont le Directeur régional de la Famille et de la Santé est responsable devant le secrétariat général à la Santé et devant le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Il est le chef régional de la Santé publique siégeant auprès du Préfet régional;

2° Il y a, dans les cadres de la Santé, pour les jeunes médecins, un débouché nouveau, une carrière et nous ne saurions trop encourager ceux que la question intéresse à suivre les cours des Instituts d'hygiène des Facultés et à obtenir le diplôme de ces Instituts ;

3° Enfin, pour la première fois, on voit la Santé publique s'organiser et se soustraire aux autorités locales. La Santé publique devient un tout et le secrétariat d'Etat dont elle dépend s'occupe enfin de toute la race depuis la mère et l'enfant jusqu'au vieillard et de la préservation de tous les fléaux qui l'assaillent.

On sent une volonté en haut lieu et cela nous change de toute la pagaie à laquelle ont assisté tous ceux d'entre nous — il y en avait malheureusement bien peu chez les médecins — qui s'intéressaient aux problèmes de la Santé nationale qui prend maintenant la première place.

Et ceci nous rappelle et nous ne craignons pas de dire que nous sommes heureux pour le pays que le fait se soit accompli, la boutade du Docteur Ichok : « Il faut un dictateur à la Santé publique ».

Dr Georges Boyé.

LA NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES CAUSES DE DÉCÈS

Il y aura bientôt cent ans qu'un statisticien français, Achille Guillard, proposa au premier Congrès international de statistique de 1853 de recenser les causes de décès et d'en établir une nomenclature. Plusieurs nations adoptèrent cette idée et s'y appliquèrent, mais chacune de son côté ; la nécessité s'imposa bientôt de réaliser l'uniformité internationale de ces statistiques isolées, dont l'utilité était de plus en plus appréciée, et qui, comme toutes les statistiques, grandissaient d'importance par leur groupement et leur standardisation. Louis-Adolphe Bertillon a le grand mérite d'avoir donné à cette idée d'Achille Guillard une forme définitive, qu'elle a conservée jusqu'à nos jours.

En 1893, à Chicago, un Congrès international se réunit : il choisit comme rapporteur Jacques Bertillon, son fils, et à très juste titre, car il fut le grand propagandiste de l'idée de son père.

En 1900, eut lieu la première révision internationale des causes de décès ; la quatrième en 1940, à La Haye. Si les procès verbaux de cette dernière assemblée ont été publiés, ils ne sont pas encore parvenus à Paris, et force nous est de nous reporter à la réunion de 1929, qui groupait, avec les délégués de 35 nations, ceux de l'Union des Croix-Rouges, de l'Institut international de statistique, de l'Office international d'hygiène publique, de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations et du Bureau international du travail. Voici le titre du recueil de ses procès verbaux :

Commission internationale pour la révision décennale des nomenclatures internationales des maladies (causes de décès, causes d'incapacité de travail) devant servir à l'établissement des statistiques nosologiques . (Classification Bertillon). Quatrième session, 16-19 octobre 1929.

***

Les difficultés qu'eurent à résoudre les Congrès successifs étaient considérables. Il fallait réaliser l'uniformité des méthodes statistiques, et celle des termes techniques. Il fallait trouver des principes fixes pour ce recensement nouveau, l'adapter à la fois aux habitudes et aux besoins de chaque nation, et en faire un instrument d'usage facile pour tous ceux qui devaient s'en servir ou y collaborer. Il fallait que la nomenclature fut assez souple pour prévoir des maladies nouvelles, pour suivre l'évolution capricieuse des connaissances médicales, et pour éviter de se compromettre avec des théories pathogéniques périssables.

A Louis-Adolphe et à Jacques Bertillon revient le mérite d'avoir compris ces nécessités et deviné ces dangers, et d'avoir formulé les règles capables d'y remédier. Ils virent bien qu'il fallait classer les maladies non point d'après leur pathogénie, qui varie selon les temps et les découvertes incessantes des savants, mais bien d'après leur siège, qui ne varie pas. Certaines maladies toutefois, sont générales, ce qui constitue d'ailleurs une notion de siège ; elles mériteraient donc

un cadre spécial, les autres étant classées d'après l'organe qu'elles frapperaient principalement. Dans les cas de maladies complexes, on retiendrait pour la statistique celle sans laquelle le décès ne serait point survenu. La nomenclature fut d'abord limitée, d'ailleurs, aux maladies susceptibles de causer la mort : cette règle a quelque peu fléchi, puisqu'on y a récemment introduit le surmenage et la simulation, qui sont sans doute des maladies, mais non des causes de décès.

***

Voici comment ont été appliqués les principes émis par L. A. Bertillon. Les causes de décès ont été classées en dix-huit rubriques, sous des chiffres romains. Ce sont les suivantes :

I. — Maladies infectieuses et transmissibles.

II. — Cancers et autres tumeurs.

III. — Maladies rhumatismales, maladies de la nutrition, des glandes endocrines, et autres maladies générales.

Ces trois premières rubriques comprennent donc des maladies ayant (autant qu'on puisse l'affirmer), une cause exogène ; des diathèses ; et des maladies contagieuses. Leur caractère commun est d'intéresser presque tous les organes. Les autres maladies sont anatomiques, au moins jusqu'au n° XIV, et sauf le n° V, qui aurait pu logiquement être rapproché des affections de cause externe :

IV. — Maladies du sang et des organes hématopoïétiques.

V. — Empoisonnements chroniques et intoxications.

VI. — Maladies du système nerveux et des organes des sens.

VII. — Maladies de l'appareil circulatoire.

VIII. — Maladies de l'appareil respiratoire (sauf tuberculose).

IX. — Maladies de l'appareil digestif.

X. — Maladies de l'appareil urinaire et de l'appareil génital.

XI. — Maladies de la grossesse, accouchement, états puerpéraux.

XII. — Maladies de la peau et du tissu cellulaire.

XIII. — Maladies des os et des organes de la locomotion.

Les trois numéros suivants sont tératologiques et évolutifs :

XIV. — Vices de conformation congénitaux.

XV. — Maladies du premier âge.

XVI. — Sénilité.

Le n° XVII comprend les morts violentes et accidentelles, avec une répartition spéciale des morts dues au travail ou à l'activité humaine, et le n° XVIII, résiduel, réunit les causes indéterminées, alibi coutumier des statisticiens.

Dans chaque groupe, des chiffres arabes désignent des variétés. Sous la rubrique VII, par exemple, on distingue les péricardites, les endocardites aiguës, les endocardites chroniques et les affections valvulaires, les myocardites, avec les calcifications et les ossifications, les maladies des coronaires et les angines de poitrine, les autres maladies du cœur, les anévrismes, l'artériosclérose, la gangrène du cœur, les autres maladies des artères, les maladies des veines, les maladies du système lymphatique, les anomalies idiopathiques de la pression sanguine, et les autres affections de l'appareil circulatoire.

On pourrait d'ailleurs, multiplier les subdivisions de ces groupes, nécessairement un peu artificiels.

A Chicago, J. Bertillon avait fait adopter trois nomenclatures : détaillée, abrégée et intermédiaire ; elles comprenaient respectivement 161, 99 et 44 titres. Les trois nomenclatures sont toujours en vigueur, et comportent aujourd'hui 155, 85 et 43 titres.

Dans les trois nomenclatures, les numéros sont toujours groupés dans les mêmes dix-huit rubriques générales, les nomenclatures intermédiaire et abrégée n'étant que la contraction de la première.

***

Les variations considérables de la systématique, le désordre, pourrait-on dire, des vocabulaires pathologiques, restaient une cause de trouble et un grand obstacle à la sympathie et à la collaboration des médecins. On a supprimé cette difficulté en établissant un répertoire alphabétique de tous les termes médicaux nationaux et internationaux désignant des maladies. Il y en a près de 5.000, dans la dernière édition du répertoire, tous rattachés au numéro correspondant de la nomenclature. L'inconvénient des synonymies disparaît.

Notons ici que les Congrès successifs ont introduit une notion nouvelle, celle des groupes d'âge. Mais elle est d'ordre administratif et statistique et ne concerne pas le Corps médical.

Telle quelle, cette nomenclature apparaît souvent aux médecins, et surtout en France, comme une construction arbitraire et d'accès difficile. Il faut remonter ce courant. Il faut montrer aux médecins et notamment aux étudiants, comment la statistique sert la santé publique. Il faut les associer à son élaboration, et notamment il faut qu'ils reçoivent, pour cette collaboration, un équitable honoraire. Car, comme l'a dit excellemment M. Huber, ancien directeur de la Statistique générale de la France, « la statistique est à la fois le juge et le guide de l'hygiéniste et du médecin ».

Ph. Dally.

LIBRES OPINIONS



Sociétés civiles de médecins

La réorganisation de la médecine dans toute la France, est liée de si près à la question économique, qu'il est impossible de faire un projet qui ne soit lui-même purement économique. Il faut admettre que la capacité de paiement des malades, en moyenne (les conditions sociales étant très rapprochées les unes des autres) est sensiblement voisine du Tarif actuel de responsabilité des Caisses d'assurances sociales.

On objectera que tous les malades ne sont pas des assurés sociaux.

Ils ne le sont peut-être pas tous à l'heure actuelle, mais ils le seront fatalement dans un avenir très rapproché, aucune garantie de paiement ne pouvant plus être donnée par les particuliers, quels qu'ils soient, s'ils n'ont pas pour subvenir à leurs besoins médicaux des Caisses d'assurance-maladie, ou des organisations mutualistes assurant les mêmes prestations que les Caisses. Dans ces conditions, on conçoit qu'il est matériellement impossible d'exercer la médecine et surtout la médecine coûteuse des spécialistes, si l'état actuel, l'organisation individualiste continuent.

Quel remède y apporter ?

Nous ne pouvons rien attendre d'un effort individuel du malade pour compléter, si peu que ce soit, le K = 6 fr. 40 du Tarif de responsabilité. Il n'y a pas de Caisses de compensation, il n'y a pas d'organisations mutuelles complémentaires ou d'assurances privées qui puissent compléter l'insuffisance du remboursement.

On doit admettre en principe, que les études critiques de la Médecine conduisent toutes à des actes obligatoires, qui s'imposaient déjà depuis 1931, en raison des conditions économiques de l'Europe, et qui deviennent encore plus certaines depuis que la position de la France s'est trouvée singulièrement abaissée :

1° Le nombre des médecins devra être limité, au moins par la limitation du recrutement dans les Ecoles de médecine au début et même à la fin des études ;

2° La répartition des postes médicaux devra être faite d'autorité, par les Pouvoirs publics, après avis du Conseil de l'Ordre départemental, qui pourra s'entourer de tous les renseignements donnés par les communes ;

3° La spécialisation des médecins sera sanctionnée par le Conseil de l'Ordre, qui jugera sur titres et fixera également le nombre et le siège des postes de spécialistes.

4° Les tarifs seront établis par les Conseils de l'Ordre et le Conseil supérieur seul, décidera s'il y a lieu de fixer plusieurs catégories de tarifs.

Ces tarifs comprendront non seulement les actes médicaux, mais les frais d'hospitalisation, tant dans les cliniques privées que dans les établissements publics.

Etude critique des propositions d'organisation faites jusqu'à ce jour :

Le grand thème politique et social dont on a menacé le Corps médical depuis la guerre 1914-1918, c'est la socialisation, la fonctionnarisation de la médecine.

Tous les médecins deviendraient des employés des communes, des départements ou de l'Etat, moyennant un salaire fixe qui varierait suivant l'ancienneté et probablement aussi selon l'importance des régions.

Ce projet réalisable pour la médecine administrative, en particulier pour l'organisation de l'hygiène, n'est pas viable en ce qui concerne la médecine proprement dite, c'est-à-dire la visite imprévue, urgente, au domicile d'un malade, l'intervention de nuit ou des jours fériés, la garde perpétuelle sans trève, et sans vacances annuelles.

On peut objecter que cette médecine générale avec ses urgences et ses déplacements nocturnes a déjà été instituée dans la médecine militaire et que deux guerres en vingt-cinq ans nous ont montré ce que l'on était arrivé à faire pour soigner les blessés.

Il est trop facile de répondre à cela que la médecine militaire, en temps de paix, s'adresse essentiellement à l'élite sanitaire de la nation, que la liberté du malade est nulle, et que d'une façon générale, depuis 1880, cette médecine n'a pas eu dans le grand public, une heureuse réputation.

Une organisation dont nous avons l'expérience est celle des hôpitaux ; elle a le défaut de n'intéresser que les grandes spécialités, c'est-à-dire la grande chirurgie et la radiologie coûteuse. Elle était d'ailleurs basée sur un principe qui ne pourrait plus être admis aujourd'hui : le médecin n'était pas rémunéré. En outre, cette organisation a fait ses preuves comme gaspillage des énergies et des deniers publics.

L'organisation des hôpitaux publics en cliniques médico-chirurgicales payantes créées soit

disant pour la clientèle qui ne pouvait pas faire les frais d'une clinique privée, et qui, d'autre part, n'était pas indigente, a donné lieu à de tels abus, à de telles concurrences d'intérêt dont la collectivité a fait tous les frais, qu'il n'y a pas lieu de recommencer de telles expériences.

Les Caisses d'assurances sociales ont essayé de créer des organisations qui, de la médecine ont fait un commerce destiné à donner des bénéfices ; tous les apparents succès au point de vue économique ont été réalisés au détriment des soins et si les administrateurs de ces organisations ont pu manifester leur joie d'avoir réussi, on a oublié de demander l'avis des administrés, c'est-à-dire des assurés sociaux.

En résumé, lorsque les puissantes Caisses d'assurances sociales ont voulu créer des hôpitaux, où les médecins auraient un rôle d'employé subalterne, sans droits et sans initiative, on doit bien avouer que cela a répondu au mouvement anarchique qui a sévi dans toute la France et qui a eu son apogée en 1936.

Il en est de même pour les organisations faites par les Compagnies d'assurances sur les accidents du travail et pour toutes les Caisses de Secours mutuels. Toujours on est parti d'un principe faux : assurer tout pour une prime minime. Quand il s'est agi de payer de petits risques, les sociétés se sont fait une gloire de les payer sans même les contrôler, mais quand il s'est agi des grands risques, tout le fatras des règlements est intervenu pour ne pas payer. Et la loi des Assurances sociales, elle-même, qui aurait dû être la plus grande loi sociale des temps modernes est partie de ce principe faux : qu'on payait sans discuter les maladies de moins de quinze jours et qu'on n'assistait plus les maladies de plus de six mois.

Or, il est évident qu'une maladie de quinze jours même survenant chez le chef de famille n'apporte pas une grande perturbation dans l'économie domestique, alors qu'une maladie de six mois apporte la ruine.

Là encore tout est à refaire.

Trouvons-nous une ébauche d'organisation dans tout ce qui a été créé par les médecins eux-mêmes ? — Il faut bien avouer que non ! — L'individualisme a joué en médecine surtout un rôle néfaste du fait que la profession comporte malgré tout une action individuelle primordiale et disons-le, un caractère d'augure que les meilleurs esprits combattent fort difficilement. Il y a cependant des essais de policliniques, des Associations de médecins aux spécialités diverses groupés même avec des médecins de médecine générale, mais ces essais n'ont pas été poussés à fond au point de vue économique, et ont été soupçonnés tous de compérage pour le plus grand dommage de l'art médical.

Mais surtout la question primordiale, le grand principe à ne jamais perdre de vue, c'est que nul en ce monde ne produit un effort quelconque s'il n'y est rigoureusement intéressé. On s'en est aperçu depuis longtemps dans l'industrie, le commerce, et même pendant la guerre de 1914, et depuis toujours que le travail « aux pièces » et les primes de « bon rendement » ont seuls produit les résultats attendus.

En conséquence, à moins de mettre « aux pièces » tous les fonctionnaires, il devient absolument impossible de fonctionnariser la médecine. Il ne reste donc plus qu'un moyen c'est de remettre aux mains des médecins toute l'organisation de la médecine en les payant dans la proportion où ils rendront de réels services à la collectivité.

Cette organisation n'est pas impossible. Elle a d'ailleurs pour elle des expériences faites dans des pays plus neufs, notamment aux Etats-Unis, et la Clinique des frères Mayo à Rochester est un modèle qui, sans être applicable à la lettre en France, peut donner de précieux renseignements. Mais déjà nous dégageons deux principes qui s'imposent aujourd'hui :

1° Le prix de la médecine doit être réduit dans toute la mesure du possible ;

2° Tous les médecins doivent être strictement intéressés au bon fonctionnement d'une organisation dont ils feront partie obligatoirement et voici en prenant un exemple concret le modèle d'une de ces organisations dont le nombre sera exactement proportionné au nombre des médecins nécessaires à chaque département ou à chaque région.

Dans un département comprenant de petites villes de moyenne importance, assez éloignées les unes des autres, il y aura dans chacune de ces villes, au moins une Maison médicale qui groupera toutes les pièces nécessaires à l'exercice de toutes les spécialités et du Laboratoire, qui, d'autre part groupera toute la section hospitalière proportionnée à la population de la petite ville et de son voisinage immédiat. Ces locaux seront la propriété de tous les médecins qui se rattacheront dès le début de l'exercice de leur profession à une de ces organisations et le Conseil de l'Ordre des médecins sera administrateur responsable de ces biens, meubles et immeubles nécessaires à l'exercice de la médecine. En particulier, son administration consistera au début à choisir les immeubles les mieux préparés à l'exercice de la médecine, à les aménager et à les perfectionner. Dans la suite, ce sera un véritable Conseil médical désintéressé qui répondra aux demandes de perfectionnement, d'installation d'appareils nouveaux et surtout de méthodes nouvelles formulées par les particuliers. Mieux encore, il sera le noyau d'une Société savante régionale groupant régulièrement les observations des praticiens.

Le prototype de l'organisation sera celui d'une

ville de 10.000 habitants ayant dans son rayon 20 à 30.000 habitants dispersés dans de plus petites communes.

Pour ces 30 à 40.000 habitants, il suffit d'un chirurgien, d'un oto-rhino-laryngologiste, d'un ophtalmologiste et d'un électro-radiologiste. Tous les médecins de médecine générale de cette agglomération seront obligatoirement rattachés à ce groupement.

Ces médecins étant au maximum de 25, cela nous fait un groupe de 30 médecins qui va constituer avec quelques variantes l'unité primordiale de la nouvelle organisation médicale. Ce sont ces 30 médecins qui doivent être les propriétaires exclusifs de tous meubles et immeubles concernant l'exercice complet de la médecine. Naturellement, leur part sera proportionnée à leurs apports, mais tous auront un intérêt direct à la bonne marche de l'organisation.

Disons tout de suite que le Conseil d'administration de cette Société civile ne sera autre que le Conseil de l'Ordre départemental ou régional, lequel pourra toujours nommer un administrateur délégué pour une ou plusieurs de ces formations.

Ce sera pour lui une besogne relativement aisée de surveiller un groupement bien organisé où tout se fera au grand jour avec des écritures témoins de tous les actes médicaux, sans pour cela violer le secret professionnel, avec des chefs responsables capables de justifier immédiatement toute l'activité du groupement. Au contraire, un Conseil de l'Ordre qui se trouvera avoir à surveiller quelques centaines de médecins complètement isolés, serait complètement désarmé comme on l'a vu dans d'autres carrières libérales. Même dans les cas graves, les sanctions du Conseil seraient inopérantes contre les médecins indépendants, alors que, dans un groupement elles seraient immédiates.

Tout malade envoyé à cette clinique pour y recevoir des soins spéciaux ou pour établir un diagnostic spécial reste, dans cette clinique, le client de son médecin de médecine générale, celui qu'il est allé consulter le premier, son médecin de famille comme on disait autrefois.

Les sommes recouvrées à l'occasion des soins spéciaux donnés à la clinique seront partagées de la façon suivante : honoraires du spécialiste : suivant le tarif établi ; honoraires du médecin de médecine générale : également suivant le tarif établi et unique dans toute la France, rémunérant les déplacements et le service particulier rendu dans les urgences. De plus, les sommes recouvrées devront entrer dans un compte de frais généraux et d'amortissement et constituer d'autre part, un bénéfice net qui sera destiné aux améliorations perpétuelles de la clinique, par des achats de nouveaux appareils ou de dispositions meilleures des locaux, mais qui sera aussi destiné à répartir entre tous les médecins du groupe une certaine somme annuelle proportionnellement à leurs apports.

On voit tout de suite que l'histoire fâcheuse de la dichotomie disparaît, que toute surenchère malhonnête est impossible et que, pour les jeunes médecins, l'entrée dans une carrière de spécialiste est singulièrement favorisée puisqu'il leur suffit de racheter pas même le capital engagé par leur prédécesseur, mais simplement le droit d'exercer à sa place avec rachat progressif des parts.

La conservation des parts par le médecin devenu vieux ou en cas de malheur par sa veuve constituera la retraite tant cherchée.

La seule originalité d'une telle organisation médicale, c'est de n'avoir pour porteurs de parts que des médecins. Il est absolument indispensable que seuls, les médecins organisent la médecine et même l'hygiène publique.

Evidemment, les organisations hospitalières existant déjà, vont être le gros écueil d'une semblable réforme, mais si le Conseil de l'Ordre des médecins, Conseil d'administration de leurs organisations, a immédiatement une action prépondérante dans les directives générales des hôpitaux, la solution est possible dans un avenir très rapproché. D'ailleurs, il faut bien se dire que les positions acquises ne peuvent pas être détruites brutalement même dans une catastrophe comme celle que subit la France et le respect du passé est encore le meilleur gage de l'avenir.

Ce plan doit être étudié actuellement par les Pouvoirs publics en premier lieu, par les anciennes autorités syndicales qui, si elles n'ont plus le droit de se grouper, ont quand même le droit de donner leur avis, par les Caisses d'assurances sociales et surtout les Caisses mutualistes, par les grandes Compagnies d'assurances sur les accidents du travail. Enfin, par les grands constructeurs d'appareils.

En conclusion, j'adresse un appel solennel aux médecins ; certainement, les obstacles à une organisation nouvelle ne viendront pas des Pouvoirs publics.

Que les médecins présentent un plan viable ayant pour but très net de faire de la médecine parfaite au moindre prix et toutes les autorisations de se grouper leur seront données. Sans groupement, il n'y a pas de salut.

Dr Blairon (Charleville).

Variétés

HISTOIRE DE LA PALÉONTOLOGIE

Boucher de Perthes et ses précurseurs

L'existence de l'homme fossile n'est plus depuis longtemps discutée. Si, à la rigueur la date d'origine des outils paléolithiques et néolithiques et celle des dessins, découverts dans de nombreuses cavernes, pouvait être discutée, l'exhumation d'ossements tels que les crânes du vieillard de Cro-Magnon, de Néanderthal et des squelettes complets comme celui de la Chapelle-aux-Saints, ne permettait plus aucun doute. Depuis ces dernières années les découvertes se sont tellement répétées en Insulinde (Pithe canthropus erectus) en Chine (Sinecanthropus pekinensis), en Australie (Australopithecanthropus), en Afrique du Sud (Homoprémigenius Rhodesiensis), etc., que la question n'est plus à l'ordre du jour et que l'on se borne à élaborer une nomenclature anthropologique rationnelle, permettant d'établir une chaîne ininterrompue entre les anthropoïdes et l'homo sapiens de notre époque.

Mais l'on n'est pas arrivé sans lutte à faire admettre l'existence de l'homme fossile. M. Auguste Lumière, dans son livre : Les fossoyeurs du Progrès (1), résume l'histoire des débuts de la Paléontologie humaine dans un chapitre consacré à Boucher de Perthes et ses précurseurs.

M. Auguste Lumière emprunte sa documentation à un ouvrage très suggestif de Victor Meunier : *Les ancêtres d'Adam, Histoire de l'homme fossile*, publiée en 1900.

L'auteur définit d'abord un principe, c'est que « l'autorité scientifique d'une époque n'est autre que la tyrannie des positions influentes ». Nous allons voir comment une opinion *a priori* de Cuvier, sur l'existence de l'homme fossile, retarda systématiquement d'un siècle l'admission d'une vérité, l'antiquité biologique de l'homme.

Nombreux sont cependant les savants qui, à la fin du XVIII[e] siècle et au XIX[e] siècle, firent à ce sujet de typiques observations. En 1774 Esper, dans la Caverne de Gayleureuth en Franconie, découvrit des fragments de squelettes humains mélangés à des ossements d'autres mammifères. En 1799, l'archéologue John Frère, mit à jour à Hoxne (Suffolk) des silex taillés parmi des restes d'animaux actuellement disparus. En 1823, le D[r] A. Boue explorant le Loess de Lahr sur la rive droite du Rhin, en retira la moitié d'un squelette humain, bien conservé, qui fut envoyé au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Les géologues d'alors le reléguèrent dans un grenier croyant avoir affaire à l'exhumation provenant d'un cimetière. Plus de vingt ans après, les publications de Boucher de Perthes réveillèrent le souvenir de cet envoi qui fut découvert par Gratiolet dans les combles du Muséum. En 1823, Chahay, de Louvain, à Hocht en Belgique, le Comte Breuner en Autriche, Tournal en 1826 dans la Caverne de Bize (Aude), firent des trouvailles analogues, Cuvier n'y ajouta aucune importance.

Il en fut de même pour les résultats des explorations de Christol, de Schmerling (Cavernes d'Engis, province de Liège, 1839), de Joly, de Toulouse, de Max Enery dans le Devonshire, et plus tard de Godwin-Oston, Henik, puis de Lund au Brésil, Aymard au Puy-en-Velay, Dickeson sur une rive du Mississipi. Cuvier et ses élèves repoussaient comme n'étant pas fossiles tout ce qui provenait d'une caverne.

Jacques Boucher, de Crèvecœur-de-Perthes (1788-1868), né à Rethel, secrétaire de son père qui était directeur des douanes à Abbeville, consacra les loisirs que lui laissaient ses fonctions, à la littérature et à la science. Les terrassements, effectués à Abbeville, lui permirent de recueillir un grand nombre de silex taillés au milieu d'ossements d'animaux d'espèces aujourd'hui disparues. En 1842, il adressa à l'Académie des Sciences une communication, accompagnée de spécimens des silex. Pendant seize ans, il se heurta à l'hostilité des géologues. La cabale académique fut telle que l'éditeur du livre de Boucher de Perthes sur l'homme fossile préféra détruire le volume qu'il avait fait imprimer à 3.000 exemplaires.

Mais Boucher de Perthes ne s'était pas découragé. Des découvertes analogues aux siennes furent faites dans le monde entier. Les académiciens en vinrent à chercher à diminuer l'importance de sa découverte en prétendant qu'elle ravalait l'être humain.

Aujourd'hui, le dernier argument de l'Académie des Sciences tombe devant les faits :

« Nous croirons, disaient les académiciens, à l'œuvre, quand on nous aura montré l'ouvrier : on trouve des restes de mammifères, si l'homme existait alors, montrez-nous ses os ».

Depuis longtemps la Préhistoire a répondu à cette objection.

J. NOIR.

(1) Lyon. Imprimerie Léon Sézanne, 75, rue de la Buire, 1941.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et C[ie], Clermont (Oise)

Assurances sociales. Conventions et agréments des cliniques de soins. — Seules actuellement sont ouvertes les cliniques suivantes : clinique du Docteur Duchein, 21, rue Jean-Jaurès, à Sedan ; clinique du Docteur Bocquentin, 2, rue de Montjoli, Charleville.

Le Comité d'entente des caisses ayant accepté la proposition de la commission mixte demandée par le Conseil de l'Ordre, font partie de cette commission MM. Divoy (caisse n° 1), Devaux (caisse n° 8), Bourdon (caisse n° 18), Flandre (caisse n° 30), MM. les Docteurs : Baudoin, Rozoy, Vassal, Tilman.

Rappel de médecins. — Le Conseil de l'Ordre, à la demande des autorités allemandes, transmise par l'intermédiaire de M. le Médecin inspecteur de la Santé, a remis une liste des communes où le retour des médecins serait désirable et a demandé le rappel de ces médecins.

Un certain nombre d'entre eux, ayant été avisés de cette demande, ont cru devoir se mettre en route immédiatement et n'ont pu passer l'Aisne. Il est regrettable qu'ils n'aient pas attendu les dispositions prises pour leur passage par l'autorité allemande. Une nouvelle démarche sera faite à ce sujet.

Médecins militaires à la retraite. — Le secrétaire demandera au Conseil national de l'Ordre des instructions au sujet des médecins militaires à la retraite, c'est-à-dire, retraités à la limite d'âge régulière de leur grade, qui en principe ne doivent pas être autorisés à exercer.

RÉUNION DU 17 JUIN 1941

Aides aux médecins rappelés dans les régions déshéritées. — Le Conseil s'associe au vœu de la Meuse demandant au Conseil supérieur qu'un organisme analogue à celui des régions libérées en 1919 vienne suppléer les municipalités déficientes, en ce qui concerne les subventions à accorder aux médecins installés ou devant s'installer dans les régions déshéritées dépourvues de médecins.

Retour des familles des médecins dans les Ardennes. — M. le Médecin inspecteur de la Santé, Préfecture de Mézières, désirant établir la liste des médecins demandant le retour de leur famille, les confrères sont priés de lui envoyer les renseignements suivants pour chacun des membres de leur famille :

Noms, prénoms, date et lieu de naissance, lieu de repli, le numéro de la carte d'identité, la date de sa délivrance et l'autorité qui l'a délivrée.

Ne peuvent rentrer que les parents directs et enfants de plus ou moins de 15 ans.

Inutile de demander le retour de domestiques ou de toute autre personne que les membres de la famille vivant en commun.

Comité d'organisation des Industries et du Commerce des Produits pharmaceutiques

2, Square de Luynes, Paris (VIIe)

DÉCISION N° 2

Le Comité, considérant que les produits pharmaceutiques spécialisés qui n'étaient pas en vente le 1er septembre 1939, ne peuvent être mis en vente sans que le Comité ait été saisi d'une demande préalable d'homologation du prix de vente à transmettre au Comité central des prix, conformément à la loi du 21 octobre 1940 modifiant, complétant et codifiant la législation sur les prix ;

Constatant que cette prescription n'est pas toujours observée et que des demandes d'homologation de prix sont parfois présentées alors que les produits sont déjà en vente et que de la publicité a été faite pour ces produits ; que ces mises en vente et cette publicité sont parfois le fait d'entreprises créées, étendues ou transférées sans qu'ait été obtenue l'autorisation exigée par le décret du 9 septembre 1939 et l'arrêté du 22 avril 1940 ;

Considérant que des délais qui peuvent être très longs sont imposés pour l'examen des demandes d'homologation de prix par les Services officiels ;

Considérant que la situation actuelle des approvisionnements en matières premières et articles de conditionnement ne permet pas de laisser immobiliser ces produits dans des conditions qui risquent d'entraîner leur détérioration ou leur perte, alors qu'ils seraient nécessaires à la fabrication et à la distribution d'autres médicaments ;

Considérant qu'il est nécessaire de prévenir les dommages résultant de cet état de choses et de mettre en garde les intéressés contre l'irrégularité de certains errements passibles de sanctions sévères ;

Considérant que la pénurie de certaines matières premières peut exiger que des mesures soient prises pour les réserver à des utilisations thérapeutiques déterminées ; que le Comité d'organisation doit être mis en mesure de connaître à l'avance les programmes d'utilisation de matières premières se rapportant aux nouvelles fabrications et d'en saisir éventuellement le Secrétariat général de la Santé et le Secrétariat d'Etat à la production industrielle ;

DÉCIDE :

L'attention des laboratoires, façonniers, maisons de droguerie et, d'une manière générale, des pharmaciens, est attirée de nouveau sur les prescriptions de la loi du 21 octobre 1940, ainsi que sur celles du décret du 9 septembre 1939 et de l'arrêté du 22 avril 1940.

Il est précisé que le Comité doit être avisé de toute création de produit pharmaceutique spécialisé, non seulement par la remise de la demande d'homologation du prix de vente, mais encore par une déclaration préalable à la mise en fabrication, celle-ci ne pouvant être entreprise qu'après accord du Comité en ce qui concerne la mise en œuvre des matières premières.

Une révision sera établie pour tous les produits pharmaceutiques spécialisés actuellement en vente ou simplement en fabrication et qui rentrent dans la catégorie des produits nouveaux au sens de la loi du 21 octobre 1940 (c'est-à-dire créés postérieurement au 1er septembre 1939). Ces produits devront être déclarés au Comité d'organisation avant le 15 juillet 1941, faute de quoi leurs fabricants s'exposeraient à ne pas bénéficier des répartitions de matières premières ou articles de conditionnement.

La présente décision étant un règlement établi au titre de l'article 2, alinéa 4, de la loi du 16 août 1940, elle a un caractère obligatoire et les infractions à ses prescriptions peuvent être sanctionnées dans les conditions de l'article 7 de ladite loi.

Paris, le 15 juin 1941

Le Président responsable,

Maurice LEPRINCE.



ÉCHOS & COMMENTAIRES

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ORDRE. — STATUT DES HÔPITAUX — TABLEAU DE L'ORDRE ET CHIRURGIENS-DENTISTES — NUMERUS CLAUSUS — LA VALIDITÉ DES PRÉSENTATIONS A LA CLIENTÈLE

Bien qu'il nous soit encore impossible de faire une analyse complète du règlement intérieur de l'Ordre, nous sommes en mesure d'indiquer dès maintenant les règles essentielles de la procédure disciplinaire.

Il précise tout d'abord les attributions respectives des Conseils départementaux et du Conseil supérieur, telles qu'elles découlent des principes posés par la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins. Il organise le bureau de chaque Conseil, et détermine les fonctions de chacun de ses membres.

Mais surtout, et c'est là le point principal, il s'étend longuement sur les attributions disciplinaires de l'Ordre.

Les Conseils départementaux ont compétence pour juger les praticiens inscrits à leur tableau, en cas :

— de manquements à la déontologie ou aux prescriptions de l'Ordre ;

— de conflits ou de difficultés professionnels entre médecins ;

— d'infractions aux lois sociales.

Le règlement intérieur organise enfin la procédure à suivre. Le Président du Conseil départemental saisi d'une plainte, désigne parmi les membres du Conseil un rapporteur qui instruit le dossier contradictoirement.

Les droits de la défense sont entièrement respectés : le médecin poursuivi peut en effet se faire assister soit d'un confrère, soit d'un avocat : Communication du dossier d'instruction lui est faite avant l'audience. La défense a toujours la parole en dernier.

La décision rendue par le Conseil départemental doit être motivée. Opposition peut y être faite dans les quinze jours de sa signification, et appel dans le mois. L'appel est suspensif.

Le Conseil supérieur statue comme Chambre disciplinaire de second degré dans les mêmes formes. Les décisions rendues par le Conseil supérieur sont susceptibles, pour excès de pouvoir, de pourvoi devant le Conseil d'Etat dans les deux mois de leur signification.

En matière de médecine sociale, les Conseils de l'Ordre peuvent, sur plainte des organismes compétents, déférer devant eux tout praticien convaincu d'avoir enfreint les prescriptions des lois sociales. Après instruction par un rapporteur, l'accusation est soutenue à l'audience par un membre du contrôle technique, après que l'organisme plaignant ait présenté ses observations verbales. La décision est rendue dans les mêmes formes qu'en matière disciplinaire ordinaire.

Nous nous plaisons à reconnaître que les dispositions de ce réglement, si elles sont conformes aux renseignements qui nous ont été communiqués, nous paraissent heureuses.

Félicitons le Conseil supérieur d'avoir su cette fois

ci s'entourer des compétences juridiques qui lui étaient nécessaires.

***

Un projet de statut des hôpitaux est à l'étude. Il tendra à organiser le régime hospitalier dans le cadre de la région, en tenant compte de la réforme apportée par le décret-loi du 29 juillet 1939 et de la loi du 15 octobre 1940 instituant les directeurs régionaux à la Santé.

L'initiative et l'activité des Commissions administratives seraient soumises au contrôle du préfet et du directeur régional à la Santé.

Les nominations des médecins et des chirurgiens des hôpitaux publics seraient dorénavant faites uniquement par voie de concours. Les indigents n'ayant pas le libre choix doivent être assurés de trouver dans les hôpitaux une organisation moderne et des praticiens confirmés.

***

L'article 1er de la loi du 26 mai 1941, modifiant et complétant les lois des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, spécifie que nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire :

— s'il n'est régulièrement diplômé ;

— s'il ne remplit les conditions de nationalité imposées par la loi du 16 août 1940 ;

— s'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Très bien pour ce qui est des médecins. Quant aux chirurgiens dentistes, il s'agit là bien évidemment d'une erreur, car s'ils doivent remplir les deux premières conditions, il n'a jamais été dans l'intention du législateur de les incorporer à l'Ordre des médecins. *Le Journal Officiel* fera d'ailleurs paraître prochainement un rectificatif sur ce point.

Le rédacteur de la loi n'aurait-il vraiment pas pu s'apercevoir de cette inconséquence avant sa publication ?

***

Le pourcentage des médecins israélites admis à exercer leur art paraît devoir être définitivement fixé dans chaque département à 2 % des médecins aryens régulièrement inscrits au Tableau. Priorité serait accordée aux praticiens israélites pouvant exciper de titres militaires. En outre, pourraient être autorisés par décision spéciale certains praticiens ayant rendu à la France des services exceptionnels.

Les médecins touchés par l'application de cette mesure, seraient radiés d'office du Tableau de l'Ordre, dans un délai qui serait probablement de six mois à dater du jour où l'interdiction leur aurait été notifiée.

***

Nous avons exposé, il y a quelques mois, à nos lecteurs, l'arrêt de la Cour de Cassation en date du 20 août 1940 qui avait reconnu la validité de l'engagement pris par un médecin de ne pas exercer son art dans un lieu et pendant un temps déterminé.

L'affaire ayant été renvoyée devant la Cour d'Angers, celle-ci, statuant en audience solennelle,

rendit le 11 juin dernier un arrêt fort intéressant en matière de cession de clientèle.

Si la cession de clientèle doit être déclarée nulle, a dit la Cour, ce n'est point parce qu'elle menace le libre-choix du médecin par le malade ou est contraire à l'intérêt social, c'est uniquement parce qu'elle repose sur la confiance des clients et que cette confiance est incessible et hors commerce.

Ce motif de nullité, continue la Cour, ne se retrouve pas dans un contrat fondé sur une interdiction de se rétablir, car le médecin qui en fait l'objet ne cède rien et ne dispose que de sa propre activité. Une telle convention ne porte nulle atteinte à l'ordre public.

Il est assez piquant de constater qu'au moment où la jurisprudence reconnaît la validité juridique et morale des « présentations à la clientèle » le Conseil supérieur veuille les mettre hors la loi, ou plutôt, « hors la déontologie ». (V. *Bulletin* nº 2, page 82). Les conventions particulières ne seraient « tolérées » que jusqu'à la réalisation de la retraite. A partir de ce moment, les postes appartiendraient à l'Ordre.

Nous nous permettons de faire quelques réserves sur la validité de cette « intolérance » future. L'Ordre serait-il vraiment fondé à interdire des conventions qui ne contreviennent en aucune manière à la moralité ?



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Accidents du travail résultant de faits de guerre

Diverses lois de circonstance sont intervenues depuis l'ouverture des hostilités pour régler le cas des accidents du travail résultant de faits de guerre.

Les deux textes fondamentaux sont ceux du décret-loi du 24 avril 1940 et de la loi du 24 octobre 1940 abrogeant ce dernier.

L'article 1er de la loi stipule que la réparation des accidents du travail résultant directement de faits de guerre étrangère, survenus depuis le 3 septembre 1939, s'effectue conformément aux dispositions de la loi du 9 avril 1898, sous réserve de l'application des dispositions de la présente loi.

Toutes les indemnités, prestations et rentes fixées et calculées conformément à la législation sur les accidents du travail, sont remboursées au débiteur par un fonds spécial de solidarité des employeurs.

La définition donnée par cet article de son champ d'application paraît donc assez restrictive, puisqu'il faut que l'accident résulte directement de faits de guerre.

Le décret-loi du 24 avril 1940 considérait

comme résultant de faits de guerre, les accidents causés soit par l'action de l'ennemi, soit par la défense active contre l'ennemi.

Le cas que vous nous avez exposé par téléphone ne semble guère pouvoir être rangé dans cette catégorie, car l'accident survenu ne paraît avoir qu'un lien extrêmement indirect avec les opérations militaires.

Toutefois, pour ne pas laisser forclore, vos droits éventuels à l'égard du fonds de solidarité, nous vous conseillons de remplir les formalités prévues par la loi du 24 octobre, précitée.

D'après l'article 2 de cette loi, l'employeur doit sauf cas fortuit ou de force majeure, adresser au fonds de solidarité, dans le délai de dix jours à dater de l'accident, une copie conforme de la déclaration remise au maire et une copie conforme du certificat délivré par le médecin.

Le fonds de solidarité est placé sous l'autorité du ministre secrétaire d'Etat à la production industrielle et au travail. C'est donc à ce ministère qu'il y a lieu d'adresser cette déclaration, par lettre recommandée avec avis de réception.

Vous devrez fournir ultérieurement tous les renseignements qui vous seront demandés par le fonds de solidarité, et transmettre à ce dernier, dans les 48 heures, tous avis, lettres, citations, convocations, sommations, significations relatives au sinistre.

Mais en réalité, l'accident survenu à votre domestique nous paraît relever de la loi du 24 juin 1919 sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre.

Les dispositions de cette loi ont été étendues, en effet, par l'article 1er de la loi du 9 septembre 1939 aux mêmes catégories de victimes de la guerre actuelle.

D'après l'article 1er de la loi du 24 juin 1919, tout Français ne se trouvant pas dans une situation à laquelle s'applique la loi du 31 mars 1919 sur les pensions des armées de terre et de l'air, et qui, par suite d'un fait de guerre survenu entre l'ouverture des hostilités et l'expiration du délai d'un an à dater du décret fixant la cessation des hostilités, aura, dans les circonstances prévues par l'art. 2, reçu une blessure ou contracté une maladie ayant entraîné une infirmité, aura droit à une pension définitive ou temporaire.

Aux termes de son article 2, sont réputées causées par des faits de guerre, «... les blessures ou la mort provoquées, même après la fin des opérations militaires, par des explosions de projectiles, des éboulements et tous autres accidents pouvant se rattacher aux événements de la guerre par suite de l'état des lieux ». C'est évidemment le cas dans lequel nous nous trouvons en l'espèce.

La seule réserve à l'attribution des prestations est posée par l'article 2, dernier alinéa : « Lorsque la blessure, la maladie ou la mort seront dues à une faute inexcusable de la part de la victime, elles ne donneront droit à aucune indemnité ».

Dans ce même cas d'ailleurs, votre responsabilité se trouverait entièrement dégagée puisque, comme vous ne l'ignorez sans doute pas, la loi sur le risque professionnel décharge le patron

des conséquences des accidents lorsque l'accidenté a commis une faute de cette nature.

Sommes-nous dans un cas de ce genre ? La question peut se discuter. Mais la jurisprudence a tendance à n'admettre comme inexcusables que des fautes d'une extrême gravité, voisines du dol et des accidents volontaires.

Pour avoir droit au bénéfice de la loi du 24 juin 1919, l'intéressé devra se mettre en instance auprès du ministre de la guerre, dans l'année qui suivra l'accident. Les demandes sont dispensées de timbre et d'enregistrement.

Les décisions qui les concernent sont passibles des mêmes recours que celles concernant les pensionnés militaires.

ALLOCATIONS FAMILIALES

3429. — Dispense de cotisations de compensation des allocations familiales

Je vous prie de me donner le renseignement suivant au sujet des allocations familiales des professions libérales.

J'ai versé 170 francs en janvier 1941 pour droits d'entrée, cotisation fixe annuelle et fonds de roulement.

J'ai déclaré au contrôleur un bénéfice professionnel de 2.407 francs pour 1940. J'ai envoyé à la Caisse l'attestation du Contrôleur.

J'ai déclaré pour 1939, un bénéfice de 9.900 francs.

J'ai exercé la médecine en 1939 et jusqu'en mai 1940.

Je reçois un compte de cotisation pour 1940 s'élevant à 306 francs.

Je vous prie de me faire savoir si je dois être exonéré de cette cotisation en raison de ce que mes recettes de 1940 ne se sont élevées qu'à 2.407 francs.

Dr M.

Réponse

Aux termes de l'arrêté ministériel du 1er novembre 1940, sont dispensés de toute cotisation de compensation, les « travailleurs indépendants qui justifient que pendant l'année antérieure leur revenu professionnel net a été inférieur à 50 % du salaire moyen départemental applicable au lieu de leur domicile ».

Pour les cotisations de compensation exigibles en 1940, il faut donc prendre comme référence les revenus professionnels de l'année 1939. Or, en 1939 vos revenus étaient supérieurs à la moitié du salaire départemental. Vous devez donc les cotisations de compensation.

Par contre, pour les cotisations de l'année 1941, il faut se référer à vos revenus professionnels de 1940. Ces derniers étant inférieurs à 6.000 francs, vous devez être pour cette année dispensé du paiement des cotisations de compensation.

APLPICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Assurances sociales*

2.977. — Interventions concomitantes

Ayant prodigué mes soins à une « Assistance médicale gratuite, Assurances sociales » victime d'un accident (chute sur le nez) ayant entraîné une fracture ouverte des os propres du nez).

J'ai pratiqué à cette malade :
1° Une injection de sérum antitétanique par la méthode de Besredka ;
2° Une réduction de sa cloison par voie endonasale ;
3° Un nettoyage de la plaie avec esquillectomie, trois points de suture et drainage par mèche.

Que dois-je marquer sur la feuille d'Assistance médicale gratuite, Assurances sociales ? et dois-je compter en supplément les pansements faits les jours suivants.

Pourriez-vous m'indiquer par la même occasion les prix de remboursements des Assistance médicale gratuite et Assurances sociales. La préfecture m'a dit d'appliquer le tarif de l'article 64, mais ce tarif ne comporte pas toujours la tarification (comme dans le présent cas).

Quel est le prix de la visite et de la consultation pour les Assistance médicale gratuite et Assurances sociales ?

Réponse

Voir la nomenclature de pratique médicale courante :

a) Observations générales : En cas de plusieurs actes concomitants, on en compte un au tarif complet et un autre avec réduction de 50 %. On ne peut compter plus de deux actes ;

b) Pour votre « réduction de la cloison du nez » vous pourriez compter K.8 par analogie avec « fracture récente du nez : redressement ».

Pour le Besredka, vous devez compter PC 2 ;

c) Pas de pansements à compter pendant vingt jours.

d) Le tarif pour les assurés assistés est le tarif de responsabilité (pas le tarif de remboursement) de la Caisse d'Assurances sociales intéressée. Il varie donc avec chaque Caisse ou plutôt chaque département car, le plus souvent, mais pas toujours, le tarif est le même pour l'ensemble des Caisses d'un même département.

Dr F. DECOURT.

2.740. — Réduction d'une luxation congénitale de la hanche en plusieurs temps

L'Ordre vient d'être chargé du contrôle technique des Caisses d'Assurances sociales. Des questions qui nous intéressent se posent et j'ai recours à vous pour avoir un avis.

Un chirurgien entreprend la réduction d'une luxation congénitale de la hanche en trois temps : 1° déposition ; 2° reposition ; 3° position définitive.

A chaque intervention sous anesthésie générale est appliqué sur la feuille-maladie le K 60 de l'intervention + K 30, soit K 90 qui sera répété trois fois, c'est-à-dire K 90 × 3 = K 270 pour la totalité.

Qu'en pensez-vous ? Le barême de la Confédération portait K 60 = traitement complet. Les repositions intermédiaires sont-elles un traitement complet ?

Dr D.

Réponse

On lit en K.60 : « CHI. Membres : Luxation congénitale de la hanche, unilatérale : traitement complet ».

Dans ces conditions, étant donné qu'on a inscrit spécialement pour cette rubrique « Traitement complet » (et non dans les autres cas), il m'apparaît que le prix marqué comprendrait

l'ensemble du traitement, que celui-ci soit effectué en un seul temps ou en plusieurs temps.

Et cependant, qu'il me soit permis de penser (en dehors de la lettre du Tarif) que cette intervention est beaucoup plus difficile, au point de vue technique et à tous autres, qu'une réduction par méthode sanglante d'une luxation du coude, par exemple, également indiquée en K.60.

Mais à chaque reposition intermédiaire, il y a lieu de compter, pour répétition d'un grand appareil plâtré : K.16.

Il s'agit, bien entendu, d'une luxation unilatérale. S'il s'agissait de luxation bilatérale, il faudrait compter : K. 60 + K. 60 : 2.

Dr F. Decourt.

---

b) Pensionnés de guerre

Pneumothorax et pensionnés de guerre

N.te du Dr Fernand Decourt

Un de nos confrères m'avait demandé des précisions concernant le tarif des pneumothorax en matière de soins aux Pensionnés de guerre. Ma réponse lui parut insuffisante et il ajoutait : « Je crois que la question mérite d'être posée à la Commission supérieure et solutionnée car elle est d'ordre général... » J'envoyai donc la lettre du confrère et ma réponse au Docteur Lenglet, secrétaire de la Commission supérieure, et dont les avis font autorité en la matière. Voici la réponse que le Docteur Lenglet me renvoya et que je crois utile de publier dans le *Concours* afin que soit « solutionnée » cette fois la question, du moins je l'espère.

Honoré Confrère,

La jurisprudence de la Commission supérieure de surveillance regarde les soins donnés à un tuberculeux comme étant régis de la manière suivante :

L'acte initial du pneumothorax est payé 200 francs. Deux de ces actes, dont l'un est fait à droite et l'autre fait à gauche, entraînent chacun la rémunération de 200 francs.

A partir de l'acte initial toute intervention d'entretien séparée de toute autre par un intervalle d'un mois est payée 80 francs ; toute intervention séparée de toute autre par un moindre intervalle est payée 50 francs.

Il n'y a pas de discrimination faite entre ces actes soit qu'ils s'appliquent à un pneumothorax unilatéral, soit qu'ils se rapportent à un pneumothorax bilatéral.

Le malade est considéré en tant qu'unité.

Les réponses que vous avez faites sont donc en harmonie avec l'application des textes par la Commission supérieure.

Veuillez agréer.....

Signé : E. Lenglet.

Je crois devoir ajouter à cette lettre du Secrétaire de la Commission supérieure certaines réflexions qui me furent faites naguère par une autre personne non moins qualifiée, au sujet de certaines observations faites par un confrère, traitant de « chinoiseries » les détails du tarif des Pensionnés de guerre.

«..... Le Docteur X. sans doute ignorant des abus auxquels donnait lieu, dès l'origine, le traitement des tuberculeux, ne saurait tenir compte de la répercussion que ces abus ont eue sur l'établissement des tarifs. A une époque qui n'est pas encore très lointaine, les soins aux tuberculeux étaient devenus, suivant l'expression des milieux administratifs, « une industrie nationale ». C'est à la réglementation de cette « industrie » que s'appliquent les tarifs. Un médecin honorable sait s'en contenter, car d'ordinaire la clientèle particulière d'un tel médecin ne s'oriente pas exclusivement vers les bénéficiaires des lois sociales...... »

Je m'étais dit que je profiterais de la première occasion pour publier ce passage d'une lettre qui me fut adressée à titre personnel. Il est bon, pour certains confrères, si rares soient-ils parmi nous, que certaines choses soient dites. Voilà qui est fait.

Dr Fernand DECOURT

QUESTIONS DIVERSES

2.984. — Formalités de dépôt d'un nouveau-né à l'Assistance Publique

Quelles sont les démarches pour déposer à l'Assistance publique un enfant nouveau-né ?

Comment doit-être libellé dans ce cas, le certificat destiné à l'Etat-civil (déclaration de naissance) ?

Dr D.

Réponse

Au reçu de votre lettre, nous avons été nous renseigner au siège de l'Assistance publique de la Seine.

Il résulte de nos démarches qu'aucune formalité n'est nécessaire pour déposer un enfant à l'Assistance publique, surtout s'il s'agit d'un nouveau-né.

Si l'enfant n'est pas encore déclaré à l'état-civil et si les parents n'ont pas l'intention de le reconnaître, il est considéré comme abandonné, et les parents ne pourront jamais en avoir de nouvelles.

Si par contre, il est reconnu, seul celui des parents qui l'aura reconnu pourra par la suite en obtenir des nouvelles.

Quant à la déclaration à l'état-civil, vous savez qu'aux termes de l'art. 56 du Code civil, la naissance doit être déclarée « par le père ou à défaut du père par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile par la personne chez qui elle sera accouchée ».

Cette déclaration ne doit pas violer les principes du secret professionnel, et notamment dans le cas où les parents ne veulent pas reconnaître un enfant, ou désirent l'abandonner, le médecin doit se contenter de déclarer à la mairie qu'est né un enfant, à tel endroit sans rien révéler de l'état-civil des parents.



Soixante-troisième année N° 29 20 Juillet 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

***Le Numéro*............. 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 197. — Par suite décès, client. ophtalmologiste et O. R. L. dans préfecture Ouest, instal., matér., instruments et locaux. Ecr. M. Dupré, 1, rue Georges-Delavenne, Paris (VII[e]).

N° 198. — Doctoresse Wetzlar, 7, rue de Chantilly à Paris, désirerait faire des remplacem. ou trouver emploi d'assist.

N° 199. — A vendre très beau bureau, bibliothèque moderne, grande vitrine nickelée, doubl. porte. Instrum. mobilier, salle de pansements. Visibles de 15 à 17 h. Lundi, mardi, jeudi, samedi ou sur rendez-vous. Por. 22-85. Mme Renault, 4, pl. Monge, à Paris.

N° 200. — Le Docteur Sainton, à Mousseaux-les-Bray (S.-et-M.) serait reconnais. à médec. ou infirmière de l'ambul. chirurg. légère, 206, à Pont-à-Moselle-Chaussy (Courcelle-Chaussy) mai 1940 de lui donner adresse actuelle pour recherche de blessé.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Seine-et-Oise. — Beau pavillon, loyer 12.000 fr. Bros rapport ,prix moitié.

Bretagne. — O. R. L. et Yeux, après décès, seul spécialiste, à céder avec tous les instruments.

Versailles. — Beau pavillon tout confort, loyer 6.000 fr., gros rapport, prix moitié.

Nord. — Gros poste de propharmacien, avec fixe de mines à céder rapidement.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 150.000 francs. Et cette garantie est portée à 1.000.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien pécuniaire dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de nos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le GARGARISME le plus agréable pour le syphilitique c'est la tablette de **Mangaïne** ; grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Avis à nos abonnés et adhérents de zone non occupée

Dans le but de décharger au maximum les services de notre agence de Vals, nous prions instamment nos abonnés de vouloir bien à l'avenir virer au compte courant postal du *Concours médical*, Paris, no 167.95, le montant de leur abonnement à la date de son échéance, soit sept mois après la date figurant sur chaque étiquette-adresse , sauf pour nos abonnés inscrits depuis décembre 1940 pour lesquels la date d'échéance est celle figurant sur l'étiquette.

Par ailleurs, et dans le même but, les adhérents du « Sou médical » désirant obtenir des renseignements par correspondance, lorsque ces renseignements n'auront pas le caractère confidentiel, et lorsque demandes et réponses pourront figurer sur les nouvelles cartes-correspondance inter-zone, sont instamment priés d'adresser leurs demandes directement sur ces cartes, à notre siège à Paris, 37, rue de Bellefond, qui leur répondra par la même voie.

Nous les remercions à l'avance de vouloir bien nous faciliter notre tâche.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** —*Sur les empoisonnements par la rhubarbe.* — A la suite du rapport de M. Brocq-Rousseu relatif à cette question, l'Académie a voté les conclusions suivantes ;

« 1° La racine de rhubarbe ayant des propriétés purgatives, ne doit être employée que dans un but thérapeutique ;

« 2° Un long usage fait penser que les côtes (les pétioles) peuvent être consommées sans danger, après cuisson, et en quantité modérée;

« 3° Des cas d'empoisonnement, parfois suivis de mort, après ingestion des feuilles, démontrent que leur usage n'est pas sans danger. Il est donc indiqué de s'abstenir de leur consommation, sous quelque forme que ce soit, même préparées en confitures.

— *Sur l'emploi d'édulcorants dans l'alimentation.* — L'Académie a adopté les conclusions du rapport de M. Tanon concernant l'emploi d'édulcorants dans l'alimentation. Ce rapport émet un avis favorable à la vente (dans les circonstances actuelles) de la saccharine, seule ou mélangée au bicarbonate de soude, glycérine, moût de raisin, sous condition, (*addendum* demandé par M. Martel) que tout produit alimentaire contenant de la saccharine porte d'une façon très visible la mention : produit saccharinė, avec indication de la proportion centésimale de saccharine.

L'Académie donne un avis défavorable à la vente de la dulcine, qui semble expérimentalement toxique, au moins chez les animaux tels que la souris, les cobayes ou les chiens.

— **Académie Duchenne de Boulogne.** — Le *prix* 1941 de cinq mille francs, décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne à un travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1941 (le sujet restant au choix de l'auteur).

L'objectif de l'Académie est de récompenser un travailleur qui, par ses propres moyens, à l'instar de Duchenne de Boulogne, aura fait progresser la science médicale française.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, devront être adressés au Secrétariat de l'Académie : 60, Boulevard de La-Tour-Maubourg, Paris, avant le 31 octobre 1941. Joindre références et *curriculum vitæ*.

— **Etablissements thermaux ouverts.** — Aux listes de stations thermales ouvertes cette année, publiées antérieurement, nous devons ajouter :

La Léchère-les-Bains (Savoie).
Bourbon-l'Archambault (Allier).
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).
Cette dernière ouverte toute l'année.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Avis concernant les conditions d'admission des étudiants juifs*

pour l'année scolaire 1941-1942. — La loi du 21 juin 1941 stipule que :

Le nombre des étudiants juifs admis à s'inscrire ne peut excéder, pour chaque année d'études, 3 % des étudiants non juifs inscrits dans l'année correspondante en 1940-1941.

La liste des étudiants juifs admis sera établie par une Commission suivant des directives dont le détail est donné dans la loi.

Les demandes d'inscription doivent être faites au secrétariat avant le 15 septembre 1941, dernier délai. Elles devront donner les indications permettant à la Commission d'établir la liste d'admis. Le texte complet de la loi sera remis aux intéressés au secrétariat (guichet nº 1).

La liste des étudiants admis à s'inscrire sera arrêtée par la Commission au plus tard le 20 octobre et affichée au secrétariat.

— **Naissances.** — Jean et Monique JEANNENEY, ont le plaisir de vous faire part de la naissance de leur frère *Dominique-Alain.*

Professeur Jeanneney, 22, rue Castéja, Bordeaux, le 6 juin 1941.

— Le Docteur et Madame Eugène SIDAINE ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Philippe-André.*

Bondy (Seine), 32, rue Edouard-Vaillant, le 15 juin 1941.

— **Mariage.** — Nous apprenons le prochain mariage de Mademoiselle Denise TISSOT, fille de Madame et du Docteur Gaston Tissot, de Bâgé-le-Châtel (Ain), avec Monsieur Raymond JAILLET, étudiant en pharmacie, beau-fils de M. Léon Hénon, docteur en pharmacie à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).

La bénédiction nuptiale leur sera donnée en l'Eglise de Bâgé-le-Châtel, le lundi 22 juillet 1941.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur RICHEROLLES, de Cosne-d'Allier (Allier), ex-interne des hôpitaux de Paris, ex-médecin chef de l'hôpital, médecin inspecteur honoraire de la Compagnie Paris-Orléans, officier de la Légion d'honneur.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Nommé au grade de Chevalier de la Légion d'honneur à titre posthume :

11e rég. d'artillerie lourde coloniale

MARLETTE (Pierre-Emmanuel-Eugène), *médecin capitaine* :

Excellent médecin, de très haute valeur morale et professionnelle. Après s'être distingué au cours de la dure campagne de Belgique, a été mortellement blessé, le 21 juin 1940, dans l'accomplissement de son devoir, au combat des Cinq-Chemins, en Guidel. A été cité.

(*J. O.*, 3 juillet 1941).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Direction de la Famille et de la Santé

M. le Docteur Viette (Roger), directeur régional de la Famille et de la Santé en résidence à Nantes, est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

Inspection de la Santé

Mlle le Docteur Roubert, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Morbihan, est affectée, en la même qualité, dans le Tarn-et-Garonne, en remplacement de M. le Docteur Bray, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Theil, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Corrèze, a été nommé médecin inspecteur de la Santé de la Seine.

(*J. O.*, 1er juillet 1941.)

Automobilisme

Arrêté du 25 *juin* 1941 *règlementant la circulation des véhicules automobiles utilisant des sources d'énergie de remplacement*

Art. 1er. — L'obligation de présentation d'une licence spéciale, déjà imposée par les arrêtés interministériels des 18 septembre 1940, 28 janvier 1941 et 20 février 1941, en ce qui concerne les véhicules automobiles dont les moteurs sont alimentés avec du gaz de gazogène, du gaz de ville ou de l'atéylène, est dorénavant étendue à la mise en circulation de tout véhicule neuf équipé d'un dispositif pour l'emploi — seule ou avec une autre — de toute source d'énergie autre que l'électricité, l'alcool hydraté, la paraldéhyde-auto, le carburant auro et les autres dérivés du pétrole.

La même obligation s'applique à la remise en circulation d'un véhicule qui circulait précédemment avec une autre source d'énergie et a été transformé par l'adjonction d'un des dispositifs visés à l'alinéa précédent.

Art. 2. — Pour chacune des sources d'énergie faisant l'objet de l'article ci-dessus, des arrêtés fixent les conditions d'attribution des licences spéciales correspondantes.

Il est interdit à quiconque d'entreprendre une fabrication commerciale ou d'effectuer une livraison portant sur un équipement ou un véhicule équipé pour l'utilisation d'une source d'énergie pour laquelle n'est pas encore intervenu l'arrêté prévu au précédent alinéa.

Art. 3. — Des dérogations aux articles 1er et 2 du présent arrêté pourront être accordées aux inventeurs ou constructeurs pour la mise au point des prototypes d'équipements.

Ces dérogations seront accordées, sur proposition du comité d'organisation de l'industrie et du commerce de l'automobile et du cycle, par les secrétaires d'état aux communications et à la production industrielle.

Art. 4. — Les arrêtés qui viendront à être pris ultérieurement en application des décrets des 11 septembre 1939 et 21 janvier 1941, relatifs aux spécifications des combustibles liquides destinés à la carburation, pourront accorder des dérogations aux articles 1er et 2 ci-dessus en ce qui concerne les véhicules automobiles utilisant lesdits combustibles liquides.

J. O., 9 juillet 1941.

Liste des médecins bénéfiaires de citations

homologuées après révision

ET DONNANT DROIT AU PORT DE LA NOUVELLE CROIX DE GUERRE 1939-1940 (*suite*)

93e *bat. chass. alp.* Méd. auxil. RABECHAUT (Raymond) ; Ord. rég.

102e *bat. chass à pied.* Méd. capit. DIGHARRY ; Ord. rég.

1er *rég. zouaves.* Méd. auxil. CARRE (François) : Ord. rég. — Méd. auxil. AXELRAD (Simon) : Ord. brig. — Méd. auxil. BONVALLET (Jacques) : Ord. brig.

4e *rég. zouaves.* Méd. capit. CARTIER (Pierre : Ord. div. — Méd. auxil. BENMDSSA (Elie) : Ord. rég. — Méd. lieut. MONPERE (André) ; Ord. rég. — Méd. capit. BIAUGHI : Ord. rég.

6e *tir. alg.* Méd. auxil. PÜSCHI (Paul) : Ord. div.

11e *tir. alg.* Méd. lieut. GRANGAUD : Ord. brig.

13e *tir. alg.* Méd. cap. OLIVIER : Ord. Corps arm. — Méd. cap. JEAN : Ord. Corps arm.

14e *tir. alg.* Méd. auxil. LECHERTIER (Jean) : Ord. Corps arm.

17e *tir. alg.* Méd. auxil. VOLLENWEIDER (Lucien) : Ord. arm. — Méd. auxil. TASSY : Ord. div. — Méd. auxil. PUJOL : Ord. div. — Méd. lieut. RICHARD : Ord. rég.

18e *tir. alg.* Méd. chef GOEAU BRISSONNIERE (William) : Ord. arm. — Méd. auxil. ISNARD (Gabriel Ord. div.

27e *tir. alg.* Méd. auxil. HUGUENY (Marcel) : Ord. div.

31e *tir. alg.* Méd. auxil. FOUCHET (Pierre) : Ord. rég. — Méd. lieut. BIOJOUT (Raymond) : Ord. rég. — Méd. lieut. QUINTARD (Georges) : Ord. rég. — Méd. auxil. BOUK HELLOUA : Ord. rég. — Méd. auxil. FRAUCIS AHMED : Ord. div.

4e *tir. tunisiens.* Méd. capit. BOURGEOT (Henri) : Ord. div. — Méd. auxil. SIROL (Marc) : Ord. div.

8e *tir. tunisiens.* Méd. auxil. JACQUET : Ord. Corps arm. — Méd. lieut. HYRONDELLE (Yves) : Ord. div. — Méd. lieut. DE COUZE (Jean) : Ord. div. — Méd. lieut. BEAUMONT (Jean) ; Ord. div. — Méd. auxil. LIMOUZE (Jack) : Ord. rég.

20e *tir. tunisiens.* Méd. lieut. TIXIER (André) : Ord. div. — Méd. lieut. JOURDAN (Paul) : Ord. brig. — Méd. lieut. GASLENDE ; Ord. rég. — Méd. lieut. MARTINEZ (Julien) : Ord. rég.

28e *rég. tiraill. tunisien* . Méd. auxil. POISOT (Ernest): Ord. rég.

4e *rég. tiraill. marocains.* Méd. capit. GONNET (Charles) : Ord. rég. — Méd. lieut. MADON (René) : Ord. brig. — Méd. lieut. LECLERC (Joseph) : Ord. brig. — Méd. capit. FOURÈS (Maurice) : Ord. rég.

8e *rég. tiraill. marocains.* Méd. lieut. JAVEL (Roger) : Ord. rég.

3e *demi-brig. chasseurs.* Méd. capit. PETCHAT-BACQUE : Ord. div. ; Ord. armée.

4e *demi-brig. chasseurs* . Méd. capit. DURAND (Paul) : Ord. div.

7e *demi-brig. chasseurs.* Méd. capit. CRISPEN (Abel) : Ord. div.

16e *demi-brig. alpine fort.* Méd. lieut. BARRAU : Ord. Corps arm. — Méd. lieut. LIORET : Ord. rég. — Méd. lieut. MIJOULE (René) ; Ord. rég.;

173e *demi-brig. alpine.* Méd. lieut. AMANTE (Robert) : Ord. div.

71e *bat. alpin de fort.* Méd. sous-lieut. DEPLAN (Roger) : Ord. rég. — Méd. auxil. LAFLAQUIERE (Jean) : Ord. div. — Méd. auxil. BARTHÉLEMY (Edouard) : Ord. rég.

80e *bat. alpin de fort.* Méd. auxil. BATAILLE : Ord. rég. — Méd. lieut. GASCA (Henri) : Ord. rég.

86e *bat. alpin de fort.* Méd. lieut. BARUT : Ord. div. — Méd. lieut. MICAUD : Ord. rég. — Méd. lieut. REGNAUD : Ord. rég.

86e *bat. alpin de fort.* Méd. auxil. NIGER (Adolphe). Ordre rég. — Méd. lieut. GRILL (Philippe) : Ord. rég.

95e *bat. alpin de fort.* Méd. lieut. DURANDY (Paul) Ord. rég.

96e *bat. alpin de fort.* Méd. lieut. DE ALBERTI : Ord. rég. — Méd. lieut. RAYBAUDI : Ord. rég. — Méd. lieut. CITTERIO (Simon) : Ord. rég.

179e *bat. alpin de fort.* Méd. auxil. GRÉGOIRE (Philippe) : Ord. rég. — Méd. cap. GRÉGOIRE : Ord. rég.

8e *bat. chars.* Méd. lieut. TUILLIER (Adrien) : Ord brig.

14e *bat. chars.* Méd. lieut. POIRIER : Ord. div.

22e *bat. chars.* Méd. lieut. LEDOUX-LEBARD : Ord. rég.

29e *bat. chars.* Méd. lieut. DEFOUGY (Guillaume) : Ord. div.

37e *bat. chars.* Méd. lieut. LAURENCE (Jean) : Ord. brig.

48e *bat. chars.* Méd. lieut. MILHAVET (Albert) : Ord. div.

49e *bat. chars.* Méd. sous-lieut. BULEY (Léon) : Ord. div.

414e *rég. pionniers.* Méd. com. CARBILLET : Ord. brig.

426e *rég. pionniers.* Méd. lieut. MEINNIER : Ord. brig.

433e *rég. pionniers.* Méd. lieut. PROUST (Louis) : Ord. div.

444e *rég. pionniers.* Méd. lieut. BOURGUINE : Ord. rég.

487e *pionniers sénégalais.* Méd. lieut. NEEL (Robert) : Ord. div. — Méd. lieut. LASSERRE (Jean) : Ord. div.

610e *rég. pionniers.* Méd. auxil. CHATAING (Pierre) : Ord. brig.

623e *pionniers sénégalais.* Méd. auxil. CHAREY (Guy) : Ord. corps armée ; ord. armée.

11e *rég. étranger d'infant.*. Méd. cap. LADOZ (Jean) : Ord. armée.

12e *rég. étranger d'infant.* Méd. cap. VALENCE : Ord. brig. — Méd. auxil. STILHART (Roger) : Ord. brig. — Méd. lieut. FRIC : Ord. brig. — Méd. auxil. BALAN : Ord. rég. — Méd. lieut. LÉVY : Ord. rég.

23e *rég. marche volont. étr.* Méd. lieut SANTUCCI : Ord. corps armée. — Méd. sous-lieut. LONSON : Ord. corps armée.

11e *bat. de mitrailleuses.* Méd. lieut. DOR (Paul) : Ord. div.

51e *bat. de mitrailleuses.* Méd. lieut. DELEVOY (André) : Ord. rég.

56e *bat. mitrailleuses motor.* Méd. auxil. KOWALSKI Ord. corps armée. — Méd. capit. LAUR (Léon) : Ord. corps armée.

64e *rég. régional.* Méd. auxil. CRÉTIN (René) : Ord. corps armée.

Dép. de tiraill. alg. 93 bis. Méd. lieut. PAMPOUILLE : Ord. div.

(A suivre)

COMITÉ SANITAIRE DE LA RÉGION PARISIENNE

Séance du 24 juin 1941

Lait écrémé. — La plupart des consommateurs, constate M. Houdinière, consomment aujourd'hui du lait écrémé. La valeur alimentaire de cet aliment est considérable ; mais on a aussi signalé ses dangers. Ils justifient le retour à une suggestion émise en 1917, dans des circonstances analogues, par M. Ch. Porcher ; le lait écrémé pasteurisé double, c'est-à-dire soumis à une concentration qui le réduit à la moitié de son volume, et en fait un aliment de conserve. La pasteurisation à 85° suffit à détruire la plupart des germes microbiens ; la concentration est effectuée au moyen de la chaleur et du vide combinés, et pourrait être réalisée dans les usines qui fabriquaient jadis du lait concentré. Ce lait « double » éviterait le transport de 50 kgr. d'eau sur 103 kgr. de lait écrémé, et constituerait un aliment de grande valeur, totalisant de 630 à 650 calories, et son prix ne serait pas élevé ; il atteindrait probablement deux fois celui du lait simple, c'est-à-dire 2 fr. 40 environ, équivalent à celui de 300 gr. de viande ou de 100 gr. de sucre.

A PROPOS DE L'ALLOCATION MENSUELLE D'ESSENCE

« Les principes qui ont présidé à la répartition de l'essence nous paraissent valables, puisqu'il semble avoir été admis que le médecin de campagne avait droit à une provision mensuelle supérieure à celle du confrère urbain. Mais alors comment se fait-il que, dans le Cambrésis, les médecins de ville reçoivent 25 litres et les ruraux 35 ? Cette répartition peut-elle être considérée comme équitable ? Elle aboutit quoiqu'il en soit, à cette conséquence, que pas un seul des médecins de s villages de notre région ne s'abstient de l'usage intensif de la bicyclette, s'il veut visiter quotidiennement des communes parfois distantes de 6 kilomètres du lieu de sa résidence, alors que presque tous les médecins de Cambrai utilisent leur voiture pour l'exercice en ville.

Nous savons bien qu'il y a le marché noir et qu'il offre certaines possibilités d'approvisionnement. Mais, outre que ces facilités sont beaucoup plus grandes dans les villes où fonctionnent des organisations spécialisées dans ce marché, le prix élevé de l'essence ainsi acquise, interdit au médecin de campagne d'y recourir, alors qu'une essence payée très cher, utilisée pour un parcours réduit, ne représente pour le médecin de ville qu'une dépense acceptable.

D'ores et déjà, il nous devient difficile d'assurer les urgences dans les localités voisines. La plupart d'entre nous sont obligés de faire les accouchements et se demandent avec angoisse, pour peu que les conditions s'aggravent, comment ils pourront continuer d'assurer leur service.

En conclusion, nous demandons que, quel que soit le contingent d'essence réparti par le Conseil départemental, la ration mensuelle du rural soit au moins double de celle du médecin de ville.

Dr Saine, Busigny ; Dr Mailleul, Maretz ; D. Brenet, Clary ; P. Nick, Inchy ; Dr Ch. Eloire, Bertry ; Dr Lacombe, Bertry ; Dr André Dauchy, Bertry.



Voir la suite page XLI-1307

PROPOS DU JOUR

LES SABOTEURS DE LA DÉFAITE

Nous avons eu jadis ceux qui dilapidèrent la victoire.

Il leur a fallu vingt ans pour parachever leur travail et c'est en tombant dans l'autre guerre que nous avons seulement bien mesuré ce qu'ils nous avaient coûté.

Si cher que cela ait été, il n'y a pourtant pas de comparaison possible avec ce que menacent de nous voler les saboteurs de la défaite.

Ces malfaisants commencent à sortir de l'amoncellement des ruines et à chercher leur pâture.

Car l'on peut aussi saboter une défaite et exploiter sa misère. Il y a sans doute moins de profit en vue, mais les pilleurs d'épaves tirent partie de tout et, dans le dénuement général, ils trouvent de quoi arranger leurs affaires.

Notre défaite comporte un bénéfice, un seul, mais il s'agit pour nous de le prendre sur le champ : c'est la moralité que nous saurons nous-mêmes tirer d'elle et les résolutions qu'elle nous inspirera.

Si les Français ont appris depuis un an qu'il leur faut carrément tourner le dos à leur vie antérieure, prendre des disciplines neuves, se vouer à l'effort, affronter les réalités et s'en rendre maîtres, s'ils ont appris que toute déchéance peut être un tremplin et qu'une âme humiliée est plus prête aux grandes entreprises qu'une âme épanouie, s'ils ont appris cela et veulent en faire leur règle, ils n'auront pas trop payé cette accession vers une renaissance. Et cependant pourrait-on la payer plus cher que nous n'avons fait ?

Mais cette simple leçon qui devrait découler d'elle-même des circonstances, saurons-nous l'entendre ? C'est un sujet de profonde angoisse qu'en douter car, au point où nous en sommes, le moindre faux pas sera mortel. Et nous risquons, ayant déjà mené la France à l'agonie, de porter devant l'Histoire la terrible responsabilité de l'avoir achevée de nos propres mains.

Lisez cependant les lignes suivantes extraites d'un journal financier :

« Les nouvelles dispositions légales concernant la vente des apéritifs apparaissent à l'expérience un peu rigides et de nature à créer un malaise sérieux dans un certain nombre d'industries spécialisées ainsi que dans l'industrie viticole.

En prohibant les apéritifs à base d'alcool et ceux à base de vin titrant plus de 16°, il semble que le législateur a eu la main un peu lourde. Aussi est-on en train de mettre sur pied un projet en vue de modifier la loi du 23 août 1940 et, notamment, de relever de 16 à 18° le titrage des apéritifs à base de vin ».

Et l'article poursuit en ces termes qui projettent sur l'ensemble du texte une criarde clarté d'effronterie et de rapacité :

La distillerie de la X. est intéressée (!!!) comme on pense, au premier chef, à cette modification car ayant conservé une grosse partie de ses stocks d'apéritifs qu'elle aurait grand peine à constituer actuellement, elle se trouvera bien placée pour les écouler dans des conditions satisfaisantes, en en abaissant légèrement le degré. Dans le cas où la modification en question (1) n'interviendrait pas (ce qui est plus que douteux), la Société continuerait à utiliser ses stocks pour la fabrication de la « Liqueur X » qui connaît un grand succès dans les restaurants et bars de luxe très fréquentés présentement.

Suivent quelques jérémiades sur l'atteinte infligée par la guerre aux bénéfices de cette intéressante société. Ils avaient été royaux dans les années précédant la tourmente ; ils n'ont plus été, en 1939, que de 18 millions.

Assurément l'urgence est grande de récupérer ce manque à gagner et le rédacteur de ce texte fait miroiter aux yeux des actionnaires les affriolantes perspectives de substantiels bénéfices prélevés sur une intoxication plus allègrement poussée du peuple français. Il s'agit de dénouer avec patience les quelques entraves apportées par le législateur, d'une main « un peu lourde », au négoce des distillateurs de la X. pour voguer de nouveau vers de fastueux bilans. Et, la fin justifiant les moyens, rien ne sera bien entendu épargné pour mener à bonne fin cette magistrale opération. On subodore en tout cela les putrides « combines », les pots-de-vin, les « donnant-donnant » dont notre malheureuse République

(1) Admirable et tartuffesque euphémisme.

faisait son ordinaire et dont elle est morte. Rien n'a changé depuis juin 1940 et, sous l'œil du vainqueur, les Français se réinstallent dans leur ignominie.

Si l'apéritif plus corsé ne peut reprendre son éblouissante carrière (« ce qui est plus que douteux » aux dires mêmes de ces Messieurs) restera du moins la fabrication de la liqueur X pour les restaurants et bars de luxe « très fréquentés présentement ».

J'entends bien ce qu'il faut entendre par cette France qui boit, qui danse et qui bamboche. Mais il suffit, pour me faire honte, que des Français prêtent la main à ce crapuleux maquillage d'un visage qui devrait leur être sacré.

***

« Rien n'a changé » ; ces mots que l'on entend répéter trop souvent ne sont cependant pas vrais. Tout a changé au contraire ; la forme et les gens du Gouvernement, la doctrine, le climat, le ton dont on parle au peuple, les buts qu'on lui propose, les tâches qu'on lui assigne, tout, et l'idée même que nous nous faisons de nous-mêmes ; nous prétendions disposer de notre destin et nous ne disposons même plus de nos personnes. Le seul bien qui nous reste en indivis, c'est notre volonté de survivre, et si cela aussi nous le laissons s'échapper de nos mains, nous ne serons plus qu'un troupeau tout juste bon pour l'abattoir.

L'alcoolisme nous a fait trop de mal pour qu'il fût tolérable de le laisser reprendre benoitement ses cheminements et ses méfaits. Ici même les médecins français ont fait entendre leur voix avec une rare vigueur et nul n'a le droit de ricaner à ce sursaut de l'âme nationale. Pour une fois, ce n'est ni aux avocats, ni aux gens d'affaires, ni même aux hommes d'Etat de prendre parti dans ce débat qui met en question l'avenir tout entier du pays. Qu'ils se taisent et qu'ils écoutent. C'est bien leur tour.

Pour nous, médecins français, qui savons de quoi il est question et qui ne permettrons à personne de nous souffler notre tour de jouer, nous sommes prêts à intervenir et à occuper notre poste de combat.

Ne dramatisons rien : cet écho propagé par une feuille boursière, si assuré qu'en soit le ton, n'est peut-être après tout qu'une perfidie commerciale destinée à favoriser quelque tractation en cours. C'étaient là ruses de chasse en usage parmi la faune des jungles financières, et l'on ne renonce pas aisément à des procédés d'une sûreté si éprouvée.

Mais pas plus que de dramatiser à l'aveuglette, il ne sied ici de tenir pour négligeables des menaces après tout assez fortement précisées. Mieux vaut répondre du tac au tac et que chacun, d'eux et de nous, se le tienne pour dit.

La Distillerie de la X. et ses affidés peuvent bien avoir en mains quelques comparses pour extorquer au moment qu'il faudra les signatures qu'il faut. Ils peuvent bien avoir prélevé sur leur budget de propagande les millions nécessaires pour enlever à l'esbrouffe une décision qui les « intéresse » de si près.

Nous ne sommes pas aussi bien pourvus et nous ferons peut-être figure de gueux auprès de ces gangsters déterminés à tout pour matelasser leurs portefeuilles. Dans une France ruinée les portefeuilles bourrés insultent à eux seuls à la détresse de tous et nous ne les laisserons pas revenir à leur morgue d'antan.

Nous sommes des Français pour qui rien ne compte que le salut de la Patrie et qui ne se sentent pas disposés à le mettre en balance avec quelques plus-values dans quelques budgets. Périsse la X, liqueur pour bars de luxe comme apéritif pour bistrots de quartier, et ce sera, à notre sens, un magnifique bénéfice national.

Pour aujourd'hui, nous nous contentons de dénoncer la manœuvre qui s'amorce, impudente par son mercantilisme, intolérable par l'échec qu'elle apporte au salut national.

S'il le faut, et si ce cri d'alarme n'avait pas suffi, alors, mes confrères, le moment serait venu de faire une sortie contre les assaillants et d'agir par tous les moyens dont nous pouvons disposer.

Nous ne laisserons pas saboter la pure et grande leçon de la défaite. Il n'y a plus de place en France pour ceux qui ne l'ont pas comprise et qui reprennent aujourd'hui les boniments interrompus par le coup de tonnerre de l'an dernier.

G. Lavalée.



PARTIE SCIENTIFIQUE

A PROPOS DE L'EXTRACTION DES DRAINS ET DES MÈCHES DANS LES PLAIES

(dans les plaies abdominales en particulier)

Par Marcel CHATON,

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Besançon

Il s'agit ici d'un point de pratique chirurgicale modeste, mais qui cependant présente, à notre avis, un gros intérêt.

L'ablation d'un drainage, en chirurgie abdominale en particulier, n'est pas absolument bénin. Cet acte est susceptible de présenter des incidents et, dans certains cas même, d'être suivi de gros accidents.

La douleur d'abord est constante, parfois suivie de tendances syncopales. On peut aisément atténuer cet incident par une injection préalable de morphine et d'huile camphrée, sans recourir à une courte anesthésie générale, très rarement, vraiment indispensable.

Mais des accidents de gravité plus grande peuvent se produire lors de l'extraction des mèches ou des drains abdominaux profonds.

Dans les orifices d'un drain, dans les mailles d'une mèche, des bouchons fibrineux, des franges épiploïques, de multiples hernies minuscules des organes avoisinants, se sont engagés. Avec drains, comme avec mèches, on peut avoir, lors de l'extraction, la désagréable surprise d'attirer dans la plaie, parfois hors d'elle, un fragment d'épiploon, puis aussi d'observer dans son fond une anse intestinale que les manœuvres auront mobilisée. Il en peut résulter de véritables complications susceptibles de compromettre même la vie d'un malade qu'on croyait sauvé. Des ascensions thermiques traduisant un réveil infectieux sont de constatation fréquente, et heureusement, de manière tout à fait exceptionnelle, il est vrai, un processus péritonique extensif à issue fatale peut se développer.

Ces faits montrent bien toute l'importance de la question. Comment les éviter ?

D'abord, dans le cas de drainage par mèche, qui expose plus particulièrement à ces redoutables incidents, il convient de n'en pas pratiquer prématurément l'extraction. S'il est permis dans un Mickulicz, qui en représente la plus haute expression, d'enlever quand on le jugera devenu inutile (en général au quatrième jour), les mèches intérieures du sac, ce dernier comme les mèches au contact d'organes, ne doivent être extraites qu'à un moment que l'expérience nous a appris être favorable, c'est-à-dire pas avant les huitième à dixième jour. A cette date, une lyse d'origine non précisée scientifiquement, mais qu'on peut imaginer d'origine leucocytaire ou diastasique, s'est produite entre organes et corps étrangers de drainage.

Dans la pratique de cette extraction, certaines précautions, certains artifices doivent être utilisés.

Naturellement, l'ablation de tout drainage caoutchouté ou par mèche doit se pratiquer avec douceur et lenteur. Elle est habituellement réalisée par le geste naturel de *traction*. Or, point capital, nous estimons qu'à la traction, il faut systématiquement substituer dans un premier temps, le plus important, la *torsion*. La traction sans force aucune ne doit intervenir que pour retirer le corps étranger draineur, au préalable mobilisé par la manœuvre précédente.

La torsion a, pour effet, de mobiliser sur place *in situ* l'agent de drainage. Pour la réaliser, ce dernier est saisi à plein, perpendiculairement à son grand axe, par une pince de Kocher par exemple. Parallèlement au plan cutané, on imprime à l'instrument, lentement, un mouvement de torsion dans un sens ou dans l'autre, mouvement ayant pour axe celui de l'agent de drainage. Les choses se passent en pratique de la manière suivante. Le drain ou la mèche se dégageant sur place d'organes adhérents, se tordent, se rapetissent, expriment un liquide séro-purulent. Une certaine résistance est rencontrée. à un certain moment, on voit cette dernière céder plus ou moins subitement. L'agent de drainage libéré tourne aisément dans la plaie. C'est le moment de le cueillir et d'en réaliser l'ablation sans aucun risque d'attraction d'organe.

Si l'on pratique ce mode d'extraction, il conviendra naturellement, plus qu'avec tout autre, de s'assurer au cours de l'acte opératoire préalable, de la qualité des drains ou des mèches que l'on utilise.

L'AUTO-ANALGÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE EN CHIRURGIE DE GUERRE

Par le Docteur Pierre Boulard
Assistant d'Urologie à l'Hôpital Cochin

Nous avons eu l'occasion, pendant l'hiver et surtout le printemps dernier, d'appliquer fréquemment à la chirurgie de guerre, une méthode d'analgésie qui nous avait donné en temps de paix de très grandes facilités pour nos explorations urologiques ; et le bénéfice, que nous en avons retiré dans des circonstances assez variées, nous fait croire que cette méthode pourrait rendre de grands services, tant en chirurgie générale qu'en de multiples spécialités.

Il y a, en effet, de très nombreux cas en médecine et en chirurgie où le risque et les contraintes d'une anesthésie générale paraissent hors de proportion avec l'importance de l'acte à pratiquer, même si cet acte menace d'être assez douloureux. Nombreux sont les pansements, les petites incisions, les multiples gestes de spécialité qui, pendant longtemps ont été effectués sans aucune anesthésie, parce que l'anesthésie générale n'était pas vraiment indispensable et que l'anesthésie locale était encore dans l'enfance. Mais même au temps présent, où nous disposons de moyens nombreux et perfectionnés d'anesthésie locale, il y a encore bien des circonstances où ces moyens sont insuffisants ou inapplicables.

C'était le cas en *urologie* — du moins quant aux explorations endoscopiques, toujours pénibles chez l'homme, et quelquefois douloureuses. L'anesthésie de l'urèthre par simple contact n'est pas toujours sans dangers avec des solutions concentrées, elle est nettement insuffisante avec des solutions étendues. L'anesthésie épidurale est déjà un procédé plus important, utilisé d'ordinaire par les urologues dans un certain nombre de circonstances, celles qui, à leurs yeux, en valent vraiment la peine. Or, c'est là au fond le dilemne essentiel : ne disposer que de procédés d'insensibilisation faciles mais illusoires, ou devoir recourir à des méthodes efficaces, mais réservées à des cas assez « sérieux » pour justifier leur emploi. Et l'opérateur qui est toujours, si l'on ose dire, du bon côté de l'instrument, incline volontiers à croire que cela ne fait pas si mal que cela !... D'où l'intérêt d'avoir à sa disposition un procédé simple, d'emploi facile, et d'une telle innocuité qu'il se puisse appliquer à n'importe quel propos, même pour une intervention quasi indolore chez un malade pusillanime. C'est le cas de l'insensibilisation au mélange de protoxyde d'azote et d'air.

On sait que l'appareil conçu pour cette analgésie ne distribue qu'un mélange dosé de protoxyde d'azote et d'air, la quantité d'air étant toujours assez importante pour interdire toute perte de connaissance. Cet appareil est celui que nous avions apporté en mars 1939 à Cochin dans le Service de notre Maître, M. le Professeur M. Chevassu ; il existe maintenant des appareils analogues fabriqués en France, et basés sur le même principe que l'appareil américain. Ce principe, rappelons-le, est le suivant : le sujet s'administre lui-même, par voie nasale, en pressant sur une poire de caoutchouc à chaque inspiration, le mélange gazeux ; la bouche reste libre, car l'appareil avait été conçu pour l'art dentaire, et nous tenons à garder à la bouche cette liberté qui enlève au patient toute inquiétude, puisqu'il pourrait respirer hors de l'appareil s'il le voulait. En six à huit inspirations du mélange, il est amené à un état comparable à une ivresse calme, comportant une insensibilité à la douleur qui lui permet de supporter dans une complète indifférence des explorations ou même des interventions urologiques normalement douloureuses ou du moins fort pénibles. En quelques inspirations d'air pur — on peut à ce moment ajouter de l'oxygène, mais nous négligeons maintenant cette manœuvre neuf fois sur dix — le sujet revient à son état normal, et descend de la table d'examen comme si rien ne s'était passé.

Les premiers résultats obtenus avec cet appareil étaient si encourageants que nous avions proposé à M. Chevassu — qui avait bien voulu l'accepter — de l'appliquer systématiquement à toutes les explorations endoscopiques que nous pratiquions à la Clinique urologique de la Faculté. Et M. Chevassu avait bien voulu en présenter avec nous les premiers cas, qui, au nombre d'une trentaine, étaient autant de succès, à la Société Française d'Urologie.

De mai à septembre 1939, tant au Pavillon Albarran de l'Hôpital Cochin qu'en pratique de ville, nous avions pu acquérir l'expérience d'environ 250 applications de cette méthode, en n'enregistrant que deux échecs, chez des psychiques : l'un, incapable de manœuvrer correctement l'appareil, l'autre peut-être vraiment rebelle au protoxyde d'azote, mais surtout persuadé que nous nous livrions sur lui à une expérience.

Il nous semblait donc désirable, puisque les circonstances nous en fournissaient malheureusement le moyen, d'essayer les possibilités de la méthode en dehors de notre spécialité. Il va sans dire que nous n'avons jamais pensé l'appliquer à des interventions importantes : l'appareil est prévu pour une simple analgésie et ne saurait sans modifications profondes être confondu avec un appareil à anesthésie générale au protoxyde d'azote. Nous comptions simplement l'appliquer aux interventions mineures de la chirurgie de guerre, et c'étaient surtout, dans notre esprit, les multiples pansements douloureux qui devaient en bénéficier. Nous avons pu constater que cette méthode répondait dans tous les cas à ce que nous attendions d'elle, et que quelquefois même elle dépassait notre attente.

C'est ainsi que nous avons pu faire ou aider des camarades à faire avec facilité, et sans douleur pour le blessé, des interventions extrêmement variées : depuis la réduction d'une fracture des os propres du nez jusqu'à la résection d'une anse intestinale extériorisée quelques jours auparavant pour volvulus, en passant par des pansements de brûlures ou l'ablation de mèches bourrant une cavité d'astragalectomie. Toute cette période de la guerre qui fut pour beaucoup, quant à la pratique chirurgicale, très comparable à la pratique civile, nous permit d'apprécier combien cette méthode simple et facile pourrait rendre de services aux chirurgiens en général et à divers spécialistes, et, plus encore qu'à eux-mêmes, à leurs malades.

C'est en juin et juillet que nous eûmes l'occasion de l'essayer pour les pansements de la véritable chirurgie de guerre. Et là encore, l'auto-analgésie nous donna de très beaux résultats, tant du côté de la suppression de la douleur chez nos blessés que du côté de l'exécution facile et rapide des divers actes que nous avions à pratiquer. L'avantage est double, en effet, lorsqu'on peut supprimer l'élément douloureux, même lors d'interventions minimes ; et même à ceux qu'un trop long entraînement, ou quelque engourdissement de la sensibilité, rend peu attentifs aux réactions douloureuses de leur patient, il doit sembler précieux d'abolir lesdites réactions parce qu'ils peuvent tout de même ainsi travailler plus vite et plus complètement ; il n'est plus nécessaire de prendre des précautions minutieuses pour décoller le pansement d'une large surface cruentée, pour arracher des mèches profondes, pour retirer une esquille, un corps étranger, pour régulariser un lambeau saillant dans la plaie. Le pansement est plus vite et mieux fait, il est certainement moins choquant pour le blessé qui, par ailleurs, ne le redoute plus et ne cherche plus à l'éviter.

L'anesthésie n'étant jamais assez forte pour amener la résolution musculaire, nous n'avons jamais tenté d'appliquer la méthode à la réduction des fractures importantes des membres (mais nous avions, en hiver, désengrené sans douleur une fracture de Pouteau) ; par contre, quand l'élément douloureux seul est à supprimer ou à atténuer, le mélange protoxyde d'azote-air garde toute sa valeur : c'est ainsi qu'un sujet ayant subi une résection de l'épaule droite à la suite d'une blessure par éclat d'obus put supporter, trois ou quatre jours après, la pose d'un appareil plâtré important sans manifester la moindre sensibilité pendant des manœuvres relativement longues (enrobement d'un support métallique dans l'appareil et « prise » lente d'un plâtre de mauvaise qualité).

Dans toutes ces circonstances, l'analgésie s'est montrée rapide et efficace. Opérateurs et opérés l'appréciaient, au point que les blessés d'une salle avaient baptisé l'appareil « la machine à voir la vie en rose ». C'est dire l'état d'euphorie tranquille qui caractérisait le moment — si redouté sans cela — du pansement. La véritable « auto » analgésie ne s'est montrée impraticable que chez des sujets extrêmement affaiblis au point de ne plus comprendre clairement le geste qu'ils doivent faire coïncider avec leur rythme respiratoire, ou de n'avoir même plus la force de presser sur la poire de caoutchouc. Dans ces cas particuliers, un aide remplit lui-même cet office en suivant sur la cage thoracique du malade, ses inspirations et ses expirations. Avec un peu d'attention, il parvient aisément à manœuvrer la soupape dès le début de l'inspiration. Un dernier avantage est encore à signaler : lorsqu'il s'agit d'actes d'une certaine durée, dont tous les « temps » ne sont pas douloureux, l'auto-analgésie peut sans inconvénients être interrompue et reprise autant de fois que cela paraît nécessaire ; il suffit de prévenir le patient assez à l'avance — le temps de faire six à huit inspirations — du temps douloureux, et de lui dire d'interrompre pendant les périodes intercalaires. D'ailleurs, les blessés qui connaissaient assez vite le « scénario » de leur pansement savaient à merveille au bout de peu de temps faire des économies de gaz fort appréciables.

Pendant toute cette période de pratique militaire, comme auparavant en pratique civile, nous n'avons jamais constaté un seul accident, ni même un seul incident que nous puissions noter. Nous croyons cette méthode absolument inoffensive, *à condition toutefois d'employer un protoxyde d'azote d'origine constante, et dont la pureté soit certaine*. Quant aux contre-indications qui pourraient venir du malade lui-même, nous n'en voyons guère. Au printemps 1939, avec M. le Professeur Chevassu, nous avions pris systématiquement la tension artérielle des sujets avant, pendant et après l'analgésie : nous avions enre-

gistré fréquemment, mais non toujours, des élévations de la maxima de 1/2 à 1 cm. de mercure au maximum, éphémères d'ailleurs et suivies d'un retour à la normale deux ou trois minutes après la fin de l'inhalation. Ceci pourrait donc nous amener simplement à quelque prudence chez des hypertendus à artères fragiles. Enfin, tant au cours de nos interventions endoscopiques — où l'apparition de sang ne saurait passer inaperçue — qu'en chirurgie générale, nous n'avons jamais constaté que le protoxyde d'azote fit preuve de la moindre tendance à favoriser les hémorragies.

Et il nous faut, pour terminer, mentionner le seul inconvénient que nous reconnaissions à cette méthode. Ce n'est pas sans raison que le mot économie de gaz figurait un peu plus haut : employée comme nous le concevons, c'est-à-dire de façon très large, l'analgésie au protoxyde d'azote, sans être d'un prix prohibitif, n'est pas extrêmement économique, non point tant peut-être par la valeur du gaz que par celle de l'appareillage. Mais nous croyons que la moindre diminution de souffrance vaut bien quelques sacrifices, et, que ce soit en pratique hospitalière ou en clientèle payante, nous n'avons jamais trouvé un malade qui s'inscrivit en faux contre cette opinion.

Note. — Nous remercions très vivement M. le médecin commandant GIRAUD et MM. les Docteurs NOUAILLHAC, Gilbert ARNAUD, HAUERT, qui ont bien voulu nous demander de faire sur quelques-uns de leurs blessés, un essai de l'auto-analgésie, et à qui nous sommes redevables d'un certain nombre des cas que nous citons dans cet article.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE RECONNUE A L'AUTOPSIE APRÈS SEPT MOIS D'INHUMATION

Si les lésions traumatiques osseuses sont généralement faciles à reconnaître à l'autopsie, même faite longtemps après l'inhumation, on comprend qu'il n'en soit pas ainsi des affections viscérales, en raison de l'état de décomposition des organes. L'interprétation des lésions demeure alors difficile sinon impossible et nombreux sont les cas où l'expert ne peut apporter de conclusions précises.

Quelquefois, cependant, l'autopsie permet un diagnostic rétrospectif de ces lésions plusieurs mois, voire plusieurs années après la mort. En voici un exemple communiqué à la Société anatomo-clinique de Bordeaux par MM. P. LANDE, P. DERVILLÉE et L. POUYANNE :

Un ouvrier d'une cinquantaine d'années tombe brusquement dans le coma au cours de son travail. Transporté chez lui, il succombe quelques heures après. Le décès est-il dû à un accident du travail ? Dans ce cas, en l'absence de tout traumatisme évident, le différend ne peut être tranché que par l'autopsie. Or, ainsi qu'il arrive fréquemment, et pour des raisons diverses, cette autopsie n'a pu être pratiquée qu'après sept mois et demi d'inhumation.

Le cadavre, inhumé pendant la saison chaude (juin) n'est pas très altéré par les insectes ; il est en voie de momification, et de ce fait, les organes n'ont subi qu'une altération relative. L'ouverture du corps ne révèle rien de particulier, à part un certain degré d'athérome aortique et une sclérose rénale accentuée. A l'ouverture du crâne, la masse cérébrale, réduite, apparaît refoulée au niveau de la région postérieure. Une dissection prudente permet d'éliminer l'existence d'un hématome sus- ou sous-dure-mérien, mais par contre, montre au niveau de l'hémisphère droit, dans la région de la capsule interne, le reliquat d'un ancien foyer hémorragique. Pas de trace d'athérome cérébral. Absence de toute lésion traumatique au niveau du crâne. Le diagnostic d'hémorragie intra-cérébrale peut ainsi être posé de façon indiscutable.

Les auteurs ajoutent que les traces des épanchements hémorragiques intra-craniens persistent longtemps sur le cadavre et peuvent être visibles plusieurs années après la mort. M. P. Lande, avec M. Muratet, sur un cadavre inhumé depuis quatre ans et présentant une fracture du temporal, a retrouvé au niveau du foyer de fracture un placard rougeâtre où la présence des éléments figurés du sang a pu être mise en évidence par les procédés classiques.

LA CONSERVATION DES ALIMENTS

M. Cambessédès a fait le 5 juin 1941, à la Faculté de médecine de Paris (1), une conférence sur cette importante question, dont l'intérêt est aujourd'hui plus grand encore en raison du rationnement alimentaire.

De tout temps, l'homme a cherché à conserver les aliments, recueillis dans les périodes d'abondance, pour les utiliser dans les périodes de disette. Le procédé de conservation le plus primitif est le séchage de lanières de viande à l'air, au soleil, à la flamme des feux. L'homme moderne utilise des procédés de conservation perfectionnés, scientifiques, par la chaleur et le froid.

Dans cette lutte contre les disettes, trois noms français doivent être cités au premier rang des bienfaiteurs de l'humanité : Parmentier, Nicolas Appert, inventeur des conserves par la chaleur, et Ch. Tellier, inventeur de la conservation par le froid.

Les viandes, les poissons, les légumes, les fruits peuvent être mis en conserves. En France, la consommation de la viande avait notablement augmenté depuis un siècle ; elle atteignait dans les villes 100 kilos environ par habitant et par an ; elle augmentait aussi dans les campagnes. Ceci était possible grâce à l'appoint des pays grands producteurs de viande comme l'Amérique du Sud, l'Australie, Madagascar. Le poisson est aussi un aliment intéressant à conserver puisqu'en réalité, il coûte seulement l'effort de le pêcher.

Les viandes conservées par le moyen primitif du séchage sont de digestibilité un peu moins bonne. Elles peuvent s'altérer à leur partie centrale si la lanière charnue est trop épaisse. Les poissons séchés (la morue soumise à la dessiccation à l'air marin, par exemple) sont des aliments d'un ordre analogue. Les navigateurs ont dû, d'ailleurs, employer beaucoup les conserves de toutes sortes, autrefois en particulier où les voyages en mer duraient des mois. Ils se sont ingéniés à développer l'art de la conserve alimentaire et, les premiers, ils ont desséché des légumes et utilisé les légumes secs.

Signalons un procédé tout nouveau de « déshydratation des légumes », qui enlève une partie seulement de l'eau de ces aliments, procédé qui est à l'étude.

A côté du séchage simple des viandes, se placent le fumage, la salaison. Le fumage ajoute au séchage l'action antiseptique des produits pyroligneux. En variant les essences des bois employés pour le fumage (pin, genévrier), on parvient à obtenir des viandes conservées savoureuses, qui gardent leur couleur et sont recherchées des gourmets.

A la vérité, la conservation des aliments a surtout pris une ampleur particulière au début du XIXe siècle, grâce à l'invention par Nicolas Appert, en 1811, des conserves par la chaleur. Elle est devenue une industrie considérable. Les viandes, les légumes, convenablement préparés, sont mis dans des récipients métalliques, qui sont fermés hermétiquement et passés à l'autoclave pendant un temps variable.

Les conserves peuvent être envisagées au point de vue sapidité, digestibilité, vitamines, altérations. Contrairement à ce que l'on avait pensé, les vitamines ne sont pas détruites dans les conserves, du moins pour la plupart.

Dans une communication, qui fut retentissante, à l'Académie de médecine, Jean Charcot avait parlé d'accidents attribuables aux conserves, d'une « maladie de la conserve », observée par lui chez plusieurs membres de son expédition. Les accidents se produisaient chez des sujets nourris avec des conserves et cessaient avec l'arrêt de celles-ci. L'étude approfondie de ces cas a permis d'établir qu'il s'agissait de troubles d'insuffisance rénale dus à un régime hypersalé, les conserves en question étant des salaisons fortement chargées en sel marin. D'autres accidents, observés chez des matelots laissés dans une île, entre deux passages d'un bateau, avec une alimentation de conserves, ont été également reconnus attribuables à d'autres causes. La « maladie de la conserve » ne saurait donc être retenue, dans l'état actuel de nos connaissances.

Caractères d'une bonne conserve ? Deux cas : 1° la boite n'est pas ouverte. Le couvercle ne doit pas bomber, il doit être plat ou même plutôt légèrement déprimé. Cependant, cet indice n'est pas absolu, les gaz qui provoquent le bombement pouvant être de nature indifférente, principalement s'ils ne sont pas abondants, ce que révèle la pression du doigt sur la surface bombée (clochage) ; 2° la boite est ouverte. La présence, dans la gelée environnante, de petits points blancs, ronds, considérés comme suspects, peut éveiller l'attention. L'aliment conservé doit avoir gardé sa consistance et dans une mesure suffisamment appréciable sa couleur, son odeur, son goût.

P. Lacroix.

(1) Conférences de l'Institut de trophologie.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



La goutte est une maladie essentiellement polymorphe

D'après le Docteur Louis RAMOND (1)

UN EXEMPLE INSTRUCTIF : DES ALGIES ANTI-BRACHIALES

Un homme, âgé d'une soixantaine d'années, éprouve subitement de violentes douleurs dans les deux membres supérieurs, notamment à partir du coude et jusqu'au bout des doigts, avec une plus grande acuité à gauche. Ces manifestations douloureuses surviennent la nuit, vers 11 heures du soir ou minuit, après une heure ou deux de sommeil. Spontanées, elles se produisent même dans l'immobilité complète : elles sont lancinantes et très pénibles. Aux moindres mouvements du coude, elles s'exaspèrent considérablement, pour devenir atroces et gêner toute motilité. Vers 5 ou 6 heures du matin, les souffrances s'apaisent, tout au moins les élancements, les sensations de broiement ou de rongement ; ensuite les douleurs provoquées par les mouvements des membres supérieurs deviennent ellesmêmes peu à peu de moins en moins vives, quoiqu'il persiste dans la journée une diminution notable de la force musculaire. Les nuits suivantes, même tableau. A noter que ce syndrome s'accompagne d'une fébricule manifeste autour de 38°.

S'agissait-il de rhumatisme ? Mais les articulations n'étaient pas tuméfiées, et le sujet souffrait, non seulement des jointures à l'occasion des mouvements, mais encore d'une façon spontanée, et dans toute la longueur des membres jusqu'au bout des doigts.

De névrite ? Car on notait la bilatéralité et la symétrie des douleurs, leur caractère lancinant, leur irradiation tout le long des membres supérieurs et jusqu'au bout des doigts. Mais, en cette hypothèse, on ne notait aucun trouble moteur de type paralytique, ni aucun trouble objectif de la sensibilité.

Le patient avait d'ailleurs absorbé successivement, et sans en obtenir la moindre amélioration, un certain nombre de remèdes antirhumatismaux à base de salicylate de soude ou de dérivés phénylcinchoniniques.

Enfin, les douleurs étant devenues plus violentes que jamais, la température ayant atteint 40°, le repos complet au lit s'était imposé et le malade était venu consulter.

Au moment de la visite, à 14 heures, aucune souffrance ; libre disposition des deux mains, avec une certaine gêne des mouvements ; toutes les articulations des doigts, du poignet, du coude étaient d'apparence normale. Il en était de même des muscles, des tendons, des veines de l'avant-bras, du poignet et des mains. Aucune douleur n'était réveillée à la pression ; sensibilité intacte aux deux membres supérieurs ; réflexes stylo-radial et tricipital normaux à droite, à gauche. Bref, l'examen des membres supérieurs était entièrement négatif. Il en était de même pour l'examen général. Tension artérielle 15-8 au Vaquez. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Rien dans les antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels, sauf un accès de goutte typique du gros orteil, guéri très rapidement par l'ingestion de teinture de colchique.

Dans ces conditions, il fut prescrit, chaque jour, deux cuillers à café d'une préparation contenant, par cuiller, un gramme de teinture de colchique et 0 gr. 20 d'iodure de potassium. Dès le lendemain, les douleurs spontanées avaient disparu ; seuls les mouvements actifs restaient légèrement pénibles. Au bout de cinq jours, c'était la guérison, sauf une gêne très légère dans les articulations distales des membres supérieurs à l'occasion des mouvements prolongés.

La nature goutteuse de ces algies antibrachiales, déjà signée par l'antécédent d'un accès typique de goutte articulaire et par le résultat du traitement d'épreuve par le colchique, a été contresignée trois semaines plus tard par l'apparition, d'un acès typique de goutte articulaire aiguë au niveau du gros orteil gauche.

(1) Où il eût été dommage de n'y voir « goutte » (*La Presse Médicale*, 25 janvier 1941).

LES LOCALISATIONS ATYPIQUES DE LA GOUTTE ; LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Facile à reconnaître, quand elle réalise l'accès typique de goutte articulaire aiguë, localisée à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, comme c'est la règle dans sept ou huit cas sur dix, la goutte a les plus grandes chances d'être méconnue, quand elle prend une forme atypique : soit en se localisant sur d'autres jointures, soit en s'attaquant, en dehors des articulations, à des bourses séreuses péri-articulaires ou tendineuses, à des muscles, à des veines ou à des nerfs.

Localisations articulaires atypiques.

La goutte articulaire aiguë, même lors du premier accès, peut siéger ailleurs qu'au gros orteil; parfois même, cette articulation n'est jamais touchée. Cependant la goutte, en pareils cas, présente une grande prédilection pour les jointures des membres inférieurs. Par ordre de fréquence décroissante, on voit ces gouttes articulaires atypiques se manifester à la cheville, au genou, plus rarement à la hanche. Mais le membre supérieur, quoique moins souvent atteint, l'est aussi quelquefois, et un accès de goutte articulaire peut affecter le coude, le poignet, ou les articulations métacarpo-phalangiennes ou phalango-phalanginiennes des doigts.

En ces diverses régions, la fluxion articulaire goutteuse ne se distingue guère de l'accès typique de goutte du gros orteil ; mais, elle ne s'accompagne pas ordinairement de la rougeur « pivoine », si caractéristique de l'accès typique. Par contre, elle donne souvent naissance à des douleurs atroces, en particulier au coude, et à des épanchements intra-articulaires parfois abondants, notamment au genou. Quand plusieurs articulations sont prises, la goutte — au lieu d'être, suivant la règle, mono-articulaire — devient d'emblée polyarticulaire, et l'on comprend que — le gros orteil étant respecté — elle puisse être confondue avec le rhumatisme articulaire aigu.

Localisations aux synoviales séreuses, aux bourses séreuses périarticulaires, aux muscles, aux nerfs.

C'est ainsi qu'atypique, la goutte ne limite pas ses fantaisies à des localisations articulaires inhabituelles. Le fait s'observe surtout au membre supérieur : sur les tendons extenseurs des doigts à la face dorsale du poignet, sur les tendons fléchisseurs des doigts dans la gouttière carpienne, au niveau des insertions inférieures du poignet. Il en est de même aux membres inférieurs : dans les gaines tendineuses du cou-de-pied, au niveau du tendon d'Achille, aux insertions inférieures du quadriceps fémoral.

Dans cet ordre d'idées, il faut aussi mentionner certaines myalgies : torticolis, lumbagos ; il en est de même de certaines crises douloureuses, assez rares il est vrai, localisées dans les masses musculaires de la cuisse ou du mollet.

Enfin, des névralgies peuvent frapper n'importe quel nerf périphérique du tronc, de la tête ou des membres. La plus fréquente de ces névralgies goutteuses est assurément la sciatique.

Une *phlébite goutteuse* parfois précède ou suit de près une crise de goutte articulaire typique; elle peut aussi rester l'unique manifestation de la diathèse. Siégeant au membre inférieur, et en particulier à la sous-clavière, elle se localise de préférence au membre inférieur, sur la veine fémorale quelquefois, mais surtout sur les veines superficielles, la veine saphène spécialement. Elle se fait remarquer par l'intensité des phénomènes périphlébitiques, par son évolution par poussées, par sa mobilité, qui la fait rapidement passer d'un segment à un autre, par sa tendance à la récidive, par la fréquence avec laquelle elle se complique d'embolies pulmonaires.

***

Le cas d'algies antibrachiales, relaté plus haut, semble devoir être classé parmi les *myalgies*, car l'accident faisait suite à un surmenage des muscles anti-brachiaux, occasionné par des travaux domestiques. Il est de règle, en effet, que la localisation atypique de la goutte sur une jointure, des tendons ou des muscles, soit provoquée par la fatigue ou le traumatisme de la région frappée. Cependant, en faveur d'une névrite, il y avait la bilatéralité, la symétrie et le caractère des douleurs, ainsi que leur extension jusqu'à l'extrémité des doigts. Le diagnostic de synovite des fléchisseurs et des extenseurs devait être écarté, parce qu'il n'y avait absolument aucune tuméfaction, ni aucune douleur à la pression au niveau de ces tendons, et parce que les algies s'étendaient à tout l'avant-bras jusqu'au coude.

Quels sont donc les éléments du diagnostic en cas de goutte atypique

Malgré une localisation atypique, l'*accès de goutte aiguë conserve la même allure clinique* que lorsqu'il siège typiquement au gros orteil. Il survient surtout chez des hommes, entre 35 et 50 ans, d'habitudes sédentaires, gros mangeurs, de tempérament neuro-arthritique, souvent d'hérédité goutteuse, dans le passé desquels on trouve de l'urticaire, de l'eczéma, des migraines, de l'asthme, de la gravelle, des coliques hépatiques ; il apparaît en dehors de toute cause infectieuse

apparente ; il a un début brutal au milieu de la nuit ; les douleurs y sont atroces, d'exaspération nocturne, mais elles s'apaisent le matin et pendant la journée, pour reprendre toute leur acuité la nuit suivante ; localement, il détermine un œdème inflammatoire considérable et une distension bien marquée des veines superficielles (mais la rougeur « pivoine » des téguments, caractéristique de l'accès de goutte, du gros orteil, fait souvent défaut) ; au point de vue général, il s'accompagne d'une élévation thermique à 38°-39°, d'un état saburral des voies digestives, de modifications des urines qui sont rares, foncées et fortement chargées en urates.

Tous ces caractères sont certes suffisants à eux seuls pour permettre de porter le diagnostic ferme de goutte, lorsque l'accès atypique est le premier en date. Mais, comme ces manifestations atypiques sont le plus souvent secondaires, il ne faut jamais manquer de rechercher, souvent bien longtemps auparavant, l'*antécédent d'une attaque typique de goutte du gros orteil,* dont la valeur diagnostique est de premier ordre.

Il devient alors presqu'inutile de découvrir, à leur lieu d'élection, les tophus ; ces stigmates d'une goutte chronique font d'ailleurs habituellement défaut dans les accès atypiques de goutte aiguë.

Il en va de même du dosage de l'acide urique dans le sang. Certes, la constatation d'une hyperuricémie franche — au-dessus de 0 gr. 080 mgr. par litre de plasma, au lieu de 0 gr. 045 à 0 gr. 050 mgr., chiffre normal — apporte un signe, sinon de certitude, du moins de très grande probabilité au diagnostic de goutte ; mais elle manque souvent, même dans les cas de goutte les plus authentiques. La radiographie enfin, lors d'atteintes articulaires, ne peut donner aucun renseignement utile ; dans ces arthrites goutteuses aiguës, l'articulation malade offre un aspect normal ; on n'y trouve pas, dans les extrémités diaphysaires, les taches claires dues à des dépôts concrets d'acide urique, si caractéristiques de la goutte articulaire chronique.

Enfin, un dernier élément de diagnostic, qui offre une importance capitale, et qui doit être immédiatement mis en œuvre, c'est l'*épreuve du traitement spécifique par le colchique,* dont l'action curatrice viendra certifier de façon péremptoire le diagnostic de goutte.

G. Fischer.

ANTHRAX TRAITÉS PAR L'ASSOCIATION IODO-SULFAMIDÉE

Ce nouveau traitement des anthrax est préconisé par MM. Legroux et Lenormant.

On sait que *in vitro*, le 1162 F empêche le développement du staphylocoque doré, comme d'ailleurs celui du bacille tuberculeux, des champignons pathogènes, du streptocoque, du bacille du côlon et des anaérobies. Cependant, aussi bien expérimentalement qu'en clinique humaine, tous les essais de chimiothérapie dans les maladies produites par le staphylocoque n'ont donné que des résultats assez peu satisfaisants.

On sait, d'autre part, que certaines lésions d'origine staphylococcique, comme la botriomycose, sont justiciables de la médication iodée, par exemple de la solution iodo-iodurée de Lugol préconisée jadis comme « fondant et résolutif des scrofulides ». Les lésions en question sont histologiquement « nodulaires », à vascularisation très spéciale, le centre du nodule étant dépourvu de vaisseaux, la périphérie étant vascularisée par des capillaires altérés, d'où absence de pénétration dans le nodule du sulfamide administré *per os.* Si, par une thérapeutique iodée, on peut « faire fondre le nodule », le sulfamide pourra exercer son action anti-bactérienne sur le staphylocoque.

Partant de ces considérations théoriques, MM. Legroux et Lenormant ont tenté l'association de la médication iodo-iodurée et de la chimiothérapie sulfamidée dans le traitement des staphylococcies.

Ils ont présenté à l'Académie de chirurgie deux malades, atteints d'anthrax de la nuque et du dos assez volumineux, qui ont guéri en une quinzaine de jours avec cette seule thérapeutique. Le bourrelet inflammatoire s'est affaissé, les bourbillons se sont éliminés et la cicatrisation s'est produite rapidement. Les résultats obtenus sont assez intéressants pour inciter à des essais plus larges de cette iodo-sulfamidothérapie des staphylococcies.

Pratiquement, le traitement peut se régler ainsi : le premier jour, solution iodo-iodurée ; le lendemain même solution et 8 grammes de sulfamide ; les jours suivants, on maintient ou on augmente les doses s'il est nécessaire ; puis, vers le sixième ou septième jour, on diminue progressivement et parallèlement sulfamide et iode.

Le premier malade de MM. Legroux et Lenormant a guéri après avoir absorbé 52 c. c. de solution iodo-iodurée et 57 grammes de sulfamide ; le second avec 52 c. c. de solution iodo-iodurée et 43 grammes de sulfamide.

P. L.

L'ÉVOLUTION DE LA NEURO-PSYCHIATRIE

TEMPÉRATURE.... 41

Si, en chimie, vous chauffez un corps à une température déterminée, vous modifiez la composition de ce corps en annihilant, en supprimant un ou plusieurs atomes de ses composants.

Il en est de même des produits organiques, des ferments, des substances colloïdales, des vitamines, des hormones, encore plus sensibles à l'action de la chaleur.

Mais ne poussez pas trop loin l'expérience... vous détruiriez tout.

Il en est de même avec ce mot abstrait qu'est la civilisation.

Son but est d'améliorer les conditions de l'existence, de donner à l'humanité un standard de vie sociale, dont l'application réglementée doit être la sécurité, le bien-être, le mieux vivre basé sur la paix entre les peuples d'une part, sur l'amélioration et le perfectionnement de l'espèce humaine d'autre part.

C'est cet idéal, que nous autres médecins, qui sommes les pionniers de la civilisation, devons avoir continuellement en vue pour combattre la maladie et la mort en utilisant nos facultés à améliorer le sort de nos semblables par la recherche scientifique, en soulageant l'infortune physique et morale. Mais nous vivons de plus en plus dans l'insécurité, dans l'anxiété du devenir. Les grands préceptes de la religion, de toutes les religions : tu ne tueras point, tu ne feras pas de tort à ton prochain, sont devenus, en quelque sorte, une nécessité patriotique, la raison d'être ou de ne pas être.

Nous sommes comme disait Neuberger « au siècle de l'inquiétude ». L'inquiétude morale plane sur nous, nous déprime, émousse notre volonté, notre activité, notre sensibilité ; nous vivons en état « d'hypertension morale », qui nous étreint le cœur, nous domine et nous paralyse.

Nous courbons le dos, plus ou moins résignés, mais tous complètement impuissants, incapables de réagir devant la complexité des problèmes et l'impossibilité de leur solution.

Nous sommes tous, écrivait déjà Chavany en 1934, « plus ou moins aux confins du normal et du pathologique ». Or les grands cataclysmes ont toujours amené des perturbations neuro-psychiques : Les émotions répétées, les privations, les souffrances morales et physiques développent les réactions du terrain névropathique, et créent une névrose, une psychose faite d'anxiété, d'angoisse, d'hyperémotivité, d'excitabilité ou de dépression, d'insomnie qui provoque un déséquilibre non seulement dans notre système nerveux vago-sympathique, mais dans notre fonctionnement organique et glandulaire, véritable désaxement neuro-viscéral.

Nous avons tous un certain potentiel de déséquilibre instable et les manies, délires, phobies existent à l'état latent, diffus, même chez l'homme normal.

Et selon la belle expression de Valéry, nous avons à certains moments « de la démence en suspension ».

De fait, il y a peu de sujets parfaitement normaux !

***

La situation actuelle, conséquence de la guerre, et le comportement de tout un chacun est le véritable réactif des caractères. Elle les façonne et les dissocie. Elle les met en valeur, les ennoblit ou les déforme.

Elle est la pierre de touche des cerveaux les plus solides, des caractères les mieux trempés. L'anxiété est en relation avec le danger, et avec les réactions de chacun. Ce comportement est fonction : 1° de son hérédité ; 2° de son éducation, du milieu dans lequel il vit, du socius ; 3° de son équilibre physio-pathologique ; 4° de son tempérament, de son caractère brave, chevaleresque ou bien couard ; 5° de ses besoins, de ses ambitions ; 6° de ses passions.

C'est cet ensemble qui constitue la personnalité.

On a toujours, chez tous les peuples, étudié ces états de déséquilibre mental causés par les graves événements, qui désorganisent ou détruisent une société, c'est-à-dire les guerres ou les révolutions.

Les médecins ont étudié le rôle et l'influence des crises sociales sur les psychopathies, leur génèse, leur évolution et leur aggravation.

Il est certain qu'à côté des psychopathes indubitables, il y a des accidents plus ou moins passagers, chez des individus présentant une certaine prédisposition, une certaine fragilité mentale, commotionnés, sensibilisés par une suite de chocs émotifs.

Le mal dont nous souffrons est profond, il s'agrandit comme une plaie au flanc d'une société en déliquescence à une époque décadente, où l'âme collective de la race et de la Patrie n'a plus la force de réagir.

Car les masses sociales, comme l'individu

sont touchées par le virus, qui depuis longtemps intoxiquait notre pays, et une partie du monde. Il est une des causes de la guerre.

Sans doute allons-nous évoluer vers un monde nouveau, vers un avenir meilleur, mais nos difficultés ne s'aplaniront que lentement ; elles seront subordonnées aux conditions économiques financières, politiques et sociales incompatibles avec l'état de guerre et qui, plus ou moins tôt, plus ou moins tard, arriveront à se normaliser.

Un pareil problème de sociologie, qui comporte tant d'inconnues, tant d'impondérables, est aussi délicat qu'épineux. Il est imprévisible pour ne pas dire insoluble.

« Il faudrait changer l'humanité, instituer dès le jeune âge des cours de perfectionnement psycho-moral, avec une perception plus nette de nos devoirs, supprimer nos querelles partisanes, discipliner nos égoïsmes et nos passions » (Fiessinger).

***

Essayons maintenant de déterminer les conséquences d'un pareil état de choses, les incidences au point de vue psychique, au point de vue mental, si catastrophiques pour l'avenir de notre race, et que nous ne mettrons jamais assez en lumière.

Avec un tel développement des névroses, des psychoses, des cas de déséquilibre mental, il a fallu prévoir et organiser des consultations spéciales, des services de psychiatrie de plus en plus nombreux et qui arrivent aujourd'hui à des chiffres impressionnants :

Il y a actuellement sept hôpitaux pour Paris et la Seine, alors qu'il y en avait deux il y a 30 ans.

Et nous ne comptons pas la Salpêtrière avec ses 4.824 lits, parce que c'est un hospice qui abrite des vieillards, en même temps que des services de médecine et de chirurgie.

Il y a 25 ans, avant la guerre 1914-1918, il y avait en province trente-deux hôpitaux psychiatriques.

Il y en a aujourd'hui quatre-vingt onze avec un puissant cortège de médecins, d'assistants, d'internes, d'infirmières !

Si cette progression continue, où allons-nous ?

Il y a là un gros point d'interrogation pour l'avenir de la Nation française.

Un jeune médecin, qui voudra se spécialiser, trouvera là une clientèle nombreuse, un champ d'action illimité. Il n'aura pas besoin d'un matériel compliqué et coûteux.

Un marteau à réflexes et... un cerveau avec un peu de psychologie. La Neuro-Psychiatrie est la spécialité de l'avenir.

Docteur Bayard.

ÉPINGLE FIXÉE DANS L'ŒSOPHAGE

L'arrêt des épingles dans l'œsophage est un fait très rare. La plupart du temps, les épingles avalées par inadvertance cheminent sans grand incident dans les voies digestives et sont expulsées naturellement. Le Professeur Collet (de Lyon), sur 66 corps étrangers œsophagiens, n'a jamais rencontré d'épingle. De même Guisez, sur 49 cas. Chevalier-Jackson, dans une statistique de 628 corps étrangers des voies aériennes et digestives supérieures, note un seul cas d'épingle arrêtée dans l'œsophage.

C'est donc un fait rare que celui rapporté à la Société de médecine de Lyon par M. Robert Rendu. Il concerne une femme de 60 ans qui, dans un moment d'inattention, avala une épingle. Douleur vive à la gorge et dysphagie. L'examen du pharynx et au miroir laryngien ne montre rien. Douleur à la pression au niveau du cricoïde à gauche. Une radiographie, faite par le Docteur Japiot, révèle que l'épingle est enfoncée dans la paroi œsophagienne, en avant du corps de la septième vertèbre cervicale. On pratique une œsophagoscopie quelques heures après sans déceler aucun corps étranger. Trachéoscopie également négative.

Le lendemain, l'épingle est découverte par la radio au niveau du petit bassin. La malade ayant quitté la clinique, on n'a pu savoir au bout de combien de temps le corps étranger a été expulsé par les voies naturelles.

La confrontation de deux radios effectuées de face et de trois quarts, a permis de déduire la position exacte, dans l'œsophage, de l'épingle : celle-ci, implantée à la partie droite, avait dû perforer la cloison œsophago-trachéale et traverser la lumière de la trachée. Le tube œsophagoscopique avait, en toute probabilité, rencontré la tête métallique du corps étranger et entraîné celui-ci plus bas dans l'œsophage, d'où sa pénétration spontanée dans l'estomac et l'intestin.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Diabète insipide syphilitique

On sait que la syphilis constitue une cause importante du diabète insipide. L'observation, relatée par le Professeur agrégé MOUQUIN, se distingue par certains points, qui manquent dans la plupart des cas. Outre son caractère absolument incontestable, il faut noter la brusquerie de son début, au cours d'une méningite syphilitique subaiguë ; en cinq à six jours, la polyurie est passée de 700 grammes à six litres. Généralement le diabète insipide n'atteint que des syphilitiques anciens ; or, ici, l'origine de la syphilis ne pouvait être datée. Le début de la polyurie a succédé à un essai de traitement antisyphilitique à petites doses ; il s'agissait probablement là d'une réaction d'Hersheimer, activant temporairement des lésions de la région infundibulo-hypophysaire jusqu'alors latentes et associées aux lésions méningées manifestes. Au cours de l'évolution de ce diabète insipide, il n'y eut aucun parallélisme étroit entre l'importance de la polyurie et l'intensité des réactions méningées.

Le diabète insipide a guéri complètement par le traitement antisyphilitique ; la polyurie, constante jusqu'alors, n'a commencé à diminuer que lorsque ce traitement a été mis en œuvre avec des doses suffisantes. La diminution a d'abord été rapide, puis plus lente, mais régulière, et la guérison complète est survenue en trois mois environ. Cependant, cette action thérapeutique est souvent inconstante ; le fait s'explique, car le diabète peut être dû à une exostose de la base du crâne, à des lésions anciennes de méningite chronique ou de vascularite. Il n'en est pas de même quand il s'agit d'une méningite subaiguë ou de lésions d'encéphalite récente. (*Le Bulletin médical*, 8 mars 1941).

La reprise du travail chez les paralytiques généraux

Il y a une vingtaine d'années, on était d'accord pour considérer les malades atteints de paralysie générale comme évoluant peu à peu vers un état démentiel et incurable. Or, les méthodes thérapeutiques (malariathérapie, stovarsothérapie), actuellement appliquées à la méningo-encéphalite diffuse d'origine syphilitique, en modifient si considérablement, dans certains cas, le tableau clinique et la marche évolutive, qu'on peut parler maintenant, sinon de guérison, du moins de rémission.

Cependant, d'après le Docteur Ch. BERLIOZ, le déficit intellectuel qui, par la persistance de certains automatismes, permet parfois la reprise du même travail, contraint souvent le malade à prendre un métier plus simple que celui qu'il exerçait antérieurement. Enfin, sur la totalité des cas, il en est un certain nombre, qui n'ont pas repris le travail, qui pourraient, dans d'autres conditions, utiliser leur capacité restante de travail. Mais là, on se heurte aux difficultés, qui résultent des oscillations du marché du travail, et il est certain que le rendement d'un paralytique général traité et amélioré ne saurait se comparer à celui d'un ouvrier sain. Il devient alors, dans les conditions actuelles, le plus souvent un déchet social ; c'est un grave problème qui mérite l'attention et la sollicitude des Pouvoirs publics. (*Revue de Médecine*, décembre 1940).

Paralysie récurrentielle et cardiopathie ; le rôle de la médiastinite rhumatismale

De l'étude publiée par R. LUTEMBACHER, il faut retenir que la paralysie récurrentielle, signalée au cours de certaines cardiopathies, semble due à une extension dans le médiastin des lésions de l'oreillette et du ventricule, et même du poumon. La preuve en est que, traitée à temps par la médication spécifique, cette complication est susceptible de disparaître d'une manière définitive.

Pareil accident s'observe plus volontiers dans les formes de maladie de Bouillard, qui s'avèrent plus particulièrement tenaces, du fait que le traitement initial a été insuffisant. Chez un malade, à l'occasion d'une recrudescence brutale de la maladie, accompagnée d'une péricardite et d'une pneumonie rhumatismale, l'aphonie apparaît ; la corde vocale gauche est paralysée. Sous l'action d'un traitement intraveineux par le salicylate et l'antipyrine, la péricardite et la pneumonie rétrocèdent en quelques semaines. L'aphonie, d'abord complète, s'atténue ; elle fait place à de la dysphonie. Mais il ne s'agit là que d'une adaptation de la corde vocale ; à l'examen du larynx, la paralysie reste inchangée, sous forme de dysphonie, pendant trois mois encore. Au huitième mois, un nouvel examen du larynx fait constater la disparition définitive de la paralysie récurrentielle gauche. (*Le Bulletin médical*, 29 mars 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Résultats de l'enclouage du col du fémur pour fractures cervicales vraies

(M. Paul MATHIEU ; 29-4-1941)

M. Paul Mathieu présente les résultats de 101 cas de fractures cervicales vraies du col du fémur traitées par l'enclouage. La proportion des consolidations a été de 82 %, avec 70 % de résultats fonctionnels excellents. Mortalité opératoire minime (moins de 1 %) et mortalité éloignée de moins de 4 %. L'auteur estime que l'opération qu'il préconise, faite par voie extra-articulaire, sous anesthésie locale, est le plus sûr moyen de prophylaxie, chez les fracturés du col, des complications qui les menacent. Elle permet de les mobiliser dans leur lit, de leur donner les soins nécessaires pour prévenir les escarres, les complications cardiopulmonaires. Certains échecs, toutefois, tenant à l'état pathologique du col, sont peut-être difficiles à éviter.

Déséquilibres alimentaires et vitamines

(M. Raoul LECOQ ; 29-4-1941)

A côté des carences vitaminiques, les déséquilibres alimentaires jouent un rôle dans les avitaminoses. Les syndromes avitaminiques peuvent être causés non seulement par la déficience d'une ou de plusieurs vitamines, mais en outre par certains déséquilibres alimentaires, nutritifs ou humoraux, venant s'y ajouter.

La vitaminothérapie conserve certes ses droits. Mais, chez les sujets vitamino-résistants, il convient d'instituer additionnellement une thérapeutique appropriée susceptible d'améliorer ou de supprimer le déséquilibre en cause (modification de régime, opothérapie, emploi d'antiseptiques intestinaux ou rénaux, etc.)

Les résultats de la radiothérapie dans la maladie de Hodgkin

(M. P. COTTENOT ; 22-4-1941)

En l'espace de huit ans, M. Cottenot a traité par la radiothérapie 57 malades atteints de lymphogranulomatose maligne. Il conclut que cette médication n'est pas réellement curative. Ses résultats sont cependant appréciables puisqu'elle prolonge la vie des malades et leur donne pendant un temps l'illusion de la guérison, en les plaçant dans des conditions de vie meilleures.

Le rôle dans le présent et l'avenir, des laboratoires de recherches

(M. G. RAMON ; 6-5-1941)

Les chercheurs, malgré les difficultés des heures présentes, ont le devoir de continuer leurs travaux scientifiques. Se souvenir de l'exemple illustre de Pasteur qui, pendant les vingt années qui suivirent les revers de 1870, malgré des moyens très réduits, en dépit des conditions de travail souvent précaires, créa une science nouvelle : la microbiologie, si féconde en bienfaits pour l'humanité.

Quelques années après 1870, J.-B. Dumas disait : « L'avenir appartient à la science. Appelons à nous, sur ce terrain pacifique et neutre, où toutes les victoires sont des bienfaits, où toutes les défaites ne coûtent ni sang, ni larmes, les cœurs que la grandeur de la patrie émeut. C'est par la science qu'elle ressaisira son prestige ». A la même date, Pasteur prononçait cette phrase célèbre : « La science doit être la plus haute personnification de la Patrie parce que, de tous les peuples, celui-là sera toujours le premier qui marchera le premier par les travaux de la pensée et de l'intelligence ».

L'homme de science doit accepter tous les sacrifices pour travailler dans le silence de son laboratoire au bien de l'humanité. Les Pouvoirs publics, cependant, doivent donner leur concours à la recherche scientifique et à ceux qui s'y vouent, en facilitant l'approvisionnement des laboratoires en produits indispensables (alcool, glycérine, ammoniaque, etc.).

Elimination de l'urée et équilibre acido-base

(M. LEYRITZ ; 13-5-1941)

S'appuyant sur des recherches urologiques pratiquées dans son service psychiatrique du Finistère, l'auteur estime pouvoir conclure que :

1° L'élimination de l'urée à un taux élevé dans les urines ne dépend pas essentiellement du taux de l'urée dans le sang, mais de l'état de l'équilibre acido-base ;

2° L'urée est éliminée à un taux beaucoup plus fort dans l'acidose que dans l'alcalose.

Conséquemment, il apparaîtrait contre-indiqué de donner des alcalins aux urémiques acidosiques.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Maladie d'Addison traitée par la désoxycorticostérone à doses très élevées ou longtemps poursuivies

(M. L. DE GENNES ; 14-2-1941)

L'apparente guérison dela maladie d'Addison, qui a pu être réalisée pour la première fois en 1939, par l'auteur et quelques collaborateurs, grâce à des injections de cortine de synthèse, est devenue maintenant un fait presque classique, avec d'assez nombreux exemples concluants, tant en France qu'à l'étranger.

Le cas présent tire son intérêt de la gravité particulière de la maladie, des doses exceptionnellement élevées qu'il a fallu pendant dix-huit mois employer pour la combattre, et de l'incidence paradoxale de cette posologie sur la courbe de poids du malade et sur certains signes de la maladie d'Addison.

Dans cette forme grave, évolutive et très rapidement progressive, tous les traitements mis en œuvre avaient entièrement échoué. Dès les premières injections de désoxycortico-stérone, non seulement les troubles digestifs classiques de la maladie d'Addison disparaissaient rapidement, mais encore des troubles d'apparence tout à fait banale (ballonnement du ventre, hoquet, intolérances alimentaires électives), dont la malade souffrait depuis sa jeunesse, et dont rien ne pouvait faire penser jusque-là qu'ils pussent s'expliquer par une insuffisance cortico-surrénale. La pigmentation a lentement diminué, puis entièrement disparu au niveau de la face, pour persister très légèrement en d'autres points. Mais, deux faits particuliers, assez exceptionnels, sont la disparition totale des pigmentations muqueuses et l'effacement très rapide, par une sorte de desquamation, de nombreuses verrues planes, fortement pigmentées, contemporaines de la maladie d'Addison et témoins de la maladie. L'asthénie et l'hypotension ont suivi leur régression habituelle, mais la *tension* s'est, à plusieurs reprises, élevée pendant plusieurs jours à 18-10 et même à 19-12, sans entraîner d'accidents graves. Enfin, l'amaigrissement paradoxal, déjà signalé, à coïncidé dans ses phases les plus considérables, à deux reprises, avec des poussées d'hypertension artérielle relative qui ont été un véritable test d'excès thérapeutique ; il semble donc s'établir un rapport très précis entre l'excès de traitement par l'acétate de désoxycorticostérone et l'amaigrissement constaté.

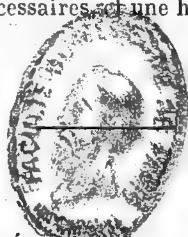
Le traitement de la maladie d'Addison par la cortine de synthèse ; étude de six observations

(MM. L. DE GENNES et D. MAHOUDEAU ; 14-2-1941)

Le produit employé a toujours été l'acétate de désoxycorticostérone, et le traitement n'a jamais été entrepris qu'après les essais souvent prolongés des thérapeutiques accessoires (régime hypersalé, injections de sel à hautes doses, cystéine, injections de vitamine C, injections de divers extraits corticosurrénaux). Ces traitements, qui gardent leur valeur dans les formes bénignes, ont toujours semblé incapables de prévaloir contre les formes sérieuses de la maladie d'Addison.

La cortine synthétique, par contre, a toujours paru, à condition d'employer les doses nécessaires et suffisantes, aussi fidèle dans ses résultats que l'insuline dans le traitement des grands diabètes. Comme pour l'insuline, il y a une très grande variabilité dans les doses de désoxycorticostérone nécessaires à l'équilibre ; il n'y a pas de doses fixes, et l'on doit, par tâtonnements, arriver à déterminer les quantités nécessaires à injecter soit au moment des poussées, soit dans leur intervalle. A l'inverse des cortines d'extraction, qui présentent en dehors de l'inconvénient d'un coût très élevé celui d'une fâcheuse inégalité d'action, la cortine de synthèse semble remarquablement fixe dans son pouvoir. Sans doute, comme l'insuline dans le diabète, n'apporte-t-elle pas la guérison vraie, mais une sédation de tous les signes, qui reprennent dès qu'on cesse le traitement. Elle permet, dans tous les cas, à la condition d'une stricte observance, d'espérer pour les malades une existence prolongée, une vie sociale subnormale, une garantie presqu'absolue contre la gravité des infections ou des opérations chirurgicales nécessaires et une heureuse apparence de guérison.

G. F.



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22-3-1941

L'alcoolisme expérimental

M. Jean LHERMITTE. — L'intoxication alcoolique ne crée pas à elle seule les altérations du système nerveux central et périphérique, elle agit surtout lorsque s'y associe un déséquilibre alimentaire, une avitaminose et peut-être surtout une dysharmonie vitaminique. Prolongée un temps suffisant, l'intoxication par l'alcool entraîne le développement d'une hépatite cirrhogène de tout point anatomique assimilable à celle de l'homme.

Mieux encore, les géniteurs alcooliques de longue date et atteints de cirrhose peuvent engendrer des descendants porteurs, eux aussi, de cirrhose hépatique.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 17 mars 1941

M. H. REYNAUD (de Cognac) décrit une technique modifiée de l'opération de Lefort, destinée à permettre la persistance des rapports sexuels, donc à rendre plus nombreuses les indications du cloisonnement. Il ne fait le cloisonnement élargi que sur le tiers supérieur du vagin, et fait au-dessous et en continuité avec celui-ci une colporraphie antérieure et une colpopérinéorraphie postérieure.

M. DOUAY, dans des cas analogues, fait un cloisonnement sur la moitié supérieure et une colpopérinéorraphie postérieure.

M. PALMER signale que le Professeur Mocquot fait actuellement un cloisonnement réduit à la moitié supérieure du vagin, et y associe également une colporraphie antérieure destinée à éviter l'incontinence d'urine et une colpopérinéorraphie postérieure.

M. TURPAULT présente deux observations très complètes d'hypertrophie mammaire chez la jeune fille. Un hyperfolliculinisme prouvé par des dosages, spontané dans un cas, provoqué ou aggravé par une thérapeutique folliculinique intempestive dans le second, serait la cause déterminante de ces hypertrophies. Le propionate de testostérone a donné d'excellents résultats, tant sur l'hypertrophie mammaire que sur l'aménorrhée concomitante.

MM. BÉCLÈRE, DOUAY et MARCEL insistent sur l'importance qu'il y a à ne pas méconnaître le syndrome en question, et surtout à ne pas le traiter par la folliculine.

M. CHAVAGAT détaille deux observations très typiques de métrite et d'annexite non gonococcique chez de nouvelles mariées. Il pense qu'elles sont essentiellement dues à l'abus des rapports sexuels, avec une hygiène insuffisante. Il démontre que des cas paraissant chirurgicaux peuvent parfaitement guérir de façon complète par une physiothérapie (diathermie, ozone) suffisamment intense et prolongée, et donner des grossesses normales.

M. DOUAY présente l'intéressante observation d'un kyste mucoïde préutérin, masquant l'utérus, infecté par une appendicite subaiguë avec abcès périappendiculaire au contact du kyste.

Le diagnostic a été établi sur les signes suivants : tuméfaction ronde, fixée, relativement peu douloureuse, continuant à s'accroître malgré le repos, la glace, les sulfamides, et produisant une répercussion très marquée sur l'état général : amaigrissement rapide, fatigue extrême, faciès pâle et terreux, état saburral des voies digestives avec un peu de diarrhée ; la température n'a pas dépassé 38°5.

Hystérectomie ; amélioration rapide.

M. Cl. BÉCLÈRE traite depuis deux ans par une injection mensuelle de testostérone deux malades atteintes de myomes sous-muqueux : l'une a des règles normales, l'autre n'est qu'améliorée. Par contre, dans deux cas de métrorragie fonctionnelle préménopausique, le résultat est parfait.

Les Livres

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris (VIe)

G. JEANNENEY, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux et Marc ROSSET. — **Formulaire gynécologique du praticien**. 3e *édition* (1941), revue, corrigée et augmentée. Un vol. in-8° de 280 pages, avec 30 figures dans le texte. Prix : 58 francs.

Cette édition tient largement compte des progrès réalisés dans ces derniers temps, notamment dans le domaine de l'endocrinologie, et a conservé son caractère essentiellement pratique.

Facile à consulter, ce livre permettra au praticien d'établir rapidement un diagnostic et de prescrire un traitement. Il contient, en effet, deux parties : la première expose les moyens par lesquels le médecin, partant d'un symptôme, arrive après un interrogatoire et un examen méthodiques à poser le diagnostic ; la deuxième, de beaucoup la plus importante, est un véritable *Consultaire*.

Elle expose les indications et les techniques générales : physiothérapie, diathermie, ondes courtes, radiothérapie, curiethérapie, vaccinothérapie, chimiothérapie, transfusion, cataphylacto-transfusion, etc..., puis, passe en revue les différentes maladies de l'appareil génital, précisant les signes essentiels et formulant pour chaque cas, l'ordonnance (traitement général et local) que le praticien pourra rédiger.

Plusieurs chapitres entièrement nouveaux sont clairement présentés : les dyspubertés, les aménorrhées, les hémorragies génitales idiopathiques, la stérilité, la frigidité féminine, la fécondation artificielle, la blennorragie féminine, les vingt médicaments du gynécologue, les biopsies cyto-hormonales de la muqueuse utérine, etc...

Dans d'autres chapitres, on trouvera une mise au point thérapeutique nouvelle. Citons parmi ceux-ci le prurit vulvaire rebelle, les métrites sous toutes leurs formes, les cancers utérins (technique que les auteurs ont pu contrôler au Centre anti-cancéreux du Sud-Ouest), etc....

En résumé, ce Précis de *Thérapeutique gynécologique* indique d'excellente façon tout ce qu'il est indispensable au gynécologue moderne de connaître.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE ET CUMUL

Je lis dans le *Concours* du 20 avril 1941 :

« Il appartient aujourd'hui à tout médecin « français de prendre position dans les études « pour un nouvel aménagement de la profes- « sion ».

Puisque le monde semble être en état de gestation pour créer des nouvelles formules de travail, j'attire l'attention sur deux faits :

1° L'un que nous citerons simplement, qu'il y a encore de la médecine pour riches avec libre choix du médecin et de la médication, et de la médecine pour pauvres où l'individu devient un numéro d'hôpital ;

2° L'autre qui est le droit de cumuler, en particulier de cumuler le droit d'enseigner et le droit de faire de la clientèle.

Il y a quelque 45 ans, j'ai assisté à une affaire pénible. La dame du grand industriel du village où mon père exerçait dut être opérée d'un fibrome qui lui occasionnait des hémorragies. Mon père avait vu cette dame en consultation avec un professeur de médecine ; ils avaient décidé l'opération.

Le professeur de province désigna un chirurgien parisien. L'opération eut lieu au château et mon titre d'étudiant en première année me donna le droit d'assister à l'opération et même de flamber les cuvettes. Le chirurgien arriva la veille, avec deux aides et trois infirmières ; le professeur de médecine fit comme moi : il regarda. Mon père donna le chloroforme.

L'opération se passa sans incidents et l'industriel remit au chirurgien parisien un chèque de dix mille francs.

L'opérée mourut trois jours plus tard.

La visite médicale était alors à un franc, *un franc-or*, il est vrai ; mon père demandait 3 francs par visite chez cet industriel. Il demanda 10 francs pour son anesthésie.

L'industriel lui reprocha la mort de sa dame et lui enleva sa confiance ; il fit venir un jeune médecin auquel il donna les accidents de l'usine qui se payaient au forfait 5 francs pour les petits et 15 francs pour les gros.

Risque du métier, dira le Docteur Richard ! Oui, c'est exact, mais je trouve aussi tout à fait normal que, lors de l'évolution des idées, les praticiens aient tenté de couvrir ce risque, car en vieillissant, j'ai compris pourquoi les noms de Jeanne, de Cézilly, de Diverneresse, pour ne citer que les disparus, revenaient si souvent dans les dîners familiaux qui réunissaient mon père, mon grand'père, mon oncle, tous trois médecins de campagne, lorsqu'ils parlaient du relèvement moral et matériel de la profession.

Le mot « dichotomie » n'existait pas encore. Ce mot, qui a du chic, fut créé par ceux qui vivaient du trafic des influences et y trouvaient des « correspondants » obligés et corollairement peu coûteux.

Aujourd'hui on fait grand bruit sur la dichotomie, tant de bruit que je crains fort que cela finisse par le cri de « Haro sur le praticien indépendant, ce pelé, ce galeux, d'où venait tout le mal ». Ce serait fini du libéralisme de la médecine.

Pourtant, que je sache, la dichotomie, n'est pas particulière à la chirurgie ; le médecin consultant dichotomise, le spécialiste et surtout l'électroradiologiste dichotomise, le marchand de ceintures dichotomise ; il en est de même du fabricant de spécialités pharmaceutiques quand il nous envoie des crayons, des buvards, des carnets, des coupe-papiers, des pendulettes, des pèse-lettres et autres objets, jusques et y compris des jouets d'enfants. Quel est le métier où l'on ne dichotomise pas !

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que les clients le savent et que ce ne soit pas eux qui mènent la bacchanale : ils savent que le moyen très simple d'éviter la dichotomie, c'est d'aller voir directement le chirurgien, le consultant, le spécialiste, le marchand d'appareils et de fixer le prix d'avance. Tout client sait parfaitement que s'il va chez un marchand de meubles ou chez un entrepreneur, avec un architecte, cela lui coûtera plus cher, que c'est lui client qui paiera cette dichotomie appelée commission. Pourquoi voulez-vous qu'il ne raisonne pas de la même façon quand il s'agit de sa santé : le client est d'accord que le médecin comme tout autre, doit

vivre de son métier : il paie, il le sait, mais il se dit que le médecin traitant est pour lui une garantie, un soutien, un protecteur qui le fera prendre en considération. Il estime qu'il sera opéré avec plus de soin, avec plus de précaution car, si lui, client, n'a qu'une opération à se faire faire, il se dit que le médecin en a de nombreuses autres à faire exécuter, et que cela, le chirurgien le sait aussi bien que lui. Laissons lui cette croyance, même si parfois elle n'est qu'une illusion ; n'est-elle pas toujours pour lui un réconfort.

Dans tout ce brouhaha, ce que l'on ne dit pas, ce qu'on chuchote cependant, c'est la grande tare de la médecine, la tare qui, indiscutablement fait tort à la santé publique, et non plus à la bourse d'un particulier : cette tare, c'est le cumul ou mieux les cumuls.

Le mal que fait à la santé publique le trafic des influences, est autrement sérieux et autrement grave que celui de la dichotomie et même que celui de la réclame dont le moins qu'on puisse dire c'est que l'on ne peut définir où elle commence et où elle finit. Est-ce qu'être président d'une Société de musique est une réclame plus grande ou moins grande que celle d'être président d'une Société savante dont les programmes paraissent hebdomadairement dans la grande presse ? Est-ce que donner son nom légèrement déformé à une spécialité pharmaceutique est de la réclame ?

Ce qui est certain, c'est que ce sont les cumuls qui permettent la recherche « des correspondants » forcés.

N'est-ce pas remarquable que les chirurgiens recherchent les postes où se fait certain contrôle des médecins, postes où leur habileté opératoire n'a que faire.

Je ne vois pas quelle joie un chirurgien trouve dans le rôle de médecin directeur du service des enfants du premier âge, où d'inspecteur de pouponnières : certes, il y a le fixe, mais que compte-t-il pour lui, chirurgien ? Ne fait-il pas cela pour entrer en contact avec des praticiens dont il a le choix et sur lesquels il fait des rapports ; gare à ceux qui ne prônent pas sa valeur opératoire, ou dont la confiance irait à d'autres.

Que penser de cet autre chirurgien qui occupe la place de médecin contrôleur chef d'une Caisse d'assurances sociales ? Ce poste est excellent pour lancer des flèches, pour voir des récidives herniaires, ou les rechutes de matrice, pour envoyer certains praticiens devant les Conseils de famille pour des peccadilles ou, contrairement, pour les repêcher le cas échéant.

Est-ce la place d'un chirurgien d'être médecin principal régional d'une Compagnie de chemin de fer, et de choisir parmi les candidats, les médecins campagnards de la Compagnie ?

Quand un praticien qui tient à son fixe appelle pour opérer le chirurgien qui a la haute main sur le fixe, le public peut-il se rendre compte quel est le vrai mobile, je ne dis pas le seul mobile de ce choix.

Le public ne peut pas se défendre contre le trafic des influences. Il peut se défendre contre la dichotomie en demandant le prix de l'intervention tout comme il demande le prix d'une maison, d'une automobile, d'une affaire en justice. Lorsque le prix est fixé, que lui importe la répartition des honoraires : il ne s'en occupe pas plus que du partage des commissions commerciales ou de la ventilation des frais de procédure. Il jugera s'il est content de son opération tout comme s'il est satisfait de son auto, et de ce jugement seul découleront l'estime qu'il aura pour son médecin et la réputation qu'il fera au chirurgien choisi par ce médecin.

Du reste qu'est-ce que les Caisses recherchent en fixant le prix global ? De savoir exactement à quoi s'en tenir comme frais de l'opération. Peu leur importe de connaître la rémunération des aides et le nombre de ces aides. Ce serait trop long de discutailler sur cette question et j'en reviens à la question des cumuls.

Le plus néfaste des cumuls, pour le public, est celui du droit d'enseigner et du droit de faire de la clientèle. Gazons sur ce genre de trafic des influences, je ne veux rien écrire de « morticolesque ». Je crois que beaucoup pensent comme moi, qu'il est aussi funeste à l'enseignement qu'à la santé publique. Inutile d'insister.

« Mais alors, dites-vous, le public perdra le droit de confier sa santé à un professeur ». Parfaitement ! Dans mon esprit, le professeur est là pour juger de la valeur des procédés opératoires, des techniques médicales et il est là pour les enseigner, c'est-à-dire, diffuser les meilleurs. Sa valeur professionnelle appartient aux déshérités des hôpitaux. Pour le reste, il est payé pour créer des élèves, et ce sont ces élèves praticiens que le public pourrait aller trouver. Il doit être payé largement, payé pour cela seul, car le but de sa vie doit être de faire des recherches scientifiques et des travaux de laboratoires, d'éduquer des étudiants, d'en faire d'excellents praticiens capables de se passer de consultant, et non pas celui de se créer des « correspondants ».

Tant que cela ne sera pas, jamais un professeur ne dira « la méthode que vient de découvrir tel professeur ou tel praticien est la meilleure ». Jamais un professeur de chirurgie ne dira « allez donc vous faire opérer par X. : il a une technique et une instrumentation qui a toute ma faveur ». Jamais un professeur ne dira « J'ai prié le Dr X. de venir exécuter devant vous une technique personnelle qu'il m'a fait connaître et qui me paraît présenter de réels avantages ». On riait avant guerre de certaines discordes entre les

facultés : tous savaient que l'intérêt de la science comptait peu ou prou dans ces discordes.

Sans cette tare, cependant, le Dr Besançon dans son livre si amusant « Les jours de l'Homme » n'aurait pu décrire, page 124, les types immortels de « Glorius » et de « Legonflé ».

Que penser de ceci :

Un professeur de faculté touche, dit-on de son traitement magistral et d'autres fixes 135.000 francs par an. Il occupe en sus une fonction administrative gratuite qui lui assure plusieurs « correspondants » et une sorte de monopole : on lui déclare une grosse clientèle. Par son honnêteté, cet homme mérite l'estime de tous. Il s'y entend pour tirer profit des erreurs de son temps. A-t-il raison ou tort ? Cela le regarde, mais a-t-il le temps matériel suffisant pour s'occuper des travaux scientifiques qui incombent à son titre de professeur.

J'ai connu dans une faculté de province des professeurs éminents, au renom mondial, qui se consacraient à la science pure. C'était une honte de penser que, pour vivre, en sus de leur traitement et de quelques expertises l'un devait avoir une consultation médicale au bureau de bienfaisance, l'autre un poste de médecin des décès. Le troisième était devenu fortuné par son mariage. Leurs successeurs s'occupent tous trois en plus de leur chaire professorale, d'une clientèle chirurgicale. Je ne crois pas que leur enseignement y ait gagné quelque chose : en tout cas, on ne parle plus dans la presse scientifique de ces laboratoires.

Et pourtant les dirigeants de l'état savent qu'aucune firme ne permet à ses ingénieurs d'être en même temps professeurs de mécanique ou autre. Elles jugent qu'il est impossible de mener de front deux affaires astreignantes et désirent que leurs collaborateurs lui consacrent toute leur activité.

L'Etat, lui-même, n'est pas logique avec lui-même : Je citerai cette réflexion de la dame d'un de mes amis à qui je parlais de la question : « En somme, ce qui se passe là, dit-elle, c'est comme si on permettait aux instituteurs d'être marchands de vin ou représentants d'assurances ».

Mais tout cela ce sont les tares du passé et nous devons avoir les yeux tournés vers l'après-guerre, avec le désir de faire mieux.

Me souvenant de la fable des grenouilles, j'ai été jadis le seul sur quarante-sept confrères à voter contre l'Ordre des médecins. Espérons qu'il nous donnera un code, que ce sera la suppression des « deux poids, deux mesures » des procès de tendance, des procès sur pièce dont les sentences étaient dictées parfois plus par les jalousies ou les rivalités que par la confraternité et la justice.

Espérons que l'Ordre des médecins ne divisera pas les médecins, chirurgiens et spécialistes en plusieurs castes hostiles, pour le plus grand mal de la santé publique et du niveau moral et matériel de la profession, qui doit tant aux directives des grands praticiens du *Concours médical.*

Nous qui aimions tant la médecine libérale, qui avons vu ce libéralisme s'accroître pour le bien de tous, vivons d'espoir et attendons avec confiance ce qui sortira de cette nouvelle création.

Dr DESCARPENTRIES.

A PROPOS DE LA SITUATION PRIVILÉGIÉE DES ÉTUDIANTES ET DES ÉTUDIANTS RÉFORMÉS

L'article que j'ai publié dans le no 12 du *Concours médical* de 1941 (p. 561) sur la « Situation privilégiée des étudiants réformés et des étudiantes » m'a valu quelques lettres dont une émane d'un groupe de médecins prisonniers. Mes correspondants reconnaissent l'utilité de prendre des dispositions destinées à résoudre la question dans un esprit d'équité.

Le Docteur Rogier, dans le no 21 du *Concours médical* (p. 253), propose deux moyens qui, s'ils sont différents de celui que j'avais présenté à titre d'exemple, visent au même but.

J'ai été toutefois étonné que mon confrère élève une protestation énergique contre mon « interprétation qui fait des réformés des favorisés du sort ». N'est-ce pas, en effet, pour combattre une situation privilégiée qu'il a fait ses deux propositions ? Il est indiscutable que les étudiantes et les étudiants réformés ont, sur leurs camarades, l'avantage de poursuivre leurs études et de préparer les concours sans l'arrêt des deux années de service militaire, et d'atteindre plus rapidement le moment où ils passeront leur thèse de doctorat et où ils s'installeront médecins.

En ce qui concerne la question de l'inutilité de la 6e année d'études sur laquelle le Docteur Rogier professe une opinion différente de la mienne, je renvoie ceux que la question intéresse aux articles que j'ai fait paraître depuis novembre 1940 dans l'*Informateur médical.*

Professeur J. VANVERTS.

FORME ET RÉGIME FISCAL DES ACTES DE PRÉSENTATION A CLIENTÈLE

Aux termes de l'art. 25 du Code de déontologie, tout médecin cessant l'exercice de son art au profit d'un successeur, doit en avertir le Conseil départemental de l'Ordre qui donne son agrément. C'est une première restriction au principe, jusqu'alors en vigueur, qui laissait toute liberté au médecin de présenter à sa clientèle le confrère de son choix.

Mais il résulte des dernières instructions contenues dans la circulaire n° 6 envoyée par le Conseil supérieur de l'Ordre aux Conseils départementaux, que ce régime de liberté, même surveillée grâce à l'agrément, devra disparaître à jamais au jour de l'institution de la retraite. Le Conseil supérieur de l'Ordre s'exprime, en effet, dans ces termes : « les conventions particulières ne seront tolérées que jusqu'au moment de la réalisation effective de la retraite des médecins. A partir de ce moment, les postes appartiendront à l'Ordre ».

Cette décision est grosse de conséquences et l'on peut s'étonner qu'une telle mesure résulte d'une simple circulaire.

Quelle est la valeur d'une telle mesure, que les pouvoirs publics n'ont jamais osé prendre vis-à-vis des offices ministériels, dont les titulaires exercent pourtant beaucoup plus une fonction publique qu'une profession dite libérale, comme les médecins. Nous posons la question, sans vouloir la résoudre aujourd'hui. Nous avons d'ailleurs le temps d'y revenir, puisque cette mesure ne sera effectivement applicable qu'au jour où sera instituée la retraite.

Pour le moment, nous nous proposons seulement d'examiner la forme et le régime fiscal des actes de présentation à clientèle. Nous verrons également quelles sont les nouvelles obligations mises à la charge des médecins par le nouveau Code général des impôts directs à l'occasion de la cessation de l'exercice de leur art.

***

La clientèle d'un médecin, ainsi que nos lecteurs le savent, est considérée par la doctrine et la jurisprudence, comme étant une chose « hors commerce » et ne pouvant, comme telle, être cédée pour un prix d'argent. Est donc nul tout acte ayant pour objet la *cession* d'une clientèle médicale.

Par contre, un médecin peut très valablement, moyennant le versement d'une indemnité, s'engager d'une part à présenter un successeur à ses clients, et s'interdire d'autre part d'exercer pendant un certain temps dans un rayon déterminé. Une telle convention s'analyse, en effet, juridiquement comme un engagement « de faire » et « de ne pas faire » parfaitement licite. Elle est souvent complétée par une vente du mobilier et des instruments professionnels, ainsi que par une cession du droit au bail des locaux dans lesquels est installé le cabinet médical.

La forme de telles conventions dépendra généralement du mode de paiement de l'indemnité de présentation. Le régime fiscal sera fonction de la forme.

I. Forme

Chaque fois que l'indemnité est versée au comptant, il est inutile de rédiger un acte pouvant entraîner la perception d'un droit d'enregistrement. Il suffit que le jour où le transfert du poste a lieu, le successeur remette contre reçu dûment timbré le montant de l'indemnité fixée à son prédécesseur, qui s'engage dans une simple lettre à ne plus exercer la médecine pendant un temps donné dans un rayon déterminé.

S'il y a cession de matériel ou de mobilier professionnel, le paiement se fait sans la moindre formalité, comme en matière de vente de meubles, et sans qu'il soit besoin de la rédaction d'un écrit.

Seule la cession du droit au bail doit obligatoirement se faire par acte écrit, sous seings privés ou notariés, et est soumise à l'enregistrement.

Dans ce premier cas, les formalités se trouvent donc réduites au minimum. Le prédécesseur a touché l'intégralité de l'indemnité de présentation à clientèle, et le successeur se trouve garanti par l'engagement écrit de non rétablissement, qu'il possède.

Par contre, si l'indemnité n'est pas versée au comptant pour sa totalité, il est prudent de rédiger un acte écrit, qui fera foi de la réalité des conventions, et servira de preuve pour le cas où l'une des parties viendrait à manquer aux obligations qu'elle a contractées.

Un tel acte, nommé *acte de présentation à clientèle*, énumère les diverses obligations réciproques prises par le médecin titulaire et son successeur. A titre documentaire, nous publions ci-dessous les clauses principales d'un acte type de présentation à clientèle, étant bien entendu que la forme et le contenu sont susceptibles de variantes adaptées à chaque cas particulier.

II. Régime fiscal

a) Droits d'enregistrement

Si les conventions restent verbales, aucun droit fiscal n'est exigible, car de telles obligations ne sont soumises à la formalité de l'enregistrement que lorsqu'elles sont contenues dans un écrit.

Quant aux conventions écrites, elles peuvent résulter soit d'un échange de lettres, soit d'un acte sous seings privés. Du point de vue fiscal, l'échange de lettres constatant l'accord des parties sur un certain nombre d'obligations réciproques, est assimilable à un contrat synallagmatique sous seings privés, et soumis comme tel aux mêmes droits fiscaux que ce dernier. Nous n'étudierons que le premier cas.

L'acte de présentation à clientèle doit être rédigé sur papier timbré, en trois exemplaires. Il doit de plus être présenté à la formalité de l'enregistrement dans les trois mois de sa date.

Le taux du droit d'enregistrement exigible n'est pas uniforme. En effet, chacun des engagements contenus dans l'acte de présentation à clientèle constitue une obligation juridique d'une nature particulière, soumise à un droit d'enregistrement propre. C'est ainsi que :

— L'engagement de présentation à clientèle, assimilable au contrat de louage de services, est passible d'un droit de 1,65 %.

— L'engagement de ne pas se rétablir, produisant un effet extinctif, est soumis au droit de 0,85 %.

— La cession du matériel et des instruments professionnels donne ouverture an droit de vente mobilière de 7,60 %.

— Enfin, la cession du droit au bail comporte l'application d'un droit de 13 % sur le montant de l'indemnité, plus un droit de 1,10 % sur le montant du loyer stipulé au bail.

Il y a donc intérêt, pour éviter la perception de droits trop élevés, à ne comprendre dans l'acte de présentation à clientèle que l'engagement de présentation et celui de non rétablissement, en ayant soin d'ailleurs d'imputer la majeure partie de l'indemnité à l'engagement de non rétablissement, passible d'un droit deux fois moins élevé (0,85 %) que celui exigible sur l'engagement de présentation (1,65 %).

La vente du matériel, s'il y en a une, ne sera mentionnée dans aucun écrit. Elle se fera verbalement, avec paiement comptant, ce qui évite ainsi l'imposition au droit élevé de 7,60 %.

Quant à la cession du bail, il est préférable de la faire par acte séparé, sous seings privés ou devant notaire, suivantla forme du bail initial. Elle se fera à titre gratuit pour éviter la perception du droit important de 13 % sur le montant de l'indemnité du droit au bail. Dans ces conditions, seul le droit de 1,10 % sur le montant du loyer annuel sera exigible.

Admettons, à titre d'exemple, que l'indemnité de présentation à clientèle ait été fixée dans l'acte à 100.000 francs, ainsi répartis : 40.000 francs pour l'engagement de présentation, 40.000 francs pour l'engagement de non-rétablissement, 10.000 francs pour vente du matériel et des instruments professionnels et 10.000 francs pour cession du droit au bail d'un loyer annuel de 6.000 francs. Le montant des différents droits d'enregistrement perçus sur un acte ainsi rédigé, s'élèvera à la somme de 3.126 francs.

Par contre, si l'on applique la méthode que nous venons d'exposer, et si l'on ne comprend dans l'acte que l'engagement de présentation pour 20.000 francs et celui de non rétablissement pour 80.000 francs, soit au total 100.000 francs comme précédemment, en ayant soin de faire la cession du bail par acte séparé et à titre gratuit, et en se contentant d'une vente verbale du matériel professionnel, les droits exigibles ne seront plus que de 1.076 francs, ce qui constitue une réelle économie.

Tel est le régime fiscal des actes de présentation à clientèle. Il apparaît donc que si les parties prennent la précaution d'en exclure toute indemnité pour cession de matériel et mobilier professionnel, ou pour cession de bail, ces droits ne sont pas trop élevés, puisque, dans l'exemple que nous avons donné, après répartition adéquate du montant de l'indemnité, ils ressortent à environ 1 % de l'indemnité totale.

Ces actes doivent être soumis par les parties à la formalité de l'enregistrement dans les trois mois de leur date. Dans le cas où ils ne le seraient pas et si l'administration a connaissance de leur existence, ce qui peut arriver notamment par la production en justice à l'occasion de difficultés nées au sujet de leur exécution, chaque partie contractante sera personnellement condamnée au paiement d'un double droit et éventuellement à une amende.

b) Impôts sur le revenu

Le nouvel article 79 du Code général des impôts directs (*Loi du* 13 *janvier* 1941) stipule que le bénéfice net imposable au titre des professions non commerciales doit tenir compte « de toutes les indemnités reçues en contre-partie de la cessation de l'exercice de la profession ou du transfert de clientèle ».

Ces nouvelles dispositions fiscales sont sans aucun doute applicables aux conventions verbales ou écrites de présentation à clientèle.

Le praticien cessant définitivement l'exercice de la médecine devra donc faire figurer dans sa déclaration, l'indemnité qu'il aura reçue de son successeur, mais seulement dans les limites où elle représente pour lui un bénéfice.

La Direction générale de l'Administration des Contributions directes distingue, en effet, plusieurs cas dans l'application de ces nouvelles dispositions. Si le praticien avait lui-même succédé à un confrère, ne devra figurer dans la déclaration que la différence éventuelle existant entre l'indemnité de cessation et celle d'acquisition, différence qui seule représente un bénéfice. Par contre, si le praticien avait créé lui-même le poste qu'il abandonne à un successeur, c'est l'indemnité totale qui doit être déclarée, puisque son montant intégral constitue pour lui un bénéfice net.

Quant au successeur, il ne pourra amortir sur plusieurs années, l'indemnité qu'il a versée, et la déduire de ses bénéfices imposables, puisque l'Administration des Contributions directes lui en tiendra compte au jour où il cessera à son tour l'exercice de la médecine.

Enfin, l'art. 91 *bis* du nouveau Code oblige les médecins à faire au contrôleur, dans les dix jours de la cessation définitive de l'exercice de leur art, la déclaration de leurs bénéfices imposables (y compris ceux qui proviennent de créances acquises et non encore recouvrées) (1), dans lesquels seront compris l'indemnité de cessation d'exercice et le montant des créances acquises, mais non encore recouvrées.

Dans le cas où la cessation d'exercice a lieu moyennant le versement d'une indemnité par le successeur, ce dernier peut être tenu solidairement avec son prédécesseur du paiement de cet impôt, à concurrence du montant de l'indemnité.

Pour éviter toute responsabilité de ce genre, le nouveau titulaire devra donc s'assurer que son prédécesseur aura accompli ces formalités et acquitté les droits fiscaux correspondants.

***

Ces dernières dispositions, qui constituent une innovation en matière d'impôts cédulaires sur les bénéfices des professions non commerciales, donnent, dans une certaine mesure, un caractère officiel aux actes de présentation à clientèle qui jusqu'alors étaient restés ignorés du fisc. Aussi nous ne saurions trop recommander aux médecins d'être très prudents dans la rédaction de ces actes, et de les soumettre à l'enregistrement dans le délai légal. En effet, les exigences de l'administration ne manqueront pas de se manifester à l'occasion de la déclaration des indemnités reçues, et les médecins ne pourront s'y opposer que par la production de l'acte lui-même, ce qu'ils ne pourront faire que s'il est régulier en tous points.

Le Sou Médical est d'ailleurs disposé à accorder son entier appui moral et pécuniaire à tout médecin qui serait à cette occasion en difficulté avec l'administration des contributions directes, et ce dans le but de créer une jurisprudence en la matière.

Brice MAUREL.
Docteur en droit.

(1) De ces créances, il faut évidemment retrancher celles qui se révèlent irrecouvrables remontant à plus de deux ans, non honorées à présentation par encaisseur, non paiement après plusieurs lettres de rappel....).

PROJET D'ACTE DE PRÉSENTATION A CLIENTÈLE

Entre : Monsieur le Dr X..., demeurant à ....
d'une part,

et Monsieur le Dr Y..., demeurant à .. ..
d'autre part,

IL A ÉTÉ CONVENU ET ARRÊTÉ CE QUI SUIT :

1° Le Dr X... s'engage à présenter à sa clientèle, le Dr Y... qui pourra se dire et se présenter comme son seul et unique successeur.

Le Dr X... se met à la disposition du Dr Y... pendant ... semaines pour le présenter dans les principales familles de sa clientèle, dont la liste sera établie d'un commun accord. Il s'engage de plus à remettre au Dr Y... la liste de tous les clients visités par lui pendant les trois dernières années.

Le Dr X... s'engage enfin à adresser à tous ses clients actuels, sous enveloppe et à frais communs, deux cartes : l'une portant le nom du Dr X... suivi des lettres P. P. C. (Pour prendre congé), et l'autre le nom du Dr Y..., suivi de la mention « successeur du Dr X... ».

En contre partie, le Dr Y... s'engage à verser au Dr X... la somme de ..... francs, que le Dr X... reconnaît avoir reçue comptant (ou qui sera payable d'après les modalités suivantes...) ;

2° Le Dr X... s'engage à ne plus exercer la médecine, même gratuitement, dans un rayon de ... kilomètres (ou dans telle ville, ou dans tels quartiers de telle ville) et ce, pendant ... années.

En contre partie, le Dr Y... s'engage à verser au Dr X... la somme de ..... francs, que le Dr Y... reconnaît avoir reçue comptant (ou qui sera payable d'après les modalités suivantes...) ;

3° Au cas où des difficultés se produiraient en ce qui concerne l'exécution de ces obligations, prises par l'une et l'autre des parties, celles-ci s'engagent dès à présent à soumettre le litige au Conseil de l'Ordre de tel département (ou à un Tribunal arbitral composé de deux médecins désignés chacun par l'une des parties, avec mission pour ces deux arbitres de statuer comme amiables compositeurs et avec faculté, en cas de désaccord, de désigner un tiers arbitre qui les départagera).

Fait en trois exemplaires à... le .....

(Ce contrat doit être établi en autant d'exemplaires que de parties, plus un pour l'enregistrement. Chaque signature doit être précédée des mots « lu et approuvé » écrits de la main du signataire. L'enregistrement est généralement à la charge du cessionnaire, qui doit y procéder dans les trois mois de la date du contrat).

Chronique automobile



L'ALCOOL : PRODUCTION, VENTE, DÉNATURATION

Par M. Henry PETIT,

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique
Rédacteur en Chef de la « Technique Automobile »

Au cours de deux précédents articles, nous avons donné les propriétés physiques principales de l'alcool qui ont une influence directe sur son utilisation dans les moteurs. Nous avons ensuite rappelé comment la différence entre les propriétés physiques de l'alcool et celles de l'essence se traduisaient dans l'adaptation du moteur pour la marche à l'alcool et enfin, nous avons indiqué les éléments principaux du réglage de la carburation et du réchauffage quand on emploie l'alcool comme combustible.

Il ne nous paraît pas inutile de revenir aujourd'hui sur cette question de l'alcool pour rappeler quelles sont ses principales sources de production, les moyens dont on dispose pour l'élaborer et enfin les possibilités qui s'offrent actuellement aux automobilistes français de la zone occupée pour être ravitaillés en alcool.

Nous disons bien zone occupée, car il y a une assez grande différence du point de vue nature et quantité de chacun des carburants disponibles dans chacune des deux zones et certains combustibles presque introuvables au nord de la Loire sont (ou étaient), au contraire, utilisés assez couramment dans certaines régions, par exemple en Savoie ; telles sont les cétones.

Mais, revenons à l'alcool.

LES ORIGINES DE L'ALCOOL

L'alcool est essentiellement un produit agricole : les matières premières employées pour sa production sont très généralement en effet des plantes. Cependant, on sait préparer l'alcool par voie de synthèse ; on peut l'extraire de l'éthylène, produit qui se trouve dans les gaz des fours à coke. Mais ce procédé est loin d'être utilisé aussi largement que la distillation.

Cette origine agricole fait précisément le principal intérêt de l'alcool du point de vue possibilité d'approvisionnement. Le sol français est très loin d'être complètement utilisé pour la culture et on pourrait certainement sans rien réduire des cultures actuelles produire beaucoup plus de plantes susceptibles de donner de l'alcool.

Ce programme ne peut naturellement être établi et se développer que sous l'impulsion des Pouvoirs publics.

Le principal intérêt de l'alcool agricole, c'est d'être de provenance essentiellement nationale et de n'utiliser pour sa fabrication qu'une quantité réduite de combustibles minéraux. Encore y a-t-il certaines plantes, telles que le sorgho, qui permettent de fabriquer de l'alcool en produisant elles-mêmes le combustible nécessaire pour la distillation.

Les plantes les plus utilisées actuellement pour la fabrication de l'alcool en France sont :

La betterave.

Les fruits : pommes, poires, raisin.

A titre d'essai, on a utilisé également le topinambour, le maïs vert, le sorgho, la pomme de terre, le grain et même la cellulose. Certains de ces produits ont d'ailleurs été travaillés sur l'échelle industrielle, mais ils sont actuellement abandonnés soit parce que, produits alimentaires, ils trouvent une utilisation plus immédiate et plus indispensable pour l'alimentation, soit parce que leur travail est plus difficile comme par exemple quand il s'agit de cellulose. D'autres, comme le topinambour, le maïs ou le sorgho, permettent de grands espoirs pour l'avenir, mais ne sont pratiquement pas encore utilisés à l'échelle industrielle.

Nous nous occuperons naturellement ici seulement de l'alcool dit industriel, c'est-à-dire qui n'est pas destiné à la consommation de bouche C'est pourquoi l'alcool de raisin n'entrera guère en ligne de compte dans notre examen (1).

LA BETTERAVE

La betterave est certainement la plante qui fournit actuellement l'alcool le plus facilement et probablement aussi au meilleur marché. Une tonne de betteraves produit un hectolitre d'alcool, si on l'utilise complètement pour la distillation. On peut d'ailleurs n'utiliser dans la

(1) Il est produit au contraire en abondance en Algérie où l'on ne cultive pas d'autre plante pour la distillation que la vigne.

betterave que les résidus de la fabrication du sucre, c'est-à-dire les mélasses qui contiennent encore à peu près 50 % de sucre. Les mélasses ont apporté à la distillation un concours très important, puisqu'au cours de ces dernières années on en extrayait de 5 à 600.000 hectolitres annuellement. En 1934, la production a même dépassé le million d'hectolitres.

La betterave paraît être *a priori* d'une culture coûteuse : elle exige, en effet, beaucoup de façons culturales et beaucoup de frais au point de vue engrais. Mais, si on envisage la question dans son ensemble, on s'aperçoit qu'au contraire, la culture est à peu près gratuite. Après une récolte de betterave en effet, le terrain est parfaitement préparé pour le blé. D'autre part, la pulpe de betterave peut nourrir le bétail. Elle donne donc finalement, en dehors de la plante proprement dite, du blé et de la viande.

Enfin, la betterave n'emporte rien du sol, puisque le sucre qu'on en tire est un hydrate de carbone et ne contient par suite ni azote, ni éléments fertilisants. Le fumier ramène donc tout au sol.

Les distilleries de betteraves peuvent se répartir en trois catégories suivant leur importance : la petite usine, qui produit 50 hectolitres par jour, et qui est, en général, annexée à une ferme ; l'usine moyenne qui produit de 100 à 200 hectolitres par jour et qui est alimentée par des coopératives qui groupent plusieurs fermes ou même plusieurs communes.

Enfin, la grande usine qui produit de 250 à 500 hectolitres par jour.

Certaines de ces usines arriveront même au millier d'hectolitres.

Du point de vue dépense du combustible nécessaire pour la fabrication de l'alcool, la betterave apparaît comme très intéressante. On dépensait autrefois de 100 à 120 kilos de charbon pour faire un hectolitre d'alcool. Aujourd'hui, dans une usine qui marche bien, on arrive à des chiffres de 40 à 45 kilos.

La betterave possède enfin une qualité précieuse pour les distillateurs : c'est que sa production est très régulière d'une année à l'autre. Elle se conserve bien après avoir été extraite du sol et son travail permet par suite un fonctionnement normal de l'usine.

Fruits

Les fruits qui ont été historiquement les premières matières premières dont on a tiré de l'alcool paraissent peu intéressants pour l'alcool industriel. Tandis que la betterave donne, comme nous l'avons dit, un hectolitre d'alcool à la tonne avec des richesses en sucre de 18 %, il faut à peu près deux tonnes de pommes pour le même volume d'alcool et la dépense de combustible s'élève à 120 ou 140 kilos de charbon par hectolitre. L'alcool de pommes est donc un alcool coûteux.

Le topinambour

La betterave exige des terres riches pour pousser convenablement. Le topinambour, au contraire pousse dans des terrains même très pauvres et sa culture peut par conséquent s'étendre dans des régions absolument impropres à la production de la betterave.

Le travail du topinambour présente, il est vrai, plus de difficultés que la betterave du point de vue technique : il se conserve peu après extraction du sol et ses tubercules de forme irrégulière sont souvent difficiles à nettoyer.

Cependant, on a acclimaté de nouvelles formes de topinambours dont les tubercules sont lisses et par conséquent faciles à nettoyer.

Le topinambour améliore la terre sur laquelle on le cultive par apport du fumier et peut, d'autre part, alimenter le bétail avec sa pulpe.

Malheureusement à l'heure actuelle, le topinambour a été taxé à 750 francs la tonne, prix qui le rend prohibitif pour la distillation et il se trouve pratiquement consacré exclusivement à l'alimentation de l'homme et des animaux.

Le maïs vert

On a cru un moment que le maïs vert présentait de très grandes possibilités comme plante productrice d'alcool, mais on a dû en rabattre sur cet espoir. Il s'agit en l'espèce, non pas de travailler le grain de maïs (lequel donne un rendement considérable en alcool, 40 litres aux 100 kilos de grain), mais la tige même du maïs avant maturation de l'épi.

Des essais faits dans le département du Gers n'ont pas donné la satisfaction qu'on en espérait.

La richesse en sucre est à peu près celle de la pomme, donc fabrication assez coûteuse pour l'alcool. D'autre part, le maïs est attaqué très facilement par des maladies cryptogamiques et est, par conséquent, de culture délicate.

Le sorgho

Le sorgho ressemble au maïs, mais a sur lui plusieurs avantages : d'abord la culture pour la distillation est plus facile. Alors que pour augmenter la teneur en sucre qu'on veut obtenir des tiges de maïs, on est obligé de castrer la plante, ce qui entraîne des frais de main-d'œuvre assez élevés, cette opération n'est pas nécessaire pour le sorgho. D'autre part, les grains de sorgho constituent un aliment précieux pour le bétail.

Enfin, le résidu de l'extraction du jus sucré des tiges de sorgho donne un combustible pratique-

ment gratuit et qui peut être utilisé au lieu de charbon pour la distillation. Ce produit, connu sous le nom de *bagasse,* est en quantité assez grande pour laisser disponible du combustible de supplément. D'après les documents italiens, on peut compter sur un rendement de 33 tonnes de canne effeuillée à l'hectare, soit 4 tonnes et demi de sucre, ce qui donne finalement 25 hectolitres d'alcool à l'hectare.

La distillation du sorgho peut être adjointe à celle de la betterave, ce qui permet aux distilleries une période annuelle de travail plus longue, d'où diminution des frais d'amortissement.

Alcool de cellulose

En hydrolysant les matières hydrocarbonées, on peut produire de l'alcool. On peut donc fabriquer du sucre et de l'alcool à partir de la cellulose, mais l'opération est assez délicate : l'acide utilisé pour l'hydrolyse après avoir produit du sucre agit sur ce sucre et le rend non fermentescible.

Des procédés d'hydrolyse perfectionnés ont été appliqués. Bergius, en particulier, utilise en Allemagne un procédé d'hydrolyse de la cellulose par l'acide chlorhydrique . Il reconnaît d'ailleurs avoir eu de grandes difficultés pour mettre ses fabrications au point. En Allemagne, une usine Bergius produit 250 hectolitres d'alcool par jour.

L'alcool de cellulose, c'est de l'alcool à bon marché en raison du bas prix de la matière première. Mais les frais d'installation de l'usine sont considérables d'où un prix d'amortissement élevé. Le prix de revient de l'hectolitre varie donc avec l'importance de la fabrication : pour une usine fournissant 200.000 hectolitres par an, le prix de l'hectolitre se chiffre à 150 francs ; pour une usine moitié moins importante, le prix s'élève à 175 francs, et enfin, pour une usine à 30.000 hectolitres par an, il atteint 275 francs (ces prix sont basés sur le prix du bois à 60 francs la tonne).

Dans tous ces procédés, la dépense de combustible est d'ailleurs élevée et atteint de 150 à 200 kilos de charbon par hectolitre d'alcool.

Grains, pommes de terre

Ne parlons que pour mémoire des alcools de grains et de pommes de terre, dont il ne saurait naturellement être question aujourd'hui ; il en a d'ailleurs été peu produit, nos usines n'étant pas aménagées pour travailler ces matières premières.

On a beaucoup parlé, il y a quelques années, de la distillation du blé pour résorber l'excédent de la production, mais pratiquement cette distillation n'a pas eu lieu.

(A suivre).

LA FAMILLE NOMBREUSE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE MÉDICAL

L'une des premières préoccupations du Maréchal Pétain pour assurer la rénovation de la France, est de rétablir et de développer la famille qui, depuis plus de vingt ans, avait été négligée et à la dissolution de laquelle avait contribué la politique soi-disant sociale. Or, tout d'abord, le gouvernement devait entreprendre la lutte contre la dénatalité et favoriser les familles nombreuses.

Le Corps médical n'avait pas été le dernier à s'intéresser à cette campagne ; depuis plusieurs années une *Association des Familles nombreuses médicales et des médecins amis de la Famille* avait réuni de nombreux adhérents et, depuis janvier dernier, son organe officiel trimestriel, *le Petit Bulletin de Médecine et Famille* paraît en zone libre, grâce à l'initiative du Docteur H. Riberolles (de Chatel-Guyon) et du Docteur L. Robert (d'Issoudun).

Le *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques,* grâce à l'initiative de son distingué secrétaire, le Docteur René Biot, père d'une très nombreuse famille, publie tous les ans un volume d'études ayant trait à la famille, rédigées pour la plupart par des médecins distingués. Il a intitulé son dernier volume *Médecine et Vie familiale* et le premier chapitre dû à M. le Docteur Barbier, médecin des hopitaux de Lyon, traite de *la famille nombreuse vue par le médecin.*

C'est cette étude que nous allons analyser et commenter dans cet article, car il est plus que jamais d'une brûlante actualité.

M. Barbier pose tout d'abord la question : Que faut-il entendre par famille nombreuse ? Les Compagnies de chemin de fer, dont les employés ne sont pas sans doute très prolifiques, considèrent qu'une famille est nombreuse quand elle compte au moins trois enfants. Ce nombre de trois est insuffisant, si l'on considère que les deux aînés devant remplacer le père et la mère, le troisième doit combler les vides, causés dans la population par les célibataires, les ménages inféconds et la mortalité infantile. Mais étant donnée la dépopulation croissante qui sévit en France, nous ne saurions nous montrer sur ce point trop difficiles.

Jadis quand la France avait une population en très grande majorité paysanne (1), l'arrivée d'un enfant dans une famille était considérée comme une bénédiction, c'était dans l'avenir un travailleur de plus pour faire valoir le bien familial et une source relative de richesse. Il n'en est plus de même aujourd'hui du fait de l'émiettement de la propriété paysanne, de l'attraction exercée par l'industrie des villes et par la multiplication des petits fonctionnaires due à la politique locale, les trois causes principales de la dépopulation des campagnes.

Quoi qu'il en soit, dans une famille nombreuse, les enfants sont au moins autant chéris et choyés que dans les familles à un ou deux enfants et, à mesure qu'ils grandissent, ils donnent à leurs parents des satisfactions morales indéniables en attendant qu'ils pourvoient à la sécurité de leur vieillesse.

Evidemment les parents de famille nombreuse subissent des épreuves plus grandes ; les maladies contagieuses les frappent davantage, bien qu'elles ne soient ni plus longues, ni plus graves pour chaque malade que dans les autres familles.

Les difficultés de l'isolement, d'après le Docteur J. Barbier, permettent aux rhino-pharyngites, aux otites, aux bronchites, aux suppurations cutanées, etc..., de se transmettre, il en est de même des traumatismes et des accidents, qu'il est plus facile de prévenir dans une famille à enfant unique.

M. Barbier décrit l'anxiété des parents quand un aîné est atteint à 13 ou 14 ans de myopathie ou de maladie de Friedreich, maladies qui peuvent atteindre les autres enfants quand ils auront atteint le même âge. Mais nous qui, pendant une cinquantaine d'années, avons soigné à Paris des milliers d'enfants de toutes classes, nous pouvons affirmer que ces cas sont infiniment rares.

La polynatalité favoriserait le mongolisme, et l'épilepsie chez les derniers venus, « les enfants de vieux ». Cette opinion paraît être un préjugé, car il nous semble qu'il faut incriminer plutôt l'hérédité et l'alcoolisme.

Du reste, une campagne en faveur de la polynatalité doit fatalement s'accompagner d'une campagne eugénique. L'examen prénuptial doit être pratiqué, mais pour produire son plein effet, il faut qu'il passe dans les mœurs plutôt que de rester une obligation légale. Il faut éviter dans la mesure du possible les familles nombreuses de dégénérés, de chétifs, de malades. Hélas ! nous avons pu souvent le constater. Nous nous souvenons d'avoir soigné, lorsque nous étions médecin de l'Assistance, la famille d'un alcoolique qui nous disait avec une vanité stupide en montrant sa femme épuisée : « Monsieur, j'ai eu huit enfants de cette femme-là ». Or, sur ces huit enfants, six étaient morts et les deux que nous soignions étaient des déchets d'humanité qui ne devaient pas tarder à rejoindre leurs frères.

Le médecin dans l'examen de la polynatalité ne doit pas se borner à la santé des enfants, mais aussi songer à celle des parents. Si le père d'une famille nombreuse est souvent obligé de se surmener pour assurer le bien-être de la maisonnée, la mère fait le plus souvent preuve d'un dévouement héroïque pour donner des soins suffisants à cinq ou six enfants en bas âge.

Les patronages, les colonies de vacances, le scoutisme, etc..., peuvent contribuer à soulager la mère, bien que relâchant les liens de famille.

Il est nécessaire que les grossesses ne soient pas trop rapprochées, si l'on veut éviter les accidents dystociques, les avortements ou les accouchements prématurés et les enfants anormaux ou débiles. Si une famille nombreuse, comprenant des enfants d'âges assez rapprochés, offre des facilités d'instruction et d'éducation, quand ils sont espacés, souvent la sœur aînée servira de seconde mère. Nous en avons connu qui, prenant leur tâche à cœur, se sont héroïquement sacrifiées à leurs frères et à leurs sœurs. Le rôle des grand mères peut être précieux pour suppléer la mère épuisée ou malade.

L'avenir social des enfants de familles nombreuses, dépend de l'éducation et de l'instruction qu'ils ont reçues. Si ces dernières sont médiocres nul doute que le niveau social de la famille sera abaissé, mais ce nivellement par en bas est loin d'être fatal. Souvent un des nombreux enfants de la famille réussit et contribue à obtenir pour ses frères et ses sœurs des situations inespérées. Nous en avons connu plusieurs et un exemple typique est Napoléon Ier qui, bien que n'étant pas l'aîné, a fait la fortune de ses frères et de ses sœurs. Conclusion : Il faut puissamment favoriser la famille nombreuse. Les allocations familiales, les bourses, l'atténuation des impôts et des droits de succession sont d'utiles mesures, mais une vigoureuse campagne en faveur de la natalité est nécessaire. Le médecin doit y collaborer. Il y va du salut de la France.

J. Noir.

(1) A la fin du XVIIIe siècle, la France était de beaucoup le pays le plus peuplé d'Europe.

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale du 24 juin 1941

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale, dont la convocation a été publiée dans le *Concours médical* du 8 juin 1941, s'est tenue au Siège social, 37, rue de Bellefond, à Paris, sous la présidence du Docteur Noir.

S'est excusé le Docteur R. Massart, administrateur.

Le Président met tout d'abord aux voix la motion liminaire suivante :

« La Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français, dont l'activité s'étend à l'ensemble du territoire français et de ses colonies, étant dans l'impossibilité par suite des circonstances de réunir ses membres de zone non occupée et des territoires d'outre-mer, le Conseil d'administration décide, en application de l'art. 3 *bis* du décret du 3 novembre 1939, modifié par la loi du 27 janvier 1941, de se substituer à l'Assemblée générale annuelle pour prendre les décisions nécessaires au fonctionnement normal de la Société et au maintien de son équilibre financier.

Le Conseil considère, en effet, qu'il serait préjudiciable aux intérêts de la Société de retarder davantage l'examen des rapports du Secrétariat, de la Trésorerie, et de l'actuaire, et qu'il est urgent dans les circonstances actuelles d'adapter l'organisation intérieure de la Société aux conditions de ces rapports.

Les délibérations et décisions ainsi prises à l'unanimité des administrateurs en fonction seront soumises pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale. »

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

Sur la question du renouvellement des membres sortants du Conseil d'administration et des Commissions aux comptes, la motion suivante est proposée et adoptée.

« En exécution de l'art. 3 du décret-loi du novembre 1939 sur le fonctionnement des Sociétés de Secours mutuels pendant la durée des hostilités , les élections des membres du Conseil d'Administration sont ajournées et les pouvoirs des administrateurs prorogés. »

Il y a lieu toutefois d'élire un administrateur en remplacement du Docteur P. Boudin, décédé.

Le Docteur Bayard est élu à l'unanimité, sous réserve de ratification par la plus prochaine Assemblée générale.

Le Président donne ensuite la parole au Secrétaire général pour présenter et commenter son rapport annuel, publié dans le *Concours médical* du 1er juin. Celui-ci expose les répercussions qu'a eues la guerre sur la vie de la Société; la remise en marche s'est faite néanmoins et à l'heure actuelle la Mutualité Familiale a repris un fonctionnement quasi normal, à ceci près que l'existence de la ligne de démarcation a contraint le Conseil à créer une succursale en zone non occupée.

Le rapport du secrétaire général est adopté à l'unanimité. Le trésorier présente ensuite son rapport qui fait ressortir la situation financière extrêmement brillante de la Société.

Ce rapport est adopté à l'unanimité.

Lecture est ensuite donnée du rapport des commissaires aux comptes.

Les médecins commissaires aux comptes soussignés après avoir étudié le bilan de la Mutualité Familiale estiment que les comptes sont rigoureusement exacts et en conséquence ont donné leur signature.

Ils proposent à l'assemblée générale de donner au trésorier *quitus* de sa gestion pour l'exercice 1940.

Signé : Docteur RIGAL, Docteur LAUFER, Docteur BAYARD, Docteur MOLINÉRY.

M. Collomb, actuaire, et commissaire aux comptes, a rédigé un rapport personnel qu'il lit et commente :

Messieurs,

Conformément au mandat qui m'a été donné par votre dernière Assemblée générale, j'ai examiné les comptes de votre Société pour l'exercice 1940.

Mes vérifications ont porté principalement sur la composition et les variations de votre actif.

Les pièces examinées confirment les soldes des comptes de dépôts qui vous ont été indiqués, à savoir:

Société générale Paris A. I.....	184.972 fr. 09
Chèques postaux............	214.187 fr. 46
Société française de Reports et Dépôts	207.822 fr. 73
Total	606.982 fr. 28

Votre portefeuille de valeurs mobilières s'élevait, au 31 décembre 1939 à........ 11.362.033 fr. 25

Il s'y est ajouté, par souscription, une valeur de................ 686.721

Les remboursements se sont élevés à .... 185.008 fr. 56

Ce qui conduit bien au solde de. 11.863.745 fr. 67 qui est mentionné dans vos comptes.

Les diverses autres écritures que j'ai examinées n'appellent aucune observation. Le jeu du compte de la Réserve générale créée en 1936 notamment est correct et les écritures portées à ce compte cor-

respondent bien au rôle qui lui avait été assigné. Nous y constatons avec satisfaction un crédit de 237.335 fr. 06 provenant du contrepassement de la Réserve pour moins value du portefeuille portée à votre passif en 1939 et devenue inutile par suite de la hausse des valeurs mobilières.

Je conclus donc à l'approbation des comptes de l'exercice 1940.

Ces rapports sont adoptés.

M. Collomb, au terme de l'inventaire quinquennal qu'il vient de faire, expose ensuite la situation de la Société au point de vue actuariel (ce rapport sera publié ultérieurement).

Cette situation est si favorable que M. Collomb propose de verser aux adhérents un pourcentage en sus des sommes qui leur sont dues à titre d'indemnité.

Les décisions suivantes sont adoptées par l'Assemblée :

Première décision. — Les prestations prévues par les statuts pour la section maladie-accidents feront l'objet pendant l'exercice 1941 d'une **majoration temporaire** ainsi fixée :

10 % pour les indemnités journalières de toutes les combinaisons ;

30 % pour les indemnités chroniques de toutes les combinaisons.

Le Conseil d'administration, après avis de l'actuaire, décidera ultérieurement s'il y a lieu de continuer ladite majoration pendant l'exercice suivant.

Deuxième décision. — Les pensions prévues par la troisième section (**pensions aux veuves**) feront l'objet pendant l'exercice 1941 d'une majoration temporaire fixée uniformément à **400 francs** (quatre cents francs).

Le Conseil d'administration, après avis de l'actuaire, décidera ultérieurement s'il y a lieu de continuer ladite majoration pendant l'exercice suivant.

Troisième décision. — Le rapport actuariel faisant ressortir un excédent entre les réserves mathématiques et l'avoir de chaque section, le Conseil décide :

1° De faire figurer chaque section au passif du bilan pour le montant des réserves mathématiques, représentant la valeur exacte des engagements de la Société.

2° Sur proposition de M. Collomb, actuaire, la Réserve de garantie est portée à 2.530. 085 et la Réserve générale à 2.022.685.

En outre une somme de 158.226 fr. 97 est virée à la Caisse auxiliaire qui passe ainsi à 221.342 fr. 25.

Quatrième décision. — Le Conseil utilisera pendant l'exercice 1941 la Caisse auxiliaire notamment pour majorer les indemnités des combinaisons inférieures de la section maladie et de la section pension aux veuves, dans tous les cas dignes d'intérêt et particulièrement pour accorder une aide aux adhérents et famille d'adhérents touchés par la guerre. Cette allocation viendra s'ajouter aux majorations de 10 %, 30 % ou 400 francs déjà prévue ci-dessus.

Cinquième décision. — En application de l'art. 50 des statuts, le Conseil est autorisé à effectuer, dans le courant de l'exercice 1941, une nouvelle acquisition immobilière pour un montant maximum de deux millions de francs, correspondant aux caractéristiques de l'immeuble déjà possédé par la Société.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général :

G. LAVALÉE.

LA RÉPARTITION DE L'ESSENCE

Le même courrier nous a apporté la lettre collective de certains médecins ruraux du Cambrésis (que nous publions dans les demi-colonnes) et la protestation d'un confrère habitant une petite ville de la grande banlieue parisienne.

Celui-ci estime que, touchant 25 litres d'essence par mois, alors que les ruraux de ses alentours en touchent 60, il est gravement défavorisé par rapport à eux alors qu'en fait, il assure à peu près le même genre de service et fait autant ou presque de déplacements.

Cette double protestation, bien que de sens opposé, témoigne que la répartition de l'essence attribuée au Corps médical a besoin d'être étudiée et fixée une fois pour toutes pour éviter des aigreurs et des froissements entre confrères.

Les Conseils départementaux de l'Ordre devraient, nous semble-t-il, chacun pour son département, se saisir de la question et la résoudre.

Nul ne peut avoir mieux qu'eux autorité et compétence, et nous pouvons être assurés que si l'administration du ravitaillement s'en mêle, il en résultera beaucoup de complications, d'incohérence et de mécontentement.

G. L.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

UNE MENACE POUR LA RACE ? (*Suite*)

Le Docteur Piédallu, du Raincy (*Concours médical*, 20-VI-41) cherche les raisons, chez les conscrits français, de l'atrophie partielle de leurs testicules, comparés à ceux des Polonais et est tenté d'incriminer le pain (d'avant-guerre). Une autre raison pourrait être envisagée : une cryptorchidie partielle intermittente :

Certains modes vestimentaires, pour la nuit, semblent coïncider, dans le temps, avec la diminution du nombre des naissances par famille : A la nudité simpliste et féconde a succédé l'ère de la chemise de nuit, puis est venue l'ère du pyjama. L'acte générateur aurait-il subi un amoindrissement en raison directe des « progrès » vestimentaires ?

Voyons le cas du pyjama. S'il est trop ajusté (ce qui est fréquent chez les enfants grandissant vite), le fond et sa couture brident le périnée.

Chez le petit garçon, cette pression fait que souvent un ou les deux testicules remontent dans le canal inguinal. Si la glande y reste huit heures de nuit, soit un tiers de 24 heures, on conçoit qu'elle peut rester cryptorchide pendant un tiers de la vie de croissance de l'enfant. Notons que le pyjama est très répandu dans les classes modestes.

Autrefois, les Turcs vivaient et dormaient, étendus dans leur pantalon, dont la coupe judicieuse faisait descendre très bas le fond. Pour éviter la remontée du fond, le bas des jambes du pantalon était serré à la cheville.

Le proverbe « fort comme un Turc » donne la conclusion : Ou revenir à l'aisance ancestrale ou lancer le pyjama turc. L'avis des familles médicales à nombreuses progénitures serait précieux en cette occurrence.

Dr Funck-Hellet (Clichy).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Une grave menace en matière d'Assurances sociales — Médecins étrangers — Immeubles sinistrés — Installation des médecins militaires — Le médecin d'un hôpital public est-il un fonctionnaire ? — Sanitaires prisonniers

Un communiqué récent laisse entrevoir une atteinte grave aux intérêts moraux et matériels des médecins : **l'entente directe est condamnée en matière d'assurances sociales, et un tarif limitatif sera imposé pour tout acte médical.**

Par l'intermédiaire du Conseil supérieur de l'Ordre, le Ministère enjoint aux Conseils départementaux de s'entendre avec les Unions de Caisses régionales sur ce point.

C'est un fait d'une importance capitale. En doctrine, il mène tout droit à la fonctionnarisation. En pratique, il risque de rogner durement les revenus de tous les praticiens.

Cet écho n'est qu'un cri d'alarme. Nous exposerons la question tout au long dans le plus prochain numéro.

***

La cascade des textes relatifs à l'application de la loi du 16 août 1940 sur l'exercice de la médecine par les praticiens nés de père étranger, continue.

Le décret d'application des 5/20 octobre 1940, abrogé par le décret du 31 mai 1941, avait été remplacé par un arrêté du 5 juin 1941, lequel s'était révélé incomplet dès sa mise en application. Aussi vient-il d'être modifié et complété à son tour par un nouvel arrêté daté du 3 juillet 1941.

La principale innovation consiste à permettre aux médecins d'origine étrangère qui n'étaient pas installés au moment de la publication de la loi du 16 août 1940, d'effectuer des remplacements en attendant qu'il soit définitivement statué sur leurs demandes.

Il est toutefois spécifié que ces remplacements doivent être autorisés. Mais par qui ? Le texte ne le précise pas. Nous pensons qu'il s'agit du Secrétariat général de la Santé publique, dont dépendent toutes les questions relatives à l'application de cette réforme.

***

La législation actuelle relative à la reconstruction des immeubles détruits par faits de guerre, doit être une nouvelle fois refondue.

La participation financière de l'Etat serait notablement augmentée. Elle atteindrait 80 à 90 % du coût de reconstruction pour les immeubles d'une valeur inférieure à 300.000 francs ; les 10 ou 20 % à la charge du sinistré pourraient faire l'objet d'un prêt à 4 %, amortissable sur 30 ans.

Enfin, les dégâts mobiliers ne seraient plus remboursés forfaitairement comme sous la législation actuelle, mais sur la base de 50 % de leur valeur assurée, plus 10 % par enfant à la charge du ménage.

L'Etat paraît avoir enfin compris que la communauté nationale se doit d'apporter une aide maxima aux populations sinistrées.

***

Le dernier *Bulletin de l'Ordre* nous apporte d'utiles précisions sur la relève des médecins prisonniers. Nous en avons déjà parlé dans notre dernier numéro.

Mais une lecture plus attentive de ce *Bulletin*, nous fait apparaître une certaine contradiction dans la doctrine des autorités françaises en la matière.

Nous voyons, en effet, à la page 81, que « l'installation des médecins militaires en congé d'armistice est libre depuis plusieurs mois... il y a donc lieu d'autoriser les médecins dans cette situation à s'installer comme s'ils étaient des médecins civils ».

N'y a-t-il pas un incontestable illogisme, que nous aurions aimé voir dénoncer par le Conseil supérieur de l'Ordre, dans cette installation civile des médecins militaires, alors que bon nombre de leurs confrères de réserve remplissent leurs fonctions dans les camps de prisonniers ?

***

Nous avions hésité à signaler le bien curieux jugement rendu par le Tribunal civil de Valence le 24 décembre 1940. Nous devons le faire aujourd'hui puisque nous le voyons paraître un peu partout.

En bref, le Tribunal considère le chirurgien d'un hôpital public comme lié avec la Commission administrative par un contrat de louage de services de droit privé, et non point par une convention d'ordre administratif, car il n'est pas un fonctionnaire public mais un praticien mettant ses connaissances au service de l'établissement, sans cesser l'exercice de sa profession libérale. En conséquence, les tribunaux judiciaires sont compétents pour connaître d'un tel contrat.

Il découlerait d'ailleurs d'un tel principe bien

d'autres conséquences autrement importantes ; le médecin serait seul responsable de ses fautes à l'égard des malades. Il pourrait demander directement des honoraires à ces derniers. Il serait en droit de réclamer des dommages-intérêts, et un préavis en cas de rupture. Ces fonctions pourraient être remplies par des médecins étrangers ou naturalisés de fraîche date, etc.

Si cette décision, qui paraît d'ailleurs inspirée surtout par des considérations de fait et par l'intention des parties, était isolée, nous ne lui attacherions pas autre importance, car elle est contraire à toute la jurisprudence du Conseil d'Etat, laquelle donne à la fonction de médecin d'hôpital le caractère d'un service public, et la soumet aux règles du droit administratif (V. not. arrêt Dufour du 21 février 1936).

Mais il semble que la jurisprudence civile, notamment la Cour de Paris (arrêt du 18 mars 1938) et, dans certains arrêts, la Cour de cassation elle-même (arrêt du 30 novembre 1938) s'orientent vers cette conception purement privée du rôle du médecin à l'hôpital public.

Il y a là un conflit positif d'attribution qu'il faudra bien faire trancher un jour ou l'autre. La réforme des hôpitaux en cours actuellement peut en être l'occasion. En subordonnant les Commissions administratives aux autorités préfectorales, en instituant le recrutement des médecins par voie de concours, en exigeant pour leur nomination l'agrément du Directeur régional à la Santé, il semble bien que la réforme fasse définitivement pencher la balance en faveur du caractère administratif de la fonction médicale hospitalière.

***

L'autorité allemande procède à l'établissement d'une nouvelle réglementation tendant à déterminer la qualité de sanitaire des prisonniers n'ayant plus sur eux leurs pièces d'affectation.

Les familles des sanitaires prisonniers doivent pour le moment s'abstenir de faire toute nouvelle demande de libération et ce, jusqu'à ce que les conditions d'établissement des pièces justificatives qui seront exigées aient été définitivement fixées.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3669. — L'insolation est-elle un accident du travail

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si un décès par insolation sur les lieux mêmes du travail, doit être considéré comme un accident du travail, et donne droit à une pension pour la veuve.

Un de mes clients est décédé de la sorte les jours derniers et la veuve m'affirme qu'elle connait deux veuves touchant des pensions, dont les maris sont décédés d'insolation. Il me semblait pourtant que les accidents dus aux forces de la nature (soleil, foudre, etc.) ne constituaient pas des accidents du travail.

Quelles formalités doit remplir la veuve pour obtenir une pension ?

Dr H.

Réponse

Il est exact que la jurisprudence ne considère pas, en principe, comme accidents du travail, ceux qui proviennent de l'action des forces de la nature, telles que le chaud, le froid, le vent ou la foudre.

Il en est autrement cependant lorsque la nature du travail ou les conditions dans lesquelles il est effectué dans l'entreprise, ont mis en jeu ces forces naturelles ou ont contribué à en aggraver les effets.

Par exemple, a été considéré comme acc'dent professionnel le décès d'un ouvrier victime d'une insolation, alors qu'il entassait des gerbes en plein soleil par une journée exceptionnellement chaude, depuis plus de deux heures, alors que la présence de ses patrons stimulait son effort, rendu plus pénible par sa continuité même et alors que la forte congestion des organes qui en résultait favorisait l'effet nocif de la chaleur (Cour de Paris, 19 février 1934. *Gazette des Tribuuaux*, 5 mai 1934).

Il s'agit donc d'une question d'espèce et il faudrait connaître, pour donner un avis sur le cas qui vous intéresse, les circonstances dans lesquelles est survenue l'insolation.

Pour bénéficier de la législation, si elle y a droit, la veuve devra, si aucune déclaration d'accident n'a été faite par le patron, faire elle-même cette déclaration à la mairie du lieu de l'accident et déposer à l'appui uu certificat médical indiquant la relation de cause à effet entre l'insolation et le décès de l'ouvrier.

La procédure tendant à l'attribution d'une rente sera déclenchée par l'accomplissement de ces formalités.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

3308. — Besredka et double déplacement

Je viens mettre votre obligeance à contribution ou celle de M. Fernand Decourt pour me renseigner sur le point suivant :

Accident du travail. La visite à domicile à 3 kilomètres de distance : 27 francs.

Mais j'ai fait le deuxième jour chez le sujet qui avait déjà reçu du sérum animal, il y a plusieurs années (anaphylaxie possible), une injection de 1 c.c. de sérum le matin et une injection totale cinq heures après dans l'après-midi.

Le tarif dit : injection de sérum antitétanique en une seule fois : 22 francs, en plusieurs fois (Besredka) : 28 francs.

Comment cela s'entend-il ?

Visite domicile (matin) : 27 francs ; visite domicile (soir) : 27 francs ; Besredka : 28 francs = 82 francs ;

Ou bien : Besredka (matin) : 28 francs + 9 francs kilomètre ; (soir) une visite : 27 francs = 64 francs.

Je crois que l'on peut hésiter, mais vous éclairerez ma lanterne.

Dr C.

Réponse

Il y a là deux articles différents : art. 15 : Besredka : 28 francs + art. 2 déplacement de

6 kil. aller et retour : 9 francs. Voilà pour le matin.

Quant au soir, vous ne pouvez compter qu'une visite simple, plus déplacement, soit 17 (et non 18) + 9 = 26 francs, soit au total 37 + 26 = 63 francs. Je dis bien 17 et non 18, car le franc de visite est pour les déplacements dans l'agglomération, donc non à compter quand il y a déjà un déplacement kilométrique.

Dr F. Decourt.

3536. — Traitement de l'asphyxie

Je suis appelé auprès d'un homme intoxiqué par l'oxyde de carbone d'un gazogène. Il est midi et le lieu du sinistre est à 6 kilomètres de mon domicile. Pendant une heure et demie j'ai procédé à la respiration artificielle avec tractions rythmées de la langue. J'ai procédé en même temps à deux injections d'huile camphrée, caféine, éther. Pendant ce temps, mon mari qui m'aide en tant que conducteur de ma voiture, allait dans une pharmacie située à 13 kilomètres de la campagne chercher un ballon d'oxygène. Dès son retour, j'ai pratiqué une injection sous-cutanée d'oxygène d'environ trois litres et je n'ai quitté mon patient qu'à 5 heures du soir (après une nouvelle injection d'huile camphrée-caféine-éther), lorsque je l'ai cru hors de danger.

Veuillez me renseigner sur le tarif que je dois appliquer : Tarification de la surveillance.

Tarification de la respiration artificielle.

Tarification des déplacements : 6 + 6 km. ou bien (6 + 6 km.) + (13 + 13 k.).

Je comprends que les injections d'huile camphrée et d'oxygène peuvent être comprises dans la totalité des soins.

Dr A.

Réponse

Vous avez à compter « Traitement de l'asphyxie (avec, etc..., voir *in fine* de l'art. 16) : 55 francs.

Vous ne pouvez compter la surveillance prolongée puisqu'il est dit expressément que les dispositions de l'art.6 ne peuvent se cumuler avec celles rappelées ci-dessus à l'art. 16.

Evidemment, vous avez à compter en plus votre déplacement personnel, mais pas celui de votre auto conduite par un tiers. Toutefois, vous pouvez demander à l'amiable à l'agence d'être indemnisé de vos frais pour avoir envoyé chercher un ballon d'oxygène d'extrême urgence. Mais ceci n'est plus une affaire de tarif médical.

Dr F. Decourt.

3538. — Interventions multiples, transport d'urgence du blessé, etc.

Comment dois-je rédiger une note d'honoraires dans le cas suivant :

Appelé auprès d'une domestique qui, tombant dans un escalier, s'est blessée gravement avec des bouteilles qu'elle portait, je constate en arrivant : état syncopal, abondante hémorragie au niveau d'une plaie étendue et profonde de la région cubitale de l'avant-bras droit (section d'une veine cubitale). Je tamponne et garrotte et traite la syncope.

Au bout d'un certain temps, je fais porter la blessée dans sa voiture pour la conduire à mon cabinet aux fins de suture. Au cabinet, je régularise, enlève les débris mortifiés et les débris de verre et de terre et fais de multiples sutures au niveau de la plaie de l'avant-bras droit. Injection anti-tétanique. Suture d'une plaie de la jambe droite (unpoint). Pansement de plaies superficielles du bras gauche. Certificat initial.

Puis-je tarifer ainsi :

Visite urgente à X..., blessée non transportable avant son hémostase.

Hémostase provisoire. Pansement.......	17 fr.
Indemnité kilométrique.................	
Transport de la blessée d'urgence à mon cabinet (en utilisant le retour de ma visite). Je crois *O*..........................	?

A mon cabinet :

Régularisation, épluchage, sutures multiples, plaie étendue et profonde avant-bras droit..................................	100 fr.
Suture simple plaie jambe droite	27 »
Pansement plaie superficielle, bras gauche..................................	17 »
Injection antitétanique...............	22 »
Certificat initial..........................	10 »

La blessée, vu son mauvais état général consécutif à l'hémorragie, reste une heure au cabinet, puis est reconduite par moi au domicile de son patron (en voiture). L'ensemble a duré de midi à 5 heures du soir.

Dr E.

Réponse

Il y a lieu de compter : 1° Visite à domicile : 17 francs, plus kilométrage ; 2° Consultation ultérieure au cabinet : *a*) régularisation, épluchage et suture de plaies diverses étendues de l'avant-bras droit : 100 francs, plus *b*) suture simple d'une plaie de la jambe droite 27 : 2 = 13,50 plus *c*) injection de sérum A. T. 22 : 2 = 11 francs plus *d*) certificat initial : 10 francs.

Nota. — 1° On ne peut compter le ou les pansements en plus des interventions, car le pansement est compris dans le prix de la visite ou consultation (art. 1er) et suit donc son sort, c'est-à-dire ne peut être l'objet d'un cumul (art. 13) ;

2° Le transport d'un blessé n'est plus une question de tarif médical, mais une affaire de « loueur de voiture ». Vous pouvez vous entendre à l'amiable avec la Compagnie d'assurance, alors qu'il y avait urgence et pas d'autre mode rapide de transport du blessé.

Dr F. Decourt.

3458. — Répétition d'appareil platré

Je suis appelé auprès d'un enfant de 7 ans pour fracture des deux os de l'avant-bras. Il s'agit d'un assuré assisté. Je réduis la fracture et je plâtre en supination. Je porte K 20 sur la feuille d'Assurances sociales. Le lendemain on me rappelle : l'enfant est tombée sur son bras et hurle depuis ce moment. Je défais le plâtre et vérifie la fracture qui avait effectivement bougé. Je recommence l'opération de la veille.

Que dois-je porter sur la feuille d'Assurances sociales pour cette deuxième intervention ? Evidemment mon K 20 comporte les soins consécutifs pendant

vingt jours, mais il me semble que ma deuxième intervention est un peu en dehors des soins consécutifs normaux d'une fracture. Qu'en pensez-vous ?

Dr C.

Réponse

Vous ne pouvez compter deux fois K 20 pour une seule et même fracture, c'est évident. Par contre, vous trouverez en K 8 : « Fractures fermées : répétition d'un appareil plâtré pour segment de membre ». Que cette « répétition » fût causée par tel ou tel motif, ce n'est pas moins une « répétition d'appareil plâtré », mais vous pourriez, en cas de besoin fournir au médecin contrôleur éventuel toutes explications utiles justifiant vos deux K successifs.

Dr F. DECOURT.

3440. — a) Accident du travail ou non ? (pour le médecin)

b) Tentative de réduction

J'ai été appelé à donner mes soins à l'hôpital au conducteur d'un camion automobile appartenant à la ville de Paris à la suite d'un accident survenu au cours du travail.

Mais la législation de 1898 est-elle applicable ? et si oui à qui dois-je adresser la note de mes honoraires. Je n'ai fourni aucun certificat, quoique le blessé n'ait été vu par aucun contre-médecin.

D'autre part le blessé présentait notamment une fracture de l'avant-bras. Tentative de réduction sous anesthésie et appareil plâtré.

Une radiographie ultérieure montre que la réduction est insuffisante et l'on pratique une ostéosynthèse.

Comment tarifer la tentative de réduction et la pose d'un appareil plâtré ?

Dr L.

Réponse

a) Si vous n'avez reçu aucune feuille d'avis d'un tiers-payant, ni fourni aucun certificat à titre d'accident du travail, il s'agit là pour vous d'un accident de droit commun, et c'est au blessé à vous payer ce qu'il peut vous devoir, comme en clientèle courante.

b) Une « tentative de réduction et contention » n'est pas l'objet d'un prix spécial dans le tarif de responsabilité patronale, en matière d'accident du travail. Ce serait d'ailleurs compter deux fois une « réduction et contention » d'une seule et même fracture.

Par contre, on pourrait demander 100 francs pour « appareillage provisoire... en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » (art. 18 *in fine*). Mais encore faudrait-il que ce soit un « appareillage d'urgence effectué sur le lieu du sinistre » (art. 18 *in fine*) et non pas dans un service hospitalier, comme il paraît ressortir de votre lettre.

Dr F. DECOURT.

3396. — Appareil plâtré pour fracture de main

Membre du « Sou médical », je vous serais très obligé de m'indiquer à combien je puis tarifer un plâtre de main et avant-bras pour fracture d'un métacarpien avec angulation, accident du travail.

Dr B.

Réponse

Vous trouverez, art. 18-B : « Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré... métacarpien : 55 francs.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

3651. — Paiement des soins aux assurés sociaux indigents

Médecin du bureau de Bienfaisance de X..., je perçois une indemnité forfaitaire de 2.000 francs par an pour les soins aux indigents de la commune. En ce qui concerne les indigents assurés sociaux, la ville de X., qui est obligée de me payer à l'acte médical veut le faire au tarif de remboursement des Assurances sociales et non au tarif de responsabi ité comme le fait le service de l'Assistance médicale gratuite départementale. Est-ce légal ?

Dr M.

Réponse

La prétention du bureau de bienfaisance de X. est dénuée de fondement au point de vue juridique. D'après l'art. 19 du décret-loi sur les Assurances sociales qui n'a du reste point été modifié sur ce point par la récente réforme opérée par la loi du 29 mai dernier, les frais médicaux et pharmaceutiques sont réglés sur les bases du *tarif de responsabilité* de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés assistés. Ce même article 19 ajoute que les frais revenant aux praticiens leur sont payés par les collectivités d'assistance qui récupèrent sur la Caisse les prestations dues par celle-ci. Il résulte de là que la collectivité d'assistance, en l'espèce la commune doit avancer au médecin le montant de ses honoraires calculés d'après le tarif de responsabilité, prendre à sa charge les 20 % représentant le ticket modérateur et récupérer sur la Caisse le tarif de remboursement. En cas de difficultés traduisez la commune devant la Commission d'arrondissement et vous aurez gain de cause.

L'action doit être entreprise dans un déla de trois mois à compter de la notification du refus.

AUTOMOBILISME

Procédé de déshydratation de l'alcool

Erratum. — Une erreur matérielle s'est glissée dans la réponse de notre collaborateur M. Henri Petit publiée dans notre numéro du 29 juin dernier. Nous avons fait dire à celui-ci que pour déshydrater un litre d'alcool à 90° il fallait un kilogramme de carbure de calcium. Nous nous en excusons tant auprès de nos lecteurs qu'auprès de l'auteur de la réponse. Nos lecteurs auront spontanément rétabli la proportion exacte.

Précisons néanmoins, à la demande d'un de nos correspondants, qu'il faut non pas 1 kilogramme, mais seulement 213 grammes pour arriver au but cherché.

MALADIES PROFESSIONNELLES

3376. — Soins médicaux aux salariés atteints de maladie professionnelle

Vous serait-il possible de me donner quelques renseignements sur les maladies professionnelles.

Je viens d'en avoir un cas.

J'ai fait un certificat en double exemplaire pour la mairie et la déclaration avec la carte-lettre spéciale.

Si vous permettez je vais vous pooser quelques questions.

1° Y a-t-il une formule spéciale pour les certificats ? (J'ai fait comme pour les accidents du travail).

2° Y a-t-il un certificat de pension à fournir ?

3° Les soins sont-ils à la charge de l'employeur ?

4° Quel est le tarif à utiliser pour les visites, et certificats ?

Dr B.

Réponse

La législation sur les accidents du travail a été étendue par la loi du 25 octobre 1919 aux maladies professionnelles.

Toutefois cette extension n'a pas été générale. Elle ne concerne que certaines maladies dont la liste a été modifiée à plusieurs reprises et dernièrement encore par la loi du 1er janvier 1931, ainsi que par un décret du 9 décembre 1938.

Pour toutes les maladies comprises dans cette liste, vous devez traiter votre client exactement comme s'il s'agissait d'un accidenté du travail ordinaire ; notamment les certificats doivent être envoyés sous les mêmes formes et aux mêmes dates que pour ces accidentés. Les frais médicaux sont à la charge de l'employeur et de l'assurance substituée et se calculent d'après le tarif ministériel.

Par contre, pour les maladies ne figurant pas sur la liste, le droit commun est seul applicable. Vous devez vous faire honorer par votre client suivant ses ressources propres. Il appartient à ce dernier de se retourner ensuite contre le chef

d'entreprise afin d'obtenir une indemnité en invoquant l'art. 1384 du Code civil ainsi que le permet une jurisprudence déjà nombreuse.

QUESTIONS DIVERSES

2882. — Soins aux pensionnés de guerre et secret professionnel

A une demande de précisions du service des soins gratuits sur le diagnostic porté sur des feuilles de soins, j'avais répondu le 3 courant, que je me tenais à la disposition du médecin contrôleur pour toutes précisions techniques.

Dois-je donner ces précisions au chef du service administratif, et quelle qualité a-t-il pour les apprécier ?

Dr T.

Réponse

Les règles applicables au secret professionnel en matière de soins aux pensionnés de guerre sont différentes des règles qui doivent être habituellement suivies.

En effet, l'art. 1er de la loi du 28 juillet 1921, modifiant l'art. 15, paragr. 1er de la loi du 31 mars 1919, dispose que les demandes de pension formulées par les ayants-droit d'anciens militaires décédés, doivent être accompagnées d'un rapport médico-légal établi par le médecin traitant du malade, ou à défaut de soins donnés pendant la dernière maladie, par le médecin qui a constaté le décès : ce rapport devant faire ressortir de façon précise la relation de cause à effet entre le décès et la blessure reçue ou la maladie contractée en service.

Il résulte de ce texte qu'il n'y a pas de secret professionnel à opposer à l'Etat en matière de soins aux pensionnés de guerre après décès de l'intéressé.

En cas de traitement, ce texte doit être étendu aux indications que peut légitimement exiger l'Etat sur les rapports des soins donnés avec la maladie, motif de la réforme.

L'art. 50 du décret du 25 octobre 1922 dispose bien que les Commissions départementales peuvent faire procéder, chaque fois qu'elles le jugent utile, à un contrôle sur place. Vous étiez donc en droit qu'un contrôleur vienne vérifier le bien fondé de vos demandes d'honoraires. Il faut néanmoins admettre que ce contrôle, surtout à l'heure actuelle, est très difficile et dispendieux. Vous ne pouvez donc exiger qu'à toute demande d'explication, la Commission substitue l'envoi d'un contrôleur, mais ce que vous devez faire, c'est envoyer au Secrétaire de la Commission départementale, choisi parmi les représentants du Corps médical siégeant au sein de cette Commission (art. 31 du décret du 25 octobre 1922) les renseignements sollicités. Vous aurez ainsi, pour la sauvegarde du secret professionnel, une garantie plus grande que celle qui résulterait pour vous du fait de donner ces renseignements au chef du Service administratif de la Préfecture.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............. 50 fr.

***Le Numéro*............. 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 201. — Le Docteur Sainton, à Mousseaux-les-Bray (S.-et-M.) serait reconnaissant à médecin ou infirmière de l'Ambulance chirurgicale légère, 206, à Pont-à-Moselle-Chaussy (Courcelle-Chaussy), mai 1940 de lui donner adresse actuelle pour recherche de blessé.

N° 202. — Par suite décès, clientèle ophtalmologiste et O. R. L. dan s préfecture Ouest, installation, matériel, instruments et locaux. Ecr. M. Dupré, 1, rue Georges-Delavenne, Paris (VIIe).

N° 203. — A vendre un petit autoclave pour stérilisations et un appareil de radioscopie (marque Casel) en très bon état, susceptible de faire de petites fractures. S'adr. à Mme Delouvrier, 11, rue de la Bonne-Aventure, Versailles (S.-et-O.). Téléph. 08-38.

N° 204. — Médecin français, catholique, cherche poste médical, Midi, bord ou à proximité mer. Ecr. Docteur Testot-Ferry, Houdan (Seine-et-Oise).

N° 205. — A céder, pour raison de famille, poste médecine générale, banlieue immédiate sud, pavillon 12 pièces, loyer 11.200, bon rapport. Ecr. M. Henry, 36, rue de Fleurus, Paris (VIe).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Client. mélangée. Rap. très import. Indemn. 85.000.

Banlieue Est imméd. Grosse client. ouvrière, sans visites de nuit. Pavillon 5 p. Prix : 70.000 compt.

Seine-et-Oise. — Grand centre bien desservi. Belle client. anc. Grand pavillon. Prix à déb.

90 kil. Paris. — Petite ville. Anc. client. rapp actuel très intéres. Superbe maison (location ou vente).

Vallée de l'Eure. – Seul propharmacien. Indemnité 60.000.

Normandie. — Excel. poste rural tenu toute la guerre. Belle maison conf. Indemn. 50.000, petit comptant.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *La surveillance médicale des chantiers, centres ruraux et ateliers de la jeunesse.* — L'Académie, en conclusion d'un rapport présenté par M. Nobécourt, a adopté la motion suivante :

« L'Académie de médecine, soucieuse de la santé des jeunes gens appelés dans les chantiers, les centres ruraux et les ateliers de la jeunesse, attire l'attention des Pouvoirs publics sur la nécessité de leur organisation et de leur fonctionnement conformément aux principes de l'hygiène collective et de l'hygiène individuelle, et d'une surveillance médicale régulière ».

— *Sur l'emploi de l'acide monobromacétique, de ses sels et de ses esters pour le mutage des moûts de raisins.* — L'Académie, à la suite d'un rapport de M. René Fabre, a émis un avis défavorable à l'emploi de l'acide monobromacétique, de ses sels et de ses esters pour le mutage des moûts de raisins destinés à être ultérieurement concentrés en vue de l'obtention de sirop de sucre de raisin, de sucre de raisin ou de confitures de raisins.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. le Professeur Simonin, de la Faculté de Strasbourg, est chargé de l'enseignement de la médecine légale à la Faculté d'Alger.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — Les chaires de physiologie, de clinique ophtalmologique, et de

thérapeutique de la Faculté de médecine de Marseille sont déclarées vacantes.

— **Collège de France.** — M. Lacassagne est nommé professeur titulaire de la chaire de radio-biologie expérimentale au Collège de France, à dater du 1er octobre 1941.

— **Paris.** — *Concours de médecin de l'Assistance médicale.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Netter, Dreyfus, Vial, Rœser, Raynaud, Gautier, Mme Gautier, Mlle Vanhulle, MM. Doher, Klein.

— **Etablissements thermaux ouverts.** — On nous communique que la station de Néris-les-Bains (Allier) est ouverte cette année comme par le passé du 15 mai au 10 octobre.

— **Bourses de la Fondation Roux.** — La Fondation Roux offre un certain nombre de bourses de 24.000 francs à de jeunes travailleurs français ayant terminé leurs études et désirant se consacrer à des recherches scientifiques. Ces bourses partent du 1er novembre 1941.

Adresser les demandes à M. l'Administrateur de la Fondation Roux, 96, rue Falguière, Paris (XVe), avant le 15 août 1941.

— **Contre la stérilité involontaire.** — *La Délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés* (secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) *communique* :

Un service de laboratoire et de recherches vient d'être organisé pour lutter contre la stérilité involontaire.

Ce service fonctionne actuellement à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (XIVe), sous la direction des Docteurs Lacomme, agrégé, pour la partie clinique, et Jayle, agrégé, pour la partie laboratoire.

Tous renseignements complémentaires utiles doivent être demandés au siège même de l'établissement.

— **Le regroupement des familles séparées au cours de la guerre.** — *La délégation générale du Gouvernement dans les territoires occupés* (secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) *communique* :

Les recherches entreprises par le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé pour regrouper les familles séparées au cours de la guerre sont entravées par l'inexactitude ou l'insuffisance des renseignements fournis.

C'est ainsi que, dans un assez grand nombre de cas, des familles ayant demandé que des recherches soient effectuées pour retrouver leur enfant ont négligé d'avertir que leur enfant leur avait donné de ses nouvelles et que, dans ces conditions, il convenait de cesser les recherches.

Par suite, il est instamment recommandé à toute personne ayant demandé que des recherches soient effectuées pour retrouver soit la famille d'un enfant recueilli, soit un enfant perdu, de bien vouloir aviser d'urgence le secrétariat d'Etat à la Famille, Bureau de l'Enfance, 18, rue de Tilsitt, Paris, dès qu'il y a lieu de cesser les recherches.

— **A la mémoire du Docteur Christian Paul.** — Le 24 juin 1941, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, a eu lieu une émouvante cérémonie à la mémoire du Docteur CHRISTIAN PAUL, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de Clinique à la Faculté, mort au Champ d'honneur le 30 mai 1940.

Au cours de cette cérémonie, furent remises la photographie et la citation du Docteur Christian Paul, en présence de sa famille, de son père, le Docteur Paul-Depasse, de Versailles, de ses amis, de M. Miret, secrétaire général de l'Assistance publique, représentant le Directeur général de l'Assistance publique de Paris, de M. l'Inspecteur Larigaldie et de M. Pernot, Directeur de l'Hôtel-Dieu. Les professeurs Baudouin et Carnot, empêchés, s'étaient excusés.

Au nom de ses amis, le Professeur agrégé André Sicard retraça la vie hospitalière de Christian Paul et rendit hommage à sa conduite héroïque en Belgique et pendant la résistance de Dunkerque qu'il ne quitta qu'avec le dernier défenseur sur le contre-torpilleur *Bourrasque* qui fut coulé peu après.

Le Professeur Fiessinger évoqua ensuite devant ses jeunes élèves l'esprit de sacrifice et le courage des médecins pendant la guerre, en particulier à la 1re armée dont il était le médecin consultant. Il termina en demandant que l'exemple de Christian Paul reste pour les générations futures le symbole du devoir accompli.

— **Naissance**. — Le Docteur et Madame André BOUNIOL ont la joie de vous faire part de la naissance de leur deuxième fils *François*.

54, rue de Tolbiac, Paris (XIIIe), le 6 juillet 1941.

— **Nécrologie**. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur RATHERY, médecin de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de médecine ; du Docteur Henri BARBIER, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 83 ans ; du Docteur Pierre EVEN, sénateur ; du Docteur ARCHIMBAUD, d'Aubenas.

Le Livre d'Or du Corps Médical français

Est inscrit aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur :

POUR CHEVALIER

FIÉVET (Alfred-Henri), *médecin capitaine à la Direction du Service de santé de la 7e région* :

« A dirigé avec fermete et autorité l'hôpital complémentaire de Saint-Dizier dont il était le médecin-chef. Par son bel exemple et son esprit d'organisation, a obtenu de tout son personnel le meilleur rendement. Désigné par le Directeur du Service de santé de la 7e région, le 13 juin 1940, à dix heures, pour rester sur place au moment où l'attaque allemande se déclenchait avec une extrême violence sur Saint-Dizier, a accepté cette mission avec un courage admirable et avec une superbe fierté. A fait preuve de qualités de chef et du plus bel esprit de sacrifice en se portant en plein combat au devant de l'ennemi au moment où celui-ci se ruait sur sa formation. A ainsi protégé ses blessés. A su, par sa mâle attitude, s'imposer à l'adversaire qui depuis le respecte et l'estime.

(*J. O.*, 11 juillet 1941).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du vendredi 4 juillet 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.329 GIRAUD, 21, rue du Vieux-Colombier, Paris (VIe). Parrains : Docteurs Courtois et Philippe.
14.330 AUBOUY, Abeilhan (Hérault). Parrains : Docteurs Arnaud et Sirc.
14.331 AUBOUY, Fontès (Hérault). Parrains : Docteurs Sirc et Marc.
14.332 AVRIL, Villemonble (Seine), Ordre des médecins.
14.333 BENTEJAC, Montreuil-sur-Gers (Gers). Parrains : Docteurs Bentejac et Baumevieille.
14.334 BERGERON, Cosne (Nièvre). Parrains : Docteurs Burgeat et Lemaire.
14.335 BOUVAIST, Les Mureaux (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Seguin et Garraud ;
14.336 BUDING, Bandol (Var). Ordre des médecins.
14.337 CHAMBON, Orléans (Loiret). Parrains : Docteurs Alain et Roger.
14.338 CLAUZEL, Saint-Gilles-du-Gard (Gard). Parrains : Docteurs Clauzel et Gaujoux.
14.339 COCQ, Saint-Jean-de-la-Ruelle (Loiret). Parrains : Docteurs Duval et Chevalier.
14.340 CORBINEAU, Tours (Indre-et-Loire). Association française d'urologie.
14.341 DELCAMBRE, Boves (Somme). Parrains : Docteurs Balesdent et Dauby.
14.342 DE SAINT-MARTIN, Toulouse (Haute-Garonne). Parrains : Docteurs Aversenq et R. de Saint-Martin.
14.343 DUMERY, Brive (Corrèze). Association amicale des médecins de Brive.
14.344 DUMONT, Homecourt (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Docteurs Tabellion et Husson.
14.345 FABRE, Oms (Pyrénées-Orientales). Ordre des médecins.
14.346 FAUVERGHE, Roubaix (Nord). Ordre des médecins.
14.347 GENCEL, 2, rue des Halles, Paris (Ier).
14.348 GÉRARD. Ferrières-en-Gâtinais. Ordre des médecins.
14.349 GIBRAT, Figeac (Lot). Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.
14.350 GUILLOT, Bourgoin (Isère). Parrains : Docteurs Melin et Labry.
14.351 HAMART, La Teste-de-Buch (Gironde).
14.352 HAPETTE, Ciboure (Basses-Pyrénées). Parrains : Docteurs Tazé et Reboul.
14.353 HUIN, Saint-André-de-Valborgne (Gard). Parrain : Docteur Teissier.
14.354 JABOT, Chuelles (Loiret). Parrains : Docteurs Bezaut et Guérin.
14.355 JOUHANNEAUD, Nantiat (Haute-Vienne). Parrains : Docteurs Lachèze et Laroche.
14.356 LAIGLE, Valence (Drôme). Association des anciens internes des hôpitaux de Paris.
14.357 LEGRAND, Etel (Morbihan). Ordre des médecins.
14.358 LEMAIRE, Cousolre (Nord). Parrain : Docteur Avranne.
14.359 LIBARELLI, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Hervé et Allard.
14.360 MARGAT, Pornic (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Hervé et Allard.
14.361 MAS, Elbeuf (Seine-Inférieure). Parrain : Docteur Villers.
14.362 MENDE, Puymirol (Lot-et-Garonne).

14.363 Mercadié, Bagnols-sur-Cèze (Gard). Parrains : Docteurs Guirauden et Tzelepoglou.
14.364 Morel, 26, place Bellecour, Lyon (Rhône).
14.365 Papin, Mamers (Sarthe). Ordre des médecins.
14.366 Ponseille, Montpellier (Hérault). Parrains : Docteurs Ginestié et Lussan.
14.367 Ramadout, Chorgues (Hautes-Alpes). Ordre des médecins.
14.368 Riviere, Saint-Martin-la-Sauveté (Loire). Ordre des médecins.
14.369 Savouret, Fontenay-aux-Roses (Seine). Ordre des médecins.
14.370 Souchère, Gambais (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Gournay et Penez.
14.371 Straub, Nomexy (Vosges). Ordre des médecins.
14.372 Tessoulin, Plouharnel (Morbihan). Ordre des médecins.
14.373 Vacheron, Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne). Ordre des médecins.
14.374 Van der Ecken, Jouarre (Seine-et-Marne). Association des médecins du Front.
14.375 Vernede, 14, place du Commerce, Paris (XVe).
14.376 Willefert, Trignac (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Putot et Brechenin.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Cependant, les adhérents qui ne font partie d'aucune Association médicale régulièrement constituée ou ne sont pas présentés par deux parrains, membres eux-mêmes de la Ligue, ne seront admis définitivement que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Inspection médicale de la Santé

Mme le Docteur Favier est nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Aveyron.

M. le Docteur Mallet, médecin du service sanitaire maritime à Saint-Nazaire est nommé médecin inspecteur de la Santé de l'Aube, en remplacement de M. le Docteur Porte, non installé.

M. le Docteur Poige, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Meuse, est nommé médecin inspecteur de la Santé de ce département, en remplacement de M. le Docteur Gelly, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Docteur Jehanin, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Orne, est nommé médecin inspecteur de la Santé de la Manche, en remplacement de M. le Docteur Romain non installé.

M. le Docteur Lévi, médecin inspecteur de la Santé du Loiret, est affecté, en la même qualité, dans le département de la Haute-Garonne.

M. le Docteur Le Bohec est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Seine-Inférieure.

M. le Docteur Bigonnet est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé du Var.

M. le Docteur Serane, médecin inspecteur de la Santé du Puy-de-Dôme est placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940 à compter du 1er juillet 1941.

M. le Docteur Roussel, médecin inspecteur de la Santé du Cher, est nommé inspecteur de la Santé du Puy-de-Dôme, en remplacement de M. le Docteur Serane, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

Voir la suite page XXXV-1345

PROPOS DU JOUR

OÙ ALLONS-NOUS ?

Un an déjà ! et notre civilisation trop libérale, devenue anarchique, s'effondrait au lendemain de la défaite, entraînant dans sa chute les traditions, les habitudes avec lesquelles nous avions été élevés et auxquelles nous avions adopté notre manière de vivre.

Le médecin qui, dans cette Société disparue, occupait une place toute particulière, voit après un an, les lois, les décrets, fixer l'organisation nouvelle de sa profession, et il peut paraître utile pour comprendre où ces transformations le mènent, de jeter un regard sur ce qui vient d'être fait au cours de ces douze derniers mois.

Travail, Famille, Patrie constituent les trois directions vers lesquelles tendent toutes les réformes ; aussi l'idée d'un effort commun indispensable pour relever les ruines accumulées par tant de démagogie plus encore que par le désastre, oblige l'individu à se plier à des règles et à des obligations où il lui faut faire abstraction de sa personnalité. Il était peu de professions où l'individualisme fût plus fort que dans la nôtre et on mesure à un an d'intervalle tout le changement qui s'est opéré dans nos habitudes.

***

Lorsque fut admis le principe d'une réforme médicale, on pouvait craindre qu'une *fonctionnarisation* pure et simple fasse de tous les médecins français les employés d'une administration publique, fixant à chacun sa place, et supprimant tout libre choix. Ainsi la Santé publique devenait un vaste organisme fortement hiérarchisé, comportant des salaires fixes et uniformisant des thérapeutiques inspirées toujours par un pouvoir central.

Cette fonctionnarisation que, pour notre part, nous avons toujours combattue, pouvait paraître à quelques-uns comporter bien des avantages. On était médecin comme on était instituteur ; le fait d'obtenir un poste, vous assurait une apparence de tranquillité matérielle, un salaire fixe, une retraite. *La fonctionnarisation résolvait d'un seul coup, bien des problèmes* ; celui des médecins étrangers, puisqu'elle permettait de les éliminer, celui de la pléthore, puisqu'elle permettait de limiter les candidatures en raison du nombre de places disponibles, celui des titres, puisque partant d'un point de vue théorique, le classement et le placement de chacun le situait à tel ou tel niveau de l'échelle hiérarchique, celui des médecins âgés, puisque, fonctionnaires, la retraite venait leur apporter la sécurité des vieux jours.

Cette fonctionnarisation que l'on pouvait craindre, n'a point été retenue et réjouissons-nous-en pour la médecine française. En tuant l'effort individuel, le goût de la recherche, en mettant le médecin aux prises avec toutes les administrations dont la Santé publique devait totalement dépendre, on se serait vite aperçu que le remède était pire que le mal et qu'il aboutirait à faire d'une profession, exigeant le développement continuel des qualités de l'esprit, un métier sans intérêt, stérilisant rapidement les qualités morales si nécessaires à celui qui doit l'exercer.

La réforme actuelle a voulu cependant enlever au médecin des libertés dont l'abus pouvait paraître mauvais, en l'obligeant à reconnaître un principe directeur, en soumettant ses possibilités d'exercice à un certain nombre de conditions qui paraissent avoir été dictées par le souci du bien public.

La première réforme a été la création des Conseils de l'Ordre, Ordre tant attendu, et qui semblait à certains le seul remède capable d'apporter d'utiles réformes à la médecine, en redonnant au médecin, le rôle social qu'il doit jouer dans la famille et dans le pays. Comme tous les pouvoir dotés d'une forte autorité, les Conseils de l'Ordre seront ce que les feront leurs dirigeants ; tant qu'ils ne s'inspireront que de l'intérêt général, qu'ils se borneront à fixer les grandes directives de la profession, que les hommes qui les composeront seront intègres et animés du désir de servir, leur influence sera utile et heureuse. Mais du jour où ils s'abaisseront à prendre parti dans des querelles locales, où les passions partisanes seront appelées à jouer, du jour où des intérêts individuels quelquefois puissants influenceront des décisions, le principe d'autorité sera mis en doute et nous assisterons à de bien vilains spectacles.

C'est notre intérêt à tous, au moment où il s'agira de renouveler les conseils, de faire abstraction de nos sympathies ou de nos antipathies personnelles, pour choisir les plus dignes. Il est à craindre que dans les renouvellements, on veuille donner une trop large place aux représentations locales, qu'on veuille que chacun vienne à son tour siéger dans les conseils et qu'ainsi se transforme l'esprit d'organismes, dont le rôle apparaît comme capital dans la constitution nouvelle du Corps médical.

L'esprit de réforme qui guide actuellement les conseils et qui reçoit sa direction du Conseil supérieur s'est déjà manifesté au cours de l'année qui vient de s'écouler par des réalisations importantes dont nous sommes encore mal placés pour mesurer les effets.

Trois d'entre elles cependant doivent nous retenir :

L'exercice de la médecine par les étrangers.
La collaboration du médecin et du spécialiste.
L'établissement d'un statut professionnel.

***

En exigeant du médecin pour exercer en France, l'obligation d'être Français d'origine, le régime nouveau a apporté aux médecins français un avantage qu'ils réclamaient vainement depuis la grande guerre. Nous ne verrons plus ces confrères bizarres, parlant à peine notre langue qui mettaient les clientèles en coupe réglée, ignoraient la bienséance et la déontologie et avaient envahi la France, en nombre illimité.

En réservant notre accueil aux seuls étrangers qui, par leur mérite, leur valeur ou leur courage, se sont élevés au-dessus de la masse, on permet à une sélection d'entrer dans notre communauté et il n'est pas douteux que ceux qui auront été ainsi choisis apprécieront l'honneur qui leur aura été fait.

***

La collaboration du médecin et du spécialiste, vient d'être réglée et le partage clandestin des honoraires est formellement condamné.

J'ai pu, ces dernières semaines, en visitant des amis installés en diverses villes et exerçant honorablement la chirurgie, me rendre compte du trouble que cette mesure jetait dans les coutumes et combien déjà elle modifiait la vie chirurgicale de nos provinces.

J'ai assez souvent exprimé mon opinion, pour n'avoir point à y revenir, mais je reste persuadé qu'appliquée d'une façon rigoureuse la mesure servira mal les intérêts du malade, et je conserve quelques doutes sur l'efficacité d'une mesure qui pouvait être envisagée autrement.

Quel contrôle permettra de s'assurer que de clandestin, le partage n'est pas devenu *clandestissime* et à quelles enquêtes, à quelles dénonciations faudra-t-il recourir pour traquer les trafiquants de ce marché noir de la médecine ?

Je crains l'apparition *du spécialiste en tout*, qui avant d'appeler un confrère épuisera ses possibilités thérapeutiques et laissera parfois passer la minute opportune où les possibilités de guérison étaient plus grandes.

J'en arrive maintenant à une troisième réforme qui n'est point encore entreprise, mais qui ne saurait nous laisser indifférents, car elle est implicitement contenue dans notre Statut professionnel, c'est celle de la tarification et de la limitation de nos honoraires.

Il est bien évident qu'à l'heure actuelle, aucune profession n'a la possibilité de réclamer pour toutes choses nécessaires, le prix que bon lui semble.

La tarification s'exerce chez le boucher, chez le marchand d'étoffes, chez le bottier, il paraît utile d'en parler ici, avant qu'elle ne nous soit imposée d'une façon maladroite et aveugle.

Si quelques médecins se refusaient à parler de tarifs, quand il s'agit d'acte médical, il en est d'autres, qui en ont compris la nécessité, se sont penchés, pendant de longues soirées, sur ces problèmes difficiles et ont aligné des chiffres les uns au-dessus des autres.

C'est ce travail qui a déjà été fait, qu'il faut prendre en considération, pour ne pas courir le risque de nous voir fixer des honoraires hors de proportion avec l'effort qu'exigent quelques actes médicaux et avec les responsabilités qu'ils entraînent.

Dans les tarifs, il doit être aussi largement tenu compte de l'amortissement d'un matériel souvent très coûteux. Je ne sais si les administrations qui établiront les tarifs chirurgicaux ont quelquefois fait l'achat d'instruments chirurgicaux, si oui, ils sont bien placés pour comprendre que leur entretien et leur renouvellement représente un budget important.

Si cette question ne se pose pas pour les établissements publics, où le contribuable fait l'appoint, elle se posera avec une acuité nouvelle, dans tous les établissements privés.

Il faut savoir que la nécessité où le médecin est de s'instruire continuellement, l'oblige à acheter des livres, des journaux, des revues, à fréquenter des sociétés, à voyager ; vouloir en restreignant son standing de vie, l'obliger à ne demander à tous que des honoraires infimes lorsqu'on les compare à ceux d'avant 1914, c'est vouloir sciemment diminuer son influence morale, c'est faire de lui un besogneux qui deviendra une proie facile, pour tous ceux qui veulent abuser de lui.

Sachons réfléchir à notre avenir, pensons que toute réforme retentit profondément sur toutes les générations médicales et comprenons que c'est tout ce que sera la médecine de demain que, par les décisions importantes que nous prenons, — nous engageons aujourd'hui.

Dr Raphaël MASSART.



PARTIE SCIENTIFIQUE

EMBOLIES ARTÉRIELLES PAR INJECTIONS DE PRODUITS MÉDICAMENTEUX SOLUBLES OU INSOLUBLES

Par R. Barthélemy, ancien chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

La pratique des injections fessières intramusculaires a pris une telle extension, en dehors des traitements antisyphilitiques, qu'il n'est pas inutile d'insister, en dehors des journaux de spécialité, sur un accident sérieux et souvent méconnu dans sa cause, l'embolie artérielle.

Voici une quinzaine d'années qu'elle a été étudiée avec quelque attention, à l'étranger (Jadassohn, 1923, Freudenthal 1924, Nicolaü, 1925) comme en France (Audry, R. Barthélemy 1925, Jeanselme, Gougerot, Milian 1926), surtout à l'occasion de la rénovation du traitement antisyphilitique par les préparations de bismuth.

Les symptômes, qui n'affectent pas toujours l'allure de la dermite livedoïde et gangréneuse décrite par Nicolaü, constituent une triade : douleur, tuméfaction en masse avec ecchymose, résolution lente et souvent incomplète avec habituellement gangrène plus ou moins profonde.

Dès ma communication au Congrès de Bruxelles (juillet 1926), j'avais groupé, selon leur gravité, les observations connues à l'époque en quatre degrés d'intensité croissante, dont la classification reste encore usuelle (Couturat, *Presse médicale* du 2 avril 1941) : exanthème livedoïde, placards ecchymotiques et phlycténulaires, dermite gangréneuse, gangrène dermo-hypodermique.

Le grand symptôme de l'embolie artérielle est la *douleur*. Cette douleur est habituellement précoce et brutale. Bien qu'elle soit rarement ressentie au moment même de l'injection ou dans les premiers instants, c'est encore dans le cabinet du médecin ou à sa sortie que le malade, après quelques pas ou mouvements ayant sans doute diffusé le médicament dans l'artère, est pris brusquement d'une douleur atroce et doit se faire transporter chez lui, où le médecin le retrouve, comme dans le cas de Marsault, pâle, inondé de sueur, agité d'un frisson violent et *hurlant de douleur*.

Le malade est couché sur le ventre. La fesse inaccessible à un palper, qui serait torturant, est d'abord, mais peu de temps, pâle par anémie des téguments. Bientôt elle se tuméfie en masse et se violace sur une plus ou moins grande étendue. C'est l'exanthème livedoïde, fait d'une teinte rouge bleuâtre plus ou moins uniforme surtout au centre, où se dessinent en quelques instants ou quelques heures des marbrures, des taches violacées à bord grossièrement cyclique, dessinant « comme des feuilles de fougère » et laissant entre elles des espaces blanc-livide. On note souvent une fièvre modérée durant un ou deux jours.

Malgré ce début foudroyant, malgré l'insomnie absolue en dépit de la morphine (plusieurs injections en vingt-quatre heures), malgré la violence et la persistance de la douleur, les accidents locaux peuvent se résoudre ici entièrement, par décongestion des tissus massivement tuméfiés : lever pénible, mais rétablissement fonctionnel complet en deux ou trois semaines.

Le deuxième groupe d'accidents constitue surtout une variété locale, l'évolution clinique étant la même et la terminaison heureuse. En une semaine, sur les surfaces purpuriques se sont élevées des phlycténules, avec liquide citrin, analogues à celles causées par l'application de teinture d'iode, se vidant et se desséchant rapidement. La durée de l'évolution n'en est guère prolongée : un de mes malades a pu se lever de façon permanente vers le 10e jour. A l'ecchymose s'est donc seulement ajouté l'état phlycténulaire.

Dans la troisième variété, malgré une poussée fébrile habituelle qui peut durer une semaine environ, la circulation cutanée fessière reste fort mauvaise ou nulle. La tuméfaction a persisté huit à dix jours, la teinte violacée a pris de l'extension et de l'intensité, les phlyctènes, s'il en existait, se sont ouvertes, la peau est froide et une plaque sphacélique noirâtre s'établit en quelques jours. Elle est mince, parcheminée, s'élimine en deux à trois semaines, ne laissant qu'une exulcération qui se répare très vite.

Mais il s'agit pourtant déjà là, outre la douleur, d'un accident sérieux, puisqu'il immobilise entièrement le malade un mois en moyenne, et qu'il laisse une *cicatrice* indélébile et disgracieuse.

La quatrième forme est beaucoup plus sérieuse, car elle nécessite un alitement et une indisponibilité prolongés, laisse une cicatrice profonde (Barthélemy) et peut obliger à recourir au chirurgien (Gougerot).

Dans mon observation d'août 1925 (*Annales des maladies vénériennes*), la malade, après un traitement intraveineux, avait été renvoyée à son médecin pour une série d'injections d'oxyde bismuthique en suspension huileuse. A la troisième injection, le syndrome déjà décrit se produisit, mais l'eschare, au lieu d'être lamelleuse, affectait la forme conique avec un sommet planté à trois centimètres de profondeur, *en plein hypo-*

derme. Six semaines après l'injection il subsistait, l'eschare tombée, une cavité presque capable encore de loger une noix verte. La réparation demanda plus de trois mois, et la fesse de cette jeune femme s'est trouvée « défigurée » par une importante cicatrice, déprimée et adhérente, de 8 cent. sur 3. Cette cicatrice, après plus d'un an, s'érodait encore parfois superficiellement et gêna en permanence la marche.

Il ne s'agit donc plus ici d'un incident qui puisse être considéré comme banal, à part l'intensité de la douleur. Incapacité totale d'un mois, partielle de plus d'un trimestre, cicatrice vicieuse, gêne fonctionnelle définitive caractérisent ce type : décrit par moi il y a quinze ans, il a vivement, impressionné les congressistes de Bruxelles.

Dans un cas observé par le Prof. Gougerot, et mentionné par lui à la Société française de Dermatologie, sans publication détaillée, « la nécrose fut large, profonde et Quénu fils dut enlever chirurgicalement le bloc nécrosé, puis suturer ».

Cette gangrène profonde par injections médicamenteuses — bismuthiques notamment — est heureusement très rare. Il est d'ailleurs probable que les observations n'en ont pas toutes été publiées, qu'il s'agît ou non de bismuth.

Elle motive une attention très particulière dans la technique de l'injection et dans le choix du médicament et de son excipient.

Malgré un matériel et un manuel opératoire impeccables et quel que soit le produit employé, il pourra survenir parfois un syndrome embolique imprévisible, ne fût-ce que du fait des variations anatomiques des ramifications artérielles impossibles à déceler.

Mais pratiquement, le médecin doit mettre tous les atouts de son côté. Il n'est pas superflu de rappeler que ses seringues, ses aiguilles doivent être minutieusement nettoyées, et ne présenter aucun recoin, aucun angle mort, à l'épaulement de la seringue ou au canon de l'aiguille, susceptible d'héberger des résidus inaccessibles à l'écouvillonnage, et qui seraient capables de constituer par eux-mêmes l'embolus.

L'aiguille doit être longue, bien affilée. Son biseau ne doit pas être exagérément long, ce qui donne à sa pointe une flexibilité excessive, et la possibilité de perforer ou de blesser incomplètement une paroi artérielle qui, par spasme réflexe et sans embolie vraie, fera un *syndrome ischémique* aussi douloureux et sérieux parfois que celle-ci. L'injection ne doit pas être superficielle, ni hypodermique, ce qui, à la fesse, nécessite une aiguille de cinq à sept centimètres *enfoncée à fond.* Nous ne reviendrons pas sur le lieu d'élection, qui ne doit pas être trop en dehors, la zone externe étant celle des ramifications vasculaires les plus nombreuses, ni trop en dedans, car, sans atteinte directe du tronc sciatique, on risque parfois, semble-t-il, l'association à l'embolie d'une algo-paralysie partielle (Roger).

Il faut, au moment de l'injection, s'assurer autant que possible que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau. Tout saignement doit faire changer de point d'attaque. Mais le sang ne vient pas toujours spontanément, ni même par aspiration, ni surtout rapidement. L'expédient de mon maître Balzer, simple et assez sûr, n'est pas assez pratiqué. Il consistait à piquer avec l'aiguille non montée, et à enfoncer dans le pavillon de celle-ci, pour une minute, un tortillon conique de coton aseptique. S'il était tant soit peu teinté de sang au bout, l'aiguille était retirée, changée et l'injection tentée ailleurs.

Nous indiquions au début que c'était surtout les composés bismuthiques, et spécialement les insolubles en suspension huileuse, qui pouvaient être responsables d'embolies ou de syndromes emboliques. Mais la littérature médicale *ancienne* contient des cas typiques de ces syndromes causés par les produits les plus divers, sans poudre insoluble formant bouchon dans les artérioles, mais la plupart caustiques, quoique solubles (sublimé, salicylate de mercure, benzoate même, etc.) ou à excipient huileux banal. Ainsi M. Milian a vu chez un enfant le syndrome embolique à la suite d'une injection d'huile camphrée.

Le traitement (et d'ailleurs presque toujours aussi la douleur) impose le repos au lit. La morphine ou les calmants sont à dispenser *larga manu.* Les antispasmodiques et vasodilatateurs sont à conseiller, acétylcholine ou autres, mais leur efficacité est inconstante. De grands pansements humides tièdes, laudanisés et émollients, sont de bons adjuvants au début.

Au cas de phlyctènes ou d'eschares, les badigeonnages avec des solutions faiblement antiseptiques ou cytophylactiques peuvent être utiles. Selon les cas, on employera le mercurochrome, le bleu de méthylène ou d'autres colorants, le tanin en solution alcoolique, comme pour les brûlures. Il est parfois plus simple d'utiliser les poudres, inertes ou actives, du vieux sous-carbonate de fer à l'ectogan ou au tanin pulvérulent. Les pansements gras, soit par pommades ou huiles antiseptiques, ou liniment oléo-calcaire, ou compresses grasses, rendent des services à la période de réparation.

Au cas d'association algo-paralytique, l'ionisation sédative au chlorure de calcium, l'électrothérapie, la vitamine B seraient à pratiquer, voire l'infiltration du sympathique lombaire.

Mais au total, après la douloureuse mais courte période du début, l'embolie artérielle reste couramment assez bénigne. Elle est considérée d'ailleurs comme relativement rare, mais cela tient en partie à ce qu'elle est mal connue, et prise tantôt pour la lésion d'un filet nerveux, tantôt pour une hémorragie interstitielle.

HISTIDINE, HISTAMINE, PROTÉINE DANS LA CRISE ULCÉREUSE

Par Max FILIPPI,
Ex-moniteur de Clinique radiologique à la Faculté de Lille

Le traitement parentéral de l'ulcus reste discuté. J'ai l'intention d'étudier ici les médicaments qui ont nettement influencé la poussée ulcéreuse, et la poussée seulement, dans plus de 120 cas traités à l'histidine, à l'histamine, à la protéine. Je laisse de côté la parathyroïde et la pepsine, dont quelques essais isolés ne m'ont apporté que des résultats décevants.

Une objection est à réfuter d'emblée. L'évanouissement de la douleur d'une crise ulcéreuse authentique dès la première ou les premières piqûres doit être rapporté à l'action médicamenteuse et non à une sédation spontanée particulièrement opportune. Si une coïncidence heureuse peut jouer pour quelques cas, elle ne peut entrer en ligne de compte pour plus d'une centaine d'observations étalées sur plusieurs années.

Pour la majorité des médecins, le traitement actuel de la poussée ulcéreuse, avec ou sans régime et clinostatisme, se ramène aux schémes suivants :

1° Pansement belladoné classique et ses variantes + histidine intramusculaire ;

2° Pansement belladoné + histamine intradermique ;

3° Pansement belladoné + protéine intraveineuse.

En laissant de côté le pansement belladoné, il nous faut discuter de la seule valeur de l'histidine, de l'histamine et de la protéine.

A. — *L'histidine.* — Il est un fait : chez l'homme, vingt centigrammes d'histidine injectés chaque jour éteignent cliniquement la poussée ulcéreuse. Le résultat est acquis en 3 à 6 piqûres de 5 c. c. de la solution à 4 % de chlorhydrate d'histidine. L'histidine chasse la douleur, symptôme-base de la poussée. Elle agit à la manière d'un sédatif puissant. Frappé de cette influence prompte, j'ai tendance à qualifier l'histidine de morphine gastrique. Elle agit comme une morphine à action élective gastrique. C'est là sa propriété essentielle.

Les autres qualités qu'on lui a attribuées dérivent de cette action première. En particulier, l'amélioration de l'état général est seconde. Le malade reprend poids et appétit parce qu'il ne souffre plus.

Comment expliquer le rôle fonctionnel patent de l'histidine ?

1° L'histidine agit sur le métabolisme aminé. C'est possible, quoique les expériences de Herfort n'en aient pas apporté confirmation. Mais cette action ne saurait être rapide. On a soutenu que l'ulcère n'était plus une lésion locale par action du suc gastrique sur une portion de muqueuse, mais la traduction localisée d'un trouble général. Ce serait une maladie par carence, et l'on a attribué la paternité de cette assertion à Weiss et Aron.

En réalité ces auteurs, utilisant la technique de Mann et Williamson de dérivation duodéno-pancréatico-biliaire dans l'iléon, ont dit :

Dans l'expérience de Mann réalisée chez le chien, les injections d'acides aminés tels le tryptophane, la lysine, la cystine n'empêchent pas l'apparition de l'ulcère.

Celles d'histidine empêchent l'évolution et l'apparition de l'ulcère expérimental.

Ils n'ont jamais dit : la cause de l'ulcération est une carence en histidine, mais seulement : l'histidine est un anti-ulcéreux chez le chien et chez l'homme.

2° Est-ce une action constructive, comme les remarques des biologistes le laissent entendre : rôle constructeur par formations de bases puriques composant les noyaux cellulaires ; cellules, siège de mitoses nombreuses. Là encore, ce ne pourrait être une action prompte.

3° Est-ce un processus de choc ? C'est une hypothèse bien plus vraisemblable. Israël et Jacob ont constaté des chocs par l'histidine, et leurs recherches les ont incités à invoquer l'influence de l'histamine. J'ai pratiqué plusieurs centaines d'intraveineuses lentes à l'histidine et n'ai jamais constaté de choc. L'action de choc est néanmoins plausible, mais elle reste extrêmement discrète.

4° Je pense plutôt à une action sur le système neuro-végétatif. L'histidine agit sur le trophisme nerveux, elle influence le pneumogastrique (légère tachycardie chez quelques malades en général âgés) et son action princeps est neurotrope. L'hypothèse la plus près de la clinique est celle d'une action sur le facteur neuro-végétatif, qui est à la base même de la crise ulcéreuse, et par le mécanisme intime et vraisemblable d'un choc particulièrement discret.

Cette action sédative, nous en retrouvons la démonstration dans multiples états sans ulcus, dans les dyspepsies hypersthéniques simples, dans les hyposthénies. Elle calme pyrosis comme lourdeurs post-prandiales.

1° Pour qu'agisse l'histidine, il faut utiliser une certaine dose. La notion de quantité importe au premier chef, et c'est un des points sur lequel les promoteurs de cette méthode ont toujours insisté.

Dose journalière : 5 c. c. à 4 %, soit 20 centigrammes. Continuer le traitement malgré la disparition de la douleur, vingt-huit piqûres consécutives ;

2° La voie veineuse est la voie de choix. Je ne sais pour quelle raison l'on recommande toujours l'intramusculaire :

a) L'histidine intraveineuse agit extrêmement rapidement sur la poussée, quelquefois dès la première piqûre. Dans quelques cas, notons que l'intraveineuse réveille pendant quelques minutes la douleur focale, le malade sent vivement « son point » ou « sa plaie ».

A part quelques impossibilités (personnes âgées, angineux, absence de médecins), l'histidine doit toujours être faite en intraveineuse, lente d'abord pour tâter le terrain (10 secondes), puis en quelques secondes ; et avec un matériel approprié: seringue de 5 c. c. à bout excentré avec fine aiguille de 20/5/10 toujours suffisante. Je n'ai jamais observé de sclérose ou de veinite chimique.

b) La voie veineuse permet d'agir sur l'ulcère duodénal aussi rapidement que sur l'ulcère gastrique, et d'influencer les cas d'ulcères doubles pylorique et duodénal.

L'action sédative par voie veineuse est toujours remarquable et totale dans la crise aiguë de l'ulcère simple.

Si le malade continue à souffrir, ce n'est pas le médicament qui est insuffisant, mais le diagnostic. La recherche minutieuse des signes radiologiques avec une technique appropriée montrera : un ulcus perforé bouché, ou un ulcère transformé : ulcus infecté, ulcus avec semi-sténose, ulcus calleux, ou un cancer ulcériforme.

L'histidine est néanmoins active dans quelques cas d'ulcères compliqués ; cependant, son action est généralement temporaire ou éphémère ou nulle.

L'histidine agit donc comme une morphine gastrique à pouvoir limité.

B. — L'*histamine*, isolé à l'origine de l'ergot de seigle, provient de l'histidine par décarboxylation, c'est-à-dire par perte d'une molécule de CO^2. Israël et Jacob, dans plusieurs publications et à la suite de l'observation d'une cuti-réaction de type histaminique par l'histidine, avaient pensé que les ampoules d'histidine utilisées contenaient de l'histamine, produit seul actif et M. Schwartz en avait apporté la preuve chimique : 1/10e de milligramme par 5 c. c. L'action de l'histidine se résumait en celle de la seule histamine. De cette constatation sont nées confusions et controverses entre thérapeutes, les uns prônant l'histidine, les autres l'histamine, d'autres les deux à la fois.

Quelques remarques sont utiles. Les ampoules de 5 c. c. à 4 % d'histidine couramment employées ne contiendraient aucune trace d'histamine (Aron). Et les faits expérimentaux de MM. Israël et Jacob n'auraient pas été confirmés. Les injections d'histamine pourraient donner expérimentalement des ulcères. En clinique humaine, rappelons qu'elles déclenchent une sécrétion dissociée chlorhydro-peptique.

1° Ces deux corps ne peuvent être comparés que s'ils sont utilisés par la même voie. L'histidine par voie sous-cutanée reste très active sur la poussée. L'histamine (un c. c. au dixième de milligramme) m'a toujours paru lente. Si, dans quelques cas, elle donne l'impression d'écourter la crise, dans la pluralité des poussées aiguës elle agit avec une telle lenteur (de dix à vingt jours) qu'il n'est plus logique de lui attribuer une efficacité authentique ; par contre, j'ai observé quelques petits accidents d'intolérance : bouffées de chaleur durables, migraines ;

2° En empruntant des voies d'introduction différentes, intraveineuse pour l'histidine, intradermique pour l'histamine, j'ai remarqué la promptitude mathématique du premier, et une moindre lenteur d'action du second (huit à quinze piqûres). L'intradermique serait donc une voie de choix, toutes proportions gardées ;

3° Si nous adoptons la méthode des microdoses en utilisant le contenu d'ampoules étalonnées progressivement, mais restant au-dessous de la dose pondérale du dixième de milligramme, nous n'obtenons pas de résultats. L'application des microdoses ne convient pas à la crise aiguë.

Est-ce à dire que deux corps chimiques aussi voisins, deux acides aminés à noyau imidazol, jouissent de propriétés différentes ? De quelle manière s'exerce l'éventuelle action anti-ulcéreuse de l'histamine ?

1° L'action dilatatrice capillaire locale est prouvée au niveau de la peau, pas encore au niveau des viscères et de l'œdème péri-ulcéreux ;

2° L'augmentation des contractions des fibres lisses pose un argument contraire à l'éventualité de la guérison ulcéreuse ;

3° L'action sédative est démontrée dans le domaine des localisations articulaires. L'histamine influence les algies et semble jouir d'un effet spécifique neurotrope. Il y a réaction locale, nerveuse (réaction ortiée) ébranlant la sphère vago-sympathique. Les microdoses étudiées par Lambling auraient une action parallèle en désensibilisant à long terme.

L'action sédative de l'histamine, bien marquée en intradermique, est-elle élective gastrique ?

On sait que le traitement de la douleur viscérale par voie intradermique réside sur la notion de l'existence de la voie de sensibilité splanchnique viscéro-cutanée. L'intradermique coupe ce réflexe viscéro-cutané par distension du derme. La simple puncture aurait un pouvoir approchant. Toute intradermique possède, quand on utilise la schématisation métamérique, une

action antalgique. C'est le cas des intra à l'histidine, à la cocaïne, voire à l'eau.

Néanmoins, le résultat ne nous semble pas indépendant du produit injecté. Dans la colique hépatique par exemple, la cocaïne agit moins bien que la morphine. L'histamine, elle, agit sur la douleur sans spécificité. Elle influence surtout les troubles fonctionnels sans base ulcéreuse gastrique. Dans la poussée d'ulcus vrai, son action, même en intradermique, reste diluée et amène une perte de temps. Elle n'a pas le caractère de médication d'urgence et doit être considérée comme désensibilisant à effet étalé, en particulier dans le cas où la poussée semble répondre à un état hyperergique.

Si donc l'histidine et l'histamine sont chimiquement très proches, les résultats cliniques que j'ai notés sont différents. Avec l'un, action rapide sûre, élective. Avec l'autre, action lente, irrégulière, non spécifique. Tous deux néanmoins sont avant tout des sédatifs à des degrés divers. Peut-être la question de dosage et de dilution des produits entre-t-elle en ligne de compte pour expliquer ces différences d'efficacité.

C. — *La protéine*. — La protéinothérapie est une forme déjà ancienne de traitement. Elle a été mise en valeur par M. R. Gutmann qui en a fait la base de son test thérapeutique :

1° C'est un produit d'action prompte. Il influence l'élément douleur en moyenne de la quatrième à la huitième injection, il est un peu plus lent que l'histidine intraveineuse. Il faut l'employer à doses croissantes de 1 /4 à 1 c. c. de solution à 10 % de protéine soluble, associée à 10 c. c. de sérum physiologique ou d'hyposulfite de soude à 20 %, à raison d'une injection intraveineuse quotidienne pendant vingt-quatre jours c'est-à-dire à une cadence plus accélérée que celle normalement prescrite tous les deux à trois jours. La dose moyenne de 1 c. c. de protéine associée à 10 c. c. d'hyposulfite est toujours bien tolérée et plusieurs centaines d'injections lentes réalisées avec des aiguilles fines 20 /6 /10 ne m'ont donné aucun incident ou accident. Il est bon néanmoins de s'abstenir ou d'être prudent, d'une part chez les vieillards et les grands fatigués, d'autre part, chez les cardio-aortiques. Notons par ailleurs, que l'hyposulfite peut indurer les veines;

2° La protéine est plus régulière que l'histidine, en ce sens qu'elle influence la crise de l'ulcère compliqué. Elle chasse l'œdème (Gutmann) et permet tout en calmant la crise, de poser, lors de la vérification radiologique ultérieure, un diagnostic plus ferme d'ulcère compliqué, voire transformé ; car, si l'œdème part, la lésion reste, le cancer gastrique ne cédant jamais le terrain conquis (Gutmann).

La protéine ne calme pas aussi rapidement que l'histidine, elle n'est pas un sédatif électif et ne possède pas de qualité neurotrope. Mais elle a le double privilège de calmer la crise aiguë et de rendre ferme le radiodiagnostic, qui hésitait entre un aspect purement œdémateux ou ulcéreux et une image lésionnelle maligne.

La protéine, sans action spécifique gastrique, agit par choc et c'est un procédé logique, si l'on considère la nature allergique de certains ulcères. Les produits de dissociation des albumines alimentaires joueraient un rôle dans la genèse ulcéreuse en frappant et sensibilisant la couche épithéliale de la paroi gastrique (Riss) et par suite en modifiant la structure biologique de la cellule gastrique.

La poussée elle-même serait fréquemment de nature allergique, l'éclatement de la poussée répondant à un véritable choc. L'allergie locale gastrique existe, on suppose que l'antigène est complexe et de nature protéique. La désensibilisation de l'organisme à cet antigène peut se faire par la protéinothérapie, comme également et par une conception un peu divergente, par les microdoses d'histamine signalées plus haut.

De quelle manière peut agir la protéine dans la poussée ;

1° Localement, il y a réaction allergique entre l'antigène et l'anticorps avec inflammation intracellulaire et possibilité de cicatrisation ultérieure;

2° Il y a réaction anaphylactique générale, la protéine provoque une crise colloïdoclasique avec suractivité globulaire , protéolyse, mise en liberté d'anticorps et modification de l'équilibre colloïdal du milieu.

La protéine va donc agir :

1° Localement, sur l'élément allergique cellulaire et non sur l'élément mécanique, d'où la possibilité de diagnostic différentiel entre atteinte purement inflammatoire et celle complexe, mécanique lésionnelle, avec appoint inflammatoire ;

2° Généralement, par l'influence sur le trophisme nerveux et par suite sur le système vago-sympathique-endocrinien. L'action transitoire est certaine, celle durable plus problématique.

La protéine soluble ne réalise pas une protéinothérapie spécifique, mais elle agit puissamment sur la sphère gastro-duodénale : c'est là l'observation essentielle.

J'ai parfois tenté d'associer l'histidine à la protéine dans la crise d'ulcère, mais je n'ai pu arriver à dégager, en faveur de cette combinaison, quelque avantage réel.

Je pense qu'il est préférable, en remaniant la schématisation précédente, et en s'appuyant sur les résultats obtenus avec chaque médicament original, de souligner la double conclusion suivante :

— crise aiguë d'ulcère simple : histidine intraveineuse ;

— crise aiguë d'ulcère mal authentifié ou suspect de malignité : protéine intraveineuse.



LA MÉNOPAUSE MASCULINE

Notre meilleure connaissance de l'Endocrinologie permet de voir maintenant certains stades de la physiopathologie sous un angle différent et de donner à des états jusqu'alors tout à fait inexpliqués une étiologie sinon encore complètement certaine, du moins beaucoup plus vraisemblable. Les modifications et les troubles que l'on constate chez l'homme autour de la cinquantaine entrent bien dans cette catégorie et, à l'explication un peu trop simpliste désormais de l'âge, on peut ajouter maintenant quelques données plus explicites.

Autour de la cinquantaine, il est en effet assez fréquent de rencontrer chez l'homme des troubles divers, dont l'ensemble ne constitue pas une maladie, mais un état semi-pathologique qui handicape ceux qui les ressentent. Morphologiquement, l'homme prend du poids sans que l'explication en soit trouvée par une diminution d'activité professionnelle, une augmentation de l'apport alimentaire ou une affection quelconque. C'est même plus souvent une augmentation de volume qu'une réelle augmentation pondérale qui se produit. Elle s'accompagne d'une fatigue générale, de lassitude, d'un certain degré de paresse intellectuelle. Parfois, des troubles neuro-végétatifs sont constatés : un peu d'insomnie, un état légèrement sub-anxieux, une sensation plus ou moins accusée de fléchissement des jambes. Le malade reconnaît lui-même ces troubles qui, à juste titre, lui paraissent plus ennuyeux que graves.

L'examen clinique est d'ailleurs négatif et on a surtout l'impression générale d'un petit état dépressif mis sur le compte du surmenage, d'un deuil récent ou des difficultés inhérentes à la vie quotidienne. Puis, on accuse l'âge du malade qui se situe, presque toujours, dans ces cas-là, autour de la cinquantaine, et on ne manque pas de voir dans cette baisse du tonus et de la vitalité générale une première conséquence du vieillissement. C'est dans cette dernière explication que réside, à coup sûr, une erreur étiologique.

Il paraît, en effet, plus vraisemblable de voir dans l'ensemble de ces troubles, des signes de ménopause masculine. Un ralentissement partiel de la sécrétion hormonale mâle ou tout au moins une modification de l'équilibre endocrinologique constitue certainement le point de départ de ces états. Le fait du vieillissement ne doit pas entrer pour beaucoup en ligne de compte, puisqu'au bout d'un laps de temps, ordinairement de deux années, le malade guérit, retrouve toute son activité et repart dans l'existence rajeuni, semble-t-il, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage. Par contre, cette durée est assez bien dans l'ordre de ce qu'il faut à un déséquilibre neuro-endocrinologique pour se rééquilibrer.

Que peut-on en conclure pratiquement ? D'abord, l'existence d'un âge critique pour l'homme comme pour la femme, et qui ne serait autre chose qu'une ménopause masculine. Point besoin de réclamer de dosages hormonaux difficilement acceptables en pratique courante pour des cas semblables et qui, du reste, ne seraient peut-être pas toujours très convaincants. Une thérapeutique simple et logique amènera des résultats appréciables. La prescription de phosphore, d'arsenic, d'équilibrants du système neuro-végétatif est toute indiquée.

Le praticien n'a pour cela que l'embarras du choix. On se rappellera seulement que le phosphore pris au cours des repas est plus assimilable et que, dans ces cas-là, les équilibrants neuro-végétatifs pris dans la journée, à doses espacées et réfractées, sont plus efficaces que les prises massives en une ou deux fois.

Enfin, comme il est à penser qu'il y a une carence des sécrétions hormonales, on pourra prescrire des extraits orchitiques ou de l'hormone mâle. Il faudrait le faire d'ailleurs modérément et à intervalles assez espacés, car comme le disait le Professeur Loeper aux « Journées Médicales de Paris », en 1937 : « Il en est des hormones comme des vitamines : on ne les doit manier qu'avec prudence. Leur abus peut provoquer des surcharges et des précipitations tout comme leur suppression commande certaines carences ou certaines fragilités. » En agissant ainsi, on arrivera peut-être à abréger chez certains malades un moment plus ou moins pénible de leur existence.

Pierre LABIGNETTE,
Chef de Laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

des hormones génitales et extragénitales dans leurs rapports avec la fonction de reproduction

D'après le Professeur H. Roger (1)

La chimie des instincts génésiques

« Le mot *instinct* est une expression abstraite, qu'on peut conserver, mais à la condition de ne lui attribuer aucune valeur explicative et de ne l'utiliser que comme une étiquette commode, qu'on applique d'ailleurs à bien des phénomènes disparates ».

Philosophes et physiologistes ont établi que les actes de l'être humain pouvaient reconnaître pour origine : ou bien les instincts, ou bien les manifestations de l'intelligence. Les uns comme les autres se ramenaient à des mécanismes nerveux, ou mieux à des réflexes : par le jeu de réflexes innés pour les actes instinctifs, ou par celui de réflexes acquis pour les actes intellectuels. Puis, on a démontré que le système nerveux fonctionnait conjointement avec des substances chimiques, élaborées par l'organisme. Or, la connaissance des hormones et des substances, dites intermédiaires, a permis de conclure que les processus nerveux étaient en réalité des processus neuro-chimiques ou plutôt physico-chimiques, l'influx nerveux rentrant dans le domaine des phénomènes électriques.

L'influence des substances chimiques sur le développement des instincts génésiques ressort nettement des observations faites sur les Batraciens. On sait déjà que l'extirpation des testicules a pour conséquence la disparition de l'instinct génésique et de ses conséquences dans la fonction de reproduction ; mais ces effets sont annulés, dès que l'on greffe un testicule provenant d'un animal de *même* espèce, *ou mieux* qu'on injecte des extraits testiculaires, quelle qu'en soit l'origine : batraciens, oiseaux et même mammifères. Or, ce dernier point est surtout à retenir, car il prouve bien que, si *toutes* les hormones testiculaires produisent des effets semblables, c'est parce que leur *constitution chimique* est identique.

Steinach a poussé plus loin l'analyse des phénomènes. Il a montré que le cerveau et la moelle épinière du mâle renferment, au printemps, une substance spéciale. En injectant l'extrait de ces organes sous la peau d'un mâle castré, on fait réapparaître l'instinct sexuel. Les extraits de foie ou de muscle n'ayant pas la même influence, on peut conclure de cette expérience que la glande génitale élabore, au printemps, une hormone, qui « érotise » le système nerveux et explique le *développement de l'instinct*.

Nous verrons plus loin le rôle joué, quant à l'instinct maternel (de la fin de la gestation à la fin de la lactation), par une hormone antéro-hypophysaire, la galactine ou prolactine. Or, un *facteur minéral* intervient ici, qui semble indispensable, c'est le manganèse. Il résulte, en effet, des travaux de Mc Collum et Orent, que des rates recevant une nourriture dépourvue de manganèse ont une gestation normale ; les petits viennent au monde bien constitués, mais la mère s'en désintéresse ; elle n'a pas préparé leur nid ; elle ne les allaite pas. Les ratons meurent d'inanition, et l'autopsie démontre que leur tube digestif ne contient pas de lait. Cependant, pour que l'*instinct maternel* se développe, il faut que les aliments apportent chaque jour 0,005 pour 100 de manganèse. On admet que ce métal est indispensable à la formation de l'hormone hypophysaire. C'est, en tout cas, le plus bel exemple de l'*origine chimique d'un instinct.*

Les hormones génitales

On sait que la castration des mammifères mâles transforme le caractère et supprime les instincts génésiques ; d'autre part, il suffit pour atténuer ou supprimer ces effets de pratiquer des greffes de testicules et mieux d'injecter des extraits orchitiques, c'est-à-dire d'introduire les hormones produites par les glandes génitales. Or, actuellement, on en connaît bien les caractères chimiques, et même on a pu les reproduire par synthèse.

Parmi les nombreuses hormones génitales naturelles ou artificielles, quatre ont une importance capitale. Ce sont, chez le mâle, la *testostérone*, extraite des testicules; chez la femelle, l'*œstradiol* ou hormone de l'ovaire, dénommée autrefois folliculine; la *progestérone*, ancienne lutéine; l'*œstriol*, qui est l'hormone du placenta.

Au moyen de ces divers produits naturels ou de synthèse chimique, on peut répéter les expériences faites avec les extraits glandulaires et

(1) La chimie des instincts génésiques. (*La Presse médicale*, 5 octobre 1940).

l'on arrive à des résultats analogues et même plus précis. On rend aux animaux castrés les caractères de leur sexe, aussi bien somatiques que psychiques ou instinctifs, et on hâte chez les jeunes sujets l'apparition de la puberté.

Les résultats obtenus avec les hormones femelles sont superposables à ceux qui peuvent être acquis par les hormones mâles. L'injection d'œstradiol, ou, ce qui est plus actif, d'un mélange d'œstradiol et de progestérone, provoque le rut chez les femelles castrées, et, à plus forte dose, chez les impubères ; le vagin se développe, la muqueuse utérine se gonfle, la musculature de l'utérus se contracte de façon rythmique, comme pendant l'œstrus, et, au bout de deux ou trois jours, la femelle accepte le mâle. Le développement de l'instinct sexuel est annoncé par l'apparition du réflexe de copulation, qu'on provoque en pressant la région dorsolombaire.

Pareils faits, auxquels il serait facile d'en ajouter beaucoup d'autres, démontrent le rôle primordial des hormones génitales, en leur rattachant toutes les manifestations sexuelles, y compris les manifestations instinctives.

Les hormones sexuelles extra-génitales

Aux sécrétions des glandes génitales s'ajoutent pour l'exercice de la fonction de reproduction, les hormones déversées par toute une série de glandes endocrines, en tête desquelles les surrénales, la thyroïde, l'hypophyse et l'épiphyse.

Les *glandes surrénales* renferment deux ordres d'hormones, les unes masculinisantes, les autres féminisantes.

L'hormone masculinisante se trouve exclusivement dans la substance corticale ; c'est l'adrénostérone, qui se rapproche, par sa constitution chimique bien définie, de la testostérone. Comme celle-ci, elle provoque le développement de la crête chez le chapon et, chez le rat castré, empêche l'atrophie de la prostate et des vésicules séminales. Mais son action est moins énergique.

D'autre part, la suractivité de la cortico-surrénale, liée le plus souvent à une tumeur, adénome ou cancer, provoque chez la femme un véritable changement de sexe, au moins dans ses caractères extérieurs : développement des poils, surtout à la face ; hypertrophie du clitoris ; voix grave ; force musculaire augmentée ; brutalité. Chez l'homme, cette suractivité, d'ailleurs plus rare, produit une accentuation des caractères masculins. Inversement, les insuffisances cortico-surrénales entraînent l'asthénie, la fatigue au moindre effort, un défaut complet de volonté.

La glande thyroïde est essentiellement une glande féminisante, qui intervient dans la menstruation et la gestation. Elle joue un rôle dans le développement de la puberté. Son extirpation expérimentale ou son atrophie chez les sujets jeunes entraîne l'atrophie des testicules qui sont souvent ectopiques, l'atrophie folliculaire des ovaires, l'absence des instincts sexuels.

L'*hypophyse* est le point de départ, et le moteur principal des manifestations sexuelles. Elle règle l'évolution et le fonctionnement des diverses glandes génitales : puberté, cycles sexuels féminins. Son extirpation dans le jeune âge, avant la puberté, maintient l'aspect infantile ; les testicules ou l'utérus et les ovaires restent stationnaires ou diminuent de volume ; les caractères sexuels secondaires et l'instinct génésique ne se développent pas. Chez des animaux adultes, l'hypophysectomie a pour conséquences la rétrogradation des caractères sexuels secondaires, la diminution ou la suppression de l'instinct génésique, l'atrophie des organes génitaux, etc...

Pour rendre aux animaux hypophysectomisés leurs caractères normaux, il suffit de leur implanter des fragments du lobe antérieur, ou de leur en injecter des extraits. Mais le fonctionnement de l'hypophyse subit l'influence des excitations externes, ce qui explique les réactions génitales provoquées par les sensations olfactives, auditives ou visuelles. Jusqu'ici on a surtout étudié l'influence de la lumière, qui serait capable de créer une puberté précoce.

Enfin, l'hypophyse joue un rôle capital dans le développement d'un autre instinct génésique, l'instinct maternel qui débute vers la fin de la gestation et persiste jusqu'à la fin de la lactation. Il s'agirait de l'action d'une hormone antéro-hypophysaire : la galactine ou prolactine, qui influencerait également la lactation. Absente chez la femelle, qui allaite, elle a pour effet, de tarir la sécrétion du lait. Réciproquement l'injection des extraits antéhypophysaires a pour résultat de faire sécréter les glandes mammaires, au moins dans certaines conditions, car elle est sans effet sur les femelles impubères et sur celles qui ont été castrées avant la formation des corps jaunes.

Cette dernière constatation nous amène à ouvrir une parenthèse pour jeter un coup d'œil sur les autres hormones qui interviennent. Dans le même ordre d'idées, la lutéine joue un rôle important en préparant l'organisme à l'action de la prolactine. D'autre part, l'extirpation de la cortico-surrénale supprime ou arrête la sécrétion lactée. Nous rappellerons, enfin, l'action favorable du manganèse.

Quant à l'*épiphyse*, elle exerce une action frénatrice ; elle contribue ainsi à maintenir le développement sexuel et somatique dans les limites normales.

G. Fischer

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Psoriasis

Le Docteur R. BARTHÉLEMY a rédigé une intéressante et très complète consultation sur cette question de grand intérêt. Le psoriasis, qui ne semble pas parasitaire et n'est pas contagieux, apparaît comme une maladie générale, peut être en rapport avec des troubles d'assimilation, notamment ceux des protéides et des graisses. D'ordinaire limité à la peau, avec une éruption tenace et caractéristique, il s'accompagne parfois d'une forme particulière de rhumatisme à tendance chronique. Volontiers familial et héréditaire, observé souvent chez des sujets robustes, il débute d'ordinaire dans l'adolescence, procède par poussées éruptives, qui peuvent guérir spontanément, mais dont les récidives occupent toute la durée de l'existence.

Rougeur et squames sèches, des éléments ronds ou groupés en figures courbes, topographie de l'éruption, notion d'ancienneté et de poussées antérieures, chronicité suffisent à imposer ce diagnostic, confirmé par le grattage lent donnant la tache de bougie, une dernière pellicule décollable, mais humide et sensible, puis un pointillé de rosée sanglante.

Après avoir discuté le diagnostic différentiel, l'auteur développe largement la question du traitement, préventif d'abord, puis curatif, classique (à base d'huile de cade) et moderne (antisyphilitique, auto-hémothérapie, vitamine A et D, opothérapie, régime). Cependant, ajoute-t-il sagement, la dispersion des efforts et la variété des produits ou procédés employés n'assurent pas toujours, mieux que l'ancien traitement, la guérison de la poussée, c'est-à-dire le blanchiement : la guérison définitive du psoriasis, comme sa cause effective, reste encore aléatoire. (*Le Bulletin médical*, 5 avril 1941).

Le traitement des hémorragies fonctionnelles de l'utérus par l'hormone mâle

Le Docteur Et. BOMPARD traite de l'emploi de la testostérone, dans les seuls cas d'hémorragie fonctionnelle qui ne sont pas sous la dépendance d'une affection infectieuse ou tumorale des voies génitales, mais dérivent uniquement d'un trouble du fonctionnement ovarien. L'expérimentation sur l'animal a montré que cette hormone a une action directe sur les voies génitales ; chez la femme, il est possible qu'une activité semblable réponde à l'administration de très fortes doses de testostérone ; de fait, la presque totalité des hémorragies fonctionnelles sont améliorées ou guéries par les injections de cette hormone, qu'il s'agisse de l'acétate ou du propionate. Cette thérapeutique a évité aux malades bon nombre de curettages ou d'applications de radium ou de rayons X.

Les inconvénients de la méthode ne sont guère à redouter . La femme s'accommode, en général, sans la moindre réaction fâcheuse, d'une imprégnation par les corps androgènes. L'hirsutisme est exceptionnel, discret et presque toujours transitoire. L'abaissement du timbre de la voix et l'hypertrophie clitoridienne sont peu fréquents, ils s'amendent en quelques mois chez la femme adulte. Cependant, la crainte de ces masculinisations ébauchées doit conduire à modérer au maximum l'administration de testostérone dans les hémorragies virginales. Des doses de 50 à 200 mgr. en injections par mois seront souvent suffisantes pour combattre utilement les hémorragies pré-ménopausiques ou les hémorragies légères. Seules l'abondance, l'ancienneté, la résistance de l'hémorragie au début du traitement peuvent servir de guide.

Mais, dans les ménorragies rebelles et les ménorragies récidivantes, la guérison ne peut être régulièrement escomptée sans un apport de 300 mgr. à 800 mgr. de testostérone, répartis sur 3 à 4 semaines, et suivis d'un traitement complémentaire de 50 à 200 mgr. , les deux ou trois mois suivants. Cette thérapeutique intensive entraîne un inconvénient majeur, qui réside dans les perturbations physiologiques, qu'elle entraîne : aménorrhée de quelques mois, hypotrophie de la muqueuse, freination probable de l'activité hypophysaire gonadotrope. Ces anomalies ne constituent pas une objection sérieuse à la pratique du traitement hormonal, car elles sont transitoires et ne semblent grever en aucune manière l'avenir génital de ces malades. (*Revue française de gynécologie*, avril 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La chirurgie conservatrice dans les tumeurs bilatérales des ovaires

(M. Georges Labey ; 6-5-1941)

Dans ces trente dernières années, la chirurgie des annexes, devenue plus conservatrice, a montré une réaction salutaire contre certains abus du radicalisme primitif. Les tumeurs des ovaires, quand elles sont bilatérales, posent des problèmes analogues et, dans bien des cas, la conservation d'un petit fragment de tissu ovarien normal pourra permettre de garder à la femme son intégrité physiologique. Toutefois, comme il peut s'agir de tumeurs malignes, il conviendra de faire au cours de l'intervention un examen extemporané d'un fragment de la tumeur avant d'adopter une conduite opératoire déterminée. M. Labey rapporte deux observations de jeunes femmes atteintes de tumeurs bilatérales des ovaires chez lesquelles la conservation d'un peu de tissu ovarien d'un côté, au moment de l'exérèse des lésions, a permis des grossesses ultérieures.

Cardiopathies et grossesse

(M. Couvelaire ; M. Brindeau ; 13-5-1941)

La question de l'avortement et de l'accouchement provoqués chez les cardiaques, envisagée dans des communications antérieures par MM. Laubry et Clerc, est reprise par MM. Couvelaire et Brindeau.

M. Couvelaire n'est pas, par principe, opposé à l'avortement thérapeutique. De 1920 à 1937, à la Clinique Baudelocque, il est intervenu dans 14 cas sur 470 cardiaques enceintes. Ces chiffres sont, il est vrai, très éloignés de ceux de M. Laubry qui a présenté une statistique de 42 interruptions de grossesse.

Les faits cliniques — ceux enregistrés à Baudelocque en particulier — ne permettent pas de considérer *a priori* comme une catastrophe l'éventualité d'une maternité chez une cardiaque et ne sauraient légitimer une extension quasi-systématique des avortements dits thérapeutiques. Les malades, toutefois, doivent être minutieusement surveillées, en ayant recours aux conseils des cardiologues chaque fois que cela paraîtra utile, et le plus souvent possible.

Pour ce qui concerne l'accélération des accidents cardiaques après l'accouchement, signalée par M. Laubry, M. Couvelaire se demande si une assistance médico-sociale convenable de ces malades, qui leur permettrait de se reposer assez longtemps, n'atténuerait pas notablement les accidents.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses circonstances qui, au cours d'une gestation, pourraient faire envisager l'opportunité d'une intervention : insuffisance cardiaque avec anasarque et stases viscérales généralisées, accidents gravido-cardiopulmonaires, œdème aigu du poumon, phénomènes emboliques, arythmie complète.

A la Clinique Tarnier, M. Brindeau a pratiqué, de 1927 à 1939, 17 évacuations utérines pour accidents gravido-cardiaques. Deux des malades sont mortes et les 15 autres ont été grandement améliorées.

A la vérité, le repos au lit et le traitement médical suffiront le plus souvent pour permettre à la cardiopathe de mener sa grossesse à terme, mais dans certains cas, rares il est vrai, l'accoucheur sera appelé à procéder à l'évacuation de l'utérus. Il sera nécessaire avant de prendre cette grave décision de demander l'avis d'un cardiologue averti. L'intervention, décidée d'un commun accord, devra être purement chirurgicale, c'est-à-dire le plus souvent sous forme de césarienne abdominale. Si la grossesse est très jeune (au-dessous de trois mois), l'évacuation pourra se faire par la voie vaginale. Faut-il sectionner les trompes entre deux ligatures pour éviter une nouvelle grossesse ? Si la femme est primipare, sauf si des troubles graves ont été observés antérieurement et se sont aggravés du fait de la gestation, il vaudra mieux ne pas la stériliser. Chez les multipares, on se basera sur l'histoire clinique des grossesses antérieures.

— M. Clerc note que, parmi les 42 patientes dont se compose la statistique de M. Laubry et ses collaborateurs, 34 ont subi l'interruption de leur grossesse avant l'époque de viabilité fœtale. Une proportion aussi considérable d'avortements provoqués ne laisse pas d'être impressionnante et trouverait son explication dans la sélection exceptionnelle de cas particulièrement graves.

— M. Laubry apprécie l'évolution des cardiopathies pendant la grossesse à un plus haut degré de gravité que M. Couvelaire, ce pourquoi il se montre plus enclin à élargir les indications thérapeutiques de l'interruption de la gestation en pareil cas. Le désir d'avoir des enfants vivants ne saurait atténuer le devoir qu'a le médecin de sauvegarder la vie des malades, cette vie fut-elle par ailleurs assez menacée quant à sa durée moyenne.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

VA-T-ON LIMITER LES HONORAIRES MÉDICAUX EN MATIÈRE D'A. S. ?

Une grave décision est en voie d'être prise, si elle ne l'est déjà, en matière d'assurance-maladie, et nous avons tenu à alerter nos lecteurs à ce sujet dans notre dernier numéro : il est *question de faire coïncider les tarifs médicaux avec les tarifs de responsabilité des Caisses.*

Avant d'aller plus loin rappelons succinctement que la loi du 29 mai dernier réformant l'assurance-maladie et maternité a prévu la fixation des tarifs de responsabilité non plus par les Caisses elles-mêmes, mais par arrêtés interministériels dans le cadre de chaque département ou de chaque région. En attendant que la nomenclature actuelle soit revisée, et que ces arrêtés paraissent, les remboursements auront lieu, à compter du 1er juillet sur la base du tarif de réassurance (publié dans notre numéro de mars 1941).

Un communiqué publié récemment dans la grande presse fait valoir les effets bienfaisants de la réforme à l'égard des assurés sociaux et rappelle que le tarif de réassurance, ancien maximum, est devenu dès maintenant un tarif minimum (ce qui n'a d'ailleurs qu'une importance toute théorique, la grosse majorité des Caisses l'ayant depuis longtemps déjà adopté comme tarif de responsabilité).

Continuant la lecture de ce communiqué, nous nous trouvons en face d'une réforme, qui n'est en aucune manière inscrite dans le texte de la loi du 29 mai, mais qui constitue une véritable révolution dans le domaine médical. Nous tenons à citer ici le texte intégral :

« Mais une telle réforme serait *insuffisante,* d'abord parce que la *modicité des cotisations d'assurances sociales,* moins élevées en France que presque partout ailleurs, *ne permettra pas aux Caisses d'élever indéfiniment leurs tarifs de remboursement* ; ensuite parce qu'*il ne faudrait pas que l'accroissement de ces tarifs entraînât une élévation correspondante des honoraires médicaux* et des frais d'hospitalisation. »

« *Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins* a donc, dès à présent, *adopté le principe d'accords conclus entre les Conseils départementaux de l'Ordre et les Unions des Caisses d'assurances sociales, accords qui fixeraient des tarifs maxima pour des actes médicaux ou chirurgicaux* nettement définis. *Ces tarifs s'imposeraient à la fois aux praticiens pour la fixation de leurs honoraires et aux Caisses pour leurs remboursements aux assurés.* »

« Ces accords constitueront une *deuxième étape.* On doit espérer que l'entente entre l'Ordre des médecins et les Caisses d'assurances sociales donnera au « *ticket modérateur* » sa véritable signification *en limitant, dans la plupart des cas, la participation de l'assuré à* 20 % *de sa dépense réelle.* »

Commentant dernièrement la loi du 29 mai, nous avions souhaité nous aussi que la participation des assurés aux frais médicaux fût limitée en fait à la seule participation obligatoire de 20 % prévue par la loi. Notre vœu va donc se trouver exaucé, mais d'une toute autre manière que nous l'entendions ; c'est en effet beaucoup moins les tarifs de responsabilité qui s'adapteront aux tarifs médicaux que ceux-ci qui se bloqueront, peut-être même s'abaisseront, pour attendre que l'écart se comble et se réduise au simple « ticket modérateur ».

La disparition de l'entente directe

En dehors de toute question de tarif, nous voulons tout d'abord attirer l'attention de nos lecteurs sur l'aspect de principe du nouveau régime qui va s'instituer. La décision prise signifie en effet purement et simplement la *suppression de l'entente directe et l'établissement d'un tarif limitatif en matière d'Assurances sociales.* Or, l'entente directe n'est pas seulement un mot magique un peu usé par les vieilles luttes syndicales, c'est l'expression même, sur le plan des honoraires, du caractère libéral de la profession. Elle signifie tout d'abord la *libre fixation de la rémunération* du médecin, dont le travail ne doit pas être taxé à un « prix courant » comme une marchandise commerciale, mais ainsi que le reconnaît la jurisprudence, doit dépendre des titres de la notoriété de la personnalité du médecin, du service rendu au malade, et des ressources personnelles ou familiales de ce dernier. Elle signifie en second lieu le *paiement direct* du médecin par

le malade, laissant ainsi à leurs rapports un aspect d'homme à homme, que toute intervention d'un organisme financier ne peut que dénaturer.

Dorénavant la rémunération du médecin sera *taxée*, selon *un tarif interministériel.* En principe, elle sera encore versée intégralement par le client. Mais ce principe ne sera sans doute pas longtemps respecté, car à quoi bon demander à la trésorerie de l'assuré social une avance récupérable à 80 % contre la Caisse. L'on en viendra, par la force même des choses, au régime actuel des soins aux pensionnés de guerre et des accidentés du travail, c'est-à-dire au *régime du tiers-payant.*

On nous dira fort justement qu'il y a des précédents. Nous en conviendrons certes, mais ils n'avaient pas l'ampleur du cas qui nous occupe. Ils ne concernaient que des catégories bien déterminées et plutôt exceptionnelles de la clientèle médicale. Au contraire, l'assuré social constitue actuellement la catégorie la plus importante de toute clientèle. Il est appelé sans doute à en constituer le fondement même, si certains projets d'extension à toutes les classes actives de la population voient le jour, et le régime de l'assurance-maladie que nous étudions aujourd'hui doit alors être considéré comme *la préfiguration de l'exercice normal de la médecine dans un proche avenir.*

Or, comme l'écrit fort justement le Docteur Grenet : « il est incontestable que le régime du tiers-payant, ne manquerait pas, s'il se généralisait, d'abaisser la profession médicale ». (1)

Le point de vue financier

Ceci dit, on nous objectera qu'il est vain de regretter le passé et que les mesures prises étaient inéluctables, les Caisses ne pouvant supporter une grosse élévation des tarifs de responsabilité, et les médecins ne pouvant dans les circonstances actuelles prétendre élever leur tarifs d'honoraires. Or, nous contestons à la fois le bien-fondé de ces deux postulats.

C'est en vain tout d'abord qu'on essaiera de nous apitoyer sur le sort des Caisses d'assurances sociales. N'oublions pas, en effet, les termes d'un rapport présenté le 5 juillet 1938 devant le Conseil suprieur des Assurances sociales « le fait majeur qui caractérise l'évolution des recettes des Caisses au cours des deux dernières années, c'est un énorme gonflement du produit des cotisations ». Au contraire « les dépenses de maladie et de maternité se sont stabilisées lors même qu'elles n'ont pas été en régression ». « On se trouve donc en face de ce paradoxe d'institution d'entr'aide sociale dont les ressources se sont énormément accrues et dont les dépenses n'ont guère variées ». N'oublions pas non plus qu'une grosse partie de leurs ressources était immobilisée en construction d'établissements d'hygiène et de prévention, plus coûteux que véritablement utiles et efficaces pour la masse des assurés. N'oublions pas enfin que l'effort demandé effectivement aux Caisses depuis la réforme du 29 mai consiste uniquement à appliquer officiellement un tarif de réassurance que la plupart d'entre elles pratiquaient en fait depuis 1938. Si le principe de la coïncidence du tarif médical et du tarif de responsabilité était mis en vigueur dès maintenant, il consisterait à fixer pour Paris le tarif de la consultation médicale à 22 fr. 50 au lieu de 30 francs donc *à imposer au Corps médical une diminution de ses honoraires* au lieu du simple blocage que l'on semble envisager.

D'autre part, la législation antérieure prévoyait que les tarifs de responsabilité devaient être établis « en fonction des tarifs médicaux minima ». Ce sont eux la partie variable, la base sur laquelle le système d'assurance doit être construit. Or, *une hausse de ces tarifs est-elle vraiment hors de saison* ? Nous avons du mal à le croire. L'accord conclu en 1938 entre l'Union des Caisses et la Confédération des Syndicats, plus connu sous le nom de circulaire 87, dont les accords actuels ne sont que la réédition et l'aggravation, ne prétendait stabiliser les honoraires médicaux que sous réserve d'une hausse du coût de la vie de plus de 20 %. Or, ce coefficient est malheureusement depuis beau temps largement dépassé ; salaires et traitements ont dû être relevés, et les honoraires médicaux sont restés au taux de 1938. Les médecins ne peuvent-ils prétendre eux aussi que leur « minimum vital » est de plus en plus en plus ébrèché ?

On soutiendra peut-être que le taux des honoraires restera constant, mais que le nombre des actes médicaux et, par suite le revenu du médecin augmenteront en même temps que la hausse des taux de remboursement, qui détournera les assurés des dispensaires, œuvres et hôpitaux publics ou privés soumis par la loi actuelle au contrôle ministériel. Nous voulons bien le croire, mais cette perspective est bien hypothétique, car la loi ne permet de freiner que les créations nouvelles de tels organismes, et rien ne nous autorise à penser que les autorités ministérielles et les directeurs régionaux de la santé, grands chefs en la matière, verront d'un œil défavorable leur maintien ou leur développement.

Le point de vue déontologique

Une fois de plus donc le point de vue des Caisses, inspiré naturellement du seul souci financier, aura triomphé. L'offensive entreprise en 1938 et

(1) Voir : Essais sur la profession médicale, p. 133.

maintenue à cette époque par les Syndicats locaux dans des limites raisonnables, paraît avoir atteint cette fois-ci tous ses objectifs. Et pourtant n'y avait-il point lieu de s'inspirer, avant d'accepter de dangereux principes, de l'expérience corporative antérieure ? A la suite de la fameuse « circulaire 87 » de nombreux syndicats avaient introduit dans les conventions avec les Caisses, non point le respect automatique du tarif minimum, mais une clause bien plus souple prévoyant une application de principe de ce tarif tout en laissant au praticien la liberté de le dépasser sous sa propre responsabilité. S'il abusait de cette liberté, il pouvait être appelé à se justifier devant le Conseil de famille, qui, contrôlant le chiffre d'honoraires demandé, lui infligeait s'il y avait lieu, des sanctions disciplinaires.

L'Ordre des médecins et ses Conseils départementaux eussent été mieux outillés encore législativement pour exercer un tel contrôle, avec une autorité morale et une indépendance accrue, avec des sanctions plus redoutables encore. *Ce rôle n'est-il point prévu en toutes lettres d'ailleurs par l'art. 21 du récent Code de déontologie*, auquel nous renvoyons ses auteurs ? Ne peut-on point penser qu'ils ont méconnu eux-mêmes leur propre ouvrage, alors qu'ils ont écrit à l'art. 20 dudit Code que : « *tout bénéficiaire d'une loi d'assurance* ou d'assistance *sociale* cesse d'être indigent à l'égard de son médecin et *lui doit des honoraires normaux* » ?

Le point de vue juridique

Quelle est maintenant la valeur juridique des « accords » dont nous parle le communiqué ? Notons qu'ils seront conclus non point avec les Caisses, mais avec leurs Unions régionales. Ajoutons que le nouveau texte de loi en matière d'assurance-maladie ne fait aucune mention de telles conventions entre Conseils départementaux de l'Ordre et Union des Caisses. Ces fameux accords ne sauraient donc être confondus avec les anciennes conventions Syndicats-Caisses prévues par l'art. 6, § 5 du décret-loi du 28 octobre 1935, article qu'au reste on peut considérer comme abrogé par la loi du 29 mai.

Il résulte de là que c'est en vain qu'on invoquerait à leur propos l'art. 10, § 1er du règlement d'administration publique du 11 juillet 1939, d'après lequel « le praticien qui signe les imprimés dont la production est exigée par les Caisses pour l'obtention des prestations est réputé avoir adhéré aux clauses de la Convention passée entre la Caisse et le Syndicat ».

Notons d'ailleurs que s'il en était autrement, le praticien pourrait invoquer l'art. 10, § 2, refuser d'apposer sa signature sur les imprimés et délivrer à l'assuré un reçu d'honoraires indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés. Ce procédé avait autrefois l'inconvénient de priver l'assuré du bénéfice du tarif de remboursement le plus élevé. Il y avait lieu à application d'un tarif forfaitaire particulièrement désavantageux. Cet inconvénient disparaît avec la réforme du 29 mai, puisqu'il n'y a plus qu'un seul tarif de responsabilité fixé par voie d'autorité dans chaque département.

On nous dira certes que la violation des accords Ordre-Union des Caisses pourrait être considérée par les Conseils départementaux comme une violation de la déontologie et entraîner à l'égard du médecin des sanctions disciplinaires, soit sur le plan du contrôle technique, soit sur le plan plus général de la discipline professionnelle. Cette thèse nous semble fort discutable. Nous avons vu en effet plus haut que le médecin qui appliquerait l'entente directe ne ferait que se conformer strictement aux articles 20 et 21 du Code de déontologie, alors qu'en respectant les accords il violerait lesdits articles de manière certaine. Il appartiendrait seulement au Conseil dans un cas semblable d'apprécier si le médecin n'a point abusé en dépassant le tarif minimum, et nous en revenons par cette voie à la solution déjà exposée, à laquelle vont toutes nos préférences.

***

Ainsi donc le régime de l'assurance-maladie paraît s'éloigner définitivement du programme que l'Ordre, aux termes de son premier communiqué, se proposait de remplir. Peut-on en effet soutenir que « l'indépendance professionnelle du médecin sera respectée et que la médecine, non fonctionnarisée, demeurera une profession libérale au sens le plus élevé du mot » alors que le médecin sera soumis au contrôle technique non plus corporatif, mais bien ministériel, alors que ses honoraires seront limités par un tarif fixé par l'autorité publique ?

Nous plaçant à un point de vue plus général, nous conclurons que l'Ordre des médecins, dans sa structure actuelle, n'a pas les moyens de faire respecter, ailleurs qu'en son sein même, ses propres principes. Il en ira ainsi tant qu'il ne constituera pas, en coude à coude avec les professions connexes, une véritable corporation, tant qu'il sera considéré par la puissance publique comme simple donneur d'avis ou commode agent d'exécution de ses décisions, tant qu'il ne jouira pas d'une véritable indépendance, d'une large autonomie lui permettant de défendre, au besoin contre le législateur lui-même, les règles essentielles de la profession médicale. (1)

Jean MIGNON.

(1) Voir dans le même sens « Essai sur la profession médicale ». Dr H. Grenet, page 147.

Chronique automobile



L'ALCOOL : PRODUCTION, VENTE, DÉNATURATION

(Suite)

Par M. Henri PETIT,

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique
Rédacteur en Chef de la « Technique Automobile »

LE SERVICE DES ALCOOLS ET LE CONTINGENTEMENT

La fabrication et le commerce de l'alcool sont restés libres pendant très longtemp, mais après la grande guerre, des usines de distillation s'étaient montées pour donner des débits très importants. Les cultivateurs s'étaient consacrés à la culture de la betterave et on courait le risque d'avoir des quantités d'alcool très supérieures aux débouchés possibles. C'est alors qu'on a établi le contingentement de la production, grâce auquel le Service des alcools achète aux producteurs un tonnage d'alcool égal au contingent fixé pour l'année, et à un prix qui est fixé ainsi qu'il suit.

Pour que la betterave permette la production d'un tonnage déterminé d'alcool, cet alcool est acheté par le service des alcools à parité du prix du sucre. Ce prix est fixé par une formule basée sur le principe suivant : proportionner le bénéfice du distillateur et celui du fabricant de sucre aux engagements, investissements et frais respectifs de ces deux industries. Le résultat, c'est que le distillateur paie la betterave au cultivateur le même prix que le fabricant de sucre.

Fixé à 2.300.000 hectolitres en 1924, le contingent est monté progressivement à 2.480.000 hectolitres en 1939 ; on a de même fixé le prix de l'alcool suivant son origine.

Si on désigne par l'unité le prix de l'alcool de betterave, on aura pour les alcools de différentes provenances, les prix qui figurent dans le tableau suivant :

	Contingent	Coefficient
Betteraves.......	2.300.000	1
Mélasses.........	600.000	0,68
Grains...........	28.000	0,60
Vins.............	325.000	2,70
Marcs............	300.000	1,60
Cidres...........	25.000	2,55
Pommes, poires...	300.000	2,20
En plus (décret-loi de juin 1938) :		
Betteraves.......	850.000	
Blé et autres céréales...........	700.000	

Connaissant le prix de l'alcool de betterave, on peut donc facilement calculer le prix d'un alcool d'autre provenance. On voit, en particulier, que l'alcool le meilleur marché est l'alcool de mélasse et l'alcool de grain. Les alcools de vin et de cidre sont, par contre, très chers en raison du prix élevé de la matière première.

En 1938, l'Etat décidé à faire un effort et à augmenter la fabrication de l'alcool a accordé un nouveau contingent de 550.000 hectolitres ; malgré cela, on n'a pas travaillé de matières nouvelles telles que le sorgho et le topinambour, et aucune usine ne s'est montée pour travailler ces végétaux.

Le service des alcools est chargé en France de centraliser les achats et les ventes ; tout alcool qui titre plus de 70° quelle que soit sa provenance est obligatoirement acquis par le service des alcools et le producteur n'a pas le droit de le vendre directement au consommateur. Il n'y a d'exception que pour les eaux-de-vie, les alcools d'origine, les cognacs, etc...

Les tableaux suivants donnent une idée de l'importance des transactions effectuées par le service des alcools.

ACHATS D'ALCOOL

Origine :	Campagnes 1937-1938	1936-1937
Betteraves..........	2.149.648	2.351.084
Mélasses............	524.588	491.548
Grains..............	1.955	2.214
Vins................	310.922	39.101
Marcs...............	32.468	86.865
Cidres..............	27.917	11.065
Pommes..............	225.886	487.602
Synthèse............	27.657	16.288
Rhums...............	2.338	35.787
Totaux.......	3.303.379	3.521.554

VENTES D'ALCOOLS

Destination :	Campagnes 1937-1938	1936-1937
Bouche..............	414.830	474.531
Vinaigrerie.........	50.029	47.431
Parfumerie. Pharmacie..............	106.733	119.876
Exportation.........	66.057	65.295
Produits chimiques...	197.166	229.536
Dénaturation........	638.086	669.888
Carburation.........	1.358.084	2.566.821
Totaux.........	2.830.985	4.173.378

Le service des alcools qui fait ainsi figure de commerçant a réalisé des bénéfices importants à

tel point qu'un peu avant la guerre, on a prélevé la majeure partie de ses bénéfices pour les verser au budget général. Depuis , le service est arrivé à équilibrer de nouveau son budget.

L'ALCOOL DE BOUCHE

On a souvent dit et écrit qu'en supprimant ou au moins en réduisant l'alcoolisme, on pourrait augmenter largement la quantité d'alcool livrée à la carburation. Peut être a-t-on à ce point de vue un peu exagéré.

En ce qui concerne l'alcool de bouche, il y a une consommation inconnue qui provient du privilège des bouilleurs de cru. Ces *industriels,* (si l'on peut dire), paraissent faire de bonnes affaires. Si, en effet, l'on ne peut pas vérifier leur production, on peut au moins les compter ; or, on constate ainsi qu'en 1919, il y avait 1.070.000 bouilleurs et en 1936, 1.700.000. Un décret-loi du 22 juillet 1940, a prescrit la suppression de la distillation à domicile, ce qui ne veut pas dire la suppression du privilège des bouilleurs de cru. C'est cependant un progrès important puisque la distillation se fait maintenant dans des ateliers publics et non plus à domicile et, par suite, le contrôle de l'administration des Contributions indirectes peut être plus sérieux qu'auparavant.

Quoiqu'il en soit, tous les producteurs industriels d'alcool émettent le vœu unanime de voir supprimer le privilège des bouilleurs de cru. C'est ainsi seulement qu'on pourrait atteindre vraiment l'alcoolisme, qu'on supprimerait les fraudes et qu'on augmenterait le contingent de l'alcool disponible pour la carburation. C'est une mesure qui s'impose.

En ce qui concerne l'alcool taxé, sa quantité a subi une régression depuis les dernières années; c'est ainsi qu'aux environs de 1900, les Français consommaient quatre litres d'alcool par tête et par an, alors qu'aujourd'hui, cette quantité est inférieure à deux litres. L'augmentation des droits a été un facteur important de cette réduction. En 1816, ces droits étaient de 55 francs. l'hectolitre ; ils sont passés à 60 francs en 1877. En 1920, ils ont été portés à 1.000 francs pour arriver aujourd'hui à 2.900 francs.

Il ne convient pas de supprimer complètement l'alcool de bouche : l'expérience faite en Amérique a été probante à ce sujet, mais on peut réduire la consommation par des taxes importantes et des mesures d'interdiction. En 1913, on vendait encore 1.600.000 hectolitres d'alcool pour la consommation et en 1938 on est tombé à 884.000 hectolitres, soit à peu près 50 %.

Quoi qu'il en soit, l'appoint que peut fournir la réduction de la consommation de bouche pour la carburation sera toujours faible et ne pourra guère dépasser 100 à 150.000 hectolitres. C'est donc peu de chose.

POUR AUGMENTER LA PRODUCTION DE L'ALCOOL

L'alcool constitue la principale ressource française en matière de combustible liquide ; il y a un intérêt évident à chercher à augmenter sa production. Que peut-on faire pour cela ? D'abord faire travailler à plein les distilleries qui, si elles produisent cette année aux environs de deux millions d'hectolitres d'alcool, pourraient en produire cinq à six millions.

On pourrait donc déjà arriver à un résultat important, mais à la condition que ces distilleries soient suffisamment alimentées. Il est naturellement indispensable pour cela que la culture des plantes alcooligènes (betteraves, topinambours, sorgho, etc...), soit intensifiée et qu'on donne aux cultivateurs et aux distillateurs les moyens de transporter les plantes depuis le champ où on les récolte jusqu'à l'usine où on les distille ; ces problèmes présentent à l'heure actuelle des difficultés très grandes en raison de la pénurie générale des moyens de transport.

On ne peut guère espérer créer d'usines nouvelles, tout au moins à l'heure actuelle. Le contingent de cuivre pour les usines de distillation a été fixé en effet à 30 % de la consommation de 1938. Or, il se trouve qu'en 1938, on n'a pas monté de distilleries. Le tonnage de cuivre dont on dispose est donc extrêmement bas et à peine suffisant pour l'entretien et les réparations. Enfin, l'autre obstacle, c'est l'augmentation du prix et la rareté des matières alimentaires. On peut craindre que l'année prochaine, en raison de l'augmentation du prix de la pomme de terre, les cultivateurs négligent la betterave à son profit, puisque la pomme de terre peut rapporter au prix de la taxe, sept ou huit fois plus que la betterave.

Jusqu'où peut-on aller dans la production de l'alcool ?

La marge fixée par la consommation possible est extrêmement large. Pour remplacer l'essence que l'on consommait en 1938 en France, il faudrait produire à peu près 30 millions d'hectolitres d'alcool. On voit que nous en sommes très loin.

Un autre problème qui n'est certes pas négligeable en matière d'industrie de distillation, c'est le problème du combustible. Il faut, avons-nous dit une quarantaine de kilos de charbon par hectolitre d'alcool. Pour les cinq millions que pourraient produire les distilleries, c'est donc 200.000 tonnes de charbon qui sont nécessaires. Les trouvera-t-on ? Nous n'en savons rien.

LA DÉNATURATION

Pour que l'alcool ne puisse pas être utilisé pour la consommation de bouche, tout l'alcool destiné à la carburation et aux usages industriels et domestiques doit être dénaturé. Le taux des impôts qui frappent l'alcool de bouche étant en

effet beaucoup plus élevé que pour l'alcool industriel, on ne saurait permettre l'utilisation indifférente de ce produit.

Autrefois, les produits de dénaturation ont provoqué des incidents de fonctionnement sur nos moteurs ; en 1923, le dénaturant a été changé et, depuis cette époque, n'a donné lieu à aucune réclamation ; il a été constitué en principe par de l'alcool méthylique contenant une forte proportion d'alcool isopropylique. Dans tout dénaturant, il y a, en effet, deux produits : le dénaturant proprement dit qui rend l'alcool imbuvable en raison de son odeur et de son goût et un test que l'on retrouve à l'analyse.

En raison de la pénurie de dénaturant, on a été obligé d'en changer et actuellement, on dénature l'alcool soit avec du benzol à 1,3 %, soit avec des huiles de créosote, de houille ou de bois à la dose de 0,25 %. Ce dernier dénaturant dont on n'a pas satisfaction tout à fait complète pourrait d'ailleurs être changé dès qu'on aurait trouvé un produit plus satisfaisant sur la voie duquel on pourrait être orienté.

L'alcool destiné à des emplois ménagers est vendu meilleur marché que l'alcool carburant dont le prix de base est de 491 francs l'hectolitre d'alcool absolu. Pour éviter l'emploi d'alcool ménager dans des moteurs et déceler la fraude on l'a coloré et on y incorporerait paraît-il du tétra silicate d'éthyle ; ce corps formerait, lorsque l'alcool brûle, des cristaux de silice à l'état naissant qui, introduits dans les moteurs, provoqueraient des détériorations graves.

Avis donc aux fraudeurs possibles ; ils risquent non seulement un procès verbal, mais encore une mise hors d'usage plus ou moins rapide de leurs moteurs.

Alcool déshydraté et alcool hydraté

L'alcool qui sort des distilleries n'est pas pur et contient une proportion d'eau qui varie de 6 à 15 %.

Comme, ainsi que nous l'avons signalé déjà, les mélanges d'eau et d'alcool se contractent et offrent un volume final inférieur au total des volumes séparés de chacun des deux composants ; ces alcools titrent de 90° à 95°. C'est sous cette forme qu'ils sont livrés aux distributeurs.

Pour permettre à l'alcool de se mélanger facilement avec les essences de pétrole, on est arrivé à le déshydrater à peu près complètement et on peut, grâce à une opération de distillation complémentaire, l'amener à titrer 99,5 %. C'est ce qu'on appelle un peu improprement d'ailleurs, l'alcool absolu.

La teneur en eau de l'alcool a une importance assez grande sur les propriétés physiques et chimiques de l'alcool.

Le tableau suivant en donne une idée très nette.

Mélanges eau-alcool

Alcool %		Densité	Eau dans un litre grammes	Point d'ébullition	Chaleur spécifique par kilog. Calories	Chaleur latente en vaporisation	Chaleur spécifique entre t et t'
Volume	Poids						
60	52,17	0,913	436,6	81°71	85,16	365,55	$0,927 + 0,00282 \frac{t + t'}{2}$
70	62,44	0,890	334	80°8	80,9	334,85	$0,885 + 0,00288 \frac{t + t'}{2}$
80	73,50	0,864	228,5	79°9	77,68	295,53	$0,854 + 0,00296 \frac{t + t'}{2}$
90	85,70	0,834	119	79°1	64,36	255,64	$0,690 + 0,00313 \frac{t + t'}{2}$
95	92,40	0,816	61,7	78°35	58,98	233,70	$0,621 + 0,00325 \frac{t + t'}{2}$
100	100	0,794	0	78°35	55,92	209	$0,580 + 0,0034 \frac{t + t'}{2}$

Il y a naturellement intérêt à utiliser dans les moteurs de l'alcool au plus haut titre possible. On y trouverait son bénéfice non seulement au point de vue consommation, mais encore au point de vue agrément de conduite et surtout facilité de mise en route. S'il est, en effet, toujours facile, quelle que soit la température, de mettre en route un moteur froid avec de l'alcool à plus de 96 degrés, à condition bien entendu qu'on possède un dispositif de réchauffage électrique, la mise en route aux environs de 0° avec de l'alcool à 90° se révèle parfois comme assez pénible.

Avons-nous de l'alcool ? — Le stock disponible est très réduit, et il est pratiquement aussi difficile d'avoir de l'alcool que de l'essence.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Rapport actuariel quinquennal présenté par M. Collomb

Actuaire D. I. A. F.

Monsieur le Président,

J'ai examiné, conformément aux statuts de la Mutualité familiale du Corps médical français, les résultats de l'exercice clos le 31 décembre 1940.

Cet examen consiste, comme vous le savez, à comparer les sommes que vous vous trouvez avoir en caisse par le jeu des recettes et des dépenses, avec les réserves mathématiques dont vous devez théoriquement disposer pour assurer la bonne exécution de vos engagements dans l'avenir.

Les résultats obtenus, qui sont excellents, je m'empresse de vous le dire, sont les suivants.

Première section

La première section qui assure des prestations en cas de maladies et d'accidents, comprend, d'une part, l'ancienne combinaison « B », fermée depuis de longues années, et qui garantit ses adhérents jusqu'à leur décès, et d'autre part, toute la gamme de six combinaisons dites « MA » dont les garanties s'arrêtent à 65 ans.

La combinaison « B » continue à s'éteindre progressivement. Le nombre de ses adhérents tombe de 136 en 1935 à 92 en 1940.

Les combinaisons « MA » comptaient 999 adhérents au 31 décembre 1940 contre 1197 en 1935. Par contre les cotisations à encaisser chaque année ont augmenté au total d'environ 20 %.

L'avoir total de la première section s'élevait au 31 décembre 1940 à .... 2.583.587 francs

Or, les Réserves mathématiques calculées sur les bases très prudentes adoptées en 1935 ne s'élèvent qu'à .... 1.825.933 francs

La première section dispose donc d'un excédent de .... 757.654 francs

Deuxième section

La deuxième section qui est la plus importante dans votre bilan, a pour objet la constitution de retraites, à 60 ou 65 ans, à l'aide de versements faits soit à capital aliéné, soit avec contre-assurance ordinaire, soit encore, avec capital réservé spécial.

Elle compte au 31 décembre 1940, 758 têtes contre 687 en 1935.

Le nombre des rentiers entrés en jouissance de leurs pensions s'accroît rapidement. Nous en comptons 166 en 1940 contre 19 en 1935.

L'avoir de la deuxième section est à l'inventaire de	6.892.753 francs
Ses réserves mathématiques s'élèvent à	6.619.172 francs
L'excédent est donc de........	273.581 francs

Troisième section

La troisième section garantit le service de pensions aux veuves des adhérents décédés.

Elle groupe aujourd'hui 89 têtes contre 80 en 1935.

Son avoir en 1940 est de.......	421.383 francs
et ses réserves mathématiques..	323.045 francs
Montant de l'excédent........	98.338 francs

Ces chiffres appellent quelques commentaires.

L'effectif de la première section a diminué sensiblement. Nous avons enregistré de nombreuses sorties, parmi lesquelles des radiations, plus nombreuses qu'en 1935, d'adhérents atteints par la limite d'âge de 65 ans. Le recrutement s'est un peu ralenti et n'a pu compenser les sorties.

Les cotisations ont, malgré cela, augmenté du fait que les sorties se sont, en grande majorité, produites dans les combinaisons anciennes à primes faibles, alors que les entrées n'ont eu lieu que dans les combinaisons récentes à prestations et primes élevées.

L'effectif de la deuxième section s'est, par contre, accru bien que le recrutement se soit également ralenti. La raison en est que les adhérents cessant de payer leur cotisation, ne sont, en général pas radiés, mais restent inscrits à leur section pour une rente réduite.

Nous avons, en 1935, modifié la présentation de notre comptabilité et créé la Réserve générale ainsi que la Réserve de garantie, cette dernière spécialement destinée à combler les déficits éventuels des sections. Chacune des trois sections a donc commencé l'exercice 1936 avec, pour seul avoir, le montant de ses Réserves mathématiques au 31 décembre 1935, le surplus ayant été affecté aux deux réserves précitées.

Les excédents qui apparaissent aujourd'hui représentent donc les bénéfices accumulés par les sections au cours des cinq dernières années.

L'excédent de la première section, par son importance, démontre l'excellente sélection de vos risques et atteste une solide prospérité qui ne s'est jamais démentie depuis 1935.

L'excédent de la deuxième section, tout modeste qu'il soit : 273-000 francs pour six millions et demi de réserves, est également satisfaisant car il dénote une mortalité légèrement mais régulièrement favorable depuis cinq ans.

L'assurance-retraite, en raison de l'importance des versements qu'elle exige de ses adhérents, doit être tarifée au plus juste prix. Or la table de mortalité CR qui, dans cet esprit, a été adoptée pour le calcul de vos barèmes de cotisations, a occasionné quelques déboires à certaines Caisses de retraites. Nous sommes heureux de constater que, comme nous l'espérions, le choix de cette table se trouve toujours justifié.

L'excédent de la troisième section est d'environ 30 % des réserves mathématiques. La mortalité est donc satisfaisante. Cet excédent est nécessaire car la troisième section (pensions de veuves) couvre des risques relativement importants pour des cotisations faibles. Or son effectif est réduit et des écarts de mortalité sont toujours à craindre.

Examinons maintenant la situation des sections du point de vue financier.

Les garanties qu'offre votre société en ce qui concerne ses diverses opérations d'assurances, s'établissent ainsi dans leurs grandes lignes.

Valeurs des engagements de la Société
(Réserves mathématiques)

Première section	1.825.933 francs
Deuxième section	6.619.172 francs
Troisième section	323.045 francs
Total	8.768.150 francs

Fonds de garantie

Avoir première section........	2.583.587 francs
Avoir deuxième section	6.892.753 francs
Avoir troisième section	421.383 francs
Total	9.897.723 francs
Réserves de garantie	1.391.827 francs
Réserve générale	2.198.597 francs
Total du fonds de garantie.	13.488.147 francs

Ces avoirs et ces réserves sont intégralement représentés à l'actif par vos disponibilités, valeurs ou immeubles.

Mentionnons enfin que les placements, qui figurent dans votre bilan pour leur prix d'achat, font apparaître cette année, si on les évalue aux cours du 31 décembre 1940, une plus value de 599.177 francs. Il ne s'agit pas là d'un excédent d'actif et cette somme ne peut pas être comptabilisée étant donné que vous ne devez pas réaliser vos valeurs, et que la plus value est un élément essentiellement variable.

Les tarifs des première et deuxième sections, qui représentent la presque totalité des Réserves mathématiques de la Mutualité, sont basés sur le taux de 4 1/2 %. C'est dire que, sous peine d'être en déficit, leurs réserves doivent être placées en fonds qui rapporteront au moins un intérêt de 4,50 % net tant que ces tarifs resteront en vigueur.

Leurs Réserves mathématiques sont calculées en escomptant ce taux pour de longues périodes, de l'ordre d'un demi-siècle.

Le portefeuille-titres de votre Société rapporte à peu près, aujourd'hui, l'intérêt voulu. Toutefois le taux des placements nouveaux est notablement inférieur. Le rendement moyen de votre portefeuille va donc baisser. En outre, des conversions de vos anciens titres sont à craindre, éventualité plus grave, car ce serait la chute immédiate du taux moyen d'intérêt.

Supposons, à titre d'indication, que le taux moyen de placement, diminue d'un point : je devrais réévaluer vos réserves mathématiques à 3,50 % ce qui les augmenterait dans l'ensemble d'environ 700.000 francs. Nous devons donc prévoir une provision de cet ordre, en chiffres ronds, afin de pouvoir, le cas échéant, faire face à cette obligation.

Par suite, votre excédent général qui est d'environ 4.700.000 francs tomberait à 4.000.000 francs.

L'ère d'instabilité que nous traversons n'est malheureusement pas close. Il est donc prudent de conserver au moins une partie de cet excédent à la disposition de votre Conseil d'administration pour parer à toute éventualité : ce sera votre « Réserve générale » au premier janvier 1941.

Si je vous conseille ici la prudence c'est uniquement en raison de la situation générale du pays et non de la situation particulière de la Mutualité familiale du Corps médical français, qui est excellente. Toutes les précautions possibles ont été prises et les résultats obtenus, aussi bons que nous pouvions le souhaiter, vous permettent d'envisager l'avenir en toute tranquillité d'esprit.

Une seule observation pourrait être faite : le nombre d'adhérents de la première section a décru de 200 têtes environ. Son effectif actuel de 1.000 têtes est suffisant, mais il est nécessaire de prendre des mesures pour le maintenir à ce niveau et l'accroître si possible.

Dans le même ordre d'idée il serait souhaitable qu'un effort de propagande soit fait en faveur de la troisième section qui garantit des pensions de veuves. Le maximum de pension annuelle sur une même tête est actuellement de 3.600 francs. Si comme il est probable, vous étiez amenés à relever ce chiffre, le fonctionnement de cette section ne pourrait être satisfaisant qu'avec un effectif de 2 ou 300 têtes au minimum. Les incertitudes de l'époque actuelle ne doivent pas vous décourager à cet égard et je suis persuadé qu'une propagande bien dirigée porterait ses fruits. Les garanties de ces deux sections : maladie et décès, répondent en matière de provoyance, non pas à des nécessités à échéance lointaine comme la retraite, mais à des besoins immédiats : pour le médecin chargé de famille, par exemple, celui de s'assurer dès maintenant, en cas d'accident, des moyens de vivre pour lui et les siens.

***

Je viens de vous exposer les résultats exceptionnellement bons qu'a fait apparaître le fonctionnement de la Mutualité familiale au cours de son dernier exercice. Je terminerai, devant une situation aussi florissante, par une dernière conclusion qui est, au fond, le but même de l'inventaire actuariel quinquennal prévu par vos statuts :

Une fois constituées toutes les réserves nécessaires pour assurer l'avenir de votre société, il reste encore un excédent qui nous permet de vous proposer une majoration des prestations servies par les première et troisième sections.

Nous vous rappelons qu'une majoration de 10 % avait été accordée en 1936 aux adhérents de la première section seulement, puis, supprimée par mesure de prudence depuis la guerre.

La situation de la première section vous autorise aujourd'hui non seulement à rétablir ces majorations mais encore à envisager certaines améliorations nouvelles. Nous avions pensé à vous proposer d'augmenter purement et simplement, le supplément uniforme de 10 % alloué en 1936. Toutefois, à la suite de demandes reçues récemment de certains adhérents, nous avons cru devoir étudier la possibilité d'accorder une majoration plus élevée pour les indemnités servies à compter du troisième mois aux malades dits « chroniques », indemnités qui, comme vous le savez, sont égales au tiers environ de celles versées pour les deux premiers mois, et se trouvent aujourd'hui insuffisantes dans bien des cas.

Il s'agit là d'une opération spéciale portant sur une partie seulement, et non la moins importante, des risques couverts par la première section. Il importe de s'assurer que le coût de ces majorations ne dépassera pas le montant des réserves que nous pouvons leur affecter. Dès que les études en cours sur cette question seront terminées, nous vous soumettrons nos conclusions.

En ce qui concerne la troisième section qui compte actuellement dix veuves pensionnées, touchant entre 600 et 1.800 francs d'arrérages annuels, je vous propose de verser, uniformément à chacune d'elles un supplément annuel d'arrérages de 400 francs.

Je ne vous propose aucune majoration de prestation pour la deuxième section (pensions de retraites) parce que ses excédents sont faibles et que c'est surtout pour elle que le souci de l'avenir doit nous inciter à la prudence.

Il va sans dire que ces allocations supplémentaires ne seront pas accordées à titre définitif et qu'elles devront pouvoir être révisées tous les ans.

L'Actuaire,
L. COLLOMB.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

L'arrêté du 20 mai 1941, nommant M. le Docteur Carpentier, médecin inspecteur adjoint de la Haute-Saône, est rapporté.

Hôpitaux psychiatriques

L'arrêté du 29 mars 1941, reclassant M. Coudurier, ex-directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier, en qualité d'économe à l'Hôpital psychiatrique autonome de Bassens, est rapporté.

M. Coudurier est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 3 mai 1941.

Comité de l'Assistance de France

Ont été nommés membres du Comité de l'Assistance de France :

MM. Roussel (J.-M.) et Bouet, conseillers d'Etat, désignés par le Conseil d'Etat.

Ont été nommés, par arrêtés du 3 juillet 1941 du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, membres dudit Comité :

MM. les Docteurs Clavelin et Blanquis, directeurs régionaux de la Famille et de la Santé, en qualité de directeurs de services sociaux régionaux ;

M. le Docteur Nedelec, membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ;

M. Rauzy, inspecteur général de la Famille et de l'Enfance, dans la catégorie des personnes qualifiées par leurs travaux ou leur compétence spéciale en matière d'assistance et de service social ;

M. Ravaud, représentant de la Corporation des pharmaciens ;

M. Cholet, président de la Fédération hospitalière de France.

(*J. O.*, 13 juillet 1941).

Défense passive

Loi du 3 juillet 1941 fixant les règles d'indemnisation des engagés volontaires et requis civils au titre de la défense passive, en cas d'incapacité temporaire de travail.

Art. 1er. — En cas de blessure reçue, d'accident éprouvé ou de maladie contractée ou aggravée par le fait ou à l'occasion du service, les engagés volontaires et requis civils du service de la défense passive sont, pendant la durée de leur incapacité temporaire de travail, indemnisés dans les conditions définies aux articles suivants :

Art. 2. — Les intéressés ont droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques sur la base du tarif en vigueur pour les accidents du travail, à moins qu'ils ne soient hospitalisés aux frais de l'Etat dans un établissement civil ou militaire.

Art. 3. — En cas d'incapacité temporaire du travail, les intéressés reçoivent une indemnité compensatrice de la perte subie dans le produit de leur travail habituel, sans toutefois qu'elle puisse excéder 45 francs par jour. A cette indemnité s'ajoutent les allocations familiales prévues par la législation en vigueur.

Le taux de l'indemnité compensatrice est fixé dans chaque cas par le préfet.

Elle est mandatée par lui, ainsi que le montant des frais médicaux et pharmaceutiques prévus à l'article 2. La dépense est imputée sur les crédits du département de la guerre affectés au fonctionnement de la défense passive.

Art. 4. — Les indemnités prévues aux articles 2 et 3 ci-dessus ne sont pas cumulables avec les pensions et prestations accordées par application du décret

portant règlement d'administration publique sur l'organisation générale de la défense passive, en date du 30 janvier 1939.

Art. 5. — Les fonctionnaires, agents et ouvriers des services publics, victimes d'accidents, de blessures ou de maladies, du fait ou à l'occasion d'un service de défense passive, à quelque titre qu'ils soient appelés à y participer, ont, au point de vue indemnisation en cas d'incapacité temporaire de travail, les mêmes droits que s'il s'agissait d'une invalidité résultant de l'exercice de leurs fonctions. Ils conservent l'intégralité de leur traitement ou salaire jusqu'à leur rétablissement.

....

Art. 7. — Les dispositions de la présente loi sont applicables rétroactivement à tous engagés volontaires et requis civils au titre de la défense passive, bénéficiaires du décret du 30 janvier 1939.

Décret du 3 *juillet* 1941 *fixant les modalités d'application de la loi du* 3 *juillet* 1941 *sur l'indemnisation des engagés volontaires et des requis civils du service de défense passive en cas d'incapacité temporaire de travail.*

Art. 1er. — Le droit des engagés volontaires et des requis civils au titre de la défense passive, atteints d'une incapacité temporaire de travail résultant de blessures reçues, d'accidents éprouvés ou de maladies contractées ou aggravées par le fait ou à l'occasion du service, à l'indemnité et au remboursement des frais médicaux ou pharmaceutiques, prévus par la loi du 3 juillet 1941, est constaté par le préfet, après avis du directeur départemental de la défense passive, sur le rapport du directeur urbain, ou du chef de service de la défense passive et l'avis du maire et au vu d'un certificat délivré par un médecin accrédité auprès de l'administration préfectorale.

Ce certificat indique la durée probable de l'incapacité de travail.

Art. 2. — Si l'incapacité de travail se prolonge au delà du terme prévu, un nouvel examen médical opéré dans les mêmes formes que le premier détermine la nouvelle période pendant laquelle l'intéressé pourra bénéficier des dispositions de la loi susvisée.

Il est procédé de même, en cas de besoin, jusqu'à guérison ou jusqu'à l'entrée en jouissance de la pension à laquelle l'intéressé peut prétendre par application des dispositions des articles 12, 21, 22 et 23 du décret du 30 janvier 1939.

Art. 3. — Pour subvenir aux premiers besoins de l'intéressé ou, s'il est hospitalisé, de sa famille, le préfet peut mandater des acomptes à valoir sur le montant de l'indemnité prévue à l'article 3 de la loi du 3 juillet 1941.

(*J. O.*, 15 juillet 1941).

Loyers

Une loi du 24 juin, publiée au *Journal officiel* du 13 juillet, vient apporter quelques modifications au régime actuel des loyers.

Nos lecteurs en trouveront une analyse complète dans notre prochain numéro, mais dès maintenant nous voulons leur indiquer quelles sont ses principales dispositions :

— Pour les locations se trouvant encore sous le bénéfice de la prorogation légale de la loi du 1er avril 1926 : augmentation de 10 % de la valeur de 1914, forfait des charges et prestations porté de 30 à 50 %.

— Pour les locations régies par les décrets du 26 septembre 1939 et 1er juin 1940 : possibilité pour les

locataires réfugiés de résilier le bail de leur lieu de repli au jour où ils peuvent regagner leur domicile, extension du bénéfice de la prorogation jusqu'à la cessation des hostilités, octroi aux veuves de guerre de tous les avantages dont leur mari aurait pu bénéficier.

Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine

Communiqués

I

L'USAGE DE L'EMBLÈME DE LA CROIX-ROUGE

Le Conseil international de la Croix-Rouge rappelle à tous les médecins qu'ils n'ont pas le droit d'apposer sur leurs véhicules automobiles l'emblème de la Croix-Rouge. Seuls, les voitures du service de santé militaire ou les véhicules de la Croix-Rouge française sont autorisés à porter cet emblème.

Le Conseil de l'Ordre demande à tous les médecins de se conformer à cette décision afin de ne pas s'exposer aux poursuites judiciaires que la Croix-Rouge pourrait leur intenter.

II

AVIS POUR LES TAXIS MÉDICAUX

Dorénavant, les postes d'appel de l'Hôtel-Dieu, Maison Dubois, Necker sont supprimés.

A partir du 15 juillet 1941 seul le poste de Marmottan subsiste. Il centralisera toutes les demandes.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

DENSITÉ MÉDICALE — CARTES DE PRIORITÉ — SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE — ACCIDENTS DU TRAVAIL ET HOSPITALISATION — MÉDECINS ETRANGERS

En application de la loi du 2 avril 1941, abrogeant le décret du 20 mai 1940, le Conseil supérieur de l'Ordre vient, au cours de sa dernière séance de fixer le nombre limite de médecins admis à pratiquer leur art dans quelques départements :

Allier 360 — Alpes-Maritimes 700 — Ardèche 100 — Basses-Alpes 65 — Charente 175 — Côte-d'Or 260 — Côtes-du-Nord 240 — Dordogne 250 — Eure 170 — Hérault 480 — Loire 365 — Lot-et-Garonne 180 — Puy-de-Dôme 476 — Rhône 620 — Savoie 162 — Seine-et-Oise 900 — Var, 300.

Ces chiffres-limite ne sont d'ailleurs que provisoires, paraît-il, et ne constitueraient d'obstacles à de nouvelles installations qu'à partir d'une date qui serait ultérieurement fixée par le Conseil supérieur. Jusque-là liberté absolue. Il le faut, en effet, pour permettre aux jeunes de s'installer.

Nous continuerons dans nos prochains échos,

la publication de ces chiffres-limites au fur et à mesure qu'ils seront déterminés pour les divers départements.

***

Dans notre numéro du 25 mai 1941, nous avions laissé prévoir à nos lecteurs que les conditions d'attribution de la carte nationale de priorité seraient réglementées. C'est chose faite aujourd'hui.

Aux termes de la loi du 18 juin 1941 (*Journal Officiel* du 2 juillet 1941), ont droit au bénéfice de cette carte :

— les mères de quatre enfants de moins de 16 ans ou de trois enfants de moins de 14 ans, ou de deux enfants de moins de 4 ans, légitimes ou reconnus ;

— les femmes enceintes à partir du quatrième mois de la grossesse ;

— les mères pendant les six premiers mois suivant la naissance de leur enfant ou pendant les douze premiers mois si elles les allaitent au sein ;

— les mères décorées de la médaille de la Famille Française ;

— enfin, et ce dans la limite de 5 % des cartes délivrées dans le département, les personnes ayant charge d'enfant, y compris les filles mères ou les mères étrangères d'enfants Français.

Ces cartes seront dorénavant renouvelables chaque année et pour la première fois au plus tard le 1er septembre 1941.

La loi, chose nouvelle, prévoit des sanctions contre les personnes qui abuseraient de leurs cartes, contre celles qui s'opposeraient à l'exercice du droit de priorité, contre les commerçants qui ne délivreraient pas les quantités de denrées rationnées ou non correspondant au nombre de personnes vivant effectivement au foyer familial, et enfin contre les agents de la force publique qui négligeraient ou refuseraient de faire respecter le droit de priorité.

Souhaitons que cette réglementation soit scrupuleusement observée tant par les bénéficiaires que par les commerçants qui trop souvent mettent une mauvaise volonté évidente à servir les prioritaires.

***

Nous apprenons que le Conseil supérieur vient de nommer le Docteur Louis Michon, de Lyon, en qualité de secrétaire administratif pour la zone non occupée.

Nous constatons avec plaisir que le Conseil supérieur a reconnu cette fois-ci que la qualité de médecin n'était pas incompatible avec l'exercice de cette fonction.

Aussi sommes-nous persuadés que cette désignation sera bien accueillie, et qu'elle ne suscitera aucune des réactions qu'avait provoquées, en zone occupée, la nomination d'un secrétaire administratif pris en dehors du Corps médical.

Ce secrétariat administratif fonctionnera à Lyon, 8, quai Jules Courmont.

***

Une décision intéressante a été rendue le 23 avril 1941 par le Juge de Paix de Laval.

Un ouvrier demandait le remboursement des sommes qu'il avait dû payer à sa fille pour soins, nourriture et entretien reçus de celle-ci pendant le séjour forcé qu'il avait dû faire chez elle à la suite de l'accident dont il avait été victime.

La Compagnie d'assurances de l'employeur résistait à la demande en prétendant que le paragraphe 3

de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ne vise que le cas d'hospitalisation et ne peut être étendu au cas où, sur sa demande, la victime a été conduite dans une clinique ou maison de santé priv e.

L'ouvrier a eu gain de cause parce que son hospitalisation jugée nécessaire par les médecin et chirurgien traitants avait été rendue impossible faute de place à l'Hôtel-Dieu encombré à cette époque de réfugiés et d'évacués d'autres hôpitaux.

Le juge s'est appuyé sur la jurisprudence de la Cour de Cassation aux termes de laquelle l'hospitalisation visée par le paragraphe 3 de l'article 4 doit s'entendre de tout séjour dans un établissement où le blessé a reçu un traitement médical avec ou sans logement, et la nourriture.

C'est équitablement que le Juge de Paix a fait dans ce cas très particulier une application du principe jurisprudentiel sanctionné à diverses reprises et posant qu'en matière d'accident du travail les stipulations de la loi ainsi que les divers articles du tarif ne sont pas limitatifs et que le patron ou l'assurance substituée doit rembourser à l'ouvrier tous les soins occasionnés par l'accident sous la seule réserve qu'ils soient utiles et après contrôle et taxe du juge de paix.

***

Dans notre dernier numéro, nous avions indiqué que les médecins étrangers, non installés au moment de la promulgation de la loi du 16 août, pouvaient être autorisés, en vertu de l'arrêté du 3 juillet 1941, à effectuer des remplacements en attendant que la Commission de contrôle ait statué définitivement sur leur sort.

L'arrêté ne précisant pas l'autorité qui était habilitée à donner cette autorisation, nous avions suggéré que selon nous il ne pouvait s'agir que du Secrétaire général à la Santé publique, de qui dépendent toutes ces questions.

Nous étions dans le vrai, le Docteur Huard vient en effet de préciser au Conseil supérieur de l'Ordre que seuls ses services ou, exceptionnellement, les préfets, avaient qualité pour délivrer de telles autorisations.

Les intéressés doivent donc adresser leurs demandes au secrétariat général de la Santé publique, à Paris, 7 rue de Tilsitt pour la zone occupée, et à Vichy, Hôtel du Rhône, pour la zone non occupée, en précisant quelle est leur situation.

CORRESPONDANCE

APLPICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

3411.— Certificats demandés sans preuve d'A. T. par feuille d'avis patronale

Dans le *Concours médical* du 8 juin dernier, vous conseillez au médecin de considérer le blessé en cas de tiers payant, comme s'il payait lui-même pour répondre à certains abus concernant les pansements « systématiquement quotidiens » dont des exemples m'ont été cités.

Je ne rentre pas dans cette catégorie, mais je tiens à déclarer que s'il y a des abus, c'est aussi du côté des blessés, car il arrive souvent ceci : c'est qu'un blessé très légèrement atteint, se précipite chez le

médecin, très souvent surtout pour avoir un certificat de constatation et toucher une indemnité, puis il disparaît et on ne le revoit plus, (j'en ai eu un cas récemment).

J'ai donc pris le parti, dans ce cas, de donner des soins, délivrer une ordonnance ; mais pas de certificat, si je n'ai aucun papier du patron. Je compte alors deux consultations ou pansements *puisque je procède à un nouvel examen*, de même qu'à l'Assistance médicale gratuite. Je ne délivre plus aucun certificat sans feuille. Dans ces cas, procédant à un examen toujours, il n'y a pas d'abus.

Il n'y a aucune raison, vu les tarifs bas des accidents du travail, mutilés, assistés que le médecin délivre des certificats gratis *pro deo*, surtout à l'époque où nous sommes, où l'on ne voit que des gens touchant allocations, relèvement de salaires, indemnités de toutes sortes, etc., etc. On n'a jusqu'alors nullement parlé des tarifs médicaux.

Que chaque justiciable d'un tiers payant se présente au cabinet du médecin, avec des papiers en règle, les pansements quotidiens diminueront, les intéressés n'auront pas à venir deux fois au lieu d'une et le médecin ne sera pas dérangé inutilement.

Dr M.

Réponse

a) Les « pansements systématiquement quotidiens » durent des semaines et parfois des mois, donc aucun rapport avec les blessés qui, par manque de feuille d'avis lors de la première consultation, entraînent une consultation supplémentaire et inutile ;

b) Je suis absolument d'accord avec vous pour qu'on ne remette pas à titre d'accident du travail, un certificat à un blessé se présentant sans feuille patronale ; mais ne pas lui refuser à titre de constatation d'ordre général, comme pour toute attestation demandée par un client quelconque. Evidemment alors, lui faire payer consultation et certificat, comme en clientèle ordinaire, sans tiers payant.

Dr .F. Decourt.

b) Assurances sociales

3.138. — Intervention à l'hôpital public

Je suis appelé, pour la première fois, un dimanche, auprès d'une jeune femme, enceinte de 4 mois 1 /2, de condition modeste (ménage ouvrier).

Je pose le diagnostic de torsion de kyste de l'ovaire droit. A la cinquième communication téléphonique, je finis par accrocher le chirurgien et lui conduis d'urgence, à 25 kilomètres de chez moi, la malade qu'il opère immédiatement avec mon aide effective.

A titre indicatif, il s'agissait d'une torsion des annexes droites. Les suites opératoires furent excellentes, et la grossesse évolue normalement.

Or, la malade est assurée sociale, et la convention passée entre l'Hôtel-Dieu et la Caisse d'Assurances sociales, ne prévoit pour moi pas d'honoraires.

D'après ces circonstances et l'importance du service rendu, comment dois-je établir ma note d'honoraires ?

Visite le dimanche, 40 francs ;

Frais téléphoniques (pour mémoire), 10 francs.

Transport de la malade (25 × 2 = 50 kilomètres) ou plutôt déplacement à 25 kilomètres pour aide opératoire ?

Dr D.

Réponse

1° D'après votre lettre où vous parlez de « l'Hôtel-Dieu », il s'agit d'une malade opérée à l'hôpital public. Auquel cas, d'après le tarif national de réassurance, les honoraires médicaux sont ainsi fixés : « chirurgie : 4 francs par journée d'hospitalisation ou à l'intervention forfaitaire, avec application du chiffre-clé, 3 fr. 50 et 7 francs de la Nomenclature générale.

Dans votre cas, ce serait 7 francs, le coefficient devant être, je pense, supérieur à 24, puisque probablement égal à K. 60. Mais il ne faut pas oublier que les prix forfaitaires d'intervention comprennent les aides et les soins consécutifs pendant vingt jours. Enfin, il faudrait connaître la convention Caisse-Hôpital qui fut établie entre l'Hôtel-Dieu et la Caisse intéressée, ce qui est une question d'ordre local.

2° Quant au déplacement causé par le transport du malade à l'hôpital, ce n'est plus une question d'honoraires médicaux, mais de frais dus comme à un « loueur de voiture ». C'est à vous à vous entendre avec l'intéressée (ou sa famille) qui demandera ensuite à sa Caisse si celle-ci doit tenir compte de ces frais, d'après son tarif de responsabilité.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

3.300. — Faut-il conseiller le mélange essence-alcool-éther ?

J'ai appris par le numéro du 18 mai dernier du *Concours médical*, la manière de réaliser un mélange essence-alcool du commerce en déshydratant ce dernier par le carbure de calcium.

Pouvant me procurer une certaine quantité d'alcool, j'ai recours à vous pour me renseigner sur certains points.

La déshydratation telle que vous la proposez, outre le désagrément de la manipulation me paraît être d'un rendement assez faible.

Tout à fait par hasard, car je ne connais rien en ces matières, j'ai pu obtenir un mélange homogène, clair, sans limite de séparation, de la façon suivante :

Essence : 40 parties ; alcool hydraté du commerce : 20 parties ; éther rectifié : 6 parties.

Que pensez-vous d'un tel mélange au point de vue carburant ? et en particulier :

1° Le mélange peut-il être employé pour alimenter un moteur automobile d'un type courant ?

Dans l'affirmative :

2° A-t-on le droit de faire et d'employer un tel mélange ?

3° La consommation sera-t-elle la même qu'avec l'essence actuelle ?

4° Le rendement (vitesse, reprises) sera-t-il le même ?

Dr M.

Réponse

La déshydratation de l'alcool par le carbure

de calcium est en effet assez longue et demande environ 48 heures.

On peut mélanger de l'alcool et de l'essence à peu près en toutes proportions en incorporant une quantité d'éther suffisante. Ce mélange peut être employé pour alimenter un moteur d'automobile d'un type courant.

Je ne sais pas si, légalement, on a le droit de l'utiliser, mais mon avis c'est que, dans les circonstances présentes, on ne risque rien à le faire. La consommation sera plus élevée qu'avec l'essence parce que l'alcool a un pouvoir calorifique moindre. Les consommations sont sensiblement dans le rapport inverse des pouvoirs calorifiques ; autrement dit, il faut toujours à peu près autant de calories pour produire un cheval-heure qu'il s'agisse d'alcool ou d'essence (en supposant que le moteur n'a pas subi de transformations trop profondes).

Même remarque en ce qui concerne la vitesse et les reprises ; la voiture sera moins brillante.

Je crois devoir vous signaler un danger relatif à l'emploi de l'éther, surtout en cette saison.

L'éther joue dans ce mélange un rôle double : permettre la mise en route d'une part, et, d'autre part, permettre la dissolution de l'huile. Or, l'éther est très volatil, et surtout par les fortes chaleurs que nous avons, s'évapore en quelques heures. On risque donc, non pas de manquer les mises en route, ce qui d'ailleurs ne serait pas bien grave, mais de voir l'huile se séparer.

J'ai fait un essai dans une éprouvette en mélangeant de l'essence et de l'alcool hydraté, avec un peu d'éther comme tiers solvant. 24 heures après, l'alcool était séparé de l'essence, et la proportion restante d'éther était infime.

Henri PETIT.

3.674. — Peut-on faire installer un gazogène sur une Matford ?

Est-il possible de faire installer sur une Matford, 13 CV., un gazogène et de quel modèle ?

On me dit que cette voiture là ne s'y prête guère en raison du nombre des cylindres. Quel est votre avis ?

Et si la chose est possible faut-il adopter un système avec compresseur ou non ? Une remorque destinée au gazogène ou non ?

J'attends votre conseil pour prendre une décision.

Dr P.

Réponse

Vous pouvez faire installer un gazogène sur votre Matford. Evidemment, vous aurez une perte de puissance assez sérieuse, mais je connais des installations qui marchent très bien.

Ce qui vous coûtera le moins comme travaux de carrosserie, c'est un gazogène sur remorque. Vous pouvez également installer le gazobloc qui se place en porte-à-faux à l'avant du radiateur.

Le gazogène S. U. C. A. comporte un compresseur qui permet de regagner la puissance perdue. D'après les renseignements que j'ai, il fonctionnerait correctement, mais son installation est évidemment un peu complexe car il faut entraîner le compresseur.

Henri PETIT.

Soixante-troisième année — N° 31 — 3 Août 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

***Le Numéro*............. 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 206. — Etablissement thermal Evaux-les-Bains (Creuse), demande urgence masseur et masseuse. Ecrire ou mieux se présenter à l'Etablissement d'Evaux.

N° 207. — Rapatrié 15 inscriptions médecine cherche emploi zone libre. Ecrire M. Paul Ribeyre 5, rue A.-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 208. — Poste chirurgie générale, à reprendre après décès, s'adresser à Madame Pouchet, 11, rue de la République, Orléans (Loiret).

N° 209. — A vendre Pratix-Sinck 100 KV. 100 Ma, scopie, graphie, table basculante, accessoires, état neuf, 16.000. Docteur Testart, Royan (Ch.-Inf.).

N° 210. — Canton zone libre, raisons de santé, échangerait grosse clientèle de trente ans contre petit poste campagne, avec communications faciles, climat doux, de préférence Corrèze-sud, Lot, Tarn-et-Garonne ou voisinage.

N° 211. — Jeune fille, meilleures références ferait représentation pharmaceutique, Bordeaux et Sud-Ouest. Ecrire Mlle de Saillan, 9, rue Bigot, Bordeaux.

N° 212. — Banlieue immédiate petite clientèle médecine générale à céder contre très faible indemnité. Pavillon 7 pièces, jardin, garage. Docteur Herrier-Fonclaire, 13, rue Nationale, Boulogne-sur-Seine.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Province. — Dermato-urologie. Bon rapport. Prix moyen. On pourrait concourir à l'Ecole de médecine de la ville pour le poste de professeur.

Banlieue proche. — Bel appartement. Très gros rendement. Poste à céder comptant.

Orne. — Gros bourg. Grande maison, loyer 4.500. Bon rapport. On cèderait avec comptant minime. Cause maladie.

Nord. — Poste de mines. Loyer 12.000 francs, très bon rapport. Petit fixe. On fait la propharmacie. Prix à débattre.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — Pendant les mois d'août et de septembre, l'Académie tiendra ses séances les 1er et 3e mardis de chaque mois.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Institut de médecine coloniale.* — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. La session de 1941 commencera le 3 octobre et sera terminée le 20 décembre. A la fin des cours de la session, les élèves subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique : MM. Bouffard, L.-Ch. Brumpt, Coutelen, Darré, Desportes, Dopter, Lavier, Tanon. — Parasitologie : M. E. Brumpt. — Bactériologie : M. Gastinel. — Ophtalmologie : M. Velter. — Hygiène et épidémiologie exotique : MM. H. Bénard, Bouffard, Langeron, Lemierre, Pozerski, Tanon. — Maladies cutanées : M. Gougerot. — Chirurgie des pays chauds : M. Lenormant. — Règlements sanitaires : M. Tanon.

Chefs de travaux : M. Navarre : Diagnostics bactériologiques ; — M. Bonnet : Technique bactériologique ; — M. L.-Ch. Brumpt : Parasitologie.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard, à l'hôpital Saint-Louis et à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de Médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention médecine ; 3° les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de 16 inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser : 1.740 francs.

Le cours n'aura lieu que s'il y a un nombre minimum de 30 élèves. Les inscriptions sont eçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — M. Charles Rémy Martin, professeur suppléant d'anatomie et physiologie, est prorogé pour un an, à dater du 1er juillet 1941.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame François Lepage sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *France*.

6, rue de Sontay, Paris (XVIe).

— Nous sommes heureux d'annoncer la naissance (25 juillet 1941) de Brigitte Douriez, fille de Monsieur Pierre Douriez, administrateur du *Concours Médical*, et de Madame Pierre Douriez, et petite-fille de Madame Constant Boulanger et de notre très regretté administrateur Constant Boulanger.

Le *Concours Médical* adresse à Monsieur et Madame Pierre Douriez et à leur famille ses plus cordiaux compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean Gautrelet, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine, décédé le 11 juillet 1941, à l'âge de 63 ans ; du Docteur Jean Devos, chargé de fonctions d'agrégé d'anatomie à la Faculté de Lille, décédé le 15 mai 1941, à Goldwaersvelde.

— **Rectification.** — Nous avons publié dans notre numéro du 20 juillet 1941 un article sur « L'AUTO-ANALGÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE DE CHIRURGIE DE GUERRE » du Docteur Pierre Boulard, portant le titre : assistant d'urologie à l'hôpital Cochin. C'est « Ex-assistant » qu'il faut lire. Le Docteur Pierre Boulard nous écrit que s'il a été, en effet, assistant d'endoscopie à la Clinique urologique de la Faculté de Paris, il ne l'est plus actuellement et depuis son retour de captivité. Suivant le désir qu'il nous a exprimé, nous nous empressons de faire cette rectification.



Le Livre d'Or du Corps Médical Français

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Le médecin lieutenant Georges Marquet

Nous apprenons, par une lettre de Madame Georges Marquet, la mort du Docteur Georges MARQUET, médecin-lieutenant au 32e bataillon de chars, tombé glorieusement au champ d'honneur le 15 mai 1940, à Rosoy-sur-Serre (Aisne), à l'âge de 27 ans. Notre regretté confrère laisse une petite fille, Monique, âgée de deux ans.

***

Inscrit aux tableaux spéciaux de la Légion d'Honneur :

POUR CHEVALIER :

DUBOST (Roger), *médecin lieutenant au* 119e *rég. d'infanterie*

Médecin d'une haute conscience professionnelle et d'un grand dévouement .A été grièvement blessé par éclats d'obus, le 19 mai 1940, devant son poste de secours aux environs de Stenay, A dû subir l'amputation du bras droit.

(*J. O.*, 14 juill. 1941).



Mutualité Familiale

Réunion du Conseil d'Administration du 8 juillet 1941

Présents : Docteurs Noir, président ; O'Followell et Vimont, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; Mignon, trésorier adjoint ; Bayard, Chevalier et M. Mignon, administrateurs.

Excusés : M. H. Mignon et Boelle.

La séance est ouverte à 16 h. 30.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général, constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 13 mai dernier, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes : MM. Dupond (Deux-Sèvres), Bellière (Aisne), Maréchal (Isère), Charpiot (Côte-d'Or), Dauby (Somme), Hy (Maine-et-Loire), Bayle (Oise), Pinoteau (Seine), Mmes Maréchal (Isère), Hy (Maine-et-Loire), et Bayard (Seine).

Admission provisoire :

Enfant Godéchoux Chantal.

Cette admission sera définitive au 1er octobre prochain si aucune protestation n'est parvenue à cette date au Conseil.

Le Secrétaire général donne lecture de la lettre d'une veuve de confrère. Il est décidé de la transmet-

tre au Centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale.

En conformité avec les décisions de la dernière Assemblée générale, le Secrétaire général présente quelques dossiers de sociétaires qui n'ont pu régulariser leur situation par suite de difficultés nées de la guerre.

Le Conseil examine ces dossiers dans un esprit de large solidarité confraternelle et décide des mesures de générosité à l'égard de certains de ces sociétaires.

Il demeure entendu que le Conseil disposera libéralement de la Caisse de secours dont le budget a été récemment grossi d'une partie de l'excédent des réserves, et qu'il apportera toute l'aide possible aux sociétaires qui auront pu établir que leur situation a été gravement compromise par suite de la guerre.

MM. O'Followell et Mignon entretiennent ensuite le Conseil des pourparlers en cours avec le Centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. Ils donnent lecture d'un rapport qu'ils comptent soutenir lors d'une prochaine Assemblée du Centre de liaison, et tendant à la Coopération des œuvres dont le but est la prévoyance en matière de maladie, de retraite et de décès.

Une lettre exprimant ce vœu sera adressée aux dirigeants de ces œuvres. En ce qui concerne la Mutualité Familiale une motion a été votée déclarant le Conseil d'administration de la Mutualité Familiale favorable à une coopération de ce genre.

L'Ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général :

LAVALÉE.

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Délivrance des médicaments ou produits rares

Circulaire du Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, Secrétariat général des anciens combattants, à MM. les Préfets.

Mon attention a été attirée sur les difficultés qu'éprouvent les grands mutilés de guerre à se procurer certains médicaments et surtout les objets de pansement lorsque des quantités importantes leur sont nécessaires.

Après entente avec le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé et avec le Comité d'organisation pour l'industrie et le commerce des produits pharmaceutiques, j'ai décidé les mesures suivantes :

Dans les cas exceptionnels où un grand mutilé, bénéficiaire de l'article 64, ne pourra pas obtenir normalement les quantités de médicaments ou objets de pansements indispensables à son traitement, il adressera une demande à la Préfecture (service des soins gratuits), avec un certificat sur papier à en-tête de son médecin traitant faisant connaître et justifiant les quantités nécessaires pour un trimestre.

La Préfecture, après avis du médecin, secrétaire de la Commission tripartite départementale, et toutes vérifications utiles, informera le demandeur de sa décision en lui renvoyant le certificat médical après y avoir porté, s'il y a lieu, le « Vu bon à délivrer » avec indication :

1° Des quantités à délivrer dans le trimestre ;

2° De la pharmacie chargée de la fourniture, compte tenu du domicile du demandeur. Ce dernier,

tant qu'il désirera bénéficier des présentes dispositions, devra faire exécuter toutes les ordonnances, détachées de son carnet de bons, par la pharmacie ainsi désignée, exclusivement ; on veillera attentivement à l'exécution de cette prescription qui est destinée à faciliter le contrôle. En cas d'infraction, l'autorisation préfectorale cessera et ne sera plus renouvelée.

D'aprèsles indications fournies par le Comité d'organisation pour l'industrie et le commerce des produits pharmaceutiques, les pharmaciens pourront obtenir de ce Comité, en sus du contingent qui doit leur être attribué normalement, les dotations supplémentaires de médicaments et de pansements nécessaires au service de certains bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Les pharmaciens obtiendront les dotations supplémentaires que pourrait exiger l'application de la présente circulaire sur présentation des certificats médicaux portant le « Vu bon à délivrer » de la Préfecture.

L'intérêt général exige que toute consommation inutile ou exagérée, soit rigoureusement proscrite. En conséquence, la dérogation temporaire au droit commun ci-dessus prévue ne devra être accordée par les Préfectures que dans les cas d'espèce où elle apparaîtra formellement justifiée par l'état actuel du malade. Les abus constatés seront immédiatement déférés devant la Commission tripartite départementale.

(*Le Pharmacien de France*, 10 juillet 1941.)

La vente des sulfamides et de l'insuline

Deux lettres du Secrétariat d'Etat à la Santé

1° *Lettre du Secrétariat d'Etat à la Famille.*

« Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de vous rappeler que, par Circulaire n° 37 du 11 avril 1941 adressée à MM. les Préfets et qui a été reproduite dans vos journaux professionnels, j'ai prié ces hauts fonctionnaires de bien vouloir attirer l'attention des pharmaciens sur les dispositions du décret en date du 2 décembre 1940 qui étend aux produits benzéniques, sulfurés, à groupement sulfamide et aux dérivés azoïques colorés ou non, les dispositions applicables aux substances qui figurent au tableau C annexé au décret du 14 septembre 1916 concernant les substances vénéneuses, modifié par les décrets du 20 mars 1930 et 9 novembre 1937.

« Je signalais, notamment, qu'il y avait lieu de rappeler tout spécialement aux pharmaciens les dispositions de l'article 42 du décret du 9 novembre 1937 qui appliquent aux produits du tableau C l'article 19 de la loi du 14 décembre 1916 à savoir que : « les pharmaciens ne peuvent délivrer lesdites substances pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire que sur la prescription d'un médecin ou d'un vétérinaire ».

« Or, j'ai été avisé à plusieurs reprises que des pharmaciens continuent à délivrer librement des sulfamides, en dépit des instructions données à ce sujet.

Voir la suite page XXXV-1381

PROPOS DU JOUR

NE NOUS HÂTONS PAS DE GÉNÉRALISER

Tout le monde connaît l'anecdote de cet anglais qui, débarquant à Calais, aperçut une femme rousse et en conclut qu'en France toutes les femmes étaient rousses. Il en est de même du confrère qui, ayant observé dans sa région les méfaits d'un mauvais chirurgien, en avait conclu un peu hâtivement que les chirurgiens de province devaient être fatalement mauvais. Tout démontre heureusement qu'il n'en est pas ainsi. La chirurgie, depuis plus d'un demi-siècle, s'est décentralisée. Il suffit de citer les noms des Témoin, des Montprofit, des Delagenière, des Moulonguet, des Doyen, des Bousquet, pour ne parler que de quelques disparus, pour démontrer qu'il n'y avait pas que dans les villes, sièges de Faculté, qu'exerçaient des chirurgiens de grande valeur. Nous croyons pouvoir affirmer qu'avec les progrès de la chirurgie, l'enseignement pratique qui se donne dans les grands hôpitaux, l'amélioration des établissements de soins, il n'est pas une ville de 10.000 habitants qui n'ait pas un chirurgien qualifié.

Le médecin, moins que tout autre, ne devrait pas céder à cette manie de généraliser. Son éducation professionnelle le met en garde contre cet abus. Il y a un siècle environ que Grisolle affirmait qu'il n'y avait pas de pneumonie, mais bien des pneumoniques et au cours de nos études nos maîtres nous ont maintes fois répété qu'il n'y avait pas de maladies, qu'il n'y avait que des malades. Sans doute, pour faciliter l'enseignement, on a du créer des types de maladie et écrire des traités de pathologie, mais si le médecin se bornait à les apprendre, il ne rencontrerait jamais ces types à l'état de pureté chez ses malades. C'est pour cela que les études cliniques, les stages hospitaliers s'imposent et que sans eux, quelque soit la science livresque qu'on ait acquise, on ne peut pas se dire un vrai médecin.

Il n'y a pas que dans l'exercice de la médecine que la manie de généraliser commet ses ravages. Prenons un exemple que la situation actuelle met tout particulièrement à l'ordre du jour : le retour à la terre. Certes ce retour est à désirer. La France qui est un pays surtout agricole, a indubitablement perdu quand l'industrie et les administrations ont attiré les fils des paysans dans les villes tentaculaires, amenant le dépeuplement de nos campagnes, même dans les régions les plus riches et les plus fertiles, et on a raison de prêcher le retour à la terre ; mais il ne faudrait pas se hâter de généraliser. Tout le monde n'a pas les qualités physiques et morales, tout le monde ne peut acquérir rapidement les connaissances techniques pour faire un agriculteur et il est à craindre qu'en incitant les individus inaptes à devenir des paysans, on ne crée des malheureux incapables de gagner leur vie, de s'adapter à la vie rude des champs et des aigris mécontents qui rejetteront, non sans quelque raison, sur ceux qui leur ont conseillé le retour à la terre, la cause de leur déconvenue et de leur malheur. Aussi on ne saurait être trop prudent en matière de réforme et de généralisation. *Natura non facit saltus* a dit l'adage latin. Rien ne sert de courir, il faut partir à temps, a répété sagement le Fabuliste.

Pour en revenir au milieu médical, faisons état à ce sujet d'une lettre entre cent autres que nous venons de recevoir, qui proteste avec

véhémence contre la proportion d'un médecin pour 1.500 habitants qui paraît avoir été fixée. Là encore il semble qu'on ait généralisé cette proportion pour toute la France. S'il est des régions où ce nombre peut être admis, il en est beaucoup d'autres où il est tout à fait insuffisant. Notre correspondant qui exerce dans l'Oise, estime à 3.000 habitants le nombre de ceux qui doivent assurer la clientèle d'un médecin actif et consciencieux. Si 1.500 habitants peuvent suffire à un praticien qui exerce dans une grande ville où le médecin est fréquemment appelé ou consulté, où le prix de la visite est relativement peu élevé, étant donné que les frais de déplacement sont nuls, il n'en est pas de même à la campagne. Le paysan ne fait appel au médecin qu'en cas de maladie grave et hésite à le faire revenir une seconde fois. Renseignements pris, le Conseil national de l'Ordre a considéré 1.500 à 1.600 habitants par médecin comme une indication, un plafond, et si l'on considère qu'il compte tous les spécialistes et les médecins âgés dont l'activité n'est pas très grande, on arrive à fixer à plus de 2.000 le nombre d'habitants par praticien exerçant la médecine générale. C'est évidemment suffisant dans la plupart des cas.

Notre correspondant met plusieurs conditions pour que le praticien puisse assurer des soins à 3.000 personnes :

D'abord il faut : « que le dit médecin veuille bien laisser aux spécialistes les actes de spécialité (ce qui ne l'empêche pas de garder la direction du traitement). ;

« que le médecin puisse se déplacer avec rapidité. (J'espère, écrit-il, que la situation actuelle n'est pas considérée comme idéale) ;

« que le médecin-praticien soit débarrassé de la médecine officielle : inspection des écoles, vaccinations, organisation des mesures d'hygiène collective, enseignement, etc. ; tout ceci devant être confié à un corps de médecins spécialisés et ne faisant pas de clientèle. (Cette mesure n'est pas facilement applicable partout).

« Avez-vous songé à ce que nous ferions s'il survenait une grande épidémie ? En temps normal, il y avait des médecins militaires prêts à nous doubler. Mais hélas ! où sont mes confrères de l'armée et nos sections d'hygiène et de désinfection ?

« En cas de peste, de typhus, de choléra, nous serions vite débordés.

« Pour revenir à notre sujet, disons donc qu'en temps normal, pour un médecin normal, une clientèle de 1.500 âmes est absolument insuffisante, elle incite le praticien à sortir de son rôle, à « chirurgicailler », à « spécialisticailler » et à rechercher des tâches, mal payées, mal exécutées parce qu'il n'en a pas le temps entre deux appels d'urgence. »

Certes, s'il y a beaucoup de réflexions justes dans la lettre de notre correspondant, elles ne seront pas peut-être du goût de tous nos lecteurs. Mais elles montrent avec beaucoup d'autres lettres que nous avons reçues, qu'il ne faut pas se hâter de généraliser. Le gouvernement du Maréchal a très sagement projeté de diviser la France en grandes régions ; c'est dans ces régions que l'on pourra se rendre compte de la proportion nécessaire de médecins pour un nombre donné d'habitants ; c'est dans chaque région que l'on pourra songer à organiser l'exercice de la médecine individuelle et collective. On se rendra facilement compte que le système qui donne ici pleine satisfaction, ne pourra fonctionner convenablement autre part. Evitons donc autant que possible de tomber dans la manie de la généralisation et faisons crédit à ceux qui nous dirigent dont la tâche est difficile, même écrasante, et dont les directives sont des indications qui en certains cas devront être remaniées.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

LES INDICATIONS CLINIQUES ET ENDOSCOPIQUES DE LA RÉSECTION ENDO-URÉTRALE DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE

Par les Docteurs

René-Henri MARTIN, et Gaston BUSSON,

Ancien chef de Clinique d'urologie à l'Hôpital Necker

Assistant d'endoscopie à l'Hôpital Necker

Deux méthodes bien différentes s'offrent à l'urologue qui se propose d'opérer un prostatique : ou bien l'*adénomectomie transvésicale* ou opération de Freyer, ou bien *la résection endo-urétrale*, appelée aussi, mais improprement forage endo-urétral. Nous étudierons plus particulièrement les indications de cette dernière méthode, méthode française qui nous est revenue à grand bruit d'Amérique et que beaucoup voudraient voir remplacer ce que le public appelle «la grande opération ».

Nous rappelons que l'adénome de la prostate ne se développe nullement au niveau de la vraie prostate qui reste toujours indépendante de l'adénome. Il naît aux dépens des minuscules *glandes péri-urétrales*, situées entre le col vésical et le *veru montanum*. Le terme « hypertrophie prostatique » est donc impropre, mais il est consacré par l'habitude. L'appellation devrait plutôt être celle d'*adénome péri-urétral.*

Les auteurs, Cunéo et Champy en particulier, qui attribuent cette dégénérescence à des troubles hormonaux de la ménopause masculine, font naître l'adénome aux dépens de l'utricule prostatique et de ses dépendances. Ceux d'entre nous qui ont l'habitude de la prostatectomie savent bien que nous n'enlevons pas le *veru montanum,* ni l'utricule et que l'on peut retrouver souvent des fibres du sphincter vésical autour de l'adénome. A l'urétroscope, on ne voit jamais d'altération du *veru.* Cette opinion ne nous semble donc pas devoir être retenue.

Quelle qu'en soit la cause, l'adénome une fois constitué, réalise un obstacle à la miction. Notons dès maintenant un fait capital, *cet obstacle est indépendant du volume de la prostate.* Telle prostate, grosse comme une orange, bombant dans le rectum, entraîne des troubles minimes ou nuls, telle autre imperceptible par le toucher, détermine une rétention complète et définitive.

Avant d'aborder à proprement parler notre sujet, rappelons les grandes lignes du traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Il est évident que bien des prostatiques relèvent du *traitement médical,* ceux en particulier, qui se trouvent à la première phase du prostatisme : phase de pollakiurie et de dysurie, ceux aussi dont le résidu vésical est insignifiant, les urines claires, l'état général excellent.

Chez d'autres, au contraire, il faut recourir à l'opération. M. Marion a, depuis longtemps, établi les règles qui en régissent les indications. Il faut opérer :

1° Les prostatiques qui sont obligés d'utiliser la sonde de façon régulière et définitive pour libérer leur vessie d'une rétention complète chronique ou pour évacuer un résidu important et permanent.

2° Ceux chez lesquels on voit le résidu augmenter progressivement.

3° Ceux chez lesquels se produisent des accidents : rétentions complètes aiguës à répétition, hématuries importantes, calculs récidivants poussées infectieuses, épididymites.

4° Ceux chez lesquels, on peut craindre un début de transformation maligne.

L'opération étant décidée, quel genre d'intervention choisir ? *prostatectomie transvésicale* ou *résection endo-urétrale.* Par la première, on veut enlever l'adénome dans sa totalité en l'énucléant au doigt par la brèche vésicale. Par la seconde, on se propose en passant par l'urètre, de «forer » une tranchée plus ou moins large dans l'adénome, à l'aide d'une anse métallique dans laquelle passe un courant de haute fréquence produit par un générateur de bistouri électrique. Ces deux méthodes sont donc bien différentes, et pour le chirurgien et pour le malade, et leurs indications respectives méritent au plus haut point d'être précisées.

L'expérence, que nous avons acquise à Necker dans le service de nos maîtres Marion et Gouverneur, nous porte actuellement à retenir les indications suivantes :

L'*adénomectomie transvésicale* doit être conseillée :

1° Dans les cas où l'*adénome est nettement perceptible au toucher rectal.* A plus forte raison, dans les moyens et gros adénomes et essentiellement dans ceux qui sont mous et congestifs ;

2° Dans les cas où il existe *une infection vésicale* nécessitant un bon drainage de la vessie,

✦✦

ceux en particulier où les examens radiographiques et cystoscopiques ont fait découvrir un calcul ou un diverticule ;

3° Quand il existe des signes d'*adénomite* : noyaux inflammatoires plus ou moins nombreux, truffant l'adénome, ou encore quand apparaissent les tous premiers signes d'une transformation maligne ;

4° Enfin, chez les malades dont le calibre du canal, après dilatation, n'est pas suffisant pour laisser passer le résecteur.

La résection endoscopique peut être choisie :

1° Pour *tous les adénomes dont la saillie rectale est à peine appréciable*, ou se borne à la disparition du sillon médian.

2° Pour les adénomes de petit ou de moyen volume, mais chez des sujets âgés ou peu résistants, à condition que la consistance soit *ferme*. La résection étant difficile, voire dangereuse (des cas de mort ont été signalés) dans les adénomes mous, congestifs, du fait du saignement, parfois difficile à arrêter par le seul courant coagulant;

3° Dans les cancers de la prostate, lorsque la miction devient impossible.

Les indications fournies par le toucher rectal sont donc primordiales dans le choix de l'une ou l'autre grande méthode de traitement. Chacun sait cependant que l'appréciation au doigt de l'adénome ne peut en rien faire préjuger de son aspect endoscopique. *L'urologue ne sera autorisé à faire une résection endo-urétrale que si les données de l'endoscopie le lui permettent, et les indications précédentes ne valent qu'après cysto-urétroscopie.* Ce sont les renseignements fournis par celle-ci qui sont le principal objet de notre communication.

La *cystoscopie* devrait être pratiquée chez tous les prostatiques que l'on se propose d'opérer, quelle que soit la méthode employée. Elle permet de vérifier l'état de la vessie, de constater parfois la présence d'un diverticule ou d'un calcul, cause d'infection. Combien les suites opératoires de certains prostatectomisés eussent été plus simples, si cette précaution élémentaire avait été prise systématiquement. La cystoscopie permet de voir le col de la vessie, mais il est *indistinct*. Elle ne permet pas de voir l'urètre postérieur.

A l'*urétroscopie* revient le mérite de permettre d'apprécier les modifications apportées par l'adénome au niveau du col et de l'urètre postérieur.

L'appareil courant est celui de *Mac Carthy*, dont le modèle explorateur de *Nogues* est d'un emploi très simple et peu traumatisant.

Nous employons beaucoup aussi l'urétro-cystoscope de *Hennuy* qui permet, grâce à son optique spécial, de bien voir et la vessie et l'urètre.

Comment se présente à l'urétroscope un urètre postérieur normal. L'urétroscope introduit dans la vessie, nous montre d'abord l'aspect du *col*. Il est bien limité en haut et sur les bords latéraux où il tranche nettement sur le fond plus sombre de la vessie, en bas en revanche, il se continue presque sans démarcation avec le bas-fond vésical. A ce niveau, la limite entre vessie et urètre est simplement marquée par une différence d'orientation des vaisseaux : les vaisseaux vésicaux montent verticalement, les arborisations urétrales courent horizontalement.

Retirant lentement notre appareil, regardons la paroi inférieure de l'urètre dans la région comprise entre le col et le *veru montanum*. Cette région, appelée communément fossette prostatique, est mieux nommée *fossette sus-montanale*. Elle est limitée en haut par le col, en bas par le *veru*, latéralement par les lobes prostatiques. Nous y voyons une muqueuse lisse, ou légèrement froncée par des plis disposés en éventail. Parmi ceux-ci, deux sont plus saillants : ce sont les freins du *veru*. Des glandes prostatiques normales viennent s'ouvrir au niveau de la paroi inférieure de l'urètre par des orifices à peine visibles.

Les lobes prostatiques, s'écartant sous la pression de l'eau, constituent les limites latérales de la région.

Plus bas, *le veru montanum*, petite masse d'aspect globuleux, peut être comparé à une noisette épluchée à pointe dirigée vers le bas. Il est de coloration rose tendre. Les canaux éjaculateurs qui débouchent à son niveau sont rarement visibles. Le *veru* est séparé des lobes prostatiques par les sillons latéro-prostatiques dans lesquels s'ouvrent les glandes.

Au-dessous du *veru*, se dessine *la fossette sous-montanale* limitée en bas par les fibres transversales du sphincter membraneux.

Tel est l'aspect de l'urètre postérieur normal. L'étude endoscopique de l'adénome de la prostate porte sur les modifications du col, les modifications de la traversée prostatique, les modifications du *veru*.

A. — Modifications du col

Les déformations peuvent porter sur le bord supérieur et les bords latéraux du col, qui deviennent *convexes*.

Les modifications du versant inférieur du col sont capitales. Ce versant, au lieu de se continuer sans ligne de démarcation nette avec la vessie, forme une saillie qui se détache sur le fond plus obscur de la vessie. Cette saillie peut être une *simple barre*, plus ou moins convexe, mais souvent elle se présente sous forme de *lobe médian*.

Le lobe médian peut être *sessile* avec aspect en éventail, ou *pédiculé* avec aspect en croupion de poulet ou luette.

B. — Modifications de la traversée prostatique

La traversée prostatique peut être *déformée*

par l'adénome. Celui-ci bombe dans l'urètre et peut transformer la paroi postérieure plane en une *fissure* ou *rigole antéro-postérieure profonde*.

Les lèvres de cette fissure sont constituées par les bords internes des *lobes latéraux*. Ces lobes sont plus ou moins rapprochés l'un de l'autre, ils peuvent venir au contact. Dans ce cas, ils se séparent sous l'influence d'une poussée d'eau et s'écartent comme les « rideaux d'une portière », pour revenir au contact si on diminue la pression de l'eau.

La traversée prostatique peut être *allongée* par le développement des lobes latéraux : si on mesure la distance entre le versant inférieur du col et le bord supérieur du *veru*, on voit qu'elle correspond à un champ et demi de l'urétroscope, chez certains prostatiques, cette longueur est deux, trois ou quatre fois plus grande.

C. — Modifications du veru montanum

Le *veru*, qui apparaît gros comme une noisette à l'état normal, nous semble *réduit de volume*. Il est aussi *plus net* et *mieux limité* que dans l'urètre postérieur normal. Cet aspect s'explique par le fait que le prisme est plus éloigné du *veru* par suite de la saillie des lobes latéraux : le *veru* semble donc plus petit. D'autre part, les deux lobes latéraux, bien limités en dedans, s'écartent comme les deux branches d'un « lambda » et le *veru* apparaît très net sur le fond noir de la profonde rigole prostatique : c'est ce qu'on appelle : l'*enfouissement du veru* (signe de Chevassu).

Tel est le tableau endoscopique de l'adénomatose prostatique.

Les lésions décrites peuvent intéresser le col seulement, ou au contraire à la fois le col et la traversée prostatique. De là découle, pour l'urologue, des indications de la plus haute importance.

Si le col seul est intéressé, déformé par un lobe médian en forme de barre ou d'éventail, si la traversée prostatique n'est pas allongée par des lobes latéraux plus ou moins importants, si le *veru* n'est pas enfoui, le cas relève de la résection par les voies naturelles et les résultats obtenus seront bons.

Si au contraire l'adénome a modifié le col et la traversée prostatique, si le *veru* est enfoui, il faut avoir recours à la prostatectomie sus-pubienne, le forage ne donnant dans ces cas que des résultats nuls ou tout au moins incertains.

Retenons donc la nécessité absolue de pratiquer *une cysto-urétroscopie* chez tout prostatique pour lequel on aura pensé pouvoir faire une résection endo-urétrale. Celle-ci, préjugée possible par les seules données du toucher rectal, peut s'avérer impossible après urétroscopie.

Sans doute, il est des cas limites où l'urologue très entraîné pourra s'attaquer par les voies naturelles à un adénome dont les lobes latéraux font déjà saillie dans l'urètre postérieur, mais le risque est grand, les résultats souvent imparfaits, et presque toujours passagers.

Pour notre part nous considérons, en nous basant sur les deux grands aspects endoscopiques de l'hypertrophie prostatique, que seule *la forme cervicale* est justiciable de la résection endo-urétrale. Promettre par cette méthode, dans les autres cas, la guérison à nos prostatiques, nous semble fort imprudent.

FORMES CURABLES DE LA SEPTICO-PYOHÉMIE A BACILLUS FUNDULIFORMIS

Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, MM. R. Froment et J. Viallier viennent d'appeler à nouveau l'attention sur les formes curables de la septicémie à bacillus funduliformis, à propos d'un cas personnel terminé par la guérison. Le cas en question avait présenté la symptomatologie habituelle de cette affection : angine initiale, grands frissons, hyperthermie, localisation pulmonaire sous forme d'un foyer congestif sus-diaphragmatique droit, métastases suppurées des régions articulaires, pus fétide, où l'on trouva du bacillus funduliformis.

Jusqu'à ces dernières années, tous les cas signalés de septico-pyohémie à funduliformis s'étaient terminés par la mort. Pham-Huu-Chi écrivait dans sa thèse : « Le pronostic est tellement sombre qu'il devra presque se borner à fixer le délai plus ou moins lointain dans lequel surviendra l'issue fatale ». Pourtant, en 1938, Lemierre, Rilly et Laporte signalaient cinq guérisons sur vingt-sept cas colligés par eux.

Depuis cette époque, les observations terminées par la guérison se sont multipliées. Dans un article récent, A. Lemierre, Guimaraes et J. Lemierre notent que sur neuf cas observés à l'hôpital Claude-Bernard, dans ces deux dernières années, sept se sont terminés par la guérison.

Cette modification du pronostic attribué à la maladie paraît tenir à deux causes : l'emploi du traitement sulfamidé en premier lieu ; la connaissance plus approfondie de la maladie, en second lieu, qui fait porter le diagnostic avec plus de fréquence. La symptomatologie de la septicémie à bacillus funduliformis est, en effet, assez particulière, avec ses grands frissons, extrêmement pénibles pour le patient, ses infarctus pulmonaires, ses abcès, le tout survenant après une angine (la septicémie streptococcique est souvent aussi post-angineuse). Dans ces conditions, la présence du bacillus funduliformis est suspectée et trouvée plus fréquemment.

P. L.

LA CLINIQUE CHIRURGICALE AU GOUT DU JOUR



L'INFILTRATION ANESTHÉSIQUE LOCALE OU RÉGIONALE DANS LES FRACTURES DE CÔTES

D'après les Docteurs J. HEPP et L. LÉGER (1)

LES CONTRADICTIONS DU TRAITEMENT-ROUTINE

La fracture d'une ou de plusieurs côtes est un accident banal, habituellement bénin. Aussi paraît-on accepter avec quelque fatalisme la douleur aiguë, lancinante, qui l'accompagne ; on semble se résigner au *blocage respiratoire* entraîné par cette douleur et à ses conséquences fréquentes de *congestion pulmonaire*, d'encombrement bronchique, dont on connaît la gravité, parfois vitale, chez les sujets âgés, tarés, cardiaques.

Bien mieux, on s'ingénie à parachever l'immobilité thoracique, à supprimer les quintes de toux rebelles en prescrivant l'application d'un bandage compressif et l'usage de morphine, dont l'action dépressive sur le centre respiratoire est bien connue. Au bandage de corps en toile, habituellement peu serré, sans cesse déplacé et flottant, on préfère, pour obtenir une contention plus étroite, une solide pièce de diachylon, entourant circulairement la base du thorax, mis en expiration forcée, supprimant pratiquement le jeu costal.

Etrange paradoxe, à ces conseils de striction s'ajoutent des *conseils de mobilisation* : le meilleur moyen de prévenir les infections broncho-pulmonaires chez ces blessés, c'est, dit-on, de les faire lever très précocement, et de leur conseiller la gymnastique respiratoire.

On voit mal comment concilier ces données. Sangle-t-on le blessé ? Toute gymnastique active et efficace lui est, en effet, impossible. Le laisse-t-on libre de tout bandage ? Chaque tentative de large ampliation thoracique reste vouée à l'échec : la persistance d'un point de côté vif non calmé, d'un réveil douloureux à chaque secousse de toux, à chaque effort, en démontre bien la vanité.

***

MIEUX VAUT LUTTER UNIQUEMENT CONTRE LA DOULEUR, POUR PERMETTRE UN JEU THORACIQUE NÉCESSAIRE

Il convenait, en présence de ces contradictions, d'envisager sous un angle différent le traitement des fractures de côtes. A l'encontre des notions classiques, qui recherchent l'immobilité thoracique pour calmer la douleur, il fallait viser à apaiser la douleur pour permettre la reprise précoce des mouvements respiratoires. Du même coup se trouvent possibles la toux et l'expectoration, si nécessaires au désencombrement bronchique, et seules susceptibles de prévenir efficacement l'apparition de complications pulmonaires, et de lutter contre ces dernières, si elles sont déjà écloses.

Pour atteindre ce but, nous disposons de deux moyens : l'anesthésie du foyer de fracture par injection de novocaïne *loco dolenti*, et le blocage anesthésique ou par alcoolisation paravertébrale des nerfs intercostaux intéressés.

1° **L'anesthésie des foyers de fracture** est pratiquée dès l'arrivée du blessé à l'hôpital, et renouvelée aussi souvent que nécessaire, parfois à deux reprises le premier jour, rarement plus de six jours au total.

L'action antalgique paraît immédiate ou presque, tant est rapide et complète souvent, la sédation de la douleur ; alors que tout mouvement, toute inspiration forte étaient, quelques secondes encore avant l'injection, pénibles, incomplètes, vite arrêtées, on les voit maintenant possibles, au même titre que la toux et les efforts d'expectoration.

Il devient *inutile désormais d'appliquer un bandage périthoracique*, limitant l'expansion respiratoire ; il irait à l'encontre de la thérapeutique anesthésiante et de son but.

(1) *La Presse Médicale*, 25 janvier 1941.

L'action eupnéique est certaine. Elle joue sûrement dans la prophylaxie des complications pulmonaires et dans leur traitement, quand elles sont apparues. Dans leur genèse, une part importante, en effet, devait être faite à l'immobilisation antalgique, réflexe du thorax, dans le déterminisme de l'atélectasie, premier stade de la congestion du poumon.

D'autre part, l'action thérapeutique de cette infiltration locale est certaine, car elle a été pratiquée pour la première fois à l'occasion de complications pulmonaires en évolution : les sujets étaient dyspnéiques, ne pouvant que difficilement tousser et expectorer, ne réussissant pas à vider leurs bronches encombrées. Or, les résultats obtenus furent particulièrement encourageants : avec l'amélioration fonctionnelle attendue, allait toujours de pair une sédation rapide des signes généraux.

La technique de l'infiltration locale est des plus simples et sans danger. Il est rare, à vrai dire, que l'on puisse injecter le foyer lui-même, car les fragments costaux restent le plus souvent au contact, la *fracture étant habituellement engrenée*, et difficilement décelable même sur le cliché radiographique. D'ailleurs, sauf chez les sujets très maigres, ou dans les fractures antérieures facilement explorées, sous une moindre couverture musculaire, et où l'on repère aisément un ou plusieurs points douloureux exquis, c'est à une *zone douloureuse* plus qu'à un point électif qu'on s'adresse.

Le plus souvent, on injecte la face externe sous-cutanée de la côte fracturée ; puis on fait une infiltration péri-fracturaire dans les espaces intercostaux adjacents, sus et sous-jacents, avec de la *novocaïne à 1 p.* 100 sans adrénaline. Un massage rapide aide à la diffusion de la solution, qui infiltre peut-être l'hématome interfragmentaire, qui anesthésie sûrement les nerfs intercostaux. Il y a donc là une action mixte sur le foyer, les muscles périfracturaires et les nerfs voisins.

2° **Le blocage anesthésique des nerfs intercostaux** se fait dans le segment paravertébral, donc à distance du foyer de fracture. Dans quatre cas consécutifs, il a donné, avec une telle constance, la sédation douloureuse recherchée qu'il semble peut-être la technique de choix.

Son action antalgique et eupnéique ne le cède en rien à celle de l'anesthésie *loco dolenti*, mais *son effet paraît plus prolongé*. Il ne paraît pas nécessaire de le répéter quotidiennement. Une seule injection, suivie d'une réinjection 48 heures après, a suffi deux fois à calmer la douleur d'une manière définitive et complète : ce qui est un progrès sensible sur la méthode précédente.

La *technique* est peut-être plus délicate ; mais, bien appliquée, elle est d'une sécurité très grande. Après avoir fait quelques boutons d'infiltration dermique à 2 cent. 5 de la ligne des épineuses, on pousse une aiguille d'acier, de 8 cent. environ, un peu obliquement en dedans, pour prendre le contact osseux, au niveau de l'articulation costo-transversaire. On la dégage de l'apophyse transverse, et on la pousse au-dessous d'elle, en l'enfonçant d'environ un centimètre ; on sent bientôt une résistance. C'est le ligament costo-transverso-cervical. Tantôt il est dur et épais, tantôt il est plus mince et donne à l'aiguille la sensation qu'on éprouve en traversant la dure-mère dans la ponction lombaire. Tant que l'aiguille est dans ce ligament, on éprouve une résistance nette, lorsqu'on veut injecter la novocaïne. Quand l'aiguille l'a traversé, c'est-à-dire quand on l'a enfoncée d'un autre centimètre, la novocaïne passe facilement hors de l'aiguille, et on l'injecte sans la moindre résistance. Le nerf intercostal est précisément là.

Certains auteurs ont voulu renforcer l'action de la novocaïne par les *injections d'alcool*, craignant que l'effet anesthésique premier ne fût que passager ; ils ont poussé 2 c. c. d'alcool à 95° par l'aiguille, laissée en place dix minutes après la novocaïnisation : la disparition de la douleur a été obtenue chaque fois de façon radicale. Il y eut parallèlement amélioration des conditions mécaniques respiratoires, d'autant plus frappantes qu'il s'agissait de blessés à fractures multicostales, cyanosés, dyspnéiques, déjà porteurs parfois de complications pulmonaires en évolution.

Cette alcoolisation n'a jamais eu aucun rôle nocif sur l'évolution de la fracture. Chez les blessés traités, on a pu constater l'existence d'un cal normal après quelques semaines.

Une remarque : peut-on reprocher au blocage anesthésique de trois ou quatre nerfs intercostaux, voire davantage, ce qui est rarement nécessaire, de diminuer par paralysie des intercostaux, la mobilité thoracique et d'aller ainsi à l'encontre du but recherché ?

Certes, une immobilisation pariétale segmentaire a pu être contrôlée parfois par enregistrement graphique. N'est-elle pas largement compensée par la mobilité thoracique sus- et sous-jacente, et surtout par le libre jeu inspiratoire et expiratoire du diaphragme, qui ne se sent plus limité dans sa course par le blocage douloureux ?

Les reproches plus justifiés que l'on peut faire à l'alcoolisation sont, par contre, la sensation douloureuse, passagère il est vrai, déterminée pendant et quelques minutes après l'injection, et la possibilité, exceptionnelle semble-t-il, de réaction pleurale de voisinage.

Il serait peut-être plus judicieux de s'orienter vers l'emploi d'anesthésiques à durée prolongée, du type de l'anacaïne, dont l'efficacité se maintiendrait trente-six ou quarante-huit heures, ou

◆◆◆

d'une solution huileuse, dont la lenteur de résorption permettrait une concentration plus considérable du sel actif et prolongerait, d'autre part, la durée de l'analgésie.

* * *

En résumé, il est actuellement conseillé de réserver l'*anesthésie locale aux fractures unicostales,* où il est aisé de répéter l'infiltration quotidienne au début, et de préférer l'*anesthésie loco-régionale* chez les sujets *à fractures multiples,* où une action plus diffuse, et plus tenace est nécessaire. Sans doute, cette méthode des infiltrations locales et à distance a-t-elle, comme toutes les techniques d'anesthésie locale ou loco-régionale, ses échecs ; sans doute n'est-elle pas une panacée et n'évitera-t-elle pas, avec une rigueur absolue, l'apparition des complications redoutées. Il est bien évident que les accidents, qui relèvent de la contusion directe du poumon, l'hémothorax par exemple, ne sauraient voir leur évolution modifiée par son emploi.

Aux porteurs de fracture unicostale, la pratique anesthésique paraît devoir assurer vite, à peu de frais, sans striction thoracique gênante, une convalescence ambulatoire précoce et sans lendemain douloureux longtemps ressenti.

Aux porteurs de fractures pluricostales, elle paraît pouvoir éviter au mieux de voir se joindre aux phénomènes douloureux de la fracture, les accidents de congestion pulmonaire, parfois si graves.

Elle est, en tous cas, d'une innocuité sans conteste.

G. Fischer.

ÉMOTIONS ET CANITIE

Les événements importants que nous avons vécus font que, bien des fois déjà, on a entendu cette phrase, à quelque variante près : « Un tel a vieilli. Ne trouvez-vous pas qu'il a beaucoup blanchi ? » Vieillissement et canitie paraissent souvent synonymes, alors que dans bien des circonstances, il n'y a pas de rapports entre le changement rapide de la coloration des cheveux et la baisse de la vitalité générale du sujet. Le fait d'hommes et de femmes, « blancs avant l'âge », et pourtant très jeunes sous tous les rapports est très fréquent. Ils en profitent d'ailleurs pour tirer une certaine coquetterie de leurs cheveux blancs précoces contrastant avec la jeunesse du visage, prouvant par là que vieillesse et canitie ne sont pas forcément la même chose. Par contre, les émotions, les angoisses, qui ont une répercussion plus ou moins importante selon les sujets, agissent certainement sur la coloration de la chevelure. « Avoir des cheveux blancs de bonne heure » ne paraît pas une plaisanterie si on veut se souvenir peut-être de certains faits personnels dans lesquels on a constaté qu'un sujet, bien connu de nous, a blanchi rapidement à la suite d'un chagrin, d'ennuis, de soucis prolongés ou d'émotions violentes.

L'Histoire de la Médecine est instructive là-dessus et on y voit que cette question n'a pas passé inaperçue. C'est ainsi que dans *Le Languedoc-Médical,* en 1932, M. J. Margarot citait toute une série d'exemples curieux sur le blanchiment brusque de la chevelure après une émotion. Saint-Vallier aurait eu les cheveux blancs en apprenant que sa fille, Diane de Poitiers, était devenue la maîtresse du duc d'Orléans. Henri-IV, au soir de la Saint-Barthélemy, Marie-Antoinette, au cours de la nuit précédant son exécution, blanchirent aussi en quelques heures. Pareille chose serait arrivée au célèbre helléniste italien Guarini, de Vérone, en apprenant la perte de manuscrits précieux. Dans son « Anatomie générale », Bichat rapporte avoir été témoin de plusieurs cas de canitie produits en quatre à six jours et un autre en une nuit à la suite d'un chagrin violent. En 1915, Lebar avait présenté, à la Société Médicale des Hôpitaux, l'observation d'un soldat de 23 ans, qui, ayant été projeté en l'air par l'explosion d'une mine, présentait des touffes de cheveux blancs sur le côté de la tête. La littérature médicale cite encore bien des exemples, entre autres celui d'une femme devenant blanche la nuit précédant sa déposition devant un Tribunal, celui d'un homme devenant blanc en 24 heures après un accident de chemin de fer. Une foule d'autres cas pourraient ainsi être rappelés à la suite desquels chacun peut ajouter peut-être un ou plusieurs exemples.

L'explication à donner à de tels faits est par contre assez difficile et si on veut bien admettre que la canitie survient souvent à la suite d'émotions on comprendra sans peine qu'il s'agit vraisemblablement d'une brusque modification de l'équilibre neuro-végétatif avec probablement une participation endocrinologique importante. Le rôle du système nerveux ne fait, semble-t-il, aucun doute, d'autant moins que dans bon nombre des observations connues, il s'agit de sujets assez émotifs. De 1925 à 1927, le *Bruxelles-Médical* avait publié différents articles sous forme d'enquête là-dessus, mais à l'heure actuelle le processus étiologique de la canitie post-émotive n'est pas encore nettement élucidé. Seul le fait lui-même paraît bien indiscutable.

Dr Pierre Labignette.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La lithiase cholédocienne camouflée

L'obstruction du cholédoque est une des complications majeures de la cholécystite lithiasique; l'arrêt du calcul au cours de sa migration dans la voie biliaire principale entraîne une oblitération plus ou moins complète de celle-ci. Dans les cas typiques, la rétention de la bile est rendue manifeste par l'ictère avec décoloration des matières, en même temps que les crises douloureuses, les poussées fébriles provoquées par l'infection du cholédoque s'associent à la jaunisse pour réaliser le tableau caractéristique d'un syndrome classique.

Cependant, le Professeur VILLARET insiste sur le fait que le diagnostic de cet accident grave n'est pas toujours aisé, et il décrit notamment une forme dissimulée, qui peut être méconnue en raison de l'absence d'un signe majeur, qui est l'ictère variable, douloureux, fébrile. Cette variabilité peut s'expliquer parce que, au calcul, s'ajoutent deux facteurs indispensables pour réaliser l'obstruction complète, le spasme du sphincter d'Oddi, et les poussées d'infection biliaire de cholédocite. Or, dans certains cas, ces facteurs peuvent manquer ; il y a, dès lors, lithiase cholédocienne, mais sans obstruction du canal. On retrouve alors une véritable triade symptomatique, à savoir : des crises douloureuses de l'hypocondre droit ; des poussées fébriles ; des manifestations discrètes et passagères de rétention biliaire. Le diagnostic exige qu'une analyse approfondie soit faite de chacun de ces éléments. Dans les cas heureux, la visibilité radiologique d'un calcul du cholédoque lève précocement les doutes. Ce qui prête encore à confusion, c'est l'existence possible de formes anictériques pures, des formes indolores, ou même exclusivement fébriles, se traduisant uniquement par des accès pseudo-palustres.

Dès que le diagnostic est probable, l'ablation du calcul, le drainage des voies biliaires sont la seule thérapeutique à envisager. On se rappellera que la lithiase cholédocienne camouflée n'est pas une rareté. (*Paris médical*, 10 avril 1941).

L'hérédité de l'épilepsie

Autrefois, la notion d'hérédité dans le développement du mal comitial était considérée comme un dogme. Cependant, le Professeur P. Marie, sans nier l'existence de familles où sévit le mal comitial, niait fortement le caractère héréditaire de cette affection, qu'il considérait comme un accident, dont la cause première est toujours extérieure au malade et postérieure à sa conception, sauf s'il s'agit d'hérédo-syphilis.

Le Docteur BABONNEIX, développant les idées de Mme Teyssier-Commerson, énumère les différentes causes de l'épilepsie congénitale :

1° Causes d'origine chromo-somique, véritablement héréditaires, indiscutables, mais exceptionnelles ;

2° Causes acquises, qu'elles soient gestationnelles ou embryonnaires, liées surtout à l'alcoolisme ou à l'hérédo-syphilis, beaucoup plus fréquentes que les précédentes.

S'il en est ainsi, le mariage ne semble pas devoir être systématiquement interdit à tout épileptique par crainte d'une transmission héréditaire de la maladie. La conduite à tenir, toujours délicate, dépendra bien entendu de la gravité de l'affection, des troubles psychiques associés, mais aussi des causes possibles de l'affection recherchées tant chez le malade que chez ses ascendants. (*Gazette des Hôpitaux*, 12 avril 1941).

Le Ier Institut scientifique pour les recherches sur les dangers du tabac

A l'inauguration de cet Institut, auprès de l'Université Friedrich-Schiller à Iéna, le 5 avril 1941, le Professeur Hans REITER a prononcé un important discours pour préciser les raisons qui militaient en faveur de recherches sur les dangers du tabac. On savait déjà que les conséquences de cette intoxica tion s'observent non seulement sur l'organisme humain lui-même, mais encore sur les tares héréditaires qu'elle est susceptible de constituer. Mais la création d'un Institut spécialisé a été reconnue nécessaire, car il est tout d'abord urgent de réunir des statistiques en nombre suffisant, en se rapportant notamment à celles des assurances-vie de tous les pays. D'autre part, des observations cliniques font encore défaut, qui relatent d'une manière détaillée les effets du tabagisme sur les différents organes de l'homme. Et puis, il fallait aussi recourir à l'expérimentation. Toutes ces recherches devront être effectuées avec une méthode uniforme et convenablement établie, qui fasse abstraction de la subjectivité de certains chercheurs. Même, si le but final de prophylaxie ne peut être atteint en quelques années, il sera cependant possible de protéger la masse humaine contre ce danger par des règles rationnelles, qui seront progressivement édictées. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 20 juin 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les sulfamidés. Chimie et pharmacologie

(M. TRÉFOUEL, Directeur de l'Institut Pasteur ; 20-5-1941)

L'Académie de médecine ayant mis à l'étude la question de la sulfamidothérapie, trois rapports ont été présentés : par M. Tréfouël, M. Legroux et M. Lenormant.

M. Tréfouël rappelle les travaux de Foerster, de Dusseldorf (1933), et de Domagk (1935) sur le prontosil, et ses études personnelles poursuivies avec Mme Tréfouël, à l'Institut Pasteur, dans le laboratoire de chimie thérapeutique de M. Fourneau, qui aboutirent à la mise en lumière de l'élément actif du prontosil, le p-amino-phényl-sulfamide ou 1162 F, désigné couramment, par simplification, sous le nom (impropre d'ailleurs) de « sulfamide ».

Inactif *in vitro*, le prontosil devient actif *in vivo* du fait de sa transformation par l'organisme en p.-amino-phényl-sulfamide. Celui-ci, par contre, agit *in vitro* comme *in vivo*.

De constatations cliniques et bactériologiques on peut conclure que le prontosil est très actif sur le streptocoque, moins ou pas sur d'autres micro-organismes, et que le sulfamide étend son activité avec des intensités variables sur : le méningocoque, le pneumocoque, le gonocoque, le bacille de Ducrey, les bacilles de la gangrène gazeuse, certains virus filtrables, ceux de la lymphogranulomatose et du trachome en particulier, etc.

D'autre part, les études chimiques entreprises sur la molécule de sulfamide ont conduit à la découverte d'autres sulfamidés : le 693 M B ou Dagenan, plus actif que le 1162 sur le pneumocoque et le gonocoque, le 2090 R P ou sulfathiazol, plus actif sur le staphylocoque, etc.

L'agranulocytose, le plus sérieux accident de la médication sulfamidée, est en réalité ici extrêmement rare. Elle se manifeste surtout après un traitement prolongé. Aussi est-il indiqué dans ce cas de surveiller les formules sanguines. En règle générale, il vaut mieux préférer aux doses faibles et répétées les doses fortes de 6, 8, 10, 12 grammes par jour du 1162 F qui autorisent plus rapidement la cessation du médicament. Ces doses ont été considérées au début comme dangereuses ; il ne faut cependant pas hésiter à y recourir lorsque la gravité de l'infection l'exige. Pour le Dagenan, on établira une posologie plutôt inférieure à celle qu'impose l'ensemble des propriétés du sulfamide.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Migration d'un projectile de l'oreillette à la veine rénale droite

(MM. Pierre MOCQUOT, S. BLONDIN et Mlle A.-M. RAVET ; 23-4-1941)

MM. Pierre Mocquot, Sylvain Blondin et Mlle Ravet rapportent un cas de plaie du cœur droit (guérie spontanément) suivie de migration d'une balle de mitrailleuse de l'oreillette à la veine rénale droite.

La migration de projectiles dans le système circulatoire n'est pas exceptionnelle, mais si l'on n'envisage que les projectiles venus du cœur droit qui cheminent dans le système veineux, les observations publiées sont seulement au nombre de trois (observations de Souligoux, Grandgérard, Pierre Duval et Barnsby).

Recherches sur le choc

(M. Léon BINET et ses collaborateurs ; 30-4-1941)

Déterminant un état de choc par injection histaminique, chez l'animal, M. Léon Binet et ses collaborateurs ont été conduits à une thérapeutique correctrice par une solution chlorurée, bicarbonatée, hyposulfitée sodique (8 grammes de chlorure de sodium, 1 gr. 50 de bicarbonate de soude, 4 grammes d'hyposulfite de soude pour 1 litre d'eau distillée). L'injection intraveineuse et rapide de 500 c. c. de ce sérum à des chiens de 10 à 15 kilogr., en état de choc, a amené une amélioration considérable des troubles alors que tous les témoins succombaient rapidement. Malheureusement, l'amélioration, dans les formes très graves, n'est pas toujours définitive.

L'addition de sang à ce sérum augmente sa puissance. M. Léon Binet, avec MM. Strumza et Sureau, ont déjà, on le sait, signalé les bons effets obtenus dans les hémorragies suraiguës par l'injection de sang dilué.

— M. AMELINE a appliqué cette thérapeutique chez deux blessés gravement choqués : un malade a guéri, l'autre a succombé. Si le choc ne se dissipe pas rapidement à la suite de l'injection de sérum salé, bicarbonaté et hyposulfité, le pronostic peut être tenu pour fatal.

— M. MÉTIVET se félicite de voir M. Léon Binet défendre le sérum physiologique (amélioré il est vrai) dont Lucien Picqué faisait connaître il y a trente ans la remarquable efficacité dans le traitement des hémorragies graves et des accidents de choc.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Un cas de calcification du péricarde

(L. LAEDERICH, J.-E. THIÉRY et M. DURET ; 28-2-1941)

Avant l'ère radiologique, les calcifications du péricarde n'étaient jamais qu'une découverte d'autopsie. Aujourd'hui, elles ont pu être maintes fois diagnostiquées sur le vivant grâce à la radiographie. Lian a même décrit un signe stéthacoustique, la vibrance péricardique protodiastolique, qui a paru spécial à cette cardiopathie et susceptible d'en faire faire le diagnostic, au moins probable, avant tout examen radiologique ; cependant ce signe est très inconstant ; mais, quand il existe, sa valeur séméiologique est indiscutable.

Dans la plupart des cas de calcification péricardique relatés, cette lésion reste une découverte d'autopsie, l'auscultation ne donnant que des signes banaux ou trompeurs : assourdissement des bruits, bruit simulant un frottement, rythme à trois ou quatre temps, galop sourd post-systolique.

Le signe de Lian réalise un rythme de galop protodiastolique, mais d'un galop dans lequel le bruit surajouté a pris, du fait de la calcification péricardique, un timbre spécial, extra-ordinairement vibrant.

On doit signaler ici l'importance de l'hypertension veineuse, avec forte congestion passive du foie, varices, varicocèle.

Les calcifications du péricarde semblent être presque toujours la conséquence d'une péricardite, soit rhumatismale, soit plus souvent tuberculeuse ; on a quelquefois invoqué un traumatisme. Ajoutons combien il est curieux de voir le cœur supporter aisément pendant des années une telle cuirasse calcaire, qui semblerait *a priori* devoir gêner considérablement son fonctionnement.

Un cas de péricardite constrictive calcifiante

(MM. L. LEDOUX-LEBARD, P. ORDIONI et P. BRETON ; 28-2-1941)

Il s'agit d'une malade, âgée de 27 ans, qui présente depuis l'âge de 15 ans une longue histoire de crises de dyspnée d'effort avec hépatomégalie douloureuse et troubles digestifs, arrivés actuellement à un état chronique ne permettant qu'une vie très ralentie ; troubles liés à une péricardite constrictive en majeure partie calcifiée. Bien qu'il s'agisse ici de dyspnée d'effort, il existe en outre une impression de gêne épigastrique pénible, et de douleur de l'hypocondre droit. L'auscultation révèle un dédoublement du second bruit, mais non le bruit surajouté que Lian considère comme une vibrance spéciale, diastolique, des parois calcifiées. Il n'en est pas de même du frottement péricardique systolique plus rarement rencontré. Au point de vue étiologique : ni rhumatisme ou tuberculose, ni épisode de péricardite aiguë.

En pareil cas, toute vie normale étant rendue impossible, il paraîtrait légitime de proposer la seule thérapeutique, qui se soit montrée efficace : l'intervention directe sur le péricarde ou péricardectomie. Une réserve s'impose néanmoins en raison de la possibilité d'une évolution tuberculeuse, qui augmenterait notablement les risques opératoires. Il serait prudent de pratiquer d'abord une intervention limitée avec biopsie du péricarde, quitte à réintervenir ensuite. G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le bactériophage agent de guérison de la furonculose et de ses complications septicémiques (avec projections).

(22-3-1941)

M. André RAIGA ayant depuis 13 ans expérimenté les applications thérapeutiques du bactériophage et réuni actuellement près de 4.500 observations, rappelle tout d'abord les notions fondamentales qui président à la production *in vivo* du phénomène de d'Hérelle et le rôle joué par le corpuscule bactériophage au cours de la maladie et au cours d'épidémies telles que le choléra ou la fièvre typhoïde. L'auteur insiste sur l'identité qui existe entre le phénomène de la guérison naturelle (bactériophagie spontanée) et celui de la guérison thérapeutique (bactériophagie provoquée) ainsi que sur les facteurs humoraux qui, d'après son expérimentation personnelle, concourent à déterminer les différentes formes cliniques de l'infection staphylococcique et régissent les suites thérapeutiques. La phagothérapie consiste, en effet, à reproduire intégralement le phénomène naturel de la guérison et à lui fournir toutes les possibilités de succès total et définitif en faisant disparaître du milieu organique les propriétés humorales capables de provoquer une inhibition totale ou partielle du phénomène de bactériophagie.

Dans la deuxième partie de son étude, l'auteur présente sous forme de projections, de multiples exemples cliniques. Il cite en particulier, plusieurs cas précis de guérison de septicémies à la suite de l'intervention volontairement recherchée du phénomène naturel de bactériophagie ou de l'inoculation intraveineuse de bactériophage et il montre, dans chaque cas, le rôle joué par le bactériophage et par le terrain organique dans la genèse de ces guérisons. Une étude semblable est faite des staphylococcies locales, en particulier de celles qui siègent à la face et dont il possède 1.035 observations avec un taux de mortalité qui ne dépasse pas 1,26 %. L'auteur conclut que l'infection staphylococcique locale et ses complications septicémiques sont parfaitement curables à condition de poser une diagnostic précis d'abord du point de vue anatomo-pathologique, ensuite du point de vue biologique, et de soumettre le malade à la phagothérapie le plus précocement possible après l'apparition des premiers symptômes.

Les Livres

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, boulevard Saint-Germain, Paris

Suzanne GALLOT, chargée de cours à l'Institut supérieur de l'alimentation. — **Les Vitamines**. Un vol. de la collection « Que sais-je ? », 128 pages, 34 figures, 1941. Préface de Mme Lucie Randoin, directeur de l'Institut supérieur de l'alimentation.

Le livre de Mme Suzanne Gallot est un exposé succint mais complet de la question, à l'ordre du jour, des vitamines. L'auteur est particulièrement compétente sur ce sujet, ayant le privilège de travailler depuis neuf ans auprès de Mme Randoin, directeur du Laboratoire de physiologie de la nutrition, dont les travaux — sur les vitamines en particulier — ont eu en France et à l'étranger un grand retentissement.

Sont exposés successivement, dans l'ouvrage de Mme Gallot, l'historique et la découverte des vitamines actuellement connues : vitamines A, B (du groupe B : B_1, B_2, P. P.), C., D, E, K ; leurs termes synonymes (acide ascorbique, carotène, etc.) ; leur caractère de solubilité (vitamines hydrosolubles, liposolubles) ; leurs propriétés respectives ; leur dosage ; leur place dans l'alimentation ; leur rôle dans l'organisme humain ; les maladies par carence vitaminique, les hypervitaminoses (particulières aux vitamines liposolubles). L'auteur étudie également la constitution chimique des vitamines, leur préparation par analyse et par synthèse, leur siège dans la nature (quantités contenues dans les produits alimentaires, animaux et végétaux, les plus courants), les besoins journaliers de l'homme en vitamines (besoins évalués en milligrammes), etc. Mme Gallot, comme Mme Randoin, signale enfin les excès — qu'il faut éviter — de la vitaminisation artificielle non surveillée, qui peut dépasser la mesure convenable, troubler la vitaminisation normale (certaines vitamines peuvent devenir, dans ces conditions, antagonistes d'autres) ou provoquer encore des hypervitaminoses.

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

Viennent de paraître, Collection « Que sais-je ? » :

Prof. Léon BINET. — **Comment se défend l'organisme**. 120 pages avec fig.

Simone LABORDE. — **Le cancer**. 128 pages.

Prof. agrégé Jacques DELARUE. — **La tuberculose**. 128 pages.

Maurice CAULLERY, prof. honoraire à la Sorbonne. — **Les étapes de la biologie**. 126 p., 12 fig.

R. LÉPINE, éditeur,
39, rue d'Amsterdam, Paris

L'année médicale pratique, XXe année, *édition* 1941, publiée sous la direction de C. LIAN, professeur agrégé, médecin de l'Hôpital Tenon. Préface de Professeur E. Sergent. Un vol. in-16 couronne, 600 pages. Prix : 42 francs.

Malgré les difficultés de l'heure présente, *L'Année Médicale pratique* a réussi à réaliser le programme annuel qu'elle s'est tracé lors de sa fondation, il y a vingt ans : exposer les acquisitions médicales pratiques de l'année qui vient de s'écouler, dans tous les domaines de l'activité médicale, médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, et cela dans 300 petits articles classés par ordre alphabétique et rédigés par des spécialistes.

L'ouvrage renferme également l'index des articles publiés dans les cinq derniers volumes.

Librairie MOLLAT,
15, rue Vital-Carles, Bordeaux

Leçons du cours de perfectionnement des sages-femmes FAITES A LA MATERNITÉ DÉPARTEMENTALE DE BORDEAUX (février 1939) par MM. J. ANDÉRODIAS, professeur à la Faculté de Bordeaux, Paul BALARD, chirurgien de la Maternité, avec la collaboration de MM. J. BOISSERIE-LACROIX, médecin de l'Hôpital des Enfants, et G. PERY, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux. 10e *série*. Une broch. 82 pages, 1940.

Table des matières : Patience et esprit de décision, vertus cardinales de l'accoucheur. Maladies infectieuses et puerpéralité. L'auscultation obstétricale et plus particulièrement de ses difficultés et de ses limites. Les vers intestinaux chez l'enfant.

EDITIONS PAUL MARTIAL
100, boulevard Malesherbes, Paris (XVIIe)

Jean DESOR, Ingénieur-électricien. — **Votre voiture électrique**. Un vol., 80 pages, avec fig. Prix : 18 francs.

Extrait de la table des matières : Caractéristiques de la voiture à accumulateurs. Les accumulateurs de traction. Les moteurs électriques de traction. Régulation de la vitesse. Les appareils de contrôle. Détermination des caractéristiques du moteur et de la batterie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROJET DE RÉORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE

Critique des critiques

Par le Docteur TABERLET

Je veux, d'abord, remercier les confrères qui ont bien voulu non seulement lire mon projet, mais y réfléchir et y faire des objections : rares se font les médecins qui ont le sens collectif et oublient un peu leur propre individu !

Le projet présenté n'est, certes, pas parfait et il est aisé d'y découvrir des défauts : il en est ainsi de tout ce qui est humain. J'ai souhaité, seulement, qu'il soit le moins mauvais possible. Rien ne peut être pire que la situation médicale actuelle.

En dehors de *l'étatisation*, solution discutable mais toujours repoussée jusqu'à ce jour par le Corps Médical ; en dehors de grandioses mais vagues projets d'Edifice médical total qui n'ont jamais pu résister à l'épreuve d'une codification précise et qui représentent plus des velléités que des projets véritables, le plan que j'ai proposé aux médecins français constitue une base solide et claire dont il vaut la peine de discuter les modalités.

Mais il faut abandonner les nuées et consentir à demeurer sur terre !

Deux sortes de critiques ont été adressées au projet :

Critiques de principe ;

Critiques de détails.

Accord de la très grande majorité sur la nécessité d'une *limitation du nombre des médecins.*

Désaccord sur les moyens.

Je prétends qu'il faut avant tout fixer le nombre et le siège des postes médicaux, en donnant une place à tous les médecins exerçant actuellement et de ne plus dépasser ce nombre, mais plutôt de le réduire, sauf accroissement de la population :

La médecine française est à saturation

La limitation proposée n'est pas « une apparence de vérité », « une probabilité de succès », elle est un fait, une certitude.

Les adversaires du projet préconisent, nons la fixation des postes mais la limitation des étudiants.

Je considère que cette limitation doit découler, automatiquement, du projet, mais sa certitude est secondaire pour le médecin praticien.

Si, sachant que tous les postes médicaux sont occupés et qu'il faut attendre décès ou retraite pour s'installer, les étudiants se ruent, néanmoins, dans les Facultés, tant pis pour eux. Mais la chose est peu probable car, précisément, ce qui attire les jeunes vers la médecine, c'est la possibilité actuelle de tenter sa chance, souvent par tous les moyens, sitôt le diplôme obtenu. Mais encore une fois, ce n'est pas l'intérêt du praticien qui est en jeu, c'est celui de l'étudiant !

Pour limiter le nombre des étudiants, quelles méthodes préconise-t-on ?

La plupart se jettent sur la solution la plus simpliste, celle qui demande le moins d'effort d'imagination : le *concours*. La « concoursolâtrie », si j'ose ce barbarisme, sévit de plus belle. Sélectionnant des esprits gâvés de connaissances mais souvent faibles en jugement (on ne peut tout avoir), le système n'a pas élevé le niveau du siècle. Ses élites, presque toutes issues de concours, sont médiocres, comme il apparaît, en tous les domaines.

Admissible pour faire un choix entre gens de même profession destinés à des fonctions spéciales, le concours devient une absurdité quand il ne porte pas sur les matières en vue de quoi est fait ce choix. C'est le cas pour les candidats-médecins.

On a renoncé au concours de sortie des Facultés qui serait une pépinière d'illégaux et de déclassés.

Il faut donc envisager un concours d'entrée ou après une première année.

Comment ose-t-on faire le projet d'éliminer des études médicales cet étudiant qui eut fait, peut-être, un habile chirurgien, un observateur sagace, un expérimentateur plein d'invention, sous le prétexte que sa copie de concours en chimie organique ou en optique mérite un point de moins que celle du dernier candidat reçu ?

Faire un concours sur les matières de la première année de médecine ? L'objection est la même : l'ostéologie, la myologie, les rudiments de la médecine sont affaire de mémoire, exclusivement. Or celle-ci est loin de suffire pour faire un bon médecin. Pas un d'entre nous n'ignore celà ! Pourquoi donc faut-il sans cesse le redire ?

Qu'on renonce à invoquer l'exemple de polytechnique et de navale où la nature des matières du concours est familière aux candidats. Celles-ci ne sont que le prolongement de mathématiques spéciales et l'enseignement secondaire y a été une longue préparation.

Restent les vétérinaires ! L'Ecole d'Alfort devient le modèle à quoi rêvent nos Maîtres !

Quelle commune mesure y a-t-il entre les deux professions ? L'une est utilitaire, l'autre ne l'est pas. L'élément psychologique est prépondérant en médecine, nul en art vétérinaire. Enfin, il n'est nullement démontré que les praticiens vétérinaires aient un niveau plus élevé que les praticiens médecins : les animaux sont moins exigeants que les hommes et ne se plaignent pas !

Quant à l'internat des Hôpitaux de Paris, si souvent invoqué, il semble bien être surtout une difficile épreuve de mémoire et ne devrait pas subsister tel quel. Ce n'est pas le lendemain de ce concours « à traquenards » et à « myopique érudition » que le jeune interne est devenu un médecin de qualité, mais après les quatre ans d'hôpital que ce concours lui a ouverts.

Il n'est pas douteux qu'il a éliminé de bons esprits de cette admirable école de culture et de pratique qu'est l'hôpital.

On ne peut être bon médecin si l'on n'est savant, mais on peut être savant et fort mauvais médecin ! Des noms et des souvenirs vous viennent à l'esprit !

Enfin je veux insister encore sur deux points capitaux :

Le concours à l'entrée ou en cours d'études peut limiter, certes, le nombre global des médecins français mais n'évitera pas les *pléthores locales* dans les grands centres où la vie plus tentante met à une plus rude épreuve les consciences et rien ne sera changé.

Second point : Le concours laissera au pouvoir politique du moment, la libre disposition du *débit* des Facultés. Il est aisé de prévoir que les portes de celles-ci, d'abord à peine entr'ouvertes, s'élargiront avec le temps et les influences, non pas en tenant compte des intérêts du Corps médical, mais d'intérêts étrangers que nous ne connaissons que trop ! Un simple décret et voici la porte béante !

Après tout, si le Corps médical se désintéresse de son propre sort, qu'il laisse commettre cette grave erreur !

La médecine sera le domaine des forts en mémoire et le médecin ne sera pas assuré d'une place au soleil.

D'autres médecins, enfin, répudiant les concours à l'entrée, préconisent l'élimination du surnombre des étudiants par des examens « très sévères ».

Où a-t-on vu que la sévérité, la difficulté croissante des examens (sinon des concours) aient diminué l'encombrement de n'importe quelle profession ? En vertu de quoi verra-t-on, demain, des examinateurs sans défaut, justes, perspicaces, pénétrés de leur rôle, inaccessibles aux influences, aux recommandations ?

A-t-on subitement oublié que les candidats-médecins d'aujourd'hui feront, demain, les clientèles des Maîtres ?

Il n'y a pas de moyen de discrimination moins sûr que les examens et les concours. Il faut toujours leur préférer des organisations fortement charpentées.

Passons aux critiques qui visent le PRINCIPE *même des charges médicales.*

Elles se résument en ceci : on va tuer la libre concurrence mère de toutes les vertus. Seuls *les meilleurs* sortent vainqueurs de cette lutte confraternelle et atteignent « les cîmes » de la Société. Voire ! Jetons un voile prudent !

Cependant la concurrence au moins relative apparaît si nécessaire qu'elle doit subsister entre les diverses charges : le libre choix y est un principe essentiel. La critique tombe donc d'elle-même.

Restent maintenant les objections de détail aux diverses modalités du projet.

I. *a*) on ne voit pas en quoi le fait d'être médecin assistant d'une charge empêchera un jeune médecin de préparer des concours et de faire de la science. Ne voit-on pas des clercs de notaire préparer leur doctorat en droit, de jeunes professeurs suppléants, leur agrégation ?

b) Pourquoi le titulaire d'une charge serait-il contraint de garder son assistant, si ce dernier ne fait pas son affaire ? La situation d'assistant ne sera pas un « rond-de-cuir » ! Un chirurgien dentiste est-il obligé de garder un opérateur maladroit ou paresseux ?

c) La sécurité des retraites ne sera pas assurée.

Voici comment, pratiquement, on doit considérer le rôle éventuel de l'assistant :

Le Docteur Dupont est titulaire d'une charge qui lui donne, mettons, 150.000 francs de bénéfices professionnels par an. De 40 à 55 ans, en pleine activité, il fait seul le service de cette clientèle.

A 55 ans, il sent le besoin de repos et pourvu, espérons-le, d'économies substantielles, songe à la retraite.

Il s'adjoint le jeune Docteur Dupuis comme

assistant. Son traitement annuel sera, pour fixer les idées, de 50.000 francs. Il lui laisse toute une partie, la plus fatigante, de sa clientèle et accroît ses loisirs.

Il n'est pas question que tous deux travaillent « *à plein* » et cette idée est entièrement contraire à l'esprit du projet.

S'il y avait tentative de « trust », l'Ordre aurait à intervenir.

Je note, en passant, que de telles associations existent actuellement avec un but net d'accaparement et que personne ne proteste.

Un jour le Docteur Dupuis reste à la tête de la charge. Il fera ce qu'a fait, *seul*, le Docteur Dupont pendant quinze années et n'aura aucune raison de négliger les clients donc de faire de moins bonnes affaires. Encaissant 150.000 francs par an, il pourra verser une vingtaine de mille francs de rente viagère au Docteur Dupont.

Je ne vois, en tout cela, ni risque ni difficulté ! Si Dupont a fait choix d'un incapable comme successeur, tant pis pour lui ! Il doit avoir eu le temps de le juger et de s'assurer et de sa valeur et de son honnêteté.

Si Dupuis venait à prédécéder, Dupont n'aurait aucune raison de voir tomber sa rente à zéro, car la charge ne serait pas morte.

Un nouveau titulaire assurerait avec ou sans l'aide temporaire du vieux Docteur Dupont, son fonctionnement et la rente continuerait.

Si l'on vient me dire qu'il faut aussi penser à la famille éventuelle de Dupuis, je répondrai qu'on ne peut assurer *tous* les risques de *tous* les membres de *toutes* les familles médicales.

La médecine n'est pas une compagnie d'assurances universelles !

Au reste, je pense que la partie réalisable de telles assurances relève des œuvres sociales confraternelles que l'Ordre abordera certainement un jour.

Mais c'est une autre histoire.

II. *Spécialités* : aucune objection sérieuse n'est faite à cette partie du projet.

Aucun autre projet, à ma connaissance, ne donne aux spécialistes une situation plus claire ni plus favorable. Il ne limite ni l'extension de la science médicale ni le *nombre* des spécialités, s'il limite les spécialistes dans chaque spécialité. Toute nouvelle branche médicale peut devenir une spécialité et bénéficiera de la création de charges.

Ce qui est vrai (*et qui fait le fond du débat*), c'est que la prétention de certains spécialistes *de se réserver tous* les actes de leur branche est entièrement déraisonnable.

Il y a toute une partie commune à la médecine générale et aux spécialités qui ne peut être *chasse gardée* pour personne !

L'idée qu'un médecin non chirurgien jouera à ouvrir des ventres ou des crânes est proprement absurde. Pourquoi, titulaire d'une charge, ferait-il ce qu'il ne fait pas aujourd'hui, dans l'exercice anarchique actuel de la médecine ?

Aux spécialistes (dont le rayon d'action sera déterminé par leur charge) seront réservés, *en fait, sinon en droit*, tous les actes délicats de leur branche et *c'est là leur vrai rôle*. Si les honoraires et le coefficient de population sont judicieusement calculés pour les spécialités, leurs intérêts ont toutes les chances de ne pas souffrir, *au contraire*.

III. *Pour ce qui est du corps enseignant*, le cas « *cruel* » des familles privées de leur médecin le jour où celui-ci est nommé professeur n'est vraiment pas tragique ! Un décès, une retraite posent le même problème. Il à toujours été résolu ! ! ! Et cela, d'autant mieux, que le professeur demeurera le consultant des grandes circonstances.

On ne voit pas, de même, ce qui empêcherait un chirurgien-professeur d'appliquer ses découvertes, d'exécuter « l'opération rare » sur des malades payants, contre de substantiels honoraires. Rien dans le projet ne s'oppose au travail rémunéré des membres de l'enseignement, à la condition qu'il n'y ait pas de clientèle privée : les malades devront être adressés par les praticiens pourvus de charges. En fait, n'est-ce pas ce qui se passe, aujourd'hui, dans l'immense majorité des cas ?

Tarif maximum.

Il n'a jamais été question d'imposer un tarif maximum uniforme qui serait une absurdité que je m'étonne de me voir imputer, mais de faire fixer, par l'Ordre national des maxima pour les honoraires destinés aux diverses catégories de praticiens.

N'est-ce pas, d'ailleurs, ce qui existe actuellement, *en fait* ?

Les honoraires de consultation d'un professeur de Faculté ne sont-ils pas pratiquement établis, de même que les honoraires des grands chirurgiens ?

Il apparaît comme raisonnable de limiter certains excès qui tenaient plus du bluff et de la publicité de mauvais aloi que d'une saine pratique de la médecine.

Si le professeur X. est surmené, qu'il diminue son activité en refusant les rendez-vous trop nombreux mais non en augmentant ses prix de telle sorte que seuls quelques snobs millionnaires puissent bénéficier de son éclatant et peut être un peu tapageur savoir.

Comme conclusion, je demande à tous les praticiens de France de considérer sérieusemences question, de ne faire ni une politique d'escart got, ni celle du « chien crevé » ! Leur avenir proche sera exactement ce qu'il l'auront fait.

ACCIDENTS DU TRAVAIL



Les pansements « rares » sont-ils possibles en pratique journalière ?

Par le Docteur Fernand DECOURT

A la suite de mon article sur « *Les pansements systématiquement quotidiens* », j'ai reçu diverses lettres dont une, d'un chirurgien de province, spécialement intéressante, car cet éminent confrère, par contre, y préconisait les pansements systématiquement « *rares* ». Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que j'entends préconiser ces idées. Avant de faire sur celles-ci quelques observations je crois utile de publier, tout d'abord, le texte même de cette lettre.

Nous examinerons ensuite les remarques que, à mon avis, elle peut comporter.

Monsieur et cher confrère,

Votre article du *Concours* sur les pansements trop fréquents en matière d'accidents du travail m'a très intéressé parce que depuis longtemps je considère qu'il y a là quelque chose qui ne va pas et qui doit changer. Je suis en fin de carrière et j'ai eu le temps en plus de trente ans d'exercice chirurgical de voir de tels abus en ce genre que j'estime le moment venu où tant de choses sont bousculées et où un redressement est indispensable, d'examiner le fond des choses. Le point crucial, à mon sens, dans l'abus des pansements en accidents du travail, réside dans ce fait que le tarif établi est très bas en matière opératoire et que le gain sérieux, souvent disproportionné avec le travail accompli, ne peut être atteint que par la répétition des consultations ou visites qu'il faut bien légitimer par la réfection des pansements. Or cette pratique est lamentable, non seulement pour le budget des assurances, mais encore et surtout pour le résultat thérapeutique. La méthode des pansements rares est supérieure à toutes les autres tant pour la rapidité de la guérison que pour la qualité de celle-ci. Prenons pour exemple la brûlure du 2e degré classique. Il est avéré que si le premier pansement est fait suivant les règles de l'art, c'est-à-dire comme une intervention chirurgicale, avec la même rigueur au point de vue propreté, il suffira de deux ou trois pansements faits à quatre à six jours d'intervalle pour avoir une cicatrisation parfaite. Comptez ce que cela rapportera au médecin. Je me souviens avoir expertisé pour le Tribunal, il y a trois ans, un blessé brûlé des deux mains (brûlures du 2e degré par flammes d'alcool) sept mois auparavant. Il était cicatrisé depuis peu avec des cicatrices rétractiles, peu solides, avait les doigts rigides et les articulations des mains ankylosées. Je dus lui donner 25 % d'invalidité provisoire. Il était enchanté des soins qu'il avait reçus, son médecin lui ayant fait pendant six semaines deux pansements par jour, puis un seul (même le dimanche). J'avais calculé que la note d'honoraires devait faire dans les 2.500 francs au moins. Autre exemple : je viens de soigner une section du tendon extenseur du pouce droit avec ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne. Sutures et fermeture après excision de la plaie — mise en place d'un plâtre en bonne position que j'ai laissé 24 jours. J'ai fait revenir le blessé tous les 6 ou 7 jours pour m'assurer de la bonne évolution. J'ai enlevé le plâtre — tout était cicatrisé dessous. Mais voyez ce que cela va me rapporter : 112 francs d'opérations, 5 ou 6 consultations, c'est maigre pour le service rendu. Il faudrait trouver une combinaison de paiement avec une prime à la guérison rapide et aux rares actes professionnels. Je sais que c'est peut-être la quadrature du cercle à trouver. Mais si un chirurgien, gagnant bien sa vie à côté, peut se payer le luxe pour sa satisfaction personnelle de guérir ainsi ses blessés aux moindres frais pour l'assurance, il n'en est pas de même pour le praticien qui vit de ces petits actes journaliers. Il est mauvais que l'opposition soit aussi flagrante entre l'intérêt du blessé qui est d'être guéri dans le minimum de temps et l'intérêt pécuniaire du médecin. La seule solution serait peut être de relever sensiblement le prix de l'acte médical et de faire un contrôle sévère pour imposer la méthode des pansements rares. Mais celle-ci ne sera généralisée qu'après avoir été enseignée dans les hôpitaux aux étudiants de façon systématique et je crois que nous en sommes loin. La méthode « lyonnaise » de traitement des fractures de guerre existait en 1914 — je l'ai déjà employée à ce moment — et il a fallu la guerre civile d'Espagne pour la remettre sur le tapis. C'est donc une affaire de longue haleine à entreprendre qui ne se résoudra pas de sitôt. Il faudrait que les Compagnies d'assurances comprennent que leur intérêt vrai n'est pas de lésiner sur les tarifs, mais bien de les élargir et d'exiger un contrôle serré et effectif.

Excusez, mon cher confrère, cette interminable épître, résultat de nombreuses et vieilles réflexions sur ce sujet et agréez l'expression de mes sentiments confraternels sincères et dévoués.

Signé : Dr D.-S.

***

Cette lettre soulève des points de doctrine et, en même temps, un désir évident d'empêcher tout abus de pansements. Il y a donc là, des questions tantôt de technique et tantôt de morale, ce qui lui confère un intérêt particulier. Qu'il me soit permis de la suivre fidèlement et de faire, au fur et à mesure, les observations qu'elle me suggère.

Tout d'abord, néanmoins, je tiens à faire remarquer que le Docteur D. S. et moi, nous partons de deux plate-formes différentes : il est chirurgien de carrière, depuis trente ans , et moi

(1) S. le *Concours* du 8 juin 1941, page 1.049.

omnipraticien de campagne (depuis 50 ans bientôt, je l'avoue sans joie).

Le Dr D. S. déclare que «l'abus des pansements en accidents du travail réside dans ce fait que le tarif établi est très bas en matière opératoire et que le gain sérieux... ne peut être atteint que par la répétition des pansements, pratique lamentable ». Est-ce bien là une cause primordiale ? D'ordinaire, les opérations ont lieu à l'hôpital ou en clinique et, dans ce cas, il est payé au chirurgien le prix de l'opération puis 6 francs par journée de séjour, quel que soit le nombre de pansements effectués. Donc, en cas d'opération, cette raison ne joue pas, en supposant même qu'un chirurgien se laisse aller à une « combinaison » de ce genre. Elle ne peut jouer que pour les menues interventions journalières relevant des omnipraticiens. Nous y reviendrons plus loin à propos des « contrôles ».

« La méthode des pansements *rares* est supérieure à toutes les autres ... ». Soit ! je ne discuterai pas « technique » avec un chirurgien. Mais je tiens à faire remarquer qu'il n'y a aucune commune mesure entre, d'une part, des pansements chirurgicaux après acte opératoire souvent totalement aseptique ou, tout au moins, effectué dans des conditions d'une soigneuse antisepsie et, d'autre part, les plaies infectées (parfois depuis plusieurs jours) qui arrivent dans le cabinet du médecin de campagne, par exemple. Que de fois je me suis trouvé en présence de plaies souillées de terre, ou même de fumier, et suppurant depuis plusieurs jours ! Si bien que de simples excoriations étaient devenues de dangereux foyers d'infections. Pansements « rares » là-dessus ?... Impossible certes, même après un nettoyage minutieux : nécessité de pansements quotidiens, parfois, durant quelques jours : cela apparaît hors de conteste alors que du pus s'écoule en quantité du matin au soir.

Ce que l'on reproche à certains confrères, ce sont les pansements *systématiquement quotidiens* quel que soit le cas et cela même pendant de longues semaines, ou bien, pour de menus accidents, 18 fois en 19 jours par exemple, comme ce cas que j'ai cité. J'irai même jusqu'à dire à notre confrère D. S. que, bien souvent, dans la pratique courante, s'expliquent des pansements quotidiens les deux ou trois premiers jours, quitte à les espacer ensuite, suivant l'évolution de la plaie. Quant aux « pansements *systématiquement rares* », là, après un demi-siècle de pratique, je ne saurais me déclarer de cet avis, même en l'état actuel de la technique — en dehors des pansements pratiqués dans un service de chirurgie.

Par contre, il apparaît évident que sept mois de pansements pour brûlures au 2e degré des deux mains, au rythme de deux par jour pendant six semaines, puis d'un chaque jour pendant un mois et demi, ne saurait avoir mon suffrage approbatoire. Après cela, je ne m'étonne pas des ankyloses et raideurs signalées par le Dr D. S. Quant à l'exemple donné de pansements « rares » pour une suture de tendon digital, comme, d'ordinaire, ces sutures ne se font que la plaie nettement aseptisée, nous rentrons dans la série des interventions chirurgicales aseptiques dont je parlais plus haut et où peut se soutenir le système des pansements «rares ».

« Il faudrait trouver, dit le Dr D. S., une combinaison de paiement avec une prime à la guérison rapide et aux rares actes professionnels : je sais que c'est peut être la quadrature du cercle... La seule solution serait peut-être de relever sensiblement le prix de l'acte médical et de faire un contrôle sévère pour imposer la méthode des pansements rares ... »

J'ai transcrit à nouveau ces lignes, car là nous ne sommes plus (oh ! mais plus du tout !) d'accord. Tout d'abord, je me rappelle qu'en 1912, 1913, puis en 1919, 1920, à la Commission du Tarif, nous avons cherché avec les délégués des Assureurs à établir des « forfaits » pour chaque intervention. C'était même leur *leit motiv* auquel ils revenaient avec acharnement, si j'ose dire. Mais le terrain « soins d'accidenté » est trop « ondoyant et divers » pour pouvoir se prêter à une classification quelconque ; nous dûmes abandonner tout essai de ce genre, malgré les tableaux ingénieux présentés par M. Beaumont à diverses reprises et que nous dûmes repousser — avec une certaine brusquerie parfois, à cause de la ténacité de notre distingué collègue-assureur... Il a bien fallu revenir au paiement à l'acte médical.

Mais il y a plus grave dans la phrase reprise ci-dessus. Voyons, confrère, vous parlez de « contrôle sévère », c'est fort bien, mais non pas « *pour imposer une méthode* » thérapeutique quelconque. Comment le pourrait-on, d'abord, *ex cathedra*, schématiquement, alors qu'un traitement est, par essence une question d'espèce. Et s'il y avait un désastre (il y en aurait, j'en suis certain, à l'avant-bras par exemple), qui en serait responsable ? Le médecin traitant devant la Justice et non pas l'entité technique qui aurait « imposé » le *modus agendi* à un confrère, sorte de « frère convers » qui aurait dû exécuter des ordres supérieurs... Je n'insiste pas, n'est-ce pas ?

Les contrôles ! Ils sont déjà inscrits dans la Loi : Art. 5 : « Visite hebdomadaire », que peut, après désignation par juge de paix, accomplir le médecin du patron ou de son assureur substitué. Vous les voudriez multipliés par X ? inquisitoriaux ?... Je ne les concevrais pas dans ce genre. Au fond, d'ailleurs, ce sont toujours les mêmes qu'il est besoin de surveiller. La grande, la très grande majorité des praticiens est foncièrement

honnête. J'ai eu souvent l'occasion d'admirer la belle conscience professionnelle d'obscurs médecins exerçant dans un petit trou inconnu de tous, et sachant unir parfaitement ces deux attributs essentiels : science et conscience. J'ai quelque droit à parler ainsi, alors que, rien qu'en matière d'accidents du travail, j'en suis (exactement en ce jour où j'écris ces lignes) — à ma 6.379e réponse à des demandes d'avis de confrère — et cela sans compter celles relatives aux pensionnés de guerre, aux assurés sociaux à l'A. M. G., etc...

« La méthode des pansements rares, dit encore le Dr D. S., ne sera généralisée qu'après avoir été enseignée dans les hôpitaux aux étudiants de façon systématique et je crois que nous en sommes loin... » Qu'on l'enseigne, c'est fort bien. Que le chirurgien l'applique presque toujours et le praticien quelquefois quand elle est possible, c'est entendu. Mais « l'imposer systématiquement » non ! mille fois non ! Même au point de vue théorique, j'irai jusqu'à dire que ce serait contraire à l'art médical lui-même qui repose sur des cas d'espèce, je le répète, et non sur des schémas...

La conclusion du Dr D. S. est la suivante : « Il faudrait que les Compagnies d'assurance comprennent que leur intérêt vrai n'est pas de lésiner sur les Tarifs, mais bien de les élargir et d'exiger un contrôle serré et effectif... » Je suis persuadé (et j'ai des raisons pour cela depuis 30 ans que je suis sur la brèche, en face d'elles) que les Compagnies d'assurances accepteraient d'augmenter le prix des opérations si elles étaient assurées contre *les petits abus journaliers*. Leurs délégués me l'ont dit bien souvent : « Les petits sinistres causent plus de 80 % des abus dont nous nous plaignons ». Donc, le prix des grosses interventions n'entre guère, pour elles, en ligne de compte.

Quant aux contrôles, je suis d'accord avec notre excellent confrère quand il les demande « serrés et effectifs ». A la Commission du Tarif des accidents du travail, chaque fois jadis que les assureurs nous parlaient d'ABUS, nous répondions toujours « CONTRÔLE ». En 1919, je me souviens même avoir demandé à Lafontaine de venir « m'épauler » en séance pour proposer aux assureurs le « Contrôle syndical » qui fut alors repoussé par eux, ce que j'ai toujours regretté, ce contrôle syndical ayant fait ses preuves, en matière d'Assurances sociales, depuis 1930.

Depuis 1925, combien de fois ai-je dit, à la Commission d'arbitrage, à tel ou tel délégué de Compagnie d'assurance : « Vous vous plaignez de pansements trop répétés et pendant *x* semaines, (voire même parfois *x* mois) vous n'avez pas seulement envoyé un de vos médecins pour examiner l'état de ce blessé, ainsi que la Loi vous en donnait le droit. — Cela serait trop difficile et trop dispendieux en dehors des grands centres, m'objectait-on. Nous avions fait confiance à ce Dr Z. — Soit ! Mais voilà plusieurs cas que vous présentez concernant ce même médecin. Pourquoi lui avoir « continué » votre confiance et surtout avoir attendu tant de mois après la guérison pour déceler soudain, du fond d'un bureau, qu'il y avait eu « abus » ? Il n'y a pas tant de médecins que vous sentiez le besoin de surveiller... ».

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que les Compagnies qualifient quelquefois d'abusives, certaines notes dont le détail ne fut pas suffisamment étudié par elles. Et lorsque le dossier est l'objet d'un examen approfondi, en vue de sa présentation devant la Commission d'arbitrage, il m'est arrivé de constater qu'en somme, il n'y a rien à reprocher au médecin et que c'est à tort, que l'affaire est présentée à la Commission. Aussi, je ne cesserai de répéter que, contre toute crainte d'abus, il n'y a que le contrôle — un contrôle sérieux et effectif, fait en temps utile *durant le traitement même* — et non pas des présomptions établies sur une note d'honoraires relative à un accidenté depuis longtemps guéri, ou « consolidé ».

Mes conclusions sur les questions soulevées par le Dr D. S. seront donc les suivantes :

Il n'y a pas lieu de préconiser de façon générale les pansements fréquents, ni les pansements rares. Il convient de laisser toute liberté au médecin traitant, à condition, bien entendu, que celle-ci ne dégénère pas en licence... En tous cas, Patrons et Assureurs peuvent être certains d'avoir, à leur côté, les Corps médical organisé quand il s'agira d'*abus caractérisés et systématiques*. Nous avons maintenant cet ORDRE DES MÉDECINS que les Groupements syndicaux réclamaient depuis de longues années. Il ne doit plus se glisser des « indésirables » parmi les médecins français. Et s'ils étaient encore quelques-uns dont les agissements *répétés* sont manifestement contraires à l'honneur de la profession, c'est chirurgicalement (c'est le cas de le dire) qu'il conviendrait d'agir contre eux.

UNE NOUVELLE LOI SUR LES LOYERS....

Depuis longtemps la presse quotidienne nous laissait espérer la promulgation d'une loi modifiant les rapports actuels entre bailleurs et locataires. Ce texte, daté du 24 juin 1941, a paru au *Journal officiel* le 13 juillet, c'est-à-dire que le public en zone occupée tout au moins n'en a eu connaissance qu'une fois le terme du 15 juillet passé.

Cette loi contient un certain nombre de dispositions modifiant le régime d'exception antérieur. Nous analyserons successivement les modifications fragmentaires qu'elle apporte sans rien changer au principe même de la législation antérieure.

A. — Modifications apportées aux locations régies par la loi du 1er avril 1926

1° PROROGATIONS.

Les locataires, sous-locataires, cessionnaires de baux et les occupants de bonne foi de locaux professionnels ou mixtes (c'est-à-dire à la fois professionnels et à usage d'habitation) en vertu d'une prorogation antérieure ou d'un délai de grâce, même expiré, en possession au 30 juin 1937, ont droit, sans l'accomplissement d'aucune formalité, à des prorogations de jouissances qui prendront fin :

DÉSIGNATION	A Paris dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres de Paris	Villes de plus de 100.000 habitants et dans les communes limitrophes	Ville au-dessous de 100.000 habitants
	francs	francs	francs
Au 1er juillet 1941, lorsqu'au 1er août 1914 le loyer excédait........................	2.500 »	1.500 »	1.000 »
Au 1er juillet 1942, lorsqu'au 1er août 1914 le loyer excédait........................	2.000 »	1.000 »	600 »
Au 1er juillet 1943........................	Pour toutes les prorogations non comprises dans les catégories ci-dessus		

2° IMPÔTS ET PRESTATIONS.

Aux termes de la législation antérieure, le propriétaire avait le droit de réclamer aux locataires la majoration subie par les impôts et charges par rapport à 1914, lorsqu'ils étaient compris dans le prix du bail. Bailleurs et locataires pouvaient également se mettre d'accord sur le principe du remboursement des impôts et charges, à raison d'un forfait qui ne pouvait dépasser 30 % du montant du loyer de 1914.

La loi nouvelle vient de porter le maximum de ce forfait à 50 % du loyer de 1914. Cet accord sur le forfait pourra être dénoncé avec préavis de trois mois par le bailleur ou le locataire.

3° AMÉLIORATIONS.

« Le bailleur qui, postérieurement au 1er juillet 1941, aura, d'accord avec le locataire ou la majorité des locataires intéressés, apporté des améliorations dans les conditions de jouissance des locaux loués, pourra récupérer le montant de ses dépenses par une majoration des prix des loyers ; cette majoration ne devra, en aucun cas, permettre l'amortissement du capital dépensé sur une période inférieure à cinq années, ni dépasser 20 p. 100 du prix du loyer, y compris les charges locatives, perçu à l'époque de l'exécution des travaux. »

4° MAJORATIONS.

La législation antérieure avait prévu qu'à dater du 1er juillet 1938, le loyer des locaux bénéficiant de la prorogation légale pourrait être majoré de 10 % au 1er juillet de chaque année, et ce jusqu'à la fin de la période de prorogation.

La loi nouvelle stipule que :

« Sont supprimées les majorations de 10 p. 100 du prix des loyers, visées à l'article 11, alinéa 1er, de la loi du 1er avril 1926, modifiée par les lois des 29 juin 1929 et 31 décembre 1937 qui, devant venir à échéance aux 1er juillet 1939 et 1940, avaient été reportées au 1er juillet 1941.

Est applicable au 1er juillet 1941 la majoration annuelle de 10 p. 100 de la valeur localive de 1914, prévue à l'article 1er de l'article 11 susvisé ; cette majoration n'est pas applicable aux loyers réduits en application des décrets des 26 septembre 1939 et 1er juin 1940, et ce, pendant le temps de cette réduction. »

B. — Modifications apportées aux décrets des 26 septembre 1939 et 1er juin 1940

1° RÉSILIATION.

Le locataire mobilisé n'est plus seul à pouvoir résilier son bail.

« Est également résiliée de plein droit, à la demande du preneur qui justifie pouvoir rejoindre son domicile, toute location conclue ou renouvelée postérieurement au 2 septembre 1939, par suite de circonstances résultant de l'état de guerre, en dehors du lieu du principal établissement. »

2° Réduction.

Les locataires mobilisés, ceux ayant cessé l'exercice de leur profession ou de leur commerce, ainsi que les évacués, pouvaient demander en justice, en sus de la réduction des 3/4 qui leur était accordée de plein droit, une réduction supplémentaire pouvant même aller jusqu'à l'exonération totale. Mais pour être valable, cette demande devait être faite, sous peine de déchéance, dans les six mois du jour de leur démobilisation, de la reprise de leur activité professionnelle ou de leur retour à leur domicile. Le nouveau texte supprime purement et simplement ce délai.

De plus :

« Des réductions supérieures aux trois quarts du montant du loyer, et pouvant même aller jusqu'à l'exonération totale, pourront être accordées au locataire d'un local à usage d'habitation ou professionnel, ayant cessé d'être habité, lorsque l'intéressé justifiera n'avoir pu, par suite de la restriction des communications entre les différentes parties du territoire, rejoindre son domicile et être hors d'état de faire face au payement des sommes dues. »

Ces dispositions sont applicables nonobstant toutes décisions judiciaires, même définitives, rendues antérieurement à la promulgation de la présente loi.

3° Prorogations.

Aux termes de l'ancien texte, les locataires ayant été mobilisés ou non, et bénéficiant d'une réduction, sont maintenus de plein droit en possession des lieux loués jusqu'au terme d'usage qui suivra le décret fixant la cessation des hostilités, à condition d'occuper effectivement les locaux loués, sauf motifs légitimes, par eux-mêmes ou par leur famille, et d'exécuter les accords amiables ou décisions judiciaires relatifs au paiement du loyer. Aucun changement.

Par contre :

« Sous la réserve d'occuper effectivement les lieux dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus, sont également maintenus de plein droit en possession des lieux loués aux conditions fixées par la convention venue à expiration et jusqu'au terme d'usage qui suivra le décret fixant la cessation des hostilités, les locataires de bonne foi appartenant auxdites formations, alors même qu'ils continueraient d'acquitter intégralement le prix de leur loyer. »

Enfin :

« Les locataires de bonne foi autres que ceux visés aux deux alinéas précédents à condition qu'ils occupent effectivement les lieux par eux-mêmes ou par les personnes vivant habituellement à leur foyer antérieurement au 2 septembre 1939, peuvent obtenir leur maintien en possession desdits lieux, année par année, à dater du jour de l'expiration de la convention ou des prorogations de jouissance, sans toutefois que la durée de ce maintien en possession puisse excéder de six mois la date du terme d'usage qui suivra le décret fixant la cessation des hostilités. A défaut d'accord amiable, le juge appréciera le bien-fondé de la demande en tenant compte de tous éléments d'appréciation. Si le maintien est accordé, l'occupation continuera aux conditions fixées par la convention venue à expiration, à moins d'accord contraire et sauf au juge à statuer, notamment en ce qui concerne le prix du loyer des charges et des prestations, sur les modifications que le bailleur entendrait faire apporter dans un intérêt légitime à ladite convention, sans que le prix puisse dépasser le prix maximum fixé par les dispositions légales en vigueur ».

4° Dispositions diverses.

En faveur des veuves de guerre :

« *Art.* 17 *bis.* — Lorsque le locataire est mort sous les drapeaux ou a succombé à la suite de blessures reçues ou de maladies contractées depuis sa mobilisation ou aggravées du fait de celle-ci ou que son décès, sans avoir été officiellement constaté, peut être présumé, son conjoint ou les personnes vivant habituellement avec lui et à sa charge bénéficient des mêmes dispositions que celles dont pourrait se prévaloir le locataire s'il n'était pas décédé ou disparu. La réduction de plein droit des trois quarts du montant du loyer et le moratoire de payement sont accordés conformément aux dispositions des alinéas 5 et 6 de l'article 9 et à l'alinéa 2 de l'article 11 précédent ; ils s'appliquent aux loyers à courir jusqu'au décret fixant la cessation des hostilités ».

Ces dispositions sont applicables nonobstant toutes décisions judiciaires, même définitives, rendues antérieurement à la promulgation de la présente loi.

En faveur des propriétaires :

« *Art.* 28 *bis.* — Le bailleur qui, par application de la législation réglant les rapports entre bailleurs et locataires en temps de guerre, justifiera ne recevoir de son locataire le payement ni du loyer, ni des charges ou prestations, bénéficiera de plein droit, à l'égard des collectivités publiques ou des concessionnaires de services publics, pour le payement des sommes par lui dues pour fournitures d'eau, de gaz et d'électricité à son locataire, y compris les redevances accessoires au montant de la consommation des mêmes délais et exonérations que ceux dont bénéficie son locataire ».

Enfin, la nouvelle loi stipule que, contrairement aux termes des art. 1722 et 1741 du Code civil, le bail d'un immeuble détruit partiellement ou en totalité n'est pas résilié, mais se trouve reporté sur l'immeuble réparé ou reconstruit. Dans ce cas, les dispositions de la loi du 1er avril 1926 cessent d'être applicables, et le prix du bail pourra être revisé.

***

Telles sont, en résumé, les principales dispositions de la loi du 24 juin 1941 qui n'apporte aucune modification profonde à la législation d'exception antérieure.

Elle a simplement pour but, soit de l'adapter aux circonstances actuelles, soit de compléter ou de renforcer celles de ses dispositions qui s'étaient révélées insuffisantes en leur application.

B. M.

Directeur-Gérant : G. Lavalée Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

« Je vous serai donc obligé de bien vouloir faire connaître à vos adhérents que, s'ils ne se conformaient pas aux dispositions sus-indiquées, je me verrais dans l'obligation de saisir les tribunaux des nouveaux cas d'infraction qui me seraient signalés.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, etc.

« Pour le Secrétaire d'Etat,

« *Le Directeur adjoint*,

G. FIGON ».

2° *M. le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé écrit à notre Président.*

« Monsieur le Président,

« Mon attention a été appelée par M. le Secrétaire d'Etat à la Production industrielle sur la difficulté que les producteurs d'insuline éprouvent à adapter leur fabrication aux quantités qui leur sont demandées et sur la nécessité de limiter, en conséquence, le débit de ce produit.

« Mon collègue demande que la vente de l'insuline soit subordonnée à la production d'une ordonnance médicale, correspondant aux besoins réels du malade, pour un temps déterminé, spécifiant, en conséquence, la quantité à délivrer chaque fois et l'intervalle entre deux délivrances consécutives, intervalle qui, pour éviter le stockage, ne devra pas être supérieur à une semaine. Le pharmacien devrait en outre porter mention de la date de chaque délivrance sur ladite ordonnance, de façon à éviter qu'elle ne puisse être exécutée dans plusieurs officines ou à des dates plus rapprochées.

« Dans le but de remédier aux graves inconvénients qui peuvent résulter de la raréfaction de l'insuline, je vous serai obligé de bien vouloir donner des instructions, dans le sens susindiqué, aux pharmaciens dépendant de votre association, en insistant auprès d'eux sur l'utilité, dans un but d'intérêt général, de s'y conformer strictement.

« Je suis persuadé que, sans qu'il soit nécessaire de leur rappeler que l'article 2 de la loi du 14 juin 1934, relative aux sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique, leur en fait une obligation, les pharmaciens, soucieux d'aider les Pouvoirs publics dans l'exécution de leur tâche, ne délivreront de l'insuline que sur ordonnance médicale et suivant les modalités préconisées ci-dessus ».

(*Le Pharmacien de France*, 10 juillet 1941).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Sanatoriums publics

Mlle le Docteur Boudon, médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron), est nommée médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier, à Tronget (Allier), en remplacement de M. le Docteur Chognon, appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Warnery, médecin directeur du sanatorium François-Mercier à Tronget (Allier), est nommé médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron), en remplacement de Mlle le Docteur Boudon, appelée à d'autres fonctions.

M. le Docteur Chognon, médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier, à Tronget (Allier), est nommé médecin directeur du sanatorium François

Mercier, à Tronget (Allier), en remplacement de M. le Docteur Warnery, appelé à d'autres fonctions.

Mme le Docteur Binet-Chaix, médecin adjoint des sanatoriums publics, est mise en disponibilité, sur sa demande, pour une période de cinq ans, à compter du 1er août 1941.

(*J. O.*, 9 juillet 1941).

Comité consultatif de la Famille française

Ont été désignés comme membres du Comité consultatif de la Famille française, en raison de leurs travaux ou de leur compétence :

M. le Docteur Bazy, de la Croix-Rouge française ;

M. le Professeur Boudet, vice-président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ;

M. le Docteur Monsaingeon, représentant des familles au Comité budgétaire ;

M. le Docteur Paul Robert, membre du Comité directeur de la Fédération régionale « Alpes-Cévennes » des familles nombreuses et de la Commission « Famille » de la Légion départementale de Savoie.



ÉCHOS & COMMENTAIRES

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ORDRE. — LA MÉDECINE DU TRAVAIL. — MÉDECINE DE LA DÉFENSE PASSIVE. — DENSITÉ MÉDICALE. — LA MÉDECINE DANS LES CENTRES DE JEUNESSE.

Dans nos échos du 20 juillet, nous avons porté à la connaissance de nos lecteurs, les principales dispositions du règlement intérieur de l'Ordre. Nous y félicitions le Conseil supérieur d'avoir su, cette fois là, s'entourer de juristes compétents qui avaient réussi à élaborer, sous ses directives, un règlement complet et bien fait.

Mais alors, pourquoi attendre, ainsi que le Conseil supérieur en donne l'instruction aux Conseils départementaux, une date ultérieure pour sa mise en application ?

Est-ce une question de publication ? Dans ce cas, la presse médicale est toute désignée pour suppléer le *Bulletin* de l'Ordre, dont la périodicité paraît variable et dont les colonnes sont comptées.

Il est vraiment dommage que la fantaisie la plus grande continue à présider à l'instruction et au jugement des affaires soumises aux diffé-

rents Conseils de l'Ordre, alors que sommeille dans un dossier un règlement qui organise avec précision la procédure à suivre.

A propos des frais occasionnés par ces instances, le Conseil supérieur, devant la difficulté de recouvrement, a décidé de n'en pas parler. Chaque partie gardera donc pour elle-même les frais qu'elle a exposés.

***

Un projet actuellement à l'étude, mais de réalisation prochaine, aurait pour but la réglementation et la codification de la médecine du travail.

Dans chaque établissement industriel de quelque importance, serait envisagée la création obligatoire de services « médico-sociaux » destinés :

— à surveiller la santé des travailleurs ;

— à donner les soins d'urgence aux accidentés du travail ;

— à surveiller l'hygiène des locaux de travail ;

— à prévoir les accidents ou les intoxications et y remédier.

Le contrôle de la médecine du travail, bien qu'en liaison avec la Santé publique, dépendrait du Ministère du Travail et serait assuré par une vingtaine de « médecins-inspecteurs du travail ».

Ces mesures sont souhaitables. Il était, en effet, nécessaire de protéger l'ouvrier sur les lieux mêmes du travail et de lui assurer des secours immédiats en cas d'accident.

Toutefois, on ne saurait trop préciser les limites de l'activité des médecins d'entreprise. Ceux-ci ne doivent, en effet, sous aucun prétexte, sauf en cas d'urgence, pratiquer la médecine de soins réservée aux praticiens.

Il serait de plus souhaitable que cette spécialisation médicale soit exclusive de l'exercice en clientèle pour les médecins à temps plein, ceux à temps partiel ne pourraient faire de clientèle qu'en dehors du secteur de l'usine.

En cas d'incapacité du travail, le médecin d'entreprise devrait diriger les malades ou accidentés sur leurs médecins traitants, et aider ces derniers dans l'exercice de leur profession, le libre choix étant scrupuleusement observé.

Enfin, sous le contrôle du Conseil départemental de l'Ordre, médecins praticiens et médecins du travail devraient s'engager à observer avec une courtoisie réciproque les principes de la déontologie.

***

Les médecins engagés volontaires ou requis de la Défense passive, sont désormais garantis contre le risque d'incapacité temporaire de travail.

Une loi du 3 juillet vient, en effet, de décider qu'en cas de blessures reçues, d'accident éprouvé, de maladie contractée ou aggravée dans l'exercice de leurs fonctions, le personnel de la défense passive recevrait une indemnité pendant la durée de leur incapacité temporaire de travail.

Cette indemnité compensatrice de la perte de leur rétribution habituelle, est fixée dans chaque cas par le Préfet, sans pouvoir jamais dépasser la somme de 45 francs par jour, allocations familiales non comprises, (ce qui est bien peu pour les médecins).

Les intéressés ont droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, comme en matière d'accident du travail, à moins qu'ils ne soient hospitalisés aux frais de l'Etat.

Rappelons enfin qu'aux termes des art. 21 et suivants du décret du 30 janvier 1939, le personnel de la défense passive, ou leurs ayants-droit, bénéficie de plein droit d'une pension militaire en cas d'incapacité ou de décès.

Ainsi les médecins de la défense passive se trouvent-ils désormais garantis contre tous les risques que leur service comporte.

***

A la suite de notre écho de la semaine dernière, voici quelques autres chiffres limites du nombre de médecins admis à pratiquer leur art dans divers départements : Ain 170 — Aveyron 185 — Gard 250 — Haute-Garonne 530 — Haute-Loire 100 — Pyrénées-Orientales 287 — Haute-Saône 98 — territoire de Belfort 38 — Sarthe 170 — Tarn-et-Garonne 110 — Vaucluse 190 — Vendée 210.

***

Le Secrétariat général à la Jeunesse a ouvert un certain nombre de camps, ateliers, maisons... de jeunesse, réservés généralement à de jeunes chômeurs.

Le service médical de ces Centres est assuré par des praticiens recrutés localement, et choisis en raison de leurs titres familiaux, de leurs états de services militaires et de l'intérêt qu'ils portent à la jeunesse. Leur activité médicale se limite à une séance hebdomadaire d'une demi-journée.

Ils sont rémunérés à la vacation (120 francs à Paris, 100 francs en province). En cas d'urgence ou de visite spéciale, ils sont indemnisés à l'acte médical suivant le tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Le médecin de chaque Centre est secondé par une adjointe médico-sociale infirmière ou assistante sociale, dont le rôle, ainsi que son nom l'indique, est à la fois médical et social.

Cette organisation n'est que provisoire, car nous croyons savoir qu'un projet actuellement à l'étude établirait un contrôle médical de toute la jeunesse française, contrôle qui serait assuré par un corps spécial de médecins. Ainsi donc, pourrait se poser à nouveau le problème de l'inspection médicale des écoles.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

3398. — Interventions multiples de nuit

Abonné au *Concours médical*, j'ai recours à votre obligeance pour le renseignement suivant concernant le tarif des accidents du travail : comment tarifer les actes suivants pratiqués simultanément après 21 heures (tarif de nuit) ? consultation, suture simple de la peau, injection de sérum antitétanique, certificat. Je pense que le prix de la consultation ne peut se cumuler avec le prix de la suture et de l'injection de sérum antitétanique. Dans ce cas, quelle indemnité demander pour le travail de nuit ? D'autre

part, une suture simple de la peau et une injection de sérum antitétanique ne me semblent pas faire partie des actes opératoires visés à l'article 8. Je vous serais reconnaissant de m'indiquer quels prix appliquer afin que je puisse m'appuyer sur une base solide.

Dr F.

Réponse

Vous avez à compter successivement vos diverses interventions (sauf le pansement à cause de l'interdiction de cumul, d'après l'art. 13, ledit pansement étant compris (art. 1er) dans le prix de la visite ou consultation et suivant donc son sort).

Quant aux multiples interventions, vous comptez la première à tarif plein et les autres à demi-tarif (art. 10 alinéa 2).

Ceci fait, vous comptez enfin une majoration globale de 25 % pour intervention de nuit. (Art 18).

Dr F. DECOURT.

3.599. — Ablation du fil d'acier ultérieurement à une ostéosynthèse

Nous avons l'honneur de soumettre à votre compétence une tarification pour laquelle nous vous serions très obligés de bien vouloir nous donner votre avis.

Il s'agit d'un blessé atteint d'une fracture du coude ayant nécessité une ostéo-synthèse. Opération pratiquée à l'hôpital et le chirurgien a été honoré suivant le tarif.

Après sa sortie de l'hôpital, le même chirurgien procède à l'ablation du fil d'acier et nous adresse une note d'honoraires rédigée ainsi :

Ablation de fil d'acier au bras droit après ostéosynthèse, équivalent à l'extraction d'un corps étranger profond ne nécessitant pas la localisation radiologique, coût : 55 francs.

Nous pensons que l'ablation des fils est comprise dans le coût de l'opération au même titre que l'ablation des fils d'une suture et que nous ne devons exclusivement que le coût d'une visite.

Nous vous serions obligés de bien vouloir nous le confirmer.

Pour la Cie X.
Le Directeur.

Réponse

On lit article 20 F. Chirurgie des os : « Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention) = 825 francs ».

Dans ces conditions, je ne pense pas que l'ablation ultérieure du fil d'acier puisse être considérée autrement que « comprise dans l'appareillage », de même par exemple que l'ablation des fils après une suture effectuée.

Il n'y aurait donc pas lieu à une majoration d'honoraires sur le prix de la visite ou consultation faite le jour de l'ablation du fil d'acier dont il est parlé ci-dessus.

Mais ceci n'est que ma simple appréciation personnelle, faite tarif en main. Il y aurait donc intérêt à présenter la question devant la Commission d'arbitrage.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

3.093. — Soins donnés à une assurée assistée à l'hôpital public de la région

J'ai été appelé auprès d'une assurée sociale indigente en train de faire une fausse-couche ou plutôt, qui venait de la faire.

Le placenta ne venant pas en entier, j'ai dû lui faire moi-même un curetage à l'Hospice où je l'ai transportée. Elle va y rester huit jours environ, pendant lesquels j'irai la voir et la suivre. L'Hospice se propose de réclamer à la Caisse, les journées d'hospitalisation seules.

Puis-je demander directement à la Caisse :

1° Mes honoraires pour le curetage fait par moi ;

2° Mes honoraires pour les visites faites à ma cliente, durant son séjour à l'Hospice. (L'indication du curetage utérin est-elle toujours bien CHI-K 20?)

Dr C.

Réponse

Dans les hôpitaux publics, non centres d'enseignement, les honoraires médicaux sont de 4 francs par jour d'hospitalisation.

Pour les honoraires chirurgicaux, il peut en être de même, ou bien : honoraires « à l'intervention forfaitaire, avec application des chiffres-clés, 3 fr. 50 pour coefficient inférieur à 24, et 7 francs lorsque celui-ci est égal ou supérieur à 24. » Mais, « en aucun cas un assuré social ne peut être traité à un prix supérieur (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux compris) au tarif le plus bas (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux compris) appliqué par ledit hôpital aux malades payants ».

Les textes ci-dessus sont tirés du Tarif limite de réassurance des Caisses, tarif établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938.

Comme il s'agit d'une assurée assistée, c'est le tarif de responsabilité de la Caisse intéressée qui est en jeu, et par suite, son accord particulier avec l'hôpital où fut soignée la malade, et aussi votre accord particulier avec l'hôpital pour les soins que vous y donnez aux malades payants, de façon générale. Mais en aucune façon vous ne pouvez demander d'honoraires directement à la Caisse. La Commission administrative a seule qualité pour cela.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

3.675. — Le gas-oil, le pétrole, l'alcool teinté peuvent-ils être utilisés comme carburant?

J'ai recours à vos lumières afin d'être fixé sur le point suivant :

Peut-on brûler du gas-oil en le mélangeant à de l'essence dans une voiture tourisme Hotchkiss, 4 cyl., 13 CV. Si oui, y a-t-il des proportions à respecter, ou doit-on effectuer par tâtonnements ?

Ce mélange ne risque-t-il pas d'encrasser les segments ? Le pétrole est-il utilisable ? L'alcool fourni actuellement pour le commerce et teinté en violet,

peut-il être mélangé en faible proportion à de l'essence ?

D B.

Réponse

Il n'est pas du tout recommandable de brûler du gas-oil dans un moteur à essence : le gas-oil, peu volatil, brûle incomplètement en donnant un dépôt de carbone (calamine). La partie non brûlée passe dans l'huile de graissage en la diluant et en la rendant bientôt inutilisable. L'encrassement du moteur est à peu près certain.

Même remarque en ce qui concerne le pétrole.

L'alcool teinté en violet, contient une petite proportion de silicate d'éthyle ; ce corps se décompose quand l'alcool brûle et donne naissance à de la silice qui raye les cylindres. Son emploi doit donc être rejeté pour les moteurs.

Quant aux possibilités de la mélanger à l'essence, elles sont bien faibles car cet alcool est trop hydraté pour être miscible à l'essence.

Il faudrait utiliser un tiers solvant, tel l'éther, dans une proportion de 20 à 25 %. Ce liquide présente, d'ailleurs, l'avantage de faciliter la mise en marche à froid.

Henri PETIT.

3.676. — Comment marcher à l'alcool pur

Je suis possesseur d'une Citroën 1938, 11 HP. Peut-on, en changeant les gicleurs du Carb.-Solex et en échauffant le tuyau d'admission alliant le carburateur au moteur (au besoin par un réchauffeur électrique branché sur les accus), peut-on sans autre modification marcher avec l'alcool pur, ou bien quelle modification M. H. Petit propose-t-il ?

Le mélange d'une certaine quantité d'huile à l'alcool, est-il nécessaire pour superhuiler les cylindres ? Dans ce cas, quelle huile employer et dans quelle proportion ?

Dr C.

Réponse

Vous trouverez tous les renseignements nécessaires sur les points qui vous intéressent quant à la marche à l'alcool dans un très prochain article qui paraîtra dans *Le Concours Médical.* Je me borne donc aujourd'hui à des indications rapides.

Le réchauffage de l'air est insuffisant, et la tuyauterie d'aspiration doit être réchauffée par celle d'échappement. Un réchauffeur électrique ne peut-être utilisé que pour la mise en route, et sera toujours insuffisant pour la marche normale, étant donné la grande quantité de chaleur qu'il faut apporter à l'alcool pour le vaporiser.

On ne peut pas mélanger l'huile minérale à l'alcool dans lequel elle n'est pas soluble. Employez les huiles végétales (olive, ricin, arachide), ou bien alors, disposez un superhuileur sur la voiture. Vous pouvez l'alimenter avec n'importe quelle bonne huile de graissage minérale ou non.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

3.520. — Une fille-mère a droit aux allocations de l'assurance-maternité

Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir :

1° Si une assurée sociale fille-mère a droit à une allocation en raison de cette maternité illégitime.

2° Quelles démarches et quelles formalités doit-elle accomplir en cas d'affirmative ?

Dr P.

Réponse

Une fille-mère assurée sociale a droit aux prestations de l'assurance maternité. Mais pour ce faire il faut qu'elle satisfasse au règlement de la Caisse, c'est-à-dire qu'elle déclare son état de grossesse dans le délai prévu, et qu'elle se soumette aux visites prénatales.

3.585. — Revision des citations

Je viens de lire, dans le dernier numéro du *Concours*, sous le titre : « Liste des médecins bénéficiaires de citations homologuées après révision et donnant droit au port de la nouvelle Croix de guerre 1939-40 », mon nom.

Or, je ne saisis pas bien le sens de votre article Est-ce que pour tous les noms que vous donnez, les citations sont déjà bel et bien homologuées, la question est maintenant réglée et qu'ils ont définitivement droit au port de la nouvelle Croix de guerre 39-40, comme le laisse supposer le titre de votre article, ou bien donnez-vous une liste de médecins ayant été cités, mais faisant partie de la « 3e catégorie » et qui doivent attendre une publication au *Journal officiel* pour savoir si leur citation est homologuée. En d'autres termes, ai-je, oui ou non, à la date d'aujourd'hui, une citation homologuée me donnant droit au port de la nouvelle Croix de guerre ?

Si oui, savez-vous si nous recevrons l'insigne lui-même, comme j'ai déjà reçu, par l'intermédiaire de la Délégation du Gouvernement français en territoires occupés, l'ancien insigne rouge et vert, ou si c'est à nous de nous le procurer. Et, toujours si la réponse à ma première question est affirmative, veuillez me rappeler les caractéristiques de la nouvelle Croix de guerre.

Dr X.

Réponse

Tous les officiers ou sous-officiers dont le *Journal Officiel* publie la liste depuis le 1er juin 1941, ont définitivement droit au port de la nouvelle Croix de guerre, puisque leur citation a été homologuée par la Commission de revision.

D'après l'art. 3 du décret du 28 mars 1941, « les titulaires de citations revisées, déjà détenteurs de la Croix de guerre 1939, conserveront la Croix de bronze correspondante, et devront se procurer, à leurs frais, le nouveau ruban.

Le ruban est vert, de 37 millimètres de largeur, avec liseré noir à chaque bord, et comportant dans le sens de la longueur cinq raies noires équidistantes, d'une largeur de 1 mm. 5 chacune.

Soixante-troisième année | Nº 32 | 10 Août 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............. 50 fr.

Le Numéro.............. **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche). Compte chèques postaux : Lyon 953-92

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 213. — A vendre appar. radio-diagnostic. Diathermie. Infra-rouges, ultr.-viol., combinost. mural et mobile, table d'opérat. ,outils chirurg., etc. Ecr. M. G. Wallecan, 56, av. Abbé Lemire, Marcq-en-Baroeul (Nord).

Nº 214. — Electro-radiographe, 10 a. même maison, ex-mobilisé, dipl. Minist. Guerre à Vanves. Excell. certif., rech. emploi manipulat. radiogr. ds administr. ou chez docteur. Ecr. M. Wallecan, 56, av. de l'Abbé Lemire à Marcq-en-Baroeul (Nord).

Nº 215. — Canton zône non occupée. Raison de santé, échangerais gros. client. de trente ans contre petit poste campagne, avec communications faciles. Climat doux, de préfér. Corrèze Sud, Lot, Tarn-et-Garonne ou voisinage. Ecr. Dr Picarougne, Saint-Aignan (L.-et-C.)

Nº 216. — A céder après décès. Livres médicaux divers principalement oto-rhino et ophtalmo. Mme Chevalier, 36, rue de Fleurus. 2 h. à 4 h. ou téléph. Lit. 86.04.

Nº 217. — Dame bonne éducation, très bonne instruct. demande pl. secrétaire chez docteur ou tout autre emploi. Libre, voyagerait. Mme Bernadou, 3 square Vermenouze, Paris-Ier.

Nº 218. — A vendre Pratix-Sinck 100 KV. 100 M. A. scopie. graphie. table basculante, accessoires, état neuf, 16.000. Dr Testart, Royan (Char.-Inf.).

Nº 219. — Dr en méd., ayant fait guerre 39-40, anc. ext. hôp. Paris, longue prat., cher. place dans clin. ou laborat. Prétent. mod. Dr Copé, 27, rue de la Chapelle, Paris (XVIIIe).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

A toucher Paris, import. client. ouvr. pavillon 5 p., Indemnité 70.000 cpt (matériel et mob. profes. compris.)

Seine-et-Oise, 15 min. Paris. Grosse client. méd. gle, surtout de consult., appart. 4 p. Prix 50.000, avec tte l'install.

Ouest. Grande ville, cab. de médecine de consultations, gros rap. Prix 100.000, facilités.

Centre, cab. de dermatol., cession urgente : 45.000 cpt.

80 kil. Paris, propharmacien:. Prix : 50.000, plus pharmacie.

Normandie, petit centre riche, belle client. ancienne. Grande habit. à céder égalem. Cond. à déb.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les dyspeptiques, par quelques TABLETTES DE **Mangaïne** et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Nous prions instamment nos adhérents qui n'ont pas encore réglé leurs cotisations 1940 et premier semestre 1941, de s'acquitter sans retard et de joindre l'arriéré à la cotisation du deuxième semestre 1941.

Chèques postaux Paris 182.32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** INSTITUT D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE, *Médecine du travail. Hygiène industrielle.* — I. Documentation. Bibliographie. Pour tous renseignements, bibliographie, concernant la médecine du travail, l'hygiène et la toxicologie industrielles, la sécurité, l'application de la législation sociale relative à ces questions, on peut consulter gratuitement le service de documentation : 1° sur place, tous les après-midi de 14 à 18 heures, à la bibliothèque de l'Institut médico-légal, 2, place Mazas, Paris (XIIe), téléphone Diderot 42-54 (métro Rapée) ; 2° en écrivant à l'adresse précitée.

II. Toxicologie industrielle. Analyse de produits commerciaux, indication des risques professionnels dus à la manipulation des produits. Ecrire ou venir, pour tous renseignements, à l'adresse précitée en mentionnant : Service toxicologie.

III. Examens de laboratoire. Hématologie: Les examens de laboratoire, pour le personnel exposé aux risques dus au benzol et au plomb notamment, sont effectués par le laboratoire de médecine légale, habilité à cet effet. Des prélèvements peuvent être effectués sur place. Pour la Région parisienne, écrire : Laboratoire de médecine légale (Service de médecine du travail,) 2, place Mazas, Paris (XIIe), téléphone : Did. 42-54.

IV. Consultations spécialisées de médecine du travail pour la Région parisienne. 1° Hôpital Saint-Louis, service du Docteur Duvoir, agrégé : le

samedi de 9 à 12 heures (avec le concours du Docteur Henri Desoille, agrégé) ; service du Professeur Gougerot (dermatoses professionnelles) : samedi à 9 heures au dispensaire de la Faculté, mercredi à 20 h. 30 à la consultation de la Porte ; service du Docteur Coutela (ophtalmologie professionnelle) : samedi de 9 à 11 heures. — 2º Hôpital Cochin, service du Docteur Chevallier, agrégé (maladies du sang et dermatoses professionnelles) : mardi et vendredi de 9 heures à midi. — 3º Hôpital Saint-Antoine, service du Docteur Cadenat, agrégé (traumatologie) : le samedi à 9 heures.

V. Médecins d'usine. Services médico-sociaux d'entreprises. 1º les entreprises et services désirant s'assurer le concours de médecins titulaires du diplôme de médecine du travail délivré par la Faculté trouveront les noms des titulaires de ce diplôme au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe). 2º pour l'organisation des services médico-sociaux, tous renseignements seront communiqués en s'adressant : Service de médecine du travail, 2, place Mazas, Paris (XIIe), téléphone : Did. 42-54.

Pour tout ce qui concerne la médecine du travail, l'hygiène et la sécurité industrielles, écrire ou venir : Institut d'hygiène industrielle, 2, place Mazas, Paris (XIIe), téléphone : Did. 42-54 et consulter les différentes sections techniques (documentation, toxicologie, laboratoire et clinique).

— **Prix de l'Académie de chirurgie en 1941.** — L'Académie de chirurgie décernera en 1941 les prix suivants :

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1941.

Prix Edouard-Laborie, annuel (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Jules-Hennequin, bisannuel (1.500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Prix Aimé-Guinard, triennal (1.000 francs). — Au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris, pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Prix des élèves du Docteur Eugène Rochard, triennal (10.000 francs). — A l'auteur, interne ou ancien interne des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, du meilleur travail inédit ou paru, dans les trois dernièrse années, sur un sujet de chirurgie générale.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent

être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux pour ces prix devront être adressés au Secrétaire général de l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1941.

— **Mariage.** — Le Docteur Paul Rimetz, et Madame Paul Rimetz ont l'honneur de vous faire part du mariage de Mademoiselle Simone Rimetz, étudiante en médecine, leur fille, avec Monsieur Serge Quelin, étudiant en médecine.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mardi 5 août 1941 en l'Eglise Saint-Samson de Clermont.

Clermont (Oise), 16, rue de Mouy.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer le décès de Madame Yves Loisance, née Yvonne Le Meur, survenu à Rennes le 15 juillet 1941. De la part du Docteur Yves Loisance et de ses enfants, Anne et Elisabeth.

Rennes, 47, rue Saint-Hélier.

— Nous apprenons, avec un profond regret, la mort du Docteur Victor Gardette, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre 1914-1918, décédé à Paris le 28 juillet 1941, dans sa 70e année. Ses obsèques ont eu lieu le jeudi 31 juillet 1941 en l'Eglise Saint-Sulpice.

Nous adressons au Docteur Paul Gardette, son fils, au Docteur et à Madame Joseph Belle, et à leur famille, nos sincères condoléances.

Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine

Communiqués

I

Les bureaux du Conseil de l'Ordre des médecins du département de la Seine sont transférés dès maintenant 242, *boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe)*, téléphone : Littré 59-27. Le service des certificats médicaux de cure thermale reste toujours 28, *rue Serpente.*

A la suite des dernières décisions, seuls recevront avis favorable les certificats justifiant que les malades ne peuvent trouver en zone occupée les soins nécessaires à leur état.

II

Pour les enfants de médecins du département de la Seine.

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine est heureux de faire connaître la généreuse initiative du Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres, auquel il exprime sa vive reconnaissance.

Un certain nombre de médecins des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Vienne, s'offrent à recevoir chez eux pendant un à deux mois au cours de cet été, soit à titre onéreux, soit gratuitement, des enfants (de 5 à 15 ans) de médecins du département de la Seine.

Ceux de nos confrères qui voudraient profiter de ce beau geste de solidarité, sont priés de s'adresser aussitôt que possible au secrétariat de l'Ordre des médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Conseil de l'Ordre des médecins des Ardennes

SECRÉTARIAT : 26, rue du Petit-Bois, Charleville

RÉUNION DU 1er JUILLET 1941

Code de déontologie. — Le Conseil décide d'envoyer aux chirurgiens et spécialistes des Ardennes, la lettre suivante, en application de l'art. 23 du Code de déontologie :

« Le Conseil de l'Ordre vous invite à assister à la séance du 16 juillet pour signer le document suivant qui sera ensuite rendu public :

« Les chirurgiens et spécialistes soussignés, réunis « à Charleville le 16 juillet 1941, sous la présidence « du Docteur Baudoin, président de l'Ordre dépar- « temental des médecins des Ardennes,

S'engagent sur l'honneur :

« *a*) A ne jamais pratiquer, sous quelque forme « que ce soit toute rémunération, directe ou indi- « recte, du médecin par le chirurgien ou le spécialiste « pour des actes chirurgicaux exécutés à partir du « 1er juillet 1941 ;

« *b*) A recourir, en toutes circonstances, à la « méthode des notes envoyées séparément par le « médecin, par le chirurgien, ou par le spécialiste ;

« c) A préciser par écrit sur chacune de leurs notes « opératoires .

— Que les honoraires du médecin ne sont pas comprises dans la note ;

— Que ces honoraires restent dus par le client au médecin ».

Le papillon suivant pourra être collé sur les notes du chirurgien, du spécialiste ou du médecin : « Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Ardennes, attire l'attention du malade sur le fait que les honoraires dus aux médecins ne sont pas compris dans la note du chirurgien ou spécialiste et seront présentés par le médecin directement ou par l'intermédiaire du Secrétariat administratif de l'Ordre ». Ce papillon est distribué à tous les chirurgiens et spécialistes du département.

Inscription au tableau de l'Ordre départemental. — Le Conseil décide de mettre à nouveau et, pour la dernière fois, en demeure de se mettre en règle, les confrères qui n'ont pas encore envoyé leur dossier complet pour leur inscription au Tableau. A partir du 1er août les postes encore dépourvus de médecins seront officiellement déclarés vacants.

ASSURANCES SOCIALES

Circulaire du Ministre du Travail relative à la réforme de l'assurance-maladie maternité

Vichy, le 21 juin 1941,

Le Secrétaire d'Etat au Travail, à MM. les Directeurs des Services régionaux des Assurances sociales,

Le *Journal Officiel* publiera prochainement une loi apportant des modifications au régime tarifaire de l'assurance maladie-maternité.

L'objet de cette loi est d'arriver à une fixation des tarifs des Caisses d'Assurances sociales qui, tout en permettant une rémunération honorable des praticiens, assure un remboursement substantiel des dépenses des assurés.

Une première étape est réalisée par la fixation d'un tarif minimum pour toutes les Caisses. Il n'y a plus, provisoirement, de tarif maximum. Les Caisses sont absolument libres de fixer leurs tarifs, à condition de ne pas descendre au-dessous du tarif fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938 qui, de tarif maximum, est devenu le tarif minimum. Elles seront couvertes par la réassurance quels que puissent être leurs nouveaux tarifs.

D'après les renseignements recueillis auprès du Secrétariat général à la Santé, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a, dès à présent, accepté le principe d'accords entre les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et les Unions régionales ou les Unions départementales des Caisses d'Assurances sociales ayant pour objet la fixation de tarifs maxima pour des actes médicaux ou chirurgicaux nettements précisés. Ces tarifs s'imposeraient, dans les départements où ces accords seraient conclus, à la fois aux praticiens pour la fixation de leurs honoraires et aux Caisses pour leurs remboursements aux assurés (1).

Ces accords constituent une deuxième étape. Je compte sur l'entente des Caisses d'Assurances sociales et de l'Ordre des médecins pour arriver à donner ainsi au ticket modérateur sa véritable signification en le limitant, autant que possible, à 20 % de la dépense réelle des assurés.

***

Les dispositions de la loi, en changeant la réglementation des tarifs, modifient profondément les rapports entre les Caisses, les praticiens et les établissements hospitaliers. Si ces rapports ne sont plus complètement réglés en matière tarifaire par les conventions antérieurement signées, il n'en reste pas moins que, conformément à l'arrêté du 7 octobre 1938 — et jusqu'à ce qu'interviennent de nouveaux textes — le classement des établissements, les formalités administratives, le contrôle des malades continuent, comme par le passé, à être réglés par les conventions actuellement en vigueur.

Des textes, actuellement en cours de préparation, fixeront les règles d'agrément des établissements hospitaliers, de soins ou de cure publics ou privés, des dispensaires, etc., où sont traités les assurés sociaux. L'agrément des établissements fera l'objet d'arrêtés du Secrétaire d'Etat au Travail et du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé rendus sur la proposition du Directeur régional de la Famille et de la Santé. Toutefois, avant de formuler son avis, le Directeur régional de la Famille et de la Santé sera tenu de consulter le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et l'Union régionale des Caisses d'Assurances sociales.

Je voudrais voir s'organiser, dans le cadre qui vient d'être précisé, une collaboration féconde entre les Caisses d'Assurances sociales, l'Ordre des médecins et les Etablissements hospitaliers publics et privés, au profit des assurés sociaux.

René Belin.



(1) Ce passage a été souligné par nous. (N. D. L. R.)

A propos de la répartition de l'essence

A la suite de la lettre collective de médecins du Cambrésis parue dans notre numéro du 20 juillet, nous avons reçu, avec prière de l'insérer, la réponse suivante:

1° A Cambrai, la distance entre le centre de la ville et l'extrême pointe des faubourgs est d'environ 2 km. 500. Lorsque le médecin voit deux malades habitant aux extrémités opposées de l'agglomération cambrésienne, il parcourt 5 km. (chiffre très voisin des 6 km. invoqués par les médecins ruraux).

2° autour de Cambrai sont disséminées des communes suburbaines éloignées de la ville de 2 à 5 km dépourvues de médecin résidant et desservies depuis toujours par les médecins de Cambrai. Or aucun moyen de transport en commun ne relie la ville à ses faubourgs ou à sa banlieue, les tramways ayant été supprimés depuis 1918.

3° En conséquence, depuis la guerre 1939, tous les médecins de Cambrai, même les sexagénaires dont je suis, à l'instar des médecins de campagne, font de la bicyclette d'une manière « intensive ».

Conclusion :

Les besoins d'essence des médecins de ville et des médecins ruraux ne sont pas tellement différents qu'on veut bien le dire. Et si, seulement, les médecins de campagne voulaient s'interdire réciproquement de faire de la clientèle dans les communes où réside un médecin voisin et... ami, la question de l'essence serait à demi résolue. On n'assisterait plus à ce lamentable spectacle de petits villages quasi sans malades, visités à la fois par quatre ou cinq médecins, gaspillant sans profit leur essence.

Signé : Dr Piettre.
Président de la communauté de transports du Corps médical.

Menaçante inflation de bacheliers

Numérus clausus. On émet des « vœux », mais gare à l'averse ! Si on tarde tant soit peu à l'instituer.

Vous savez que *tous* les candidats à l'enseignement primaire ont été versés dans les établissements secondaires, pour passer le bachot.

Les résultats viennent d'être connus : Une quantité de ces jeunes gens et jeunes filles sont reçus, et d'aucuns avec mention S. V. P. !

Avec mention ! Voici des jeunes gens qui, — ne connaissant pas le moindre rudiment d'une langue étrangère, — ont eu exactement six mois pour apprendre deux langues, et réussissent la gajeure d'être reçus d'emblée en juillet.

Inimaginable ! Mais passons ... Ces jeunes gens désiraient être instituteurs, et je comprends qu'on ait été pour eux, — pour ce bachot IMPOSÉ, — plein de mansuétude...

Mais c'est bien mal connaître la nature humaine que penser qu'en délivrant *si facilement à tous* les Français ce diplôme-clé, qui ouvre la porte des Facultés, les candidats vont se cantonner dans leurs modestes visées, et ne pas convoiter les professions dites supérieures

Comme me disait une brave cultivatrice enrichie par cette guerre (qui n'est pas la ruine pour tout le monde, soyez-en persuadé) : Je n'avais envisagé

pour ma fille que d'être institutrice, mais puisqu'elle vient d'être reçue à SON bachot avec mention, et qu'elle est forte en chimie ! elle sera pharmacienne !

Et allez donc !

Dans exactement une année, il est à prévoir qu'un assaut *inégalé jusqu'ici*, va être donné, par *tout le primaire*, nanti *par force* du fameux parchemin, aux Facultés de *médecine* et de *pharmacie*.

Si le *Numerus clausus* ne joue pas immédiatement, nous allons être submergés.

Dr REIGNARD.
(Blainville-sur-Mer).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Décret du 17 juillet 1941 étendant à l'Algérie la loi du 2 avril 1941 relative à la création ou à l'extension de cabinets médicaux.

Art. 1er. — La loi du 2 avril 1941 susvisée est rendue applicable à l'Algérie, sous réserve des modifications ci-après :

« L'exercice de la médecine en Algérie est et demeure soumis aux conditions fixées par les décrets des 7 août 1896, 10 et 29 janvier 1941, portant respectivement extension à l'Algérie des lois des 30 novembre 1892, 16 août et 7 octobre 1940.

« Les attributions dévolues au conseil supérieur de l'Ordre des médecins par les articles 2 et 3 de la loi du 2 avril 1941 susvisée seront assurées par le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

« Les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 1er novembre 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter lesdites autorisations. »

Art. 2. — L'amiral de la flotte, ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de l'Etat français et inséré au *Journal officiel* de l'Algérie.

(*J. O.*, 24 juillet 1941.)

Enseignement de la médecine

Avis de vacances de chaires

Par arrêté en date du 21 juillet 1941, sont déclarées vacantes :

La chaire de clinique chirurgicale Saint-Antoine de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Grégoire).

La chaire de clinique chirurgicale Vaugirard de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Duval).

La chaire de clinique cardiologique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Laubry).

La chaire de clinique obstétricale Tarnier de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Jeannin).

Voir la suite page XXXIII-1419

PROPOS DU JOUR

COURS ET DÉCOURS DE PLUSIEURS DEVISES

Entre autres choses beaucoup plus tangibles et peut-être plus essentielles, la France, dans la bagarre de l'an dernier, a perdu sa devise. Elle ne manquait pourtant pas de panache, cette trilogie héritée du temps où les Français inscrivaient sur leurs poteaux-frontières : « Ici commence le pays de la liberté » et l'on s'explique que nos grands pères se soient volontiers fait tuer pour elle. Mais le temps des petits-fils (un peu petits tout de même !) est plus réaliste : au lieu de se faire tuer pour des idées on se conserve précieusement pour des biens très matériels.

Ce qui a fait tort à la devise républicaine, c'est la confusion que nous avons laissé s'établir dans notre esprit entre ces deux abstractions essentiellement différentes : l'une, dynamique et qui suppose une progression indéfinie ; une devise ; l'autre, statique et qui exprime la puissance d'un avoir : une raison sociale. La devise se symbolise par une flèche indiquant une direction, sans plus ; la raison sociale par une enseigne. C'est justement une enseigne pour nos monuments publics que nous avions fait des trois mots mystiques. Et le peuple s'y est trompé ; il a cru posséder ce qu'on lui proposait de conquérir.

Il a perdu de vue qu'il n'y a pas une Liberté, mais cent libertés, et qu'au surplus un homme vivant en société les a résignées à peu près toutes (ce qui lui donne une grande marge pour progresser, sa vie durant, vers une libération qui sera plus un sentiment qu'une réalité).

Il a méconnu qu'il n'y a pas d'égalité, mais mille inégalités entre deux êtres de même espèce, ce qui ne doit pas leur interdire la généreuse entreprise de chercher par quel élément premier ils pourront se retrouver sur le même plan, se livrer à d'humains échanges, et s'égaler, mais non s'égaliser.

Quant à la fraternité, c'est un sentiment si étranger à l'homme que nous sommes pardonnables, ne l'ayant jamais connu, de l'avoir si totalement méconnu. Dans un pays où la fraternité s'affichait partout, on ne fraternisait guère que par clans et catégories, dans la hargne réciproque, ou bien dans une commune aigreur. Et ceci n'est du reste pas à notre honte ; dans les pays où l'homme paraissait le plus fraterniser avec ses semblables, c'était dans des spectacles d'apparât et pour des préparatifs en vérité peu fraternels. De la formule républicaine la fraternité est la plus chimérique proposition : notre monde n'est pas fait pour l'amour, la haine seule et la cupidité le remuent profondément et l'engagent dans les grands desseins.

Tout cela nous aurions pu nous en apercevoir plus tôt et avant que les événements infligent à notre pauvre maxime nationale un si cinglant démenti. Mais comment nous en apercevoir ? Alors que ce démenti, nous l'avions déjà donné nous-mêmes dans nos actes et dans notre esprit public ? et que, inconsciemment petits, nous vivions dans l'orgueil d'un héritage de grandeur, et avec des appétits disproportionnés à notre taille.

* * *

Quoi qu'il en soit, sous l'empire de l'adversité, on nous a changé notre programme et proposé le grand œuvre d'une restauration tripartite. Il n'y a plus à s'y tromper : notre devise actuelle n'implique plus en état mais un devenir, non plus une quiète jouissance mais un effort nécessaire. « Travail », cela veut dire : de la peine autant qu'il faudra en prendre, de la sueur, les longues veillées, l'oubli de l'heure si, comme disent les paysans, le travail commande ; cela veut dire aussi investir sa fierté d'homme et sa dignité de citoyen non plus dans des revendications et des troubles sociaux, mais dans le souci et l'honneur du travail bien fait. Ce mot de travail que l'on exhausse en ce moment de l'humble état de nécessité naturelle au prestige d'un étendard, il faut le prendre aussi dans son sens obstétrical : quelque chose d'inéluctable et de douloureux qui prélude à une vie nouvelle.

« Famille », tout est dit sur la décrépitude du sens familial et sur la rénovation qui doit s'ensuivre. Sur ce simple terme, il y a de quoi aujourd'hui concentrer de multiples activités et inspirer de vastes programmes, et c'est peut-être à propos de lui que le dynamisme est le plus requis dans notre nouvelle devise. La lutte contre l'alcoolisme, la lutte contre le taudis, l'aménagement des lois sociales, la remise à l'honneur et à la vie, des campagnes, toute une législation, à commencer par celle du divorce, un rajeunissement de l'esprit public pour le rendre moins enclin à esquiver les risques et à s'acagnarder dans les sécurités, c'est tout cela qui se trouve inclus dans un seul mot et qui trace des devoirs à chacun de nous, par un côté ou l'autre de son

activité. Tant de naissances et de renaissances attendent leur heure dans la France en travail !

Et, parmi toutes ces attentes, c'est à la plus pressante et la plus angoissée que nous nous devons d'abord : à la « Patrie » elle-même. Car nous en sommes venus au point que l'idée de Patrie n'éveille plus ou plutôt ne doit plus éveiller en nous un sentiment assuré de possession, mais une résolution d'effort pour la refaire et la retrouver. Le dernier terme de notre devise nous interdit de nous complaire dans les lamentations ; il nous impose un devoir si grand, si essentiel que même les plus égoïstes d'entre nous s'en sentiront requis et ne pourront faire autrement que se joindre à la chaîne qui, d'un bout à l'autre du territoire, déblaie les ruines et refait une France. A l'issue du débat en cours, ce qui nous importe à nous, c'est de voir encore ce nom-là, et vivant, c'est d'avoir, de notre mieux, réparé nos fautes avant de descendre au tombeau et que la postérité nous juge. Car même si d'ici là nous ne connaissions plus de répit, nous aurons bien du mal à nous faire pardonner.

***

En attendant, et malgré la devise nouveau modèle que l'on nous propose pour nous concentrer autour d'elle, un sentiment croissant de malaise et de méfiance se manifeste chez nous.

Quoi qu'il en soit des fluctuations gouvernementales, nous n'avons rien à en dire ici où, Dieu merci !, les choses de la politique nous demeurent étrangères. Mais il y a, pour nous régir, un gouvernement dans le Gouvernement, et c'est l'Ordre. L'Ordre qui avait, à sa naissance, bénéficié d'une immense faveur parce qu'il apparaissait comme le gage d'un renouvellement et d'une remise en « Ordre ». Et c'est de quoi les Français, et nommément les médecins français, sentaient bien qu'ils avaient le plus besoin.

Comment cela s'est-il fait ? La déception a suivi de près l'enthousiasme et nombreux sont ceux qui, aujourd'hui, reprochent à cette autorité de n'avoir pris du mot que la coercition et le mépris du sentiment public sans avoir su y joindre la décision et la prévision. Rien n'est dangereux chez les écorchés vifs que sont les Français d'aujourd'hui, comme de manier l'épingle au lieu de couteau et de tâtonner dans la chair au lieu de trancher net. On pardonne une incision d'abcès dès que la fièvre décroît et que la douleur s'apaise. Les tapotements incohérents font mal sans bénéfice aucun. Et les médecins français se plaignent qu'on leur fasse mal sans qu'il en résulte aucun bien. Nous qui, dans un journal comme le *Concours*, centralisons les échos d'une vaste opinion, avons le devoir de le dire à ceux qui sont en charge.

C'est pourquoi nous le disons, sans rien ajouter aux rancœurs qui nous sont journellement exprimées. Il serait malséant de jeter de l'huile sur le feu.

Ceci fait, il est juste de plaider les circonstances atténuantes. Quelles que soient les insuffisances, les irrésolutions, les maladresses, il faut se rappeler que tout était par terre et que tout est à reconstruire. On ne mène pas à bonne fin une telle œuvre d'un seul jet, sans reprendre certaines parties en sous-œuvre et sans déjuger le plan primitif. « Qu'était-il besoin, diront certains, dans la ruine nationale, de démolir encore ce qui tenait debout et de compliquer davantage l'œuvre de restauration ? » Mais la réparation n'est-elle pas, en certains cas, plus compliquée et plus coûteuse que le neuf ? Un héritage de l'ancien régime n'eût-il pas été suspect dans le nouveau et destiné à jouer le rôle de bouc émissaire ? Et enfin, n'est-ce pas trop demander, à des réformateurs, toujours un peu doctrinaires par état, de séparer impartialement dans le legs qu'ils reçoivent ce qui doit être sacrifié et ce qui mérite de survivre ? Les Saints eux-mêmes étaient intransigeants, et la tolérance est l'apanage des désabusés, c'est-à-dire de ceux qui ne fondent rien, par conviction que « Tout est vanité ».

En conclusion, et si proche soit-on des impatients qui voudraient apercevoir le maître d'œuvre et le chantier en pleine rumeur, je prendrai la liberté de proposer une troisième devise qui n'aura qu'un cours temporaire, mais dont l'inscription à la Bourse des valeurs me semble nécessaire. Elle s'exprime dans la trilogie des vertus théologales : Foi, Espérance, Charité.

Une foi faite de « bonne foi » et de bonne volonté, mais pas aveugle, car nous n'avons plus la candeur du charbonnier. C'est peut-être dommage pour notre quiétude intellectuelle, mais on ne se refait pas.

Une espérance à toute épreuve, c'est le plus clair de notre avoir actuel. Elle doit surnager au-dessus de l'engloutissement des hommes et des choses, et les déceptions ne sauraient l'ébranler, car le but auquel elle se rallie est plus grand et plus haut que les individus.

Et puis un peu de charité envers les restaurateurs de la France et de la médecine française. La besogne est difficile et même s'il leur échappe, çà et là, quelque fausse note, ils méritent ce genre de clémence que l'on sollicite dans les cafés chantants du Far-West :

Ne tirez pas sur le pianiste, il fait ce qu'il peut.

G. LAVALÉE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

LES RUPTURES DE L'HYDROCÈLE VAGINALE

M. J. P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Il y a une quinzaine de jours que je vous ai parlé de l'hydrocèle vaginale, que je vous ai montré en quoi consistait cette affection, et je vous ai signalé en passant quelles étaient les diverses complications que pouvait présenter cette vaginalite séreuse chronique, transformation en hématocèle : infection et rupture. Je vais revenir aujourd'hui sur cette dernière complication pour l'étudier plus complètement avec vous : la raison en est facile à comprendre étant donné que nous possédons en ce moment dans nos salles un malade qui a présenté cet accident et dont voici l'observ tion.

Pierre M., âgé de 58 ans, ouvrier charpentier, dont les antécédents héréditaires et consanguins ne présentent aucun intérêt, était atteint depuis une dizaine d'années d'une hydrocèle droite qui, jusqu'à ces derniers mois avait évolué d'une façon insidieusement progressive : elle était ainsi arrivée à acquérir les dimensions d'une orange, déterminant par son volume un certain degré de gêne fonctionnelle.

Vers la fin du mois dernier, sans aucune raison apparente, l'épanchement se mit à augmenter brusquement et arriva en quelques jours à présenter les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Un peu surpris de ce développement si rapide, notre sujet s'était décidé à aller consulter un médecin, quand, dans le courant de l'après-midi, il reçut au cours de son travail un traumatisme au niveau des bourses : le choc ne fut pas très violent, et notre malade n'éprouva qu'une légère sensation de douleur à laquelle il n'attacha pas grande importance. Ce n'est que le soir, en se couchant, qu'il fut frappé du changement d'aspect survenu au niveau de son scrotum : ce dernier, au lieu d'être tendu et résistant, était mou et flasque, alors que la tuméfaction s'était étendue à toute la région. Aussi, légèrement inquiet, il se décida à se présenter à l'Hôtel-Dieu où il fut hospitalisé.

Pierre M... se présente avec un excellent état de santé générale, il ne souffre pas, et n'est pas affecté de troubles de la miction ; le pouls est régulier et la température normale. En l'examinant on constate que toute la région scrotale, revêtue d'une peau rouge, présentant un certain nombre de taches ecchymotiques, est le siège d'une infiltration œdémateuse, qui remonte jusqu'à l'anneau inguinal et descend jusqu'au périnée ; la verge est envahie en partie. On n'arrive pas par la palpation, qui est pour ainsi dire indolore, à délimiter l'ancienne collection vaginale et à mettre en évidence le testicule droit.

Le diagnostic ne présentait aucune difficulté, il s'imposait même étant donné la succession des faits : lorsqu'un malade, atteint d'une hydrocèle, voit à la suite d'un traumatisme l'épanchement disparaître, en temps que collection bien délimitée, et être remplacé par une tuméfaction diffuse de tout le scrotum, sans qu'il y ait aucune réaction inflammatoire générale ou locale, il ne peut s'agir que de la rupture des enveloppes de cette hydrocèle.

L'intervention a eu lieu quelques jours plus tard : l'incision des parties molles, effectuée dans la région antéro-externe, montra une infiltration de tous les tissus et il me fut assez aisé de procéder ensuite au clivage de la partie interne des enveloppes du testicule, formée par la tunique fibreuse et le feuillet pariétal de la vaginale.

Ce temps effectué, j'ai essayé de me rendre compte de la situation du point de rupture, mais malgré mes recherches je n'ai pu y arriver, ce qui n'a rien de surprenant, car il est souvent impossible de retrouver une solution de continuité à ce niveau. Aussi sans plus m'obstiner dans cette recherche, ai-je ouvert largement la vaginale ce qui me permit, tout en facilitant l'évacuation d'une petite quantité de liquide,

de constater sur la paroi antérieure de la poche l'existence d'une déchirure à direction verticale, mesurant deux centimètres, à bords déchiquetés. Je pratiquai alors l'excision presque complète de la vaginale, puis après une hémostase minutieuse de la surface de section, je refermai sur deux plans les parois du scrotum. Les suites opératoires furent entièrement favorables et la réunion eut lieu par première intention.

J'ai procédé ultérieurement, selon mon habitude, à l'examen de la vaginale réséquée, qui mesurait une épaisseur de deux à trois millimètres : elle présentait d'une façon générale les lésions ordinaires et banales des pachy-vaginalites, mais,en certains points comme au niveau de la perforation, on relevait un début de dégénérescence granulo-graisseuse, qui avait eu pour effet de diminuer la capacité de résistance de la paroi, incapable de s'opposer désormais à un mouvement d'expansion quelconque.

La rupture de la vaginale dans l'hydrocèle constitue un accident assez rare, mais très anciennement connu, puisque le premier fait signalé le fut par Bertrandi en 1767. Elle peut se produire dans diverses conditions, à la suite d'un traumatisme comme dans notre cas, d'un effort musculaire ou encore spontanément, les deux premières variétés étant les plus fréquentes.

Les traumatismes peuvent être de nature fort diverse, heurt contre un corps résistant, coup quelconque reçu sur les bourses ou encore tamponnement. Dans certains cas, il s'est agi de traumatismes d'une nature un peu particulière ; un malade détermina une rupture en s'asseyant par mégarde sur son scrotum, un autre rompit lui-même son hydrocèle sous la pression de ses doigts en voulant montrer à son médecin l'indolence de sa lésion. On a cité des cas dans lesquels le simple examen de la tumeur fut suffisant pour causer la rupture des enveloppes testiculaires,ainsi que le fait curieux d'un malade, qui avait pris l'habitude d'écraser son hydrocèle toutes les fois qu'elle devenait trop génante par le volume qu'elle avait atteint.

La rupture peut se produire également au cours d'un effort musculaire, sans que ce dernier ait été bien violent, pendant un accès de toux, de colère, en voulant se coucher ou en sautant à bas du lit, en ramassant un objet, en roulant un tonneau ou en grimpant à un arbre.

Enfin il existe quelques observations dans lesquelles la rupture s'est effectuée spontanément, sans effort, sans traumatisme : un malade en s'éveillant s'aperçut que son hydrocèle n'existait plus et que ses bourses ainsi que sa verge étaient couvertes d'ecchymoses : le même phénomène se produisit chez celui, que Velpeau devait ponctionner pour la troisième fois, et un autre malade, en voulant aller à la selle, constata à son grand étonnement que son hydrocèle avait subitement disparu.

Il paraît bien de toute évidence que toutes les hydrocèles ne sont pas susceptibles de présenter de semblables accidents et qu'il faille, pour qu'ils puissent se réaliser, la mise en jeu de deux facteurs : d'une part l'augmentation plus ou moins rapide de la quantité de liquide épanché et de l'autre les altérations que présente la vaginale. L'augmentation de volume peut se faire très rapidement comme dans notre observation, dans d'autres cas la distension de la poche, au lieu de se produire en quelques jours, s'effectue progressivement. Mais, qu'il s'agisse d'un accroissement lent ou rapide, il apparaît toujours sans cause apparente et ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux. D'après Reverdin, l'augmentation de liquide serait en rapport avec une poussée inflammatoire discrète ou peut-être une gêne de la circulation, qui agirait directement sur la vaginale en y apportant des modifications de structure qui la rendraient plus fragile.

Quant à l'influence du deuxième facteur, elle nous est bien montrée par l'examen de la vaginale rompue. Presque toujours elle est atteinte de lésions de pachyvaginalite avec dégénérescence hyaline ou granulo-graisseuse, se traduisant par des plaques laiteuses rappelant les plaques d'athérome. Pendant que la plus grande partie de la séreuse s'hypertrophie plus ou moins régulièrement et peut arriver à mesurer en certains points jusqu'à trois et quatre millimètres d'épaisseur, en d'autres endroits, au niveau des plaques laiteuses, le tissu est au contraire mou et friable.

Il s'ensuit que les perforations ne se feront pas au hasard, mais correspondront à ces points lésés offrant une moindre résistance : elles pourront par suite occuper n'importe quel point de la séreuse et n'auront pas de siège de prédilection. La perforation en elle-même peut se présenter de diverses manières, sous la forme d'un orifice à peu près circulaire, ou de fente allongée verticalement à bords plus ou moins déchiquetés et pouvant atteindre jusqu'à sept centimètres d'étendue.

Que survient-il alors une fois la rupture constituée ? Le liquide d'hydrocèle ainsi mis en liberté peut diffuser dans tout le tissu cellulaire des bourses, ou au contraire par suite de dispositions particulières rester autour du testicule. Dans la plupart des cas, où la vaginale et la fibreuse ont été rompues ensemble, il se produit une véritable infiltration des bourses avec envahissement possible, dans les cas de grosse collection, de la verge, du périnée et de la paroi abdominale antérieure.

Dans des cas plus rares, la rupture de la vaginale ne s'accompagne pas d'infitration par suite

de la formation d'une poche extra-vaginale en regard de la perforation. Les lamelles du tissu conjonctif refoulé en ce point se sont, en effet, tassées pour constituer une sorte de pseudo-membrane d'enveloppe, ce qui entraîne soit l'existence d'une collection enkystée du scrotum superposée à l'hydrocèle, soit la transformation de cette dernière en une tumeur biloculaire, dont les deux poches communiquent par un orifice plus ou moins rétréci. De même, lorsque le feuillet pariétal de la vaginale se déchire seul, le liquide ne peut s'épancher que dans la cavité périvaginale de nouvelle formation. Bridé dans son extension par la tunique fibreuse, il ne peut s'étendre bien loin et remonte autour du cordon, vers l'anneau inguinal, donnant à la collection enkystée un aspect piriforme.

La rupture peut ne s'accompagner d'aucune hémorragie, et le liquide qui infiltre alors les parties molles ne diffère en rien du liquide de l'hydrocèle : suivant l'expression de Bertrandi, il s'agit d'hydrocèles dont les eaux sont toutes passées dans les tuniques cellulaires des bourses. Dans d'autres cas, cette rupture se complique de la destruction de quelques vaisseaux : on ne se trouve plus alors en présence d'un liquide clair, mais bien d'un épanchement séro-hématique, qui infiltre les téguments et leur donne une teinte violacée ecchymotique.

La symptomatologie de cet accident, qui se manifeste ordinairement chez des sujets de 40 à 60 ans, bien qu'il puisse s'observer chez des jeunes gens ou chez des vieillards, est généralement des plus simples.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un homme porteur depuis plusieurs années d'une hydrocèle, dont le volume s'est nettement accru au cours des derniers mois, et c'est pendant un effort musculaire, à la suite d'un traumatisme, ou même spontanément pendant le sommeil ou dans la station assise, que s'est produite la rupture. Au moment où cet accident a lieu, le malade perçoit la plupart du temps un bruit de craquement assez net, accompagné d'une sensation douloureuse plus ou moins vive, et, lorsque la rupture s'effectue pendant la nuit, il est tout surpris au moment de son réveil des modifications qui se sont passées au niveau de son scrotum.

Assurément, lorsque la vaginale seule a été rompue, la déchirure peut passer inaperçue, car il s'est produit uniquement un changement dans la manière d'être de la tumeur scrotale qui d'arrondie est devenue piriforme : je vous en ai déjà donné la raison, qui tient à ce que le liquide est bridé par la tunique fibreuse et ne peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire lâche.

Il en est tout différemment lorsque la tunique fibreuse a été également intéressée : l'hydrocèle disparaît alors plus ou moins complètement en tant que tumeur, les bourses sont infiltrées par un épanchement séro-hématique et la verge présente dans certains cas un œdème assez accentué pour gêner la miction. A travers les parois scrotales flasques et molles on peut parfois sentir de nouveau la testicule et plus rarement l'orifice de perforation.

Que se passe-t-il ultérieurement ? Ce n'est que d'une façon exceptionnelle que le scrotum reste rouge et tendu et qu'il se fait par suite de l'écoulement de l'urine une irritation tégumentaire tendant à l'excoriation et à l'infection secondaire des parties molles sous-jacentes.

Dans quelques cas, l'épanchement peut s'organiser au milieu du tissu conjonctif et il se crée une véritable poche kystique demeurant en communication avec la vaginale, à moins que par suite de l'oblitération progressive de l'orifice de communication les deux cavités ne deviennent indépendantes. Mais presque toujours l'épanchement se résorbe, et l'on a eu autrefois tendance à considérer la rupture de l'hydrocèle comme un mode de guérison spontané de cette affection. Il n'en est rien cependant, car lorsque la résorption s'est effectuée et l'orifice de perforation oblitéré, la collection liquide se reproduit rapidement et, au bout de quelques mois, l'hydrocèle a repris ses dimensions primitives.

Le diagnostic de cette complication ne présente guère de difficultés. On pourrait au premier abord, devant des bourses devenues subitement rouges et œdémateuses, songer à une périurétrite gangréneuse se manifestant à l'étage inférieur du périnée, mais l'absence de sensations pénibles, de toute espèce de réaction locale ou générale et la notion d'une hydrocèle préexistante subitement disparue ne pourront permettre une pareille erreur. On ne confondra pas non plus une rupture spontanée avec un hématome pariétal : lorsque ce dernier succède à la déchirure vaginale, l'hydrocèle avait déjà acquis un certain volume, le malade en connaissait l'existence et il sera toujours facile de reconnaître que la tumeur scrotale n'existe plus.

Convient-il d'intervenir d'urgence ? Si l'on songe à la facilité avec laquelle s'infecte le tissu cellulaire du scrotum, on comprend aisément qu'une pareille conduite ne peut être érigée en règle absolue et qu'il convient de la réserver aux cas où il y a une distension notable des téguments et où l'écoulement de l'urine sur leur surface pourrait entraîner leur ulcération et secondairement l'infection des parois scrotales infiltrées. Dans les autres cas, il vaudra mieux attendre quelques jours, et ce n'est que lorsqu'on aura constaté la disparition presque complète du liquide épanché qu'il conviendra de procéder à l'ablation de la plus grande partie du feuillet séreux, seul procédé permettant d'obtenir une guérison complète et définitive.

AUTOSÉROTHÉRAPIE IRRADIÉE DES ÉPANCHEMENTS PÉRITONÉAUX OU PLEURAUX

Docteur Ch. GUILBERT,
Chef du Service radiologique de l'Hôpital Lariboisière

En 1930, j'ai publié dans ce journal les résultats obtenus par un traitement sérothérapique complémentaire des épanchements pleuraux ou péritonéaux consécutifs à des tumeurs malignes ou à des kystes végétants de l'ovaire. Dans nos services hospitaliers et dans notre clientèle, nous avons continué cette thérapeutique. Elle nous paraît, avec le recul, réellement héroïque, aussi croyons-nous utile d'en donner ici l'ensemble des résultats obtenus.

Rappelons, en résumé, ce que nous écrivions à ce sujet, il y a onze ans.

« Les tumeurs malignes du poumon et du péritoine se compliquent presque toujours d'un épanchement pleural que, ni les ponctions, ni un traitement médical quelconque, ni l'auto-sérothérapie seule, n'ont jamais pu endiguer. La ponction devient rapidement hebdomadaire et même bi-hebdomadaire, et les symptômes pleuraux dominent bientôt la scène et emportent le malade.

« L'immunisation des souris dans le cancer expérimental par le sérum de souris cancéreuse irradié nous a amené à tenter un jour chez une de nos malades l'auto-sérothérapie après irradiation avec le liquide de la ponction, et nous avons eu l'heureuse surprise de ne pas voir le liquide pleural se renouveler. Chaque fois que nous avons eu la même complication, nous avons employé la même méthode et nous avons obtenu régulièrement le même résultat.

« Dans le cas d'épanchement pleural, nous employons la technique des deux champs larges 20 × 20 et de la distance focale élevée, 50 à 70 centimètres. Séance d'une dose incidente de 200 r quotidienne et au total 1.200 à 1.500 r par champ.

« Après la troisième irradiation, nous faisons une ponction, mais sans vider complètement la plèvre. Nous prélevons aseptiquement 200 à 300 grammes de liquide, que nous envoyons au laboratoire en tube scellé (une ancienne ampoule à sérum physiologique, par exemple). La précaution à prendre est de filtrer sur bougie avant de mettre en ampoules de trois centimètres cubes. Le filtrage est souvent difficile à cause de la consistance du liquide. On injecte au sujet une ampoule par jour. Une seule fois, nous avons dû renouveler la ponction. Dans tous les cas, la pleurésie s'est asséchée très rapidement. »

Il nous est arrivé, après quelques mois, d'avoir à traiter des récidives de pleurésie cancéreuse. La méthode reste efficace, tant que les séries de traitements n'ont pas organisé la radio-résistance. A ce moment, rayons X et auto-sérothérapie sont également sans effet.

Depuis cette date, nous avons continué cette thérapeutique chaque fois qu'elle fut nécessaire. Nous n'avons eu qu'un échec, qui ne saurait être attribué à la méthode, mais à la technique du laboratoire. Le liquide pleural avait été tyndalisé à une température trop élevée, qui avait amené un commencement de coagulation des albumines. Depuis lors, nous avons supprimé la tyndalisation et nous nous contentons d'un prélèvement aseptique et d'un filtrage aseptique du liquide.

Il serait, à l'heure actuelle, difficile de faire la théorie du mode d'action de cette thérapeutique. Il s'agit, sans aucun doute, d'une action biochimique indéterminée, car il nous est impossible de définir l'action des rayons X dans les tissus, aussi bien dans le cancer que dans les lésions inflammatoires. On sait approximativement que les rayons X changent le pH des tissus ionisés, augmentent l'indice d'oxygénation, débloquent le système réticulo-endothélial, mais tout cela n'est, après tout, qu'une porte ouverte aux hypothèses. Nous avons parlé nous-même de nécro-hormones, mais je ne sais pas, et beaucoup d'autres l'ignorent avec moi, si l'on n'en a jamais isolé et encore moins si on a pu les définir.

Nos investigations personnelles ne portent que sur des épanchements consécutifs à une tumeur maligne, épithélioma ou à tendance métastatique comme le kyste végétant de l'ovaire, et nous ne sommes pas éloigné de penser que cette thérapeutique pourrait être étendue à tout épanchement chronique. Les malades, auxquels nous avons appliqué cette thérapeutique, sont assez divers, en effet, pour que nous puissions la considérer comme une thérapeutique symptomatique des épanchements. Il n'y a pas seulement des métastases pulmonaires de cancer du sein, nous avons traité aussi des épanchements consécutifs à des kystes végétants simples comme à des épithéliomas Wolfien, toutes lésions anatomiques qui ont un caractère commun de malignité.

OBS. I. — La première malade que nous avons traitée (1922) était atteinte d'une métastase pul-

monaire d'un cancer du sein opéré. Elle était asphyxiante et ne pouvait supporter que de courtes séances de radiothérapie pénétrante. Celle-ci dut être même abandonnée. C'est alors que nous avons eu l'idée de l'autosérothérapie. La ponction amena un liquide fortement hémorragique, la quantité de sang était telle que la ponction ne fut que de 200 grammes, bien que toute la cavité droite eût été obscure. Après la quatrième injection, les signes subjectifs étaient améliorés, la malade ne reçut que treize ampoules. Elle était assez améliorée pour quitter la clinique et rentrer chez elle. Ici le liquide avait été tyndalisé.

Obs. II. — M. L., jockey (1926), présentait une tumeur du médiastin avec ganglions axillaires et sus-claviculaires et surtout une pleurésie gauche qui se reproduisait avec une telle rapidité que chaque semaine, son médecin traitant, le Docteur Larger, devait lui faire une ponction dont la quantité variait de 1.200 à 1.800 grammes. Après quelques séances de radiothérapie, nous avons, sur le premier liquide prélevé, fait préparer et filtrer le contenu de vingt ampoules. Ce fut la dernière ponction que le malade eut à subir, le liquide ne se reproduisit pas. Malheureusement l'état du malade nous empêcha de faire un traitement par forte dose, la tumeur et les ganglions ne furent pas améliorés et après trois mois nous eûmes une récidive qui fut traitée par des petites doses. La pleurésie n'avait pas reparu. L'état de déficience du malade ne nous permit pas encore un traitement énergique. Le malade essaya ailleurs et revint nous voir, presque cachectique. Il n'y avait plus le moindre espoir de l'améliorer, mais la pleurésie ne s'était pas reproduite.

Obs. III. — Mme H., nous fut adressée en juillet 1928 par le Docteur Hanotte. Elle avait eu une tumeur des deux seins, qui avaient été largement opérés. Elle présentait la toux persistante caractéristique, qui faisait soupçonner une métastase pulmonaire. Au point de vue radiologique, un très léger épanchement pleural droit. La malade me fait appeler en septembre. La pleurésie obscurcissait tout le champ pulmonaire droit jusqu'à l'apex. Elle entra à la Clinique pour subir un traitement radiothérapique. Après la quatrième séance, le Professeur Cadenat fit une ponction et nous remit le liqui deaseptique, qui fut filtré et tyndalisé. La malade reçut quinze piqûres, la plèvre fut définitivement asséchée. Elle vécut près d'un an encore, la pleurésie ne récidiva pas.

Obs. IV. — Mme C. me fut adressée par le Docteur Beau pour un kyste végétant avec ascite, en août 1928. La radiothérapie fut commencée le jour même et le soir la ponction fut faite. L'épanchement était trop important pour que la radiothérapie puisse être efficace. La ponction amena 5 litres d'un liquide citrin. La préparation ordinaire fut faite, et distribuée en ampoules de cinq centicubes. Ici encore, le liquide fut filtré et tyndalisé et injecté quotidiennement à la malade. Après le traitement, elle rentra chez elle et reprit sa vie ordinaire. Elle eut un commencement de récidive un an après, mais sans épanchement. Un nouveau traitement remit les choses en état. En janvier 1930, après une série de fatigues, récidive avec épanchement cette fois. Un nouveau traitement avec ponction et autosérothérapie fut à nouveau efficace. La malade ne fut plus revue par nous.

Obs. V. — Mme F. était traitée pour une tumeur du médiastin gauche à l'hôpital du Val-de-Grâce. Elle suivait son traitement à titre externe. Son état s'est soudain aggravé, la température oscillait entre 38 et 40 et elle fit un épanchement à gauche très important. On lui fit quelques séances de radiothérapie, puis une ponction, dont un prélèvement fut préparé et injecté à la malade par dose quotidienne de 3 centicubes. Le liquide fut filtré et tyndalisé, mais il nous revint un peu louche, peut-être avait-il été trop chauffé. En tout cas, est-ce la fièvre, est-ce la tyndalisation mal faite, le résultat fut ici complètement négatif et nous n'avons même pas pu enregistrer une amélioration.

Obs. VI. — Mme A. entre à Lariboisière, le 30 juin 1936. Elle présente depuis deux ans, une ascite libre ponctionnée six fois. Douleurs violentes généralisées à tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque gauche irradiant à la région lombaire et dans les membres inférieurs. Amaigrissement important. A l'examen, abdomen volumineux, ombilic déplissé, foie volumineux et douloureux, grosse rate. Au bord inférieur de l'ombilic, petite masse de la taille d'une noisette dure, non douloureuse. Toucher vaginal, col utérin au centre d'une masse très volumineuse de la taille d'un melon, débordant dans le cul-de-sac antérieur et droit.

Opérée le 2 juillet 1936, enlèvement de l'ombilic et d'un noyau induré. Evacuation de l'ascite. Présence de nombreuses adhérences épiploïques. Dans le bassin, à gauche, une masse de végétations adhèrent intimement au bassin. Ponction, puis résection d'un fragment de la paroi du kyste pour que le liquide qui pourrait se reproduire se déverse dans la cavité péritonéale sans déterminer de phénomènes de compression. Biopsie : épi végétant de l'ovaire, probablement d'origine wolfienne.

Août 1936. Première série de rayons X (quatre larges champs à 60 cent. de distance focale) suivie d'auto-protéinothérapie irradiée. Décembre 1936, deuxième traitement par rayons X. La malade n'est plus revenue à l'hôpital et n'habite plus à la même adresse. D'après les renseignements recueillis chez les voisins : a été vue bien portante début 1938.

Obs. VII. — Mme B. 29 ans. Toujours bien portante. Mariée en 1933. Hystérectomie pour salpingite, suite d'une fausse couche en 1934. En novembre 1935, augmentation du volume du ventre depuis quelques mois. Présence d'ascite. Novembre 1935, laparotomie exploratrice par le Docteur Leibovici, qui a l'amabilité de nous communiquer le compte rendu opératoire suivant : « A l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon adhérent à la paroi. De derrière lui, s'échappe un flot de liquide ascitique teinté de sang. On trouve tout le bassin encombré de masses kystiques ou végétantes qui agglutinent les viscères entre eux. L'épiploon adhère aux organes pelviens. Les anses grêles et le côlon sigmoïde sont fixés entre eux et la vessie. Tout le pelvis est encombré par des masses néoplasiques dont les unes sont des greffes viscérales, les autres des noyaux ganglionnaires sous-péritonéaux échelonnés le long du détroit supérieur. Le diagnostic opératoire est celui de cancer de l'ovaire généralisé. Il n'est pas question de faire aucune opération radicale. En effet, la main introduite jusque sous le diaphragme perçoit des métastases multiples sur le grand épiploon, jusqu'à son insertion sur la grande courbure de l'estomac ».

L'examen histologique des fragments prélevés, fait par le Docteur Busser, a montré qu'il s'agit d'un épithélioma papillaire végétant de l'ovaire. Le 3 décembre 1935 nous commençons un traitement radiothérapique : 4 champs 200 KV. D. F. = 50. Filtre 1 Cu 2 Al. 1.300 r. par champ, séances quotidiennes de 300 à 400 r. A la fin du traitement, réapparition de l'ascite. Ponction aseptique du liquide.

Filtrage sur bougie Chamberlain n° 4 et injection de ce liquide irradié par voie intra-musculaire à dose de 3 c. c. par jour. Douze injections en tout. Une fois ce traitement terminé, l'état général de la malade commence à s'améliorer. Le liquide ne réapparaît plus. Le 20 mars 1936, deuxième traitement radiothérapique. Même technique que la première fois Le 18 mai 1936, le Docteur Leibovici nous envoie un petit mot dont voici le principal passage : « L'état général de la malade est excellent. Elle a repris du poids et des couleurs. Elle ne se plaint d'aucune douleur. Malheureusement, au toucher, il persiste encore une masse, à droite et en avant de l'utérus ».

Février 1937. Troisième traitement radiothérapique. Bon état général et local de la malade, se maintient jusqu'en janvier 1938, période à laquelle apparaissent de nouvelles masses kystiques et où le vagin est envahi à son tour. La malade entre à Lariboisière dans l'état de sub-occlusion. Le Docteur Cadenat fait une marsupialisation du kyste dans le péritoine.

En mars 1938, nouvelle série de rayons X. Depuis cette période, la malade a eu une application de radium intra-vaginal et de nombreuses séances de rayons X, mais il n'est malheureusement plus possible d'arrêter la marche de la maladie.

En résumé : jeune femme de 29 ans. Laparotomie exploratrice et examen histologique montrant cancer de l'ovaire généralisé avec ascite. Impossibilité d'un acte opératoire quelconque à cause de la généralisation. Institution du traitement radiothérapique et auto-protéinothérapique. Survie pendant presque quatre ans (jusqu'à ce jour) dont deux années et demie en excellent état.

Obs. VIII. — Mme T. 55 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 14 août 1936, pour propagation à la plèvre d'un néo du sein droit opéré il y a trois mois. A l'examen, cicatrice souple, sauf dans sa partie médiane où on trouve une petite induration. Pas d'adénopathie axillaire, ni sus-claviculaire. La radiographie du thorax montre une grosse quantité de liquide pleural refoulant le médiastin. Le 2 septembre, la ponction amène du liquide rosé : 1.000 c. c. Le 20 septembre, nouvelle ponction : 1.500 c. c. Examen du liquide, très nombreuses hématies, quelques cellules endothéliales, prédominance de lymphocytes. Le 17 septembre 1936, début du traitement radiothérapique, trois champs, thorax antérieur, thorax postérieur et sus-claviculaire. 1.200 r. par champ, à 60 D. F. 1 Cu 2 Al, 200 KV. Séances quotidiennes. Après la troisième séance, nouvelle ponction 600 c. c. Institution d'auto-protéinothérapie irradiée (20 piqûres de 3 c. c., une piqure par jour). La radiographie faite après le traitement montre l'absence de liquide. La malade part en bon état. Nous n'avons plus revu la malade. D'après les renseignements recueillis, elle serait décédée au début de 1938.

Obs. IX. — Mme L., 35 ans, entre le 6 décembre 1935 à Lariboisière pour une augmentation du volume de l'abdomen ayant débuté il y a six mois. Diminution d'abondance des règles depuis un an. Métrorrhagie en octobre 1935, à la palpation présence d'ascite. Toucher vaginal ; une masse dans le cul-de-sac antérieur, une autre masse paraissant indépendante de la première dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche. Intervention par le Docteur Cadenat le 13 décembre 1935. Compte rendu opératoire : ascite abondante. Epiploon très adhérent devant une masse pelvienne fixée. Evacuation de l'ascite. Biopsie au bistouri électrique. Examen histologique : néo de l'ovaire. Début du traitement radiothérapique le 11 janvier 1936. 200 KV 60 D. F. Filtrage 1 Cu 2 Al 800 r. par champ. Au milieu du traitement réapparition de l'ascite. Ponction. Autoprotéinothérapie irradiée.

En décembre 1936, deuxième traitement radiothérapique, suivi également d'auto-protéinothérapie irradiée. En avril 1936, très bon état général, l'ascite ne s'est pas reproduite. Persistance d'une masse pelvienne. En janvier 1938, hystérectomie. L'intervention est devenue possible, grâce aux irradiations qui ont libéré les adhérences. A l'examen histologique, on ne retrouve plus de végétations néoplasiques. L'opération est suivie d'une nouvelle série de rayons X. Au dernier examen, le 6 mai 1938, très bon état général. La malade a repris 6 kilogr. en trois mois. Parfait état local.

Obs. X. — Mme C., avait eu en 1930 une première ascite qui fut attribuée à une péritonite bacillaire. Pendant huit ans, on ne traita que son état général et elle vécut presque continuellement à Nice. Pendant ce temps, on lui fit de très nombreuses paracentèses ; 103, nous dit-elle, qui donnèrentle total effarant de 1.700 litres de liquide

Un chirurgien de la région, sur les conseils du Docteur Kohler, fit en 1935, une laparotomie qui montra des kystes végétants dans tout le péritoine. On enleva ce que l'on put et l'on irradia la malade L'ascite ne reparut pas de suite. En décembre 1940 elle vint nous voir, le diagnostic était facile, trop facile. Ascite très abondante avec quelques noyaux plus durs. Après la quatrième séance de radiothérapie de 200 r, la ponction amena huit litres de liquide. Pendant la préparation des ampoules, le traitement radiothérapique fut continué. Malgré cela, le liquide se reproduisait. La malade qui avait eu le temps de s'observer, disait : « Je sens que cela pleure dans le ventre ». Après huit jours, je pus commencer les injections sous-cutanées. A la quatrième, la malade déclare que toute sensation subjective avait cessé. A ce moment, j'estime qu'elle avait repris trois à quatre litres. Dès lors, le liquide commença à diminuer, et à la dixième piqûre, tout signe de flot avait disparu, la malade avait repris une taille normale, depuis ce traitement, il n'y a pas eu trace de récidive.

Conclusion. — Devant la ténacité des épanchements qui compliquent les néoplasmes, on est heureux de disposer d'une médication toujours efficace. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de donner ici la série des observations dont nous disposons. Dans une communication aux Journées médicales de Lille, en 1936, M. le Professeur D'Halluin a parlé de ce procédé thérapeutique et dit l'intérêt qu'il présente. Dans tous les cas (sauf l'obs. V) nous avons toujours réussi et très rapidement. Depuis cette observation, j'ai supprimé la tyndalisation, évidemment les manipulations aseptiques ne sont pas faciles, mais grâce aux laboratoires, à qui je dois cet hommage, je n'ai eu aucune complication. Le praticien est tenu de surveiller ses ampoules et de sacrifier celles où se produirait la moindre floculation ou le moindre louche. Les ampoules sont de trois centicubes et les injections sont sous-cutanées et répétées chaque jour.

AU CHEVET DES PATIENTS

Comment dépister les néphrites de l'enfance

De cette rubrique, il faut éliminer d'abord toutes les affections, qui ne sont pas, à proprement parler, des néphrites : l'hémoglobinurie paroxystique, la tuberculose rénale, les pyélonéphrites (plus souvent simples pyélites) et même le cancer du rein qui, dans sa forme sarcomateuse, est pourtant spécial à l'enfance.

Ne considérant donc que les néphrites aiguës et chroniques, et prenant leurs différents aspects cliniques habituels, le Docteur J. Bertrand (1) envisage très schématiquement quatre cas :

1° L'enfant est tombé brusquement malade, et c'est l'aspect des urines, qui a d'emblée frappé l'entourage. Elles sont franchement rouges, ou couleur bouillon sale, ou encore verdâtres : *néphrite aiguë hématurique.*

2° L'aspect général d'un enfant, jusque-là bien portant, s'est rapidement modifié ; il est pâle, bouffi, œdématié. Les urines examinées contiennent une forte proportion d'albumine : *néphrite albumineuse hydropigène* ou *néphrose lipoïdique,* deux formes en principe dissemblables, et cliniquement voisines, entre lesquelles bien des intermédiaires de néphrites-néphroses paraissent exister.

3° L'enfant est normal et ne se plaint de rien, tout au plus est-il fatigué ou nonchalant ; une analyse sommaire des urines, faite à l'occasion d'une intervention chirurgicale projetée, d'une vaccination ou de toute autre cause, a révélé la présence d'albumine en plus ou moins grande quantité : *néphrite albumineuse simple,* qu'il faut interpréter.

N'oublions pas, à ce propos, que la recherche de l'albumine dans les « urines des 24 heures » est une hérésie ; le chiffre du dosage ‰ ne donnerait pas plus d'indication pronostique ou thérapeutique qu'un point unique marqué à 38°5 sur une feuille de température, alors que l'enfant a 37° le matin et 40° le soir, 38°5 figurant la moyenne entre ces deux chiffres extrêmes. Il faut, au contraire, soumettre à l'examen trois échantillons d'urine. Le premier est prélevé alors que l'enfant est couché et à jeun ; le deuxième, alors qu'il est encore couché, mais après un repas copieux (œuf, jambon, confiture, pain, beurre) ; le troisième, plusieurs heures plus tard, alors que le petit malade s'est levé, a joué, couru et pris un repas substantiel à midi.

Trois éventualités peuvent se produire :

Le troisième échantillon contient seul de l'albumine, mais en assez grande abondance (un à deux grammes). Il s'agit d'une *albuminurie de fatigue,* ou simplement *orthostatique.* C'est le cas le plus fréquent, et on n'y pense pas assez souvent, lorsque le prélèvement des urines est fait sans méthode. Par prudence, on pourra faire un dosage de l'urée sanguine, qui, du reste, montrera une azotémie normale, et prendre la tension artérielle, qui ne sera jamais élevée. C'est de 10 à 20 ans que cette albuminurie est le plus fréquemment observée ; quelquefois, on ne lui trouvera aucune cause apparente, ou seulement une légère scoliose des adolescents, Pas de régime hypoazoté ou déchloruré, mais une alimentation normale, même riche. Interdire les sports violents, faire coucher à plat sur un plan dur ; il n'y a aucune lésion du rein, le pronostic est bon.

Eventualité plus rare : le deuxième et le troisième échantillon contiennent tous deux de l'albumine en proportions variables. C'est alors qu'il faut faire intervenir le régime, puisque seule la prise à jeun est normale. Cette albuminurie doit disparaître ainsi, ou bien, tôt ou tard, elle se révèlera avoir été le début d'une néphrite chronique.

Enfin, si les trois échantillons contiennent de l'albumine, le pronostic est plus sombre, car déjà le rein est plus sévèrement touché.

4° Enfin, l'enfant présente des manifestation pathologiques qu'*a priori* rien ne permettait de rattacher à une affection du rein : soif intense, vomissements, céphalée, troubles de la vue, convulsions, dyspnée, pâleur, épistaxis, éruption ecchymotique ou purpurique, ou encore — s'il s'agit d'un enfant déjà grand — arrêt brusque de la croissance avec déformations rachitiques du squelette, survenant tardivement et inhabituelles après l'âge de 3 ans : *néphrite chronique* à son début, ou déjà ancienne et ayant évolué à bas bruit.

Toutes les formes de néphrite peuvent, en effet, aboutir à la néphrite chronique, sauf bien entendu l'albuminurie orthostatique. Une néphrite ne doit être considérée comme guérie que si, très longtemps après leur début, on ne constate plus rien dans les urines, ni albumine, ni cylindres, ni hémoglobine, ni hématies, et si l'urée et l'acide urique du sang se maintiennent à un chiffre normal, si également la tension artérielle n'est pas élevée. Enfin, l'épreuve de Volhardt doit être satisfaisante, tant en ce qui concerne le « choc de l'eau » que le pouvoir de dilution ou de concentration ; elle reste le test d'une guérison vraiment durable.

Un matin, à jeun, l'enfant étant couché et ayant uriné prendra en une heure (de 7 à 8

(1) Formes cliniques des néphrites de l'enfance. (*Le Bulletin médical,* 31 mai 1941).

heures), 20 grammes d'infusion de thé léger par kilog. soit 500 pour un enfant de 25 kilogs.

Puis on le fera uriner dans des récipients séparés, toutes les demi-heures, de 8 h. 1/2 à midi (8 échantillons).

A midi, il fera un repas sec, jambon, œuf, lentilles, banane, pain, et de 14 heures à 20 heures, il urinera toutes les deux heures (4 échantillons).

L'épreuve est estimée comme satisfaisante si :

1° Les huit échantillons du matin sont très inégaux en quantité ;

2° Leur total est égal ou supérieur à la quantité de liquide prise de 7 heures à 8 heures ;

3° La densité, d'au moins un de ces échantillons est inférieure à 1.004. Telles sont l'épreuve du « choc de l'eau » et l'épreuve de « dilution ».

4° La densité d'au moins un des échantillons de l'après-midi doit être supérieure à 1.030.

Telle est l'épreuve de concentration, dont le résultat satisfaisant sera le plus difficile à obtenir. Un rein légèrement touché dilue mieux qu'il ne concentre.

Si la dilution et la concentration sont mauvaises et que le « choc de l'eau » soit insuffisant avec mictions égales dans les premiers échantillons, le rein est déjà gravement touché. Assez souvent, en effet, la guérison n'est qu'apparente, le malade est sujet à des rechutes, l'urée sanguine et l'acide urique augmentent, la tension artérielle s'élève, le stade de chronicité est commencé.

Le pronostic des néphrites chroniques est aussi défavorable chez l'enfant que chez l'adulte, et, quelque soit le traitement mis en œuvre, on ne peut guère compter que sur une survie dequelques années ou de quelques mois.

Quand et comment pratiquer la vaccination antityphoïdique chez l'enfant

Le Docteur L. Babonneix indique qu'il n'est pas avantageux de vacciner trop tôt, avant quinze mois par exemple, l'opération n'ayant alors qu'une efficacité inconstante. Il semble préférable de ne pas la pratiquer avant cinq ans, car le jeune enfant répond mal à l'excitation antigénique et produit difficilement des anticorps.

Cette vaccination doit être précédée d'un examen médical complet, et, par conséquent, elle ne peut être effectuée par le médecin d'une collectivité. D'une manière générale, les contrindications sont surtout : l'asthme, les convalescences, l'eczéma, les infections aiguës, la néphrite, le prurigo, la tuberculose évolutive, l'urticaire, les états de débilité du nourrisson et de déséquilibre neuro-végétatif. Comme examen spécial se recommande tout particulièrement une cuti-réaction : si celle-ci est positive, il faut s'assurer de l'absence d'une lésion évolutive. Bien plus, en présence d'une cuti-réaction devenue récemment positive, même sans lésion radiographique visible, il est préférable de remettre la vaccination à une date ultérieure. Enfin, l'albuminurie ne constitue une contrindication que si elle dépasse un gramme et s'accompagne de cylindrurie, d'œdèmes, d'azotémie de 0 gr. 50 p. 1000, d'hypertension artérielle.

Quel vaccin employer ? — Les auteurs utilisent, selon les cas : le vaccin à l'éther de H. Vincent ; le vacin T. A. B. de l'Institut Pasteur ; le vaccin T. A. B. stérilisé par l'iode ; les vaccins associés (M. Ramon prépare un vaccin composé d'une dilution de bacilles T. A. B. tués par la chaleur et le formol, diluée dans un mélange à parties égales d'anatoxine diphtérique et tétanique, qui paraît bien supportée).

Ce vaccin est uniquement employé en injections sous-cutanées dans la région de l'omoplate. La dose totale doit être fractionnée le plus possible, surtout s'il s'agit d'enfants tout jeunes ou si, dès la première injection, est survenue une forte réaction générale. M. Coffin, partant de la dose totale de 3 c. c. de T. A. B. pour l'adulte, en injecte un tiers à un enfant de 2 ans, la moitié de 2 à 5 ans, les deux tiers de 5 à 7 ans ; il met un intervalle de dix jours entre deux injections.

Pour les vaccins associés, M. Lesné conseille trois injections aux doses suivantes :

1re : 1/4 c. c. de T. A. B. + 1 c. c. du mélange d'anatoxines. 2e : 1/2 c. c. de T. A. B. + 2 c. c. du mélange d'anatoxines. 3e : 1 c. c. de T. A. B. + 2 c. c. du mélange d'anatoxines.

On peut aussi employer les ampoules de vaccin triple de l'Institut Pasteur. S'adresse-t on au vaccin de M. Ramon, les doses sont 1/2, 1 et 1 1/2 c. c. Madame Vogt-Popp fait quatre injections T. .A B. de l'Institut Pasteur, à quinze jours d'intervalle l'une de l'autre.

Quand l'examen médical a été soigneux et le vaccin bien choisi, il n'y a généralement aucun accident sérieux à redouter. Parfois, on observe des incidents bénins : poussée fébrile, moins forte et moins durable cependant que chez l'adulte, albuminurie transitoire, ictère ; ils seront d'autant moins fréquents que la dose aura été plus fractionnée, que les intervalles auront été plus longs, que le patient aura, le jour de l'injection, été laissé au lit et à la diète lactée.

Les revaccinations pourront être pratiquées vers 10 ou vers 20 ans, ou suivant les risques épidémiques. L'impression générale des pédiatres parisiens est très favorable à la vaccination, dont les effets seraient tardifs, mais durables.

G. Fischer.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 21 juin 1941.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Un accident mal connu de l'insulinothérapie au cours de la cure de Sakel : le coma prolongé non-hypoglycémique

MM. Abely et Ch. Feuillet rappellent que le traitement de la démence précoce par les comas insuliniques répétés (méthode de Sakel) est aujourd'hui — et à juste titre — de pratique courante. Parmi les dangers de cette méthode, qui ont été signalés, il semble qu'on n'ait pas assez insisté sur le coma prolongé non hypoglycémique. Il s'agit ici de cas, où le coma persiste plusieurs heures ou même plusieurs jours, en dépit d'un resucrage suffisant. Il diffère en cela de la simple rechute (coma redux), où l'état pathologique cède à un apport supplémentaire de glucose.

Rien dans les circonstances, où survient un tel accident, ne peut généralement donner l'éveil. Il constitue dans l'ensemble une complication relativement précoce au cours d'une cure insulinique, apparaissant dans la première moitié du traitement, et souvent dès les tout premiers comas, alors que les doses d'insuline sont élevées. On ne peut cependant mettre directement en cause ni cette dose, ni le nombre des comas antérieurs. La durée de l'hypoglycémie initiale n'a non plus aucune valeur absolue. Le coma lui-même jusqu'au moment où l'on veut l'interrompre, présente tous les signes cliniques et humoraux du coma hypoglycémique le plus banal.

Une fois constitué, le coma prolongé non hypoglycémique forme un tableau assez constant : sub-coma, hypertonie permanente et accès convulsifs ; signes méningés possibles avec hémorragie sous-arachnoïdienne ; fièvre couramment observée, de 38°5 et 39° dans les cas curables, à 40° dans les cas graves ; hyperglycémie, fait habituel du resucrage. Bien qu'on accorde généralement un pronostic favorable à cet accident, les auteurs ont eu connaissance de trois cas mortels.

Il s'agirait d'une particularité de terrain chez le sujet. On devrait considérer comme un signal d'alarme l'épilepsie survenant lors des comas qui précèdent l'accident. Il conviendrait, en conséquence, d'être prudent chez les sujets suspects de déséquilibre endocrino-végétatif, même léger, et de réduire, ne fût-ce que provisoirement, la durée usuelle des chocs. La même précaution s'impose pour tout malade, lorsque le choc précédent a été sévère ou s'est accompagné d'épilepsie ou de myoclonies intenses.

Le traitement de l'accident sera surtout symptomatique : réhydratation intensive par la sonde alimentaire ; ponction lombaire pour lutter contre l'hypertension céphalo-rachidienne, saignée, sédatifs en cas d'accès épileptiformes. Une place est à faire aux injections intra-veineuses massives de vitamine B1, dont l'action régulatrice s'exerce sur le métabolisme hydrocarboné. (*La Presse médicale*, 5 avril 1941).

L'activité électrique cérébrale des épileptiques

L'électro-encéphalogramme, par deux électrodes, frontale et occipitale, recueille les changements de potentiel dépendant des cellules de l'écorce cérébrale, placées entr'elles. Ce sont des vagues petites, régulières et nettes (ondes dites alpha ou de repos), d'une fréquence de 8 à 10 par seconde et d'une amplitude de 10 à 100 microvolts. Si le sujet passe de l'état de repos mental à un état d'effort psychique, ou s'il subit l'influence de stimuli sensoriels et principalement visuels, les ondes alpha se transforment en ondes bêta ou ondes d'activité ; ce sont des ondes rapides, irrégulières et d'une amplitude moindre que les ondes alpha.

Le Docteur L. Marchand développe ce sujet en ce qui concerne l'épilepsie. Les modifications observées au cours des accidents comitiaux portent sur la fréquence des ondes, sur leur amplitude (voltage), sur la durée de la modification pathologique, sur les champs corticaux d'où partent les courants d'action. Dans l'intervalle des absences, l'électro-encéphalogramme est normal. Autre particularité, la courbe des ondes diffère suivant chaque malade. Les ondes spéciales de l'absence épileptique sont surtout nettes au niveau du lobe frontal, qui apparaît ainsi comme la source de l'activité électrique pathologique. Par contre, en dehors des crises ou des équivalents, on peut noter de petites fluctuations du potentiel (anomalies de fréquence et d'amplitude des ondes), ce qui permet de déceler, dans 45 % des cas environ, un état épileptique latent, pouvant avoir une certaine valeur pour préciser le diagnostic d'épilepsie.

L'activité électrique des épileptiques montre d'importantes modifications soit sous l'influence des traitements sédatifs et des traitements convulsivants, soit sous l'influence de certaines conditions physiologiques productrices de crises.

Certaines constatations sembleraient indiquer que des crises convulsives, telles que celles constatées par exemple au cours du traitement par l'insuline, ont une physio-pathogénie différente de celle des crises de l'épilepsie chronique. (*Le Bulletin médical*, 1er avril 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chimioprévention expérimentale de l'infection des plaies de guerre

(M. René LEGROUX ; 20-5-1941)

M. Legroux expose d'abord les études expérimentales poursuivies sur cette question. Le sulfamide n'est pas bactéricide, mais bactériostatique : il exerce une action empêchante sur le développement microbien.

L'expérimentation faite au laboratoire a permis au chirurgien des adaptations importantes pour la prévention ou le traitement de l'infection des plaies.

L'auteur définit les doses à utiliser en chirurgie de guerre. On admet, dit-il, que la quantité limite journalière de sulfamide prise par ingestion oscille, pour l'adulte, entre 20 et 25 grammes par vingt-quatre heures. Avec ces doses fortes on peut observer souvent des tendances à la syncope, même chez les malades alités. Dans les plaies de guerre, comme prévention anti-infectieuse, il est nécessaire que le sulfamide soit présent dans tous les points de la blessure. Au niveau d'une plaie large et plate la pulvérisation de 1 à 2 grammes de poudre est un minimum ; si la blessure est très anfractueuse et profonde, on peut saupoudrer 8, 10, 15 grammes, voire 20, 30, et même 40 grammes de 1162 F au cas de blessures multiples. Ces dernières doses sont possibles parce que la totalité du médicament n'est pas absorbée dans le même temps.

Dans les plaies musculaires où l'on peut craindre l'infection à streptocoque, il est prudent d'associer aux pulvérisations la médication par la bouche, 2 grammes par vingt-quatre heures d'attente du traitement chirurgical. Lors d'une blessure pénétrante de l'abdomen, on répandra dans le péritoine après l'opération 6, 8 et même 15 grammes de poudre, dose à ne pas dépasser car, dans ces conditions, l'élimination par la voie sanguine est rapide et massive.

Dans les infections déclarées, d'ordre chirurgical, le traitement sera local et par ingestion, ce dernier étant alors le plus actif : on fera prendre, par fractionnements toutes les deux ou trois heures, 4 à 10 grammes et quelquefois plus par vingt-quatre heures.

Les incidents imputables au sulfamide ne doivent pas en général, dans les infections graves, faire interrompre la thérapeutique, sauf s'il y a menace d'un processus agranulocytaire ou signes d'intolérance.

Après quelques jours de traitement, surtout lorsque l'état infectieux tarde à regresser, faire la recherche du titrage du sulfamide dans les urines et le sang. Ce titrage s'effectue facilement par la méthode colorimétrique de Marshall. Chez l'homme infecté, pour assurer l'action bactériostatique, la quantité de sulfamide dans le sang doit être voisine de 2 à 4 milligrammes pour 100 c. c. Les urines contiennent en moyenne 40 fois plus de sulfamide que le sang, généralement entre 150 et 200 milligr. pour 100 c. c., chiffres d'ailleurs sous la dépendance de l'élimination rénale, rapide chez l'enfant, parfois ralentie chez les sujets tarés ou fatigués.

Chez certains malades (très rarement) on peut mettre en évidence dans les urines la présence d'un pouvoir neutralisant l'action *in vitro* du sulfamide (anti-sulfamide). Lorsqu'il en est ainsi, augmenter la dose du médicament, avec repos au lit dès qu'une dose supérieure à 2 grammes par vingt-quatre heures est prescrite.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les hernies discales (hernies postérieures des disques intervertébraux) d'après 18 cas opérés

(M. D. PETIT-DUTAILLIS ; 30-4-1941)

Les publications américaines ont signalé la fréquence des hernies discales. Mixter, de Boston, Lowe, de la Mayo Clinic et d'autres auteurs ont réuni plusieurs centaines de cas opérés. M. de Sèze a récemment donné un regain d'intérêt à cette question en montrant le rôle important que les hernies discales paraissent jouer dans les algies sciatiques. M. Petit-Dutaillis, dont les premiers travaux sur la pathologie des disques intervertébraux remontent à 1930, présente aujourd'hui quelques remarques à ce sujet basées sur 18 cas opérés par lui.

Le diagnostic de la hernie discale lombaire ou lombo-sacrée est possible à la phase d'algie pure, dans la majorité des cas, grâce au transit lipiodolé. L'épreuve du lipiodol apporte seule l'appoint décisif au diagnostic. L'interprétation des images demande toutefois une grande habitude. L'épreuve exige, en outre, une technique particulière.

Le traitement orthopédique, en particulier les tentatives de redressement forcé des attitudes antalgiques excessives parfois observées dans les lombo-sciatiques rebelles d'origine discale, peut avoir des inconvénients que ne connaît pas l'intervention chirurgicale.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ESSAIS PSYCHOLOGIQUES

L'ÉLITE

Par M. le Docteur Marcel VIARD

L'Elite constitue l'armature de la Société. Son rôle primordial est de maintenir la masse dans l'ordre, la bienséance et la dignité par son exemple et son autorité.

Fait partie de l'Elite celui qui, avec enthousiasme et désintéressement, emploie toute son intelligence à servir.

Deux qualités sont donc nécessaires, et suffisent, pour faire partie de l'Elite. La première : l'intelligence, caractérisée par le bon sens. La deuxième : le dévouement pouvant aller jusqu'au sacrifice, pour sa famille, pour sa Patrie, pour l'humanité.

C'est parmi l'Elite que doivent se recruter les chefs, mais ceux qui font partie de l'Elite ne sont pas forcément, tous, des conducteurs d'hommes.

Il apparaît donc, dès maintenant, que l'Elite n'est pas et ne peut pas être recrutée (comme l'a fort bien écrit notre confrère Lavalée dans le *Concours* du 29-6-1941) uniquement parmi les plus forts physiquement ou parmi les plus riches, ou parmi les plus instruits. Certes, ces qualités ne nuisent pas, mais elles ne suffisent pas et, comme notre confrère « j'aimerais mieux suivre tel artisan industrieux et dont l'acuité d'observation m'est un perpétuel sujet d'émerveillement ; tel cultivateur ou tel commerçant dont la conversation révèle qu'il a pensé pour son propre compte et non sous l'influence de maîtres ». Encore conviendrait-il d'ajouter que ces qualités intellectuelles doivent être renforcées par la tolérance, la bonté, l'esprit de justice et *la maîtrise de soi-même.*

Pour nous, il n'existe pas deux Elites, l'une intellectuelle et l'autre morale. *Il n'en existe qu'une* où se rencontrent les plus hautes qualités du cœur et de l'esprit. Elle se trouve actuellement dispersée dans toutes les professions, dans tous les groupements, dans toutes les religions.

Il importe de créer un « climat » favorable à son rayonnement, et cette idée est contenue implicitement dans le message de notre vénéré chef de l'Etat du 31 décembre dernier : « Je me suis promis à moi-même de ne connaître en France ni partis, ni classes. Je vous appelle tous à sortir de vos cadres, de vos routines, de vos préjugés, de vos égoïsmes, de vos rancunes, de vos défiances, et je vous exhorte à vous grouper en Français solides qui veulent défendre leur terre et leur race ». — « Renoncez à la haine, car elle ne crée rien ; on ne construit que dans l'amour et dans la joie ». (*Appel*, du 1-3-1941).

Il existe donc aussi, dans toutes les professions, dans tous les groupements, dans toutes les religions, une fausse Elite animée de mesquinerie, de jalousie, de cupidité, de vanité ; où l'esprit de sacrifice fait place à l'égoïsme et à la haine. Elle est constituée de ratés, de prétentieux, d'éléments dissolvants dangereux pour la Société.

Tous ceux qui se nourrissent et diffusent des sentiments négatifs ne peuvent pas, *par leur nature même*, faire partie de la véritable Elite.

L'élite vraie

« Souple... mais comme une épée ».
(Dr ALBESSARD).

Tout autre est le visage de l'Elite vraie. Elle se présente rayonnante de santé et de bonheur, car elle connaît les lois de l'équilibre physique et moral. Elle croit à quelque chose, à quelqu'un, à Dieu. Sa vitalité, son enthousiasme, la transportent en tous lieux, son unique souci est la recherche de la beauté : la beauté physique, la beauté morale, la perfection dans tous ses actes, même les plus insignifiants en apparence. Je dis en apparence, car rien dans la vie n'est insignifiant... Et la bonté infinie est son auréole !

Mais ce dynamisme, cette virilité rayonnante, bref, cette puissance réalisatrice a besoin d'être guidée, orientée vers des fins utiles, avec une continuité d'efforts, avec une patience inlassable. Elle a besoin de chefs dignes de ce nom, et de chefs ayant su, au préalable, trouver un terrain d'entente solide.

Monsieur Desfosses a souligné très bien l'importance de cette entente préalable dans un article paru il y a vingt ans dans *La Presse médicale*. Déjà ! « Tout mouvement social, écrivait-il, tout progrès scientifique ne s'effectue que par l'effort des énergies individuelles. La masse est, de sa nature, passive, réfractaire à tout mouvement, à tout progrès.

Supprimez les forts dans une nation, les faibles et les incapables seront encore plus faibles et plus incapables que jamais.....

N'appartiennent à l'Elite que les actifs, les agissants, ceux qui voient plus loin que le présent et l'immédiat, ceux qui pensent à autre

chose qu'à leurs petits intérêts mesquins, qui sont prêts à risquer leur tranquillité ou même leur vie pour leurs idées.

Le duel social d'aujourd'hui et de demain n'est pas et ne sera pas un combat entre les foules et les intellectuels. Le duel est, sera, entre deux Elites qui ont des conceptions différentes de la Société, de la vie, de la façon dont un homme intelligent doit faire son chemin dans le monde. Les uns savent que la véritable voie du succès est le travail, la méthode, l'ordre ; les autres, plus impatients, cherchent à utiliser le trouble et le désordre.

Entre ces deux Elites oscillent les médiocres, les paresseux, les veules, les timorés. Qu'ils soient du petit peuple ou de la riche bourgeoisie, qu'ils soient illettrés ou membres des Sociétés savantes, ils constituent la masse que l'Elite remue, manie comme un bouclier ou comme un bélier ».

Les membres d'une Elite sont comme les membres d'un orchestre ; ils se soumettent à des lois communes qui n'entravent en rien leurs aptitudes et leur activité personnelle. Les uns et les autres obéissent à un chef qui dirige leur action.

Chaque musicien joue d'un instrument différent et pourtant, rien dans leur exécution d'ensemble ne choque l'oreille, c'est que chacun d'eux se soumet aux mêmes règles d'harmonie.

Il en est de même de la vie collective de l'Elite. Celle-ci se soumet à des règles d'ordre physique, intellectuel et moral, que chacun adapte à son tempérament, à sa constitution, à son caractère ; autrement dit à sa personnalité qui est l'instrument à faire vibrer. Les vibrations de l'une sont différentes de celles des autres, mais elles n'en sont pas moins pures et agréables.

Et toutes contribuent à l'harmonie générale.

Bientôt, en étudiant la psychologie des chefs, nous passerons en revue les méthodes empiriques employées pour la recherche de l'Elite ainsi que les procédés plus scientifiques qui permettent, grâce à certains signes spécifiques du tempérament et du caractère, de faire une sélection utile et rapide des individus, signes qui désignent chaque sujet de bonne volonté, animé d'un bel idéal, pour l'Elite, à laquelle Kipling convie son fils dans les termes admirables que l'on sait et dont je me permets de rappeler au lecteur quelques passages :

« Si tu peux rester calme alors qu'autour de toi,
Tous ont perdu la tête et crient que c'est ta faute ;
Si tu peux croire en toi quand tous doutent de toi,
Et rester indulgent à leur manque de foi ;
Si tu peux espérer sans jamais te lasser,
Si, devant le mensonge, tu sais ne pas mentir ;
Si, te sachant haï, tu sais ne pas haïr.
. . . .
Si tu supportes d'entendre tes paroles véritables
Muées par des faquins en piège pour les sots.
. . . .
Alors, à toi la terre et tout ce qu'elle renferme,
Et, qui plus est, tu seras un homme, mon Fils !

MARGARINE ET BUTYRINE

La margarine doit sa naissance à la guerre.

Non pas celle-ci, ni même la précédente.

Pendant le siège de Paris, en 1870, Napoléon-III donna l'ordre de chercher un ersatz du beurre. Mouriès trouva cet ersatz dans la margarine. La Hollande en entreprit la fabrication commerciale et la margarine devint alors une partie essentielle de l'alimentation du soldat anglais, à qui il en était versé quotidiennement environ 42 grammes.

La margarine se fabrique généralement avec de la graisse de bœuf.

Une autre sorte tire son origine des huiles végétales, traitées de façon à les rendre consistantes ; c'est cette sorte qui a nom : butyrine. L'usage en est admis dans la fabrication des biscottes et de la pâtisserie en général.

L'on utilise généralement les huiles d'arachide, de coton et de soja. Elles sont raffinées, désacidifiées et décolorées jusqu'à obtenir un produit incolore, inodore et sans saveur. Elles sont ensuite mélangées de façon à atteindre un point de fusion déterminé, ni trop haut pour que le produit ne devienne pas indigeste, ni trop bas pour éviter qu'il soit trop mou.

On ajoute ensuite 10 à 30 % de lait dans le but de donner du goût ; à cet effet le lait doit préalablement être « mûri » par un ensemencement de cultures de bacille lactique et autres.

Le mélange est ensuite agité longuement pour arriver à un état d'émulsion satisfaisant. Ensuite de quoi l'on incorpore éventuellement un concentré de vitamines A et D. La présence de celles-ci peut être contrôlée par des procédés chimiques (méthode de Carr et Price, modifiée par Anderson et Nightingale), physiques (rayons ultra-violets) et biologiques.

On procède ensuite au refroidissement, qui doit être rapide pour empêcher la cristallisation et s'effectuer à 15°. Le produit ainsi obtenu est alors rendu homogène et additionné de 3 % de sel et 12 à 13 % d'eau.

Il se conserve bien à 12° pendant trois semaines ; une fabrication légèrement modifiée permet même de le garder six mois.

Il contient 84,8 % de graisse, 0,2 % de protéines et a une valeur nutritive de 3579 calories par livre (1). G. L.

(1) *Annali d'igiene*, juin 1940.

EN MANIÈRE DE MISE AU POINT

L'ENTENTE DIRECTE EXISTE-T-ELLE ENCORE EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ?

Divers arrêts de la Cour suprême ayant été publiés dans ces derniers mois à ce sujet, une controverse s'est élevée dans la presse médicale que nous avions espéré trancher par notre article du 18 mai dernier (*Concours médical*, page 908). Celle-ci reprenant de plus belle, nous venons aujourd'hui, à la demande de plusieurs lecteurs, préciser et développer notre thèse, et tenter une mise au point complète du problème.

Comment se pose-t-il donc ? Il faut tout d'abord distinguer entre le régime des soins à domicile ou au cabinet du praticien, et le régime de l'hospitalisation.

1° Soins à domicile ou au cabinet du médecin

L'article 4, §§ 1 et 2 de la loi du 9 avril 1898, dans son texte antérieur à la réforme de 1938, s'exprimait de la manière suivante : « Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux..., la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin ... Dans ces cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux, que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le Juge de paix du canton... conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre... »

Le système légal était donc le suivant : le médecin touchait directement de l'ouvrier le chiffre de ses honoraires fixé librement; il appartenait à l'ouvrier de se faire rembourser par son patron dans la limite du tarif ministériel. En outre, la loi spécifiait (art. 4, § 4) que le médecin pouvait actionner directement le chef d'entreprise. Le tiers-payant n'était pas obligatoire, mais simplement facultatif, et pour la commodité du praticien.

En fait les médecins traitants, bornant généralement leurs prétentions au montant du tarif ministériel, trouvaient plus simple d'user de l'action directe contre le patron ou son Assurance substituée, normalement d'une solvabilité supérieure à celle de leurs clients. Cette pratique tendit peu à peu à faire oublier le texte et l'esprit de la loi, de telle sorte que le « Sou médical » dut en faire rappeler les principes par la Cour suprême à de nombreuses reprises, c'est-à-dire toutes les fois où l'entente directe se justifiait par suite des ressources personnelles ou familiales de l'accidenté (salariés de situation aisée, patrons agriculteurs ayant adhéré pour eux-mêmes ou leur famille à la loi contre le risque professionnel).

Cette jurisprudence consolidant l'entente directe en notre matière était, avant la réforme de 1938, très fermement établie. Nous rappellerons simplement les arrêts de la Cour de cassation (Chambre civile) en date des 8 février 1932 et 30 mai 1938 reconnaissant l'existence d'une action de droit commun contre le blessé, soit en paiement des honoraires totaux, soit en complément d'honoraires en sus du tarif ministériel. Un adhérent du « Sou médical » s'étant cependant vu débouter dans un cas de ce genre par le Tribunal de la Seine en 1936, appui lui fut donné pour former un pourvoi en Cassation. La Cour suprême n'a rendu son arrêt que le 11 septembre 1940 et cet arrêt fut une magnifique consécration posthume de toute notre action antérieure. Il y est dit, en effet « qu'il résulte du choix du médecin par la victime d'un accident du travail un engagement contractuel qui engendre au profit de ce médecin une action personnelle et mobilière soumise à toutes les règles du droit commun, alors du moins que l'absence de mise en cause du chef d'entreprise ne donne pas à l'instance le caractère d'une action en réparation d'un accident du travail ».

Publiant il y a quelque temps cette décision, nous avions mis en garde nos lecteurs contre l'enthousiasme de certains commentateurs qui, se laissant aveugler par ce présent, oubliaient qu'ils se trouvaient, pour toutes les professions non agricoles, en face du simple vestige d'un passé disparu et qu'entre les faits (1931) le jugement (1936) et l'arrêt (1940), s'était produite la profonde réforme de 1938.

Que dit en effet l'art. 4 nouveau ? Dans son § 8, il s'exprime ainsi : « le chef d'entreprise est *seul* tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, taxés, par le Juge de paix du canton..., conformément à un tarif ... ».

Rappelant la lettre du texte, nous avions ajouté dans notre précédent article les précisions sur les travaux préparatoires de la loi propres à nous éclairer sur son esprit. La Commission devant la pratique constante des médecins, avait voulu limiter l'entente directe aux cas où elle se justifie en fait, c'est-à-dire aux salariés disposant de ressources supérieures au minimum vital (en l'espèce 12.000). Au cours de la discussion en séance publique devant le Sénat (à l'instigation, nous dit après coup le *Médecin de France*, de la Commission des finances), le membre de phrase : « Dans tous les cas où le salaire annuel de l'ouvrier

est inférieur au deuxième chiffre limite prévu par le § 3 de l'article 2 pour le calcul des rentes (12.000 francs) » qui précédait le début de l'article 4, § 8 actuel : « le chef d'entreprise est seul tenu », fut supprimé sur la demande de M. Even, président de la Commission (Débats parlementaires, Sénat, séance du 5 avril 1938, *J. O.*, page 482). Le vote qui suivit fut l'acte de décès de l'entente directe en matière d'accidents du travail (domaine agricole excepté).

Nos bons commentateurs, reconnaissant tout de même le caractère anachronique de l'arrêt de Cassation, mais repoussant du pied, sans même les examiner, tous ces arguments historiques, se bornèrent à invoquer que la jurisprudence ancienne avait toujours cours, « pour la raison péremptoire que la formule « le chef d'entreprise est seul tenu... » se trouvait déjà dans l'article 4 tel que l'a modifié la loi du 6 juillet 1920 ».

Ils prouvaient ainsi de manière péremptoire qu'ils ignoraient tout de la question. « *Le chef d'entreprise est seul tenu...* » ne figurait dans l'ancien art. 4 qu'à son paragraphe 3 *en ce qui concerne uniquement les frais d'hospitalisation* qui, tout compris, ne pouvaient dépasser le tarif de l'Assistance médicale gratuite majoré de 30 %. La seule exception à l'entente directe était autrefois, chacun le sait, le cas de l'hospitalisation où le tiers payant obligatoire avec tarif limitatif était institué. Cette exception est devenue purement et simplement le régime général (domaine agricole excepté) depuis la mise en vigueur de la loi du 1er juillet 1938.

Ne se tenant pas pour battu, notre contradicteur, avec une rare et louable obstination, reprend cependant son argumentation quelque peu transformée (il n'y manque en effet qu'un seul mot !) dans un tout récent article, et écrit cette fois, pour établir que la solution du 11 septembre 1940 vaut encore aujourd'hui, que la formule « le chef d'entreprise est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques » se trouve déjà dans l'ancien texte. A peu de chose près, c'est en effet la formule de l'ancien art. 4, § 2. Ce n'est certainement pas celle du nouvel art. 4, § 8 lequel stipule que le chef d'entreprise est SEUL tenu... » Ce petit mot que l'on supprime ainsi par un tour de passe-passe, a plus d'importance que ne le croit notre honorable contradicteur, et nous nous permettons d'espérer qu'il voudra bien enfin reconnaître de bonne foi son erreur.

Cette controverse n'aura point été cependant entièrement inutile, car elle nous aura permis de développer et de préciser notre pensée. Nous avons dit que le régime actuel des soins à domicile était actuellement, sauf dans l'agriculture, le régime antérieur de l'hospitalisation. Mais ce régime ne comportait point le tarif limitatif absolu. La jurisprudence, ainsi que nous l'avons déjà exposé (1), lui avait apporté diverses exceptions. En particulier, la Cour suprême reconnaissait aux patrons la possibilité de renoncer eux-mêmes, expressément ou tacitement, au tarif limitatif et de traiter avec le médecin sur la base du droit commun. D'autre part la même jurisprudence reconnaissait au médecin le droit de demander au chef d'entreprise des honoraires excédant le tarif ministériel en cas de lésions graves, ou de lésions ayant nécessité un traitement spécial. Rien ne nous autorise à penser que la Cour suprême n'étendra pas ces mêmes principes au régime général actuel, et le « Sou médical » serait éventuellement prêt à faire ouvrir ces quelques brèches dans le forfait du tarif ministériel. Mais en aucun cas, il ne peut s'agir là d'action directe contre le bénéficiaire des soins.

Pour en terminer avec ce chapitre, insistons encore sur le régime de l'agriculture, lequel, nous l'avons rappelé ci-dessus, échappe encore *provisoirement* à la réforme de 1938 en vertu de l'art. 31 § 3 de la loi elle-même. *Dans tout cas d'accident agricole, la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation garde son entière valeur*, et le médecin jouit toujours de l'entente directe.

2° Hospitalisation

Nous avons vu ci-dessus qu'au point de vue modalités de règlement (tiers-payant, tarif limitatif), le régime antérieur de l'hospitalisation était devenu le régime général. L'identité du régime des soins à domicile et du régime des soins à l'hôpital ou en maison de santé privée est rendue encore plus complète par la suppression du « tout compris » et du tarif de l'Assistance médicale gratuite majoré de 30 %. Dorénavant les mêmes honoraires médicaux sont dus dans les deux cas.

Ce changement de tarif ne doit point nous faire oublier les exceptions au principe du tarif limitatif résultant de la jurisprudence, que nous avons exposées plus haut. Si nous pensons qu'elles peuvent être étendues au cas des soins à domicile, *a fortiori* restent-elles valables en cas d'hospitalisation.

Le régime antérieur comportait — et par conséquent le régime agricole actuel comporte — une exception de plus, s'appliquant cette fois au principe du tiers-payant. Il s'agit du cas tout à fait particulier à l'agriculture, de l'exploitant agricole ayant adhéré pour lui-même à la législation contre le risque professionnel. Le tiers-payant serait en la circonstance la Compagnie d'assurances. Mais, réunissant sur une même tête la double qualité de patron et d'accidenté, cet exploitant, en faisant choix d'un médecin et d'une clinique privée, contracte personnelle-

(1) Voir *Concours médical* du 15 juin 1941, page 1808.

ment avec lui sur le terrain du droit commun ; cette double exception au tarif limitatif (engagement personnel du patron) et au tiers-payant (paiement des soins par le bénéficiaire des soins) recrée l'entente directe intégrale.

Une question s'est posée assez fréquemment en cas d'accident grave entraînant la perte de conscience du blessé. Dans ce cas, peut-on vraiment parler d'engagement personnel à l'égard du médecin, et la thèse développée ci-dessus s'applique-t-elle encore ? Oui, a répondu la Cour de cassation dans un arrêt célèbre du 8 février 1932 (Aff. Thiers c. Arthaud), car le médecin traitant de l'accidenté (ou tout autre tiers) qui l'a conduit chez le chirurgien s'est comporté comme « gérant d'affaires » dans l'intérêt de celle-ci et le chirurgien est ainsi fondé à réclamer à son client le montant de ses honoraires comme s'il avait traité avec lui.

Une affaire de ce genre s'est présentée il y a quelques années au « Sou médical ». Mal engagée devant la Cour d'appel de Caen, elle fit l'objet, en 1937 d'un arrêt méconnaissant cette jurisprudence antérieure. Un recours en Cassation fut tenté par nos soins, et le 7 janvier 1941, la Cour suprême rejetait notre pourvoi pour les motifs suivants : « C'est seulement d'après le droit commun qu'il faut rechercher si le médecin a une action contre la victime d'un accident du travail. Or, les juges du fond ont pu décidé souverainement qu'aucun contrat n'a pu intervenir entre le médecin et la victime, lorsqu'en raison de la gravité de la blessure elle était hors d'état d'exprimer une volonté consciente et réfléchie, et de choisir l'établissement où elle désirait être traitée. D'autre part, le médecin ne peut invoquer le principe de la « gestion d'affaires » pour la première fois devant la Cour de cassation ».

Ainsi exposé, cet arrêt ne détruit en rien le principe posé par l'arrêt de 1932 ; il se fonde uniquement sur une règle de procédure. Certain commentateur, pour qui cette question, vieille de près de vingt années, a pris l'aspect « d'une idée neuve semblant avoir quelque chose d'agressif qui n'est peut-être que le goût acide du fruit vert », parce qu'il ignore sans doute tout de sa genèse et de son historique, part en guerre avec une belle ardeur contre la Cour suprême, se flattant d'être le seul à dénoncer « ce pur scandale » qui « révolte » ses lecteurs, et se charge à lui tout seul de « faire reviser ce jugement », oubliant, s'il l'a jamais su, que la Cour de cassation rend des arrêts et constitue la Cour suprême de notre appareil judiciaire.

Il est vraiment dommage de dépenser et d'inviter le Conseil de l'Ordre à dépenser tant d'énergie... contre des moulins à vents ! La question reste réglée par l'arrêt « Thiers contre Arthaud ». Elle est d'autre part extrêmement limitée puisqu'elle ne concerne que l'agriculture, et dans ce domaine le cas très particulier des victimes inconscientes. Que tous nos adhérents se trouvant en face d'un tel cas nous confient dès l'origine leur affaire et nous ferons en sorte que l'erreur de procédure que nous avons exposée ne se renouvelle plus.

Conclusions

Cette controverse ainsi close, nous nous trouvons apparemment dans une situation bien curieuse, celle de défenseur du tiers-payant et du tarif limitatif, alors que le *Sou* et le *Concours médical* se sont toujours fait les champions de l'entente directe. Nous voudrions que l'on comprenne bien le but de notre article. Nous avons toujours eu devant les yeux, en matière de défense professionnelle, la notion d'efficacité maxima. Il s'agit de porter l'effort là où il est utile et non point de batailler à tort et à travers. Malgré nous, une loi a été votée en 1938 mettant à néant, par son texte et son esprit, les victoires jurisprudentielles que nous avions obtenues durant plus de vingt années. Ce n'est plus sur le terrain judiciaire, devant les Tribunaux, qu'il faut partir en guerre ; en attaquant leurs arrêts nous serions irrémédiablement battus, et cet échec risquerait de préjudicier au principe même que nous voulons défendre.

L'action efficace, c'est sur le terrain législatif, qu'elle doit s'exercer. On nous dira qu'il s'agit là d'une œuvre de longue haleine et que la réforme inverse est encore trop récente. Nous ne le pensons pas. N'oublions pas qu'actuellement nous sommes en constante révolution législative. Il est question de fusionner en un seul et même régime Assurances sociales et Accidents du travail, comme il en va dans plusieurs pays étrangers. Nous avons dit récemment nos craintes quant au maintien de l'entente directe dans les Assurances sociales. Mais actuellement la loi au moins n'en a pas encore enregistré la disparition. Si la fusion projetée se réalise, que l'Ordre veille à ce qu'elle signifie pour le Corps médical la généralisation du régime le plus libéral.

Il ne faut pas perdre de vue non plus le régime agricole, où actuellement il suffit de défendre ce qui existe. Nous avons dit déjà que les Assurances sociales agricoles devaient faire l'objet d'une modification complète, sur laquelle aucune précision n'est encore donnée. Il importe de veiller à ce que cette réforme ne soit point l'occasion de torpiller d'un même coup là encore l'entente directe dans les deux plus importants domaines de la médecine sociale.

Jean MIGNON.

ACUPUNCTURE CHINOISE

Ars tota in observationibus. (BACON)

L'ostracisme qui avait frappé en France les premières communications faites sur l'Acupuncture chinoise a complètement disparu et, tant au point de vue des malades que pour la recherche de la vérité, on ne peut que s'en féliciter.

De nombreux français se sont occupés d'acupuncture chinoise ; sans remonter aux essais parfois osés, de Cloquet, de Ledentu, de Velpeau..., on peut signaler la médecine chinoise de Dabry, la médecine et pharmacie en Chine de F. Regnault et surtout le Précis d'acupuncture de M. Soulié de Morant (1934), qui est encore actuellement à notre connaissance le seul ouvrage pratique en Europe.

Diplomate et littérateur, M. Soulié de Morant que de longs séjours en Chine avaient initié aux difficultés de la langue, a fait paraître, dès 1929, divers articles sur la question et actuellement, un traité complet en quatre volumes. (M. Soulié de Morant est, préciserons-nous, médecin chinois).

MM. Ferreyrolles, Bonnet, Lemaire, Lavergne, Martin..., pour ne citer que des noms du début, ont étudié ce même sujet qui a fait l'objet de plusieurs thèses pour le doctorat ; enfin, il existe des consultations d'acupuncture dans divers hôpitaux de Paris.

On voit donc que cette méthode n'est plus considérée comme une « chinoiserie » dans les milieux médicaux français.

Il serait d'ailleurs peu scientifique de vouloir continuer à nier des faits aussi évidents sous prétexte que nous ne les comprenons pas. « Il faut, a dit Cl. Bernard, soumettre son idée aux faits et ne pas hésiter à la modifier ou à l'abandonner selon ce que l'observation des faits indiquait ». Pron, dans un article du Vieux bistouri dont je n'ai pas retrouvé la date, fait remarquer : « Les Occidentaux tiennent pour existant ce que leur montrent ou leur font connaître leurs instruments, (lesquels ne sont pas toujours exempts d'illusions »), ils nient l'existence de tout le reste, or, ce reste constitue presque tout le monde extérieur puisque nos sens ne sont accordés que pour percevoir environ le septième des vibrations qui nous entourent ; la science n'est pas immuable, la physique moderne étudie les infra-rouges et les ultra-sons ; hier, elle les aurait niés. Au nom de la Science, on n'a donc pas le droit de dire que tel ou tel phénomène ne peut exister parce qu'il est soustrait à nos investigations ou parce que nous ne le comprenons pas ».

Une opposition scientifique obstinée a voulu s'opposer à la publication du mémoire de d'Arsonval sur l'emploi médical de la haute fréquence et, dans un autre domaine, des mathématiciens distingués se sont refusés à admettre l'existence de tirs par canons à très longue portée.

L'anatomie, la physiologie ou l'histologie ne peuvent nous donner une explications vraie de la production ou de la disparition de la douleur, qu'on s'adresse au système cérébro-spinal, au sympathique ou à l'innervation double. Nous admettons les travaux de Lennander, de Head, de Mackenzie, les remarquables recherches et résultats du Professeur Leriche. Sont-ils plus explicables que les faits relatés par l'Acupuncture, laquelle a du moins derrière elle cinquante siècles d'expérience et de principes inchangés dans leur essence malgré des vicissitudes variées?

Il ne faut pas oublier qu'à une époque où l'Europe était encore en enfance, la Chine possédait déjà une civilisation remarquable. Bien souvent, nous redécouvrons ce que les Chinois avaient signalé : ils connaissaient l'opothérapie et la physiothérapie, ils attachaient une grande importance aux réactions des organes les uns sur les autres, relations dont beaucoup nous sont encore inexplicables, à l'influence de la saison, du moment de la journée. Or, nous reconnaissons maintenant l'existence des maladies saisonnières, nous savons que des périodes chirurgicales sont néfastes...

Cooper et Schiff, puis Brodus et Dublin de la Clinique Mayo ont constaté d'importantes variations diurnes et nocturnes de la mitose. Douglas Webster enfin, a signalé une activité périodique spéciale des tumeurs et a proposé d'appliquer cette notion pour le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique opératoire.

D'après Spillmann, en particulier, la positivité de la réaction de Wassermann serait plus fréquente au printemps.

Une anatomie fantaisiste, s'opposait, dit-on, à toute recherche sérieuse ; ce serait exact si les Chinois avaient considéré la médecine sous le même aspect que nous, qui voulons mettre *sur tout*, une étiquette anatomique, histologique, physiologique, voire même « essentielle ou *sine materia* ». Il serait plus courageux de dire plus simplement, comme l'avait proposé le regretté Martinet, cryptogénique.

Or, les Chinois n'avaient nul besoin de connaître l'anatomie pour faire de l'acupuncture, l'organe ne les intéressant pas, mais seulement la fonction. Ils ont le Vaisseau gouverneur, le Vaisseau de conception ; le foie est le général chef de la stratégie, le cœur est le prince du corps, les poumons sont les ministres qui régularisent les fonctions... Les méridiens, lignes suivant les-

quelles circule l'énergie ne correspondent à rien en anatomie européenne.

La connaissance interne précise du corps leur était donc inutile et on peut se demander, (supposition toute personnelle), si l'inventeur de l'acupuncture ne fut pas un bourreau intelligent qui, frappé par certains réflexes des patients soumis à ses vivisections savantes, s'y intéressa et fit, *in anima vili*, des expériences auxquelles ne pouvaient s'opposer ses clients ?

Il nous faut bien reconnaître au surplus que les Asiatiques, (question de culture plus ancienne ou différente), ont des facultés que nous ne possédons pas. Considérons par exemple, une des fantasmagories courantes chez eux, sans parler naturellement des charlatans, celle de la corde du fakir, et admettons la suggestion : un Occidental est-il capable sans artifices et en plein jour, de réaliser de tels faits de suggestion collective ?

Bien que le milieu médical soit revenu de ses préventions du début, nous avons pensé devoir écrire les lignes précédentes ; si nous enfonçons ainsi des portes ouvertes, tant mieux, il ne suffit plus maintenant de ne pas nier, il faut essayer de comprendre la philosophie orientale.

La théorie chinoise de la vie se résume dans la circulation de l'énergie, principe vital résultant de l'équilibre instable, de la transformation continuelle l'un dans l'autre de deux éléments le Inn et le Yang ; rien n'est Inn absolu, rien n'est Yang absolu, c'est un tourbillonnement incessant, idée qui a d'étroites relations avec nos connaissances actuelles sur la constitution de la matière ; le Inn, c'est la nuit, l'obscurité, le repos ; le Yang, c'est le jour, le soleil, l'activité.

Cette doctrine a été émise (ou reprise) par l'école pythagoricienne : il y a deux chemins, le chemin qui descend, par lequel le feu se transforme en eau, puis en terre, le chemin qui monte par lequel la terre et l'eau redeviennent du feu ; l'univers est régi par une alternative qui se marque dans l'opposition du jour et de la nuit, de l'hiver et de l'été... Ce n'est pas le calme et l'uniformité, mais la variété, la différence, l'opposition qui constituent la réalité des choses, la vraie unité est l'harmonie d'éléments opposés...

Pour les Chinois, la santé est donc l'équilibre de ces deux éléments et toutes leurs médications, interne et externe, se ramènent à tonifier ou à calmer le Inn ou le Yang suivant le cas.

Comment les Chinois, non anatomistes, font-ils leurs diagnostics ? C'est là le côté le plus mystérieux, mais le plus passionnant, pensons-nous, de la méthode, car pour ce qui est des piqûres, nous connaissions déjà l'utilité de la révulsion appliquée en certains points appropriés et aussi les réflexes cutanés, tout au moins comme moyens de diagnostic. Pour eux, la circulation de l'énergie se fait suivant des lignes bien déterminées dont chacune correspond à un organe ou une fonction.

L'état fonctionnel des organes se reflète en des points précis de l'artère radiale, là où nous avons coutume de prendre le pouls, mais alors que nous n'apprécions qu'une seule sensation, les Chinois eux, trouvent à chaque main trois points, superficiel et profond, où le pouls est différent de son voisin.

A vrai dire la théorie du pouls telle que nous l'enseignent les traités de physiologie, est-elle bien satisfaisante ? Est-ce que les déductions que nous pouvons tirer des indications fournies par les multiples appareils de prise de tension artérielle ne sont pas souvent décevantes ? Pourquoi ne pas chercher autre chose surtout quand l'occasion nous en est offerte ?

Essayons donc, à titre de curiosité, si vous voulez, d'examiner le pouls à la façon des Asiatiques : pour cela nous mettrons le médius sur la gouttière radiale, au niveau de l'apophyse, l'index et l'annulaire se trouvent posés de part et d'autre, les doigts perpendiculaires à l'axe de l'avant-bras. Appuyons successivement en chacun de ces points, doucement, puis un peu plus fort sans cependant écraser l'artère : nous aurons la surprise d'éprouver à chacun de ces gestes, une sensation différente, parfois même en l'un de ces points et pas à côté, superficiellement ou profondément, nous ne percevrons rien.

Si nous jugeons, nous Européens, n'en pouvoir tirer aucune indication utile, contrairement à ce que font les Asiastiques et les médecins qui pratiquent l'acupuncture, du moins ne pourrons-nous en nier la matérialité.

Pour les Chinois, chacun de ces points renseigne sur le fonctionnement des principaux systèmes qu'ils reconnaissent, des organes, mais aussi de fonctions spéciales. Ceci choque tout naturellement nos connaissances ; est-ce cependant une raison pour ne pas faire cet essai ?

Aux principales objections faites contre la réalité de ces diverses sensations, nous répondrons :

1° Tout médecin saura appuyer de façon uniforme pour éliminer cette cause éventuelle d'erreur ;

2° La nature différente du terrain sur lequel se trouve l'artère aux divers points, ne peut expliquer des sensations variables, mais les mêmes en un même point chez des sujets reconnus sains cliniquement ;

3° Pourrons-nous nier l'absence d'une pulsation, généralement à intervalles réguliers, en un seul point ?

4° Pourrons-nous ne pas avouer qu'une piqûre faite en un point déterminé par la pratique chinoise, a calmé un pouls trop fort ou tonifié un pouls imperceptible ; en même temps d'ailleurs, le malade non prévenu dira qu'il sent une sorte de « mouvement » ?

Les Japonais, férus pendant une période des sciences occidentales dans lesquelles beaucoup

étaient devenus des maîtres, reviennent à l'étude de l'acupuncture ; ils ont construit des appareils qui inscrivent les divers tracés de ces sensations.

Pour être complet, nous devons ajouter cependant que certains ne croient pas à l'utilité des pouls ou discutent leur interprétation, mais est-ce que chez nous, telle intervention jugée indispensable et urgente par l'un, ne sera pas parfois qualifiée d'inutile et même de dangereuse par le voisin ?

Il est vrai que pour rivaliser avec le doigté des médecins chinois, qui trouvent 28 aspects différents à chaque pouls, il faudrait, et beaucoup de temps et un moniteur patient ; il nous faut suppléer à cette insuffisance au moyen de nos procédés classiques.

L'emploi du mot pouls employé dans un sens si différent de ce à quoi nous sommes accoutumés, pouvant donner lieu à confusion, nous avons proposé d'employer de préférence le terme « Indices pulsatoires radiaux ».

On fait encore deux objections d'ordre général : mortalité très élevée en Chine, en contradiction avec la soi-disant supériorité de l'acupuncture, état actuel arriéré des Chinois, à notre point de vue. Ils répondent ici que le progrès n'existe pas, c'est une illusion de l'esprit, on parvient du premier coup au degré de vérité qu'il nous est possible d'obtenir, car le principe essentiel des choses nous échappera toujours. Sont-ils sages ? Sommes-nous fous ? Montaigne avait dit : « Que sais-je »

Quoi qu'il en soit, c'est une erreur, à notre avis, de vouloir actuellement intégrer l'acupuncture dans nos connaissances, c'est vouloir chercher la solution d'un problème dont les données nous seraient fournies dans une langue inconnue : plus tard, quand nous comprendrons la philosophie chinoise, nous pourrons essayer d'accorder la méthode avec nos habitudes, (ou bien le contraire ?), mais ce sera alors avec un point de départ exact. « C'est une flatterie pour notre amour-propre que de se représenter les faits sous une forme rationnelle, mais l'esprit humain fausse les règles des phénomènes en les soumettant aux règles de sa logique, la nature ne suit pas toujours la ligne droite pour arriver à son but » (Nicolle).

Les indications de l'acupuncture sont multiples surtout dans les algies et les troubles fonctionnels. Au début d'une lésion ou bien quand il y a un arrêt, elle peut aussi donner des résultats ; en supprimant les spasmes, elle rompt le cercle vicieux et la fonction peut réapparaître. Mais l'acupuncture n'est pas une panacée, ce n'est la prétention de personne, pas même des Chinois.

Les échecs de l'acupuncture tiennent parfois à un emploi inopportun ou à une technique défectueuse, mais souvent aussi à un manque de persévérance ; à côté de résultats presque miraculeux par leur instantanéité (crises d'asthme, angor, vrai ou pseudo, névralgies faciales), à côté donc de résultats immédiats, il faut souvent plus de patience dans les états chroniques.

Dr Giraud (Besançon).

L'HYGIÈNE A BORD DES SOUS-MARINS

E.-W. Brown (*U. S. Naval Institute Proceedings*, nov. 1940) expose avec quel soin doit procéder la sélection des équipages embarqués sur les submersibles.

Non seulement il y faut des hommes jeunes et robustes, mais aussi qu'ils soient doués d'une vision et d'une ouïe parfaites, qu'ils soient capables de résister à une dépression brusque de l'ordre de 3 kgr. 5 par cq. s'exerçant sur la membrane du tympan ; c'est une des conditions nécessaires au sauvetage avec les appareils dont on dispose aujourd'hui. L'équilibre nerveux doit être parfait ; un calme absolu est de règle pour ce genre d'activité difficile et périlleuse.

Durant l'immersion, la respirabilité de l'air doit être surveillée de près ; la limite maxima de CO_2 est de 3 % et la limite minima de O de 17 %.

La température élevée, l'humidité sont des conditions inhérentes au sous-marin et difficiles à combattre. Si l'engin vient à être immobilisé en profondeur, machines arrêtées, la température intérieure baisse, étant donné la température des couches profondes de l'eau.

En cas de catastrophe, quand l'eau de mer pénètre à l'intérieur, si elle atteint les batteries d'accumulateurs, le chlorure de sodium s'électrolyse et il se dégage du chlore, en quantité rapidement mortelle.

Il peut se former en outre divers gaz toxiques, tels que du chlorure de méthyle et de l'arsenic.

D'autres accidents sont encore possibles. C'est ainsi que Jacobelli (*Ann. di Int. nav. e col*, nov. 1940) rapporte le cas d'une intoxication mercurielle collective à bord d'un sous-marin. Elle fut provoquée par l'échappée d'une notable quantité de mercure hors d'un appareil par suite de la rupture d'un tube. Ce sont probablement les vapeurs qui ont causé l'intoxication ; 14 personnes en furent victimes, présentant : glossite, stomatite, avec ulcérations nécrotiques, albuminurie. Il y eut un mort par diarrhée, entérorragie et azotémie.

G. L.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

La chaire de clinique chirurgicale infantile de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Ombredanne).

La chaire de clinique médicale infantile et puériculture de la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse (dernier titulaire Mlle Condat).

La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse (dernier titulaire M. Martin-Sans).

La chaire d'anatomie médico-chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse (dernier titulaire M. Dieulafé).

Est déclarée vacante au Muséum national d'histoire naturelle :

La chaire de physiologie générale.

(*J. O.*, 22 juillet 1941)

La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Balthazard).

La chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Mondor.)

Un délai de vingt jours à compter de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 24 juillet 1941.)

Inspection médicale de la santé

Mme le Docteur Giorgi-Eragne est reclassée en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé, à compter du 1er octobre 1940, à la 2e classe du grade.

Mme le Docteur Giorgi-Eragne est mise en disponibilité, sur sa demande, à compter de la même date

(*J. O.*, 21 juillet 1941.)

M. le Docteur Lemoyne, médecin inspecteur adjoint de la santé du Finistère, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er juillet 1941.

Mlle le Docteur Anselme, directrice du bureau d'hygiène de Chambéry, est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Savoie, en remplacement de Mme Giorgi-Eragne, non installée.

Mme le Docteur Chrétien, directrice du bureau d'hygiène de Saint-Nazaire, est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente.

M. le Docteur Alsac, médecin inspecteur adjoint de la santé d'Ille-et-Vilaine, est affecté, en la même qualité, dans les Hautes-Pyrénées.

M. le Docteur Lesbroussart, médecin inspecteur de la santé, placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940, est mis en position de disponibilité spéciale à compter du 8 juin 1941.

(*J. O.* 26 juillet 1941.)



Retrait de la nationalité française

La nationalité française a été retirée aux médecins suivants :

Charapanovsky (Joseph-Isaac), 116, rue du Faubourg Saint-Martin, Paris. (*J. O.*, 13 juin 1941.)

David (Elie), Saint-Julien de Sault (Yonne).

Kam-Kahan (Louis), 5, rue d'Enghien, Paris. (*J. O.*, 15 juin 1941.)

Padeano (Alexandre-Gabriel-Achille), Crécy-sur-Serre (Aisne). (*J. O.*, 16 juin 1941.)

Rosinberg (Isaac-Leizer), 66, boulevard Barbès, Paris (résidant actuellement à Oresne (Indre.)

Fischer (Alfred), 14, rue de Bretagne, Paris. (*J. O.*, 17 juin 1941.)

Barer (Ghers), Serrières-de-Brior (Ain.)

Cegelnicki (Chaim), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire.)

Kaniensky (Jacques), 29, rue duMarché, Cuise-la-Motte (Oise.)

Marcovici (Moïse), Villapourçon (Nièvre.)

Sohelman (Marc), Croissy-sur-Andelle (Seine-Inférieure). (*J. O.*, 18 juin 1941.)

Tchaian (Yervant), 1, Villa Robert-Lindet, Paris. (*J. O.*, 5 juillet 1941.)

Jurman (Simon-Hirsz), 8, rue de la Harpe, Paris. (*J. O.*, 6 juillet 1941.)

Auslander (Marcel), Montrond-les-Bains (Loire.)

Babock (Béralil), 31, boulevard Rochechouart, Paris.

Balbus (Séverin), 7, rue de Lancry, Paris.

Baeulin (Ber dit Bernard), 1 avenue des Gobelins, Paris.

Blass (Szulin-Hersz), 21, place de Rungis, Paris.

Brill (Marius), Royan (Charente-Inférieure).

Jesover (Ichill), 56, rue de Monceau, Paris.

Kardos (Nicolas), 30, rue des Batignolles, Paris.

Kern (Ernst-Reinhold), Bussières (Loire.)

Szteju (Adam), 2, rue Emile-Zola, Jarnac (Charente.)

Veisman (Stew-Leib), Pontarion (Creuse). (*J. O.* 7 juillet 1941.)

Isaksohn (Samuel), 33, avenue de la Gare, Perpignan.

Kohn (Joseph), 6, rue Jean-Reboul, Perpignan.

Krauler (Heenrich), Amélie-les-Bains, (Pyrénées-Orientales.)

Sfart (Emile), à Collioures (Pyrénées-Orientales).

Vaisbuch (Avram), Grande Rue, Arrou (Eure-et-Loir.)

Agopoff (Noubar), 28, Grande Rue, Créteil (Seine.)

Beinglas (Sam), 32, rue des Ecoles, Paris.

Bernard (Charles), 32, boulevard J.-Garnier, Nice.

Dorfman (Motcl dit Marcel), Pussy (Seine-et-Oise.)

Eister (Khaïm dit Henry), 4, rue Anthoard à Grenoble et 11, rue de Serre à Nancy.

Pail (Gabriel), 13, boulevard Gambetta, Grenoble.

Rosenfeld (Marcu), à Clessé (Deux-Sèvres). (*J. O.*, 9 juillet 1941.)

Kaudelman (Mendel), 6, Cité d'Angoulême, Paris. (*J. O.*, 8 juillet 1941).

Herscu (Aron-Moïse), 5 *bis*, rue de l'Asile Popincourt, Paris.

Goldschlager (Hersch), Viry-Chatillon (Seine-et-Oise.) (*J. O.*, 23 juillet 1941.)




ÉCHOS & COMMENTAIRES

TARIF LIMITATIF EN MATIÈRE D'ASSURANCES SOCIALES. — MÉDECINS FRANÇAIS ET ÉGYPTIENS. — LES CABINETS MULTIPLES. — INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE. — ENCORE LA RÉPARTITION DE L'ESSENCE.

L'article que nous avons fait paraître sur cette question, nous a valu de nombreuses approbations — et quelques observations. Nous sommes heureux des premières, et nous voulons répondre aux secondes.

Nous nous sommes laissé dire tout d'abord que le communiqué, objet de notre protestation, confirmé au reste par la circulaire du ministre du Travail que nous publions ci-dessus, page 1395, avait été rédigé à la demande des Caisses par le ministère du Travail, et qu'il engageait le Conseil supérieur de l'Ordre sans que ce dernier ait été consulté.

Nous serions heureux qu'une telle éventualité fût vraie et que les chefs de la corporation médicale n'aient point accepté contre les libertés du praticien d'aussi noirs projets. **Nous serions bien plus heureux encore si le Conseil supérieur, en un bref communiqué, venait démentir nos craintes et démontrer publiquement qu'elles étaient sans fondement.**

Il ne suffit point, en effet, dans une question de cette gravité, de laisser les Conseils départementaux face à face avec leurs responsabilités.

Par ailleurs, une importante personnalité de l'ancien syndicalisme s'élève contre la comparaison que nous avons faite entre les accords préconisés par l'ancienne « circulaire 87 » et les « accords actuels » dont nous avons écrit qu'ils n'en étaient que la réédition et l'aggravation.

Précisons notre pensée. Ce qui est une réédition, c'est, avant tout, les prétentions des Caisses et l'offensive qu'elles mènent contre l'entente directe. Ce qui est une aggravation, c'est la concession nouvelle que le Corps médical se voit menacé de consentir.

Les anciens accords — nous l'avons rappelé — tendaient surtout à stabiliser les tarifs *minima*, sauf hausse du coût de la vie de plus de 20 %. Leur application actuelle n'eût point entraîné, bien au contraire, le blocage et la limitation automatique contre laquelle nous nous élevons.

***

Il y a *un* médecin égyptien exerçant en France, *un seul*, et le Conseil départemental de l'Ordre, dans le département où il exerce, lui a fourni une attestation de moralité et de parfaite courtoisie confraternelle.

Il y a une cinquantaine de médecins français exerçant en Egypte, la plupart évidemment étant au service de la Compagnie de Suez.

Est-il opportun néanmoins d'expulser *le* médecin égyptien, qui a fondé au surplus une famille française, et de courir le risque, le ministre plénipotentiaire ayant été saisi, de voir cinquante médecins

français expulsés d'Egypte, et l'influence française contestée et sapée en représailles ?

***

Dans le *Bulletin médical* du 26 juillet, le Docteur Gabriel Batier étudie la question des cabinets multiples dans un esprit, semble-t-il, impartial et avec l'unique critérium de l'intérêt du malade.

A cette lumière, le Docteur Batier arrive à des conclusions jumelles de celles qui ont été soutenues ici-même : avant tout, éviter l'application aveugle d'une réglementation qui demande au contraire de la souplesse.

Distinction est faite par lui entre omnipraticiens et spécialistes.

Chez les omnipraticiens, l'auteur soutient que le cabinet multiple est en principe à rejeter, à l'exception de certains secteurs géographiques particulièrement déshérités.

Chez les spécialistes, au contraire, le cabinet multiple serait, dans de nombreux cas, utile afin d'assurer au maximum la dissémination des soins, — sous deux réserves cependant : le cabinet secondaire ne doit pas empêcher le spécialiste de satisfaire au premier appel d'urgence du malade ressortissant du cabinet principal ; il doit répondre aux conditions de dignité que le respect de la profession exige, et être pourvu d'une installation matérielle identique à celle du domicile professionnel.

Ainsi le Docteur Batier effleure à ce sujet particulier, le problème de la surveillance des spécialistes.

Est-il exact que le Conseil supérieur de l'Ordre envisage à l'heure actuelle de créer des organismes spécialement chargés de ce contrôle ?

Quelle serait la composition de ces Commissions ?

On aperçoit qu'elles pourraient être utiles. Mais ne seraient-elles pas aussi bien dangereuses, si notamment elles comprenaient des concurrents directs ou indirects des médecins soumis à leurs investigations ?

***

Certains Conseils départementaux de l'Ordre sont plus royalistes que le Roi. Ils inscrivent *provisoirement* au Tableau les médecins qui ont rempli le questionnaire officiel. Mais, avant de prononcer l'inscription définitive, ils demandent à ceux-ci un nombre imposant de pièces certifiées, légalisées, tamponnées et paraphées.

Si Roy il y a, nous serions donc au royaume de la paperasse et de la formalité.

Or, qu'on se le rappelle, la forme tue l'esprit. Et, dans la France actuelle, nous n'avons vraiment pas besoin de la forme pour cela.

***

Que voilà donc une irritante question ! Que l'on se hâte de la résoudre avant que le proche avenir ne mette tout le monde d'accord devant une pénurie absolue de ce précieux carburant.

Autant de lettres, autant de réclamations... et virulentes. Nous nous sommes même laissé dire que « des mots » auraient été échangés entre certain haut personnage gouvernemental et tel Conseil départemental particulièrement revendicateur.

A la vérité, des améliorations sensibles pourraient être apportées à deux des échelons de la répartition.

D'abord, au stade du département, il semble que les S. P. soient attribués avec une grande fantaisie et que les attributions d'essence entre les différents corps de métiers et individus intéressés s'inspirent plus de la faveur et de l'intrigue que de la notion d'utilité sociale. L'effort principal devrait être tenté

là et des suggestions et représentations seraient à faire aux Préfets, au nom du Corps médical. De plus, souhaitons que les règles de répartition entre les membres du Corps médical de chaque département soient uniformisées, et qu'une même proportion soit attribuée dans toute la France aux médecins urbains par rapport aux médecins ruraux, avec fixation rigide du chiffre de population nécessaire pour faire qualifier d'urbaine une agglomération. A notre sens, une diversité harmonieuse de régimes aurait été nettement préférable, mais tant de querelles locales se trouveront ainsi dénuées d'aliment, qu'il faut opter résolument pour l'uniformisation.

Au fait, le Conseil supérieur ne va-t-il pas assumer lui-même la tâche de répartiteur ? Si oui, nous espérons qu'il saura aussi défendre vis-à-vis des autorités administratives les intérêts du Corps médical et de la Santé française.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.761. — Soins donnés aux civils français, occupés par les Allemands, victimes d'accidents du travail

Je m'autorise comme membre du Sou médical et vieil abonné du *Concours* à vous demander un avis sur un différend avec la Caisse des Assurances sociales couvrant les accidents du travail survenant aux Français qui travaillent pour les Allemands.

J'ai du opérer de hernie une jeune femme travaillant comme cuisinière pour le compte des Allemands. Quelle est la marche à suivre pour obtenir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux ?

Le règlement des frais en question, je ne sais pour quelle raison est tout différent de la tarification des actes opératoires prévue pour les accidents du travail.

Mon opérée est censée avoir été hospitalisée une journée et visitée ensuite à domicile, ainsi qu'il résulte du décompte de la Caisse. Mais je ne vois pas pourquoi il m'est alloué 224 francs pour une opération tarifée 825.

Je vous adresse la correspondance échangée avec la Caisse en vous priant de me donner votre avis.

Dr C.

Réponse

Le régime des soins donnés au personnel civil occupé par l'administration allemande, notamment en matière d'accidents du travail, est réglementé par une circulaire ministérielle du 9 octobre 1940.

Aux termes de cette circulaire, « les Caisses d'assurances sociales maladie et maternité auront à couvrir le risque d'incapacité temporaire en matière d'accidents du travail pour tous les travailleurs qui auront fait l'objet du versement de la contribution spéciale de 4 %... », c'est-à-dire pour tous les assurés sociaux. « La procédure du règlement des réparations prévue par la loi du 9 avril 1898 sera suivie par la Caisse d'assurances sociales à laquelle sera affilié l'accidenté. La Caisse assurera immédiatement à l'accidenté, et pendant la durée de l'incapacité temporaire. les soins médicaux et pharmaceutiques, et le cas.

échéant l'hospitalisation dans les conditions fixées par la législation sur les accidents du travail. Les praticiens et les établissements hospitaliers adresseront à la Caisse leurs notes de frais et honoraires. Ces notes devront être réglées sur la base de la loi du 9 avril 1898 ».

Avant le 1er juillet 1938, les accidentés hospitalisés ne donnaient lieu qu'au versement d'une somme égale au tarif de l'assistance médicale gratuite, majorée de 30 %.

Mais l'une des principales dispositions de la loi du 1er juillet 1938, du point de vue médical, a été justement d'abolir le « tout compris » prévu antérieurement par l'art. 4, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898.

Aux termes du nouvel article 4, paragraphe 9, en cas d'hospitalisation dans un établissement public, l'employeur est seul tenu au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans la salle commune, et des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens, conformément au tarif de responsabilité patronale fixé à l'alinéa précédent.

Toujours d'après ce même article, dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée, dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, l'employeur, seul tenu au remboursement des frais, ne le sera que dans les limites du tarif des établissements publics hospitaliers.

Le tarif de responsabilité patronale, auquel il est fait allusion, est le tarif ministériel des accidents du travail établi par l'arrêté du 5 mai 1939 dans son article 30. Ce tarif stipule que les honoraires à l'hôpital public et en clinique privée incombant aux employeurs sont soumis aux dispositions générales suivantes :

Les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention sont les mêmes que ceux prévus au présent arrêté pour les soins au domicile ou au cabinet.

C'est donc bien suivant la tarification des accidents du travail que vous avez vous-même appliquée, que vous devez être payé par la Caisse.

Si le directeur de la Caisse ne se rend pas à vos raisons, il y aurait lieu de poursuivre la Caisse devant le Juge de paix du lieu de l'accident, en suivant exactement la même procédure qu'en matière d'accidents du travail ordinaires.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

3789. — Appareil platré pour fracture du péroné

J'ai encore recours une fois de plus à vous pour me donner des précisions sur une intervention que je ne trouve pas dans le tarif des accidents du travail.

Il s'agit d'un plâtre pour fracture basse du péroné avec très peu de déplacement, mais parce qu'il y avait un léger diastasis qui tendait à s'accroître.

En outre, par suite de la diminution considérable de l'œdème, je me vois dans l'obligation de renouveler ce plâtre.

Dr P.

Réponse

a) J'ai toujours conseillé, quand on a été obligé de faire un plâtre (justification à fournir) pour une fracture du péroné, de demander 65 francs par analogie avec « fracture et appareil plâtré pour un seul os de l'avant-bras » (art. 19).

b) Pour « réfection de plâtre » on doit prendre « moitié du prix indiqué pour le plâtre primitif, avec maximum de 100 francs (art. 19).

Dr F. DECOURT.

3715. — Location d'un appareil de contention pour fracture

Je soigne un accidenté du travail atteint d'une fracture du col chirurgical de l'humérus. Dans l'impossibilité de faire une réduction suivie d'appareil plâtré, j'ai appliqué l'appareil à extension continue de Pouliquen.

Cet appareil appartient à la clinique. Pouvons-nous demander un prix de location à la Compagnie d'assurances ou bien cette location est-elle incluse dans le « tout compris » puisque le blessé est hospitalisé?

Dr M.

Réponse

Texte en main, je ne sais pas sur quoi vous pourriez vous baser pour demander le prix de location d'un appareil pour « contention » d'une fracture de l'humérus, alors que le prix de 220 francs indiqué à l'art. 18 est marqué pour « réduction et contention d'une fracture » ; et cela que le malade soit traité chez lui ou dans une clinique privée, puisqu'il est dit (art. 30) que les honoraires d'une intervention sont les mêmes pour soins donnés à un blessé hospitalisé, ou au domicile du malade, ou au cabinet du médecin.

En tous cas, s'il s'agissait d'un appareillage très important (comme un lit articulé par exemple) la location ne pourrait être réclamée qu'à l'amiable par un accord préalable entre le médecin traitant et le médecin du patron ou de l'assureur substitué, accord qui me paraît facile à établir s'il y avait nécessité pour la bonne guérison du blessé.

Dr F. DECOURT.

3872. — Ponction lombaire - Certificat Visite dominicale - Transport du blessé

Voulez-vous me faire savoir :

1° Le tarif accident du travail pour une ponction lombaire.

2° Le prix d'un certificat de décès pour accident du travail.

3° Ayant accompli pour un accidenté du travail deux visites le dimanche, en cours de maladie, dois-je en majorer le prix de 50 %, comme pour les visites *demandées* le dimanche.

4° Enfin, appelé près d'un blessé victime d'un accident du travail, j'ai dû le conduire en voiture, du lieu de l'accident chez moi, puis chez lui, que dois je compter à la Compagnie ?

Dr C.

Réponse

1° Ponction lombaire : 60 francs (art. 16).

2° Un certificat de décès pour la mairie n'est pas du ressort du tarif de responsabilité patronale, mais le prix en incombe à la famille du décédé qui le demande.

Si le patron ou l'assurance demande un rapport sur les causes du décès de l'accidenté, c'est à eux à le payer au prix de 20 francs, par analogie avec « certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave ». (art. 36).

3° Toute visite « nécessitée » un dimanche ou jour férié, est tarifée avec majoration de 50 % (art. 3-b).

4° Le transport d'un blessé n'est plus question de tarif « médical », mais acte de « loueur de voiture ». Toutefois, le médecin qui s'est trouvé, faute d'autre moyen, dans l'obligation morale d'effectuer d'urgence un tel transport, peut s'entendre à l'amiable avec le patron ou assureur pour rentrer dans ses frais.

Dr F. Decourt.

b) Assurances sociales

3537. — Accouchement complexe avec sa série normale de majorations

Quelles indications dois-je porter sur le livret de maternité d'une assurée sociale pour le cas suivant : accouchement gémellaire : premier enfant, présentation du sommet, application de forceps au détroit moyen. Deuxième enfant : présentation de l'épaule, version podalique par manœuvres internes.

Dr C.

Réponse

Vous avez à marquer, d'après le tarif de réassurance, qui est d'ordre national et que ne saurait dépasser aucune Caisse, sans perdre ses droits à la réassurance (je prends le tarif des villes au-dessous de 200.000 habitants et tous autres lieux au dessous) :

1° Accouchement simple domicile : 325 francs ;

2° ... en cas d'accouchement gémellaire : majoration de 100 francs, (donc 425 francs) ;

3° Majoration en cas de dystocie :

a) Application de forceps : 150 francs ;

b) Version par manœuvres internes : 200 francs.

Conclusion. — Pour votre cas, assez complexe d'ailleurs, avec une cascade de majorations : 325 + 100 + 150 + 200 = 775 francs. (Il est noté avant le tableau des majorations pour dystocie : « Les tarifs fixés au paragraphe 2 du présent chapitre (accouchements simples) sont majorés en cas d'accouchement dystocique, *en sus* des majorations prévues en cas d'accouchement gémellaire, comme suit, etc...).

Donc, la cascade de majorations établie plus haut est bien légitime, (texte du tarif de réassurance en main).

Dr F. Decourt.

c) Pensionnés de guerre

2.902. — Extraction d'un éclat d'obus profondément implanté dans le sacrum

Je vous serais obligé de me donner votre avis sur le cas suivant concernant un mutilé de la guerre 1939-1940, titulaire d'un carnet de soins.

Je lui ai enlevé un éclat d'obus entré par voie postérieure, au voisinage de l'articulation sacro iliaque, et profondément inclus dans le sacrum, au voisinage de la deuxième pièce sacrée, à une profondeur de 7 centimètres dans l'os, soit presque au contact de la face antérieure de l'os.

Pour cette ablation j'ai dû faire, par voie postérieure, tantôt à la gouge frappée, tantôt à la pince gouge, une résection d'une partie importante du sacrum (près de 30 grammes d'os sec). Par ailleurs, malgré les radiographies préalables, un repérage radioscopique a été necessaire au cours de l'intervention.

Comment dois-je tarifer cette intervention ? C'est aussi difficile que de la faire

Dois-je noter « projectile intrapelvien » (800) alors que le projectile était dans la paroi et non dans la cavité pelvienne ?

Dois-je noter « corps étranger profond nécessitant localisation » (300) ce qui ne tient pas compte de la résection sacrée étendue ?

Dois-je noter « Evidement osseux étendu os volumineux » (600) ce qui me semble le plus logique d'ailleurs ?

Bien entendu, je crois devoir ajouter « Repérage radioscopique des projectiles. Scopie » (100).

Dr N.

Réponse

Evidemment, on ne peut compter dans ce cas « extraction d'un projectile intra pelvien : 800 francs », car l'éclat d'obus ne se trouvait pas dans la cavité pelvienne.

Par contre, s'il s'est agi « d'une partie importante du sacrum à réséquer » et que vous ayez dû enlever « près de 30 grammes d'os sec » pour atteindre l'éclat « à une profondeur de 7 cent. dans l'os », il me semblerait normal de compter, par analogie, comme pour « évidement osseux étendu : os volumineux : 600 francs ».

Quant au repérage radiologique par « scopie », c'est là une intervention préliminaire d'une autre nature, que le radiologue a bien le droit de réclamer, que ce soit un spécialiste autre que l'opérateur ou non, car il n'y a rien de spécifié dans le Tarif sur ce dernier point.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

3.679. — Comment démarrer uniquement à l'alcool

Je lis dans le *Concours médical* du 22 juin, que vous pouvez vous passer complètement d'essence même pour les départs à froid. Je serais bien aise de pouvoir en faire autant.

Ma voiture marche à l'alcool et me donne satisfaction, mais je démarre le matin et l'après-midi à l'essence, soit deux fois par jour. Dès que le moteur

tourne, je passe sur l'alcool et, après chaque visite, je repars très bien à l'alcool.

J'ai une primaquatre 37, avec un gicleur plus gros, et un réchauffeur d'air. Le carburateur n'a pas été touché, sauf le changement de gicleur.

Je voudrais savoir comment je pourrais faire pour démarrer, le matin surtout, directement à l'alcool.

Dois-je changer le carburateur ? Ne pouvez-vous m'indiquer le procédé que vous utilisez pour ce démarrage ?

Dr V.

Réponse

L'installation pour mise en route directe sur l'alcool ne comporte pas de changement de carburateur. Il faut simplement ajouter un starter à cuve séparée et un tube de réchauffage.

J'utilise ce procédé sur deux voitures à mon entière satisfaction. J'ai pu obtenir la mise en route au bout de deux minutes environ par les temps les plus froids.

On utilise le courant électrique, et l'énergie demandée à la batterie est d'environ 120 watts soit 20 ampères sous 6 volts, ou 10 ampères sous 12 volts.

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

3.608. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre

Un de mes clients était bénéficiaire des soins gratuits aux victimes de guerre pour « reliquats de tumeur blanche du genou gauche, raideur très serrée en extension, amyotrophie de 3 cm ; perte du testicule gauche, suite de tuberculose génitale ». Cette castration unilatérale fut pratiquée en 1922.

Il est venu me consulter en avril dernier avec des signes évidents de tuberculose rénale : d'ailleurs l'examen des urines, en date du 6 mai, montre l'existence de nombreuses hématies et la présence de bacilles de Koch.

Il fit quelques jours après une tuberculose intestinale et est mort au début de juin.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer si sa veuve a droit à une pension et dans ce cas, quelles sont les formalités à remplir.

Dr G.

Réponse

La veuve en question bénéficie, durant cinq ans à dater du décès, de la présomption d'origine pour la maladie cause de la mort de son mari.

Elle devra adresser une demande de pension à l'intendant départemental des pensions qui se chargera de constituer son dossier. A celui-ci devra être joint un certificat médical établissant une relation possible de cause à effet entre l'infirmité pensionnée et la maladie mortelle.

Si la pension de l'intéressé s'élevait à 60 %, et si le mariage avait duré deux ans, déjà, la veuve aurait droit, *ipso facto*, à une pension de réversion.



Soixante-troisième année — N° 33 — 17 Août 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 220. — Banl. Ouest, client. méd. génér. à céder avec compt. minime. Appartem. 4 p., garage. S'ad. Dr Jamain, 138, av. de Wagram. Paris (XVIIe).

Nº 221. — Une place d'étudiant interne ou de médec. assist. sera probablement. disponib. à l'automne prochain à l'hôpit. psychiatr. de Pulet, Agen (L. et-G.) Ecr. au méd.-chef, Dr J. Fretet.

Nº 222. — Jeune méd. rech. poste rural ou semi-rural, médec. génér., tubercul. Zone non occupée de préfér. Ecr. à M. Paul Ribeyre, à Vals-les-Bains (Ardèche), qui transmettra.

Nº 223. — Radiolog. de province, fatigué, à 120 km. Paris, cherche associé électro-radiol., entièrem. libre ou 2 ou 3 jours par semaine. Ecr. M. Pilisi, 1, rue C. Matrat, Issy-les-Moulineaux (Seine).

Nº 224. — Dr en méd. ayant fait guerre 39-40, anc. ext. hôp. Paris, longue prat., ch. place dansclin. ou labora. Prétent. mod. Dr Copé, 27, r. de la Chapelle, Paris (XVIIIe).

Nº 225. — Canton zone non occupée. Rais. santé échanger. gros. client. de 30 ans contre pet. poste. camp. av. communic. faciles, climat doux. De préfér. Corrèze sud, Lot, Tarn-et-Gar. ou voisinage Ecr. Dr Picarougne, Saint-Aignan (L.-et-C.)

Nº 226. — Hospice de Darnetal (S.-I.), 80 lits, demande renseign., devis, pour matér. et mobil. chirurg. de salle de pansements, examens. S'ad. Dr Bouju, Darnetal (S.-I.)

Nº 227. — Dr recomm. jeune fille excell. famille, sténo-dactylo, ayant brevet S. B. M., et désirant trouver place secrétaire médicale. Dr Roos, 3, impasse des Juifs, Noyon (Oise).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Loiret. — Médecin seul, très belle habitation, loyer 4.700 francs. Gros rapport. Prix à débattre.

Zone interdite. — Très grosse clientèle. 60.000 francs de fixes. Prix très modéré. Petit comptant.

Banlieue Ouest. — Petit pavillon, loyer 6.000 fr. Bon rapport. Prix à débattre.

Charente. — Seul médecin. Grande maison. Loyer 5.000 francs. Bon rapport. Prix modéré.

Seine-et-Oise. — Belle habitation. Loyer 8.000 fr. Très bon rapport. Prix à débattre.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Remplacez l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques tablettes de **Mangaïne**, selon la méthode usitée par Camescasse, à l'hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant, en même temps que la reconnaissance de la maman. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Avis à nos abonnés de la zone non occupée

Nous informons nos abonnés de la zône non occupée que les recouvrements postaux étant maintenant possibles entre les deux zônes, nous procéderons directement de notre siège social au recouvrement du prix de nos abonnements à compter de la fin du présent mois.

Nous prions nos lecteurs, désirant se mettre en règle vis-à-vis de nous sans attendre qu'une traite leur soit présentée, de vouloir bien à l'avenir verser le montant de leur abonnement au crédit de notre compte courant postal Paris 167.95 et ne plus l'adresser comme par le passé à notre Agence de Vals.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres). Professeur : M. Jean Troisier. Assistants : M. Bariety, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. Brouet, agrégé. *Cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires.* — Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires sera fait du 27 octobre au 3 décembre 1941, avec le concours notamment de MM. Bezançon, Sergent, Rist, Courcoux, Ameuille, Pruvost, Sorrel, Jacob, R. Monod, Maurer, Kourilsky, Leroux-Robert, Delarue, Poix, Evrot, Vitry, Baron, Rolland, Hautefeuille, Triboulet, Arnaud,

THOYER, EVEN, NICO, CHADOURNE, DUGAS, BRETEY, BROCARD, HERRENSCHMIDT, LESOBRE, LE MELLÉTIER, BOUR.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques et sociales concernant la tuberculose.

Le matin des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service.

Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 heures à 17 heures et de 17 heures à 18 heures, à la salle de conférences de la clinique de la tuberculose.

Ce cours sera suivi, du 4 décembre au 17 décembre 1941, d'un cours théorique et pratique sur : « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ».

Droits d'inscription. Les droits d'inscription sont pour le premier cours de 300 francs, pour le second cours de 500 francs, et pour l'ensemble des deux cours de 700 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Les inscriptions sont reçues à la clinique de la tuberculose tous les matins de 10 heures à midi (Docteur Brouet), et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis, vendredis de 14 heures à 16 heures.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours de chirurgien.* — Deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux seront mises au concours le 28 octobre 1941. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 14 octobre 1941. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices civils, 91, cours d'Albret, à Bordeaux.

— **Naissances.** — Marie-Thérèse, Jean-Pierre, Etienne, Clotilde, Philippe, Yves, Geneviève DRAILLARD sont heureux de vous annoncer la naissance de leur frère *Alain*.

Docteur Draillard, Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire), le 13 juillet 1941.

— Le Docteur et Madame Charles CHAUVEAU sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Brigitte*.

Domfront (Orne), 42, rue du Maréchal-Foch.

— **Fiançailles.** — Le Docteur BEAUREPAIRE, de Le Quesnoy (Nord), et Madame née Planque, font part des fiançailles de leur fille Claudie avec Monsieur André-Marie BÉGARD.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Anne-Marie ROUÉ, fille du Docteur Louis Roué, de Janville (Eure-et-Loir), et de Madame née Fasquelle, avec Monsieur Remy DESPREZ, Croix de guerre 1939-1940, fils de Monsieur Henri Desprez, décédé, et de Madame née Dubois.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 8 juillet 1941 dans la plus stricte intimité, en l'Eglise Saint-Ferdinand des Ternes, à Paris.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Laurent GRAVIER, médecin des hôpitaux de Lyon.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué

Au cours de sa neuvième Session, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a examiné les réclamations de certains membres du Corps médical à la suite d'un communiqué paru dans la Presse, attribué au secrétaire d'Etat au Travail et au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé : il s'agissait d'un prétendu accord du Conseil supérieur avec les Caisses d'assurances sociales pour la fixation de tarifs maxima.

Le Conseil supérieur donne les précisions suivantes :

L'interprétation qui a été faite de ce communiqué n'est pas exacte. Il est bien entendu que la fixation d'un tarif maximum ne peut être établie que pour certains actes déterminés, pour un temps limité, sur l'initiative et avec l'accord des Conseils départementaux qui sont, à cet égard, libres de leur décision.

Le Conseil supérieur profite de cette occasion pour mettre en garde le Corps médical contre la diffusion d'informations qui n'ont pas été vérifiées aux sources.

Il a poursuivi l'étude pratique de la mise sur pied du projet d'entr'aide et de prévoyance corporatives dont on peut espérer maintenant la réalisation prochaine.

Il s'est attaché en outre, entr'autres questions, à l'étude de la Mutualité, et des Assurances sociales dans leurs rapports avec la médecine.

Le Livre d'Or du Corps Médical français

Cette rubrique, créée l'an dernier pour répondre à certains dénigrements qui s'en prenaient avec trop de parti-pris au Corps médical, s'est alimentée jusqu'ici d'exploits guerriers et d'immolations aux carnages.

Ce n'est pas la détourner de son sens ni la faire déchoir, qu'y inclure l'exemple d'un courage exercé dans la vie quotidienne, d'un sacrifice inspiré non d'exaltation mais de soumission au devoir civique et professionnel.

Le Docteur **Lobligeois**, radiologue honoraire des hôpitaux de Paris, a subi, ces jours derniers, l'amputation du bras gauche. Etape nouvelle d'un martyre commencé il y a de nombreuses années et qui, au terme d'interventions multiples, avait abouti, provisoirement hélas, à la désarticulation du membre supérieur droit.

Il est poignant de voir un homme assailli et morcelé de telle façon par un mal qu'il a affronté en toute connaissance ; il est surtout beau et digne d'être cité en exemple de le voir tenir tête à l'acharnement du destin et y répondre par la sérénité, la calme acceptation.

Le Docteur **Lobligeois** n'est pas le premier radiologue français à payer sa rançon aux rayons. Il prend simplement rang à la suite des Infrois, des Vaillant et des Bergonié.

Mais ce rang le place à une époque particulièrement cruelle et incertaine pour la France, une époque où ce volontaire du martyre apparaît comme donnant un farouche désaveu à certains doutes et à certains découragements.

Un pays n'est pas moribond tant qu'il peut montrer de tels hommes.

G. L.

UNE ENQUÊTE MÉDICALE SUR LE LOGEMENT

Médecine et Famille, Association des Médecins amis de la Famille et des Familles nombreuses médicales, serait heureuse de recevoir : 84, rue de Lille à Paris, avant le 15 septembre 1941 les réponses des médecins et des professions sanitaires, au questionnaire ci-dessous :

Comment se pose, dans votre région, la question du logement des familles ouvrières ?
Comment se pose, dans votre région, la question de l'habitat rural ?
Quelles réformes immédiates préconisez-vous ?
Quels projets d'ensemble envisagez-vous pour le moment où pourra reprendre la construction immobilière ?
Toutes suggestions sur les questions du logement de la famille nombreuse seront accueillies avec reconnaissance.

Sur demande adressée à son siège 84, rue de Lille, Médecine et Famille, adressera le texte complet du rapport établi sur la question du logement par le Centre national de coordination et d'action des mouvements familiaux.

L'ORIENTATION DE LA JEUNESSE

Un nouveau débouché : Les carrières sociales masculines

Le Comité central des allocations familiales prépare la réouverture de l'Ecole de préparation aux carrières sociales inaugurée en 1938-1939 sous la direction de MM. Paul Leclercq, Pierre Deffontaines, Robert Garric et Jacques Guérin-Desjardins. Cette école prépare des techniciens de l'action sociale aux carrières masculines qui se multiplient dans l'industrie, le commerce, les organismes sociaux, les grandes œuvres. Tels sont : les divers postes des services de personnel des services sociaux, des Caisses d'allocations familiales ou d'Assurances sociales, Caisses de congés payés, Sociétés de Secours mutuels, organisations de loisirs et de vacances, œuvres éducatives pour adolescents, etc...

La durée des études est de deux années et l'enseignement a été compris de façon à pouvoir permettre le cumul avec les études au Droit, aux Sciences politiques, aux diverses Facultés, ou même avec l'exercice d'une profession. Trois cours par semaine d'une heure et demie chacun en fin d'après-midi, et des stages pratiques dans les organismes ou les œuvres remplissant certaines conditions techniques, tel est le schéma des études échelonnées sur deux années.

Un diplôme auquel on accède par un concours de sortie sera délivré en fin d'études.

Les frais de scolarité s'élèvent à 1.200 francs par an. Des bourses d'études sont prévues : peuvent y souscrire des établissements industriels ou commerciaux, des Caisses d'allocations familiales ou d'Assurances sociales, des particuliers. Les cours seront donnés en plein cœur du quartier latin : 20, rue Gay-Lussac, Paris (Ve).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat administratif de l'Ecole des carrières sociales, 31, rue Guyot, Paris (XVIIe). Carnot 73-44.



Attendus...

Il y a quelques semaines je commentais ici quelques « considérants » de décrets de révocation atteignant des magistrats municipaux.

De la lecture de ces motifs ressortait l'impression fort nette que l'œuvre d'épuration nationale avait de quoi faire et que feu l'électeur souverain choisissait bien mal ses élus.

La revue « *La Sage-femme de France et des colonies* » (1) publie un jugement du Tribunal correctionnel de Dunkerque dont les attendus ne sont pas moins évocateurs que les considérants ci-dessus.

«..... Attendu qu'après avoir nié, la femme V... a reconnu à l'audience avoir pratiqué les opérations à elle reprochées (2).

Attendu que ces deux faits, ainsi que la facilité avec laquelle la femme V... accueillit ses deux clientes qu'elle ne connaissait pas et sur lesquelles elle ne prit aucun renseignement, nerévèlent que trop la circonstance d'habitude ; que d'ailleurs sa réputation était certainement bien établie à cet égard puisque la femme V... pouvait lui envoyer des clientes sans crainte que leurs agissements soient révélés ;

Attendu qu'on peut à bon droit s'étonner qu'une sage-femme ait pu être désignée comme sage-femme de l'hôpital de... alors qu'en 1931 elle avait déjà été condamnée pour avortement..... »

Ainsi, en cette époque de disgrâce, il nous aura été donné de voir une sage-femme appartenant à la maternité d'un hôpital s'adonner de façon courante et de notoriété publique à la pratique des avortements.

Et, comme si le scandale n'était pas encore assez criant, il est précisé qu'avant d'être désignée pour le service de la maternité, cette sage-femme avait déjà été condamnée pour semblables faits.

S'étonnera-t-on qu'elle ait considéré sa nomination comme une tacite approbation de son activité de faiseuse d'anges et que, sous le couvert de son titre, elle ait eu à peu près ouvertement pignon sur rue ?

Le tribunal l'a condamnée à sept ans d'emprisonnement, cinq mille francs d'amende et aux décimes, dix ans d'interdiction de séjour et l'a privée, sans limite, du droit d'exercer sa profession. Fort bien.

Mais il y a un complément qui manque à ce jugement et qu'exigerait une saine justice.

Les juges de Dunkerque ne seraient-ils pas curieux de savoir par qui l'avorteuse a été nommée à son poste officiel ? N'aperçoivent-ils pas que cette nomination implique, de la part de son auteur un véritable délit de complicité ?

Et si l'on veut vraiment, comme il a été dit par des voix autorisées, restaurer en France le sens de la responsabilité, ne devrait-on pas, tout comme la menue pègre et plus fort qu'elle, frapper ceux qui, étant en place, ont fait un tel usage de leurs pouvoirs et encanaillé les administrations publiques ?

G. L.



(1) Juillet 1941.
(2) Avortements.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Loi du 31 juillet 1941 relative à l'application de l'article 1er de la loi du 27 mai 1941 aux chirurgiens dentistes

Art. 1er. — Une loi ultérieure règlera les modalités selon lesquelles les dentistes seront inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

Provisoirement et jusqu'à la publication de cette loi, les dentistes sont autorisés à exercer leur art sans être inscrits audit tableau.

(*J. O.*, 3 août 1941).

Loi du 2 aout 1941 modifiant l'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médeins

Art. 1er. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est modifié ainsi que suit :

« Un décret contresigné par le garde des Sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, et par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par des Conseils élus.

« Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus ».

(*J. O.*, 3 août 1941).

Maladies vénériennes

Décret du 30 juillet 1941 étendant aux Antilles et à la Guyane française le décret du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes

Art. 1er. — Sous réserve des modifications indiquées ci-après, les dispositions du décret du 29 novembre 1939 susvisé sont étendues aux colonies de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane.

Art. 2. — Les articles 4, 5, 22 et 23 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art.* 4. — L'autorité sanitaire peut enjoindre à toute personne de l'un ou de l'autre sexe de présenter un certificat médical certifiant qu'elle est ou non atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir. Cette injonction ne doit toutefois être adressée qu'aux personnes qui peuvent en raison de présomptions graves, précises et concordantes, être considérées comme atteintes d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci.

« L'arrêté local prévu à l'article 23 déterminera les mesures à prendre pour assurer le secret des communications de l'autorité sanitaire contenant l'injonction ci-dessus prévue.

« *Art.* 5. — Le certificat à présenter à l'autorité sanitaire devra être délivré par le médecin choisi par l'intéressé sur une liste de médecins agréés dans chaque colonie par le gouverneur sur la présentation du chef du Service de santé.

« L'envoi du certificat bénéficiera de la franchise postale.

« *Art.* 22. — Toute publicité de caractère commercial sous quelque forme que ce soit, concernant

ouvertement ou d'une manière déguisée la prophylaxie de maladies vénériennes, est interdite, sauf en faveur des publications exclusivement réservées au Corps médical.

« *Art.* 23. — Les modalités d'application du présent décret seront fixées dans chaque colonie par un arrêté du gouverneur qui déterminera notamment l'autorité qui exercera les attributions confiées à l'autorité sanitaire ».

Art. 3. — Les attributions conférées au préfet à l'article 9 seront exercées dans chaque colonie par le gouverneur.

Art. 4. — Les obligations imposées aux articles 16 et 19 seront déterminées dans chaque colonie par arrêté du gouverneur.

(*J. O.*, 2 août 1941).

Comité de l'assistance de France

Par arrêté en date du 26 juillet 1941 du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, l'arrêté du 21 janvier 1941 est rapporté en tant qu'il a nommé membre du Comité de l'assistance de France M. le Docteur Bonnenfant, vice-président de la Commission administrative des hospices de Soissons.

Rectificatif au *Journal officiel* du 21 juin 1941 : page 2605, 2e colonne, lire :

« *A la deuxième classe du grade.*

« M. le Docteur Roger Petit...
« M. le Docteur Robini...

« *A la troisième classe du grade.*

« M. le Docteur Armand Benech... ; etc. ».

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 10 juillet 1941, M. le Docteur Donnadieu, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid (Maroc), est mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er juillet 1941.

(*J. O.*, 31 juillet 1941).

Par arrêté en date du 22 juillet 1941, M. le Docteur Leclainche, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Bracqueville (Haute-Garonne), est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

(*J. O.*, 1er août 1941).

Inspection médicale de la Santé

Par arrêté en date du 30 mai 1941, M. le Docteur Thurel, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er juin 1941.

Par arrêté en date du 15 juillet 1941, M. le Docteur Pelissier, directeur du bureau d'hygiène d'Avignon, est reclassé, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé de Vaucluse, à compter du 1er octobre 1940.

(*J. O.*, 31 juillet 1941).

Voir la suite page XXV-1451



PROPOS DU JOUR

UNE SOLUTION DE L'ORGANISATION DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Quand la même idée pour résoudre un problème naît chez plusieurs personnes qui ne se sont pas concertées, c'est que cette idée sans être la solutation du problème, peut contribuer pratiquement à le résoudre.

Nous en avons un exemple dans notre projet de la Maison médicale.

Dans un de nos Propos du jour, paru dans le *Concours médical* du 23 février 1941, intitulé : *Nécessité d'une organisation sanitaire rurale. Notre ancien projet de la Maison médicale*, nous avons exposé dans ses grandes lignes en quoi consistait ce projet.

Notre co-directeur et ami G. Lavalée faisait suivre cet article de réflexions sous le titre de : *A vingt ans de distance*, où il faisait judicieusement remarquer la similitude des motifs que nous alléguions pour proposer la création de notre Maison médicale, avec ceux qui avaient guidé le Docteur Maire, un jeune confrère parisien, et exposés dans un article intitulé : *A propos d'un nouveau statut de la profession. Réflexions d'un jeune médecin* paru dans le *Concours médical* du 16 février 1941, en proposant un *cabinet médical commun.*

Or, le 13 juillet 1941 paraissait dans nos colonnes, un projet du Docteur Blairon, de Charleville sous le titre : *Sociétés civiles de médecins*, ou notre confrère préconisait la fondation par un groupe restreint de médecins de *Maison médicale* qui ressemblait à la nôtre comme une sœur.

Il ne saurait être question ici de priorité. Nous étions persuadés, en exposant, il y a plus de vingt ans, dans le *Concours médical* notre projet que bien avant nous avaient germé chez nombre de confrères en France et à l'étranger des idées semblables ; nous ne voulions qu'attirer l'attention de nos lecteurs sur une organisation de l'exercice de la médecine qui présentait pour nous de nombreux avantages pour les malades et pour les médecins.

La base de la Maison médicale était le travail en équipe du praticien. Ce dernier tout en conservant sa clientèle individuelle pouvait avoir recours à ses coassociés qui, sans être spécialistes, auraient pu acquérir des connaissances en diverses spécialités. Ainsi on aurait pu éviter l'aggravation de certaines maladies spéciales en ayant recours à temps au spécialiste qualifié. D'autre part, on aurait pu disposer à la Maison médicale pour l'usage des coassociés d'un laboratoire et d'instruments ou de matériels coûteux : microscopes, autoclaves, appareil de radioscopie, de rayons U. V., etc., etc... Quelques chambres auraient permis de surveiller quelques malades et de pratiquer avec toute la sécurité désirable les opérations de petite chirurgie. Une infirmière qualifiée aurait pu gérer la maison, tout en prêtant son concours aux médecins.

Cette Maison médicale aurait eu son utilité surtout dans les petites villes et dans l'exercice de la médecine rurale. Le cabinet médical commun tel que paraît le concevoir le Docteur Maire serait plutôt destiné à la médecine urbaine. Un des avantages, et non des moindres, que fait ressortir le Docteur Blairon, est que cette organisation permettrait de réduire considérablement les frais médicaux pour le malade. D'autre part, la maison médicale permettrait de faciliter l'application des mesures de médecine sociale : vaccinations, consultations prénatales, consulta-

tions de nourrissons, assistance médicale gratuite, etc... Elle établirait un lien entre les confrères, permettrait des échanges de vues qui en feraient des sortes de Sociétés savantes à l'état embryonnaire.

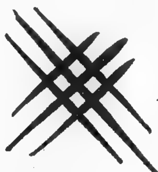
La Maison médicale et la Société des médecins qui en aurait la possession pourraient être surveillées et contrôlées par le Conseil départemental de l'Ordre ou par son délégué et en cas de conflit entre associés le Conseil de l'Ordre serait tout désigné pour servir d'arbitre.

On nous objectera : pourquoi la Maison médicale, offrant tant d'avantages, n'a-t-elle pas été réalisée jusqu'ici. Elle l'a été mais pas dans son intégralité et voici pourquoi. Pour créer une maison médicale il faut disposer d'un capital pas énorme, mais suffisant. Or, le médecin a une méfiance de ses confrères en ce qui concerne leurs qualités administratives. Les œuvres médicales prospères, nous devons le remarquer, sont gérées par des administrateurs qualifiés. D'autre part, l'individualisme, l'envie sont les apanages du Corps médical. Certain praticien préfèrera se passer d'un avantage que d'en faire profiter son confrère voisin. Comme les prêtres, les officiers en retraite, il sera facilement la proie naïve d'un homme d'affaires véreux, d'un pseudo banquier qui lui offrira de l'intéresser dans une entreprise en lui faisant miroiter l'appât de très gros dividendes, mais quant à sortir de son portefeuille quelques billets pour les confier à des confrères, jamais ! De là vient que la Maison médicale n'a pas pu être fondée en France dans son intégralité.

Dans les villes, des médecins se sont associés pour créer des policliniques, des hôpitaux, des maisons de santé, mais qui ont surtout le caractère de Maisons chirurgicales ou obstétricales. En province, une tentative sérieuse que nous avons, croyons-nous, inspirée, a été réalisée à Agen par le Docteur ROULLIES. Il y a dix-huit ans environ, nous reçûmes à Paris, la visite de ce confrère qui nous dit que s'inspirant des idées émises par nous dans le *Concours médical*, il avait organisé à Agen avec ses propres deniers une institution médicale où il mettait à la disposition de ses confrères ruraux un laboratoire avec chimiste et bactériologistes, un électro-radiologiste, un ophtalmologiste, oto-rhino-laryngologiste, un accoucheur, un chirurgien, etc., etc... Il avait réuni dans son institut tout ce qui peut servir au diagnostic et au traitement des malades, même du radium ; quand un médecin a un malade difficile, il le place à l'Institut du Docteur Roullies : on le fait examiner par les divers spécialistes, on procède à toutes les analyses nécessaires, le résultat de toutes ces épreuves est porté sur une fiche qui est remise au médecin traitant qui conclut s'il peut le soigner lui-même. Au cours d'un séjour à Luchon, le Docteur Roullies vint nous chercher et nous fit visiter à Agen son établissement. Nous admirâmes comment avec des moyens très simples, il avait réalisé ce qu'à Rochester, les frères Mayo créèrent plus tard en très grand. Le Docteur Roullies a réalisé de beaux bénéfices. Il aurait voulu céder son établissement à une société de médecins ; il ne put réussir à la constituer. Il mourut et sa clinique est devenue une maison chirurgicale prospère, mais qui ne répond pas à ce qu'il avait rêvé.

Voilà la tentative la plus complète, mais pas intégrale, de réalisation de la Maison médicale qui ait été faite.

J. NOIR.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ESCARRES SACRÉES POST-OPÉRATOIRES

Par George Pascalis

Nous voyons quelquefois, dans les jours qui suivent une opération, principalement abdominale, apparaître une escarre dans la région sacrée.

Il s'agit le plus souvent d'une femme âgée, grasse, plus ou moins impotente qui, après quelques jours de lit, dans lequel elle urine, se « coupe » comme disent les infirmières.

La malade se plaint de souffrir. En l'examinant, on constate une exulcération épidermique qui, peu à peu, va mordre sur le derme. La lésion n'est jamais très étendue ni très profonde ; elle n'intéresse guère que la peau et la couche graisseuse superficielle ; elle est plus fessière que sacrée, parfois bilatérale, approchant plus ou moins du sillon interfessier, qu'elle n'atteint pas. Elle creuse de la superficie vers la profondeur et est l'aboutissant de la compression prolongée, de la macération et de l'infection.

Exceptionnellement, on peut voir apparaître une lésion très différente. En voici un exemple caractéristique :

Le 27 avril 1940, à 11 heures, Madame X. est opérée pour un énorme fibrome multilobulé. Anesthésie à l'éther réchauffé. Malade résistante : injection sous-cutanée de un milligramme de salicylate d'ésérine.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; il existe un peu d'ascite teintée de rose qui est vraisemblablement due à la dégénérescence d'un lobe pédiculé logé sous les côtes gauches.

On pratique une hystérectomie totale par le procédé américain avec ligature des utérines suivant la technique personnelle.

L'appendice sous-cœcal, à méso dédoublé, plonge dans une fossette péritonéale.

On en pratique l'ablation au thermocautère avec enfouissement. Lavage à l'éther, drain dans le Douglas. Paroi au lin par étages, à points séparés.

Vingt-quatre heures plus tard, sangsues au triangle de Scarpa et administration de citrate de soude, à titre préventif, à cause de la dilatation et de la partielle thrombose des plexus utérins.

Le jour même de l'opération, à la contre visite de 16 heures, la malade se plaint de douleurs sacrées. On constate *loco dolenti*, un placard cutané livide mesurant approximativement 6 × 8 centimètres. On applique un pansement ouaté et on donne une médication vaso-dilatatrice.

Le lendemain, le tégument a un aspect sphacélique ; 100 c. c. de sérum anti-gangréneux sont injectés par voie intra-veineuse. Une escarre se dessine avec une inaccoutumée rapidité dès l'aube du quatrième jour, laissant une cavité à loger le poing ; tout le fond montre, comme disséqués, le sacrum et la partie interne des ligaments sacro-sciatiques. On fait chaque jour, une irradiation U. V. et l'on panse au tulle gras. La cicatrisation est assez rapide et après deux mois environ la guérison est obtenue.

L'escarre ici observée est nettement sacrée, chevauchant le sillon interfessier. Elle s'est faite de la profondeur vers la superficie. La précocité de son apparition aussi bien que la rapidité de son évolution font immédiatement penser à une gangrène par ischémie.

Pour qui a lu attentivement le processus d'apparition l'idée de brûlure par teinture d'iode ne saurait être envisagée. J'ajoute à cela une impossibilité matérielle. L'iode est toujours pulvérisé par le procédé Duco, suivant la technique que j'ai fait connaître il y a une dizaine d'années, et qui ne permet à aucune traînée de s'égarer en dehors du champ opératoire, comme cela se produit souvent lorsqu'on l'utilise à l'aide d'une compresse montée.

La rapidité d'apparition ne permet pas de penser que la compression ait pu jouer un rôle quelconque.

Les explications données par les neurologistes

au sujet des escarres sacrées de decubitus acutus sont-elles valables ici ?

Pour Déjerine, dans le decubitus acutus, la pression ne vaut que comme cause occasionnelle et il incrimine l'interruption de l'influence trophique dans le système nerveux central.

Pour Charcot, le decubitus acutus est le résultat d'une irritation de la partie centrale de la substance grise.

Opinions qui ne valent pas plus que l'atrophie réflexe, par quoi nous expliquons la fonte du quadriceps. Il n'y a pas à les retenir.

Deux hypothèses seules valent d'être discutées : soit une anomalie de vascularisation, que les ligatures pratiquées pour enlever la matrice mettent en déficience, soit une thrombose rétrograde.

Les parties molles de la région sacrée sont irriguées par les branches postérieures des sacrées latérales supérieure et inférieure, qui s'anastomosent avec les rameaux de la sacrée moyenne avant de pénétrer dans les trous de conjugaison sacrés.

Normalement, les sacrées latérales naissent du tronc de bifurcation postérieure de l'hypogastrique. La sacrée moyenne branche terminale de l'aorte est souvent très grêle. Anormalement les sacrées latérales peuvent se détacher du tronc antérieur de l'hypogastrique ; Poirier donne une bonne représentation de cette disposition. Cette origine peut se faire très bas, surtout pour la sacrée latérale inférieure et par un tronc commun avec l'utérine. La ligature de celle-ci peut, dans ce cas, interrompre la circulation ou la diminuer dans des proportions importantes. Si la sacrée moyenne est grêle, il en résultera une gangrène de la région sacrée.

L'hypothèse d'une thrombose rétrograde en l'absence d'anomalie d'origine paraît moins vraisemblable. Pour interrompre la circulation sacrée le caillot devrait, partant de la ligature utérine, remonter l'hypogastrique au-delà de l'origine des sacrées latérales. Ceci ne saurait se faire à pareille allure et sans donner lieu à des troubles, qui s'inscriraient sur la courbe thermométrique.

En faveur de la première hypothèse existe un argument de fait. J'ai opéré, quelques années auparavant, également pour un fibrome utérin, la sœur de cette malade qui a fait le même accident évoluant de façon identique. Je n'y avais pas prêté alors l'attention voulue. Pareille répétition ne pouvait passer inaperçue.

L'INDOXYLÉMIE DANS LES NÉPHRITES CHRONIQUES AZOTÉMIQUES

L'indoxyle (ou indican), est un dérivé d'oxydation dans l'organisme de l'indol, lui-même produit aromatique résultant de fermentations intestinales et absorbé au niveau de l'intestin. Il offre, comme l'urée, une élimination urinaire variable et aussi un taux sanguin (indoxylémie) physiologique ou pathologique.

Le taux normal de l'indoxyle urinaire est de 10 milligrammes par litre ; celui de l'indoxylémie reste inférieur à 1 milligramme. Au-dessus de ce chiffre, l'indoxylémie est pathologique : ndoxylémie pathologique modérée (jusqu'à 1 mgr. 30 pour 1000), ou forte (au-dessus de 1 mgr. 30 pour 1000).

L'indoxylémie peut fournir quelques données cliniques intéressantes et sa recherche, dit le Docteur Robert CLAISSE (1), mérite de passer dans la pratique courante. Elle est d'ailleurs d'une technique facile à mettre en œuvre et à la portée de tout laboratoire.

S'appuyant sur l'opinion de différents auteurs et sur 71 observations personnelles, le Docteur Robert Claisse conclut que l'hyperindoxylémie serait un indice d'insuffisance rénale. Certains auteurs ont même accordé à l'indicanémie une valeur diagnostique supérieure à celle de l'azotémie, opinion exagérée puisque l'indoxylémie n'est pas constante ni précoce dans les néphrites chroniques azotémiques. La production de l'indoxyle dépend en effet de facteurs extra-rénaux essentiels, intestinaux et hépatiques.

Quoiqu'il en soit, l'apparition d'une indoxylémie pathologique au cours d'une néphrite chronique constitue un élément de pronostic fâcheux.

Pour ce qui concerne l'indoxylurie, elle se montre comme un test révélateur de l'intoxication intestinale (Grigaut). Il existe des indoxyluries considérables sans hyperindoxylémie.

P. L.

(1) Docteur Robert CLAISSE, ancien interne des hôpitaux de Paris : L'indoxylémie dans les maladies du rein, en particulier dans les néphrites chroniques, les néphrites aiguës, les anuries, le rein polykystique. (*Thèse de Paris*, 1940).

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Ce que l'on peut demander à le curiethérapie

D'après le Professeur Léon IMBERT (1)

LE RADIUM.

Le radium est un métal, qui se trouve dans certains minerais, mais toujours en quantité infime ; il faut en broyer une tonne pour obtenir quelques centigrammes de substance active. Sa caractéristique fondamentale est d'être en perpétuelle décomposition, ou, comme on dit, en désintégration spontanée. Les rayonnements qu'il émet sont de trois ordres :

le rayonnement alpha, qui est fait d'atomes d'hélium ;

le rayonnement bêta, qui est fait d'électrons ou particules d'électricité ;

le rayonnement gamma, qui est un rayonnement vibratoire, analogue aux rayons X.

Les deux premiers sont caustiques, et on ne les utilise guère en médecine ; il faut donc les éliminer, et éliminer aussi certains rayons gammas, les plus mous, car ils ont le même défaut. On y arrive, en logeant le radium dans des tubes métalliques (platine et or, gaze ou liège) formant filtres, d'une épaisseur convenable pour arrêter les rayons mous, et ne laisser passer que les rayons durs, ceux que nous savons utiliser en médecine.

Le radium possède un voltage plus élevé et il est plus pénétrant que les Rayons X, mais il débite des quantités beaucoup plus faibles, son ampérage est moindre. Il possède la propriété de détruire certaines tumeurs (ce qui est le cas de tous les caustiques), mais il respecte les cellules saines, propriété exceptionnelle.

Quand un médecin parle radium, il entend radium-élément, radium pur ; mais ce n'est pas du radium-élément que livre le fabricant, c'est du bromure de radium, ou plus exactement il compte en bromure de radium ; or ce sel ne renferme que la moitié de son poids environ de radium-élément. Si bien qu'un tube vendu ou appliqué comme renfermant 10 mg. de radium, peut très bien, si on n'a pas soin de préciser, ne contenir que 5 mg. de radium-élément. Le milli-curie correspond, pour un tube en équilibre, au volume d'émanation produit par un milligr. de radium-élément.

L'action des rayons gamma, si la durée et l'intensité d'application sont assez fortes, aboutit toujours à la mort de toutes les cellules du corps humain, qu'elles soient normales ou cancéreuses. Cependant les cellules cancéreuses se trouvent être plus radio-sensibles que les cellules normales, car les radiations frappent de préférence les cellules, dont l'activité reproductrice est plus grande, ce qui est le cas des cellules cancéreuses. Toute la curiethérapie repose sur cette marge de sécurité, qui donne au médecin le pouvoir de frapper de mort les unes, tout en respectant les autres. Il trouvera ce moyen dans la dose de quantité active employée, dans la distance d'application, la durée, la filtration, la concentration en surface, le nombre des applications

Enfin, le radium ayant une action élective très étroite, le médecin doit avant tout, et autant que possible, être édifié par une biopsie sur la nature histologique de la lésion à traiter. De toute façon, le radium doit être manié avec prudence, car il peut être dangereux.

LA CURIETHÉRAPIE.

Le *cancer* comprend deux variétés essentielles : les tumeurs du tissu conjonctif ou sarcomes, et les tumeurs du tissu épithélial ou glandulaire, c'est-à-dire les épithéliomas, d'ailleurs les plus fréquents.

Sur le sarcome, presque toujours volumineux et profond, le radium, arme délicate mais faible, n'a généralement aucune action. Ces tumeurs relèvent soit de la chirurgie, soit de la radiothérapie, non de la curiethérapie, qui se montre impuissante.

Quant aux épithéliomas, ils sont ou malpighiens, ou cylindriques et glandulaires. Or, cette dernière catégorie est radio-résistante ; elle comprend notamment les cancers viscéraux.

Il n'en est pas de même des épithéliomas malpighiens, qui se développent en des points où l'épithélium normal est pavimenteux stratifié, quelquefois même corné : ce sont là les véritables cancers à radium. Or les révêtements malpighiens sont relativement rares ; en dehors de la peau, on n'en trouve guère que sur la langue et dans la bouche d'une part, sur la muqueuse du col de l'utérus. Même dans ces trois localisations de cancer, des réserves parfois importantes doivent être faites. L'action du radium s'y montre assez inégale ; cependant, la grande conquête, celle qu'on ne peut vraiment plus discuter, c'est la

(1) La curiethérapie. Ce qu'elle peut donner ; ce qu'il ne faut pas lui demander. (*Revue de chirurgie*, mai-juin 1941).

guérison des cancers du col utérin ; et si les insuccès sont encore trop fréquents, c'est qu'ils sont dus à la négligence des malades, parfois des médecins ; n'oublions pas que le cancer du col utérin est de diagnostic facile, et que le signal d'alarme, la perte rouge, ne peut échapper à la malade ; dès lors si le radium pouvait être appliqué dès le début, on aurait la certitude de guérir au moins 75 % des malades.

Pour les cancers de la peau et de la face, on peut dire que les succès sont aussi fréquents ; mais ils paraissent moins remarquables, parce que ceux-ci ont une marche lente, parce que, sur ce terrain, le radium est fortement concurrencé au début par les moyens de la dermatologie, plus tard par la chirurgie.

Quant au cancer de la langue, il est parfois guéri par le radium, mais les insuccès sont nombreux, et qui dit insuccès, dit décès. D'abord ce cancer est toujours grave ; il est souvent étendu en profondeur dans la langue et dans tout le plancher de la bouche ; enfin les malades viennent ordinairement trop tard. Enfin sur ce terrain le radium doit, dans beaucoup de cas, s'aider de la chirurgie, qui lui apporte une indispensable collaboration.

Pour certains cancers non malpighiens : sein, prostate, rectum, mieux vaut l'opération quand elle est possible ; ici, cependant, le radium peut utilement compléter, avec les rayons X d'ailleurs, une action préparatoire à l'intervention : atténuer les douleurs, arrêter les hémorragies, tarir les pertes.

Enfin le radium sera employé utilement dans *quelques affections non cancéreuses* : angiomes de petit volume, très superficiels ; petits fibromes hémorragiques (une application de radium est parfois plus simple qu'une série de séances radiothérapiques, tout en donnant le résultat désiré, c'est-à-dire l'arrêt des règles) ; métrorragies de l'âge critique. En ce dernier cas, on peut redouter un cancer du corps ; mais il est bon de se rappeler que, si une petite application de radium arrête les hémorragies, c'est qu'il s'agit de simples troubles de la ménopause ; dans le cas contraire, on dispose d'un argument de plus pour conseiller le curettage explorateur et éventuellement l'hystérectomie.

G. FISCHER.

LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Le cancer du sein chez l'homme paraît plus fréquent que ne l'indiquent les auteurs classiques. Il survient à un âge plus avancé que chez la femme, et ce fait semble en relation avec un facteur endocrinien, qui l'emporte largement sur d'autres éléments, qui ont pu être invoqués : syphilis, hérédité, traumatisme. La valeur de ce facteur s'appuie sur l'observation et sur l'expérimentation.

D'une part, en effet, le cancer apparaît chez l'homme à un âge avancé : celui de la ménopause masculine, celui de l'hypertrophie de la prostate, de la féminisation, de l'hyper-folliculinisme. D'autre part, chez les souris, les injections de folliculine sont capables de provoquer des altérations kystiques de la mamelle, et le liquide intrakystique, riche en folliculine, doit être considéré comme un facteur fondamental de la genèse du cancer.

Le Docteur YOVANOVITCH (1) précise que le cancer du sein peut débuter de façon variée : le plus souvent par une ulcération, parfois par des douleurs, parfois par une rétraction permanente du mamelon, parfois enfin par un suintement sanguinolent par le mamelon. Très souvent, les malades sont vus et soignés pendant plusieurs années ; on a cru à une mammite chronique, à un adénome, à une maladie de Reclus, à une gomme syphilitique ou tuberculeuse, et ce n'est qu'après un temps souvent très long que le malade est amené au chirurgien avec une tumeur ulcérée, une adénopathie axillaire caractéristique, parfois même une métastase pulmonaire ou rachidienne.

La tumeur maligne ne présente au début aucune adhérence avec les téguments ; il ne se produit pas, lorsqu'on la mobilise entre les doigts, ce léger sillon de la peau, témoin de l'envahissement de celle-ci ; c'est qu'au début elle est séparée des téguments par la graisse pré-mammaire. Or, aucune méthode clinique ou para-clinique ne permet de poser le diagnostic au début, et c'est l'indécision, qui va amener l'aggravation des cas malins.

Et cependant, il faudra se rappeler que toute tumeur du sein doit être extirpée, puis soumise aussitôt à un examen histologique. C'est la meilleure méthode que nous ayons actuellement de supprimer les états pré-cancéreux du sein, dont on sait l'importance chez l'homme, c'est le meilleur traitement prophylactique du cancer du sein. On fera une amputation large, plus large que chez la femme, ceci à fin d'améliorer le pronostic jusqu'ici franchement mauvais de cette tumeur chez l'homme.

G. F.

(1) *Revue de chirurgie*, mai-juin 1940.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement des dystocies pelviennes

La difficulté la plus fréquente de l'obstétrique réside dans les dystocies limites, où la disproportion céphalo-pelvienne est minime; le bassin limite. Avant le travail, l'évolution obstétricale de ces cas est une énigme impossible à résoudre, car le pronostic mécanique dépend : de la résistance des parties molles ; de la malléabilité, de l'adaptation et de la bonne orientation de la présentation ; de la valeur qualitative et quantitative des contractions utérines. Autant d'éléments inconnus, que le travail peut seul préciser.

L'étude de MM. Courtois et Philippe est basée sur les dystocies de plus de 8.000 accouchements pratiqués au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye.

Avant le terme, on doit s'efforcer de déterminer avec la plus grande précision le type de bassin rétréci et de le mesurer, afin d'éliminer d'emblée les bassins très petits, où il est certain qu'un fœtus à terme de taille normale ne peut passer. Dans tous les autres cas, on tentera l'épreuve du travail, qui orientera, selon son évolution, vers la voie haute ou vers la voie basse. Cette épreuve exige des conditions indispensables d'asepsie et une surveillance continue, attentive. Elle ne doit pas dépasser la douzième heure du travail. La femme ne doit pas se fatiguer, le fœtus ne doit pas souffrir. Elle se terminera ainsi sans risques accrus, pour la mère et pour l'enfant. Dans les cas suspects, impurs, infectés, il faut s'efforcer de sauver la mère, le fœtus quand il est vivant, l'utérus chaque fois que c'est possible. La césarienne basse drainée, l'opération de Portes modifiée, l'hystérectomie de Porro modifiée permettent de sauver beaucoup de femmes et d'enfants dans les cas tardifs négligés, notamment le drainage fixé. Une mention spéciale est réservée à l'emploi des sulfamides, qui a beaucoup amélioré le pronostic des dystocies pelviennes dans des cas naguère réservés à la césarienne mutilatrice.

La césarienne basse drainée avec sulfamidothérapie semble dès lors possible, sans danger supérieur aux autres méthodes, en prolongeant le délai de 12 heures jusqu'à la vingt-deuxième heure du travail, poche des eaux rompue depuis 18 à 19 heures ; si les pertes ne sont pas fétides, la dilatation complète peut avoisiner la température de 38° ,le pouls à 100, sans qu'il y ait atteinte de l'état général.

Ces limites seront peut-être encore reculées par une sulfamidothérapie intense très précoce. Toutefois, actuellement, au delà de ces limites, les auteurs préfèrent une intervention de Portes modifiée chaque fois que l'utérus peut être sauvé, et une césarienne mutilatrice chaque fois que l'utérus, même d'apparence normale, ne se rétracte pas après la sortie de l'enfant, ou ne se contracte pas sous l'injection directe de post-hypophyse. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 avril 1941).

Centre de séro-prophylaxie de l'hôpital Hérold

La lecture du Rapport annuel pour 1940, publié par ce Centre, relate certaines particularités par rapport à d'autres années. Il a dû satisfaire beaucoup plus de demandes venant de la part de collectivités, surtout de la province, que de celle de médecins praticiens de Paris, ce qui se comprend facilement en raison du déplacement d'énormes masses d'enfants parisiens.

Les circonstances ont permis également d'apprécier à sa juste valeur le sérum d'*anciens rougeoleux*, auquel il a fallu recourir largement en raison de l'apport déficitaire du sérum de convalescents de rougeole. Certes, il faut alors absolument utiliser de fortes doses, au moins cinq fois plus grandes que les doses correspondantes de sérum de convalescents. Sur 72 enfants hospitalisés dans le service du Docteur J. Marie, pendant quatre mois, et protégés par le sérum antirougeoleux, on n'a pas noté un seul échec avec vraie rougeole, mais seulement trois cas de rougeole modifiée, d'une atténuation extrême. Et cependant, parmi ceux-ci, il y en avait de gravement malades chez lesquels le fait de contracter la rougeole aurait considérablement assombri le pronostic.

A noter que la séro-prévention totale, mises à part les doses atténuantes, n'est pas désirable en dehors de l'hôpital, dans les familles, puisqu'elle est passagère, ne durant que trois semaines, tandis que la rougeole atténuée confère l'immunité. (*La Médecine infantile*, mars 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Les applications de la sulfamidothérapie en chirurgie

(M. Ch. Lenormant ; 20-5-1941)

M. Lenormant rappelle, d'abord, les débats qui ont eu lieu à l'Académie de chirurgie sur la sulfamidothérapie en chirurgie de guerre. Ils ont abouti, on le sait, à une conclusion très favorable à l'emploi des sulfamides dans le traitement des plaies de guerre, en association au traitement opératoire qui doit occuper toujours la place primordiale en pareil cas.

Cela dit, M. Lenormant envisage successivement la sulfamidothérapie dans les éventualités suivantes : lésions traumatiques récentes ; infections traumatiques et certaines séquelles ; prévention dans les interventions chirurgicales ; infections chirurgicales non traumatiques.

C'est surtout dans les traumatismes récents de guerre que la sulfamidothérapie a été employée, avec les résultats que l'on connaît : prévention fréquente de l'infection par le saupoudrage des plaies avec le sulfamide joint au traitement *per os*, possibilité de retarder l'intervention lorsque les blessés sont nombreux. Dans les blessures accidentelles de la pratique civile, la sulfamidothérapie a été peu utilisée à ce jour mais elle donnerait sans doute des résultats analogues (plaies contuses, plaies profondes, fractures ouvertes, etc.)

Pour les cas d'infection traumatique, les documents sont plus nombreux, l'impression restant, aussi, généralement favorable (gangrène, arthrites suppurées, infections péritonéales traumatiques, etc.) De même dans quelques séquelles des traumatismes, ostéites traumatiques, plaies suppurant longtemps. Legroux et Nitti ont montré qu'il suffit d'une concentration de sulfamide à 1 p. 3.000 et à 1 p. 5.000 pour arrêter le développement d'une culture de streptocoque ou de côli, alors qu'une concentration à 1 p. 300 n'arrête pas le développement d'une culture de tissus : le sulfamide, infiniment plus actif sur le microbe que sur la cellule serait, au moins théoriquement, un « antiseptique idéal ».

Le sulfamide a été utilisé également comme préventif dans certaines opérations en milieu infecté ; comme curatif dans des infections chirurgicales non traumatiques : péri-phlébite, phlegmon du plancher de la bouche, arthrite blennorragique, péritonite à pneumocoques, streptococcies, anthrax (Legroux et Lenormant). Le médicament s'emploie sous des formes variées : poudrages, crayons, injections (sulfamide soluble), administration *per os*, généralement associée au traitement local. Les observations de cette catégorie sont encore en nombre restreint mais elles permettent d'intéressantes promesses pour l'avenir.

En résumé, dans le traitement des affections chirurgicales susceptibles d'infection ou d'ordre infectieux, la sulfamidothérapie, ajoutée aux interventions opératoires nécessaires, a déjà donné d'importants résultats favorables qui paraissent devoir encore se multiplier beaucoup avec l'extension de la méthode.

Oxycarbonémie endogène et spasmes artériels

(MM. Loeper, Tonnet et J. Truffert ; 27-5-1941).

Dans une communication antérieure, M. Loeper et ses collaborateurs ont montré que l'érythrémie de Vaquez avait souvent pour origine une oxycarbonémie endogène ignorée. Poursuivant ces recherches, MM. Loeper, Tonnet et J. Truffert ont rencontré de l'oxycarbonémie endogène chez des malades atteints de spasmes artériels. Ils estiment que, en pareil cas également, l'oxycarbonémie est cause et non effet et ils rangent les spasmes artériels dans les conséquences possibles ou au moins discutables de l'oxycarbonémie.

L'oxycarbonémie endogène des diabétiques

(MM. Loeper, Tonnet et P. Chassagne ; 27-5-1941).

Pour MM. Loeper, Tonnet et Chassagne, l'oxycarbonémie doit prendre place à côté du diabète et de l'oxalémie dans le cadre des troubles du métabolisme des glucides.

Vitaminisation C. Besoins de l'homme en acide ascorbique

(M. Rakoto Ratsimamanga. — Présentation par M. Champy ; 27-5-1941).

L'auteur signale certains états d'hypovitaminose C. Il a observé 13 sujets de 23 à 28 ans, sans tare organique, chez lesquels une déficience en aliments verts frais avait été imposée pendant une vingtaine de jours. Ils présentaient tous une anémie légère et surtout de l'asthénie. Tous avaient un taux assez faible (15 milligr.) d'élimination urinaire d'acide ascorbique. Cinq d'entre eux, traités par le quinquina, n'ont obtenu aucune amélioration. Les huit autres, ayant reçu de l'acide ascorbique (synthétique ou par produit riche en vitamine C), ont guéri en dix jours. Une charge déterminée de l'organisme en acide ascorbique apparaît nécessaire pour assurer le fonctionnement optimum de la cortico-surrénale dont dépend la résistance sthénique d'un sujet.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

A L'ÉCOUTE DE NOS PRISONNIERS

S'il est quelque part en ce pays des oasis de sérénité où l'on puisse s'abstraire de l'ambiance de géhenne, des soucis, des chagrins qui font le climat 1941, cette sorte de détachement n'est pas à chercher dans une maison comme la nôtre. Il serait du reste paradoxal et scandaleux qu'il nous fût possible de trouver la paix là même où retentissent tous les échos d'une profession entre toutes tourmentée.

Et ce sont les jeunes qui nous content leurs difficultés pour faire face aux cotisations accumulées, et ce sont les « plus-de-quarante » qui demandent où les conduit le remue-ménage actuel, et ce sont les vieux, étranglés par la vie chère, et qui n'aperçoivent un recours que dans la retraite, à condition qu'elle vienne vite.

Et encore, ce sont les prisonniers, les plus à plaindre, parce qu'ils sont seuls, exilés, bourrelés d'angoisse, et qu'un moral aussi longuement miné ne peut qu'être bien défaillant.

Ces cartes qu'ils nous adressent, souvent signées de plusieurs d'entre eux, sont émouvantes et solennelles : car elles énoncent implicitement, si l'on ne se bouche pas les oreilles, un devoir impérieux, urgent pour les médecins français qui vivent de ce côté de la frontière, libres et au milieu des leurs. Tout n'est pas rose de ce côté de la frontière, il s'en faut ! Mais fouler le sol natal, aller et venir sans se heurter aussitôt à une barrière, embrasser ses proches, l'essentiel en somme pour un cœur humain, nous l'avons.

Eux ne l'ont pas et les jours s'ajoutent aux jours.

Il sied que chacun de nous pense à ces réalités et n'élude pas le devoir de solidarité qu'un tel contraste nous impose.

Il nous faut prêter l'oreille à ces angoisses familiales obstinément refoulées mais dont le lancinement reprend à certaines heures ; à ces soucis d'ordre matériel que chacun peut imaginer ; car ce ne sera pas tout qu'être libérés : encore faudra-t-il subsister.

Et pour les aînés, c'est l'inconnue de la clientèle abandonnée : se regroupera-t-elle ? Sera-t-elle irrémédiablement dispersée ? Le seul recours sera-t-il d'aller planter sa tente ailleurs ?

Pour les jeunes, une autre inconnue se pose en quel tonus intellectuel les trouvera la libération et seront-ils aptes à reprendre des études si longtemps délaissées, des études que de plus favorisés ont pu, depuis, mener à leur terme ?

Les tourments de cette sorte, ce ne sont pas seulement nos confrères qui les endurent, et nous recevons aussi de déchirantes confidences de femmes qui luttent, qui se sentent seules et qui redoutent de faiblir.

Et puis il y a les enfants..... Quelques milliers d'êtres, dans notre famille médicale, portent en ce moment une croix qui se fait plus lourde chaque jour.

Rien ne peut les soulager qu'une réglementation du statut des médecins prisonniers.

Ce statut, beaucoup de gens se sont occupés de l'améliorer et c'est ainsi que nous avons vu revenir en grand nombre les confrères retenus dans les camps depuis juin dernier.

Il en reste cependant qui, de par leur âge, leur situation de famille, leur qualité de réservistes auraient dû revenir, et qui sont toujours exilés.

Pour autant que cette question dépend des autorités françaises et, nommément, du Service de santé français, nous revendiquons avec fermeté qu'elle soit étudiée et promptement résolue. Assez de promesses, d'atermoiements. Les mois passent......

Nos correspondants nous écrivent de leurs camps de prisonniers que les Allemands sont favorables à la relève et même s'étonnent que cette relève n'ait pas été organisée plus tôt.

S'il en est ainsi ce seraient donc les militaires français qui encourraient la responsabilité du retard..... Qu'ils ne méconnaissent pas les manifestations d'impatience ; si elles ne parviennent pas jusqu'à eux, du moins viennent-elles ici, et nous pouvons leur en fournir les preuves.

Inutile de parler plus explicitement. Il est urgent d'agir ; il est urgent de tout tenter pour épargner à des camarades les rigueur physiques et morales d'un second hiver d'incarcération.

Plusieurs lettres de candidats remplaçants pour la relève des prisonniers nous sont parvenues ici. Le Service de santé français en a donc certainement reçu lui aussi.

Il lui appartient maintenant de dire ouvertement ce qu'il a fait et où nous en sommes.

G. Lavalée.

LES LIBERTÉS REQUISES POUR LA MÉDECINE HUMAINE

A la Semaine sociale de 1938, tenue à Rouen, j'avais eu l'honneur d'être chargé d'un cours destiné à rechercher quelles libertés sont nécessaires pour que la médecine puisse s'exercer dans des conditions qui lui méritent son beau titre de médecine humaine.

La Semaine entière était consacrée au problème des libertés.

Est-il besoin de rappeler aux lecteurs du *Concours Médical* que, depuis 1904, chaque année, durant une semaine de la fin de juillet, les catholiques sociaux se réunissent, non pas en un Congrès où l'on fait des discours, mais en une semaine de travail intensif, où quatre cours sont donnés chaque jour par des maîtres de la sociologie. Le compte-rendu annuel où tous les cours sont publiés, compose un volume important de quelque 500 pages. Ainsi s'est constituée une collection incomparable de sociologie (éditions de la Chronique sociale, 16, rue du Plat, Lyon). Nulle part ailleurs, à notre avis, on ne trouve l'équivalent de cette «somme», trop peu connue encore malheureusement du grand public.

Chaque année un sujet est ainsi traité, enseigné. Pour ne citer que les plus récents : 1930 : « Le problème social aux colonies » ; 1933 : « La société politique et la pensée chrétienne » ; 1934 : « Ordre social et éducation » ; 1935 : « L'organisation corporative » ; 1936 : « Les conflits de civilisations ».

A Clermont-Ferrand, en 1937, la Semaine avait consacré ses travaux à un sujet terriblement actuel : la personne humaine en péril. La suite logique du développement des idées devait amener la Semaine de 1938 à étudier : « la liberté et les libertés de la vie sociale » (1).

Et c'est ainsi que la table des matières du compte rendu de cette session fait succéder des études comme : « Essor et déclin des libertés dans le développement historique des civilisations » ; « La liberté de la personne humaine, sa nature, son excellence » ; « Les garanties des libertés dans la cité » ; « Les libertés familiales » ; « La liberté de la Presse » ; « La liberté des contrats et ses justes limites » ; Le régime des libertés dans le monde paysan »... etc... etc...

C'est dans cette série — et j'en passe — que j'avais eu mission de chercher si la médecine n'a pas besoin, pour remplir complètement son rôle, d'un climat de liberté.

Je voudrais reprendre, pour nos confrères du *Concours*, quelques-unes des idées que j'exposais, et chercher si elles restent vraies après la terrible tourmente qu'a subie la Patrie, quels points sont à rectifier, voire à changer radicalement.

J'avais mis d'abord hors de cause une liberté qui me semblait hors de conteste, la liberté religieuse. Que le médecin, dans l'intimité de sa conscience et que le malade dans ce même sanctuaire intime, garde le droit sacré de penser ce qu'il veut, de donner à sa vie spirituelle le sens qu'il juge bon, cela ne me paraît pas faire question.

Je faisais remarquer combien avait été affirmatif sur ce point le Congrès des hôpitaux de 1933.

Je détache du *Bulletin officiel* du Congrès le passage suivant : « Le développement de la médecine, durant les dernières dizaines d'années, a appelé de nouveau l'attention générale sur la vie psychique des malades. Reconnaître chez l'homme l'unité du corps et de l'âme est devenu une thèse de valeur universelle dans les milieux médicaux...

« Le développement dans le domaine des hôpitaux a fait voir, lui aussi, que, dans beaucoup de cas, le traitement purement extérieur du malade ne suffit pas toujours pour restituer la santé. Ce n'est que par une influence prise simultanément sur la vie psychique du malade qu'on peut attendre la guérison...

« Durant les jours de misère, des besoins religieux se manifestent, qui ne peuvent être satisfaits que par le ministre du culte auquel appartient le malade. Celui-là seul est en état d'apporter au malade non seulement par son action personnelle, mais aussi par les moyens surnaturels offerts par sa religion, cette paix intérieure et cette tranquillité qui augmentent les forces du malade, le rassurent, le tranquillisent et ainsi font valoir une influence favorable sur le processus de la guérison...

« Il est nécessaire que les ministres de la religion aient les mêmes droits d'accès et de secours auprès des malades hospitalisés que les autres autorités de l'hôpital s'occupant des soins aux malades ».

Je ne pense pas qu'il soit besoin d'insister aujourd'hui sur ces idées. Qu'il soit pour ou contre Dieu tout cléricalisme est indigne. Le malade hospitalisé dans la plus laïque des institutions doit être libre de pratiquer sa religion. Tout autant celui qui n'a pas la foi ne doit subir

(1) En 1939 à Bordeaux : « Le problème des classes sociales dans la communauté nationale ».

nulle contrainte, si c'est à la charité chrétienne qu'il vient demander des soins.

***

Descendons d'un plan, changeons de monde ; après la liberté des convictions religieuses, voyons ce qu'il en est de la liberté des convictions scientifiques.

Avons-nous la liberté de penser ce que bon nous semble sur ce point ? Est-il bon que nous l'ayons ?

La question n'est pas aussi simple qu'il pourrait sembler d'abord.

Les philosophes — il est sage de les consulter en de tels domaines — répondraient la même chose que l'homme de la rue, prouvant ainsi une fois de plus que la vraie philosophie est d'accord avec le sens commun, même si elle parle une autre langue. On n'est pas libre de croire que le vrai n'est pas vrai : ce qui est vrai est vrai, ce qui est faux est faux, comme dirait ce bon vieux Monsieur de la Palisse.

Mais la difficulté surgit justement à cet instant même. Parmi les choses que nous posons, que nous disons, que nous enseignons, quelle est la part de vérité absolument sûre et donc digne de ce nom, quelle est la part de conjonctures ? La vérité vraie, si l'on me passe ce pléonasme, a seule droit d'être enseignée.

Pour prendre un exemple absurde — je le choisis à dessein tel — je n'ai pas le droit de penser et de dire que l'homme a trois bras, que le cœur est à droite dans la poitrine, que nous avons quinze litres de sang, etc... etc... ? Les institutions chargées d'instruire les jeunes ont le droit et le devoir de s'opposer à ce que soient propagées des affirmations aussi folles.

Mais où va s'arrêter ce droit ? où va être la limite ? C'est une chose à laquelle on ne réfléchit pas toujours assez.

Dr René Biot.

(*A suivre*).

ENCORE UNE ADMINISTRATION QUI EXAGÈRE....

Après les Caisses d'assurances sociales, les Compagnies d'assurances, les Compagnies de chemins de fer, et tant de « hautes et puissantes » administrations, est-ce au tour des Caisses d'allocations familiales de s'exposer à l'hostilité médicale par le désir quasi maladif de pousser à la violation du secret professionnel ?

La lettre que nous publions ci-dessous et qui nous a été très obligeamment transmise par l'un de nos éminents collaborateurs, est symptômatique. Cette lettre a été adressée par une Caisse professionnelle d'allocations familiales bien connue à une femme demandant une prime pour première naissance, soignée dans le service de notre correspondant, Mme S...

En réponse à votre lettre du 3 courant, nous vous précisons à nouveau que le certificat médical doit mentionner qu'il s'agit d'une première naissance. Il suffirait à votre sage-femme d'écrire par exemple « Madame S... certifie que c'est son premier enfant ». Si cependant elle s'y refusait, vous devriez alors écrire sous la foi du serment, et en faisant certifier votre signature, qu'il s'agit d'une première naissance. Cette pièce est, en effet, indispensable à la constitution de votre dossier.

« Les signes de primiparité ne sont pas tellement certains que nous puissions nous risquer à en témoigner, commente notre correspondant. C'est à l'état civil, au livret de famille, d'en faire foi. » On ne saurait mieux dire.

Ajoutons cependant que s'il fallait suivre la Caisse d'allocations familiales, le médecin se trouverait dans de nombreux cas placé entre les injonctions de sa conscience, et celles de l'article 378 du Code pénal.

Enfin demandons à la Caisse d'allocations familiales pourquoi, à l'exemple de ses sœurs administratives, elle tient à renchérir sur un texte de loi. Le décret du 30 décembre 1939 prévoit qu'à la demande de prime doivent être joints : 1° livret de famille (destiné justement à faire la preuve de la naissance de premier rang). 2° duplicatum de l'attestation médicale de maternité, ou jusqu'à ce qu'elle soit instaurée, certificat délivré par un médecin ou une sage-femme. Où est-il question là dedans d'un certificat mentionnant qu'il s'agit d'une première naissance ?

La Caisse se sent-elle d'ailleurs très solide, qu'elle n'ait formulé son exigence qu'avec une timidité inusitée dans notre style administratif ?

Que les médecins, si pareille demande leur est faite, ne se laissent pas prendre au piège d'une telle bonhommie. Ils créeraient un précédent. Et chacun sait la valeur du « précédent » pour le fonctionnaire ou assimilé.

P. D.

LIBRES OPINIONS

❖ ❖

Numerus Clausus

Dans le *Concours* du 22 juin 1941, R. Massart conclut, avec son autorité, à la « pléthore » médicale, à ses mauvaises conséquences et cherche la réalisation du *numerus clausus.*

Suivant l'offre du *Concours* du 1er juin (page 1004), j'exposerai brièvement l'opinion contraire.

Pléthore. — A quel point de vue y a-t-il pléthore ? Au point de vue des médecins eux-mêmes ou au point de vue de la santé publique ?

Arrivé au terme de mon âge, je n'ai quasiment pas vu de misère dans le milieu médical. A part quelques-uns, qui le méritent par leur travail acharné ou leur valeur professionnelle, les praticiens ne font pas de fortunes, mais c'est à leur honneur : nous ne sommes pas des commerçants. La plupart gagnent leur vie.

Les « défaillances professionnelles » dont parle Massart ne viennent pas de la pléthore, comme il le dit, mais du manque de moralité des individus, d'une part, et de l'organisation économique, de l'autre. J'ai vu, je vois, plus de « défaillances » chez des médecins à grosse clientèle que chez des confrères modestes. La pléthore a peu à voir là-dedans.

Au point de vue professionnel égoïste, je conclus donc : pas de pléthore ou bien peu.

Au point de vue de la santé publique, non seulement il n'y a pas pléthore, mais il y a manque de médecins.

Pour que les Français soient bien soignés, il faudrait rien qu'en France, quatre fois plus de médecins que nous ne sommes. Je n'ai pas besoin de développer, écrivant pour des médecins : un examen de conscience ralliera à mon opinion ceux qui n'y ont pas réfléchi déjà.

Numérus clausus. — Massart y conduit avec élégance : le filtre à l'entrée. Avec son système, les clientèles ne prendraient pas, par la suite, l'aspect de « charge transmissible » qu'ont certains « cabinets ministériels », huissiers, avoués, notaires, mandataires, etc...

Quand on voit à quel étage sont tombés les métiers qui ont limité le nombre de leurs membres et qui se chargent de les choisir eux-mêmes on redoute le même sort pour l'avenir de notre magnifique profession.

Avant les élections pour les Conseils de l'Ordre

On les prépare, dit-on. Il n'est donc pas inutile d'envisager cette préparation.

Les premiers Conseils ont été « nommés ». C'est une tare. On ne pouvait l'éviter. Elle a donc été supportée.

Les prochains Conseils seront élus, suivant le décret. Faudra-t-il élire *tous les* conseillers ou seulement partie ?

Malgré la tare initiale, il sera bon, je crois, de laisser temporairement un tiers des conseillers nommés. La charge fut lourde, la besogne écrasante ; ils ont appris beaucoup de choses. Qu'ils restent en place pour guider, initier les nouveaux conseillers.

Un tiers seulement, parce que le plus grand nombre doit avoir la confiance des confrères, doit donc être élu.

Limitation de l'électorat et de l'éligibilité.

Les « modalités de l'élection » prévues à l'art. 18 qui devaient être fixées par des règlements d'administration publique ne sont pas encore connues. D'où les lignes suivantes :

Aucun médecin ayant encouru une peine professionnelle ou civile ne devrait être ni éligible, ni même électeur.

De même, interdiction d'éligibilité et d'inscription sur la liste électorale à tout médecin étant ou ayant été fonctionnaire de l'Etat.

Cette interdiction rejette hors des Conseils de l'Ordre tous les médecins ou anciens médecins militaires. Il n'est pas besoin, ce me semble, d'indiquer les claires raisons.

Dr A. Mignon (Viroflay).

Directeur-Gérant : G. Lavalée Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

Sanatoriums publics

Par arrêté en date du 10 juillet 1941 :

M. le Docteur Jacquet, médecin adjoint au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), est affecté, en la même qualité, au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Mme le Docteur Poivet-Sarthou, médecin adjoint au sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais), est affecté en la même qualité, au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Par arrêté en date du 15 juillet 1941, M. le Docteur Etienne, médecin adjoint au sanatorium de La Bucaille (Seine-et-Oise), est affecté, en la même qualité, au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire).

Tribunal des pensions de la Seine

Par modification à l'arrêté du 30 décembre 1940 portant nomination des médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1941, sont nommés :

Membre suppléant du tribunal départemental des pensions de la Seine (2e section), M. Logre, docteur en médecine, en remplacement de M. le Docteur Mendelssohn.

Membre titulaire du tribunal départemental des pensions de la Seine (4e section), M. Helie, docteur en médecine, en remplacementde M. le Docteur Lutaud.

Membre suppléant du tribunal départemental des pensions de la Seine (4e section), M. Renard, docteur en médecine, en remplacement de M. le Docteur Lyon-Caen.

(*J. O.*, 30 juillet 1941).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

A PROPOS D'UN QUESTIONNAIRE. — ORDRE ET ÉLECTIONS. — ALLOCATIONS FAMILIALES. — COMITÉS DE SÉCURITÉ. — MÉDECINS ET ASSISTANTES SOCIALES.

Le Conseil supérieur s'occupe de la Retraite du médecin.

Il vient de nous le rappeler en nous envoyant à chacun un petit questionnaire à remplir, lequel « a pour but, nous dit-on, de connaître l'état actuel de prévoyance de chaque confrère ».

Très bien. Il est, en effet, indispensable que ceux qui travaillent au projet de retraite aient à leur disposition des données statistiques précises sur le nombre et l'âge des médecins. Nous les fournirons volontiers.

Il est également intéressant pour eux de connaître les mesures de prévoyance prises par chacun.

Mais n'y a-t-il pas abus d'inquisition lorsqu'on exige que nous indiquions les organismes ou les Compagnies d'assurance auxquels nous avons souscrit ces contrats, ainsi que leur numéro ?

De plus, s'il s'agit seulement de renseignements destinés à l'élaboration d'un système non encore défini, pourquoi nous indispose-t-on en nous menaçant du paiement de la cotisation

maximum si nous répondons incomplètement ou en retard ? De telles menaces nous rappellent fâcheusement l'époque, hélas révolue, où nous étions potaches.

Enfin, au nom de quel règlement futur peut-on décider maintenant que tout contrat souscrit postérieurement au 31 décembre 1941 à des organismes étrangers à l'œuvre corporative, ne pourra venir en défalcation des primes réclamées ?

Existe-t-elle cette œuvre corporative ? — Pourquoi le 31 décembre 1941 ? — Est-ce à dire que la retraite fonctionnera à dater du 1er janvier de l'année prochaine ? — Nous en acceptons l'augure...

***

L'art. 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins, spécifiait qu'à la fin de l'année 1941, les Conseils de l'Ordre se trouveraient dissous et seraient remplacés par des Conseils élus.

Ainsi que nous l'avions laissé prévoir, une loi du 2 août dont nos lecteurs trouveront le texte dans le présent numéro, vient de reporter les élections à une date ultérieure, qui sera fixée par décret...!

Les modalités de ces élections seront déterminées par des règlements d'administration publique qui fixeront également l'étendue de circonscription de chaque Conseil.

***

La question des allocations familiales fait couler beaucoup d'encre à l'heure actuelle.

Ne vient-on pas, en effet de nous annoncer que si la Caisse d'Allocations Familiales des professions médicales compte déjà 11.000 membres, il reste 8.000 médecins qui n'y ont pas encore adhéré.

Et chacun de se demander ce que l'on attend pour faire la chasse à ces retardataires.

Mais le Conseil Supérieur de l'Ordre n'avait-il pas, au moment de l'inscription au Tableau, exigé de chaque médecin, la justification de son affiliation à la Caisse d'Allocations Familiales des professions médicales ?

Par cette exigence, dont le caractère légal est d'ailleurs plus que douteux, le Conseil Supérieur s'engageait moralement vis-à-vis des médecins, non seulement à tenir la main au bon fonctionnement de la Caisse, mais surtout à veiller à ce que chacun contribue par le paiement régulier de justes cotisations, aux charges familiales des confrères ayant de nombreux enfants.

La situation actuelle réclame d'urgence une solution. Il y va du prestige même du Conseil supérieur de l'Ordre. Les médecins le jugeront à ses actes.

***

En application du nouvel art. 67 du Livre II du Code du Travail, un décret vient d'instituer des « Comités de sécurité ».

— dans tout établissement occupant d'une façon habituelle, 500 salariés au moins ;
— dans tout chantier temporaire du bâtiment et des travaux publics employant au moins 100 ouvriers ;
— dans tout autre établissement ayant au moins 100 salariés, si les travaux exécutés présentent un risque particulier.

Ces Comités de sécurité comprennent : le chef de l'établissement, le chef du Service de sécurité ou à son défaut un agent de la maîtrise, le médecin de l'usine, le délégué du personnel.

Ils ont pour mission de veiller à la sécurité générale des travailleurs, de prévoir et de prévenir les accidents, d'enquêter sur chaque cas d'accident ou de maladie professionnelle grave.

***

La Médecine infantile publie dans son numéro de juillet le texte d'une Circulaire adressée par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé aux Directeurs régionaux de la Santé, précisant les fonctions qui incombent au Service social, et prescrivant les moyens de coordonner l'action du personnel de ce service.

Une triple fonction doit être remplie par les assistantes sociales ; une fonction de dépistage et de surveillance sanitaires ; une fonction d'aide matérielle et morale ; une fonction d'éducation.

En vue de réaliser la coordination des services, trois sortes de mesures doivent être prises : organisation par voie législative de la profession d'assistante sociale ; établissement entre les différents organismes intéressés d'une entente réglant en général la répartition des tâches et des modalités de leur collaboration ; constitution dans chaque département d'un Service central apte à établir, dans l'activité quotidienne, toutes les liaisons nécessaires.

D'aucuns pensent que cette Circulaire donnera satisfaction aux critiques soulevées dans les milieux médicaux par l'institution et le fonctionnement du Service social.

Quant à nous, nous regrettons deux choses essentielles :

1° Que ce texte n'ait pas mis davantage l'accent sur le rôle très particulier d'*auxiliaire du médecin* réservé à l'assistante sociale : ne pas faire de diagnostic ni prescrire de traitement, ce qui constituerait de l'exercice illégal ; ne pas administrer les soins prescrits, ce qui serait uniquement un métier d'infirmière;

2° Que rappelant que c'est « à l'occasion de la maladie que l'assistante sociale pénètre dans les familles et dans leurs secrets », le Ministre n'ait pas insisté sur la nécessité au cours des dépistages d'observer au maximum le *secret professionnel.* Certaines enquêtes menées par le Service social n'ont-elles pas fait scandale par la précision des détails rapportés et par la publicité qui leur était donnée ?

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

3766. — Hématocèle ; récidive

J'ai soigné à sa demande un ouvrier du 26 mai au 17 juin pour hématocèle survenue au cours de son travail ; j'ai délivré deux certificats constatant cette hématocèle. Le 17 juin l'état était tellement amélioré que je lui ai permis de reprendre son travail et que je lui ai donné un certificat de guérison. Il a repris son travail. Or il y a six jours le confrère de l'Assurance m'a fait savoir aimablement qu'il allait visiter mon blessé (on le priait de rechercher des

traces de traumatisme) et au cours de ce nouvel examen j'ai constaté que cette hématocèle vaginale grosse comme un œuf de poule, avait récidivé.

J'hésite entre ces deux solutions :

Conseiller à mon blessé de cesser son travail et de le faire porter malade à nouveau.

Ou lui conseiller de demander une expertise pour estimation de son invalidité qui, à mon avis, devrait être de 5 à 6 /100.

Puis-je suivre à mon choix, l'une ou l'autre de ces deux méthodes ?

Dr D.

Réponse

Si cette hématocèle fut exactement causée par un accident du travail, ce qui est d'abord à fixer, il y aurait lieu, ce me semble, de déclarer la récidive que vous aurez constatée. Que le blessé reprenne ou non son travail, c'est une affaire secondaire, puisque l'art. 5 de la loi du 1er juillet 1938 dit : « Quelle que soit la durée de l'interruption du travail, occasionnée par l'accident, ou même s'il n'y a pas eu interruption, le chef de l'entreprise supporte... »

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

3.515. — Nomenclature et tarif

Veuillez m'indiquer le tarif à appliquer pour : réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras chez un malade assuré social, ainsi que ce qu'il y a lieu de porter sur la feuille d'assurances sociales.

Dr C.

Réponse

Vous trouverez en K. 20 : « Fractures fermées : réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicate : avant-bras ou jambe ». C'est bien là votre cas et ce que vous devez porter sur la feuille d'Assurances sociales.

Ceci correspond à la Nomenclature, qui est la même pour toute la France, et que ni Caisse, ni médecin ne peuvent changer.

Quant au tarif, comme toujours, cela dépend de la valeur de K dans votre département, valeur qui varie, en France, de 15 à 25 francs.

Pour connaître ce que le malade touche, il faut savoir quel est le tarif de remboursement de la Caisse intéressée, ce qui vous donnera à la fois le tarif en K et le tarif en P. C. pour la petite chirurgie.

Dr F. Decourt.

3.699. — Deux interventions concomitantes

Une note d'honoraires qui vient de m'être payée — avec augmentation de 6 francs par une Compagnie d'assurances, me fait supposer que le tarif accident du travail a été modifié. Mais depuis quand ? Et où, s'il vous plaît, puis-je me procurer le nouveau tarif ?

Ma note était ainsi conçue :

Sutures	27 fr.
Certificat	10 fr.
Sérum	5 fr.

L'assurance a rectifié :

Sutures	27 fr.
Certificat	10 fr.
Sérum	11 fr.

en alléguant l'article 10. Lequel article ne dit pas expressément que l'injection de sérum antitétanique doive être comptée 11 francs et non 5.

Dr J.

Réponse

a) Voici un confrère qui m'écrit parce que sa note d'honoraires a été augmentée par la Compagnie d'assurances. Ce fait qui n'est pas banal certes, fait honneur à la fois au confrère et à la Compagnie.

b) Il s'agit d'une légère augmentation de 6 francs : c'est donc là une question de principe évidemment.

Le confrère avait compté (je ne sais sur quelle base) 5 francs pour injection de sérum, concomitante à des points de suture.

La Compagnie a rectifié avec raison en se basant sur l'art. 10 alinéa 2, alors que l'injection antitétanique est tarifée 22 francs, mais minorée de 50 % puisque concomitante a une autre intervention, donc tarifable 11 francs et non 5.

Il ne fut pas besoin pour cela, comme le suppose notre confrère, de la moindre modification au tarif de 1939, toujours en vigueur.

Dr F. Decourt

3.665. — Suture par agrafes effectuée le dimanche

J'ai recours à vos lumières pour ce point. Ayant fait une suture cutanée en trois agrafes un dimanche soir à 22 heures, quel est l'indication que je dois porter sur la feuille de maladie et le prix que je dois demander ? Assuré social.

Dr L.

Réponse

a) Vous pouvez lire dans la « Nomenclature nationale de pratique médicale courante » applicable dans toute la France, à partir du 1er octobre 1940, ce qui suit : « P. C. 2 (*in fine*) : Suture simple par agrafes (1 et 3) ».

C'est donc P. C. 2 que vous devez marquer sur la feuille.

Quant au prix à demander, d'après « l'entente directe », c'est celui de la clientèle ordinaire.

Par contre, le montant du remboursement que l'assuré touchera de la Caisse dépend de la valeur de P. C. indiquée sur le tarif de responsabilité de la Caisse intéressée, diminué de 20 % pour former le tarif de remboursement.

b) Il n'est pas indiqué, dans la Nomenclature ci-dessus rappelée, une majoration spéciale pour les interventions effectuées les dimanches et jours fériés.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

Fonctionnement de la Commission d'inaptitude au travail pour l'allocation aux vieux travailleurs

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le Professeur Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

La réponse donnée dans le nº 27 du 6 juillet, page 1219, peut être complétée par le renseignement suivant :

Le droit, donné aux anciens salariés de 60 à 65 ans, demandant de bénéficier de la retraite des vieux travailleurs par anticipation, de se faire représenter ou accompagner par leur médecin, est pour eux une garantie de plus que la Commission régionale d'inaptitude au travail examinera chaque cas particulier avec tout le soin désirable. Cette mesure est calquée sur le même droit, donné aux assurés sociaux, quand il s'agit d'un litige porté devant une Commission technique régionale d'invalidité (pension d'invalidité refusée, supprimée ou suspendue). Dans les deux cas, les Commissions ont tout pouvoir pour se procurer des renseignements complémentaires, pour faire effectuer des expertises par des spécialistes, etc.

Le médecin du candidat à une allocation anticipée de vieux travailleur est donc, de droit, membre de la Commission régionale d'inaptitude au travail. Mais *ce droit n'implique pas la nécessité absolue de sa présence effective.* La Commission peut (comme la Commission technique régionale d'invalidité) délibérer et décider valablement si ce médecin du postulant est inexistant ou absent, pourvu que soient présents divers autres membres, dont le médecin expert désigné par le premier Président de la Cour d'appel.

En pratique, il faut prévoir que le déplacement du médecin du postulant sera souvent rendu difficile par la distance, la longueur de l'absence en période de pénurie d'essence, des occupations plus urgentes ou plus impérieuses. Il se pourra aussi que l'intéressé ne puisse ou ne veuille pas faire les frais de ce déplacement.

Ses droits ne seront pas lésés pour cela. Son médecin peut *se faire représenter par des certificats, par des documents, par une lettre explicative,* etc. Il peut d'ailleurs s'y prendre d'avance et correspondre avec le médecin expert ou avec le secrétariat de la Commission.

En somme, sauf la possibilité d'examen en séance de l'intéressé (qui sera convoqué), le rôle de son médecin sera le même que devant la Commission technique régionale d'invalidité.

Nous avons demandé au Professeur Perrin sur quoi il se fondait pour conclure à la validité des délibérations de la Commission même en l'absence du médecin représentant le vieux travailleur. L'art. 4, § 2 de l'arrêté du 9 avril 1941 dispose en effet que « la Commission ne peut valablement statuer que si trois de ses membres dont le président et le médecin sont présents » sans préciser de quel médecin il s'agit, du médecin expert désigné par la Cour d'appel ou du médecin désigné par le requérant.

Le Professeur Perrin, nous a répondu en nous don-

nant à l'appui de sa thèse un argument de bon sens, et un argument d'ordre historique.

Si l'on s'en tient au seul point de vue du bon sens, il est logique que le médecin indispensable pour la validité des délibérations soit un élément *permanent* de la Commission, et un expert *indépendant*, et non pas le médecin de chaque malade, moins indépendant, et qui ne fait partie de la Commission *que* pour son malade.

Par ailleurs, les textes régissant la Commission régionale de l'inaptitude au travail sont calqués incontestablement sur ceux instituant les Commissions techniques régionales d'invalidité.

Or, et c'est l'argument historique, lorsque les C. T. R. I. ont été instituées, la présidence en a été confiée au médecin désigné par le premier Président de la Cour d'appel. Un certain nombre de Commissions ayant mal marché, et ayant surtout eu trop de jugements cassés pour vices de forme, la composition de la Commission a été modifiée, le médecin n'étant plus qu'un médecin-expert, et la présidence étant confiée au directeur régional des Assurances sociales (ou à son représentant, par exemple un sous-directeur).

Si le médecin expert n'est plus président, il faut néanmoins admettre que sa présence est restée obligatoire pour la validité des décisions. C'est la conclusion du Professeur Perrin. Ce sera aussi la nôtre.

AUTOMOBILISME

Sur le mélange alcool-essence

Nous avons reçu de notre confrère, le Docteur Alain Josso, la lettre que nous publions ci-dessous. Elle ne manquera pas d'intéresser nos lecteurs.

Notre collaborateur, M. Henri Petit, à qui nous l'avons communiquée, confirme que le carburant ternaire recommandé par le Docteur Josso convient parfaitement pour les moteurs automobiles. Sa composition se rapproche de celle qui avait été proposée pour un carburant ternaire officiel qui devait être mis en vente prochainement.

A propos des articles du *Concours* relatifs au mélange alcool-essence et à la recherche du « tiers solvant », voici le procédé que j'emploie depuis cinq mois avec grande satisfaction.

Si nos confrères veulent bien lire les quelques lignes suivantes, ils connaîtront le moyen *de doubler* leur faible dotation mensuelle et ils auront un carburant donnant d'excellents résultats, des départs faciles même par grand froid, sans aucunement modifier le carburateur ni réchauffer aucun tuyau.

Mes confrères, prenez un tube à essai, versez-y: 5 c. c. d'essence, 4 c. c. d'alcool, 1 c. c. de benzine de teinturier.

Par l'addition de ce dernier liquide, vous obtiendrez un mélange parfaitement homogène (après courte agitation) dont la limpidité et la bonne odeur vous donneront confiance et vous

pousseront à opérer aussitôt sur une plus grande échelle :

5 litres d'essence ;
4 litres d'alcool ;
1 litre (à peine) de benzine.
Agitez une minute et essayez sur la route.

L'huile de ricin se mélange à merveille à ce carburant mais je n'en mets jamais pensant que la benzine qui est grasse suffit à corriger l'action asséchante de l'alcool.

Je serai heureux, mes chers confrères, si ce procédé peut vous éviter l'usage trop fréquent de la bicyclette et s'il vous permet de soigner et de soulager un plus grand nombre de malades.

Dr Josse.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Soins médicaux aux salariés atteints de maladie professionnelle

Nous avons reçu de notre confrère le Docteur G. Hausser, si versé dans toutes les questions d'hygiène industrielle et de médecine du travail, la lettre suivante :

Je lis dans le numéro 29 du *Concours médical*, page 1315, que vous indiquez que les certificats doivent être envoyés sous les mêmes formes et aux mêmes dates que pour les accidents du travail.

En pratique, cela est vrai le plus souvent, mais en fait, il y a eu des modèles de certificats qu'il serait utile de porter à la connaissance des confrères. Vous les trouverez d'ailleurs dans la petite brochure que j'ai rédigée il y a quelques années et que je vous adresse ci-jointe.

Ci-dessous voici un modèle de certificat :

Certificat médical
(Art. 5 de la loi du 25 octobre 1919)

Le soussigné, Docteur en médecine (1)...............
demeurant à......................................
après avoir examiné M............................
demeurant à......................................
lequel m'a déclaré être occupé en qualité de (2)........
chez M (3)..
certifie qu'il présente les symptômes ci-après :........
dequels il résulte qu'il serait atteint de (4)...........
maladie mentionnée aux tableaux annexés à la loi du 25 *octobre* 1919, *et paraissant entraîner les conséquences suivantes* (5) :..............................

Fait à .... *le* .... 19..

(Signature du médecin).

(1) Nom, prénoms.
(2) Nature de travail effectué.
(3) Nom, adresse et nature de l'exploitation assujettie.
(4) Nature de la maladie d'origine professionnelle mentionnée aux tableaux annexés à la loi.
(5) Indiquer, si possible, la durée de la maladie et, éventuellement, spécifier si elle doit entraîner une incapacité permanente.

QUESTIONS DIVERSES

3.673. — Conditions du droit à la solde mensuelle

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître le texte par lequel tous les médecins auxiliaires sont placés sous le régime de la solde mensuelle. Je suis en effet prisonnier à l'hôpital X. ; j'avais lu il y a quelques semaines dans le *Concours* l'annonce de cette décision. J'ai alors demandé et obtenu pour ma femme une délégation de solde. Or les C. A. T. lui en réclame le remboursement, en arguant que je ne suis pas à solde mensuelle. Je vous serais reconnaissant de me faire parvenir ces renseignements. Dr C.

Réponse

Vous ne pouvez être «à solde mensuelle» que si vous avez servi dans l'armée active sous l'empire des lois antérieures à la loi de recrutement du 1er avril 1923 (celle qui avait ramené à 18 mois la durée du service actif). C'est ce qui résulte des dispositions du décret du 27 octobre 1939.

D'autre part, la dégélation de solde n'est autorisée que pour les sous-officiers de carrière, et ceux ayant trois ans de service actif.

SECRET PROFESSIONNEL

Un chirurgien doit-il faire figurer le nom de ses malades sur les livres de comptabilité de sa clinique ?

L'inspecteur des Contributions directes veut m'obliger à inscrire sur les livres de ma clinique qui doivent lui être communiqués, les noms des malades. Je m'y suis refusé en me retranchant derrière le secret professionnel. Mais l'inspecteur prétend que les services de la clinique ne s'occupent pas des soins qui ne regardent que le chirurgien traitant et qu'ainsi les noms doivent être inscrits dans les livres soumis à la vérification. Or, il y a des malades qui ne veulent pas que quiconque soit informé de leur séjour en clinique. Que faut-il faire ?... Dr D.

Réponse

L'Inspecteur des Contributions directes est mal fondé à formuler l'exigence que vous nous rapportez.

L'art. 92 du Code des impôts sur le revenu déclare, en effet « pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées ». Par conséquent, vous pouvez légitimement refuser de faire figurer sur les livres de comptabilité de votre clinique le nom de vos malades.

Il convient, en effet, de remarquer que ne sont pas seuls tenus au secret professionnel les médecins, mais, aux termes de l'art. 378 du Code pénal « toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession... des secrets qu'on leur confie. Par conséquent, en admettant même que l'exploitation commerciale de la clinique représente une personnalité distincte de celle du chirurgien, il faut admettre qu'étant en rapport intime avec les malades au point de vue des soins qui leur sont donnés, la direction de la clinique est tenue, par profession, au secret professionnel.

Si néanmoins vous ne voulez pas, en refusant systématiquement de donner satisfaction à l'Inspecteur, risquer de la part de celui-ci des mesures de rétorsion, vous pouvez envisager la solution suivante :

vous auriez :

un registre officiel sur lequel ne figurerait aucun nom de malades, ceux-ci étant simplement désignés par des numéros ;

un autre registre contiendrait tous les noms des malades correspondant aux numéros. Sur ce registre ne seraient portés que les noms de ceux dont la révélation ne pourrait constituer, par la nature de l'affection qui les a amenés à la clinique, une infraction à l'art. 378 du Code pénal, ou de ceux n'ayant pas formellement exigé le silence absolu sur le fait même de leur séjour en clinique.

Ce dernier registre serait communiqué à l'inspecteur.

Un troisième registre ne contiendrait que les noms de ceux dont la nature de la maladie, ou une volonté formellement exprimée lors de leur entrée à la clinique, interdirait au médecin de révéler à un tiers, même au contrôleur, leur seul passage dans son établissement.

Ce registre ne serait pas communiqué à l'inspecteur.

Bien entendu, toutes ces explications ne valent que si la clinique du Docteur Delbes n'est pas spécialisée en matière d'accouchements, de traitement nerveux, etc., car, dans ces cas, il pourrait y avoir violation du secret professionnel à mentionner même le séjour de n'importe quel patient dans cet établissement.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le décret du 21 mai 1940 portant règlement d'administration publique, relatif à la surveillance des établissements d'accouchement, pris en application du décret-loi du 29 juillet 1939 sur la famille, dispose dans son art. 15 que tout exploitant de l'un des établissements visés par le décret, doit tenir un « livre-journal coté et paraphé par le maire, ou le commissaire de police, où sont inscrits par ordre de date, sans indication du nom de l'accouchée ou de la malade, mais avec mention du numéro d'ordre afférent à l'inscription de son entrée dans l'établissement, tous les accouchements, etc... ».

Ainsi donc, ce décret-loi, qui impose une surveillance particulièrement sévère pour les établissements d'accouchement, a prévu expressément que le livre-journal ne devrait pas comporter l'indication du nom des malades.

Il est facile d'en tirer deux conclusions :

1° Pour une clinique spécialisée en matière d'accouchements, l'indication du nom des malades ne doit en aucun cas être communiqué à un tiers ;

2° Pour les cliniques non spécialisées, la loi, même dans sa forme la plus récente et la plus sévère, admet que dans certains cas, le nom des malades ne doit pas être communiqué, selon l'affection qu'ils présentent, ou à la suite du vœu formellement exprimé par eux que leur entrée dans l'établissement reste secrète.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants.............. 50 fr.

***Le Numéro*............. 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 228. — Centre. Rais. famil. à céder d'urg. poste méd. génér. tenu 8 ans dans ch.-lieu cant. 12 km gr. ville. Maison bien située, tout conf., 10 p. jardin. Rapp. 105.000. Prix 70.000 dont 50.000 compt. S'ad. H. Bruant, 32, gde rue à Creteil (Seine).

Nº 229. — Dr recomm. électro-radiogr., très bons certif., posséd. dipl. aptitude à l'emploi manipulat. radiogr., qui recherche emploi dans hôpital, mine ou chez spécialiste. Wallecan, à Marcq-en-Barœul (Nord), 56, av. Abbé Lemire.

Nº 230. — Le Dr Brissemoret, 18, rue Adolphe Besson à Chelles (S.-et-M.), recherche le Jardin botanique de la Faculté de Méd. de Paris, par Baillon, in 18º 1889.

Nº 231. — A vend. 600 frs oscillo-pressiomètre de Ménard, état neuf, valeur 900 frs. S'ad. Dr Le Pape, 41, rue Elie Fréron, Quimper.

Nº 232. — Fille de méd., infirmière, recherche secrét. médic., de préfér. logée, ou toute autre situat. analogue : soins à enfants, vieillard, infirme. Paris ou province. Ecr. Mlle Malécot, 94, rue de Charonne, Paris (XIe).

Nº 233. — Hospice de Darnetal (S.-I.) 80 lits, dem. renseign., devis, pour matér. et mobil. chirurg. de salle de pansements, examens. S'ad. Dr Bouju, Darnetal (S.-I.)

Nº 234. — Banl. Ouest, client. médec. génér. à céder avec compt. minime. Appartem. 4 p., garage. S'ad. Dr Jamain, 138, av. de Wagram, Paris (17e).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Normandie. — Seul, proph., pays riche, gros rapp. Maison avec jardin. Prix 50.000.

Banlieue idméd., poste ancien. Beau pavillon conf., jardin. Ind. 30.000.

S.-et-O. — Bonne client. très anc. Prix 80.000 dont 60 cpt.

Maison santé, à céder en banlieue proche. Cond. à débat.

Grande ville Ouest, gros cabinet, surtout consult. Prix 100.000.

40 km Paris, anc. cab. très gros rapp. Belle maison. Ind. à débat.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Cito, jucundeque curo
Acres et languentes stomachos,
Amaras linguas purgo ;
Ut pueri sane crescant
Morbosa eorum viscera recreo.

Tablettes de **Mangaïne**, 71, rue Sainte-Anne, Paris

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Avis à nos abonnés de la zone non occupée

Modification du recouvrement de nos abonnements

Nous informons nos abonnés de la zône non occupée que les recouvrements postaux étant maintenant possibles entre les deux zônes, nous procéderons directement de notre siège social au recouvrement du prix de nos abonnements à compter de la fin du présent mois.

Nous prions nos lecteurs, désirant se mettre en règle vis-à-vis de nous sans attendre qu'une traite leur soit présentée, de vouloir bien à l'avenir verser le montant de leur abonnement au crédit de notre compte courant postal Paris 167.95 et ne plus l'adresser comme par le passé à notre Agence de Vals.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Démonstrations pratiques sur la transfusion du sang*, du 27 au 31 octobre 1941, par le Professeur JEANNENEY avec la collaboration de MM. les Professeurs Andérodias, Aubertin, Cruchet, Damade, Fabre, Papin, Wangermez et de MM. les Docteurs Servantie, Castanet, Cator, Georget, Ringenbach. — Une série de démonstrations pratiques sur la transfusion du sang auront lieu du lundi 27 octobre au vendredi 31 octobre 1941 inclus, dans le service du Professeur Jeanneney, aux nouvelles cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-André.

Ces démonstrations sont, en principe, ouvertes aux internes et aux externes (troisième année) et à tous les médecins et étudiants que la question intéresse.

Les inscriptions sont reçues dans le service du Professeur Jeanneney, à l'hôpital Saint-André.

PROGRAMME : Les problèmes de la transfusion. Choix des donneurs. Groupes sanguins. Indications de la transfusion en chirurgie. Appareils à transfusion de sang pur. Le sang conservé. Appareils à transfusion de sang stabilisé. L'hémoglobinothérapie. Indications de la transfusion en obstétrique. Indications de la transfusion en médecine. Anticoagulants. Appareils à transfusion de sang conservé. Problèmes physiologiques de la transfusion. Immuno-transfusion. Transfusion à l'animal. Biochimie du sang. Mesures du pouvoir hémo-bactéricide. Etude physique du sang conservé. Les transfusions difficiles. Accidents de la transfusion. Organisation des services de transfusion. Prises de sang. Transfusions. Exercices pratiques.

— **Hôpitaux de Rouen.** *Concours de médecin-adjoint, de chirurgien adjoint, d'internat et d'externat.* — Des concours s'ouvriront à l'hôpital général de Rouen : le 6 novembre 1941 pour un poste de médecin-adjoint ; le 20 novembre 1941 pour un poste de chirurgien adjoint ; le 4 décembre 1941, pour six places d'internes, et le 23 octobre 1941 pour l'externat des hôpitaux de Rouen.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

— **Contrôle médical des grandes réunions sportives.** — Les Fédérations sportives, conformément aux instructions ministérielles émanant du Commissariat général à l'Education générale et aux sports, sont chargées, chacune en ce qui concerne leur sport, d'organiser le service médical des grandes réunions sportives.

Les médecins désireux de participer au service créé dans ce but par la Fédération française de Basket-Ball et d'être intégrés dans le cadre médical fédéral sont priés de se faire connaître d'urgence à M. Cruche, à la F. F. B B., 28, place Saint-Georges, à Paris, qui leur donnera tous renseignements utiles.

Ils voudront bien joindre à leur demande un exposé sommaire de leurs titres au point de vue contrôle médical d'éducation physique, et indiquer le sport pour lequel ils ont une compétence particulière.

— **Naissance.** — Patrick LORIQUER a la joie de vous annoncer la naissance de sa petite sœur *Christiane*. Le 4 août 1941.

Docteur Loriquer, Dol-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine).

— **Mariage.** — Madame et le Docteur Jean Marty, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, à Aulnay-sous-Bois (actuellement à Perpignan), sont heureux de vous faire part du mariage de leur fils Georges MARTY, aspirant d'infanterie coloniale, ancien Cadet de Saumur, Croix de guerre, avec Mademoiselle Anne-Marie PEDELLIEZ, fille de Madame et de Monsieur Pierre Pedelliez, industriel, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre.

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Betz, chevalier de la Légion d'honneur, ancien chirurgien de l'hôpital de Colmar, décédé à Souillac (Lot) à l'âge de 72 ans. Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

Monsieur Serge HUARD, Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé

Lors du dernier remaniement ministériel, le Docteur Serge Huard a été nommé secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Il voit ainsi s'élargir ses fonctions et s'affermir son autorité. L'œuvre qu'il a entreprise au département de la Santé est vaste et inachevée ; elle requiert encore et plus que jamais son attention.

Avec nos félicitations, nous exprimons le vœu qu'il la mène à bonne et louable fin.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur à titre posthume :

Erembert (François), *médecin lieutenant de réserve au 103e rég. d'infanterie.*

Officier du plus grand mérite, qui a refusé une affectation moins exposée afin de rester près de son unité. S'est prodigué avec une bravoure et un dévouement au-dessus de tout éloge pour soigner et recueillir les blessés sous un bombardement d'une extrême violence, lors des opérations au bois d'Inor, les 19 et 20 mai 1940. A été tué le 20 mai 1940, dans l'accomplissement de son devoir. A été cité.

ASSURANCES SOCIALES

Nous sommes heureux de publier ci-dessous les principaux passages d'une lettre adressée par la Fédération corporative au Conseil de l'Ordre de la Seine au sujet de la récente réforme des Assurances sociales, qui exprime les mêmes craintes et les mêmes vœux que nous-mêmes en ce qui concerne l'offensive actuelle contre « l'entente directe ».

Paris, 9 août 1941

Le Secrétaire général de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, à Monsieur le Président de l'Ordre des médecins de la Seine.

Monsieur le Président et honoré Maître,

Un communiqué de M. le Secrétaire d'Etat au Travail et à la Santé publique, relatif aux Assurances sociales, communiqué qui a paru dans les presses politique et professionnelle, vient de jeter un trouble profond dans le Corps médical de la région parisienne.

D'après ce communiqué, un tarif maximum serait prochainement établi pour les honoraires médicaux, tarif qui ne pourrait en aucun cas être dépassé par les médecins donnant leurs soins aux assurés sociaux.

Le but que se proposent les Pouvoirs publics en envisageant cette modification au régime des Assurances sociales est d'arriver à limiter la participation pécuniaire des assurés dans les honoraires médicaux à la valeur du ticket modérateur, soit 20 %.

Ce but serait atteint, nous dit-on, par un relèvement parallèle du tarif de responsabilité des Caisses.

Mais il paraît peu probable que, mis à part les 20 % du ticket modérateur, ce relèvement soit suffisant pour combler la différence existant à ce jour entre le *tarif* de remboursement des Caisses et les honoraires minima habituellement pratiqués dans le département de la Seine. Pour atteindre le but visé, il serait donc nécessaire que les honoraires minima soient abaissés et ramenés à un taux sensiblement inférieur à ce qu'ils sont actuellement.

Il nous paraît que les conséquences des modifications projetées ne seraient pas toutes heureuses, deux au moins nous semblent devoir être soulignées.

Et tout d'abord, la suppression totale pour les assujettis à la loi de s'entendre librement avec leur médecin pour la fixation des honoraires, droit inscrit dans la loi, en dépit des arguties auxquelles pourraient donner lieu les termes de la loi.

A cette vieille tradition française, les médecins se sont toujours montrés également attachés : ils l'ont bien montré, lorsqu'il y a dix ans, ils ont fait de l'inscription de l'entente directe dans la loi des Assurances sociales, à l'exclusion de tout autre mode d'établissement des honoraires, une des conditions de leur participation au fonctionnement de la loi.

....

D'autre part, la suppression — en droit — de l'entente directe entraînerait fatalement, comme conséquence, une restriction de fait de cet autre principe qui fait également partie de la Charte médicale française « Le libre choix » du médecin par le malade, explicitement reconnu aux assurés sociaux par l'art. 4 de la loi.

Voici comment :

Nombre de médecins se verraient contraints de refuser de soigner les assurés sociaux « es-qualité » parce qu'ils considèreraient, à juste titre, comme une offense grave à la dignité de leur profession, le fait de voir leurs actes professionnels, avec tout ce qu'ils comportent de savoir et de dévouement, taxés et tarifés au même titre que les denrées et marchandises débitées par les commerçants.

....

Déjà accablés de charges de toutes sortes — parmi lesquelles on oublie trop le fonctionnement des lois sociales qui n'est assuré que grâce au concours généreusement apporté par le Corps médical dans des conditions souvent dérisoires, les médecins voient surgir chaque jour des charges nouvelles, comme les cotisations obligatoires, les allocations familiales, etc... pour ne parler que des charges professionnelles.

Par surcroit, du seul point de vue terre à terre de l'existence matérielle, le moment serait-il opportunément choisi pour imposer aux médecins en matière d'honoraires un plafond, même moins bas placé, alors qu'augmente de jour en jour le prix de toutes choses et dans un moment de crise générale dont on ne peut prévoir ni l'amplitude à venir ni la durée.

....

Aussi, l'Ordre des médecins ayant dans ses attributions, en exclusivité, la sauvegarde des intérêts moraux et matériels de la profession médicale et de ses membres, le bureau de la F. C. M. R. P. se permet de demander à l'Ordre des médecins de la

Seine d'assurer dans la région parisienne : 1° le respect par tous des principes moraux contenus dans la Charte médicale française parce que de leur sauvegarde dépendent, avec la qualité des soins, la bienfaisance et la grandeur de la profession dans notre pays ; 2° la défense des légitimes intérêts matériels des médecins, afin qu'ils aient la possibilité de vivre dans la dignité qui convient à l'exercice d'une profession noble entre toutes.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et honoré Maître, l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

Le Secrétaire général,
Dr Ch. DEVÉ.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du vendredi 1er août 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.377 BOELLE (René), 30, place de la Nation, Paris.
14.378 BAZEX, Auch (Gers). Ordre des médecins.
14.379 BOUDET, Auxerre (Yonne). Ordre des médecins.
14.380 BOURGIN, St-Guénolé Pen Marc'h (Finistère). Parrains : Docteurs Pouliquen et Cuias.
14.381 CALVET, Millau (Aveyron). Ordre des médecins.
14.382 CARLIER, Hornoy (Somme). Ordre des médecins.
14.384 CHEVALIER, Doué-la-Fontaine (M.-et-L.)
14.384 CHEVALLIER, 5, rue Pape-Carpentier, Paris. Ordre des médecins.
14.385 CHEVILLOTTE, Cussy-les-Forges (Yonne). Parrains : Docteurs Bardin et H. Chevillotte.
14.386 CLUZEL, Beauvais (Oise). Parrains : Docteur Largeteau.
14.387 COCARD, Segré (Maine-et-Loire). Ordre des médecins.
14.388 COR, Saint-Cloud-Oran (Oran). Parrains : Docteurs Jaume et Labatut.
14.389 CORRIOL, La Roque d'Anthéron (B.-du-R.). Parrains : Docteurs Charpin et Thomas.
14.390 COUTURIER, Châtillon-sur-Sèvre (Deux-Sèvres). Ordre des médecins.
14.391 DAUNOIS, Le Lardin (Dordogne). Ordre des médecins.
14.392 DEGRAENE, Le Nouvion-en-Thiérache (Aisne).
14.393 DEMAUGRE, Renwez (Ardennes).
14.394 DETRE, 5, place Champerret, Paris. Parrains : Docteurs Boz et Jalef.
14.395 DIDIERLAURENT, Annecy (Haute-Savoie). Ordre des médecins.
14.396 DUBARRY, Casteljaloux (Lot-et-Garonne). Ordre des médecins.
14.397 DUMONT, Vendôme (Loir-et-Cher). Ordre des médecins.
14.398 EVRARD, Candas (Somme). Parrains : Docteurs Maës et Delplanque.
14.399 FAUCHER, Limoges (Haute-Vienne).

14.400 FOURGARD, Grand (Vosges). Parrains : Docteurs Guillemin et Thirion.
14.401 FOURNIER, Valenciennes (Nord). Ordre des médecins.
14.402 FREJAFON, Fournols d'Auvergne (Puy-de-Dôme). Ordre des médecins.
14.403 GAILLOT, Leyr (Meurthe-et-Moselle). Ordre des médecins.
14.404 GAZEL, Ferney-Voltaire (Ain). Parrains : Docteurs Corcelle et Fusie.
14.405 GERMAIN, Gargenville (S.-et-O.). Parrains : Docteurs Corbin et Noël.
14.406 GOURRIN, Morizes (Gironde).
14.407 GROSS, 88, rue Chardon-Lagache, Paris. Ordre des médecins.
14.408 GUNY, Sartrouville (S.-et-O.). Ordre des médecins.
14.409 HORNUS, Toulouse (Haute-Garonne).
14.410 LAPOUILLE, Pont-à-Vendin (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Brun et Loison.
14.411 LECHERTIER, Parcé (Sarthe). Ordre des médecins.
14.412 LEVADOUX St.-Eloy-les-Mines (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Michel et Chanelet.
14.413 LUCASSE, St-Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure). Médecine et Famille.
14.414 MARTIGNON, Blois (Loir-et-Cher). Association des médecins conseils.
14.415 MARTY, Orléans (Loiret). Parrains : Docteurs Goutallier et Signeux.
14.416 MOINDROT, Lyon (Rhône), 6, rue Sala.
14.417 OLIVIER, Saumery (Loir-et-Cher). Parrains : Docteurs Croisier et Baillarge.
14.418 PERALDI, Nice (A.-M.). Ordre des Médecins.
14.419 PERSATRE, Ivry (Seine). Parrain : Docteur Guillaume.
14.420 PETITOT, Romilly-sur-Andelle (Eure). Ordre des médecins.
14.421 PICQUART, Avranches (Manche). Parrains : Docteurs Lebreton et Béchet.
14.422 PIETRERA, Carcassonne (Aude). Ordre des médecins.
14.423 QUENIN, Mourmelon-le-Grand (Marne). Parrains : Docteurs Raillet et Auvray.
14.424 RAY, Beauchamp (S.-et-O.)
14.425 ROBERT, Saint-Quentin (Aisne). Parrain : Docteur Christophle.
14.426 ROUSSEAU, St-Aignan-sur-Roé (Mayenne). Parrains : Docteurs Faligan et Rousseau.
14.427 SAUTAREL, Guitres (Gironde).
14.428 SEGUINOT, Sens (Yonne).
14.429 VANSEVENANT, Villers-Bretonneux (Somme). Ordre des médecins.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Cependant, les adhérents qui ne font partie d'aucune Association médicale régulièrement constituée ou ne sont pas présentés par deux parrains, membres eux-mêmes de la Ligue, ne seront admis définitivement que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Inspection de la santé

Par arrêté en date du 29 juillet 1941, M. le Docteur Deguiral, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aveyron, est affecté, en la même qualité, dans le département de la Haute-Garonne, en remplacement de M. le Docteur Villiet, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 5 août 1941.)

Enseignement de la médecine

Avis de vacances de chaires

Par arrêtés en date du 4 août 1941 :

La chaire de bactériologie, de la Faculté de médecine de l'université de Paris (dernier titulaire : M. Debré), est déclarée vacante.

La chaire d'hygiène et clinique de la première enfance, de la Faculté de médecine de l'université de Paris (dernier titulaire : M. Lereboullet), est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à dater de la publication de ces arrêtés est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 6 août 1941.)

Etudes de médecine

Le secrétaire d'Etat à l'éducation nationale et à a jeunesse,

Vu le décret du 10 septembre 1924 concernant les études médicales ;

Vu le décret du 6 avril 1934 portant réorganisation des études médicales ;

Vu l'arrêté du 9 mars 1934 fixant la date d'application du décret du 6 avril 1934 susvisé,

Arrête :

Art. 1er. — Ne sont pas applicables aux catégories d'étudiants ci-dessous énumérées les dispositions de l'article 1er de l'arrêté du 9 mars 1934 susvisé :

a) Etudiants réservistes ayant accompli en temps de paix leur service militaire et rappelés sous les drapeaux du fait de la guerre ;

b) Etudiants des classes 1938 et 1939 maintenus sous les drapeaux après l'armistice ;

c) Etudiants prisonniers de guerre.

Art. 2. — Les catégories d'étudiants visées à l'article 1er du présent arrêté restent soumis aux dispositions du décret du 10 septembre 1924.

(*J. O.*, 7 août 1941.)

Liste des médecins bénéficiaires de citations

homologuées après révision

ET DONNANT DROIT AU PORT DE LA NOUVELLE CROIX DE GUERRE 1939-1940

Nous ne pouvons continuer la publication de cette liste, et nous nous tenons dorénavant à la disposition de nos lecteurs pour tous renseignements qui les intéresseraient.

Voir la suite page XXXIII-1491

PROPOS DU JOUR

SUR UN SYMPTÔME D'ALARME DANS LA PROFESSION

Le vrai symptôme d'alarme a ceci de bon qu'il fixe instantanément l'attention et n'admet plus de repos d'esprit avant que tout le sens en ait été exprimé. En quoi il est salutaire au sujet chez qui il démasque un péril sous un aspect floride ; en quoi il n'est pas moins précieux au médecin qu'il sauve d'un diagnostic hâtif et faux. C'est du sang-froid de l'observateur que dépend le caractère bienfaisant ou malfaisant d'une telle manifestation.

S'il n'est jamais trop tôt pour dénoncer un symptôme d'alarme, la faute serait également déplorable d'en accentuer la gravité plus que de raison ou d'être optimiste de parti-pris.

Tout en s'efforçant de ne pas donner dans l'un ou l'autre de ces écueils, il faut bien dire néanmoins ce qui saute aux yeux des moins prévenus :

L'on constate présentement un grave symptôme et qui donne une grande alarme. Les médecins y sont intéressés à un double titre, car c'est le corps professionnel dans son entier qui est le malade et ce sont quelques-uns d'entre eux qui sont les soignants. Chacun parle d'un « malaise » ; mais en matière de santé, le vague d'un euphémisme est plus inquiétant qu'un diagnostic précis et chez une collectivité le sournois « malaise » ne précède souvent pas de très loin la crise aiguë.

A l'origine il y a « l'Ordre ». Inutile de se leurrer : l'Ordre n'a donné satisfaction à personne, ni aux assujettis ni aux ordonnateurs, et le symptôme d'alarme c'est l'irritation croissante qui se manifeste dans les conversations et dans le courrier de maisons comme la nôtre. Mieux vaut donc aborder franchement le mal de front que biaiser, tergiverser et le laisser poursuivre à bas bruit son action désorganisatrice. Les médecins se plaignent d'être brimés, traités en mineurs et en suspects, de n'avoir jusqu'à présent trouvé dans cette innovation que mécomptes, menaces et lourdes charges. Les membres des Conseils se plaignent d'être débordés par l'ampleur d'une tâche qui n'a jamais été clairement définie et que leur office les fasse osciller déplaisamment de l'impuissance à l'abus de pouvoir. Déjà des démissions plus ou moins retentissantes ont été données, et l'on a la très nette impression que beaucoup de ceux qui restent le font plus par devoir que par goût. C'est donc l'institution elle-même qui est fautive et peut-être aussi quelques hommes. Mais ou bien ils ont péché de bonne foi, et le mieux, dans ce cas, n'est-il pas de leur crier casse-cou ? ou, s'ils avaient péché par malice, ils sauront du moins que l'on n'est pas dupes.

***

La loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins a ceci de commun avec beaucoup d'autres qu'elle n'a su ni stipuler clairement ni vouloir fermement. Les injonctions les plus précises étaient sans force puisque dépourvues de sanctions, et son objet même demeurait flou parce qu'il n'était défini à aucun moment.

Tout le monde s'est demandé alors : Cet Ordre, qu'est-ce en définitive ? Un organe de discipline, une juridiction comme chez les avocats ? Un embryon de corporation ? La Corporation même ? N'est-il pas singulier et dangereux qu'un texte juridique qui devrait être un modèle de précision prête à des exgèses autant qu'un Ecrit mystique ?

Donc un maître était donné aux médecins qui tenait de Louis XIV par la majesté extérieure et du bon roi Pausole par la fantaisie. Mais nous avions tant d'espoirs à placer, en ces jours sombres de 1940, que, à part quelques incorrigibles qui n'avaient rien appris et rien oublié, il fut accueilli comme le Messie. Il réalisait un vœu qui datait de loin et apparaissait comme le gage d'une rénovation plus urgente que jamais. De ci de là on entendit persifler : Les grenouilles demandent un roi ! Elles n'en demandaient pas tant les grenouilles désemparées, il leur suffisait d'être délivrées d'elles-mêmes.

L'Ordre donc s'installa dans une ambiance de faveur et de curiosité. Les médecins français se dirent : nous allons à coup sûr voir de grandes choses. Et de confiance ils écarquillèrent les yeux. Pourquoi faut-il qu'ils n'aient rien vu ou pas grand'chose, qu'ils n'aient rien entendu, ou si peu. L'Ordre s'enferma dans un impénétrable mystère à peine percé de loin en loin par de sybillins communiqués. Certes c'est une méthode estimable et souvent même efficiente que de méditer, peser et décider dans une rigoureuse solitude. C'est même la seule méthode pour qu'une décision soit véritablement *décisive*. Mais les médecins eussent aimé

qu'on répondit à leur confiance par un peu d'abandon.

Le médecin français est né raisonneur et, disons le mot, pointilleux. Sa profession l'entraîne à chercher chicane aux faits et aux doctrines. Il admet malaisément les : oui ou les : non tout secs, car il est lui-même accoutumé à dire : non, car..... ou : oui, mais..... C'est un tour d'esprit qui a du bon et du mauvais. Le mauvais nous avons eu tout le temps de nous en apercevoir au temps des syndicats. Le bon..... nous sommes entrain de le constater aujourd'hui que la « confiance dans la nuit » lui a été demandée.

Ce n'est pas qu'il soit un petit saint ni même que, dans l'occurrence présente, il soit sans reproches. Aux premières injonctions reçues bon nombre de nos confrères commencèrent par chercher le moyen de les éluder. Seuls les naïfs et ceux qui sont congénitalement respectueux de l'autorité obéirent ; puis, ayant obtempéré, ils dirent : Oui, mais..... quoiqu'assez discrètement. Les autres clamèrent : Non, car..... et ne payèrent pas leur cotisation aux allocations familiales. Puis, n'ayant pas payé, ils jurèrent qu'on les écorchait vifs.

Ces petits travers avoués, il faut bien dire aussi qu'ils avaient de quoi être, comme on dit, « sur l'œil ». Car les premiers éclairs jaillis du nouveau Sinaï furent loin d'être éblouissants et manifestèrent bien plus l'inexpérienec d'artificiers d'occasion que l'intervention divine. De cette inexpérience beaucoup de membres des Conseils convenaient loyalement. Si bien que le pointilleux médecin français se disait : Ils sont certainement pleins de bonne volonté ; s'ils pensaient seulement à s'adjoindre un peu de compétence, cela irait pour le mieux. Cette idée de bons sens prévalut dans un certain nombre de Conseils, et ceux là ont beaucoup moins fait parler d'eux que les autres.

Il y eut en outre cette déception majeure qui atteignit profondément le médecin français. On lui avait dit : Nous créons la corporation : gros travail, grandes promesses. Laissez-nous l'initiative pour le démarrage. Dans un an vous retrouverez la profession mise au goût du jour, solidement campée au sein d'un Etat nouveau, pourvue d'un statut, d'une discipline, d'une doctrine corporative ; et vous serez invité alors à dire votre avis sur tout cela.

Rien de plus légitime que ce langage de réalisateurs ardents qui tenaient à défricher vite et à esquisser la nouvelle cité. Mais voici qu'au lieu des souples structures corporatives on voit poindre les dures arêtes d'un étatisme inexprimé mais de jour en jour plus évident. Et voici en outre que le délai d'un an est allongé jusqu'aux calendes. Nous avions cependant une promesse, et écrite, et entérinée par une loi !

Enfin il y eut, pour adultérer l'ambiance primitive, le ton impérieux et comminatoire de certaines ordonnances ; il y eut, plus inquiétants encore, les bruits qui coururent, concernant la cotisation exigée pour la retraite. « Où veulent-ils que nous prenions l'argent ? » s'écriait-on à l'énoncé de certains chiffres. Il y eut certains questionnaires d'allure inquisitoriale. Bref quelques grosses fautes de psychologie, les fautes les plus dangereuses parce qu'elles sèment inéluctablement la suspicion.

***

Tout cela, que les médecins français pensent et se répètent entre eux, devait être dit ici pour que nul n'en ignorât. Car un corps social comme celui des médecins ne peut vivre sainement dans l'alarme et la hargne.

Personne ne s'insurge contre le principe de l'Ordre et il serait facile de purger les Conseils de certains noms qui ont, d'entrée, soulevé la réprobation ou, peu à peu, concentré sur eux l'acrimonie. Ce serait un gage de paix et d'entente capable de rallier les plus exaspérés.

Tout le monde souhaite de voir l'Ordre prendre en mains la défense totale de la profession et réclamer pour cela les pouvoirs nécessaires. La récente réorganisation des chambres de notaires est, à cet égard, un modèle dont l'on voudrait qu'il s'inspirât.

Tout le monde souhaite qu'en s'engageant dans cette voie il ne rejette pas systématiquement tout ce qui était préexistant. Sa dernière mésaventure en matière d'assurances sociales a dû lui montrer que de déloyales embûches lui sont tendues de l'extérieur et qu'en y tombant il compromet gravement son prestige.

Tout le monde souhaite enfin que les textes qu'il publie et les décisions qu'il prend soient longuement mûris. Car ils engagent l'avenir de toute la profession, et sans être exagérément pusillanime l'on ne peut se tenir d'une certaine inquiétude lorsqu'on voit aux ordres succéder les contre-ordres.

Un grand espoir nous a été donné et les médecins français n'y renoncent pas. Tant comme médecins que comme citoyens ils attendent du nouveau régime la clôture de la pétaudière ; ils souhaitent une voie droite, bien tracée, bien dégagée, qui file d'un trait et sans équivoque jusqu'à l'horizon.

Parmi les « grands travaux » c'est le premier à entreprendre parce que de lui découlent tous les autres. Il n'y faut qu'une méthode et la bonne entente de tous. Par son nom seul l'Ordre trace le premier article du programme.

Et c'est pourquoi les médecins français souhaitent si ardemment qu'il réponde à tout ce que ce nom comporte et d'éternel et d'actuel.

G. LAVALÉE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHANCRE DU COL DE L'UTÉRUS

Par M. Georges Boudin
ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Dans le dépistage de la syphilis, le chancre du col de l'utérus prend une importance capitale parce qu'il passe facilement inaperçu. C'est en effet une érosion indolente et sèche, qu'aucun signe fonctionnel ne vient révéler, et que seul l'examen systématique au spéculum permet de découvrir. Classiquement éphémère, il explique peut-être de nombreuses syphilis, dites décapitées ainsi que des syphilis secondaires apparemment sans chancre.

Sa fréquence est diversement appréciée selon les auteurs. Fournier, qui en décrivit les principaux caractères cliniques, l'apprécie déjà à plus de 5 % des chancres génitaux de la femme. Les statistiques modernes donnent des chiffres plus élevés, et sans admettre le chiffre extrême de 50 % donné par Soulia, nous signalerons le chiffre de 30,1 % rapporté en 1938 par Fernet et Collart basé sur tous les chancres génitaux observés pendant trois ans dans leur service de Saint-Lazare.

On sait que le chancre est l'accident primaire de la syphilis, siégeant au point d'inoculation de la maladie. Nous n'insisterons pas sur le mode de contamination du chancre du col de l'utérus, mais dont la localisation spéciale peut s'expliquer par de petites effractions de la muqueuse, traumatiques souvent, ou même métritiques ; celles-ci jouent un rôle prédisposant très important, et peuvent poser des problèmes diagnostiques extrêmement complexes.

La durée d'incubation, comme pour tout chancre syphilitique, est de vingt à trente jours, elle peut être plus longue et atteindre les chiffres extrêmes de 100 et 110 jours rapportés par Gougerot, pour d'autres localisations il est vrai.

Cliniquement le chancre est indolore et ne se manifeste par aucun symptôme fonctionnel. C'est systématiquement qu'au moindre doute il faut explorer le col de l'utérus par le toucher vaginal et l'examen au spéculum.

Le *toucher vaginal* ne donne guère de renseignements. Tout au plus, après avoir repéré le chancre au spéculum, le doigt ganté peut-il percevoir une sensation de rugosité et surtout de surélévation légère mettant en évidence le caractère papuleux du chancre. La consistance normalement ferme du col permet mal de sentir l'induration de la base, à moins qu'elle ne soit diffuse à toute une lèvre ou même à tout le col.

Seul *l'examen au spéculum* va permettre de voir et d'étudier les caractères du chancre. On examinera particulièrement : son siège, son aspect, sa base.

Son siège prend une certaine valeur diagnostique lorsqu'il est *excentrique*, à distance de l'orifice, sur une des lèvres du col, souvent la lèvre antérieure, soit sur le sommet de la lèvre, soit assez loin au niveau de l'insertion vaginale, d'où la nécessité d'écarter largement les valves du spéculum. Ce caractère excentrique n'existe pas dans les lésions métritiques. Moins caractéristique est le chancre *central*, localisé sur une lèvre ou prenant un aspect concentrique qui simule une exocervicite banale.

Son aspect est habituellement *papulo-érosif*, le chancre apparaît comme une érosion, à limites nettes, arrondie ou ovalaire, de la taille d'une lentille ou à peine davantage, paraissant parfois légèrement surelevé sous forme d'une certaine saillie arrondie.

Sa surface est lisse, unie, vernissée, fréquemment recouverte d'une mince pellicule à reflet opalin, bien différent de l'aspect granuleux des ulcérations métritiques. Elle est de *couleur* blanc mat, jaune clair ou grisâtre, avec parfois un semis ecchymotique périphérique rendant d'autant plus manifeste le ton blanchâtre des parties centrales, et sur lequel insistait Fournier.

Cette surface est *sèche*, la secrétion y est nulle ou inapparente, c'est un caractère diagnostic qui a sa valeur, car les lésions métritiques s'accompagnent souvent d'un enduit glaireux important.

L'induration de la base est, comme pour tout

chancre syphilitique, l'un des symptômes cardinaux. Elle est ici rarement évidente, mal perçue au toucher vaginal. On pourra cependant la découvrir, lorsqu'elle est limitée, par pincement avec une pince de Museux, ou mieux à l'exploration au stylet, le chancre paraissant s'enfoncer en masse dans le col.

Cette exploration au stylet permet d'apprécier que le chancre *n'a pas de bords accrochables,* il est dit classiquement sans bords.

Il saigne facilement au contact, à l'inverse des chancres syphilitiques des autres régions.

Il est enfin *indolent,* et cette indolence est un caractère important qui le différencie des auttres ulcérations du col.

Signalons qu'habituellement le chancre est *unique.*

Tous ces caractères cliniques évoquent au plus haut degré le chancre syphilitique, et c'est un reflexe que d'en chercher *l'adénopathie satellite.*

Lorsqu'on trouve une adénopathie inguinale typique faite de plusieurs ganglions durs, roulant sous le doigt, de volume inégal, et indolores, c'est un symptôme qui prend une valeur diagnostique considérable.

Mais cette adénopathie inguinale syphiloïde n'est possible que lorsque le permettent les anastomoses lymphatiques, et *la véritable adénopathie satellite du chancre du col est une adénopathie pelvienne profonde,* classiquement inaccessible.

Clément Simon a montré que le toucher vaginal permettait parfois de découvrir une adénopathie profonde de la bifurcation iliaque, sous forme d'un ganglion dur, du volume d'une petite noisette, perçu très haut dans la partie postérieure du cul de sac latéral par les doigts ramenés en crochet, et le faisant rouler contre la surface quadrilatère de l'os iliaque. Il peut être bilatéral.

Cette adénopathie profonde n'est pas spécifique au chancre du col, et existe en particulier en cas de cancer. Mais elle n'existe jamais au cours des autres maladies vénériennes, en particulier au cours des cervicites et métrites, et ceci suffit à expliquer la valeur diagnostique considérable que sa perception représente.

L'examen clinique sera complété par la recherche d'accidents secondaires possibles.

Surtout on affirmera le diagnostic par la découverte du tréponème à L'ULTRAMICROSCOPE qui est positive lorsqu'aucun topique n'a été appliqué sur le chancre. *Le Wassermann* sanguin ne deviendra positif que vers le dix-huitième jour du chancre.

L'ÉVOLUTION du chancre syphilitique du col de l'utérus est classiquement *fugace.* Il perd vite ses caractères primitifs et prend l'allure d'une ulcération banale. Il cicatrise rapidement en laissant une cicatrice scléreuse locale qui pourra ultérieurement être une cause de dystocie obstétricale.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que la forme habituelle papulo-érosive du chancre. Il peut présenter certains caractères différents qui en isolent autant de FORMES CLINIQUES.

LE CHANCRE ULCÉREUX, décrit par Thibierge, est rare. Il est en général recouvert d'un exsudat pultacé blanc jaunâtre, d'aspect diphtéroïde, sous lequel on trouve un fond rouge foncé, saignant, plus ou moins excavé ; c'est une lésion de forme arrondie ou ovalaire, entourée d'un halo rouge. La base en est indurée, il existe une adénopathie satellite.

LE CHANCRE HYPERTROPHIQUE simule le cancer du col. Le col apparaît doublé ou triplé de volume, il présente à la surface une érosion parfois bourgeonnante, saignant facilement. L'induration de la base est diffuse et peut réaliser une infiltration géante. Milian en a rapporté un cas opéré. Ce chancre hypertrophique est le chancre habituel de la *femme enceinte.* Il laisse une infiltration résiduelle qui pourra obliger l'accoucheur à pratiquer une incision du col ou même recourir à la césarienne.

LA FORME ŒDÉMATEUSE a été décrite par les auteurs américains Stookey et Polsky, qui insistent sur l'œdème qui accompagne presque toujours le chancre du col ; il pourrait devenir prédominant, réalisant un gros col œdématié, induré dans son ensemble, et de couleur rose pâle bien différente du col rouge gonococcique. Cette forme œdémateuse pourrait être symptomatique d'un CHANCRE INTRACERVICAL, la sécrétion du col œdématié renfermant alors des tréponèmes visibles à l'ultramicroscope. Mais ces faits sont encore contestés, quoique bien probables.

LES FORMES ASSOCIÉES sont très intéressantes à étudier en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elles exposent.

L'association à l'herpès est classique, soit herpès du col qui a pu servir de porte d'entrée du chancre, soit plus souvent herpès vulvaire. Il faut savoir ne pas se contenter du diagnostic d'herpès, et découvrir le chancre derrière un herpès évident.

Le chancre mixte du col est rare, comme est rare le chancre mou du col. La différence de durée d'incubation des deux maladies explique qu'on voit d'abord le chancre mou et que la transformation en chancre syphilitique ne survienne que vers le quinzième ou vingtième jour.

L'association à une érosion métritique est fréquente, celle-ci servant de porte d'entrée au chancre et posant un problème diagnostic très difficile.

C'est une érosion métritique périorificielle qui semble banale, mais dont on remarquera en un point précis *l'aspect violacé* et la *tendance au saignement* au moindre contact, ou qui présente une *saillie localisée*, circonscrite, d'autant plus anormale que l'ulcération métritique est en général déprimée ; on pourra y percevoir une *induration localisée au* toucher vaginal et surtout à l'épreuve du stylet. Ce sont là des nuances cliniques, mais qui feront rechercher avec soin *l'adénopathie pelvienne satellite* qui, lorsqu'on la trouve, prend une valeur pathognomonique ; on fera toujours un examen à *l'ultramicroscope* ; lorsque celui-ci est négatif, on laissera, au moindre doute, la malade sous *surveillance sérologique*.

Le diagnostic positif du chancre du col de l'utérus se base, comme pour tout chancre syphilitique, sur les résultats de l'examen clinique et de l'ultramicroscope. Il faut pour affirmer la syphilis, voir le tréponème ou avoir une réaction de Wassermann positive. *Il faut que le diagnostic soit certain* avant de déclancher les directives thérapeutiques et d'hypothéquer l'avenir du malade.

La sérosité du chancre est prélevée après scarification des bords et examinée à *l'ultramicroscope* entre lames et lamelles. Le tréponème se détache en blanc sur le fond noir de la préparation, on le reconnaît au nombre et à la régularité de ses tours de spire, et à ses mouvements.

La méthode de Fontana-Tribondeau par coloration argentique est moins sûre et permet moins bien de différencier le tréponème d'autres spirochètes banaux que l'on peut trouver sur le col.

Quant à la *réaction de Wassermann*, elle devient positive vers le dix-huitième jour du chancre ; elle peut cependant être retardée. Aussi, lorsqu'on n'a pu découvrir le tréponème à l'ultra, met-on la malade sous surveillance sérologique en répétant les réactions de Wassermann, jusqu'à dépasser largement l'époque où il doit normalement virer et devenir positif.

Le diagnostic différentiel se pose avec toutes les érosions et ulcérations du col de l'utérus.

La *métrite du col* est très fréquente et donne dans les cas typiques des érosions en général *multiples* :

— *à siège périorificiel*, paraissant sortir de l'orifice ou parsemées sur les deux lèvres du col, surtout l'inférieure ;

— *d'aspect brillant, rouge vif* ou violacé et souvent recouvertes de glaires limitées par un liseré blanchâtre ;

— *leur fond*, nettoyé avec un coton, apparaît *granuleux* ;

— *leur base est souple* ;

— le col est déformé, hypertrophié, portant des kystes, des œufs de Naboth, et la pression des valves du spéculum fait sortir de l'orifice une goutte de pus que l'on prélèvera pour mettre en évidence le gonocoque.

Mais, plus qu'un diagnostic différentiel, c'est un *diagnostic d'association* qu'il faut faire ; cervicite blennorragique et syphilis du col coexistent souvent, nous avons vu la valeur de certaines nuances cliniques comme une surélévation localisée avec saignement facile et induration, et surtout la découverte d'une adénopathie pelvienne qui n'existe jamais dans les cervicites. On fera systématiquement un ultra au moindre doute, et l'on mettra la malade sous surveillance sérologique.

Le *chancre mou* est exceptionnel au col, et coexiste en général avec des chancrelles vulvaires. Typiquement fait d'ulcérations à bords taillés à pic et décollés, à fond inégal, à suppuration crémeuse, et en général multiple, son diagnostic ne se pose que lorsqu'il est unique ou qu'il revêt des formes spéciales papuleuses. La recherche du bacille de Ducrey, l'intradermo-réaction au Dmelcos apporterait des arguments au diagnostic. On pensera toujours au *chancre mixte*, et Milian y englobe d'ailleurs ces formes papuleuses du chancre mou, dont l'aspect spécial révèlerait un terrain déjà syphilisé.

La lésion initiale de la maladie de Nicolas-Favre n'est pas un diagnostic courant, car on ne diagnostique guère cette maladie avant l'adénopathie iliaque, alors que le microchancre adénogène a déjà disparu. Sa localisation au col de l'utérus est possible, et peut être à l'origine de certaines formes rectales et pelviennes de la maladie.

L'herpès du col est rare et a été nié longtemps. C'est un herpès muqueux donnant une érosion à contours polycycliques. Il coexiste souvent avec un herpès vulvaire où l'on trouvera, dans les portions cutanées, le bouquet caractéristique de vésicules.

Mais l'herpès du col peut être isolé, il peut prendre l'aspect spécial de l'herpès ulcéreux donnant une lésion unique, on cherchera l'aspect polycyclique des bords et surtout on fera un ultra systématiquement, l'herpès servant de porte d'entrée au chancre.

Les aphtes sont des ulcérations lenticulaires, d'aspect blanc jaunâtre, et entourées d'un anneau rouge vif ; elles sont très douloureuses.

Les ulcérations fusospirillaires sont exceptionnelles, multiples, ulcéromembraneuses, recouvertes d'un enduit couenneux adhérent.

La tuberculose ulcéreuse ou ulcérovégétante, les *ulcérations mycosiques* sont également des diagnostics d'exception.

Il est enfin un diagnostic beaucoup moins exceptionnel et qui peut paraître extraordinaire, c'est celui du *cancer du col de l'utérus*. Il est cependant des chancres syphilitiques hypertrophiques qui s'accompagnent d'une telle infiltration, d'une telle augmentation de volume du col, qui, jointes à la notion de saignement facile, évoquent le cancer et ont pu même être opérés ; le chancre est cependant de consistance plus ferme, le tissu ne se déchire pas et saigne moins facilement. On s'aidera de l'examen à l'ultramicroscope, et enfin de la biopsie qui est souvent nécessaire.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE du chancre du col montre la disparition presque complète de l'épithélium pavimenteux stratifié normal ; on voit une *infiltration cellulaire intense* faite de cellules rondes, de lymphocytes, de mononucléaires, et surtout de plasmocytes. Cette infiltration est *diffuse*, débordant largement les limites de l'érosion, elle prédomine autour des capillaires sanguins et lymphatiques. Différents procédés de coloration montrent la *présence d'un grand nombre de tréponèmes*, prédominant dans la paroi des vaisseaux.

Tel apparaît le chancre syphilitique du col de l'utérus dont la fréquence, la latence et les difficultés diagnostiques expliquent tout l'intérêt.

A PROPOS DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Nous trouvons dans le *Concours médical* du 22 juillet, un article concernant les corps étrangers de l'œsophage et signé : « P. L. ».

Cet article nous suggère l'idée d'apporter une observation toute récente concernant un bébé de 9 mois ayant dégluti une épingle anglaise dont les branches mesuraient 3 cent. 1/2 de longueur environ. La nurse qui s'était aperçue de la disparition de l'épingle maintenant le bavoir, alors que l'enfant avait eu une petite quinte de toux, nous apporte le bébé la tête en bas (réflexe heureux), et nous constatons radioscopiquement que l'épingle est arrêtée, pointe en haute, approximativement à la hauteur du carrefour bronchique.

Nous plaçons le bébé dans la position verticale et nous avons le plaisir de constater que l'épingle glisse sans difficulté dans l'estomac. Il était 9 heures, un biberon est administré à l'enfant. A midi, l'épingle est toujours dans l'estomac. A 14 heures, la bouillie habituelle du bébé est agrémentée de petits flocons de coton, une dizaine environ.

A 16 heures, nous constatons que l'épingle est située au-dessous de l'estomac, c'est-à-dire dans le grêle. Les contractions péristaltiques la font s'agiter d'une manière très visible sans incommoder le moins du monde le jeune patient.

Le soir à 19 heures, nous considérons que l'épingle est encore située dans la portion terminale du grêle. Le lendemain matin à 7 heures, l'épingle est approximativement localisée au niveau de l'angle splénique. A 9 heures, nous constatons dans les selles, l'existence de fragments de coton mais pas d'épingle. A 14 heures, le bébé prend sa bouillie additionnée cette fois de deux cuillerées à café de Gélobarine.

A 19 heures, nous trouvons l'épingle dans la partie basse de l'abdomen et sa mobilité sous l'influence des contractions péristaltiques nous la font localiser dans l'anse sigmoïde. A ce moment, la baryte se trouve dans les dernières anses grêles et dans une partie du côlon ascendant. Nous avions fait absorber cette baryte dans le but de localiser le cas échéant avec plus de précision le corps étranger.

Le troisième jour à 9 heures, soit exactement quarante-huit heures après l'incident, l'enfant a sa selle habituelle et l'on trouve enrobée, dans une boule composée en grande partie de baryte, l'épingle admirablement calfeutrée, que nous attendions d'ailleurs approximativement à ce moment.

Au cours de l'exercice de notre profession nous avons éu l'occasion de voir une cinquantaine de corps étrangers de ce genre (broches de bavoir, épingles anglaises, corps étrangers divers), déglutis ainsi par des bébés ou de tout jeunes enfants. Leur trajet à travers le tube digestif s'est toujours fait sans le moindre incident. Nous avons même eu l'occasion de voir une broche de bavoir déglutie ouverte et rendue fermée. Dans aucun de ces cas, il n'y a eu le moindre incident et il semble même que les objets acérés cheminent plus vite que ceux dont les bords sont ronds ou lisses.

Nous rapportons cette observation pour indiquer la façon dont nous avons procédé : absorption de coton, absorption de baryte qui semblent certainement avoir facilité le trajet digestif d'un objet particulièrement épineux.

Nous ajouterons, enfin, que le bébé a conservé pendant ces quarante-huit heures son bon appétit, sa gaieté, son sommeil et qu'à aucun moment il n'a semblé le moins du monde incommodé par l'épingle en question restée ouverte et évacuée ouverte. Dans de tels cas, il semble donc que l'on puisse être optimiste et rassurer la maman en lui prédisant presque à coup sûr que 48 heures suffisent pour la remettre de ses émotions.

Docteur BELLE, *radiologiste* (Tours).

PITYRIASIS VERSICOLOR GÉNÉRALISÉ MAIS PARTIELLEMENT INVISIBLE

Par MM.

Ch. Bigot et E. Ménard,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin des Hospices d'Angers

Ancien interne des hôpitaux d'Angers

Les formes invisibles des dermatoses sont maintenant chose classique ; le praticien doit les connaître, les soupçonner. S'il peut arriver que fortuitement l'insolation, l'actinothérapie peuvent en déceler l'existence par une leuco-mélanodermie révélatrice, le médecin ne saurait se reposer sur cette éventualité incertaine, il doit mettre en œuvre les divers modes d'investigation bien connus, qui sont à sa disposition et que l'un de nous a brièvement résumés (*Bulletin médical de l'Anjou et du Maine*, 15 mars 1939. Le praticien en face des dermatoses invisibles). Parmi les affections cutanées présentant des formes invisibles, le pityriasis versicolor tient une place prédominante, les travaux de M. Gougerot à ce sujet en sont un témoignage éloquent ; aussi, avons-nous cru devoir rapporter une observation qui en est un nouvel exemple et qui, en outre, comporte d'autres particularités dignes d'intérêt.

Notre malade, Pierre L..., est un jeune séminariste de 23 ans, qui présente une éruption de teinte chamois, ayant débuté au niveau de la poitrine, dit-il, par de petites taches jaune-sale, dont le nombre s'est progressivement accru, dont les dimensions ont régulièrement augmenté pour en arriver à réaliser le tableau que voici : tout le thorax, des clavicules et de l'épine des omoplates jusqu'à la ceinture, est littéralement engainé dans une tunique fauve à peine émaillée çà et là de petits accrocs de peau saine, et perforée à la face antérieure de deux plages à peu près symétriques de téguments normaux, au niveau des pectoraux.

Vers la partie supérieure, ces lésions se prolongent sous forme d'innombrables taches de même teinte, de forme et de dimensions essentiellement variables. Ces taches sont parsemées sur les épaules, la nuque, les régions sus-claviculaire, le cou, les angles du maxillaire inférieur et, détail à retenir, occupent le cuir chevelu lui-même. Les membres supérieurs sont, eux aussi, intéressés (mains exceptées), et il semble qu'à leur niveau, les lésions soient plus confluentes aux plis de flexion.

Dans la région sous-ombilicale, même aspect moucheté que dans la région cervicale jusqu'à la hauteur des plis inguinaux, avec quelques rares éléments à la racine des cuisses et sur les fesses.

Ces taches ou ces nappes, à bords nets, mais non marginés, présentent presque toutes une surface lisse, pourtant quelques-unes sont légèrement farineuses et le malade a, en effet, remarqué de temps à autre ses lésions desquament çà où là. D'un coup de curette on détache avec la plus grande aisance et sans faire saigner un lambeau d'épiderme à la surface de ces taches fauve, c'est le signe classique du « copeau », caractéristique de cette affection. Dans ces lambeaux ainsi détachés, dissociés dans la potasse à 40 % et colorés au bleu de méthylène au %, on trouve sous le microscope des amas de 15 à 20 spores, reposant au milieu d'un feutrage de filaments mycéliens sinueux, brefs, et enchevêtrés, aspect typique du Malassezia Furfur, qui signe le diagnostic de Pytiriasis Versicolor que la clinique imposait déjà. Les signes fonctionnels sont évidemment réduits au maximum et consistent en un léger prurit à type surtout vespéral.

Mais à l'heure actuelle, l'examen d'un Pityriasis Versicolor comporte son étude sous lumière paraviolette de Wood ; nous l'avons faite chez notre malade et voici résumé ce que nous avons constaté :

1° Les lésions visibles en lumière normale prennent sous lumière de Wood une teinte brun-doré et contrastent nettement plus avec les plages de peau saine ;

2° Sur les joues et dans le cuir chevelu, on voit un nombre d'éléments pathologiques beaucoup plus grand qu'en éclairage solaire ;

3° Au niveau de la partie inférieure du corps où aucune lésion n'a été décelée, la lumière paraviolette révèle sur les membres inférieurs de multiples taches de Pityriasis Versicolor invisible. Ces éléments sont tous de petites dimensions, de même forme ovalaire, et de cette teinte brun doré, que nous avons signalée. Cette révélation ne surprend d'ailleurs guère le patient, qui a remarqué que depuis quelque temps son prurit tend à « descendre ».

Nous n'avons pas chez ce malade constaté cette teinte « blanc rosé saumoné » inconstante, mais si particulière au Pityriasis Versicolor que M. Gougerot signale, pas plus que la couronne de Pityriasis invisible entourant les lésions visibles (Gougerot et Patte : Intérêt diagnostique, thérapeutique, pronostique et prophylactique des examens en lumière de Wood ; *Arch. dermato-syphil.*, 1938, p. 295).

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de rappeler en passant que ces taches invisibles ne sont pas des cicatrices, mais des lésions en évolution, en

activité. Ces mêmes auteurs (Gougerot et Patte) écrivent que si, au niveau de ces Pityriasis Versicolor invisibles, on peut le plus souvent mettre en évidence le parasite, on retrouve *toujours* les mêmes altérations de fragmentations des cellules cornées, typiques de cette mycose. Et leurs examens (faits avec Duché) à la lumière de Wood leur ont paru prouver l'existence de toxinides du Pityriasis Versicolor.

En tous cas, dans le domaine pratique, l'examen sous cet éclairage est capital comme test de guérison, les lésions invisibles étant assurément à la base des innombrables récidives que nous pouvons observer.

Revenant à notre malade, nous n'avons rien d'important à retenir par ailleurs dans l'examen somatique. Nous n'allongerons pas cette note en discutant un diagnostic évident de Pityriasis
5 Versicolor généralisé, mais partiellement invisible.

Pourtant cette observation présente encore quelques particularités à souligner. C'est d'abord la participation de la face et surtout du cuir chevelu à la mycose. Il y a, nous l'avons signalé plus haut, des lésions parsemées sur le cuir chevelu, dans les squames desquelles on retrouve le M. Furfur, mais le poil n'est pas parasité, et cela confirme ce fait classique que le champignon végète dans la couche cornée de l'épiderme, mais n'envahit pas le poil ». Cette localisation au cuir chevelu est exceptionnelle, en nos régions du moins ; au Japon au contraire, on considèrerait cette localisation comme peu rare (G. Shoji en 1926 rapporte en avoir rencontré en peu de temps une vingtaine de cas chez des hommes jeunes). En France, le fait est assez rare pour qu'on le signale, la littérature en effet n'en est pas très riche . Nous avons rapporté ce fait à la Société française de dermatologie, où M. Rabut a bien voulu présenter notre petite communication.

D'autre part, il nous faut dire que la sœur et le frère de notre malade sont aussi atteints, bien qu'à un degré moindre, de cette même mycose ; le Pityriasis Versicolor est réputé peu contagieux, il est rare de fait que le conjoint où les enfants d'un malade soient touchés ; rappelons-nous néanmoins que M. Gougerot a écrit que l'examen systématique à la lumière de Wood du conjoint d'un malade pourrait révéter des Pityriasis Versicolor entièrement invisibles, comme l'a prouvé la leucomélanodermie solaire. Dans notre cas, le lavage en commun du linge pourrait être à la base de ces trois cas dans la même maison.

Enfin, nous insistons sur la nature du terrain dans notre observation ; notre malade, bacillaire lui-même (il a été de longs mois en sanatorium marin pour adénites fistulisées) a perdu de tuberculose son père et deux de ses sœurs, une troisième est en train de succomber phtysique également ; sa mère a présenté un lupus de Willan sur la joue que l'un de nous a eu la chance de détruire par une électro-coagulation précoce. On se souvient de l'importance qu'on attachait jadis aux rapports du Pityriasis Versicolor et de la tuberculose, jusqu'à voir une parenté entre les deux germes pathogènes. Tout cela a été reconnu nettement exagéré, mais ce qui nous semble tout de même assez exact, c'est qu'un terrain bacillaire paraît particulièrement propice au développement de ce parasite. Si nous repassons nos souvenirs personnels, nous constatons que nos Pityriasis Versicolor ont évolué en majeure partie chez des tuberculeux frustes, les sujets les moins touchés d'une famille bacillaire, des tuberculeux externes guéris, et souvent chez des patients ayant l'habitus extérieur bacillaire. Nous conservons le souvenir d'une jeune femme au teint pâle, blond-vénitien, qui, après ses deux grossesses a présenté un superbe Pityriasis Versicolor. Ne saurait-on voir là quelque analogie avec les poussées évolutives qu'il est classique d'observer après les accouchements chez les tuberculeuses. Sans voir quelque lien d'origine entre la tuberculose et le Pityriasis Versicolor, nous avons tendance à croire que le terrain bacillaire constitue pour ce parasite un milieu de culture très favorable.

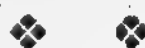
Ces divers points nous ont paru dignes d'intérêt et décidés à relater cette observation.

ÉNORME LIPOME SOUS-PÉRITONÉAL PESANT 11 KILOS

M. Cadenat a présenté à l'Académie de chirurgie la photographie d'un énorme lipome sous-péritonéal opéré par lui — la plus grosse tumeur abdominale qu'il ait jamais enlevée, dit-il. Il pesait plus de 11 kilogrammes, exactement 11 kilos 130 (soit le cinquième du poids de la malade) et mesurait 50 centimètres de long sur 42 de large et 35 d'épaisseur. Histologiquement, malgré son rapide développement des derniers mois, il ne montrait aucun caractère apparent de malignité.

L'observation de M. Cadenat signale, en outre, un détail portant la marque des temps présents. L'auteur a pensé que dans les conditions actuelles, il serait dommage de ne pas essayer d'utiliser cette graisse. Un petit fragment en fut confié à l'interne en pharmacie du service pour en faire un savon, qui s'est révélé d'excellente qualité. Qui sait, remarque-t-il, si la transformation des 11 kilogrammes restant en un savon de secours pour l'hôpital n'apparaîtra pas un jour comme une éventualité à envisager. P. L.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



LA THÉRAPEUTIQUE MODERNE DE LA DYSENTÉRIE BACILLAIRE

Sulfamidothérapie et Rechloruration

D'après le Professeur agrégé H. GOUNELLE et J. MARCHE (1)

La dysenterie bacillaire, en ses formes d'épidémies souvent meurtrières, ne connaissait jadis que des médications symptomatiques peu efficaces; quand, en 1906, le sérum anti-dysentérique de Vaillard et Dopter, surtout antitoxique contre le bacille de Shiga, se révéla d'une efficacité remarquable. Néanmoins un certain nombre de sujets, malgré une sérothérapie intensive, étaient emportés par un syndrome cholériforme avec algidité, dû peut être à une *insuffisance surrénale aiguë.*

Semblable exception se retrouva au cours de l'épidémie de juillet 1940. Certains cas relativement bénins (à bacilles de Flexner), dont le nombre des selles ne dépassait pas 20 à 30, évoluaient rapidement vers la guérison avec les thérapeutiques classiques, ou même souvent spontanément. Par contre, des formes graves, dues pour la plupart au bacille de Shiga, avec selles nombreuses et sanglantes (60 et plus) revêtaient une évolution prolongée avec atteinte sévère de l'état général, et algidité; parfois la mort survenait sans qu'aucun des traitements ordinaires n'ait pu venir à bout d'un état d'ataxo-adynamie extrême et d'un syndrome cholériforme avec diarrhée profuse et fétide.

Or, chez tous ces malades, la double thérapeutique que préconisèrent MM. Gounelle et Marche (chimiothérapie antibactérienne par les sulfamides et la rechloruration massive), permît une évolution accélérée vers la guérison.

LA SULFAMIDOTHÉRAPIE, PRÉCOCE ET A FORTE DOSE : MÉDICATION IDÉALE

Ces auteurs ont pu ainsi obtenir la guérison définitive, et en quelques jours, de toutes les formes de la maladie, que le bacille de Flexner, ou celui de Shiga soit en cause. Si, dans les formes traînantes et chroniques, la guérison ne fut pas toujours aussi « brutale » que dans les formes aiguës, elle n'en fut pas moins habituelle et durable. Pareils faits étaient en concordance avec d'autres observations cliniques et aussi avec les résultats de l'expérimentation.

MM. Gounelle et Marche ont employé uniquement la para-amino-phényl -sulfamide (1162 F), pour laquelle la *tolérance s'est révélée parfaite.* Il importe de prescrire cette sulfamide précocement, intensément, par doses fractionnées. Il ne faut pas cesser le traitement dès qu'intervient une amélioration, même notable, mais savoir le prolonger assez longtemps, par l'administration de doses progressivement diminuées. On utilise la voie buccale, à raison de :

6 ou 8 grammes le premier jour ;
6 grammes, le deuxième jour ;
5 grammes, les troisième et quatrième jours ;
4 grammes, les cinquième et sixième jours.

Soit environ 30 grammes en six jours, la dose journalière étant divisée en prises successives de 0,50 chaque heure ou toutes les deux heures.

Dans les formes peu graves, on se contente de 6 grammes, 5 grammes, 5 grammes et 4 grammes, soit un total de 20 grammes en quatre jours. C'est là un *minimum* et il paraît que des doses quotidiennes de 2, 3 et même 4 grammes sont insuffisantes pour le traitement d'attaque ; elles ne sauraient en tous cas suffire dans les formes graves.

La diète hydrique, avec eau de riz salée, infusions et eau bicarbonatée données largement, est associée à la sulfamidothérapie pendant les premiers jours du traitement, une réalimentation très progressive étant par la suite instituée.

En utilisant de la sorte la para-amino-sulfamide, aucun échec n'a été relevé, quelle que soit la forme clinique, quelque soit le germe en cause : Shiga, Flexner, para-dysentérique.

C'est dans les formes sévères de la dysenterie à Shiga, qu'ont été obtenus les succès les plus remarquables. Lorsqu'on note 50, 60, 80 émissions séro-sanglantes par vingt-quatre heures, lorsque l'état général est gravement atteint, que l'évolution se prolonge sans amélioration notable encore au dixième ou quinzième jour, que l'on commence à redouter une issue fatale, la sulfamidothérapie associée à la rechloruration amène une véritable résurrection. Dans la plupart des cas, après quarante-huit heures de traitement, les selles redeviennent normales et se réduisent à une ou deux. Dans les formes plus sévères, traitées tardivement vers le quinzième jour, la guérison est obtenue dans les cinq jours.

Dans les formes de gravité moyenne, les résultats sont tout aussi probants. Alors que, chez des malades conservés comme témoins et traités par

(1) *Paris Médical*, 10 juin 1941.

les moyens habituels, le nombre des selles ne redevient normal que vers le huitième-dixième jour ; chez les sujets traités par le 1162F, on assiste à une chute verticale du nombre des selles qui, de 20, 30 ou 40, passe à zéro ou une en vingt-quatre à quarante-huit heures.

Dans quels cas doit-on utiliser le 1162*F*. ?

Il y a quelque temps encore, on jugeait inutile de prescrire la sulfamide dans les formes légères de dysenterie bacillaire rapidement curables, spontanément ou avec la thérapeutique classique (sulfate de soude, charbon, bismuth, collargol, etc.), — ou tout au moins en attendant quatre ou cinq jours pour le faire dans les cas où aucune amélioration notable ne s'était produite dans l'état du malade, notamment dans le nombre des selles.

Actuellement, devant la parfaite tolérance du médicament et la facilité de son administration, il est utile de la prescrire, *sans tarder et systématiquement*, à tout dysentérique. De la sorte, on fait tourner rapidement court les formes aiguës, on évite les formes graves, compliquées ou traînantes, on réduit considérablement le nombre des hospitalisations, et leur durée, on supprime les récidives souvent plus tenaces que l'épisode initial, on permet aux dysentériques de reprendre rapidement une nourriture à peu près normale. On conçoit que cette médication généralisée en milieu épidémique puisse enrayer une épidémie, en s'attaquant avec succès à toutes les formes aiguës, chroniques ou latentes.

Aux formes légères seront donnés 20 grammes en commençant par 5 grammes ; aux formes sévères et aux formes traînantes seront prescrites des doses massives de 30 grammes et plus en commençant par 6 ou 8 grammes.

La rechloruration sera massive

Au cours des dysenteries graves s'accompagnant de spoliations aqueuses et chlorurées, on observe une *hypochlorémie* et une *azotémie secondaire*, lourdes de conséquences, qu'il faut corriger par la rechloruration, car elles associent au tableau déjà grave d'une infection sévère le cortège d'une azotémie pouvant aller jusqu'au coma.

On sait depuis longtemps qu'il faut réhydrater le dysentérique : tout malade présentant une diarrhée importante doit boire en abondance et recevoir du sérum physiologique. Cependant, dès que la spoliation aqueuse se renouvelle sans arrêt par diarrhée et par vomissement, il faut craindre l'hypochlorémie et la combattre par la rechloruration ; on ne doit pas attendre pour cela de voir s'établir l'atteinte sévère de l'état général avec hypothermie, céphalée, asthénie extrême, tous signes précurseurs du coma.

Les tests sanguins sont aussi de première importance ; il peut y avoir hypochlorémie manifeste (le chlore globulaire et le chlore plasmatique étant respectivement de 1,34 et 3,19, au lieu de 1,80 et de 3,60, leur rapport étant de 0.42 au lieu de 0,50) avec urée sanguine normale, ou hyperazotémie à 1 gr. 20, 2 grammes, 3 gr. 20. Une alcalose est parfois élevée, 80 volumes au lieu de 60. Mais, dans les conditions de la pratique médicale courante, souvent à l'écart d'un laboratoire spécialement outillé, on attachera une valeur de premier ordre au *dosage des chlorures urinaires*, que l'on peut demander, semble-t-il, à tout pharmacien. Normalement, les chlorures urinaires varient avec l'apport alimentaire et sont de l'ordre de 10-12 grammes (évalués en NaCl) par nycthémère ; on peut trouver des doses infimes, quelques centigrammes par litre (0,05, 0,11, 0,23) ; mais une concentration des chlorures urinaires au-dessous de 0 gr.50 commande la rechloruration chez tout malade avec spoliations aqueuses importantes.

Comment rechlorurer ?

Lorsqu'il s'agit de formes graves azotémiques, il faut une rechloruration intense, à doses massives par toutes les voies d'introduction. Le sel buccal est d'une remarquable efficacité pour corriger le trouble humoral ; ne pas hésiter à en user largement.

Pour une azotémie supérieure à 1 gramme, il faut associer quotidiennement 15 à 20 grammes de sel par la bouche, 20 ou 40 centimètres cubes de sérum hypertonique à 20 p. 100 intra-veineux, à un litre de sérum physiologique sous-cutané. Pour une hypochlorémie simple, non accompagnée d'azotémie, il faut prescrire 10 à 15 grammes de sel par la bouche et 500 centimètres cubes de sérum physiologique.

Avec un tel traitement, les effets sont rapides et probants : amélioration nette de l'état général, rétrocession de l'état de déshydratation parallèlement à la baisse de l'azotémie. Quand les valeurs du chlore sanguin sont redevenues normales, il faut cesser la rechloruration. Un *bon test* est alors de se baser sur la réapparition à une concentration convenable des chlorures.

Sulfamidothérapie et rechloruration doivent ainsi être dorénavant associées pour le traitement de la dysenterie bacillaire, dont la guérison se fait alors à bref délai. Dans les formes flexnériennes, sans doute, la guérison est la règle; il n'est pourtant pas sans intérêt de faire avorter la maladie et d'éviter au patient plusieurs jours d'évolution ou de convalescence. Dans les formes à Shiga, si meurtrières, les méthodes précédentes sont d'une obligation absolue.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sciatique et chirurgie ; la sciatique essentielle, dite rhumatismale

Dans une excellente revue générale, le Docteur A. MOUCHET envisage « la mise au tombeau » de la sciatique, dite essentielle ou rhumatismale. Celle-ci serait, en réalité, dans l'immense majorité des cas, due à une hernie intra-rachidienne du « *nucleus pulposus* » au niveau d'un des derniers disques intervertébraux lombaires. Cette théorie de la sciatique par lésion du disque est développée en détails par cet auteur ; elle est des plus séduisantes et semble appelée au plus brillant avenir. L'étude clinique de la hernie du disque permet de souligner combien est frappante l'identité du syndrome « sciatique par hernie nucléaire » et « sciatique essentielle ».

On ne retrouve pas toujours la trace d'un traumatisme net ; mais cependant, même en pareil cas, on doit toujours penser à la lésion discale. On y pensera d'autant plus qu'il s'agira de sujets présentant des troubles douloureux statiques progressifs, se plaignant de lumbagos à répétition. On y songera chez les adultes à musculature abdominale déficiente qui, en raison de leurs travaux, sont exposés à des micro-traumatismes de la région lombo-sacrée, susceptibles d'entraîner un écrasement de leur disque.

Quant au traitement, la rupture du disque avec hernie nucléaire ne constitue pas une lésion définitive, fixée. Au début, le traitement conservateur est formellement indiqué. Ce n'est que dans les sciatiques graves que l'opération s'impose. Au début, lorsque le malade est vu précocement, au stade de l'entorse vertébrale, il faut essayer d'obtenir la réduction du déplacement discal : immobilisation au lit en position de « surrepos » ; réduction par manipulation. S'il s'agit d'une sciatique chronique, aux moyens précédents (la réduction manuelle devant être très prudente) s'ajoute une courte immobilisation plâtrée, suivie du port d'une ceinture orthopédique du type « lombostal ». Dans les sciatiques graves, rebelles à toute thérapeutique, seule l'intervention chirurgicale peut guérir le malade : greffe d'Albee ; laminectomie simple, ou suivie de l'ablation du fragment discal.

Cette dernière opération mérite la préférence; sans gravité réelle, entre des mains exercées, la mortalité est infime (0,4 p. 100) ; elle a donné d'ores et déjà des résultats immédiats très satisfaisants. (*Paris Médical*, 20 avril 1941).

L'électro-résection, méthode de choix dans le traitement opératoire du cancer de la prostate

La chirurgie du cancer de la prostate se différencie de la chirurgie des autres localisations cancéreuses, non seulement par ses difficultés de technique accrues en vue d'une extirpation totale, mais encore par l'apparition de complications secondaires, qu'il est impossible d'éviter : incontinence, sténoses, fistules.

Dans ces conditions, H. FRIEDRICH se demande s'il n'y a pas lieu d'accorder la préférence à une méthode palliative, qui permette encore une survie de quelques années, avant que la mort ne survienne comme suite à l'intoxication cancérigène. Cela d'autant mieux que, si celle-ci se révèle assez rapide pour beaucoup d'autres cancers (estomac, intestin, rein, foie), il n'en est pas de même pour la prostate : ici le cancer ne tue qu'au bout de quelques années, à moins que ne surviennent des troubles dans l'évacuation de vessie, ou des réactions dangereuses du systèmela urinaire : rétention, infection, insuffisance rénale.

Puisque le cancer de la prostate se révèle par une stase urinaire, ou par ses inconvénients, il est évident que si l'on peut y pallier, on prolonge la vie et on calme les souffrances. C'est ainsi que se pose l'indication de l'électro-résection, surtout que l'extirpation totale du cancer prostatique est très difficile, souvent impossible, et ne donne pas de résultats appréciables.

L'électro-résection ne favorise pas plus les métastases que l'opération radicale. On lui a reproché de n'avoir qu'une efficacité de faible durée ; la chose n'est pas exacte, si l'on prend la précaution d'éliminer d'emblée tous les tissus, qui peuvent gêner l'évacuation de la totalité des urines, sauf un résidu de quelques centimètres cubes.

Partant de ces données, l'auteur a adopté la ligne de conduite suivante : s'il découvre un cancer de la prostate, mais que celui-ci ne cause aucun trouble au patient, il n'intervient pas, et le laisse ignorer, même avec un faible résidu urinaire. Quand, au contraire, la tumeur est la cause de troubles, il résèque, qu'il n'y ait aucun résidu urinaire, ou qu'il y ait un résidu, et quelle que soit sa valeur. Dans un cas, comme dans l'autre, le malade est soulagé. La préparation du patient comporte les mêmes précautions que pour un simple adénome ; on réalise toujours la vasotomie, toute insuffisance rénale doit être écartée au préalable ; dans tous les cas, même sans résidu urinaire, on n'opère qu'après une mise au repos de la vessie par un cathéter. (*Munch. Mediz. Wochenschrift* nº 14, 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les empoisonnements par la rhubarbe

(M. D. BROCQ-ROUSSEU ; 10-6-1941).

Les empoisonnements par la rhubarbe sont connus depuis longtemps mais ils ont peu attiré l'attention. Des cas ont été signalés, en Angleterre, en Suisse, à diverses périodes (1848, 1903, 1917...). En France, le Docteur Guerlin, de Calais, a rapporté, en 1921, plusieurs intoxications à la suite d'ingestion de feuilles de rhubarbe. Cette année (1941), les difficultés alimentaires ayant incité nombre de personnes à manger des feuilles de rhubarbe préparées à la façon des épinards, d'assez nombreux accidents ont été observés. Le Docteur Durand, de Courville-sur-Eure, a appelé l'attention de l'Académie sur ce sujet. Plusieurs cas, dont un mortel, ont été signalés dans la région de Fontainebleau.

Les symptômes toxiques ont consisté en troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée) et quelquefois urinaires (urine colorée). On a fait jouer un rôle pathogénique à l'acide oxalique, ou encore à des substances appartenant au groupe des oxyanthraquinones (Combes), substances purgatives à faible dose et qui à haute dose produisent sur l'intestin l'effet d'un vésicatoire.

L'Académie conseille, dans ces conditions, de s'abstenir de consommer les feuilles de rhubarbe. Cette interdiction ne s'applique pas aux côtes (pétioles) de rhubarbe prises, après cuisson, en quantités modérées, ni à la racine de rhubarbe, utilisée comme purgatif.

Nouveau traitement de l'arriération mentale par la diélectrolyse de calcium des centres nerveux

(M. Georges BOURGUIGNON ; 10-6-1941).

Le traitement par diélectrolyse transcérébrale de calcium, avec ingestion de cet agent médicamenteux, améliore les enfants arriérés, même les mongoliens, à l'exception de ceux atteints d'idiotie amaurotique.

Il agit à la fois sur le développement intellectuel et sur le développement physique, en particulier sur la croissance : il y a là vraisemblablement une action sur l'hypophyse et par son intermédiaire sur tout le système endocrinien.

Le traitement doit être commencé le plus tôt possible, dès que l'arriération est reconnue. Plus on approche de la puberté, moins les résultats sont bons, et, passé l'âge de seize ou dix-huit ans, ils deviennent peu appréciables ou nuls.

« Bacillus bifermentans pyogenes » agent avariant des pâtés de foie.

(MM. A. SARTORY et Jacques MEYER ; 17-6-1941).

A la suite de recherches sur la flore microbiologique des conserves de viande et d'abats, les auteurs ont pu isoler une bactérie thermophile anaérobie, agent avariant des conserves de pâté de foie.

Ce germe résiste à un traitement de six heures à + 65° et à deux heures d'exposition à + 100°. En milieux culturaux favorables, on note l'apparition de colonies, d'aspect elliptique ou lenticulaire, dégageant des gaz et une odeur putride. Inoculé à un cobaye, il a déterminé l'abcédation et la mort de l'animal.

MM. Sartory et Meyer le placent dans le groupe « bacillus bifermentans », variété « pyogenes ».

Les denrées contenant ce germe doivent être considérées comme nocives et rejetées de la consommation humaine. La grande résistance de ce bacille à la chaleur lui permet sans doute de survivre à des stérilisations effectuées dans de mauvaises conditions.

Enquête biologique sur un groupe de sujets sous-alimentés

(MM. H. GOUNELLE, Y. RAOUL et J. MARCHE ; 17-6-1941).

Les auteurs ont eu la possibilité d'étudier, en mars dernier, l'état de nutrition d'un certain nombre de détenus civils sous-alimentés en raison des difficultés actuelles d'approvisionnement.

Presque tous ces sujets présentaient un état d'asthénie manifeste avec vertiges (parfois syncopes), amaigrissement de 10 à 15 kilos (baisse de poids de 2 à 3 kilos par mois), anémie, troubles trophiques de la peau, constipation, hypotension.

Le régime de ces sujets comportait par jour : 400 gr. de pain, deux soupes (10 gr. de graisse, 120 gr. de haricots, ou 400 gr. de pommes de terre, ou 70 gr. de riz), et un jour de viande par semaine (25 gr. de chair comestible). Régime déficitaire que l'administration, sur la demande des auteurs, s'efforce d'améliorer.

P. L.



PARTIE PROFESSIONNELLE

LE CARNET MÉDICAL

Par M. le Docteur G. CHAPPAZ (de Reims)

Sans doute l'époque est-elle venue de proposer de l'ordre dans l'organisation sanitaire du pays. Sans doute, le moment est-il propice pour obtenir des Pouvoirs publics toute l'attention désirable sur les projets susceptibles d'améliorer la santé, la prévention, la race. Bien des grandes questions ne sont pas neuves ; elles ont été traitées comme bien d'autres, sans logique et surtout sans continuité dans l'effort. Les intentions très souvent étaient bonnes, les réalisations n'étaient plus que paperasseries sans effet dont les buts à atteindre, n'étaient jamais atteints ! Et pourtant que de progrès à réaliser, et facilement réalisables dans le domaine trop peu et peut-être volontairement trop peu exploré de la médecine sociale : on a ouvert quelques pistes, elles ne sont toujours pas praticables.

Les Centres de diagnostics et de médecine préventive, en sont un exemple ; nous avons traité ce sujet d'autre part, et nous affirmons que la mise sur pied facile, effective de ces institutions si fécondes en résultats, peut être actuellement effectuée en trois mois sur tout le territoire.

Que n'a-t-on pas dit du Carnet médical ? Qu'en est-il résulté ?

Nous manquons toujours de « plan », et, faute d'écrire en tête d'un projet, les buts précis que l'on vise, chacun de s'égarer et de perdre dès le départ le « cap » qu'il s'est assigné !

Qu'attend-on du carnet médical ?

A un moment précis de la vie d'un individu, pouvoir lire rapidement sur un tableau où ils sont classés d'une façon claire apparente et ordonnée, les épisodes pathologiques du passé, les signes fonctionnels ou organiques anormaux qui ont pu être décelés lors d'examens médicaux occasionnels. Apprendre en quelques minutes, les faits qui sont encore une menace pour le présent du titulaire, pour son avenir, pour sa descendance, pour son entourage et pour la société.

Telle est la piste dont nous n'avons pas à nous écarter ; celle qui doit nous conduire vers la mine à exploiter

Que d'efforts à économiser dans la suite, que de frais à supprimer en évitant la répétition d'examens et d'enquêtes qui sont sans cesse renouvelés inutilement, à la Maternité, à l'Ecole, au régiment, à l'usine, qu'on a eu le seul et immense grand tort de ne pas condenser sur un seul et même registre facilement accessible.

Chacune de ces enquêtes est consignée sur une fiche, sur un carnet scolaire, sur un registre d'incorporation, et finalement, toutes vont se perdre dans des archives diverses, oubliées par la suite, inutilisables dans l'avenir. C'est le désordre, c'est la prodigalité, c'est l'inefficacité !

Depuis longtemps, nous nous sommes élevés contre l'un de ces exemples d'incoordination les plus frappants. Il s'agit de la méthode illogique employée dans les Maternités pour le relevé des observations. Nous la résumons, car elle fait bien apparaître les conséquences graves qui résultent d'un seul manque de bon sens.

La femme enceinte se présente aux consultations prénatales ; elle y est méticuleusement examinée. Une enquête approfondie est effectuée, non seulement sur son état objectif, mais sur ses anamnestiques, sur sa sérologie, etc.... Une fiche est rédigée sur laquelle nul détail n'est négligé. Cette fiche est classée et tenue à la disposition de l'accoucheur.

Pendant la période du travail, tous les détails possibles sont à nouveau notés sur une fiche d'accouchement, et, tout étant terminé, cette fiche d'accouchement va se ranger ou plutôt se perdre pour toujours dans des archives différentes de la fiche prénatale.

Enfin, le nourrisson est présenté aux consultations de puériculture. Une enquête toute nouvelle est déclanchée, en oubliant que cet enfant vivait déjà le jour de sa conception. Une troisième fiche est dressée, ou souvent un carnet, le premier carnet médical est tenu à jour.

Conclusion : Le seul fait de n'avoir pas réuni pour toujours les trois fiches : prénatale, d'accouchement et de nourrisson a faussé toute l'enquête au départ, principalement en ce qui concerne l'un des problèmes capitaux, la syphilis héréditaire. Je m'explique :

Nous relevons sur une fiche prénatale les symptômes : un accouchement antérieur à huit mois, strabisme, ... rien à conclure.

Nous relevons sur la fiche d'accouchement isolée de cette femme : poids du placenta un quart du poids de l'enfant..... rien à conclure.

Nous relevons sur la fiche du nourrisson : *cranio tabes*..... rien à conclure.

Alors que chaque fiche séparée, enfouie dans un placard aura emporté avec elle son secret, le premier carnet médical devrait se lire pour le nourrisson : enfant avec *cranio tabes,* dont le placenta était nettement *hypertrophié,* issu d'une mère présentant du *strabisme,* ayant eu antérieurement un *accouchement prématuré.*

Conclusion : syphilis héréditaire.

Le hasard n'a pas seul réuni ces symptômes de présomption chez la mère, dans les annexes de l'œuf et chez le nourrisson.

Encore fallait-il s'en apercevoir !

Le carnet médical débute à la conception

Comme l'âme, comme la vie !

Toute méthode qui crée un carnet médical à un âge plus tardif ne répond déjà plus au but visé.

Ce n'est déjà plus le film d'une vie ! Une coupure, la plus importante qu'on puisse faire, a supprimé la présentation de l'intrigue.

Allez donc comprendre la fin !

Est-ce à dire que tout est négligeable dans ce sens pour les individus actuellement au monde ? Certes non ; un pis-aller vaut sans doute mieux que rien.

Nous proposons la création d'un carnet médical dont le premier chapitre sera consacré à la période prénatale, solution idéale.

Provisoirement, ce carnet sera obligatoire pour les sujets qui n'ont pas encore actuellement 20 ans ; on y laissera en blanc les pages prévues pour l'époque antérieure sauf rappel d'anamnestiques très certains, tels que : vaccinations, maladies graves antérieures, accidents, etc...

Pour les contemporains actuellement âgés de plus de 20 ans, ne pas chercher à compliquer la tâche et demander à chacun de garder trace écrite des examens, des diagnostics, de médecine préventive qu'ils auront l'occasion de subir.

En résumé : institution obligatoire d'un carnet médical pour tous les Français actuellement âgés de moins de 20 ans, obligation de se présenter dès les premières consultations prénatales avec le carnet médical du futur nouveau-né, ce dernier carnet médical étant de suite tenu à jour, hormis le nom de l'intéressé, lequel s'il a droit à nos préoccupations préventives de santé, n'a pas encore d'Etat civil !

Qui distribuera les carnets médicaux ?

Un modèle unique, approuvé par le Ministère, en vente dans toutes les librairies ; distribué par les mairies aux indigents, par les Caisses aux assurés sociaux, par les Dispensaires et les Maternités aux femmes enceintes.

Le modèle du carnet médical

Une couverture en carton souple, de couleur foncée, elle doit résister sans trop de vétusté à la vie prolongée de l'individu bien préventivement surveillé. Format du livret de famille.

La constitution détaillée ne doit pas se départir des règles suivantes :

1° Pas de questionnaire oiseux ou inutile (genre à éviter) : les carnets de consultations prénatales habituellement remis par les administrations départementales). Le médecin n'a pas le temps de rédiger un *pensum,* si l'on insiste, il boude complètement ;

2° Faire apparaître en gros, les choses essentielles, par exemple :

Un feuillet : *vaccinations* ;
Un feuillet : *sérothérapie* ;
Un feuillet : *accidents* ;
Un feuillet : *maladies immunisantes* ;
Un feuillet : *phtisiologie* ;
Un feuillet : *radiographies* ;
Un feuillet : *laboratoire,* etc...

Ces feuillets étant classés d'après leurs titres par ordre alphabétique.

Le carnet médical contiendra en outre des pages réservées aux conclusions des examens de santé périodiques.

Sur les feuillets, seul le titre sera imprimé. Le médecin y inscrira ce qu'il jugera utile lors d'une circonstance déterminée, et il signera chaque fois en ajoutant son adresse.

Quand le carnet sera-t-il obligatoirement présenté ?

A l'admission à l'école : au médecin de l'école ;

Entrée dans un internat : au médecin de l'internat ;

Avant l'opération chirurgicale : au chirurgien ;

Lors d'une grossesse : au médecin ;

Au conseil de révision : au médecin militaire ;

Au conseil de réforme : à la Commission ;

Avant le mariage : à un médecin praticien qui délivrera une attestation de cette présentation, sans commentaires ; il agirait par conseils ou persuasion auprès du client en cas de nécessité d'ajournement.

A la première demande d'un médecin traitant.

Il remplacera tous les carnets médicaux existants jusqu'alors : de consultations de nourrissons, scolaires, militaires ou autres. Que d'économie de papier !

Le carnet médical et le secret médical

Toute la question est là !

La question primordiale qui crée la seule complication !

On en parle peu, c'est la seule.

Le carnet médical est susceptible de réaliser un progrès indéniable. Il peut devenir effroyablement dangereux. Pourquoi ? Comment ?

La psychose. — **Le malade lit et relit l'exposé de ses tares héréditaires ou acquises. Il com-**

prend mal les termes médicaux. Il se jette à corps perdu dans l'étude de son cas, aidé par les dictionnaires de médecine et par les avis des voisins ou des parents. Les petits symptômes deviennent de grandes maladies. Puis il étudie le carnet de sa femme. Malédiction ! Elle a eu de la vulvo-vaginite des petites filles ! Quelle sera sa descendance ? On avait noté sur le carnet de son copain de régiment : phtiriase inguinale ; comme sur le sien ; or, le copain est mort à trente ans, il est perdu !

Le préjudice moral. — « J'ai vu le carnet de mon père. Il a eu à 20 ans une blennorragie, voyez l'exemple ! »

Discussion de ménage. — « Est-ce ma faute si tu as été rachitique dans le temps ? —« Tu peux parler, toi qui es venu au monde à huit mois ! »... Au lycée « Jacques ne veut pas montrer son carnet parce qu'il est syphilitique héréditaire ! »

Le préjudice matériel. — Avant l'embauchage, le patron demande le carnet médical, sur des présomptions vagues, il refuse du travail au titulaire Si le salarié refuse de le montrer, sa décision vaut l'aveu d'une tare cachée, le résultat est le même.

Comment rendre le carnet médical inoffensif ?

Depuis que nous lisons des projets de carnets médicaux, lorsque nous avons entendu discuter de cette question, soit entre médecins, soit dans les Conseils d'hygiène, personne à notre connaissance n'a soulevé suffisamment ces objections de poids.

D'un tel poids que si l'une d'elles subsistait, lors de l'institution du carnet médical, nous serions de ceux qui allumeraient le bûcher pour détruire ce malfaisant livret.

Mais... nous pensons que si nul n'en parle, c'est parce que le problème n'est pas facile à résoudre !

Posons les conditions :

A. — Le carnet médical doit être secret pour son titulaire.

B. — Il doit suivre son titulaire partout.

C. — Il doit être secret pour toute tierce personne hormis les professionnels liés par le secret.

La condition A, suggère la création de bibliothèques secrètes de carnets médicaux, sous la responsabilité par exemple des Ordres départementaux de médecin, bibliothèques dans lesquelles les médecins se rendraient pour remplir ou pour consulter les carnets de leurs clients.

En pratique, ils n'iront pas. Quelquefois pour voir si tel confrère de leur voisinage n'a pas eu la vérole ou si tel politicien connu n'est pas cryptorchide !

Au demeurant, la condition B est impérative.

Le client change de résidence, voyage et doit pouvoir présenter à tout médecin son carnet. L'homme de la campagne n'enverra pas son médecin à la ville pour consulter son livret.

Chaque mairie pourrait avoir son armoire secrète pour conserver les livrets. Mais que devient alors la condition C ?

C'est ainsi qu'on arrive à la seule solution que nous croyons possible, et qui apparaîtrait comme fantaisiste, faute d'avoir insuffisamment exposé l'énoncé du problème.

Le client doit être le seul possesseur de son carnet ; il doit toujours l'avoir à sa disposition comme sa carte d'identité ; nul ne peut par aucun artifice faire pression sur lui pour en lire le contenu ; il ne peut pas le lire lui-même ; nul ne le verra, hormis le médecin d'un descendant direct s'il le désire, après sa mort.

Solution. — Le premier carnet médical à remplir sera remis dans une enveloppe en papier cartonné ouverte.

Tout médecin inscrit au Tableau de l'Ordre, recevra de cet organisme, un stock renouvelable d'enveloppes semblables.

Un cachet d'un type créé par l'Ordre des médecins dont la contrefaçon sera interdite par décret sera de même délivré à tout médecin inscrit au Tableau.

Le premier praticien après avoir rédigé ses observations, scellera l'enveloppe renfermant le carnet.

Chaque fois qu'un médecin voudra consulter le carnet ou aura à consigner quelque observation, il détruira l'enveloppe, la remplacera et la remettra scellée à nouveau au client.

Un court texte de loi interviendra :

Nul hors un médecin possédant un cachet agréé ne peut ouvrir l'enveloppe d'un carnet médical. Tout médecin devra signaler au commissaire de police, les clients qui déclareront avoir perdu leur carnet médical, ou qui présenteront leur carnet dans une enveloppe non scellée par le cachet médical.

Toute personne, même le titulaire, convaincue en dehors des médecins possesseurs d'un cachet médical, même dans un but louable, d'avoir consulté un carnet médical, sera punie..., etc.

En cas de décès, le carnet médical du défunt sera remis à la mairie par les soins du médecin de l'état-civil. Tous les carnets médicaux des personnes décédées seront remis ensuite dans des archives de la Préfecture du département sous la responsabilité de l'Inspecteur départemental de l'Hygiène, à la disposition sur leur demande des médecins traitants des descendants du défunt.

Conclusion

Créé d'une façon irréfléchie, le carnet médical obligatoire entraîne de redoutables éventualités.

Une solution existe. Les bénéfices à attendre ne devraient plus permettre d'hésiter.

SECRET PROFESSIONNEL ET MÉDECINE DE CONTRÔLE

Par le Docteur Fernand Decourt,

Tel est le titre de la Section IV du Titre II du Code de Déontologie établi par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et publié dans le nº 1 du *Bulletin de l'Ordre des médecins* (avril 1941).

J'ai lu ce Code de déontologie avec le plus grand soin, comme doit le faire tout confrère qui devra le considérer comme un « bréviaire », en quelque sorte. Mais, c'est avec un intérêt particulier que j'ai considéré, pour des raisons personnelles, certains points parmi lesquels je noterai ici la « Section » dont j'ai rappelé ci-dessus le titre. Et cela parce que (*mutatis mutandis* et sans outrecuidante comparaison), j'ai, il y y a dix ans, fait paraître, dans la *Revue internationale* que, comme secrétaire général de l'A. P. I. M. (1), je dirige depuis sa fondation, une « Causerie » ayant précisément pour titre : « *Le secret professionnel et la médecine sociale* (2).

J'ai reconnu avec joie dans le Code de l'Ordre des principes directeurs que j'avais toujours soutenus et, en particulier, dans l'attitude du médecin au point de vue du secret à garder jalousement — *a priori* — même en médecine sociale. Néanmoins, je ne suis pas entièrement d'accord au sujet de l'art. 50, alinéa 2 et, comme je vois là un point de première importance, en *pratique journalière* de la médecine, je tiens à préciser mes craintes devant nos confrères du *Concours*.

Cet art. 50 dit, en son premier alinéa : « *Le médecin légiste chargé d'une expertise judiciaire doit rendre compte au juge de ses constatations* ». Soit ! Mais nous lisons à l'alinéa 2 : « *Il en est de même du médecin inspecteur ou contrôleur* à l'égard de l'administration *qui l'a mandaté et lorsqu'il agit en tant qu'expert (par exemple examen des candidats à une assurance sur la vie, examen d'aptitude à un emploi, contrôle de l'invalidité attribuée à un accidenté, etc...)* ».

Qu'il me soit permis de trouver dangereux — oui, « *dangereux* » dans l'exercice journalier de la médecine par ses répercussions à titre d'analogie — qu'un médecin, si « contrôleur » soit-il, ait le « *devoir* » de rendre compte « à une administration » des « constatations » qu'il a pu faire concernant l'anatomie, la physiologie et la pathologie de Monsieur ou Madame X, sous prétexte d'assurance-vie ou de demande d'emploi. Qu'il certifie à l'administration mandante que la demande du candidat est recevable ou non, c'est là son rôle, mais celui-ci doit se borner à cela, car c'est cela seul dont a *besoin* ladite Administration.

J'ai parlé de « répercussions, à titre d'analogie. Je faisais allusion aux Assurances sociales et à l'Administration des Caisses-maladie qui « contrôlent » des millions de Français. Voici ce que j'écrivais, à ce sujet, en 1931 ; je ne vois rien à y changer.

« Sans doute, il serait intolérable, contraire même à l'équité — qu'une collectivité ait à supporter aveuglément, sans contrôle d'aucune sorte, des frais parfois injustifiés, alors qu'elle a entrepris d'adoucir le sort d'un malade en se substituant à lui pour faire face à l'adversité. Avant d'apporter son aide pécuniaire, elle a manifestement le droit de savoir si cette aide est nécessaire, et si celui qui la réclame, au nom de la maladie est réellement malade ou non. Donc, une collectivité, alors qu'elle apporte une aide matérielle, en cas de maladie, a le droit de se rendre compte s'il y a vraiment « état de maladie ». Cela paraît hors de discussion... Mais, où elle semblerait outrepasser ses droits, c'est en voulant que soit spécifié exactement *le nom de cette maladie*. Que peut lui importer de savoir que le malade a telle ou telle affection, si elle est assurée qu'il est réellement malade et que, par suite, il est équitable de lui allouer le secours prévu, en cas d'impossibilité de travailler.

« .....Le médecin choisi par la collectivité pour le renseigner, ce « médecin de *confiance* » (pour la Collectivité non pour le malade) ne sera nullement (même lui) dans la nécessité de dévoiler un diagnostic à des Tiers. Il dira simplement, à ceux qui l'ont chargé de le renseigner, qu'il y a ou non « état de maladie » et que le malade a droit ou non aux secours convenus. A l'occasion, il dira également après examen du malade et explications du médecin traitant si les frais médicaux et pharmaceutiques sont en rapport normal avec la maladie traitée, donc s'il n'est pas de notes abusives présentées à la collectivité payante. Celle-ci sera ainsi renseignée sur tout ce qu'elle a *besoin* de connaître pour la bonne gestion de ses services. N'est-ce pas le maximum de ce qu'elle peut raisonnablement exiger ?

« Pourquoi aller plus loin et demander des diagnostics alors que la connaissance de ceux-ci lui est devenue entièrement inutile ?... »

---

(1) A. P. I. M. Association professionnelle internationale des médecins.

(2) *Cf.* « Revue internationale de médecine professionnelle et sociale » de août 1931, pages 4 et suiv.

Sans doute, cet art. 50 ne parle pas expressément des Caisses-maladie, mais d'une « Administration », en général. Il n'en est pas moins vrai qu'il est applicable à l'Administration de toute Caisse-maladie et c'est la porte ouverte à toutes indiscrétions sur l'état de santé des millions d'assurés sociaux de France — ce que le Corps médical français a toujours véhémentement repoussé et cela en France beaucoup plus que dans tout autre pays, ainsi que je suis particulièrement à même de le proclamer hautement.

***

D'ailleurs, le Code de l'Ordre est loin de refléter des sentiments très différents. Ceci se révèle dans l'alinéa 3 qui suit aussitôt, lorsqu'il s'agit de « *congé* » à accorder à un employé. Là est parfaitement établie cette distinction, que je me suis efforcé de justifier ci-dessus, entre le compte rendu à une administration d'un simple « état de maladie » ou non et la constatation des symptômes révélés par l'examen, autrement dit la divulgation d'un diagnostic. En effet, après avoir dit, dans les alinéas 1 et 2 que le médecin inspecteur « doit rendre compte, etc... », il est spécifié, dans l'alinéa 3, ce qui suit :

« *...Il n'en est pas de même lorsque le médecin examine les employés d'une administration en vue de l'obtention d'un congé pour raison de santé : il doit en ce cas indiquer seulement ses conclusions* SANS LES MOTIVER. *L'Administration peut faire contrôler son avis par un autre médecin,* LIÉ LUI-MEME PAR LE SECRET *et qui se bornera à préciser s'il est en accord avec son confrère ou dans quelle mesure il se sépare de lui* ».

Voilà qui est parfait, en vérité !... Mais alors pourquoi n'agir ainsi que lorsqu'il s'agit de congés de santé et ne pas étendre ce *modus agendi* à tous les autres cas ? Ce n'est pourtant pas le scrupule de se montrer « révolutionnaire », si j'ose dire, en se faisant le défenseur trop ardent des *droits* de l'employé contre l'employeur.

Ceux qui ont rédigé un tel Code sont au-dessus de ces contingences à fumet politicien. Non ! ce n'est pas à penser un seul instant, bien qu'un 4e alinéa vienne corriger quelque peu la « hardiesse » du 3e. On y lit, en effet :

« *La révélation du diagnostic n'est permise que dans la mesure où elle est nécessaire au bien du service assuré par l'intéressé.*

Mais précisément toute la question est là : sur cette « nécessité » éventuelle alors que, ainsi que le pensent beaucoup d'entre nous, dans aucun cas n'apparaît la nécessité d'étaler des diagnostics devant les yeux de non-médecins, dans un dossier administratif.

Pour « le bien du service assuré par l'intéressé », ce n'est pas d'un diagnostic (avec une étiquette d'origine grecque ou latine, mais disant fort bien que tel employé est porteur de telle tare), ce n'est pas de cette révélation *technique* qu'a besoin l'Administration, mais uniquement des *conclusions* de son médecin de confiance (doublé au besoin d'un second, comme il est si bien prévu dans l'alinéa 3).

Un exemple : M. X. est professeur et le médecin de l'Administration découvre chez lui une tuberculose ouverte avec analyse positive des crachats, etc... E-t-il besoin de dévoiler dans les bureaux de l'Administration toutes ces auscultations, radiographies, analyses, etc... L'Administration n'a *besoin* que d'une seule chose : qu'un ou des médecins habilités, mandatés par elle pour examiner M. X., lui rendent compte non pas des CONSTATATIONS effectuées, mais des CONCLUSIONS imposées par ces constatations, à savoir que M. X. ne peut continuer à être pour raison de santé, en contact journalier avec de jeunes élèves. J'ai pris un cas extrême afin de montrer que, même là, il est inutile de constituer dossier administratif et d'étaler devant des profanes des secrets médicaux qui doivent rester dans le domaine *exclusif* des « techniciens de la santé ».

***

Le secret professionnel n'est pas incompatible avec l'exercice normal de la médecine sociale. Il suffit d'un peu de bonne volonté de part et d'autre et d'une *collaboration loyale* entre collectivité et Corps médical. Et, pour en revenir à l'Assurance-maladie en fonction du secret professionnel, je reprendrai mes propres conclusions d'autrefois :

Un assuré social n'est pas un simple numéro inscrit sur un registre, ni un pion posé sur un échiquier. C'est pourtant ainsi qu'on semblerait le considérer, en faisant fi de ses pauvres secrets personnels ou familiaux, quand il s'agit de sa santé. En déclarant toujours les respecter, on aura remédié à l'un des plus graves inconvénients de la médecine sociale : *la diminution de la personnalité individuelle et, par suite, de la conscience de sa propre responsabilité,*

Ayons toujours le respect du malade, même en organisation collective. Ce malade n'en gardera que mieux le sentiment de l'honneur et de la probité dans le respect de soi-même.

Chronique automobile



QUELQUES CONSEILS PRATIQUES POUR L'UTILISATION DE L'ALCOOL

Par M. HENRI PETIT,

Ancien élève de Polytechnique,

Rédacteur en chef de la *Technique Automobile*

Nous avons déjà consacré plusieurs articles à l'utilisation de l'alcool pour l'alimentation des moteurs de voitures. Nous avons reçu de nos lecteurs une assez volumineuse correspondance, concernant cette question et si nous résumons les points principaux soulevés par nos correspondants, nous pouvons dire qu'en général ceux-ci se déclarent satisfaits de l'emploi de l'alcool pour des parcours d'assez longue durée, mais font les plus expresses réserves quant à ce qu'ils appellent la « circulation médicale », c'est-à-dire les arrêts fréquents, séparés par des parcours de quelques centaines de mètres. Il est évident que, dans ces conditions, l'alcool est loin de présenter autant d'agrément que l'essence. Néanmoins, si on ne peut utiliser autre chose, il convient de s'efforcer d'en tirer le meilleur emploi. Voyons donc par quels procédés on peut résoudre autant que possible les difficultés que présente ce problème.

Réchauffer le plus possible

En raison de la difficulté de l'évaporation de l'alcool d'une part, de sa chaleur spécifique élevée (de 3 à 4 fois celle de l'essence, suivant son titre) et d'autre part, sa faible tension de vapeur, on doit s'ingénier à réchauffer le plus possible tout le système de carburation. Par système de carburation, nous entendons la prise d'air du carburateur, le carburateur lui-même et la tuyauterie d'admission. Nous avons déjà indiqué au cours d'articles précédents ce qu'il convenait de faire pour cet objet. Revenons-y en insistant sur les points principaux.

La meilleure solution et de loin consiste à utiliser une tuyauterie d'aspiration spéciale que seul le constructeur ou éventuellement le fabricant de carburateurs est susceptible de construire. Chaque fois qu'on pourra trouver des tuyauteries de ce genre, il ne faudra pas hésiter à les employer. On y trouvera très certainement son bénéfice, non seulement en consommation d'alcool, mais plus encore en agrément.

Malheureusement, ces tuyauteries n'existent généralement pas. On se contente pour réchauffer le plus possible la tuyauterie d'aspiration, de disposer une boîte en tôle qui emprisonne à la fois la tuyauterie d'aspiration et celle d'échappement. De cette façon, la chaleur qui émane de la tuyauterie d'échappement se propage dans l'air contenu dans la boîte et vient agir sur la tuyauterie d'aspiration.

On augmentera très fortement l'action de ce réchauffage en pratiquant un orifice dans la tuyauterie d'échappement de façon à envoyer une petite partie des gaz d'échappement directement dans cette boîte. Cette manière de faire, qui présente un avantage sérieux du point de vue réchauffage, n'est d'ailleurs pas sans inconvénient. D'abord, le moteur devient bruyant, puisqu'en somme, on vient de créer (au moins partiellement) un échappement libre. D'autre part, les gaz d'échappement qui finissent par aller sous le capot peuvent pénétrer à l'intérieur de la carrosserie, d'où mauvaises odeurs. Néanmoins, si la carrosserie est bien close, on peut passer sur l'inconvénient provoqué par le bruit eu égard au meilleur réchauffage obtenu. Le trou doit être pratiqué dans la partie centrale de la tuyauterie d'échappement à l'endroit où celle-ci enveloppe plus ou moins la tuyauterie d'aspiration. De la sorte, on crée un courant de gaz chaud autour de la paroi réchauffée, ce qui augmente notablement l'échange de chaleur.

On améliore également l'évaporation de l'alcool en interposant entre le carburateur et la tuyauterie d'aspiration une bride à double paroi à l'intérieur de laquelle circulent les gaz d'échappement. Des brides de ce genre existent chez les fabricants de carburateurs. Leur principal objet, c'est de réchauffer l'émulsion d'air et d'alcool qui provient du dispositif de départ, émulsion qu'on fait déboucher précisément dans la bride réchauffée.

Grâce à ce dispositif, le temps de mise en régime, (c'est-à-dire celui pendant lequel on est obligé de laisser ouvert le starter de départ) se trouve fortement diminué.

Pour brancher la circulation de gaz chauds de la bride sur l'échappement, on fait un trou à l'extrémité du collecteur, trou dans lequel on brase un raccord de 15 à 18 millimètres de diamètre intérieur. Un tuyau en acier ou en cuivre rouge fait communiquer ce raccord avec l'orifice d'entrée de la bride réchauffée. Sur l'orifice de

sortie, on monte une certaine longueur de tube dont on dirige l'extrémité vers le bas pour atténuer le bruit des gaz d'échappement.

Toujours pour réchauffer davantage, on doit utiliser de l'air chaud à l'entrée du carburateur. A cet effet, on pratique sur la tuyauterie d'échappement, dans sa portion immédiatement voisine du collecteur, un manchon de réchauffage que l'on constitue de la manière suivante.

Un tube en acier ayant comme diamètre le diamètre de la tuyauterie d'échappement augmenté de 10 à 12 millimètres est scié suivant deux génératrices à 180°.

On obtient ainsi deux coquilles sur les bords desquelles on soude des oreilles qui permettront de les réunir quand elles auront été mises en place. On peut également les fixer par deux simples colliers qui les entourent complètement.

Les deux extrémités des coquilles sont entaillées en forme de dents de scie et ces dents sont retournées à l'intérieur de telle sorte que, quand les coquilles sont en place, l'extrémité des dents vient porter sur la tuyauterie d'échappement et donner un appui solide à l'ensemble.

Sur la coquille supérieure, on fait un trou de dimension correspondante au diamètre de l'entrée d'air du carburateur et sur ce trou, on soude à l'autogène un morceau de tuyau en acier d'une dizaine de centimètres de longueur. Ce tuyau sera raccordé au moyen d'un tube métallique flexible à la prise d'air du carburateur. La pièce de raccord entre le carburateur et son tuyau flexible se trouve généralement chez les fabricants de carburateurs.

On donnera au manchon formé par les deux coquilles la plus grande longueur possible, soit au moins 20 centimètres, 25 centimètres si possible.

Le départ de l'air chaud sera placé à peu près au milieu de la coquille supérieure de façon à obliger l'air à lécher le plus longtemps possible la paroi chaude du tube d'échappement.

On se contente parfois de prendre la prise d'air chaud dans l'intérieur de la boîte en tôle que l'on a construite autour de l'ensemble des tuyauteries. Ce dispositif se défend. Mais nous préférons cependant celui que nous venons de décrire comme étant plus efficace. Il ne faut, en effet, pas perdre de vue qu'étant donné la faible chaleur spécifique de l'air et la forte chaleur de vaporisation de l'alcool, une chute de température d'au moins 80° est nécessaire pour vaporiser complètement l'alcool qui traverse le carburateur. Il faut donc que l'air à l'entrée du carburateur soit au moins à 100° ou même davantage. Or, l'expérience prouve qu'il est très difficile d'obtenir une température aussi élevée.

Empêcher le refroidissement

Ayant pris toutes nos précautions pour réchauffer le plus possible le système de carburation, nous devons maintenant porter notre attention sur la manière de procéder pour l'empêcher de se refroidir d'une façon intempestive.

Le carburant, quel qu'il soit, qui pénètre dans un moteur n'y arrive jamais complètement à l'état de vapeur. Il en reste toujours quoiqu'on fasse une certaine proportion qui est encore liquide. C'est en passant sous les soupapes que les dernières gouttelettes de liquide doivent se vaporiser. Cette vaporisation se fera donc d'autant mieux que le cylindre et, par conséquent, les soupapes, sont plus chauds et c'est pourquoi on remarque qu'un moteur alimenté à l'alcool ne commence à marcher d'une façon correcte que quand la température de l'eau à la sortie des cylindres est au moins de 70° et mieux encore de 80°.

Il ne suffit donc pas de réchauffer, comme nous l'avons fait, le système de carburation, il faut encore réchauffer le cylindre ou au moins l'empêcher de trop se refroidir.

Mais, quand on marche depuis quelque temps à bonne allure, il y a davantage de chaleur à évacuer du cylindre pour empêcher l'eau de se vaporiser. On doit donc pouvoir contrôler ce réchauffage sous peine de voir l'eau se vaporiser et le radiateur se vider. Il est donc essentiel, avant tout, de disposer sur la tubulure de sortie d'eau du moteur (celle qui va de la culasse en haut du radiateur), un thermomètre qui donne à chaque instant la température de l'eau.

On trouve dans le commerce des thermomètres à distance dont le réservoir se placera à l'intérieur de la tuyauterie en question et le cadran indicateur sur la planche du bord.

Aucune voiture, marchant à l'alcool, ne devrait circuler sans avoir un thermomètre et nous dirions même qu'aucune voiture quel que soit son carburant ne devrait se passer de cet accessoire quasi indispensable.

Plusieurs précautions pourront être prises pour diminuer le refroidissement du moteur.

Indiquons-les successivement.

La première consiste à masquer le radiateur, soit par des écrans fixes, soit mieux par un rideau qui, au repos, vient s'enrouler sur un rouleau disposé en bas du radiateur et à l'extérieur, et qui pourra être plus ou moins relevé au moyen d'un bouton disposé à portée du conducteur. Cet accessoire existe dans le commerce, mais il est relativement facile à un chauffeur un peu ingénieux de le confectionner soi-même.

On commande le volet par des cables métalliques passant dans des gaines : on peut utiliser pour cela des cables de frein de bicyclette qui conviennent parfaitement. Ce volet est généralement suffisant, au moins pendant l'été ; mais, quand il fait très froid, on doit prendre d'autres précautions. Il sera bon, en particulier, de supprimer l'action du ventilateur, soit en enlevant

la courroie qui l'entraîne, (si c'est possible), soit dans le cas contraire, en démontant les pales du dit ventilateur qui, sur un certain nombre de modèles de voitures, sont simplement fixées sur le moyeu au moyen de vis.

Quand on fait du porte à porte et quelles que soient les précautions prises, l'eau de circulation du moteur se refroidit toujours et quand on part, toute la masse de cette eau doit être réchauffée avant d'atteindre la température convenable de onctionnement.

Pour que ce réchauffage soit plus rapide, il faut qu'il porte sur une masse d'eau moindre. Le premier moyen dont on dispose pour cela, c'est de ralentir la circulation de l'eau en supprimant la pompe de circulation quand elle existe.

Très généralement, la pompe de circulation est montée sur le même arbre que le ventilateur et la courroie qui entraîne ces deux organes est également utilisée pour faire tourner la dynamo. On ne peut donc pas la supprimer, mais ce qu'on peut faire, c'est de démonter la pompe et d'enlever les ailettes qui sont goupillées sur son axe. Ce démontage est relativement facile, la fixation des ailettes étant en général faite par une simple goupille. On remettra l'arbre de la pompe en place et la courroie sera remontée sur sa poulie.

Les ailettes seront mises en lieu sûr pour pouvoir être remontées le cas échéant soit à la belle saison, soit le jour où l'on disposera de nouveau de la précieuse essence.

Un certain nombre de voitures possèdent des thermostats sur la circulation d'eau. Ces thermostats sont constitués par des soupapes commandées par la tension de vapeur d'un liquide assez volatil. Elles ferment à peu près complètement la circulation d'eau tant que la température n'a pas atteint un minimum fixé par le constructeur. Ce minimum est souvent compris entre 60 et 70°.

Quand il y a un thermostat qui fonctionne bien le réchauffage n'agit d'abord que sur la masse d'eau qui entoure les cylindres, puisque cette masse ne se renouvelle pas. La mise en régime est donc assez rapide.

On reproche parfois au thermostat d'être quelque peu capricieux et de ne pas toujours bien fonctionner. On peut d'ailleurs s'en passer si l'on a pris toutes les précautions que nous avons indiquées.

Signalons un dispositif que nous avons vu et expérimenté sur une voiture équipée à l'alcool par M. Farkas, dispositif particulièrement efficace.

Il consiste à supprimer complètement la circulation d'eau et à réduire le rôle du radiateur à celui de condenseur. Pour cela, le tuyau qui débouche à la partie supérieure du radiateur et qui y amène l'eau chaude est prolongé à l'intérieur même du radiateur, jusqu'à la partie supérieure de celui-ci, créant ainsi une discontinuité dans la masse d'eau.

L'eau qui entoure le cylindre ne circule donc pas ; elle se trouve donc, au bout de quelque temps, portée à l'ébullition et la vapeur s'échappe par le tuyau jusqu'en haut du radiateur. Arrivant en contact avec l'eau que contient celui-ci, elle se condense et le vide produit par la vapeur autour du cylindre est remplacé progressivement par de l'eau froide.

Afin d'éviter l'échappement de la vapeur à l'extérieur, il convient d'augmenter la tare du ressort qui appuie sur le clapet du tuyau de trop plein.

Avant d'essayer le système je craignais qu'il ne provoquât une perte d'eau assez importante. Or, au bout d'une centaine de kilomètres aucune perte d'eau n'avait été constatée. Le système est donc efficace. Malheureusement, il oblige à ouvrir la partie supérieure du radiateur pour prolonger les tuyaux à l'intérieur, ce qui ne peut être fait que par un chaudronnier suffisamment adroit.

Quand on laisse une voiture arrêtée par temps très froid, le refroidissement des organes placés sous le capot est assez rapide : il y a, en effet, perte de chaleur par le capot lui-même qui est en tôle mince et qui comporte souvent des ouvertures et plus encore parce que la partie inférieure du capot en dessous du moteur est ouverte à l'air libre.

Pour peu qu'il fasse du vent, l'air froid vient lécher le carter inférieur du moteur, pénètre même en tourbillonnant sous le capot et tout se refroidit rapidement.

On augmentera énormément l'agrément de marche en recouvrant d'une façon permanente le capot au moyen d'un cache capot en toile caoutchoutée et molletonnée. On pourra de même faire disposer en dessous du moteur une tôle ajustée sur les longerons et fermant aussi étroitement que possible toutes les cavités du capot.

Enfin, quand on s'arrêtera, il est recommandé de recouvrir tout l'avant de la voiture avec une couverture.

Moyennant ces précautions, après des arrêts assez prolongés et de l'ordre d'une heure, on pourra encore repartir directement sur l'alcool et se mettre en route sans se servir du starter.

(A suivre).

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

TOUJOURS LES ASSURANCES SOCIALES. — NOMINATION D'UN NOUVEAU CONSEILLER JURIDIQUE AUPRÈS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE. — SECRET PROFESSIONNEL ET DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS. — MÉDECINS ET NOTAIRES. — MÉDECINS ET AVOCATS. — L'INSCRIPTION DES REMPLAÇANTS AU TABLEAU.

Donc un communiqué du Conseil supérieur de l'Ordre est venu démentir les informations officielles concernant les « accords » avec les Assurances sociales, conclus, acceptés ou recommandés par lui.

Nous nous en réjouissons sincèrement.

Pourquoi faut-il toutefois que ce communiqué veuille jeter quelque doute sur la probité de nos informations en « mettant en garde le Corps médical contre la diffusion de nouvelles qui n'ont pas été vérifiées aux sources ».

Doit-on considérer en effet comme officieux et non vérifiés les communiqués conjoints du secrétariat d'Etat au Travail et du secrétariat à la Santé, publiés notamment par le *Moniteur officiel du Commerce et de l'Industrie* (10 juillet 1941) ?

Et la circulaire en date du 21 juin 1941, qui reprend les termes de ce communiqué et fait mention elle aussi des « prétendus accords », ainsi que nos lecteurs ont pu le voir dans notre dernier numéro, n'émane-t-elle point d'un certain M. Belin que d'aucuns prétendent être secrétaire d'Etat au Travail ?

Il serait difficile de puiser à meilleures sources tout au moins à plus officielles ! Officielles certes nous dira-t-on, mais non médicales. A qui la faute ?

Le médecin n'est pas un tel « mineur », un tel « incapable » au sens juridique du terme, qu'il ne cherche à pénétrer l'insondable mystère entourant la gestion de ses propres affaires, sur lesquelles de rares et sibyllins communiqués ne lui donnent que de vagues aperçus.

Si mise en garde il doit y avoir, ne serait-ce point contre les reproches mal dirigés, un certain abus du silence... et peut-être aussi le danger des engagements trop rapidement et trop légèrement consentis ?

***

Monsieur Maurice Seydoux, maître des requêtes au Conseil d'Etat, vient d'être désigné pour exercer auprès du Conseil supérieur de l'Ordre les délicates fonctions de Conseiller juridique.

Nous nous félicitons de cette nomination. Le Corps médical ne pourra, en effet, que bénéficier des profondes connaissances de Monsieur Seydoux en matière d'organisation professionnelle.

***

Une Circulaire du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé fait mention d'un accord obtenu du Conseil supérieur de l'Ordre pour modifier l'art. 48 du Code

de déontologie. Les dispositions de cet article ne s'appliqueraient pas à la déclaration des causes de décès instituée et effectuée dans les formes prévues par la Circulaire du 1er janvier 1937. Cette déclaration autrement dit serait déontologiquement autorisée.

Il est aisé de comprendre l'utilité pour la santé publique d'une bonne statistique des causes de décès. Mais il ne faudrait point, pour cela, perdre de vue le côté légal ; nous nous proposons du reste de l'exposer prochainement tout au long.

Dès maintenant, indiquons que la déclaration demandée par la Circulaire ministérielle de 1937 était en contradiction avec les obligations contenues dans l'art. 378 du Code pénal.

Une Circulaire, une décision du Conseil supérieur ne peuvent rien là-contre. Il faut une modification légale.

Tant qu'elle ne sera pas intervenue, le médecin qui, invoquant Circulaire et Code de déontologie, opèrerait ces déclarations, risquerait de graves sanctions tant pénales que civiles.

***

Les notaires ont plus de chance que les médecins. La loi du 16 juin 1941 réorganisant les Chambres de notaires et instituant des Conseils régionaux et un Conseil supérieur du notariat est, comparée à la loi du 7 octobre 1940, un chef d'œuvre de précision et de cohérence.

Autrefois, pour avoir forme viable, une loi devait échapper aux discussions de nos Chambres législatives. Aujourd'hui, il lui suffit d'être confiée à un bon rédacteur... Mais c'est une condition absolument nécessaire.

« Les Chambres de notaires, les Conseils régionaux et le Conseil supérieur constituent des établissements d'utilité publique » dispose l'art. 3 de la loi du 16 juin dernier. Ces organismes ont donc la personnalité morale. Or, même après les cinq ou six textes récents sur l'exercice de la médecine, on peut encore raisonnablement se demander si l'Ordre des médecins jouit ou non de la personnalité civile. Le Conseil supérieur lui-même opte pour la négative, puisqu'il adresse au Ministre un vœu pour en être doté. Comment dès lors exiger que du bon travail soit fait avec de si pauvres moyens ?

La même loi sur le notariat donne à chacun des organismes, réorganisés ou créés, des attributions très précisément et limitativement déterminées ; un décret d'application règle dans les détails la composition, le fonctionnement, les causes de suspension ou de dissolution de ces organismes ; il précise les règles de discipline qui s'imposent aux notaires, la procédure de poursuite en cas de manquement et les sanctions à appliquer.

Pourquoi rien de cela n'a-t-il été prévu par la loi du 7 octobre 1940 ; on aurait évité bien des tâtonnements et gagné un temps précieux.

Heureux les notaires !

***

Le numéro du *Journal Officiel* qui contenait la loi réformant le notariat publiait aussi une loi du 26 juin 1941 réglementant l'exercice de la profession d'avocat et la discipline du barreau.

Chez les avocats, comme d'ailleurs chez les notaires, l'élection n'est pas proscrite comme mode de désignation des membres des différents Conseils ou Chambres de discipline.

Sans être jaloux, on s'étonne.

Les médecins n'auraient pas su élire leurs représentants dans le calme et la dignité ? Voire !

En tous cas, du caractère... fiévreux des élections passées dans certain grand Barreau, on peut difficilement inférer que dans l'avenir, et même en ce triste présent, aucun remous ne se produira plus en semblable occasion. Pourquoi entre les uns et les autres une telle différence de statut ?

Si l'on ajoute que par la loi du 2 avril 1941 les élections primitivement prévues pour la fin de l'année, sont reculées *sine die* et que la profession médicale est une des seules où l'on ait jugé l'existence des syndicats incompatible avec l'organisation corporative, on doit conclure que nous sommes spécialement considérés comme des mineurs et des suspects. Avons-nous bien mérité cela ?

***

Une récente Circulaire du Secrétariat à la Santé vient enjoindre aux étudiants accomplissant des remplacements de solliciter, en outre de l'autorisation préfectorale, leur inscription au Tableau départemental de l'Ordre dont dépend le remplacé.

Cette mesure découle de la loi elle-même, ainsi que nous l'avions nous-mêmes déjà indiqué. Nul ne peut exercer la médecine, dit la loi, sans être habilité par l'Ordre, et l'étudiant qui remplace un docteur en médecine, exerce bel et bien. C'est également pour cette raison qu'il doit être français d'origine. Il n'est exempté que de la condition du diplôme.

Pratiquement, cependant une question se pose. Comment cette formalité pourra-t-elle être remplie rapidement, car la venue du remplaçant est, en général, impatiemment attendue, et la cause qui le motive est fréquemment urgente.

Il ne faudrait pas qu'un abus de formalisme vienne mettre les médecins et les étudiants en face du dilemne ou de laisser sans soins la clientèle ou d'exercer illégalement la médecine.

Il y a là un point de réglementation sur lequel il serait heureux que le Conseil supérieur de l'Ordre donne aussi son avis.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3936. — Prescription des honoraires accidents agricoles

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me conseiller pour m'aider à récupérer une somme de 251 francs auprès d'un gros cultivateur qui n'a pas déclaré à son assurance trois accidents du travail aux dates suivantes : 7-12-39 : 78 francs, 12-4-40 : 78 francs, 22-5-40 : 95 francs.

L'avis de non déclaration m'a été signalé par sa Compagnie d'assurances en même temps que le règlement d'autres notes.

Deux des blessés, ouvriers étrangers, sont disparus de la circulation et à deux reprises (8 mai et 1er juillet 1941) j'ai écrit au patron et l'invitant même a passer me voir ; il ne m'a pas répondu et ne s'est pas présenté.

Pourriez-vous m'indiquer la marche à suivre, si j'ai quelque chance d'avoir gain de cause.

Dr P.

Réponse

A notre avis, vous n'avez aucune chance de succès si vous poursuivez le recouvrement de vos honoraires.

En effet, la prescription d'un an, qui est toujours en vigueur lorsqu'il s'agit d'accidents agricoles, auxquels la loi du 1er juillet 1938, qui a modifié celle du 9 avril 1898, n'est pas applicable, et qui est de droit public, vous serait opposable.

Les délais ont bien été suspendus du 10 mai au 31 octobre 1940. Mais cette suspension ne s'appliquait pas, aux termes de l'article 1er de la loi du 24 septembre 1940, aux délais qui n'étaient pas encore venus à expiration avant le 31 octobre 1940, c'est-à-dire, en ce qui vous concerne, aux accidents du 12 avril et du 22 mai 1940, dont le délai n'a expiré respectivement que le 12 avril et le 22 mai 1941.

Quant à l'accident du 7 décembre 1939, le délai a bien été suspendu du 10 mai au 31 octobre 1940, c'est-à-dire pendant 5 mois et 20 jours. Mais il est cependant actuellement expiré, puisqu'il a commencé à courir il y a plus de 19 mois.

Nous ne pouvons donc que vous engager à abandonner ces créances qui, d'ailleurs, vu leur minime importance, ne mériteraient pas un recours à la voie judiciaire, même si elles étaient juridiquement indiscutables.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

3.856. — Visites multiples avec interventions multiples

Je viens m'adresser à vous pour que vous m'aidiez à établir une note d'accident de travail, concernant un blessé que je soigne atteint de tétanos.

Je lui fais régulièrement trois visites par jour, une dans la matinée, une dans l'après-midi, et l'autre vers 11 heures du soir.

A chaque visite, voilà ce que je fais : 20 c. c. de sérum intraveineux, une demi-heure après 1 gr. 50 d'urotropine intraveineux, et une demi-heure après 60 c. c. de sérum intraveineux. Après cette dernière piqûre, je provoque une anesthésie générale par une piqûre intraveineuse de somnifène (sauf à ma visite de l'après-midi). Pendant les demi-heures d'attente, je fais huile camphrée, sérum hypertonique.....

Comment tarifer ces séances ? Il me semble qu'il s'agit là de soins spéciaux qui valent beaucoup plus cher que 17 francs. Pour les séances du matin et de la nuit, dois-je prendre un tarif plus élevé en raison de l'anesthésie générale ? Et pour la visite de nuit, de combien l'augmenter ?

Je vous serais reconnaissant de me donner une réponse détaillée, car étant donné qu'il s'agira d'une note très élevée, je transmettrai à l'assurance votre réponse en même temps que mon mémoire.

P. S. — Les dimanches et jours de fête, dois-je appliquer un tarif plus élevé ?

Dr P.

Réponse

Par visite, vous faites quatre injections intraveineuses à une demi-heure d'intervalle, restant chaque fois au moins une demi-heure auprès du malade.

Dans ce cas, je vois à compter : une injection intra-veineuse à tarif plein = 25 francs, plus trois injections intra-veineuses à demi-tarif (art. 10, alinéa 2), soit 12 fr. 50 × 3 = 37 fr. 50.

Il y a bien une demi-heure de « surveillance prolongée », mais je ne la compte pas, car ce serait le cumul interdit par l'art. 13.

Donc, en principe, chaque visite : 25 + 37 fr.50 = 62 fr. 50.

Si je compte pour la journée entière, je trouve : Visite du matin = 62 fr. 50. Visite après-midi = 50 francs (minoration de 12 fr. 50 puisque pas d'injection intra-veineuse de somnifène). Visite de nuit à 23 heures = 62 fr. 50 + 25 % de majoration de nuit (art. 8), donc 62 fr. 50 + 15 fr. 60 = 78 francs. Ce qui nous fait, au total, pour la journée : 62 fr. 50 + 50 + 58 = 190 fr. 50

Dr F. DECOURT.

3.920. — 1° Pansements de doigts 2° Retard de paiement d'honoraires

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire préciser dans un prochain numéro du *Concours* : (Application des tarifs d'honoraires en matière d'accident du travail).

1° S'il y a lieu de considérer les pansements de deux doigts accidentés à la même main comme pansements multiples sur le même membre.

2° S'il y a lieu de considérer des pansements de un doigt à chacune des mains, comme pansements multiples sur des membres différents.

3° Quel recours exercer contre une Compagnie d'Assurances en cas de retard prolongé (plus de six mois) dans le réglement des honoraires dus (malgré lettres, intervention patronale, etc.) ?

Réponse

a) En cas de pansement de deux doigts à la même main, la « jurisprudence » est que l'on ne doit pas compter de « pansements multiples » lorsqu'il ne s'agit pas de plaies très graves ou amputations, et que les doigts ne sont pas très éloignés l'un de l'autre, comme par exemple pouce et auriculaire.

b) En cas de pansements à deux doigts sur les mains droite et gauche, il s'agit évidemment de pansements multiples sur des membres différents, donc comptables chacun 17 francs (art. 16).

c) Il n'y a pas de recours officiel en cas de retard de paiement autre que le juge de paix, et sans attendre surtout qu'il y ait prescription, laquelle est de droit au bout d'un an en matière d'Accidents du travail.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

3477. — Dystocie ou non ?

Je me permets de vous écrire pour avoir votre avis sur une affaire où je suis en cause avec une caisse d'Assurances sociales.

Voici les faits :

Une jeune femme fait au cours d'une grossesse une pyélonéphrite qui provoque un avortement.

Je suis appelé d'urgence et trouve déjà la sage-femme qui vient de mettre au monde un fœtus bien vivant de six à sept mois. Ses vagissements se font entendre nettement et ont duré d'ailleurs 4 à 5 heures. Elle me dit : Ne partez pas, il y en a un second qui est mal placé !

J'examine la femme et trouve en effet un second enfant en présentation de l'épaule, position dorso-antérieure. L'expulsion dans ce cas, ne pouvait se faire spontanément. Je fais une version et pratique l'accouchement du deuxième fœtus. Une hémorragie survient qui m'oblige à faire une délivrance artificielle ; femme exsangue dans un état qui exige un traitement d'urgence de l'hémorragie. Sérum, etc.

Je dus d'ailleurs quelques jours plus tard faire un curettage avec le concours d'un chirurgien pour vider complètement l'utérus. J'ai donné mes soins pendant une quinzaine et réclamé 600 francs d'honoraires à la famille qui d'ailleurs reconnaît que ma note n'est pas très élevée.

La caisse dont fait partie ma cliente me reproche d'avoir noté sur la feuille une intervention que je n'ai pas faite et que ce n'est pas un accouchement dystocique et porte plainte contre moi au Conseil de l'Ordre.

Il n'est pas possible que tout ce travail ne soit rétribué qu'au prix de la visite, il y a certainement des cas d'espèce. J'ignorais d'ailleurs que les avortements avant sept mois rentraient dans la nomenclature de pratique courante. Le numéro spécial du *Concours* paru en mars m'a mis au courant.

Je serais heureux mon cher confrère de savoir comment vous interpretez mon cas.

Dr E.

Réponse

Dans la nomenclature nationale de pratique médicale courante, on lit en P. C. 4 « premiers soins, sans intervention pour fausse couche au cours des quatrième, cinquième, sixième mois (visites consécutives en sus) ». En P. C. 6, on lit : « Délivrance artificielle au cours des quatrième, cinquième et sixième mois pour fausse couche ».

Vous me parlez de deux fœtus de 6 à 7 mois (donc dans le septième mois, ce qui n'est plus le cas des P. C. ci-dessus.

Personnellement, je vois là un accouchement prématuré, gémellaire et avec dystocie puisque vous avez eu le deuxième enfant grâce à une version par manœuvre interne.

Je ne comprends donc pas, *a priori*, que la Caisse vous accuse « d'une intervention que vous n'auriez pas faite » et trouve « possible que ce travail soit rétribué au prix d'une visite ». Il y a là une erreur par trop grossière de la part de la Caisse dans sa plainte devant le Conseil de l'Ordre, car il y aurait toujours (au moins) des P. C. à compter sinon une dystocie qui, cependant, ne fait pas de doute pour moi, d'après les termes de votre lettre.

Dr F. DECOURT.

3.815. — Accouchement à domicile par version

Je vous serais reconnaissant de me dire quel est le tarif de responsabilité de la caisse d'Assurances sociales dans le cas suivant. Accouchement dystocique. Je fais, inutilement une application de forceps. J'appelle la nuit un chirurgien habitant à 13 kilomètres. Il essaie un forceps aussi inutilement que moi et termine l'accouchement par une version et grande extraction du siège — sous anesthésie donnée par moi.

Je voudrais savoir :

Comment est tarifée la grande extraction du siège avec version. Dois-je compter l'anesthésie. Y a-t-il un tarif de nuit dans ce cas.

Et les kilomètres du chirurgien ?

Réponse

a) Depuis la loi du 29 mai 1941, les tarifs limites de réassurance arrêtés par le ministre du Travail deviennent les tarifs de responsabilité minima des Caisses.

Je prends donc le tarif maternité de réassurance comme base de ma réponse à vos questions puisqu'il est d'ordre national, et celà pour les communes de moins de 200.000 habitants.

b) Prix d'un accouchement : 325 francs. En cas de version, majoration de 200 francs, soit au total 525 francs.

c) La prestation ci-dessus est accordée à l'assurée ou à la femme d'assuré, comme « prestation forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à l'accouchement » (3° Assurance maternité, alinéa 2 *a*)

d) Le tarif de réassurance en ce qui concerne les frais de déplacement du médecin ou de la sage-femme en cas d'accouchement au domicile de l'assurée, est celui fixé pour les frais de déplacement du médecin en matière d'assurance-maladie (5° alinéa 3).

e) Il n'y a pas de tarif spécial de nuit en matière d'accouchement.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

3.855. — Remboursement des frais médicaux

Une cliente vit séparée de son mari sans être divorcée et a un enfant à sa charge pour lequel le mari paie une pension alimentaire. L'enfant tombe malade, je le soigne. C'est la mère qui règle le médecin et le pharmacien et je lui conseille d'utiliser les Assurances sociales du mari, employé à la S. N. C. F. Mme X... envoie ces feuillesà la S. N. C. .F. en exposant sa situation et demande que les prestations lui soient réglées personnellement ; elle pense que si son mari les encaisse, il ne les lui rendra pas. Ci-joint la réponse de la S. N. C. F. Qu'en pensez-vous ?

D. J.

Réponse

La question que vous nousposez est réglée par l'art. 22 du règlement intérieur type des Caisses

d'assurances sociales, règlement qui s'impose aux Caisses d'assurances depuis le 1er octobre 1937.

Aux termes de cet article, le remboursement des frais médicaux peut être opéré au gré de l'assuré. Ce remboursement est effectué sur le vu de la feuille de maladie, soit en espèces aux guichets de la Caisse, soit par chèque postal ou mandat, entre les mains de l'assuré lui-même, de son conjoint ou, si l'assuré est mineur, du père ou du tuteur de ce dernier.

Il n'est donc point exact, comme l'affirme la Caisse de Prévoyance de la Société nationale des Chemns de fer français, que les prestations concernant les soins donnés personnellement à votre cliente soient dues au mari de cette dernière, et ne puissent être versées qu'entre ses mains. Le conjoint a qualité, d'après le règlement intérieur type des Caisses, pour demander ce règlement. Il en est ainsi *a fortiori* lorsque c'est le conjoint qui a été malade et a supporté l'avance des frais médicaux.

Malheureusement, il faut reconnaître qu'au point de vue droit civil, la thèse de la Caisse de prévoyance est difficilement attaquable, et que cette dernière peut exiger une autorisation du mari pour verser les prestations entre les mains de la femme, étant donné que le mari reste chef de la communauté et a seul qualité pour donner valablement quittance. Il n'en serait autrement qu'au cas où votre cliente serait séparée de biens, ce qui n'est pas précisé dans votre lettre ; une simple séparation de fait ne saurait suffire à cet égard.

AUTOMOBILISME

4.036. — Y a-t-il inconvénient à conserver de l'antigel dans son radiateur

Très vieil abonné au *Concours médical*, permettez-moi de recourir à votre obligeance pour vous demander si on peut sans inconvénient conserver dans son radiateur de l'eau distillée additionnée d'antigel Whiz dans la proportion de 50 % environ. Cela me permettrait d'éviter une vidange assez coûteuse. Pour les mêmes raisons d'économie, j'ai conservé dans mon moteur l'huile d'hiver « Arctic » Mobiloil, mais je me sers très peu de ma voiture puisque nous n'avons pour ainsi dire plus d'essence et c'est à peine si j'ai parcouru 1.000 kilomètres depuis la dernière vidange. J'ai constaté depuis peu de temps un claquement dans le fonctionnement du moteur (402 Peugeot ayant parcouru 30.000 kilomètres environ, mais bien entretenue et jamais poussée). Un ouvrier mécanicien attribue ce bruit au jeu des poussoirs de soupapes et à la trop grande fluidité de l'huile. Vu les circonstances, je n'ose pas faire procéder à ce réglage et au rodage des soupapes qui sera sans doute mal fait.

Je vous serai bien obligé de vouloir bien me donner quelques renseignements et conseils utiles.

Dr B.

Réponse

Vous pouvez sans inconvénient conserver l'eau additionnée d'anti-gel Whiz dans votre radiateur. Cet anti-gel n'est autre chose que de l'éthyl-glycol qui n'a aucune action sur les métaux.

Il n'y a pas d'inconvénient non plus à utiliser

en cette saison de l'huile « arctic » : vous en consommerez certainement un peu plus si votre moteur tourne vite, par temps chaud.

Le claquement dont vous vous plaignez peut, en effet, provenir du jeu excessif aux poussoirs de soupapes : s'il en est ainsi, il ne présente aucun inconvénient (autre que le bruit lui-même, bien entendu). Le réglage des poussoirs de soupapes est une opération très facile à faire et qui ne nécessite que le démontage du cache-soupape supérieur, et vous pourriez y faire procéder si le bruit vous gêne. Il en est autrement du rodage des soupapes qui nécessite le démontage de la culasse. Mais si les cylindres sont bien étanches, ce que vous pouvez vérifier en tâtant les compressions à la manivelle quand le moteur a tourné pendant quelque temps, le rodage des soupapes est certainement inutile.

Henri PETIT.

4.035. — Renseignements sur la voiture électrique

En qualité de membre du *Concours médical*, je me permets de vous demander un conseil.

J'ai reçu, il y a quelque temps, un prospectus que j'ai malheureusement égaré, concernant une voiture électrique dont je ne me rappelle plus la marque. Il s'agissait d'une voiture pouvant faire 100 kilomètres sans recharge, mais d'un prix élevé, 57.000 francs je crois.

Pourriez-vous m'indiquer une voiture de ce genre et son prix ? Est-il vrai qu'on peut s'en procurer facilement et que la recharge puisse attendre 100 kilomètres : Ces voitures sont-elles pratiques et confortables ? Combien de personnes peuvent-elles transporter ? Quelle vitesse peuvent-elles atteindre ? Sont-elles coûteuses d'entretien ? Il me faudrait aussi une batterie de rechange et un chargeur. Quel est le prix de ces objets supplémentaires ? On m'a dit que les voitures d'occasion sont avidement recherchées et que je revendrais la mienne un bon prix, elle n'a que 20.000 kilomètres.

Est-ce vrai ? Enfin je vous demande de me donner tous les renseignements que vous pensez pouvoir m'intéresser.

Dr C.

Réponse

Il est malheureusement beaucoup moins facile que vous le pensez de vous procurer une voiture électrique, la fabrication de ces véhicules ayant été fortement contingentée.

En vous adressant directement aux constructeurs, vous aurez tous renseignements concernant le prix, le délai de livraison, le rayon d'action et la vitesse maximum.

Pour ces deux derniers points, il faut considérer que 100 kilomètres est un grand maximum et que la vitesse maximum est de l'ordre de 30 à 40 kilomètres à l'heure sur les voitures. En général, il s'agit de voitures légères à deux places.

L'entretien des voitures électriques se borne à l'entretien de la batterie. Il n'est pas du tout indiqué d'avoir une batterie de rechange, eu égard au prix élevé de celle-ci (ce prix peut varier depuis 10 jusqu'à 25.000 francs suivant l'importance de la voiture).

Par contre, un chargeur est indispensable ; certains constructeurs le fournissent avec la voiture (moyennant un supplément).

Le prix d'un chargeur dépend naturellement de sa puissance et de son système. Les rechargeurs secs qui sont les plus pratiques coûtent entre 10 et 20.000 francs.

Vous trouverez d'ailleurs les renseignements généraux sur les voitures électriques et sur ce qu'on peut en tirer dans un article qui a paru sous ma signature dans le *Concours médical* du 29-12-1940.

Il est exact que les voitures d'occasion sont actuellement recherchées et vous pourriez évidemment vendre la vôtre à un prix avantageux.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

3.606. — Conditions d'imputabilité d'une maladie au service militaire

Je soigne depuis quelques mois un jeune homme de 20 ans qui a fait une pleurésie en août 1940 et présente maintenn un mal de Pott sous-occipital. Ce jeune homme me demande s'il est en droit d'espérer quelque chose au titre militaire. Voici son histoire : il s'est engagé le 15 décembre 1939 pour la durée de la guerre. Le 17 juin 1940, il est blessé — plaie en séton des deux avant-bras par balle — il est évacué sur l'hôpital. Le 17 juillet, il sort de l'hôpital et rentre dans sa famille. Le 4 août, il tombe malade chez lui et le médecin traitant diagnostique « pleurésie séro-fibrineuse gauche avec infiltration légère du sommet droit ». Il est hospitalisé dans un hôpital civil, puis fait un stage dans une maison de convalescents et arrive en décembre à G. pour se reposer. Le 5 mai il est démobilisé par la gendarmerie. Vers le 14 avril, il commence à souffrir du cou. Le 20 juin, la radio montre une tuberculose de l'axis, et aux poumons : tramité.

La pleurésie et l'infiltration du sommet ont été constatées pendant que ce jeune homme était chez lui, convalescent de ses blessures, mais sans titre de convalescence. Le mal de Pott a débuté avant la démobilisation.

Dr L.

Réponse

La pleurésie ayant été constatée plus de trente jours après les opérations de combat, c'est-à-dire après la blessure, c'est à l'intéressé qu'il appartient de faire la preuve de l'imputabilité au service de cette maladie, ainsi que du mal de Pott. Peut-être pourra-t-il faire constater par témoignages de chefs ou de camarades, qu'il a subi des fatigues excessives ?

En tous cas, il faut que l'intéressé adresse, par lettre recommandée, une demande d'expertise pour pension d'invalidité, au médecin chef du centre de réforme dont il dépend. Il devra y joindre un certificat médical constatant les maladies invoquées, et leur origine possible en service.



Soixante-troisième année N° 35 31 Août 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants .... 50 fr.

Le Numéro .... **2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 235. — Cherche urg., cause guerre, j. doct. sérieux, célibat. voulant s'instal., p. reprendre gratuitement client. Ecr. de Vaur, 18, rue Alexandre-Garnier, Montargis.

N° 236. — Fille de docteur, secrét. sténotypiste-dactylo, ayant référ. dipl. simple de comptabilité et Croix-Rouge, cherch. place secrétariat médical, libre au 15 sept. 1/2 ou journ. entières. Mlle Lagardère, 16, rue de Varize, Paris (XVI[e]).

N° 237. — A céder, pour raison famille, bon poste, banlieue immédiat. Sud. Pavillon. Jardin. Ecr. Henry, 36, rue de Fleurus, à Paris.

N° 238. — Client. rurale, poste unique, chif. d'aff. important, belle maison. Loyer tr. réduit. M. Rochard 4, rue Bougainville, Paris (École militaire).

N° 239. — Cabin. électro-radiologie à céd. dans gr. banlieue dans bonnes conditions. Bon rapp. Ecr. D[r] Couderc, à Mouy (Oise).

N° 240. — Ville industr. Gard. A céd. poste médec. génér. 50.000. install. compl. : Radio, U. V. client. moyenne. S'adres. Alzas, 14, boul. V.-Hugo, à Alès (Gard).

N° 241. — Client. import. Y. — O. R. L. à céder Côte-d'Azur. Ecr. Paul Ribeyre, 5, r. Aug.-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 242. — A vendre table d'accouch. portative. Forceps. Basio. Seringue Jubé. Instrum. gynéco et petite chirurgie. en bloc. 2.000 francs ou détail. Ecr. D[r] Azema, Lavendou (Var).

N° 243. — Suis acheteur « Année médicale pratique » (Lian). Années 1931, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940 et 1941. Ecr. D[r] R.-M. Marill, av. des Moulins, à Blida (Algérie).

N° 244. — Fille de médecin, infirm. recherch. secrétariat médic. de préfé. logée ou toute autre situation, analogue, soins à enfant, vieillard, infirme. Paris ou province. Ecr. Mlle Malécot, 94, r. de Charonne Paris (XI[e]).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Seine sud. — Bonne clientèle, grand pavillon, loyer 13.000 francs, bon rapport.

Paris. — A céder d'urgence 3 pièces, loyer 6.000 francs, rapport moyen.

Seine-et-Marne. — Ville. Beau pavillon, jardin, confort, loyer 10.000 francs, très bon rapport.

Seine-et-Oise. — Pavillon avec jardin. Belle installation médicale. Bon rapport, prix normal.

Loiret. — Seul médecin, un pharmacien, très belle et grande habitation, loyer 4.700 francs, gros rapport.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

CANCER. — **L'action puissamment** antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 **gouttes, en eau bicarbonatée** à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le GARGARISME le plus agréable pour le syphilitique c'est la tablette de **Mangaïne** ; grâce à elle, le manganèse colloïdal adhère à la muqueuse buccale pour l'aseptiser et la tonifier, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Avis à nos abonnés de la zone non occupée

Modification du recouvrement de nos abonnements

Nous informons nos abonnés de la zône non occupée que les recouvrements postaux étant maintenant possibles entre les deux zônes, nous procéderons directement de notre siège social au recouvrement du prix de nos abonnements à compter de la fin du présent mois.

Nous prions nos lecteurs, désirant se mettre en règle vis-à-vis de nous sans attendre qu'une traite leur soit présentée, de vouloir bien à l'avenir verser le montant de leur abonnement au crédit de notre compte courant postal Paris 167.95 et ne plus l'adresser comme par le passé à notre Agence de Vals.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Cours de perfectionnement de gynécologie* (Acquisitions récentes de physiopathologie et de thérapeutique), par le Professeur Jeanneney, avec la collaboration de MM. les Professeurs Dubreuil, Papin, Reohou, Rocher, de MM. les Professeurs agrégés Joulia, Magendie, Rivière, et de MM. les Docteurs Irène Bernard, Cator, Georget, Hirtz, Rosset, Servantie, Traissac, du lundi 3 novembre au samedi 9 novembre 1941.

Démonstrations et exercices pratiques pour médecins et étudiants.

Le matin, de 10 heures à 12 h. 30 : deux leçons cliniques, avec présentation de malades, préparations, projections et une leçon de physiologie.

Le soir, de 17 heures à 19 h. 30 : un exercice pratique et un exercice de thérapeutique appliquée.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux. Droit d'inscription : 200 francs.

Programme : Introduction à la gynécologie moderne. — Septicémies. — Le clavier endocrinien. Hypophyse. Corrélations endocriniennes. — Fibromyomes. Endométriomes. — Infections des voies génitales. — Cycle œstral. Hormones hypophysaires, ovariennes. Récepteurs utérins. — Diathermie endocrinienne exploratrice. Colposcopie ; ph. Test de Schiller. Flore vaginale. — Dans quel esprit concevoir la thérapeutique gynécologique. Vitamines et hormones. — Malformations génitales. — Physiopathologie de la puberté. Nubilité, caractères sexuels. Menstruation, ménopause. — Troubles de la puberté. — Hystéro-salpingographie. Insufflation kymographique. — Règles du traitement de la blennorragie. — Cancers de l'utérus. — Tumeurs de l'ovaire. — Grossesse. Accouchement. Lactation. Avortement. — Biopsie cyto-hormonale. — Radiothérapie gynécologique. Curiethérapie. — Grossesse extra-utérine. — Prurit vulvaire. — Dosages hormonaux (chimie-biologie). — Thérapeutique hormonale (hormone gonadotrope. Folliculine. Progestérone). — Virilisme ; masculinisme. — Ménométrorragies fonctionnelles. — Fécondation. Stérilité. — Faradisation. Diathermie. Diathermo-coagulation. — Hormone mâle en gynécologie. Opothérapie utérine. Opérations commentées par M. Jeanneney.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — La première épreuve écrite du concours de l'internat (pour les places vacantes le 15 avril 1942) aura lieu le mardi 7 octobre 1941.

Les candidats sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé (Escalier A, 2e étage) tous les jours, dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, du lundi 1er septembre au samedi 13 septembre 1941 inclusivement.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat et externat.* — Des concours pour 9 places d'internes et 66 places d'externes s'ouvriront en octobre.

Des « points militaires » seront accordés aux candidats qui justifieront, au moment de l'inscription, de leur mobilisation, de leur séjour dans des camps de prisonniers, ou de leurs blessures ou maladies contractées dans le service.

— **Hôpital de Niort.** *Hommage au Docteur Renon et au Docteur Ferradou.* — La Commission administrative de l'hôpital de Niort, réunie sous la présidence du Docteur Panou, maire de la ville, après avoir pris connaissance d'un vœu du Conseil de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres, a décidé à l'unanimité de donner au pavillon de chirurgie (femmes) le nom du Docteur Renon, qui a été l'instigateur et l'animateur de la nouvelle cité hospitalière

de Niort, et de frapper une médaille à l'effigie de l'éminent chirurgien. Elle a également décidé à l'unanimité qu'une plaquette du Docteur Ferradou, chirurgien adjoint de l'hôpital, tombé au champ d'honneur, serait placée dans le bloc opératoire du service des hommes.

— **Pour se procurer des sérums de convalescents.** — Le Centre de transfusion sanguine de l'hôpital Saint-Antoine tient à la disposition des services hospitaliers et des médecins des ampoules de sérums de convalescents pour la prévention et le traitement de la poliomyélite, de la scarlatine et de la rougeole. Des sérums contre la coqueluche, les oreillons, etc., peuvent être préparés sur demande.

Le service est ouvert (hôpital Saint-Antoine, 184, rue du faubourg Saint-Antoine) de 9 à 18 heures, sauf le dimanche. Une permanence existe pour les demandes urgentes, qui sont reçues par téléphone : Dor. 47-28.

— **Paris.** *Réouverture de Centres de rééducation.* — Le Docteur de Parrel nous fait connaître que les organisations médico-scolaires et l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant, créées par lui, reprennent leur activité. A Paris, le Centre de rééducation du boulevard Malesherbes fonctionnera dès le 1er septembre. Le Centre social, rue de l'Ancienne-Comédie, vient de rouvrir ses portes après les vacances annuelles. Pour le moment, les annexes de Courbevoie, d'Ermont et d'Enghien restent en sommeil. En zone non occupée, un Centre a été fondé, l'année dernière, à Antibes.

Ces établissements reçoivent des internes et des externes : retardés scolaires, instables, incoordonnés psycho-neuro-moteurs, bégayeurs, dyslaliques, déficients respiratoires, etc. Ne sont pas acceptés : les inéducables, les épileptiques, les énurésiques.

Pour tous renseignements, s'adresser : en zone occupée, au Centre de rééducation du Docteur de Parrel, 78, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe) ; en zone non occupée, au Centre social de rééducation, boulevard de la Garoupe, Antibes (Alpes-Maritimes).

Siège social de l'Œuvre : 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe).

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame LEVERNIEUX sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Claudine*.

Méru (Oise), 6 août 1941.

— Pierre, Georges et Marie-Rose BRUNET ont la joie de vous annoncer la naissance de leur frère, *Jacques*. Le 30 juillet 1941.

Docteur J. Brunet, 59, avenue de Déols, Chateauroux (Indre).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri MAYET, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph ; du Docteur Fernand LANDOLT, de Paris ; du Docteur Henri LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris ; du Docteur Joseph BOUQUIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien assistant de l'hôpital maritime de Berck, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien

chef de l'hôpital marin de Pen-Bron, décédé à Pen-Bron, le 4 août 1941 dans sa 55e année. Ses obsèques ont eu lieu dans la plus stricte intimité.

— Nous apprenons la mort du Docteur Eugène Debu, ancien chirurgien chef de l'hôpital de Cambrai, décédé le 17 juin 1941 à Argilly (Côte-d'Or) à l'âge de 79 ans. Il était le père du Docteur Jean Debu, de Sainte-Maxime-sur-Mer (Var), à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Conseil de l'Ordre des médecins de Vaucluse

2, Place de Grand-Paradis, Avignon

La séance publique de prestation de serment a eu lieu le 2 août dernier devant une nombreuse assistance.

Après que le Président, le Docteur Stéfani eut prononcé une allocution, les membres du Conseil jurèrent les premiers selon la formule et avec le cérémonial prescrit.

Puis vingt-quatre des médecins installés dans le département depuis le 1er septembre 1939 vinrent successivement prêter le même serment devant le Conseil.

De nombreux chirurgiens, spécialistes et consultants affirmèrent publiquement leur volonté d'appliquer les mêmes règles d'honneur.



La répartition de l'essence

Soulevée par quelques médecins du Cambrésis, la controverse rebondit de villes en villages et montre un nouveau prétexte à acrimonie entre médecins.

Les Docteurs A. Moisan, de Merdrignac (Côtes-du-Nord), et Quesnel, de Saint-Pierre-Eglise (Manche), nous écrivent que, dans leurs régions à population clairsemée, à villages disséminés, les médecins sont éloignés de 10, 15, 20 kilomètres les uns des autres. Une tournée de visites représente 60 à 100 kilomètres.

La dotation actuelle d'essence permet d'en faire à grand peine la moitié ; le reste doit donc être fait à bicyclette et représente, si l'on n'est plus tout jeune, une grosse fatigue.

Conclusion : étudier patiemment le problème de la répartition de l'essence avant de vouloir le résoudre, et considérer les besoins réels de chaque région plutôt qu'avoir recours à des mesures générales.

Ou bien, selon la suggestion du Docteur J. Magnier, de Souvigny, attribuer à chacun l'essence au prorata des frais de déplacement par lui déclarés au fisc les années précédentes.

A propos du questionnaire de l'Ordre

Un de nos abonnés nous communique la copie d'une lettre adressée par lui, au Conseil supérieur de l'Ordre. Elle nous paraît situer très exactement la question et résumer les objections exprimées par de nombreux médecins :

Monsieur et honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous retourner ci-joint le questionnaire concernant l'état de prévoyance de chaque médecin.

J'ai été, comme le seront sans doute de nombreux confrères, assez surpris de voir l'Ordre des médecins intervenir ainsi dans ma vie privée : le caractère comminatoire d'un des derniers paragraphes de cet imprimé m'oblige à répondre, contrairement à mon intention primitive.

J'ignore les décisions du Conseil supérieur et n'ai aucune idée du montant de la prime qui sera exigée, mais quelqu'il soit et quelles que soient les sanctions réservées aux récalcitrants, j'ai le regret de dire qu'il me sera matériellement impossible d'effectuer le moindre versement.

Je n'ai fait, ainsi qu'il ressort de ma déclaration ci-jointe, aucun « acte de prévoyance ».

Installé depuis peu, ayant dû pour cela faire d'énormes frais étant donné le renchérissement de toutes choses ; endetté, car je ne puis avec une clientèle raréfiée et appauvrie, gagner plus du 1/10e de ce que je dépense, j'ai vu mes charges s'accroître du fait de l'augmentation de ma patente et la naissance de mon premier enfant (ma femme en attend un second).

J'ai beau économiser sur tout, y compris sur ma nourriture (j'ai perdu 18 kilos en un an, et ce n'est pas uniquement la faute du rationnement), il m'est impossible d'y arriver.

Ignorant comment je vivrai le mois prochain, je ne me soucie aucunement de savoir quels seront mes moyens d'existence dans une quarantaine d'années (j'en ai 27), d'autant plus que ma santé déjà mauvaise est suffisamment altérée par les privations pour que je n'aie aucun espoir d'aller jusque-là.

Il me sera donc impossible de verser un sou pour faire des rentes soit à autrui, soit à moi-même. L'aurais-je pu d'ailleurs que je ne l'aurais pas fait. Comparant en effet la valeur du franc actuel à celle d'il y a 20 ans, je n'ose imaginer ce qu'elle sera dans 40 ans.

Si donc le Conseil de l'Ordre des médecins désire être renseigné sur la situation de ses ressortissants, telle est la mienne, qui est sans doute aussi celle de bien des confrères de mon âge et que je n'aurais pas eu la honte d'étaler ainsi si je n'y avais été contraint.

Muni du diplôme qui m'a été accordé par la Faculté en 1938, j'espère qu'on ne m'empêchera pas complètement de travailler comme je l'ai fait jusqu'à ce jour, malgré mon honnêteté foncière et comme j'ai l'intention de le faire jusqu'au jour où cela me sera physiquement impossible.

Ce jour-là, j'entrerai à l'hôpital comme indigent.

Veuillez agréer,

Dr B.. (Paris),
membre du Sou Médical n° 13.979.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Déclaration des maladies contagieuses

N° 3.161. — *Décret du 26 juillet 1941 ajoutant la psittacose humaine, sous le n° 19, à la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire.*

Art. 1er. — La psittacose humaine est ajoutée, sous le n° 19, à la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire, telle qu'elle a été fixée par le décret du 16 mai 1936.

Elle figurera sur le carnet de déclaration, suivie des lettres C. et T. comme devant donner lieu à la désinfection en cours de maladie et à la désinfection terminale.

(*J. O.*, 10 août 1941).

Voir la suite page XXXV-1529

PROPOS DU JOUR

LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS MÉDICAUX

Le Corps médical, depuis sa récente réorganisation qui le met sous la dépendance des Conseils de l'Ordre, conserve cependant encore d'importants intérêts à défendre et il semble qu'à ce point de vue, du fait du bouleversement général, on ait un peu trop négligé des positions difficilement conquises, que nous sommes actuellement en train de perdre.

Je fais allusion à l'offensive des Caisses d'Assurances sociales, pour revenir sur le désir qui leur a toujours été cher, de faire coïncider les tarifs de responsabilité et les tarifs de remboursement, et dont notre collaborateur Jean Mignon nous entretenait, dans un des derniers Bulletins d'Actualité.

Les Caisses d'Assurances sociales, dont il faut admirer, en dépit des événements, l'esprit de suite, ont eu depuis leur fondation, l'espoir que les deux tarifs viendraient un jour à se fondre et que le malade n'aurait pour honorer son médecin rien à débourser d'autre que ce qu'il touche de la Caisse ; ainsi les tarifs de responsabilité deviendront les véritables honoraires du médecin et comme ces tarifs de responsabilité ont été calculés assez bas, je laisse à nos confrères, le soin de méditer sur l'avenir qui les attend.

Nos Syndicats, dont on arrivera bien un jour à regretter la suppression totale, groupaient quelques confrères très spécialisés dans l'organisation de la médecine sociale et plus particulièrement dans les rapports avec les Caisses d'Assurances. Ces confrères, par leur action continuelle, empêchaient les Caisses de prendre des initiatives désastreuses pour le médecin et fort avantageuses pour elles, dispositions souvent contraires au véritable esprit de la loi. Ils savaient faire comprendre aux dirigeants que l'intérêt des Caisses n'est pas le seul à envisager, et qu'il faut aussi songer au médecin dont l'action permet d'assurer les prestations et dont les intérêts ne doivent point être continuellement foulés aux pieds. Le but des Assurances sociales consiste à utiliser le produit des cotisations versées par les employeurs et les employés pour l'amélioration immédiate des soins aux malades, et pour permettre même à celui dont les ressources sont limitées de recevoir des soins de qualité.

Les Caisses interposées ont souvent perdu de vue le but premier de la loi, et bien des créations ruineuses pour leurs budgets ont été des entreprises hasardeuses, que le législateur n'avait jamais prévues ; elles ont privé malades et médecins de remboursements sur lesquels ils étaient en droit de compter. Par la mesure actuelle, il est probable que les Caisses vont créer de nouvelles difficultés entre malades et médecins, rendant impossible avec les tarifs envisagés l'exercice d'une médecine sérieuse et honnête.

Comment ! C'est précisément au moment même où la vie du médecin devient difficile, au moment où ses honoraires sont déjà décalés par rapport au prix de la vie, qu'on se décide à confondre les tarifs.

Sans doute est-il possible dans une Société appauvrie par la guerre de concevoir que la différence entre le prix payé par le malade et le prix remboursé par la Caisse sera diminuée et ne constituera pas un débours trop élevé pour le malade, mais on peut y arriver en augmentant le tarif de remboursement. Il est nécessaire que des contacts fréquents s'établissent entre des représentants du Corps médical très au courant de ces questions un peu spéciales et des représentants des Caisses ainsi s'établira après accord une formule ménageant les intérêts de chacun.

Je crains qu'actuellement la position de nos représentants par rapport à ceux des Caisses soit défavorable. Le Corps médical ne possède plus, avec les Conseils de l'Ordre, ces défenseurs ardents très au courant de tout ce qui est médecine sociale et grâce auxquels des lois comme celle des accidents du travail, tenant un compte légitime des intérêts médicaux, ont pu être mises sur pied. Je crains que les hommes nouveaux qui nous dirigent ne se rendent pas assez compte de la fermeté qu'il faut montrer dans la discussion et que, trop timides et mal informés, ils apprennent à nos dépens et un peu tard, à quels adversaires décidés ils ont eu à faire. Car les adversaires de nos intérêts médicaux, les représentants des Caisses eux n'ont pas changé ; ils poursuivent lentement et sûrement les modifications d'une loi qui ne leur a point toujours donné toute satisfaction et ils cherchent peu à peu à arriver à une formule de tiers payant qu'ils ont toujours désirée, car elle leur paraissait plus commode pour les contrôles, et plus facilement comprise par l'assuré malade.

Je reste persuadé qu'il ne serait pas impossible d'arriver à une formule plus simple que celle de la loi actuelle et que l'expérience acquise permettrait d'établir, mais je ne pense pas que ce soit en donnant maintenant toute satisfaction aux Caisses et en adoptant des mesures dont le Corps médical fera tous les frais, qu'on réussira à faire de la loi d'Assurances sociales, une loi réellement bienfaisante, apportant au malade les soins éclairés qu'il réclame, au médecin la rémunération équitable de sa peine, aux Caisses un bon équilibre financier.

La loi actuellement imparfaite et cause continuelle de discussion doit être refondue et réétudiée par les Caisses et par le Corps médical. Profitant de l'expérience que donnent déjà plus de dix années d'application, médecins et dirigeants de Caisse pourront se mettre d'accord pour faire de cette loi d'assurance, un élément important d'amélioration sociale.

Cependant cette action offensive des Caisses pour priver le Corps médical de quelques avantages péniblement acquis, nous montre qu'actuellement notre organisation professionnelle n'est pas au point, qu'elle est insuffisamment avertie et armée pour défendre utilement la corporation médicale contre les organisations sociales qui ont toujours tendance à réaliser leurs économies sur le chapitre des honoraires médicaux.

Il sera nécessaire qu'en plus de leur action disciplinaire sur les médecins, les Conseils de l'Ordre se soucient de la défense des intérêts matériels du Corps médical. Il sera nécessaire que, dans leur composition même, on réserve une place aux confrères qui sont susceptibles de défendre utilement notre profession, de discuter des tarifs, bref de traiter avec des hommes d'affaires très au courant des affaires, comme on en traite de nombreuses, dans les conseils directeurs des Compagnies d'assurances et des Assurances sociales.

Du fait de la création des Conseils de l'Ordre se substituant aux Syndicats, le praticien ne doit pas avoir la sensation qu'il est redevenu un isolé comme il y a 50 ans, que personne ne songe à défendre son pain quotidien, lors qu'il est menacé. Toute la réorganisation dont il espérait tant ne doit pas lui faire perdre le contact avec ses confrères, la possibilité de parler avec eux des réformes à apporter pour faire cesser des abus, et le livrer sans défense, à des organismes puissants qui l'utilisent, exigent de lui beaucoup et lui apportent peu. *Faire respecter la discipline de la profession*, mais aussi en *défendre les intérêts* et *en imposer les traditions séculaires*, constituent des tâches difficiles, qui grandiront tous ceux d'entre nous qui assument l'honneur redoutable de composer les Conseils de l'Ordre.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUAND ET COMMENT DOIT-ON ENLEVER LES AMYGDALES CHEZ L'ADULTE ?

Par le Docteur Guy Arnaud

**Ex-assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Beaujon.
Lauréat de l'Académie de médecine.**

Nombre de gens vivent encore sur l'idée fausse que l'amygdalectomie chez l'adulte est une intervention dangereuse, préférant ainsi vivre avec des amygdales, source de troubles variés, durant toute leur existence. La chirurgie pharyngée a fait bien des progrès depuis le temps où Nélaton disait : « Je vais faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter, je vais essayer d'enlever des amygdales ».

En fait l'ablation totale, et nous insistons sur le terme totale, de l'amygdale palatine de l'adulte est une intervention qui, pratiquée selon une technique rigoureuse et des indications précises, n'offre aucun danger et aucun inconvénient pour l'organisme.

L'amygdale est constituée d'un épithélium qui recouvre un chorion renfermant des follicules lymphoïdes ; elle est sillonnée de nombreuses cryptes intra-amygdaliennes souvent très profondes tapissées par l'épithélium, qui se trouve épaissi et infiltré de lymphocytes à ce niveau. Ces cryptes se trouvent être de véritables réceptacles microbiens, contenant du caséum, origine de nombreux états toxi-infectieux.

Il est très vraisemblable que les amygdales palatines jouent un rôle physiologique (anti-infectieux ou endocrinien), mais autant à l'état normal il faut respecter leur intégrité, eu égard là ce rôle, autant il est bien évident que leur ablation, lorsqu'elles sont malades, est non seulement sans danger, mais encore nécessaire : on enlève bien un appendice malade ! D'autre part, es amygdales ne sont -elles pas qu'une partie de l'anneau lymphoïde de Waldeyer ?

A quel moment doit-on enlever les amygdales chez l'adulteau cours d'un processus pathologique ?

A chaud, au cours d'une poussée congestive, ou suppurée aiguë ? Ou à froid après refroidissement de l'état inflammatoire ? Quoique l'amygdalectomie à chaud ait été défendue par nombre d'auteurs, et que, pour notre part, nous en ayons pratiqué un certain nombre à l'exemple de notre maître M. Baldenweck, sans avoir vu d'incident, il paraît plus logique d'éviter d'opérer en plein état fluxionnaire et d'agir àfroid. Evidemment, pour un opérateur entraîné, l'amygdalectomie à chaud offre, dans certaines conditions, plus de facilité opératoire, mais ne vaut-il pas mieux éviter les risques graves pour le malade, d'une intervention en milieu très septique ?

L'amygdalectomie à chaud, et c'est là l'avis de la majorité des laryngologistes, doit être réservée à des cas exceptionnels d'abcès externe, évoluant vers l'espace latéro-pharyngé, ou de septicémie d'origine amygdalienne.

Nous avons insisté sur l'expression amygdalectomie totale, car elle offre toutes les garanties chirurgicales d'une intervention réglée et méthodique.

Quelques mots sur l'anatomie de la région permettront de s'en rendre compte.

Les amygdales sont situées à droite et à gauche de l'orifice antérieur du pharynx dans deux loges, dites loges amygdaliennes.

La loge amygdalienne est limitée, en avant par le muscle glosso-staphylin, en dehors par le constricteur supérieur du pharynx, le constricteur moyen et le stylo-pharyngien, en arrière par le pharyngo-staphylin ; l'intérieur de cette loge est tapissée par une capsule pharyngienne fibreuse.

L'amygdale, organe lymphoïde et glandulaire, est entourée d'une capsule conjonctive très

◆◆

mince, séparée de la capsule pharyngée par du tissu conjonctif lâche.

En dedans, la loge est libre et l'amygdale est tapissée, comme les muscles de la loge amygdalienne, par l'épithélium malpighien de la bouche.

A distance, l'amygdale répond :

En avant et en arrière, aux piliers antérieurs et postérieurs (glosso-staphylin, pharyngo-staphylin) ; en haut, à l'angle des deux piliers ; en bas, à la portion externe de la base de la langue ; en dedans, à la cavité bucco-pharyngée ; en dehors, à l'espace latéro-pharyngé qui contient la carotide externe ; en avant et en dehors, la carotide interne, en arrière et en dedans, après qu'elles se sont croisées au niveau de son pôle inférieur et écartées l'une de l'autre, la carotide interne s'incurvant en dedans ; il s'en suit que le pôle inférieur de l'amygdale est en relation directe avec la carotide externe qui donne naissance à ce niveau à ses collatérales (linguale, faciale, palatine ascendante) et que le pôle supérieur est en rapport avec la carotide interne distante classiquement de deux centimètres, mais qui peut se rapprocher jusqu'à 5 millimètres suivant les positions de la tête.

Autres rapports, moins importants au point de vue chirurgical, que nous ne ferons que citer : muscle ptérigoïdien interne à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur, nerf facial, extrémité postérieure de la glande sous-maxillaire inférieur, extrémité postérieure de la glande sous-maxillaire, muscle stylo-glosse et stylo-hyoïdien, nerf glosso-pharyngien.

L'irrigation des amygdales est assurée par les artères suivantes et leurs veines satellites :

La tonsillaire principale, branche de la faciale, qui pénètre au pôle inférieur ;

La tonsillaire supérieure, branche de la palatine ascendante, qui pénètre au pôle supérieur ;

La tonsillaire antérieure de même origine ;

La tonsillaire inférieure, branche de la dorsale de la langue, qui pénètre au pôle inférieur.

L'innervation est réalisée par :

Les nerfs palatins postérieurs et moyens, venus du ganglion sphéno-palatin annexé au tronc du nerf maxillaire supérieur.

Le plexus tonsillaire d'Andersch, ramification du glosso-pharyngien.

Quelques filets du lingual.

Le paquet vasculo-nerveux, lorsqu'il atteint l'amygdale au niveau du tiers inférieur de sa face externe, est entouré par la capsule conjonctive amygdalienne, qui pénètre profondément à l'intérieur de l'amygdale.

Cette brève description anatomique permet de se rendre compte que l'amygdale est complètement isolée de la paroi pharyngée, qu'il existe un plan de clivage, que l'amygdale n'est en contact intime avec le pharynx qu'au niveau de son paquet vasculo-nerveux.

L'intervention la plus rationnelle et la plus simple à la fois, consistera donc à rechercher ce plan de clivage pour énucléer l'amygdale de sa loge, de façon à ne plus avoir qu'à sectionner son pédicule. Dans les grandes lignes, la technique consiste à :

1° Libérer l'amygdale par section des adhérences au pilier antérieur, et par section en haut de la réunion des deux piliers, pour libérer le pôle supérieur ;

2° Décoller et abaisser l'amygdale ;

3° Sectionner la muqueuse du pilier postérieur au ras de la capsule amygdalienne ;

4° Sectionner le pédicule.

Cette intervention doit être faite en clinique, après désinfection bucco-pharyngée préalable et vérification des temps de saignement et de coagulation ; elle se fait sous anesthésie locale par infiltration de novocaïne, en position assise.

Les soins post-opératoires sont simples : garder le lit quelques jours, sucer de la glace, alimentation liquide et froide les premiers jours.

Il se produit un œdème local, des douleurs, une fausse membrane qui tombe le huitième jour ; la cicatrisation est terminée en quinze jours.

Pourquoi l'amygdalectomie totale selon la technique américaine est-elle l'intervention de choix ?

Elle est supérieure à l'amygdalotomie ou amygdalectomie partielle, car celle-ci ne peut donner que des résultats en présence de troubles mécaniques (de la déglutition, respiratoire, par hypertrophie), ce sont les plus rares ; il est évident que l'ablation partielle n'agit pas sur les processus inflammatoires qui envahissent toute l'amygdale, macroscopiquement et microscopiquement. D'autre part, l'amygdalectomie totale bien conduite n'entraîne pas les risques d'hémorragie importante qu'on peut rencontrer au cours du morcellement.

La technique américaine est supérieure au morcellement à la pince de Ruault dans l'amygdalectomie totale, car il ne se produit jamais de récidive comme on peut en rencontrer après le morcellement, où il est plus fréquent de voir subsister des moignons post-opératoires.

La discision de l'amygdale offre les mêmes inconvénients que l'amygdalotomie et doit être rejetée comme une intervention pratiquement inefficace.

Reste la diathermo-coagulation. Loin d'être à rejeter, elle peut, bien conduite, donner des résultats éminemment comparables à l'exérèse chirurgicale ; cependant elle offre l'inconvénient de nécessiter de nombreuses séances (il faut en effet, pour obtenir un résultat efficace pratiquer la destruction totale du tissu amygdalien) et d'être difficile au cours des dernières applications, car il faut détruire ce qui reste de tissu

lymphoïde sans atteindre la paroi pharyngée par la coagulation. La diathermo-coagulation n'est donc à utiliser qu'en cas de contre-indication à l'acte chirurgical. Ceci nous amène à envisager les indications et contre-indications opératoires.

Dans quelles circonstances doit-on enlever les amygdales chez l'adulte ?

Nous ne parlerons pas de l'hypertrophie amygdalienne pure, qui ne se rencontre pratiquement que chez l'enfant. Par contre, les infections amygdaliennes ou d'origine amygdalienne sont fréquentes, et il est classique de distinguer les infections locales, de voisinage, et à distance :

Les infections locales sont les plus fréquentes : angines aiguës à répétition, abcès amygdaliens ou péri-amygdaliens, amygdalites chroniques à forme hypertrophique ou atrophique, amygdalite caséeuse, amygdalite mycosique, enfin, les tumeurs localisées à l'amygdale.

—Les infections de voisinage, moins fréquentes que chez l'enfant : laryngite à répétition, otites provoquées par une infection répétée de la trompe d'Eustache, certaines adénites cervicales d'origine amygdalienne, des trachéo-bronchites.

— Les infections à distance. Les affections chroniques de l'amygdale sont certainement à l'origine d'infections générales, ainsi que la théorie américaine l'a mis en évidence. Il est néanmoins nécessaire d'être très circonspect dans les indications opératoires, pour éviter des interventions inutiles. L'infection trachéo-bronchique chronique, la plus fréquente, certaines formes de rhumatisme subaigu ou chronique dont les poussées évolutives coïncident avec une poussée d'amygdalite, certaines néphrites chroniques ou aiguës avec albuminurie, enfin des cas d'endocardite et de gastro-entérite, peuvent être provoquées par une infection amygdalienne.

Quelles sont les contre-indications opératoires ? Elles sont rares.

Localement nous avons vu qu'il était très préférable de ne pas opérer en période aiguë, sauf exception ; d'autre part, l'ablation des amygdales ne doit être faite que lorsque toute cause de suppuration de voisinage aura été préalablement traitée : déviation de cloison, rhinite hypertrophique, affection rhino-pharyngée, sinusite, infection buccale.

Au point de vue général, cinq contre-indications au moins sont formelles : la tuberculose évolutive, le diabète non stabilisé, les affections cardiaques mal compensées, certaines affections sanguines (leucémie, anémie, etc.), la grossesse aux derniers mois. De très grandes précautions sont à prendre en cas d'hémophilie ou d'hémogénie, s'il est tout à fait nécessaire d'intervenir ; ces sujets ne doivent être opérés que lorsque les temps de saignement, de coagulation, ainsi que la formule sanguine sont normaux, après traitement préalable.

Quelles sont les complications post-opératoires possibles ?

Les complications pulmonaires ont disparu depuis que l'on n'utilise que l'anesthésie locale.

Les autres sont exceptionnelles, pour peu que l'intervention ait été pratiquée pour une indication convenable et suivant une technique bien réglée.

Les complications infectieuses sont tout à fait rares, elles ne dépassent guère la capsule pharyngée, tout au plus verra-t-on une petite réaction ganglionnaire. Quelques cas très exceptionnels de diphtérie post-opératoire ont été signalés.

Les hémorragies sont en fait les complications post-opératoires les moins rares, et leur fréquence a été très exagérée ; comme le disent MM. Laurens et Aubry « il faut faire justice de ces dramatiques légendes qui circulent, de morts foudroyantes par lésion de la carotide ».

Ces hémorragies se produisent : soit au cours de l'intervention : il s'agit d'hémorragie en nappe qui s'arrête spontanément, ou d'hémorragie en jet si un petit vaisseau est ouvert (il suffit alors de le pincer) ; soit secondairement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'intervention ; soit tardivement à la chute de l'escharre, vers le huitième ou dixième jour.

Le traitement de ces hémorragies est en général banal : soit médical et on aura recours à la glace pilée qu'on fera sucer, aux hémostatiques, *per os* et en injections, soit chirurgical et, suivant la gravité de l'hémorragie, on ira de la simple compression digitale ou au compresseur, à la ligature de l'artère qui saigne ou à la suture des piliers sur un tampon. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on aura recours à la ligature de la carotide externe. A côté de tous ces traitements, en présence d'hémorragies prolongées ou importantes, on fera une transfusion sanguine, de 100 à 150 c. c. dans un but hémostatique, qu'on répètera au besoin, ou de 300 c. c. ou plus, dans le cas d'une grosse diminution de la masse sanguine.

— En conclusion, l'amygdalectomie chez l'adulte est une intervention simple, sans grands dangers opératoires ; l'amygdalectomie totale suivant la technique américaine, sous anesthésie locale, est l'intervention de choix permettant une cure radicale ; elle peut et doit être pratiquée chaque fois qu'une des indications étudiées plus haut se présente au spécialiste.

DE LA FRÉQUENCE DE L'AORTITE NON SYPHILITIQUE EN CLINIQUE RURALE

ESSAI DE PATHOGÉNIE ET DE TRAITEMENT

Six mois de séjour en clinique rurale, d'octobre 1940 à mars 1941, dans un village du Lot-et-Garonne, où nous avons, autrefois, longtemps exercé et où plusieurs générations de médecins de ma famille ont connu des générations de malades, m'ont permis de suivre près de 200 chroniques. Etiologie générale commune : travailleurs des champs actifs, sobres, économes, mais à nourriture substantielle, dépassant rarement un litre de vin rouge l'hiver, et deux litres et demi au cours des grands travaux d'été, pendant 24 heures.

Parmi ces chroniques, dont l'âge a varié de 50 à 67 ans, la T. A. était de 22 à 27 pour la max. ; de 10 à 13 pour la minima. Indice de 3 à 8 (Pachon.) A l'auscultation, ces malades offraient un souffle aortique à la base.

Un interrogatoire aussi serré que possible, un examen familial aussi rigoureux que la chose nous était personnellement possible, ne nous a pas permis de déceler la syphilis.

Athérome ? Dilatation ? En tous cas, pas d'anévrysme ; pas de néphrite hypertensive, sauf dans un seul cas.

L'âge, l'hérédité, un terrain arthritique, comme il nous souvient que Guelpa le démontra il y a quelque vingt ans, à la Société de médecine de Paris, nous paraissent devoir être considérés comme des facteurs de cette affection. Le hasard de quelques lectures nous a mis sous les yeux, la note qui suit : « L'aorte, aussi bien par le travail qu'elle fournit que par la position qu'elle occupe chez l'homme, est un organe qui se fatigue vite et est, par là, plus vulnérable aux diverses infections qui peuvent l'atteindre. Le stimulus d'une excitation constante, physique, morale et toxique augmente encore cette prédisposition. Une douleur rétrosternale, analogue à la douleur de l'angine de poitrine, est souvent provoquée par un effort, une sensation de froid, une marche contre le vent. La dyspnée accompagne cette douleur » (*J. of Am. med. Ass.*, 31 octobre 1925).

Ces mêmes choses se trouvent réunies chez nos paysans ! Ajoutez-y l'angoisse de l'heure présente ! ...Donc, âge, hérédité, terrain arthritique, travail sans arrêt, sentiments affectifs exacerbés sont ici, le croyons-nous du moins, facteurs de modifications humorales ; n'avons-nous pas le droit de dire « catalyseurs du calcium » dans l'intimité de nos tissus, calcium dont le métabolisme se trouve ainsi bouleversé. Les plaques d'athérome sont-elles la signature anatomo-pathologique des manifestations cliniques observées ?

Naturam morborum curationes ostendunt...

L'adage latin nous est revenu en mémoire au moment où nous avons traité ces malades par l'hyposulfite de soude prescrit le matin, à jeun, à la dose de 2 gr. *pro die* continué pendant dix jours, avec intervalle de cinq jours et reprise à la même dose.

Mais, comme nous sommes en clinique rurale, nous n'avons pas hésité à joindre à ce traitement cent gouttes, après le repas de midi, d'eau-de-vie d'ail ainsi préparée : vingt gousses d'ail écrasées, pilées et mises à macérer dans 500 grammes d'eau-de-vie de prunes. ? A noter l'abondante élimination de gaz après l'absorption d'ail.

Mouquin et Macrez écrivent : « ignorant la nature intime et la genèse de l'athérome, on doit se borner, en fait de causes, à colliger des coïncidences et impressions cliniques » ; et nous ajouterons : on doit se borner à noter, si possible, les modifications offertes par la pharmacodynamie — une fois encore, rappelons-le —, en dehors de tout examen radiologique.

Généralement, au bout de quatre à six semaines, la tension artérielle avait baissé de 2 à 3 degrés au Pachon, à la max., et souvent de 1 à 2 degrés à la minima. Nous avons également noté une augmentation de l'indice oscillométrique, un abaissement de la différentielle, parfois une diarrhée hydrique. Le malade affirmait un mieux être accusé, le souffle semblait s'atténuer, s'amender.

Mon fils, le Docteur Pierre Molinéry, a eu l'occasion d'examiner l'ensemble de ces malades du septième au neuvième mois : il me confirme ces modifications cliniques.

***

Pour conclure :

1° La proportion que nous notons du pourcentage d'aortites non syphilitiques en clinique rurale (14 %) est-elle sensiblement ou non, la même en clinique urbaine ?

2° L'hyposulfite de soude agit-il ici comme modificateur de la constitution humorale, de façon analogue aux eaux minérales, hyposulfitées, dites blanchissantes ?

3° L'ail, connu depuis la plus haute antiquité, comme diurétique, laxatif, peut-être même cholagogue, doit-il à ces propriétés d'être hypotenseur ? C'est en 1922 que Loeper et son élève Pouillaud démontrèrent son action sur la tension artérielle.

4° Quelle action la teinture d'ail (neutralisant les hypertensines) peut-elle avoir dans l'aortite non syphilitique ?

R. MOLINÉRY.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



Tuberculose et terrain

Fréquence et gravité actuelles de la tuberculose en rapport avec le surmenage, les chocs moraux, la carence alimentaire

Un certain nombre de médecins qualifiés viennent de faire connaître, sur ce sujet, leurs impressions, recueillies au cours des derniers mois ; toutes, elles concordent dans leurs conclusions ; elles concorderont certes aussi avec celles qu'auront pu recueillir nos confrères praticiens. On ne s'appuie pas encore sur des statistiques, mais sur de simples impressions cliniques, et celles-ci ont d'autant plus de valeur qu'elles résultent d'une analyse précise de chaque cas, complétée par une enquête étiologique rigoureuse. Il s'agit, en tous cas, d'un point intéressant, qui mérite toute notre attention, et réclame toute notre sollicitude.

Déjà, il était banal de signaler que les guerres, les famines, les grands cataclysmes sociaux s'accompagnent d'un développement très marqué de la fréquence et de la gravité de la tuberculose pulmonaire. Ces constatations avaient été faites une fois de plus à l'occasion de la guerre 1914-1918 ; il ne paraît pas douteux qu'il y aura lieu de les faire à l'occasion de la campagne actuelle. Mais, dès maintenant MM. A. Ravina, Y. Pécher et leurs collaborateurs (1) ont pu constater, tant dans leur clientèle privée que dans leurs services hospitaliers, une augmentation, très nette de la morbidité tuberculeuse, ainsi qu'une proportion anormalement élevée de formes d'emblée très graves chez des sujets qui, jusqu'à ces derniers mois, étaient en parfaite santé apparente et faisaient même souvent des travaux de force.

M. Rist (1) a été frappé, lui aussi, de la proportion des tuberculoses graves, rapidement mortelles que l'on observe actuellement. Tout récemment, il était appelé auprès d'une jeune fille qui, florissante de santé jusque là, avait eu brusquement une hémoptysie profuse avec fièvre élevée : il constata une pneumonie tuberculeuse du lobe inférieur gauche ; la malade mourut en treize jours. M. Ameuille reconnaît, comme un trait particulier de la tuberculose actuelle, la fréquence des pneumonies caséeuses. Dans un service de tuberculeux adulte actif de 1939, on en voyait deux à trois par an : on en voit en ce moment cinq à dix par semaine. Ce ne sont pas simplement de grandes infiltrations pulmonaires fébriles, auxquelles fait suite une tuberculose évolutive du type courant, mais des pneumonies graves mortelles en quelques semaines ou quelques mois. Même constatation de M. Julien Huber, en ce qui concerne la fréquence des formes évolutives : sur seize sujets à réaction tuberculinique positive, deux seulement étaient en bon état, ne présentant à la radiographie que des ombres calcifiées hilaires discrètes ; les quatorze autres malades étaient porteurs de manifestations cliniques actives, soit graves (méningite, lésions excavées, infiltration discrète, pleurésies séro-fibrineuses, atteintes ganglio-pulmonaire), soit plus discrètes, mais témoignant cependant d'un processus actif : érythème noueux, fièvre avec complexe ganglionnaire, pachypleurite, sclérose pulmonaire notable. Dans le même ordre d'idées, M. Ravina a noté le grand nombre des primo-infections et de leur gravité ; plusieurs de ses malades, transplantés depuis deux ou trois ans dans les grandes villes, n'ont fait leur primo-infection que depuis les évènements de mai-juin 1940. Beaucoup de ces formes ont été sévères ; plusieurs sont apparues chez des sujets, déjà âgés.

Ce même auteur explique ces accidents par trois ordres de faits :

1° L'incorporation comme militaires ou comme travailleurs civils, d'un grand nombre d'anciens tuberculeux considérés comme guéris, ou de jeunes gens insuffisamment examinés au point de vue médical. Le surmenage, l'insuffisance de l'alimentation, la captivité ont d'ailleurs joué un rôle certain dans le développement de ces formes.

2° La retraite des armées, l'exode des populations civiles se sont souvent effectués dans les conditions physiques et morales les plus pénibles. Il ne paraît pas douteux que ces conditions n'aient provoqué un très grand nombre de réveils de la tuberculose, ou de débuts de cette maladie. Les facteurs moraux, invoqués déjà par Laennec, ont paru jouer un rôle très important ; beaucoup de malades se sont trouvés arrachés à leur pays natal, transplantés dans d'autres régions, séparés de leur famille, placés dans des situations particulièrement pénibles.

3° La troisième cause, qui paraît incontestable, est celle des médiocres conditions de vie dans lesquelles se trouve, depuis décembre et



(1) Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 mai 1941.

janvier, la grande majorité de la population. L'insuffisance de l'alimentation paraît en constituer le facteur principal. Le manque de chauffage a été aussi très fréquemment invoqué par les malades comme cause du début de leur maladie.

En ce qui concerne les formes de l'infection, il semble qu'on puisse opposer — aux formes ayant débuté en décembre, janvier, février et dues surtout à la carence alimentaire (formes très monomorphes, grosses broncho-pneumonies bacillaires à évolution ultra-rapide) — les formes, dont le début remonte à la période juin-septembre 1940, et qui sont dues essentiellement au surmenage et à des chocs moraux ; ces dernières ont paru beaucoup plus polymorphes d'aspect, de pronostic moins constamment grave ; certaines ne semblent même avoir été que la brusque aggravation d'une bacillose déjà existante.

G. Fischer.

LES SELS D'OR DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Les sels d'or ont été préconisés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, en 1924, par un biologiste danois, Möllgaard. Cet auteur présenta le nouveau remède sous le nom de sanocrysine et lui attribua des propriétés destructrices du bacille de Kock et modificatrices du tissu tuberculeux.

Introduite en France par Léon Bernard, la chrysothérapie fut l'objet de nombreuses recherches. Léon Bernard s'en montra jusqu'à sa mort un partisan convaincu. D'autres phtisiologues en signalèrent les inconvénients et, sans nier son activité, tempérèrent l'enthousiasme de ses défenseurs trop absolus. Aujourd'hui, après plus de quinze ans d'application, il est opportun d'essayer de faire une mise au point de cette méthode et des indications qu'elle peut avoir en phtisiothérapie.

Dans son intéressante thèse (1), le Docteur R. David a envisagé cette mise au point : il expose, d'après ses lectures et ses observations personnelles, les avantages et les inconvénients de l'aurothérapie, la « place » de celle-ci dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

Deux points sont à considérer : Les sels d'or sont-ils actifs ? Sont-ils dangereux ?

Möllgaard avait basé son opinion favorable aux sels d'or sur des travaux expérimentaux. Mais les expériences du biologiste danois n'ont pas été confirmées par Calmette, Nègre et Bocquet et on peut conclure avec Rist qu'à l'heure actuelle il semble impossible de parler d'une base expérimentale de la chrysothérapie en phtisiologie.

Cliniquement, l'action des sels d'or est très diversement appréciée selon les auteurs, les uns signalant des résultats favorables, d'autres des résultats imprécis. Il est d'ailleurs souvent difficile, dans une affection à évolution naturelle aussi variable que la tuberculose pulmonaire, de fixer nettement l'action d'un médicament. Il serait aussi inexact de nier la valeur de l'aurothérapie que de lui attribuer des résultats curatifs spécifiques. M. Burnand a donné à ce sujet une heureuse formule, celle de « l'aurothérapie à objectif limité ».

(1) Docteur R. David. La place actuelle des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1941.

Les indications de la chrysothérapie restent assez générales. Elle n'apparaît pas avoir dans certaines formes de tuberculose une action plus grande que dans d'autres. Son indication serait surtout réelle au cas d'impossibilité de recourir à la collapsothérapie ou d'échec de cette méthode, à condition qu'il n'y ait aucune contre-indication à son emploi.

La chrysothérapie est en effet susceptible de provoquer des accidents, quelquefois immédiats (vertiges, nausées), habituellement plus éloignés. Ces derniers accidents sont divers : cutanés (prurit, érythèmes) ; buccaux (stomatite aurique) ; digestifs (nausées, vomissements, anorexie, diarrhée, ictère) ; rénaux (albuminurie, de pronostic bénin) ; nerveux (névralgies) ; sanguins (troubles hémorragiques, purpura, agranulocytose). Il en résulte des contre-indications au traitement tenant à l'état du tube digestif, du foie, des reins, et la nécessité d'une surveillance de la formule sanguine.

Le Docteur David conclut :

La chrysothérapie a des indications limitées et ne doit pas être appliquée systématiquement chez tous les tuberculeux pulmonaires.

Elle ne doit jamais être substituée à la cure générale, sanatoriale et, à plus forte raison, à la collapsothérapie, qui demeurent le traitement fondamental de la tuberculose. Elle mérite cependant d'être conservée dans l'arsenal thérapeutique actuel comme médication adjuvante.

Avant d'entreprendre un traitement par les sels d'or, on doit étudier le terrain, la susceptibilité de la peau, l'état des fonctions digestives, du foie, des reins (recherche de l'albuminurie), s'enquérir s'il n'existe pas une anémie accentuée ou des stigmates hémogéniques, ou encore un déséquilibre humoral.

P. Lacroix.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La méningite cérébro-spinale et son traitement par les sulfamides

Le Professeur N. Fiessinger traite cette question d'une manière fort complète et très documentée. Depuis quelques années, écrit-il, la méningite cérébrospinale, qui fut maladie très grave même avec la sérothérapie, est devenue sous l'effet de la chimiothérapie une maladie presque bénigne. L'emploi des sulfamides a complètement bouleversé nos connaissances sur cette maladie, non seulement en changeant du tout au tout le pronostic, mais aussi en améliorant l'évolution clinique, dont les formes graves se raccourcissent, dont les complications diminuent de fréquence et de gravité, dont les séquelles disparaissent.

Détaillant l'aspect clinique de la maladie, de ses formes et de ses complications, l'auteur indique que l'examen clinique ne peut se passer de la ponction lombaire, en vue de confirmer également le diagnostic différentiel.

Trois sulfamides se recommandent pour le traitement : le 1162 F, le 693, et récemment un dérivé thiazolé ou 2090 R. P. Les voies d'introduction, sont la voie rachidienne (le 1162 F à la dose de 20 c. c. de la solution à 0,8 p. 100 le premier ou les deux premiers jours), la voie intramusculaire (le 693 à 33 p. 100 : soit à doses réduites, soit à doses fortes mais isolées). Mais la voie d'élection la plus simple, la plus efficace, est la voie digestive : comprimés à 0,50 de 1162 F ou de 693, à répartir dans les 24 heures, avec une prise de liquide, de préférence alcalin, surtout pour le 693, qui peut entraîner des troubles digestifs.

Les inconvénients de cette thérapeutique sont minimes ; au deuxième jour du traitement apparaît une cyanose sans gravité et sans importance, qui paraît due à la sulfhémoglobine.

Il faut, le plus rapidement possible, imprégner l'organisme à des doses suffisantes, cela dès la constatation du liquide céphalo-rachidien trouble, avant donc les résultats du laboratoire. On fait une injection rachidienne de 20 c. c. de 1162 F ; on recommence le lendemain si la température n'est pas tombée, et rapidement on a recours à la voie digestive : 8 à 12 grammes de 1162 F par 24 heures, par prise chaque fois d'un comprimé de 0,50. Deux jours à la même dose, la fièvre tombe le plus souvent, et l'on diminue les doses suivant les cas : ainsi 1 jour 6 grammes, 4 jours 4 grammes et 4 jours 2 grammes. C'est la courbe adoptée dans les formes rapidement jugulées. Si l'on est plus réservé dans la dose, l'efficacité est bien moindre. Avec le 693, les doses premières oscillent entre 6 et 8 grammes.

Le médicament ne doit pas être donné trop longtemps. Les indications de la réduction des doses sont fournies : cliniquement, par la chute thermique, la disparition de la céphalée, la sédation des signes méningés, la reprise du sommeil ; bactériologiquement par la disparition du méningocoque ; cytologiquement par la disparition de la réaction à polynucléaires.

Les statistiques, comprenant les formes graves, les formes traitées tardivement donnent 8 p. 100 de morts au lieu des 30 à 80 p. 100 par la sérothérapie. Celle-ci ne garde plus qu'une place réduite, dans certains cas, par exemple, de sulfamido-résistance. Jamais on ne devra plus commencer le traitement par une injection intrarachidienne de sérum antiméningococcique. (*Le Journal des Praticiens*, 26 avril et 3 mai 1941)

Le traitement continu par les tonicardiaques des insuffisances cardiaques chroniques

Lorsque, dans un de ces cas on a paré au plus pressé, écrit le Docteur M. Perrault, on ne doit pas s'attacher à la superstition des cures espacées et brèves de tonicardiaques. Le malade, considéré dès lors comme guéri, ne l'est pas du tout, et il ne manquera pas de faire de nouveau une crise d'hyposystolie ou d'asystolie. Suivant une image, cet auteur fait remarquer qu'un cœur peut être infirmé comme une jambe l'est à la suite d'une fracture ou d'une amputation. Or, personne, au cas d'amputation, n'envisage une orthopédie par cures espacées. Il faut, de même, en matière d'insuffisance cardiaque chronique procéder à une « orthopédie du cœur » par un traitement continu. Suivent des conseils pratiques pour l'institution de cette thérapeutique à longue échéance. (*Le Progrès Médical*, 26 avril 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la toxine neurotrope colibacillaire

(M. Hyacinthe VINCENT ; 24-6-1941).

M. Vincent fait une communication sur les déterminations cliniques et expérimentales de la toxine neurotrope colibacillaire.

Dans un ensemble de publications dont les premières ont paru en 1925 l'auteur a signalé la propriété qu'à le bacillus coli de secréter plusieurs toxines : l'une, entérotrope, agissant sur la muqueuse intestinale, le foie et la vésicule biliaire, les reins, les capsules surrénales ; l'autre, d'affinité neurotrope. Celle-ci peut se fixer électivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière) et donner naissance à des accidents pathologiques importants.

La toxine neurotrope, injectée au lapin, a produit des paralysies, en particulier une paralysie ascendante progressive terminée par des symptômes bulbaires mortels. Ces constatations expérimentales sont à rapprocher des paraplégies observées chez l'homme à la suite d'infections urinaires relevant du bactérium coli. On sait qu'elles apparaissent fréquemment plusieurs années après la maladie causale. A titre d'exemple, M. Vincent note le cas d'un médecin de cinquante-deux ans qui fut atteint, en 1923, de septicémie coli-bacillaire. Le malade guérit complètement de son infection sanguine, mais quatre ans plus tard présenta une paralysie ascendante progressive avec accidents bulbaires mortels.

Une particularité des troubles nerveux en question est la période d'ordinaire très prolongée qui sépare, en pathologie humaine, l'infection initiale et l'apparition des accidents neuropathiques. Autre particularité : il n'est pas nécessaire, pour que surviennent ultérieurement les altérations médullaires, que la coli-bacillémie soit intense ou très marquée. C'est pourquoi, en présence d'une paraplégie d'origine inexpliquée, il faut rechercher dans les antécédents la possibilité d'une coli-bacillémie méconnue (état fébrile plus ou moins prolongé, troubles urinaires, complications infectieuses de l'appendicite).

M. Vincent a obtenu, expérimentalement, chez le lapin, plusieurs fois la guérison de ces accidents par la sérothérapie. On peut penser que cette thérapeutique serait également efficace chez l'homme.

Goutte et ictère hémolytique

(MM. Noël FIESSINGER et Maurice ROUX ; 24-6-1941).

L'association des deux maladies, goutte et ictère hémolytique, pour paradoxale qu'elle paraisse, est possible. Au cours de l'ictère hémolytique familial (maladie de Minkowski-Chauffard), l'hyperuricémie semble la règle.

Un traitement biologique de la myopie maligne

(M. G. BONNEFON, de Bordeaux. — Présentation par M. ROCHON-DUVIGNEAUD ; 17-6-1941).

Le traitement de la myopie maligne préconisé par M. Bonnefon vise à un drainage de la choroïde, drainage luttant contre l'asphyxie maculaire progressive. Pratiquement, il consiste en une injection locale d'une solution osmolytique de chlorures de sodium-magnésium éthylmorphine et novocaïne. M. Bonnefon emploie cette thérapeutique depuis dix années avec de bons résultats.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La contracture abdominale dans les plaies de la fesse par projectile de guerre

(MM. P.-F. LECLERC (de Dijon) et Y. SAUTTER (d'Autun). — Rapport de M. MENEGAUX ; 7-5-1941)

On peut observer une contracture abdominale dans certaines plaies de la fesse par projectiles de guerre, sans qu'il y ait pénétration du projectile dans l'abdomen, sans lésion viscérale directe. Les auteurs en relatent cinq cas. Ces faits s'apparentent au syndrome parapéritonéal décrit par Rouvillois, par Schwartz et Quénu. La contracture est probablement due ici à des hémorragies intra-musculaires sous-péritonéales, déclenchant des réflexes péritonéo-moteurs (théorie de Zacharie Cope). Deux fois, les auteurs ont d'ailleurs constaté la réalité de l'hématome sous-péritonéal. Dans les autres cas, peut-être celui-ci existait-il aussi, l'énorme force vive des projectiles de guerre pouvant parfaitement bien créer à distance de la plaie des lésions sérieuses.

Cette contracture peut prêter à erreur. Il y a, en effet, des plaies pénétrantes de l'abdomen avec entrée du projectile à la fesse. L'examen radiographique et, dans les cas difficiles, la laparotomie exploratrice, éclaireront le diagnostic.

— M. BASSET a trouvé dans les statistiques de guerre de 1914-1918, sur 750 blessés de l'abdomen, dix cas de plaies abdominales avec orifice de pénétration du projectile dans la région fessière.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur l'absorption par les voies respiratoires de solutions médicamenteuses administrées en fines pulvérisations

(M. Léon BINET et Mlle BOCHET ; 7-3-1941)

On sait l'existence dans plusieurs de nos stations hydrominérales de dispositifs, dits nébulisateurs, destinés au traitement de l'asthme, de l'emphysème, des bronchites. Il s'agit par le système des aérosols médicamenteux de faire parvenir au niveau des voies respiratoires, dans une cabine, des micro-brouillards denses et secs. Les auteurs ont eu l'occasion d'employer cette méthode et de réaliser ainsi des pulvérisations individuelles ou collectives. Au moyen de recherches histo-physiologiques, ils ont établi que les bronches, les bronchioles, les cavités alvéolaires pouvaient être atteintes par les pulvérisations ; que l'éphédrine ainsi utilisée avait un effet hypertenseur manifeste. Les brouillards d'éphédrine et d'atropine coupent les bronchospasmes : leur action est telle qu'un agent broncho-constricteur administré secondairement reste alors sans effet ; on devine l'intérêt d'une telle thérapeutique dans le traitement de certaines crises dyspnéiques.

Tuberculose aiguë du « post-partum » et tuberculose génitale

(MM. P. JACOB et A. BAREAU ; 28-3-1941)

Tantôt il s'agit de femmes ayant toujours eu une bonne santé, tantôt de femmes ayant présenté dans leur passé un incident tuberculeux qui paraissait guéri, tantôt enfin de tuberculeuses atteintes de tuberculose à allure de tuberculose fibro-caséeuse chronique, antérieure à la grossesse ou ayant semblé débuter pendant son évolution. La grossesse paraît bien supportée jusqu'à son terme ou jusqu'à l'avortement ou l'accouchement prématuré, qui bien souvent y met fin. L'accouchement se passe bien et, dès le lendemain, la fièvre s'allume. C'est l'absence de tout signe infectieux du côté du petit bassin qui amène à penser à la tuberculose aiguë, tuberculose qui évoluera en quelques semaines vers la mort.

Comment expliquer ces tuberculoses ? Par un état humoral particulier déterminé par la grossesse, par choc obstétrical, par un état d'anergie ? Les auteurs ont rassemblé quelques observations, où ils ont pu constater à l'autopsie que l'état intermédiaire entre l'infection initiale et la phase terminale post-gravidique était constitué par une tuberculose génitale.

Cette cause paraît être assez fréquente pour être rappelée. C'est aux gynécologues et aux accoucheurs qu'il appartient de dire si le diagnostic clinique de ces tuberculoses génitales au cours de la grossesse est possible, et si leur connaissance doit modifier la conduite à tenir pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 avril 1941

Sur le pronostic et le traitement de l'arythmie complète

M. Ch. LAUBRY se propose de montrer combien le pronostic de cette arythmie, aussi fréquente qu'elle est impressionnante, est, la plupart du temps, aussi bien d'ailleurs que son diagnostic, accessible à tout médecin praticien, en dehors des investigations dont use le cardiologue, graphiques et électroradiographiques.

Elle est l'expression de la fibrillation auriculaire ; elle ne réalise donc qu'une atteinte de l'oreillette, c'est-à-dire une atteinte parcellaire du cœur. Sa gravité ne réside pas en elle-même, mais elle est liée avant tout à ses causes, à son association avec l'insuffisance ventriculaire et accessoirement à la rapidité de son rythme. Redoutable dans la sténose mitrale où elle indique souvent une endocardite évolutive thrombosante, sa sévérité dans les coronarites dépend de leur extension et de leur caractère plus ou moins aigu ; l'arythmie complète du vieillard est remarquablement tolérée. Quand au second facteur, l'insuffisance ventriculaire, il convient de l'apprécier avant l'asystolie confirmée. On le fera, grâce aux signes cliniques objectifs : souffle systolique apexien, galop protodiastolique, et quelquefois aux anomalies ventriculaires électriques.

Cette étude pose les indications très nettes du traitement. Tantôt, elle autorise l'abstention et un traitement purement sédatif. Tantôt, chez les sujets relativement jeunes, basedowiens en général, où le ventricule paraît sain, la quinidine donne d'excellents résultats. Tantôt et le plus souvent, la digitale est le médicament de choix : son mode d'administration et ses doses sont subordonnées à la rapidité plus ou moins persistante du rythme et à la gravité de l'atteinte myocardique. Dans toutes ces éventualités, le traitement sédatif a toujours une action heureuse, ainsi que le traitement étiologique dans la syphilis ou l'athérome et dans le goitre exophtalmique où l'on peut envisager l'opportunité du traitement chirurgical.

Quelques données récentes sur les infarctus du myocarde et leur traitement

M. E. DONZELOT, après avoir rappelé en quelques mots les syndromes clinique et électrique des infarctus du myocarde insiste :

1° Sur quelques données récentes qui montrent que tous les infarcissements myocardiques ne sont pas sous la dépendance d'une altération coronarienne ;

2° Sur la conduite thérapeutique qu'il convient de suivre actuellement en présence de ces graves accidents myocardiques.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

CHEZ MASSON ET CIE
120, boulevard Saint-Germain.

Léon BINET. — **Hémorragie. Choc. Asphyxie.** Un vol. 128 p., 52 fig., 1941.

Maurice BOIGEY. — **Hydrothérapie et Massage.** Un vol. 392 p., 181 fig., 1941.

Michel POLONOVSKI, P. BOULANGER, P. CRISTOL, G. FLORENCE, A. GIBERTON, M. MACHEBŒUF, H. ROBERT, J. ROCHE et C. SANNIÉ. — **Eléments de biochimie médicale.** Un vol. 694 p., 57 fig. 1941.

H. et M. HINGLAIS. — **Carence calcique et régime alimentaire. Phosphore. Calcium. Vitamine D.** Préface du Prof. Fourneau. Un vol. 92 p., 9 fig. (Collection Médecine et chirurgie : Recherches et applications n° 31), 1941.

Roger PIGEON. — **Coagulation et section des brides pleuro-pulmonaires par la méthode endoscopique.** INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS. Préface du Prof. Bezançon. Un vol. 104 p., 14 fig. (Collection Médecine et chirurgie : Recherches et applications n° 29), 1941.

F. DUMAREST et H. MOLLARD. — **Le tuberculeux guéri. Etude médico-sociale.** Un vol. 160 p., 1941.

CHEZ AMÉDÉE LEGRAND et J. LEGRAND
93, boulevard Saint-Germain.

André RAIGA. — **Traitement des plaies de guerre par le bactériophage de d'Hérelle.** Un vol. 88 p. une fig. 1941.

Les Thèses

P. — Dr Marie-Louise NERET. — **Les tests cutanés d'intolérance dans les dermatoses professionnelles individuelles** (Thèse 1941).

En pathologie cutanée professionnelle, il faut distinguer :

1° L'intoxication cutanée professionnelle subordonnée à une cause extérieure et donnant des accidents *collectifs*, reproduisibles chez tous les sujets mis dans les mêmes conditions (le Pigeonneau, par exemple) ;

2° L'intolérance cutanée professionnelle qui est *individuelle* et ne se développe que chez certains ouvriers prédisposés.

Parmi les épreuves de différenciation proposées, l'épidermo-réaction semble le procédé de choix, suivant l'avis de nombreux auteurs, parmi lesquels Gougerot, Raoul Bernard, Mendelsohn.

Les épreuves d'épidermo-réaction ont un intérêt à l'embauche pour éliminer la sensibilité innée, et, dans la sensibilisation, pour mettre en évidence le produit nocif. Mais, la plupart des malades acquièrent leur allergie lentement et, jusqu'à la positivation des tests, il se passe souvent un temps très long, parfois des années. C'est dire qu'il faudra pratiquer ces examens régulièrement et non une seule fois.

P. — Dr J. RANARISON-BONARD. — **La fièvre bilieuse hémoglobinurique et son traitement par l'or colloïdal** (Thèse de 1941).

Deux courants d'idées s'affrontent, tant sur la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique que sur son traitement. Le premier soutient que cette maladie relève du paludisme avec, comme corollaire, la médication par la quinine. Le second, sans avoir découvert le germe spécifique, ne déclare pas moins qu'elle est une entité morbide. D'après cette deuxième théorie, il faut s'abstenir de quinine, laquelle n'étant pas alors le médicament approprié pourrait au contraire donner des mécomptes par son pouvoir hémolysant.

Les idées actuelles en hématologie et en thérapie colloïdale ont incité l'auteur à essayer l'or colloïdal dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Ce médicament, conclut-il, possède une action rapide sur l'ensemble des symptômes de l'affection. Il arrête l'hémolyse, abaisse la température et améliore l'état général. Le mécanisme d'action ne peut encore être précisé.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

UN VOYAGE DE DOCUMENTATION MÉDICALE EN ALLEMAGNE

Le 8 juillet dernier, le Docteur R. Deguy a donné, en conférence publique, ses impressions et ses réflexions au retour d'un voyage en Allemagne. C'est en médecin , et dans un dessein spécifiquement médical, que Deguy partait ; sa relation se borne donc au domaine professionnel, et l'état de guerre n'y tient aucune place. Elle n'en présentepas moins un puissant intérêt pour nos lecteurs en ce qu'elle décrit, vues par un praticien français, les organisations médicales nationales-socialistes.

En elle-même, la vision directe l'emporte de loin en force convaincante sur les plus savants exposés de doctrine. Mais encore, faut-il ne pas se borner à enregistrer : la valeur capitale d'un tel témoignage réside dans l'aptitude du voyageur à juger les nouveautés qu'on lui montre, à en sonder les réalisations, à comparer avec ce qui se fait chez nous, à apprécier les possibilités d'adaptation sur notre sol de conceptions nées à l'étranger. A tout cela, l'activité antérieure de Deguy dans les assemblées professionnelles le rendait mieux préparé que quiconque. Il faut nous féliciter d'avoir eu, en telle occurence, un tel reporter.

Il nes'est pas agi d'un voyage privé.

Au cours des tractations qui aboutirent, le 14 décembre 1940, à la signature d'une convention entre l'Union des médecins de Caisses-maladie d'Allemagne (K. V. D.) et le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins français, fut envisagée la possibilité de montrer sur place à des médecins français qualifiés le fonctionnement des Caisses d'assurances sociales allemandes.

Fin février 1941 ce projet était réalisé, et le départ fixé au 5 mars.

Devaient y participer : du côté français, le Docteur Pellissier, phtisiologue distingué, devenu par les circonstances inspecteur général du Secrétariat général à la Santé ; le Docteur Hollier médecin de campagne, membre du Conseil supérieur de l'Ordre ; Madame le Docteur Campeaux, médecin-contrôleur des Assurances sociales au ministère du Travail ; enfin, le Docteur Deguy, médecin praticien, en ce temps-là secrétaire administratif du Conseil supérieur de l'Ordre. Du côté allemand : le Docteur Knapp, représentant en France le führer de la médecine allemande (le Docteur Conti) et représentant aussi le président de la K. V. D. (le Docteur Grote) ; Mme Jaeger son adjointe ; enfin, le Docteur Claas, médecin accrédité auprès de l'Ambassade d'Allemagne à Paris.

Ce voyage s'est effectué dans des conditions de grand confort. Voyage en wagon-lit (la Mitropa remplaçant la Compagnie internationale des wagons-lits). Séjour à Berlin dans les meilleurs hôtels (le Central-Hôtel). Voitures automobiles à la disposition des voyageurs pour leurs déplacements.

Deguy tient honnêtement à rapporter l'atmosphère de cordialité et de sympathie dont tous se sentirent entourés, non seulement de la part des Allemands qui les accompagnaient, mais même des passants croisés dans les rues de Berlin. Il rapporte à bon droit ce fait comme digne, en pleine guerre, d'être noté.

Ceci dit, il entre dans le vif de son sujet et commence par décrire l'organisation professionnelle des médecins en Allemagne.

Tous les médecins allemands, fonctionnaires ou non, font partie obligatoirement de la Chambre des médecins. Le führer des médecins allemands, le Président de cette Chambre des médecins, est le Docteur Conti, successeur du Docteur Wagner, qui lui-même avait été avant l'hitlérisme, le Président de l'Hartmann-Bund, c'est-à-dire quelque chose comme notre ancienne Confédération des Syndicats médicaux.

De ce simple fait, Deguy, en passant, tire cette moralité qu'un changement de régime n'implique pas nécessairement une démolition totale de ce qui existait.

La Chambre des médecins a son siège principal à Munich. C'est l'analogue de notre Ordre national des médecins.

Elle semble être surtout une juridiction. Il y a une chambre dans chaque province ou « gau » du Reich, c'est-à-dire une trentaine. A signaler cependant que le Président de la Chambre des médecins, le Docteur Conti, s'occupe, — de par sa fonction de führer des médecins — de tout ce qui touche à l'Hygiène et la Santé publique. Il a un droit de regard dans tous les ministères et dans toutes les organisations collectives où des mesures de surveillance médicale s'imposent.

Le Président du Conseil supérieur de l'Ordre, en France, est loin d'avoir de telles prérogatives.

A côté de la Chambre médicale, existent deux autres organisations :

— L'Union nationale socialiste des médecins allemands qui, comme son nom l'indique, est un organisme du parti (c'est l'Union des médecins adhérents au parti national-socialiste),

et :

— L'Union des médecins de Caisses-maladie, groupant tous les médecins qui, après examen, ont été acceptés pour donner leurs soins aux assurés sociaux.

Ces trois organismes sont très proches, et le plus souvent leurs administrations se mêlent.

La K. V. D. comprend 95 % des médecins du Reich. C'est dire que presque tous les médecins allemands sont accrédités pour donner leurs soins aux assurés sociaux.

Seulement, contrairement à ce qui se passe en France, où tout médecin est habilité, il faut, en Allemagne, pour être admis à soigner les assurés sociaux, faire des études supplémentaires portant sur la législation des Assurances sociales et sur les modalités de la médecine sociale.

En somme, un médecin allemand d'Assurances sociales est requis de connaître les lois sociales et le fonctionnement de l'organisation à laquelle il collabore.

Le Docteur Grote est le président de la K. V.D. Il est à Berlin. C'est lui qui a organisé ce voyage. En plus de ses fonctions à la tête de la K. V. D. il est le représentant du führer des médecins à Berlin. Il est aussi général dans les milices hitlériennes (S. S.).

« Partout, en Allemagne, nous rencontrerons, accumulés sur une même tête, plusieurs fonctions et plusieurs pouvoirs. Partout nous avons vu les personnes mises aux postes de commande être à la fois des gens compétents, et de hauts dignitaires du parti. Cela donne une unité de vues doctrinales permettant une grande puissance d'action et de réalisation ».

En Allemagne, les Caisses d'Assurances sociales sont, avant tout, des organismes collecteurs et répartiteurs d'argent. Elles ne s'occupent que fort peu de médecine. La Caisse perçoit les cotisations patronales et ouvrières. Elle ne rembourse rien directement aux malades.

Les malades assurés sociaux sont soignés gratuitement partout. A l'hôpital, à la clinique, c'est la Caisse qui rembourse à l'établissement de soins les frais engagés, suivant des conventions particulières.

Les frais médicaux des malades soignés à leur domicile ou au cabinet du médecin, sont encaissés forfaitairement par l'Union des médecins de Caisses (la K. V. D.) qui fait ensuite la répartition aux médecins, au prorata du nombre des actes et de leur importance.

L'assuré social allemand et sa famille sont donc soignés gratuitement. Ils n'ont rien à débourser. Il n'y a pas de ticket modérateur. La Caisse d'Assurances sociales verse à la K. V. D. une somme forfaitaire, par cas de maladie et par trimestre civil. La K. V. D. — réunion des médecins donnant leurs soins aux assurés sociaux — répartit les sommes touchées. C'est la prise en charge, par le Corps médical organisé et sous sa responsabilité, de la médecine sociale.

Deguy note à ce propos que c'est là l'exacte réalisation de ce que préconisait Lafontaine, il y a 15 ans, et qu'on ne peut donc reprocher au syndicalisme français d'avoir manqué de vues d'avenir.

Primitivement, avant la guerre (celle de 1939-1940), la K. V. D. faisait la répartition des sommes encaissées forfaitairement à l'acte médical, en se guidant sur une nomenclature, où, à chaque acte médical était attribué un point ou un certain nombre de points. En fin de trimestre, on additionnait les points correspondant aux actes médicaux signalés par les médecins, — en regard on mettait la somme perçue globalement de la Caisse-maladie, — une division donnait la valeur du point en marks. Par exemple : 100.000 points — et 80.000 marks. La valeur du point pour le trimestre envisagé était de 8/10 de mark.

Pour éviter des variations trop grandes de la valeur à attribuer au point, d'un trimestre à l'autre, on faisait, pendant les mois creux, en été, une retenue sur les sommes perçues, pour la répartir sur les mois d'hiver, où les actes sont plus nombreux.

Depuis la guerre, pour diminuer les papiers, la K. V. D. a renoncé à ce système.

Chaque acte au-dessous de 10 points n'est plus inscrit. La répartition des honoraires se fait par « cas de maladie », c'est-à-dire que, pour chaque cas de maladie, et chaque trimestre, une somme forfaitaire est comptée au médecin, 6 marks 50 pour le médecin de médecine générale, 7 marks pour le chirurgien, 9 marks pour certains spécialistes (urologiste en particulier).

Le système allemand d'Assurances sociales diffère donc du français en plusieurs points.

D'abord la Caisse-maladie allemande est

avant tout un organisme administratif et financier. Elle collecte les cotisations ouvrières et patronales, et les répartit sur différents postes : invalidité, hôpitaux et cliniques, pharmacie, orthopédie, etc. et enfin soins médicaux.

La Caisse payant tous les soins médicaux forfaitairement et suivant des conventions passées avec les représentants qualifiés des corporations intéressées, n'a pas à s'occuper de médecine. C'est la corporation qui est responsable des soins ou fournitures dispensés aux malades.

Le rôle de la Caisse est donc simplifié et réduit.

Par contre, le rôle de la corporation — pour les médecins allemands, le rôle de la K. V. D. — est considérablement augmenté.

C'est ainsi que la K. V. D. doit s'occuper de ce qu'on appelle, en termes d'Assurances sociales « la taxation », c'est-à-dire de la vérification des feuilles de maladie sur lesquelles le médecin inscrit ce qu'il fait, et que tout le contrôle est à sa charge.

Remarquons en passant que ce contrôle est grandement facilité par le fait que la K. V. D. étant organisme strictement médical, les dia-, gnostics sont donnés « en clair » par les médecins. Les Allemands estiment qu'ainsi le secret médical n'est pas violé.

La K. V. D. traite avec toutes les Caisses-maladie, toutes les administrations, toutes les collectivités.

De cette façon, on ne voit plus en Allemagne ce qui se passe en France, à savoir la floraison anarchique des dispensaires de toutes sortes, la médecine de soins confondue avec la médecine de contrôle (chemins de fer, T. C. R. P., métro, ministères, etc.).

En Allemagne, ces différents organismes n'ont plus que des médecins à activité strictement limitée au contrôle du malade ou de l'assuré.

Sauf les cas d'urgence, ils n'ont pas le droit de donner des soins.

De nombreuses organisations corporatives médicales existent en Allemagne.

Si l'on tient compte qu'en Allemagne tous les médecins doivent appartenir à la Chambre médicale ; que 95 % d'entre eux sont affiliés à l'Union des médecins de Caisses ; qu'enfin la majorité d'entre eux sont inscrits au parti national socialiste, nous devinons d'où peuvent venir les ressources nécessaires à l'entretien des organisations d'entr'aide ou de propagande des médecins allemands.

D'abord, il y a les cotisations obligatoires à la Chambre médicale ; ensuite, les ressources provenant d'un pourcentage de 3 % prélevé sur toutes les sommes encaissées forfaitairement des Assurances sociales ; enfin les subventions qui peuvent provenir du Parti.

Au sein du parti, les médecins sont très considérés. D'abord parce qu'ils ont été nombreux à s'y rallier au début ; ensuite parce que la « mystique de la race » fait que les médecins sont des alliés indispensables. De plusieurs manières le régime s'intéresse vivement à eux.

Le médecin allemand a droit à une retraite minime que lui sert la Chambre des médecins ; le médecin affilié à l'Union des médecins de Caisses touche des allocations familiales substantielles (1), et il a la possibilité de se créer une retraite (à sa guise), en contractant une assurance sur la vie. Cette assurance est faite par la K. V. D.

Il existe à Berlin deux créations fort intéressantes, symptomatiques de l'effort de la corporation médicale, dans un but « culturel » comme aiment à dire les Allemands.

L'organisation du Docteur Haubolt, et la Maison d'édition des médecins.

— Le Docteur Haubolt dirige une organisat'on qui s'occupe de tout ce qui est médical à l'étranger. C'est un centre de renseignements et un centre de propagande médicale.

— La Maison d'Edition des médecins est une création de la Chambre des médecins. Elle édite des journaux, des revues, des livres médicaux, mais surtout des tracts de propagande et de vulgarisation concernant l'hygiène générale et la prophylaxie et le traitement des maladies sociales.

Il faut ajouter à ces créations corporatives, la führer schule des médecins, située à Alt-Rehse, en pleine campagne. C'est une organisation bien particulière et typique de l'Allemagne nouvelle.

C'est une école de perfectionnement, non pas médicale — on n'y fait pas de médecine — mais sur le plan moral, physique, *racial*, mystique.

Elle est située à 130 kilomètres, au nord de Berlin, à la limite du Brandebourg et de la Poméranie, auprès d'un petit village paysan. Attenant à elle, une grande ferme modèle peut fournir toute la nourriture nécessaire aux élèves qui, par fournées de 130, se succèdent dans cette école pendant les mois d'été.

Le Directeur de l'école, le Docteur Peltret, est un descendant de Huguenots français, émigrés du Jura.

Les élèves vivent là comme dans un couvent militaire. Réunis en chambre de huit, ils font leur lit, cirent leurs chaussures, font leur toilette en commun ; se réunissent au complet pour l'étude et les repas, dans une salle immense, fort belle, tenant, avec la cuisine, un chalet entier.

Des chefs d'équipe dirigent les médecins par petits groupes pour la culture physique, les jeux, les conférences. Une salle de gymnastique, par-

(1) Les allocations familiales, pour un père de 4 à 5 enfants, doublent à peu près les honoraires du médecin célibataire. La moyenne des enfants, par famille de médecin, est comprise entre 3 et 4.

faitement installée, occupe tout un autre chalet, et permet l'entraînement même par mauvais temps.

Au bord du lac, au pied de la colline sur laquelle s'étalent les bâtiments de l'Ecole (genre chalets de montagne : fondations en pierre, construction en bois, toits de chaume), existe une installation complète et confortable pour les bains, l'ensoleillement, le canotage, et même la navigation à voile.

Une bibliothèque importante existe, attenante à l'un des chalets d'habitation. Mais, fait-on remarquer, elle ne contient pas de livres médicaux, uniquement des livres de culture générale, de doctrine ou de voyages.

Somme toute, cette école est une école de cadres, école de führers, de dirigeants pour la profession médicale.

Des médecins sélectionnés une première fois par les sections locales du parti national-socialiste sont envoyés à Alt-Rehse pour y suivre des cours portant sur des questions sociales et raciales.

Ils s'y perfectionnent physiquement, moralement.

Un classement s'y fait, qui permettra plus tard de choisir pour un poste donné, l'homme compétent, éprouvé, sûr.

On peut prôner ou déplorer une telle manière de faire. Il est certain que cela a bien réussi à la jeune Allemagne.

Quel est le standard de vie d'un médecin allemand ?

Des statistiques accumulées depuis 1934 montrent que pour l'ensemble du Reich, le gain des médecins est composé pour moitié d'honoraires provenant de la clientèle libre, et moitié d'honoraires provenant des Assurances sociales.

Le chiffre annuel *moyen* du gain d'un médecin varie de 150.000 à 200.000 francs français.

Ceux qu'on appelait les « *Lions de Caisses* » ont été supprimés.

Quand, dans un poste, un médecin de Caisses n'arrive pas à vivre, la K. V. D. (L'Union des médecins de Caisses) complète son salaire pour qu'il atteigne l'équivalent de 60.000 francs.

Deguy, en terminant, donne quelques notes purement touristiques.

A Berlin, du 5 au 15 mars, la vie était normale. Beaucoup de monde. Beaucoup d'étrangers. Beaucoup de missions françaises et autres.

Pas de queues sauf pour le tabac qui est rare et cher.

Pas de destructions dans le centre de la ville sauf trois immeubles dont l'un justement appartenant à la K. V. D., immeubles qui étaient presque réparés au moment de la visite.

Et il tire de ce voyage d'enquête les conclusions suivantes :

Il existe en Allemagne des réalisations corporatives intéressantes.

Il convient de noter ensuite le rôle limité des Caisses ; l'importance de la K. V. D. qui a pris en charge la médecine sociale, moyennant une somme forfaitaire qui, d'après les statistiques, représente environ 15 % du total des cotisations encaissées par les Caisses ; la suppression de la médecine fonctionnarisée d'Etat ; le standard de vie relativement élevé des médecins allemands ; la place importante qu'ils ont su prendre dans le nouvel état, en s'appuyant sur le parti national-socialiste.

Les médecins allemands doivent observer une discipline. Mais cette discipline leur est imposée par « la corporation », qui sait ce qu'elle veut, et qui a une doctrine.

A une telle organisation, si bonne allure ait-elle et si efficiente se montre-t-elle, il y aurait certes bien des modifications à apporter pour l'adapter à l'esprit français. Nous aimons les réalités, mais il y a encore certaines irréalités que nous aimons davantage. Sans l'exprimer, Deguy le suggère assez clairement.

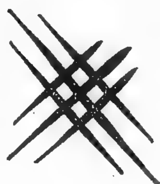
Mais on ne peut ignorer cette façon d'aborder le problème médico-social et nous devons dès maintenant essayer d'y prendre ce qui est, à notre usage, bon à prendre.

C'est en quoi la conférence de Deguy prend tout son sens et tout son intérêt.

Deguy exprime le regret que l'occasion ne lui ait pas été offerte d'exposer au Conseil supérieur le compte rendu de ce voyage d'études.

Mais il tient à noter que c'est à la demande de certains membres de ce Conseil, et non des moindres, qu'il en publie aujourd'hui la matière.

G. L.



RECONSTRUCTION ET RECONSTITUTION DES CABINETS MÉDICAUX DÉTRUITS

Ainsi que nous le laissions prévoir, il y a quelque semaines, dans nos Echos et Commentaires, la loi du 11 octobre 1940 relative à la reconstruction des immeubles d'habitation partiellement ou totalement détruits par faits de guerre, modifiée par celle du 10 février 1941, vient d'être définitivement complétée et codifiée par la loi du 12 juillet 1941. (*Journal officiel* du 16 *août* 1941).

Par quelques extraits, nous indiquerons les innovations qui consistent principalement en une notable augmentation de la participation financière de l'Etat.

Puis nous nous étendrons sur les mesures prises en faveur de la reconstitution des cabinets médicaux et dentaires dont le mobilier et l'outillage professionnels ont été totalement détruits.

Voyons d'abord le cadre général des nouvelles dispositions législatives.

En matière immobilière :

« Le concours financier de l'État est fixé à 80 p. 100 du coût normal de reconstruction.

« Toutefois, ce taux est porté à 90 p. 100 dans les conditions que fixera un arrêté ultérieur, pour les immeubles d'un coût normal de reconstruction inférieur à 300.000 francs, en faveur soit des propriétaires d'un seul immeuble, soit des propriétaires de plusieurs immeubles, pour l'immeuble qu'ils habitaient avec leur famille comprenant trois enfants au moins. » (*Art.* 6.)

La participation financière de l'Etat peut être réduite dans la proportion d'un tiers au maximum en raison de l'ancienneté de l'immeuble, de son insalubrité...

Les propriétaires sinistrés pourront couvrir la différence entre les dépenses effectives de reconstruction et le montant de la participation financière de l'Etat en contractant auprès du Crédit foncier de France ou du Sous-Comptoir des Entrepreneurs, un emprunt ou une ouverture de crédit à 3 ou 30 ans, portant intérêt au taux légal d'escompte de la Banque de France, majoré de 75 centimes.

En matière mobilière :

Sont assurées avec le concours financier de l'Etat aux termes de l'art. 29, **la reconstitution** :

— 1° Des meubles meublant et objets ménagers nécessaires à la réinstallation du foyer familial, à condition qu'ils aient été détruits par fait de guerre en même temps que l'immeuble qui les contenait.

« L'allocation est fixée à 15.000 francs pour un ménage légitime.... (*Art.* 31.)

« Pour une personne non mariée, ou ne résidant pas avec son conjoint, l'allocation est fixée à 10.000 francs si un ou plusieurs enfants, tels qu'ils sont définis à l'article 34 ci-après, vivaient avec elle.... » (*Art.* 32.)

« Les allocations prévues par les articles 31 et 32 ci-dessus sont augmentées de 5.000 francs par enfant habitant dans la maison et de 2.000 francs par personne habitant habituellement dans la maison.

« Sont considérés comme enfants, au sens du présent décret, les descendants de l'allocataire principal ou de son conjoint, qu'ils soient majeurs ou mineurs, légitimes ou naturels légalement reconnus, ainsi que les enfants adoptifs..... » (*Art.* 34.)

« L'allocation attribuée aux sinistrés ne rentrant pas dans les catégories prévues aux articles 31 et 32 ci-dessus est fixée à 5.000 francs.

« Cette somme est augmentée de 2.000 francs par personne habitant habituellement dans la maison. » (*Art.* 35.)

Toutefois, les sinistrés titulaires au 1er septembre 1939 d'une police d'assurance contre l'incendie garantissant les meubles meublants et les objets mobiliers d'usage courant, peuvent, en vertu de l'article 36, demander que la participation financière de l'Etat à la réinstallation du foyer familial soit calculée sur la base des sommes assurées à concurrence d'un maximum de 100.000 francs et à l'exclusion de tous risques spéciaux tels que bijoux, valeurs, objets d'art...

Si la police d'assurance couvre sans distinction de valeur le mobilier personnel du médecin ainsi que son installation professionnelle, la ventilation du montant des sommes assurées se fera dans la même proportion que celle retenue pour l'assiette du droit de patente, c'est-à-dire dans le rapport de la valeur locative des pièces professionnelles au montant total du loyer.

Lorsque le sinistré fait usage de la faculté accordée par l'art. 36 :

..... la participation de l'Etat est fixée pour les ménages légitimes à 50 p. 100 de la valeur assurée...

« Pour les personnes non mariées ou n'habitant pas avec leur conjoint, la participation de l'Etat est fixée à 40 p. 100 de la valeur assurée si un ou plusieurs enfants ou assimilés vivaient avec elles... »

« Le taux de la participation est augmenté de 10 p. 100 par enfant ou assimilé habitant dans la maison à la date du sinistre, sans que l'allocation accordée puisse excéder le capital assuré aux conditions particulières de la police telle qu'elle est définie à l'article 36 ci-dessus.

« La participation est fixée à 30 p. 100 de la valeur assurée dans les cas autres que ceux prévus aux deux premiers alinéas du présent article.

— 2° Du mobilier et de l'outillage professionnels détruits par faits de guerre et appartenant aux personnes exerçant une profession libérale.

En effet :

« Indépendamment de la participation de l'Etat prévue aux articles 30 et suivants du présent décret, les personnes visées à l'article 29 ci-dessus dont le mobilier et l'outillage professionnels ont été totalement détruits en même temps que l'immeuble qui les contenait recevront de l'Etat une allocation forfaitaire aux taux et dans les conditions que fixera pour chaque profession ou groupe de professions un arrêté contresigné par le secrétaire d'Etat intéressé, le secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et le secrétaire d'Etat aux Communications.

« Des facilités d'emprunt pourront, d'autre part, être accordées à ces sinistrés pour leur permettre de faire face aux dépenses qui s'avèreraient nécessaires pour la reconstitution du matériel et de l'outillage indispensables à l'exercice de leur profession et qui ne seraient pas couvertes par l'allocation forfaitaire prévue à l'alinéa ci-dessus.

« Les limites et conditions dans lesquelles seront accordées ces facilités d'emprunt seront déterminées pour chaque profession ou groupe de professions par l'arrêté interministériel précité. » (*Art.* 39.)

Cet arrêté a été promulgué, en ce qui concerne les professions médicales le 12 juillet 1941,

« La reconstitution des cabinets médicaux et dentaires de toutes natures, détruits par actes de guerre, est assurée sous la garantie du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins dans les conditions fixées au présent arrêté ». (Art. 1er).

Chaque médecin sinistré touchera une indemnité forfaitaire. Les spécialistes bénéficieront en plus de facilités particulières d'emprunts pour la reconstitution de leur appareillage détruit.

« L'allocation forfaitaire prévue par l'article 39, premier alinéa, de la loi susvisée est fixée à 5.000 francs pour les *praticiens* (1) dont le mobilier professionnel et l'instrumentation courante ont été totalement détruits en même temps que l'immeuble qui les contenait.

Cette somme est augmentée de 2.000 francs lorsque l'installation détruite comportait une salle d'attente. » (*Art.* 2.)

« Pour la reconstitution de l'appareillage particulier nécessaire à l'exercice de leur profession, les *spécialistes*, indépendamment des allocations forfaitaires prévues à l'article précédent, bénéficieront, conformément à l'article 39, deuxième alinéa, de la loi susvisée, de facilités d'emprunts auprès des organismes avec lesquels l'Etat aura passé des conventions à cet effet.

Le taux des emprunts contractés à ce titre sera au maximum de 4,50 p. 100 l'an, et leur durée ne pourra excéder six années. » (*Art.* 3.)

(1) Le texte officiel porte le mot « *spécialistes* ». Nous nous sommes étonnés de ce qu'aucun remboursement n'était prévu pour les omnipraticiens. A source officielle, il nous a été affirmé qu'il s'agissait là d'une coquille, qui ferait l'objet d'un prochain rectificatif et qu'il fallait lire « praticiens ».

Toutes ces mesures seront prises sur la proposition du Conseil supérieur de l'Ordre et sous sa responsabilité :

« L'attribution des allocations forfaitaires et l'octroi des emprunts prévus aux articles précédents sont subordonnés à l'agrément du conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

En ce qui concerne les emprunts, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins en déterminera le montant pour chaque sinistré et sera tenu d'en garantir le remboursement en principal, intérêts et accessoires. » (*Art.* 4.)

Mais est-il vraiment préparé à remplir les fonctions d'estimateur et d'agent de recouvrement ?

Aussi pensons-nous qu'il serait souhaitable que le Conseil supérieur délègue ces pouvoirs aux Conseils départementaux qui sont beaucoup plus à même, étant sur place, de remplir ce rôle avec équité et rapidité.

***

Les médecins sinistrés sont donc assurés de la prise en charge par l'Etat d'une grosse partie des frais de la reconstruction de l'immeuble dans lequel était situé leur cabinet médical.

Pour la reconstitution de leur mobilier familial, ils toucheront un minimum de 15.000 francs s'ils sont mariés, plus une allocation supplémentaire par enfant.

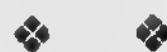
Enfin, les médecins sont les premiers sinistrés en faveur de qui il est prévu une allocation spéciale pour la reconstitution de leur mobilier et instrumentation professionnels. Evidemment la somme de 7.000 ou 5.000 francs qu'on leur alloue, suivant qu'ils avaient ou non une salle d'attente à caractère uniquement professionnel, est peu en comparaison du coût véritable de la reconstitution du cabinet médical d'un omnipraticien, mais l'Etat n'est pas en mesure de faire plus, nous a-t-on dit.

Quant aux spécialistes, ils auront de plus la faculté d'emprunter les sommes nécessaires au rachat de leur coûteux appareillage. Malheureusement, le taux d'intérêt de 4,50 % qu'on leur offre est loin d'être un taux de faveur, étant donné surtout que le remboursement de ces avances est garanti par l'Ordre.

Le Ministère de la Santé publique et le Conseil supérieur ont vainement tenté au cours des discussions préalables de faire abaisser ce taux d'intérêt à 1 et 2 %. On a malheureusement l'impression que les organismes financiers qui consentiront ces avances, en vertu de conventions qu'ils ont spécialement passées avec l'Etat, pensent beaucoup plus à leurs propres intérêts qu'aux difficultés de ceux qui ont tout perdu du fait de la guerre.

B. M.

Chronique automobile



QUELQUES CONSEILS PRATIQUES POUR L'UTILISATION DE L'ALCOOL

(*Suite*) (1)

Par M. Henri PETIT

Ancien élève de l'École Polytechnique,
Rédacteur en chef de la *Technique automobile*

Augmentation du rapport volumétrique

Tout ce que nous venons de dire vise uniquement la question thermique. Il ne faut pas oublier d'autre part, que l'utilisation de l'alcool sera d'autant meilleure que le rapport volumétrique du moteur sera plus élevé. Si l'on doit se servir d'alcool pendant un temps assez long, on aura toujours intérêt à augmenter le rapport volumétrique du moteur.

Le procédé le plus recommandable et qui a le grand mérite de ne rien transformer définitivement et de permettre de revenir si on le désire aux conditions primitives, consiste à changer la culasse pour une autre.

Certains constructeurs ont créé pour des types de voitures répandues, des culasses spéciales destinées non pas tellement à la marche à l'alcool, mais plutôt à la marche au gazogène. Ces culasses permettent d'obtenir un rapport de compression de 8 à 8 1/2 et même éventuellement 9. Le prix d'une culasse est évidemment assez élevé, mais les économies de carburant qu'on pourra réaliser et surtout l'économie d'usure du moteur sera assez considérable pour que le prix de la culasse soit assez rapidement rattrapé. Et, répétons-le, conservant l'ancienne culasse, on aura toujours la possibilité de revenir à la marche à l'essence.

Le rabotage de la culasse, si souvent préconisé, ne permet qu'une faible augmentation du taux de compression et a le tort évident de ne pas permettre de revenir en arrière. D'autre part, le rabotage doit toujours être modéré, sous peine d'affaiblir les parois de la culasse, qui, ne l'oublions pas, supportent tout l'effort de l'explosion.

A titre d'indication, disons que par changement de culasse nous avons pu obtenir sur un moteur Peugeot, type 402 les résultats suivants : avec la culasse d'origine (rapport 7,2), la consommation d'alcool était en utilisation, de 17 l. 1/2 aux 100 kilomètres ; avec la nouvelle culasse (rapport 9), nous avons pu, pour une utilisation du même ordre et même un peu supérieure, faire descendre la consommation à 14 l. aux 100 kilomètres. On voit que cela en vaut la peine, puisqu'on économise ainsi 3 l. 1/2 aux 100 kilomètres, soit environ 18 francs, sans parler de l'usure du moteur certainement diminuée grâce à la meilleure utilisation du carburant.

Usure et superhuilage

On reproche à l'alcool de provoquer une usure excessive du moteur. Ce n'est pas précisément l'alcool qui est coupable, mais bien sa mauvaise utilisation.

Il est certain en effet, que si le réchauffage est insuffisant, l'alcool arrive dans le cylindre partiellement à l'état liquide, brûle incomplètement en donnant naissance à différents produits corrosifs, tels l'acide acétique, d'où usure assez rapide des cylindres et des segments et pollution de l'huile de graissage.

Il faut donc éviter à tout prix que l'alcool ne soit pas complètement vaporisé en arrivant dans le cylindre, sauf bien entendu pendant les quelques secondes qui suivent la mise en route du moteur froid où le phénomène est inévitable. Pour cela : réchauffer suffisamment.

On fera bien également de monter un dispositif de superhuilage qui envoie de l'huile dans la tuyauterie d'aspiration et de là dans la partie supérieure des cylindres. De nombreux dispositifs existent sur le marché et on n'a que l'embarras du choix.

On pourrait mélanger de l'huile à l'alcool à la condition expresse que cette huile ne soit pas de l'huile minérale. On pourrait prendre de l'huile de ricin. Je n'ose parler d'huile d'olive ou d'huile d'arachide pour lesquelles il y a actuellement des emplois plus urgents.

***

Enfin, si l'on veut obtenir une marche économique, il faut consentir à un certain abaissement de la puissance du moteur. On peut certes retrouver avec l'alcool une puissance égale et même supérieure à celle qu'on a avec l'essence, mais au prix d'une consommation importante. Si, au contraire, on consent une perte de puissance qui n'est en général pas gênante sur une voiture de tourisme, on peut arriver presqu'à l'égalité de consommation.

(1) Voir *Concours médical*, nº du 24 août 1941.

Nous avons pu atteindre ce résultat sur une petite voiture, en diminuant sa vitesse maximum qui, à l'essence, était voisine de 120 à l'heure et qui maintenant dépasse à peine 100 à l'heure ; pour un service de ville, on ne ressent absolument aucune différence dans l'utilisation.

Le réglage du carburateur sera fait très soigneusement en s'inspirant des directives suivantes :

Diminuer assez fortement le diamètre du diffuseur, de 2 à 5 millimètres ; choisir ensuite les gicleurs pour avoir une bonne marche *quand le moteur est bien chaud.*

Evidemment, le moteur donnera la sensation d'être réglé trop pauvre tant qu'il ne sera pas bien chaud, et peut être sera-t-on obligé de temps en temps, pour faire une reprise ou monter un raidillon peu de temps après la mise en route, de tirer sur la manette du starter, mais ce sera là le seul inconvénient que présentera ce réglage.

Enfin, bien vérifier l'allumage surtout si l'on a augmenté fortement le taux de compression : il se peut qu'on soit obligé de rapprocher quelque peu les pointes des bougies, les étincelles pouvant avoir des tendances à passer à l'extérieur si la compression est trop forte.

L'avance à l'allumage doit être légèrement augmentée, mais son réglage est très minutieux. Avec l'essence en effet, on est prévenu qu'il y a trop d'avance quand le moteur se met à cliqueter. Avec l'alcool, rien de tel. Le moteur ne cliquette jamais. On s'aperçoit seulement que l'avance est exagérée si le moteur perd de la puissance.

Pour faire le réglage, on se basera donc sur la vitesse maximum obtenue sur un tronçon de route en palier : la meilleure avance sera celle qui aura donné la plus grande vitesse.

Une commande d'avance à la main est pratiquement indispensable, car avec la bonne avance de marche, il sera souvent impossible de mettre en route à cause des retours.

Pour la mise en route, on peut n'utiliser que de l'alcool avec un système de réchauffage électrique dont certains fonctionnent très bien.

Le dispositif Zenith par exemple ne consomme que 120 watts et par les plus grands froids (—8), il est bien rare qu'il faille le faire fonctionner plus d'une minute et demi ou deux minutes. Néanmoins comme c'est une fatigue supplémentaire pour la batterie et qu'on n'a pas trop de toute l'énergie de celle-ci, pour actionner le démarreur, surtout si le taux de compression a été augmenté, on pourra faire la mise en route avec de l'essence si on en a et dans le cas contraire, avec un mélange de deux tiers d'alcool et d'un tiers d'éther sulfurique.

On peut également employer l'acétone, si on peut en trouver.

Voilà résumées aussi complètement que possible les précautions à observer pour obtenir les meilleurs résultats possibles de l'utilisation de l'alcool.

LES CERTIFICATS DE RÉGIME

Je crois utile de revenir sur l'irritante question de certificats médicaux de mise au régime.

Pourquoi, dans le cadre départemental, les Ordres médicaux ne font-ils pas imprimer des carnets à souche de certificats officiels de mise au régime avec indication *imprimée* du régime approprié et ce qui en découle au point de vue suppression de denrées. Par exemple :

DÉPARTEMENT DE X
—

Je soussigné.................... docteur en médecine à .... certifie que M. .... à qui j'ai remis le présent certificat, présente actuellement ....

En conséquence, M. .... sera, pour une durée de .... mois, mis au régime.

	Suralimentation	I	II	III	IV
Suppléments	....	....	....	....	....
Suppressions	....	....	....	....	....

Remis à l'intéressé, sur sa demande, le .... 194 .

Signature :

Ces carnets à souche présenteraient de gros avantages à savoir que :

1° Le prix en serait fixé, et le prix de chaque certificat connu des clients ;

2° Personne ne pourrait plus accuser le Corps médical de tirer un profit quelconque des circonstances, car ces carnets à souche seraient *vendus* aux médecins. Le produit de cette vente pourrait servir à alimenter une Caisse confraternelle de secours d'urgence (médecins d'Alsace-Lorraine, prisonniers, sinistrés).

Dr R. BAUDIN (Lérouville).

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

Comité consultatif d'hygiène de France

M. le Professeur Gaston Ramon, membre de l'Académie de médecine, directeur honoraire de l'Institut Pasteur, et directeur de l'Institut Pasteur de Garches, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France et conseiller technique sanitaire de sérologie et d'immunologie auprès du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.

M. le Docteur André Boivin, membre de l'Académie de médecine, chef de service à l'Institut Pasteur de Garches, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France et conseiller technique sanitaire de sérologie et d'immunologie auprès du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.

(*J. O.*, 11 août 1941).

Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières et d'assistantes sociales

Sont nommés membres du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers ou d'infirmières, d'assistants ou d'assistantes de service social jusqu'à l'expiration des pouvoirs du Conseil actuellement en fonctions :

M. le Docteur Delafontaine, médecin inspecteur de l'enseignement de la Croix-Rouge française.

M. le Docteur Renaudeau, délégué de Médecine et Famille.

(*J. O.*, 13 août 1941).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

AIDE AUX JEUNES MÉDECINS. — IMPÔT DES PRISONNIERS. — INSCRIPTION DES STOMATOLOGISTES AU TABLEAU DE L'ORDRE. — NATURE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — LES FEMMES DE MÉNAGE ET LES ALLOCATIONS FAMILIALES.

Le Bureau Universitaire de Statistique (B. U. S.) qui avait, dès 1938, préconisé la création de « Prêts d'honneur » en faveur des jeunes diplômés des professions libérales, désireux de s'installer dans les centres ruraux, vient de voir sa généreuse initiative se concrétiser dans un accord intervenu récemment entre lui et le Conseil supérieur de l'Ordre.

Un service d'aide pour l'installation des jeunes médecins est créé auprès du Conseil supérieur de l'Ordre.

Des prêts d'honneur sont attribués par une Commission composée :

— du Professeur Fiessinger, *représentant le Recteur.*

— du Docteur Grenet, *vice-président du Conseil supérieur de l'Ordre.*

— du Docteur Fèvre, *trésorier du Conseil supérieur de l'Ordre.*

— de Monsieur Peaucelle, *secrétaire administratif du Conseil supérieur de l'Ordre.*

— de Monsieur Rosier, *secrétaire général du B. U. S.*

— de Monsieur de Lescure, *représentant de l'Union nationale des étudiants.*

Son rôle consiste à attribuer des prêts d'honneur destinés à faciliter l'installation de jeunes médecins dénués de ressources, dans les régions rurales ou les petits centres urbains.

Ces prêts dont le montant maximum est actuellement fixé à 15.000 francs, doivent être remboursés dans un délai maximum de dix ans. Ils sont garantis par une assurance-vie que doit obligatoirement contracter le bénéficiaire au profit de la Caisse des prêts d'honneur.

Les bénéficiaires des prêts doivent en outre prendre l'engagement de demeurer dans la commune choisie par eux pendant au moins cinq ans, sauf autorisation du Conseil supérieur de transporter ailleurs leur cabinet.

La Caisse des prêts d'honneur est alimentée :

— par l'apport initial de la somme de 287.000 francs fait généreusement par le B. U. S.

— par les dons reçus à cet effet.

— par une contribution future du Conseil supérieur.

Les demandes de prêts peuvent être adressées, soit au Conseil départemental de l'Ordre dans le ressort duquel le postulant veut s'établir, soit aux Comités locaux des œuvres sociales en faveur des étudiants.

Remercions le B. U. S. de sa générosité et souhaitons que ces mesures contribuent à améliorer l'équipement sanitaire de nos campagnes en déterminan tles jeunes à s'installer dans des contrées dépourvues de médecin.

***

La circulaire du Ministre des Finances du 10 mai 1941 avait, ainsi que nous le savons, accordé de plein droit aux militaires en captivité au 1er avril 1941, le dégrèvement de leurs impôts directs relatifs aux années 1939 et 1940, à condition que le montant de ces cotes soit inférieur à 5.000 francs par an et par commune.

Le bénéfice de ces mesures vient d'être étendu aux impôts de 1941.

Rappelons que les familles des prisonniers doivent pour obtenir ces dégrèvements, en faire la demande, dès maintenant, aux directeurs départementaux des Contributions directes, en y joignant *un bordereau de situation* délivré par le percepteur, ainsi qu'une pièce établissant la qualité de prisonnier du contribuable antérieurement au 1er avril 1941 (*certificat du maire, carte émanant du prisonnier*).

***

Les stomatologistes doivent-ils s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins ?

Le secrétaire d'Etat à la Santé vient de répondre affirmativement dans une circulaire adressée le 30 juillet dernier aux Préfets et Directeurs régionaux à la Santé.

Les stomatologistes sont donc soumis à la juridiction de l'Ordre et il leur est interdit d'adhérer à un syndicat de chirurgiens-dentistes.

En ce qui concerne les praticiens de l'art dentaire, titulaires à la fois des diplômes de docteur en méde-

cine et de chirurgien-dentiste, leur situation est un peu particulière.

Si l'intéressé excipe de son titre de docteur en médecine, il relève de l'Ordre des médecins. Si, au contraire, il ne se réclame que de son diplôme de chirurgien-dentiste, il est soumis seulement aux règles régissant cette profession.

Remarquons d'ailleurs que la loi du 31 juillet 1941, confirmant l'art. 1er de la loi du 26 mai 1941, modifiant elle-même celle du 30 novembre 1892, indique que dans un avenir prochain, les chirurgiens-dentistes devront, pour exercer leur art, être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

***

Divers commentateurs découvrant tout à coup l'arrêt fondamental de la Cour Supérieure, en date du 20 mai 1936, sur la responsabilité médicale, s'élèvent avec flamme contre le caractère *contractuel* de cette responsabilité. Arrivant — sans grandes difficultés — à la conclusion que la responsabilité du médecin est surtout d'ordre *professionnel*, ils souhaitent que les Conseils de l'Ordre s'en fassent juges aux lieu et place des tribunaux.

Nous avons toujours soutenu, nous aussi, que les règles dont la violation pouvait mettre en jeu la responsabilité du praticien à l'égard de son client, sont bien plus des coutumes et des usages de l'art et de la profession, que des prescriptions fixées par la loi ou la convention des parties. Ce n'est ni au législateur, ni aux clients d'enseigner au médecin son métier.

Mais juridiquement la règle professionnelle n'a actuellement d'existence légale qu'au sein de la profession, et n'est point opposable sur le plan civil aux tiers qui y sont étrangers.

Il faut bien voir, d'autre part, que la thèse actuelle de la Cour Supérieure est au fond la plus sage et la moins dangereuse pour le médecin. L'arrêt de 1936 a eu de fort heureuses conséquences en supprimant la présomption de responsabilité en cas de dommages résultant de l'usage du matériel médical. Son seul inconvénient est la longue durée de la prescription applicable (trente ans), inconvénient que la difficulté de la preuve réduit au reste à peu de chose.

Quel danger, par contre, que de confier aux Conseils de l'Ordre le soin de prononcer la responsabilité du médecin, d'en faire une sorte d'expert obligatoire, dont les conclusions s'imposeraient aux juges ? C'est là le moyen d'en venir tout droit à « l'orthoxie médicale » et de récréer les vieux abus des corps médicaux d'autrefois.

Que le Conseil de l'Ordre et son Code de déontologie soient consultés, que les juges en tiennent compte, en même temps que des avis de l'expert, on ne peut que l'approuver. Mais gardons cette ardeur pour des causes plus importantes. Dieu merci, en cette période troublée, on ne peut se plaindre d'en manquer.

***

Depuis le 1er avril 1940, les employeurs de gens de maison sont obligés de s'affilier à une Caisse d'allocations familiales pour leurs domestiques.

La question de l'assujettissement des femmes de ménage s'était posée, en raison du caractère propre de leur contrat de travail : intermittence, patrons multiples. Elle se trouve aujourd'hui résolue par l'affirmative. Les femmes de ménage doivent donc être affiliées par leurs employeurs à une Caisse de compensation.

Les cotisations sont déterminées soit par un pourcentage du salaire effectif versé (4 % pour la Caisse

des gens de maison de la région parisienne), soit par une somme fixe, fonction du nombre d'heures d'emploi hebdomadaire (certaines Caisses régionales).

CORRESPONDANCE

ALLOCATIONS FAMILIALES

4.090. — Cotisations

J'ai l'honneur de vous demander un conseil au sujet des allocations familiales.

Je pensais être exonéré en application des lignes suivantes passées dans le nº 2 du *Bulletin* de l'Ordre des médecins ; « Pour bénéficier d'une exonération, il faut que le revenu professionnel au cours de l'année antérieure, n'ait pas excédé le montant du salaire.... » J'ai adressé un certificat de mon contrôleur déclarant que je n'étais pas soumis à l'impôt des professions libérales pour l'année 1940.

En 1940 j'étais mobilisé, j'ai exercé deux mois, novembre et décembre.

Je pense que la solde n'est pas un bénéfice professionnel.

Cette caisse me réclame le premier trimestre 1941, et même pour l'année 1940 la somme de 540 francs bien qu'en 1940, je n'ai exercé que deux mois. Faut-il payer ?

Pour abréger cette lettre je vous donne en communication la réponse de la Caisse à ma demande d'exonération pour 1941 ; ce n'est que par la suite que j'ai reçu la note pour 1940.

Dr D.

Réponse

Le ministère du Travail, qui avait pris l'arrêté du 1er novembre 1940 prévoyant les cas d'extension du paiement des cotisations, a précisé ces temps ci aux diverses Caisses d'allocations familiales « de travailleurs indépendants » que la solde touchée par les mobilisés était assimilable aux revenus professionnels, aux yeux de la législation des allocations familiales.

Il résulte donc que, seuls les médecins mobilisés ou non dont les revenus professionnels « solde comprise le cas échéant », ont été pour l'année 1940 inférieurs à la moitié du salaire moyen départemental applicable à leur domicile, sont exemptés du paiement des cotisations de compensation.

Nous vous retournons ci-joint la lettre de la Caisse.

4.087. — Prime à la première naissance

Pourriez-vous me donner les renseignements concernant l'attribution de la prime à la première naissance.

Une cliente se trouve dans les conditions particulières suivantes ;

Mariée le 3 novembre 1939 son mari est mobilisé le 28 novembre 1939 et n'est libéré que le 25 août 1940. Elle compte accoucher vers janvier 1942. Peut-elle prétendre à cette prime de la première naissance ?

Dr L.

Réponse

Le délai de deux ans prévu par l'art. 1er du Code de la famille dans lequel devait naître le premier enfant pour donner ouverture à la prime à la première naissance, se trouve augmenté d'un temps égal à la mobilisation du père (art. 1er de la loi du 15 février 1941).

Le ménage auquel vous vous intéressez s'étant marié le 3 novembre 1939, le délai normal venait à échéance le 3 novembre 1941 ; il faut y ajouter le temps de mobilisation du mari, soit neuf mois environ ; pour avoir droit à la prime à la première naissance il faut donc que l'enfant naisse avant le mois d'août 1942.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

4.088. — Visite avec intervention et déplacement

Bénéficiaire du Sou Médical je m'excuse d'avoir de nouveau recours au Docteur Decourt : comment compter pour un accidenté du travail les interventions suivantes :

Visite avec déplacement de 8 + 8 kilomètres ; sérum antitétanique Besredka ; ablation avec anesthésie locale de l'ongle du gros orteil et épluchage de la plaie sous-jacente.

Dr G.

Réponse

a) L'ablation d'un ongle, en matière d'accident du travail, n'est pas l'objet d'une tarification particulière.

b) Il ne peut être compté « un épluchage, etc. » que s'il y eut suture en vue de réunion par première intention. Je ne puis vous parler qu'en général faute de précisions de votre part.

c) Vous avez à compter 28 francs pour injection anti-tétanique Besredka, mais pas le prix d'une visite en plus, ce serait le cumul interdit par l'art. 13.

d) Pour votre déplacement, vous avez à compter 1 fr. 50 par kilomètre parcouru, soit ici 16 kilomètres à 1 fr. 50 = 24 francs, mais à condition que vous soyez le médecin le plus rapproché du malade (voir art. 2)

Dr F. Decourt.

3.998. — Visite et intervention de nuit

Pour une intervention effectuée à minuit 30, un docteur nous demande pour honoraires :

Visite de nuit	54 fr.
Pansement, suture simple de la peau	27 fr.
Certificat	10 fr.

L'indemnité allouée pour les opérations de petite ou grande chirurgie, ne pouvant se cumuler avec la visite, doit-on dans ce cas limiter le paiement au prix fixé par le tarif, soit :

Pansement, suture simple de la peau 27 fr. + 25 %	33 fr. 75
Déplacement en ville (moins de 50.000 habitants)	1 fr.
Certificat	10 fr.
Total	44 fr. 75

Cie X.

Réponse

On ne peut compter à la fois une visite plus une intervention ; ce serait le cumul interdit par l'art. 13. Dans un cas comme celui que vous me présentez, le médecin traitant peut compter ou bien une visite de nuit avec sa majoration soit 17 × 3 = 51 francs + 1 franc (indemnité forfaitaire de déplacement) (art. 4) ou bien l'intervention de suture simple de la peau, soit 27 francs plus 25 % pour majoration de nuit = 33 fr. 75 (art. 8).

Le choix évidemment appartient au médecin. Dans le cas présent il est non moins évident qu'il choisira la première solution. Dans un autre cas, avec une grosse intervention, il choisirait la deuxième solution plus rémunératrice

Dr F. DECOURT.

3.999. — Traitement d'une fracture ouverte avec appareil plâtré

J'ai l'honneur de vous demander le renseignement suivant, étant abonné du *Concours Médical*.

Il s'agit d'un accident du travail, fracture des deux os de la jambe gauche.

Pour ses soins, le chirurgien envoie une note de 1.000 francs, dont ce détail à la Compagnie d'assurances : réduction-platrage 220 francs ; une radiographie, 100 francs ; une autre radiographie après consolidation, 100 francs. Ces chiffres sont admis par la Compagnie. Mais voici ce qui est en litige : rabotage d'une saillie osseuse sur le tibia.

Cette intervention serait taxée fortp ar notre confrère, et je ne trouve nulle part, une assimilation pouvant être appliquée.

Dr B.

Réponse

Vous trouverez à l'art. 20 — F. — Chirurgie des os : « débridement esquillectomie d'une fracture ouverte... avec réduction par appareil plâtré = 620 francs. C'est bien, ce me semble le cas que vous me présentez. Avec deux radiographies à 100 francs chacune (art. 27 — 1° —) cela fait 620 + 200 = 820 francs.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

3.913. — Notations pour accouchement. Tarif en cas de délivrance seule

Voudriez-vous m'indiquer comment il y a lieu de tarifer en Assistance médicale gratuite le cas suivant : une de mes clientes accouche seule d'un enfant mort-né, un confrère qui se trouvait à proximité fait la délivrance, je fais ensuite quatre à cinq

visites post-natales. Comment devons-nous l'un et l'autre tarifer, l'un la délivrance, l'autre les visites ?

D'une manière générale cette question de la délivrance ordinaire ne me paraît pas avoir été traitée dans les tarifs.

Réponse

a) Dans la Nomenclature nationale de pratique médicale courante publiée par la Confédération à la suite de l'arrêté du 19 mars 1940, on lit, *in fine*, sous la signature du Docteur Hilaire, ce qui suit :

« Pour l'accouchement aucune notation n'est à inscrire sur la feuille de maternité, sauf s'il s'agit d'un accouchement gémellaire... Pour les dystocies, on marquera sur la feuille de maternité D1 pour le forceps ou la délivrance artificielle. D2 pour la grande extraction du siège ou version par manœuvres internes. Les autres interventions pratiquées à l'occasion de l'accouchement sont inscrites à la Nomenclature des actes de chirurgie ou des spécialités. Exemple embryotomie = K. 60 ».

b) Quant à votre tarification personnelle, elle dépend de votre tarif ordinaire puisque le remboursement fait à l'intéressée par la Caisse consiste en un forfait pour accouchement comprenant les soins et les frais pharmaceutiques. D'autant plus que ce forfait n'a aucun rapport avec le tarif médical, et qu'il est le même que l'accouchement ait été fait par un médecin ou par une sage-femme.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

4.037. — Le prix du carbure de calcium

Je viens de lire la Chronique automobile du *Concours médical* du 25 mai dernier par M. Henri Petit.

Au sujet de l'utilisation du carbure de calcium, il indique que l'on peut se procurer du carbure à deux francs le kilo. Comme depuis quelque temps, j'ai fait installer un dispositif sur ma voiture, qui me permet d'utiliser le carbure de calcium je lui serai infiniment reconnaissant de me procurer une adresse me permettant de me procurer du carbure à ce prix.

Dr E.

Réponse

C'est au Comptoir français des carbures, 2, rue de la Baume, à Paris qu'on a pu se procurer du carbure de calcium en gros et à un prix qui devait être, je crois, un peu supérieur à 2 francs le kilo.

Mais c'était à l'époque où la vente du carbure n'était pas réglementée.

Actuellement, on ne délivre de carbure qu'aux propriétaires de voitures pourvues d'installation et de licence pour la marche à l'acétylène. Le carbure est livré par certains garages en boîtes métalliques, à un prix qui doit être voisin, je crois, de 3 fr. 50 le kilo.

3.674. — Encore des mécomptes dans la marche à l'alcool

Je viens de lire avec intérêt votre échange de propos avec un abonné du *Concours* (3.003, numéro du 22-6-1941).

J'ai besoin d'une consultation analogue : Simca 5, achetée d'occasion après 18.000 kilomètres. Moteur refait aussitôt que je l'ai eu achetée. J'ai roulé 6.000 kilomètres, 1.000 à l'essence, 5.000 au mélange alcool-essence parties égales, sans aucune adjonction, ni modifications. Il s'agissait d'un alcool excellent à 96 ou 97. Démarrages et départs à peine plus difficiles. Perte légère de puissance (de 70 à 60 maximum). Consommation accrue de 5 à 7 litres. La Simca 5 paraissait supporter admirablement ce régime, soit donc — avec les dernières essences déjà alcoolisées — entre 60 et 70 % d'alcool.

Mais, après 6.000 kilomètres, moteur claqué, bielle coulée, pistons déformés, cylindres ovalisés, soupapes usées, etc..., usure considérable a déclaré l'ajusteur qui avait fait la première révision et qui vient de faire la seconde.

Que faire pour éviter le retour de pareils incidents ; j'ai adjoint un superhuileur réglé à 20 grammes d'huile aux 100 kilomètres. Dois-je faire établir une prise d'air avec réchauffement ? Réduire les gicleurs ?

Deuxième question : 302 que j'ai fait équiper par un mécanicien, pour l'alcool. Petite nourrice essence pour le départ, réchauffage assez sérieux par l'échappement, l'air étant huilé par deuxième prise sur le carter. Pas de perte de puissance, mais consommation passée de 14 à 25 litres...

Quels gicleurs et buse utiliseriez-vous *a priori* en pareils cas, pour réduire la consommation, quitte à perdre 15 ou 20 kilomètres-heure ?

Dr M.

Réponse

Je crois que vos malheurs proviennent de ce que vous n'avez fait aucune modification au moteur pour marcher avec un mélange à parties égales d'alcool et d'essence : pour une teneur aussi élevée en alcool, il est indispensable de prévoir un réchauffage énergique au moins par une prise d'air chaud sur l'échappement et, de préférence, y ajouter un réchauffage de la tuyauterie d'aspiration.

L'alcool mal réchauffé passe à l'état liquide dans les cylindres, entraîne l'huile, et ceux-ci n'étant plus graissés s'usent comme vous l'avez vu.

Le superhuileur apporte évidemment une légère diminution des inconvénients, mais ne peut suppléer au réchauffage.

Même remarque en ce qui concerne votre 302 : la consommation, si elle atteint 25 litres, est un indice très net de défaut de réchauffage : votre alcool passe à l'état liquide dans les cylindres, ne brûle pas, ou ne brûle que très incomplètement. Attendez-vous à une usure très importante et rapide du moteur dans ces conditions.

Vous ne devez pas, à l'alcool, consommer plus de 30 à 40 % de plus qu'avec l'essence si l'installation est bien faite.

Il m'est difficile de vous renseigner sur le réglage du carburateur : faites-le par tâtonnements, moteur bien chaud, en réglant aussi pauvre que possible pour que la voiture marche à peu près correctement.

Henri PETIT.



Soixante-troisième année — N° 36 — 7 Septembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

L'Actualité scientifique

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............ 50 fr.

***Le Numéro*............. 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 245. — A céder, pour raison famille, bon poste, banlieue庭 imméd. Sud. Pavillon. Jardin. Ecr. Henry 36, rue de Fleurus à Paris.

N° 246. — Stat. balnéaire Ouest, client. méd. génér. accouch., pet. chir. à céd. Ind. 35.000 compt. S'ad. Dr Gros A. 79, rue Erlanger, Paris (XVIe).

N° 247. — Post. ancien et prospère, région occ. centre ouest, seul propharmacien, pas sage-fem. à céd. Grande maison. pet. loyer. Ecr. seulement Mlle Fauret, 98, rue Erlanger, Paris (XVIe).

N° 248. — Médec. âgé, installé depuis 40 a. ds belle campagne touristique, Sud-Est Paris, cherc. jeune confr. célibataire de préfér. avec qui collaborer en attendt cession complète. S'adr. Mme Zink, 6, rue Voisembert à Issy-les-Moulineaux (Seine).

N° 249. — Serais achet. livr. d'occas. : Cliniques de Ramond., 9 agregés chir. (édition récente). Hetzger accouchement. dermo. Sergent conf. clinique de Grenet. Gougerot. Dermato. Ecr. Dr Buquet, 17, rue Alf. Dehodencq. Paris (XVIe).

N° 250. — Paris, Centre de rééducation 78, bld. Malesherbes (VIIIe) Lab. 14.43, cherche familles pour prend. en pension enfants ou adolesc. devant suivre traitements médico-rééducateurs longue durée. De préfér. VI, VIII, XVII Arrts.

N° 251. — Anc. interne des hôpitaux de Paris, longue pratique, ferait remplacem. pet. ville ou campagne. Chardin, 34, rue de Seine, Paris (VIe).

N° 252. — Pour confr. ds Hôtel particulier, quartier de l'Europe, pet. appart. quatre pièc. au deuxième et pièces de réception au rez-de-chaussée, vestib et salon communs avec un confr. spécialiste. Possibilité disposer piéc. en sous-sol. Conviendr. radiologue. Ophtalmologiste, laryngologiste ou laboratoire. Ecr. Dr C. Roederer, 10, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Contrôle médical scolaire** — *Les nouvelles fiches individuelles.* — Les nouvelles fiches de contrôle médical scolaire, conçues par la Commission médicale réunie sous l'égide du Commissariat général à l'Education générale et aux Sports, sont actuellement en cours de distribution dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire de Paris et du département de la Seine.

Sur ces fiches individuelles, nouveau modèle, les médecins contrôleurs, indiqueront les antécédents pathologiques des enfants, avec les dates des diverses maladies qu'ils ont contractées depuis leur naissance, les dates des vaccinations (antivariolique, antidiphtérique, etc...), ainsi que les annotations caractéristiques anatomo-physiologiques, capables de modifier l'éducation physique.

Ces fiches comporteront, en outre, des courbes de taille, de capacité respiratoire au spiromètre, un tableau signalant les types morphologiques aux différents âges, un emplacement réservé pour les annotations des épreuves cardio-vasculaires, et, enfin, une partie spéciale concernant l'éducation physique et sportive (que l'enfant aurait éventuellement à pratiquer) où seront signalées les observations relatives au rendement et aux incompatibilités.

— **Questions familiales dans l'éducation physique.** — Nous recevons de l'Association « Médecine et Famille » le *communiqué* suivant :

« Médecine et Famille » estime que le rôle de la Famille doit rester primordial dans les questions d'éducation physique comme dans tous les autres problèmes d'éducation. La Famille a le devoir et par conséquent le droit de donner ses avis sur les méthodes comme sur le choix et le contrôle des organisations spéciales qui réalisent l'éducation physique de ses enfants. Elle doit pouvoir intervenir directement et par l'intermédiaire des associations familiales qualifiées.

Le contrôle médical de l'éducation physique peut et doit être assuré normalement par le médecin de la famille. Son rôle doit rester strictement médical. S'il y a lieu de former les étudiants sur cette question, il ne semble pas nécessaire de créer un corps de médecins spécialisés dans ce domaine. Le médecin de l'école, ou de la société d'éducation physique ne doit se substituer au médecin de famille que sur le désir des parents.

Seules certaines compétitions sportives, particulièrement dures, qui doivent être nettement et officiellement séparées de l'éducation physique et réservées aux adultes, peuvent nécessiter le contrôle d'un médecin spécialisé.

« Médecine et Famille » estime que la réforme de l'éducation ne pourra commencer que si elle est réalisée par une modification d'ensemble des programmes et des habitudes scolaires et avec la collaboration effective des groupements familiaux et des familles elles-mêmes qui doivent prendre leurs responsabilités dan ce domaine, comme dans tous les autres domaines d'éducation.

« Médecine et Famille », sera heureux de recevoir 84, rue de Lille, toutes suggestions sur les problèmes familiaux à propos d'éducation physique.

— **Hôpitaux de Lille.** — *Internat et externat.* — Des concours s'ouvriront, à l'hôpital de la Charité : le 16 octobre 1941, pour deux places d'internes titulaires et une place d'externe en premier ; le 23 octobre 1941 pour six places d'externes.

Inscriptions à l'administration des hospices de Lille, 41, rue de la Barre, à Lille, du 22 septembre au 2 octobre 1941 (concours de l'internat) et du 29 septembre au 9 octobre 1941 (concours de l'externat).

Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux des Facultés catholiques ont lieu en même temps. Les candidats doivent obligatoirement s'inscrire au Secrétariat des Facultés catholiques, 1, rue François-Baës, à Lille, et peuvent y demander les conditions spéciales à ces concours.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame P. Darmaillacq sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean-Jacques.*

Amou (Landes), 1er août 1941.

— Françoise, André, Michelle, Jean-Etienne, Jacques (au Ciel) ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petite sœur *Marie-Claire.* Le 13 août 1941.

Docteur Pierre Couette, Putanges-Pont-Ecrépin (Orne).

— **Mariage.** — Madame René Pignet, bâtonnier de l'Ordre des avocats de La Roche-sur-Yon, a l'honneur de vous faire part du mariage de son fils, le Docteur Henri Pignet, avec Mademoiselle Paule Giraud.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le jeudi 28 août 1941, en l'Eglise Saint-Louis de La Roche-sur-Yon.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul Ducloux, décédé le 15 avril 1941 à Montpellier, où il avait pris sa retraite après avoir exercé la médecine pendant 34 ans à Sète. Ancien chirurgien en chef de l'hôpital (après concours), syndicaliste convaincu, il avait fondé à Sète et présidé le premier Syndicat médical.

Gendre de médecin, notre regretté confrère était le beau-père du Docteur Orssaud, de Béziers, ancien vice-président du Syndicat médical de cette ville, actuellement membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Hérault.

— Nous apprenons la mort du Docteur Jean Auriac, professeur agrégé de physique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.



ASSURANCES SOCIALES

Nous avons publié dans notre numéro du 25 mai dernier une circulaire ministérielle réglant les conditions de remboursement par les Caisses des consultations nécessaires pour l'obtention d'un certificat médical, en matière de rationnement alimentaire. Nous croyons utile de publier ci-dessous une circulaire rectificative insistant sur le fait que l'intervention d'un médecin assermenté n'est plus exigée en pareil cas.

Délivrance de certificats médicaux pour attribution de supplément de denrées alimentaires

Circulaire ministérielle du 26 avril 1941

Par circulaire du 5 février 1941, je vous ai indiqué les conditions dans lesquelles les Caisses d'assurances sociales doivent participer aux frais de délivrance des certificats médicaux destinés aux personnes dont l'état de santé justifie une suralimentation et l'attribution d'un supplément de denrées alimentaires.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la délivrance des certificats de rationnement visés par sa circulaire du 5 février 1941 n'étant plus subordonnée à l'intervention obligatoire d'un médecin assermenté, les règles qu'elle édicte se trouvent applicables, quel que soit le médecin auquel l'intéressé aura fait appel.

Toutefois la feuille de maladie utilisée dans les conditions prévues par ladite circulaire devra mentionner le régime d'alimentation prescrit parmi les cinq régimes fixés par les Instructions de M. le secrétaire d'Etat au ravitaillement en date du 21 décembre 1940.

L'inscription au tableau de l'Ordre

Nous publions ci-dessous des extraits d'une importante Circulaire adressée par le Secrétaire d'Etat à la Santé publique aux Préfets et Directeurs régionaux de la Santé.

Elle fixe d'une manière définitive les droits des Conseils départementaux tant en matière d'inscription au tableau de l'Ordre par application de la loi du 7 octobre 1940, qu'en ce qui concerne les installations médicales actuellement régies par la loi du 2 avril 1941.

Circulaire du 5 Juin 1941

L'examen des affaires journellement soulevées par l'application de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins a permis de constater que ce texte législatif donnait lieu, en particulier de la part des Conseils départementaux, à des divergences d'interprétation regrettables, parce que sources de nombreux conflits.

Parmi les questions soulevées, l'une des plus brûlantes me paraît être celle *des droits des Conseils départementaux en matière d'inscription au Tableau de l'Ordre*..

L'article 8 de la loi du 7 octobre s'exprime ainsi : « Dans chaque département, le Conseil de l'Ordre dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements, concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art ».

Quelle interprétation donner à cette disposition ?

1° Doit-on admettre que, parmi les personnes « remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine », le Conseil départemental reste libre d'habiliter ou refuser qui il lui plaît, ou tout au moins qui ne remplit pas telles ou telles conditions fixées par lui ?

....

2° Doit-on admettre, au contraire, que cette admission *est un droit pour l'intéressé*, du moment qu'il remplit les conditions requises par les lois et règlements ?

....

La seconde interprétation paraît être la bonne.

Ces faits réduisent donc l'inscription au tableau à à une *simple formalité*, pour tout candidat représentant les conditions de moralité requises. Le Conseil départemental ne peut absolument pas tirer un motif de refus de la pléthore qui sévit à tel ou tel endroit du département, *non plus qu'il ne peut imposer ou refuser au candidat telle ou telle résidence. Pour ces raisons, il n'a aucune qualité pour attribuer ou refuser un poste médical quelconque.*

En somme, tout médecin demeure libre de s'installer *où il lui plaît*, en un point quelconque du territoire français (sous réserve de l'application de la loi du 2 avril, qui sera examinée plus loin), et sous les seules conditions suivantes :

a) être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

b) être français à titre originaire, sauf dérogation accordée conformément à l'article 2 de la loi du 16 août 1940 ;

c) être inscrit au tableau de l'Ordre de son département d'installation, cette inscription étant *un droit* à moins que sa moralité ne puisse fournir matière à un refus d'inscription *sur décision motivée.*

L'unique exception à cette règle concerne l'application des articles 25, parag. 3 du Code de déontologie, relatifs aux remplaçants.

Conditions supplémentaires apportées par la loi du 2 avril 1941.

Son art. 2 s'exprime ainsi :

« Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins « pourra, sur demande du Conseil départemental, « fixer par délibération spéciale, le nombre maximum « de médecins susceptibles d'exercer leur art dans « un département. Ce nombre ne pourra, en aucun « cas, être inférieur à celui des médecins en exercice « dans ledit département à la date du 1er septembre « 1939.

« L'application de cette décision incombera au « Conseil départemental de l'Ordre. L'inscription au « tableau institué par l'art. 8 de la loi du 7 octobre « 1940, ne pourra être refusée par le Conseil départe- « mental pour motifs tirés de l'encombrement de « la profession, à moins que l'inscription sollicitée « n'ait pour effet de dépasser le maximum fixé par « la délibération du Conseil supérieur. »

....

Les dispositions essentielles de la loi du 2 avril sont celles édictées au parag. 2 permettant, dans certains départements, la détermination d'une véritable « densité médicale », ayant valeur légale.

La loi du 2 avril introduit donc *une nouvelle et quatrième condition à l'exercice de la médecine* : celle que, dans les départements pour lesquels avait été fixé un tel chiffe-limite, l'installation sollicitée n'ait pas pour effet de dépasser le maximum fixé par le Conseil supérieur.

Remarquons, à ce propos, que cette « densité médicale » est calculée sur l'ensemble du département, et que le médecin nouvellement admis garde le droit absolu de s'installer *où il lui plaît* sur le territoire de cette circonscription administrative (sous réserve des dispositions transitoires des articles 1 et 3), toute clause ou condition préalable contraire, imposée par le Conseil départemental au moment de l'agrément étant *ipso facto* illégale.

Conclusion :

Les lois des 7 octobre et 2 avril, en organisant la profession médicale dans le cadre corporatif, n'ont toutefois par supprimé *son caractère libéral.* L'installation et le changement de poste du médecin demeurent libres, et les seuls droits des Conseils départementaux résident dans l'examen des titres des candidats, l'appréciation motivée de leur moralité et le contrôle de l'applications des règles de « densité-médicale », telles qu'elles ont été définies par la loi.

Vous voudrez bien veiller à l'exacte application de ces principes dans votre département ou votre région. Vous prêterez particulièrement attention à ce que les Conseils n'excèdent en aucun cas les pouvoirs qui leur sont conférés ; et vous me rendrez compte, sous le timbre « Cabinet du Secrétaire général », de toutes circonstances particulières de nature à engendrer des conflits entre les Conseils départementaux et les médecins.

S. Huard.

UNE OBJECTION DE CONSCIENCE AU "NUMÉRUS CLAUSUS"

La lettre suivante expose un scrupule qui honore son auteur, et appelle la réflexion au moment où il est question d'entraver l'accès aux facultés de médecine.

C'est dans cet esprit que nous avons cru devoir en publier l'essentiel :

On n'a jusqu'ici trouvé que deux moyens de défense contre la pléthore : 1° interdiction de s'installer aux jeunes au moyen de la fixation dans cha-

que département d'un nombre maximum de postes ; 2° *numerus clausus* à l'entrée des études.

Il est certain que le but serait plus facilement atteint en utilisant les deux moyens simultanément.

Mais avons-nous le droit, nous, médecins installés, vivant tant bien que mal, certes, mais vivant tout de même, d'interdire l'exercice, c'est-à-dire la vie, à des jeunes qui ont au cours de leurs études subi des épreuves au moins égales à celles que nous avons dû subir ? Par leurs études il ont conquis le droit à l'exercice tout comme nous.

Si par contre on instaure un *numerus clausus* à l'entrée des études, les élus trouveront la profession moins pléthorique, mais ils l'auront mérité, car ils auront subi un concours que nous n'avons pas subi. L'inconvénient de ce concours sera pour eux compensé par une diminution de concurrence, donc par une augmentation de leurs revenus, méritée puisque le niveau des épreuves subies sera théoriquement plus élevé. Mais nous qui nous sommes installés sans avoir à surmonter aucun concours, nous qui n'avons eu à subir aucune mesure limitative, nous n'avons pas le droit de désirer bénéficier sans l'avoir méritée, d'une amélioration de la profession basée sur l'accroissement des difficultés de s'installer imposées à des docteurs en médecine. En d'autres termes, nous devons payer aujourd'hui la facilité que nous avons trouvée lors de nos installations, de la concurrence qui en découle. Il serait injuste de vouloir nous protéger de la concurrence de nos égaux, si nombreux soient-ils.

Dr C. B.



Avis à nos abonnés de la zone non occupée

Modification du recouvrement de nos abonnements

Nous informons nos abonnés de la zône non occupée que les recouvrements postaux étant maintenant possibles entre les deux zônes, nous procéderons directement de notre siège social au recouvrement du prix de nos abonnements à compter de la fin du mois d'août.

Nous prions nos lecteurs, désirant se mettre en règle vis-à-vis de nous sans attendre qu'une traite leur soit présentée, de vouloir bien à l'avenir verser le montant de leur abonnement au crédit de notre compte courant postal Paris 167.95 et ne plus l'adresser comme par le passé à notre Agence de Vals.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Médecine vétérinaire

Loi du 26 *juillet* 1941 *relative à l'exercice de la médecine vétérinaire*

Art. 1er. — Les élèves des écoles nationales vétérinaires ayant accompli au moins trois années d'études et subi, avec succès, leurs examens de fin d'année, pourront être autorisés à exercer la médecine et la chirurgie des animaux, pendant la durée d'une épi-

zootie ou à titre de remplaçants d'un vétérinaire ou docteur vétérinaire.

Cette autorisation sera délivrée par le ministre secrétaire d'Etat à l'agriculture pour une durée de trois mois au plus ; elle pourra être renouvelée.

(*J. O.*, 20 août 1941).

Défense passive

Loi du 18 aout 1941 étendant aux requis et engagés volontaires à titre civil dans la défense passive, pensionnés au titre du décret du 30 janvier 1939 et à leurs ayants cause pensionnés au titre du même texte, le bénéfice des institutions de l'office national et des offices départementaux des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation.

ART. 1er. — Le bénéfice des institutions de l'office national et des offices départementaux des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation est étendu aux requis et engagés volontaires à titre civil dans la défense passive, pensionnés au titre du décret du 30 janvier 1939 ainsi qu'à leurs ayants cause au titre du même décret.

(*J. O.*, 24 août 1941).

Loi du 18 aout 1941 étendant aux veuves, orphelins mineurs et ascendants des requis et engagés volontaires à titre civil dans la défense passive morts pour la France, le bénéfice du décret du 19 octobre 1939 concernant les ayants cause en instance de pension de militaires morts pour la France

ART. 1er. — Jusqu'à ce qu'il ait été statué sur leurs droits à pension, les veuves, orphelins mineurs et les ascendants des requis et engagés volontaires à titre civil dans la défense passive morts pour la France peuvent recevoir de l'office national et des offices départementaux des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation des secours sur la simple production de l'avis officiel de décès.

(*J. O.*, 24 août 1941).

Assistance médicale gratuite

Par arrêté en date du 12 juin 1941, la ville de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) a été autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'Assistance médicale gratuite qui lui avait été accordée par arrêté du 14 avril 1898.

Par arrêté en date du 31 juillet 1941, la ville de Riom (Puy-de-Dôme) a été autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'Assistance médicale gratuite qui lui avait été accordée par arrêté du 31 mars 1898.

Par arrêté en date du 31 juillet 1941, la ville de Châteauroux (Indre) a été autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'Assistance médicale gratuite qui lui avait été accordée par arrêté du 30 avril 1898.

(*J. O.*, 16 août 1941).

Retrait de la nationalité française

La qualité de français est retirée aux médecins suivants :

Grigorakis (Leonidas), 3, place Sadi-Carnot à Marseille.

Chiras (Etienne) ayant demeuré à Paris, 44, boulevard Diderot, résidant actuellement à Arudy (B.-P.).

Baskin (Salomon), 16, rue de Castillon, Bordeaux.

Pantol (Chaim), Ecully (Rhône).

Tiaphoff (Cyril), 23, rue de Bellegarde, Toulouse

(*J. O.*, 2 août 1941).

Voir la suite page XXXIII-1567

PROPOS DU JOUR

AU SUJET DU SECRET PROFESSIONNEL

L'article 378 de notre Code pénal impose aux médecins le secret professionnel dans tous les cas, hors ceux où la loi les oblige à se porter dénonciateurs. Diverses lois sont venues par la suite apporter à ce principe quelques exceptions, en particulier en matière de maladies contagieuses.

Il y a 50 ans environ dans son cours de médecine légale, le Professeur BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris et qui occupait une place prépondérante dans les Conseils du Gouvernement pour tout ce qui tenait de près ou de loin à la médecine, était le défenseur fougueux du secret professionnel intégral. Il incitait ses élèves à se retrancher toujours derrière lui, même quand, dans un procès criminel, les magistrats et les intéressés consentaient à délier le médecin, cité comme témoin, car on ne pouvait savoir où la violation du secret médical pouvait entraîner. Le conseil du Professeur Brouardel fut généralement suivi et nous avons le souvenir des objurgations et des menaces vaines qu'avocats et magistrats adressèrent dans des procès retentissants à des médecins réputés, cités comme témoins, qui refusaient de déposer en se retranchant imperturbablement derrière le secret médical.

*
* *

Il n'y aurait qu'en France que le respect absolu du secret existerait à ce degré. Notre collaborateur et ami, le Docteur F. Decourt, secrétaire général de l'*Association professionnelle internationale des médecins* (*A. P. I. M.*) ; association où le Corps médical de plus de vingt nations était représenté, nous faisait part de l'étonnement de la plupart des délégués devant l'importance que leurs confrères français attachaient au secret médical.

Cela nous paraît s'expliquer par l'évolution de l'exercice de la médecine.

La France est le dernier pays où la médecine individuelle a persisté. La médecine sociale, la médecine prophylactique, la médecine collective ne s'y sont développées qu'assez tard, laissant encore la part la plus large à la médecine individuelle et il n'en est pas de même dans la plupart des autres nations. Or, c'est la médecine individuelle qui exige le plus le respect du secret. Ce dernier gêne singulièrement l'exercice de la médecine collective et de la médecine sociale. En les respectant absolument il est bien difficile d'établir des statistiques se rapprochant de l'exactitude et, partant, d'apprécier les résultats obtenus et l'efficacité des mesures prises.

*
* *

Depuis bien des années, et même actuellement, nous constatons les conflits entre les inspecteurs d'hygiène, et les préfets d'une part et les médecins praticiens, ces derniers refusant de donner le diagnostic des causes de décès malgré les arrêtés préfectoraux, car un arrêté préfectoral ou ministériel, un décret même, ne saurait prévaloir contre un article du Code pénal. Le Garde des Sceaux, consulté à ce sujet, a répondu que tant que l'article 378 du Code pénal ne serait pas abrogé ou modifié par une législation nouvelle, le secret médical restait absolu : *Dura lex sed lex.*

Une modification récente du Code de Déontologie et une circulaire du ministre de la Santé Publique viennent de ranimer le débat. Nous y reviendrons.

*
* *

Il y a des cas cependant où le secret médical n'est pas respecté et où nous semble-t-il, on ne peut faire autrement, c'est dans les hôpitaux, et dans l'enseignement clinique. Nous désirons

attirer l'attention sur ce point. On peut faire remarquer que, dans un service hospitalier, le chef de service, ses aides et ses auxiliaires, si nombreux soient-ils, sont liés par le secret, bien qu'en pratique un secret divulgué à plusieurs personnes soit inexistant. Mais les voisins, les personnes qui ne sont pas attachées au service et qui assistent à la visite peuvent être renseignés sur l'affection dont souffre le malade.

C'est bien autre chose dans un service de clinique où les auditeurs viennent en foule écouter la leçon du Maître et parfois examinent après lui le malade. On nous objectera qu'en théorie, le malade est consentant. Peut-être. Mais dans ces cas, le secret médical n'est pas respecté d'une façon absolue.

*
* *

Quoiqu'il en soit pour éviter les conflits, et des mécomptes, pour donner une ligne de conduite absolument sûre au médecin, il serait utile de préciser, dans un texte de loi, où se limite et en quoi consiste exactement le secret médical.

J. Noir.

L'EXACTITUDE RELATIVE DES STATISTIQUES MÉDICALES

Parmi les statistiques médicales et démographiques, il n'y en a que deux qui peuvent être considérées comme à peu près exactes, celle des naissances et celle des décès. L'exactitude des autres est toute relative. Nous ne disons pas que les statistiques médicales soient tout à fait inutiles. Si elles sont établies avec conscience par la même personne avec les mêmes données ; elles peuvent indiquer à peu près la localisation, la fréquence, les complications, etc..., de telle ou telle maladie. Mais que de sources d'erreurs ! ! Prenons comme exemple les maladies transmissibles dont la déclaration par le médecin traitant est obligatoire, il semblerait qu'on pourrait atteindre dans ce cas, le maximum d'exactitude et cependant ! Nous supposons que tous les médecins traitants se plient en conscience aux exigences de la loi. Combien de cas de maladies transmissibles, surtout de rougeole, évoluent sans qu'on ait recours au médecin, pour les soigner, surtout à la campagne ? Combien d'angines bénignes guérissent en quelques jours et cependant sont d'origine diphtérique méconnue ? Combien d'embarras gastriques sont qualifiés fièvre typhoïde et *vice-versa*, si l'on ne pratique pas d'examen sérologique ou bactériologique, ce qui n'est pas toujours facile, ni même possible ?

La déclaration de la cause des décès par le médecin traitant paraît actuellement à l'ordre du jour. Quelle certitude en retirera la statistique ? D'abord, il y a comme première cause d'erreur, les morts subites dont on ne pourrait établir la nature que par l'autopsie. Puis, il y a les cas assez fréquents où le médecin, appelé *in extremis* ne peut poser un diagnostic exact. En outre, le médecin traitant ne peut donner que le diagnostic de la cause prochaine de la mort, quand, chez les malades chroniques une complication pulmonaire, cardiaque ou rénale, ou une affection intercurrente met un terme à la maladie qui est la véritable cause du décès. Nous savons que des statisticiens de talent élaborent des nomenclatures judicieuses pour remédier à ces causes d'erreur, mais nous doutons qu'ils parviennent à donner une grande certitude aux statistiques médicales, certitude qui restera toute relative et ne pourra constituer qu'une vague indication.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ACIDE PHÉNIQUE EN DERMATOLOGIE

Par R. Barthélemy

Ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Quelque peu délaissé en raison de sa causticité et de son odeur, ainsi que pour l'inévitable motif du progrès — et de la mode —, l'acide phénique n'en est pas moins un bon médicament externe. La difficulté d'obtenir, fût-ce à prix d'or, certains antiseptiques en vogue peut justifier la remise en mémoire des services solides que rendait l'acide phénique à des générations médicales moins favorisées par la chimie industrielle.

Tout le monde connaît ses cristaux en longues aiguilles, incolores et d'odeur fortement « pharmaceutique », de consistance médiocre et comme neigeuse, permettant l'agglomération facile en amas et en touffes. Son hydrate, également cristallisé, n'est pas l'acide officinal. Cet acide phénique ou phénol est soluble dans vingt parties d'eau froide, très soluble dans l'éther, et l'alcool, très soluble aussi dans la glycérine et les corps gras, qui d'ailleurs atténuent ses propriétés caustiques. Mentionnons dès maintenant sa solubilité facile et utile dans le vinaigre (vinaigre ordinaire de vin), qui trouve un emploi particulier en dermatologie.

Le terme ancien de *phénol absolu* désignait l'acide phénique anhydre tiré du goudron.

Il existe aussi un phénol *synthétique* peu odorant. Enfin, ce qu'on appelle phénol liquéfié ou phénol *aqueux* du Codex est le résultat de la combinaison d'une partie d'eau avec 9 de phénol. On obtient également un produit liquide, mais plus irritant, en remplaçant l'eau par une partie d'alcool à 90° (Lemaire).

Le soluté de phénol, eau phéniquée du Codex, est à deux de phénol pour cent, l'huile phéniquée du Codex à 2 pour cent également.

Les utilisations dermatologiques de l'acide phénique et de ses solutions, mixtures ou combinaisons sont multiples. On l'emploie comme antiseptique, comme antiparasitaire sur la peau même et la chevelure, sur les vêtements, etc. ; comme rubéfiant ; comme caustique, et enfin, dans certaines conditions, comme analgésique et antiprurigineux.

Il est bien entendu que, comme l'avait montré surtout Lucas-Championnière, l'acide phénique ne doit pas être employé en solutions fortes, ni pour les extrémités ainsi que chez les enfants pour de vastes surfaces, même en solutions faibles sur des pansements humides longuement appliqués, en raison de sa causticité et de sa *toxicité*.

Cette importante réserve faite, l'eau phéniquée peut et doit conserver sa place dans l'arsenal antiseptique. A défaut de pansements vaccinants, de coûteux antiseptiques modernes, le tout actuellement rarissime, elle représente un pis-aller efficace, en pansements humides, lotions, pulvérisations contre les infections pyococciques de la peau, folliculites, ecthymas, érysipèles même, contre les traînées et les placards lymphangitiques, contre la furonculose, etc...

Sur les muqueuses, elle est également active, abstraction faite de son odeur et de sa saveur brûlante mais passagère, contre les érosions, écorchures, contre les aphtes, en attouchements, bains de bouche, gargarismes, ainsi qu'en *pulvérisations* (ce pansement humide sans objets de pansement, et tiède et volatil, mais actif n'est que trop souvent négligé, bien qu'il soulage puissamment l'inflammation et ses douleurs, pourvu que les pulvérisations soient suffisamment longues et réitérées).

Pour tous ces usages, l'eau phéniquée est d'ailleurs avantageusement mélangée, à parties égales par exemple, avec les émollients, astringents ou analgésiques courants : eau de guimauve, de camomille, de laurier-cerise, de rose.

L'acide phénique est connu depuis 80 ans comme *antiparasitaire*. Sur la peau, on l'emploiera en lotions d'eau phéniquée. Celle-ci peut alors être à cinq au lieu de deux pour cent, mais non pendant les grandes chaleurs où elle risquerait de rubéfier la peau plus fragile.

Elle est utilisable contre les poux des diverses variétés, contre les puces, les punaises, le rouget d'automne. Elle a été jadis préconisée avec succès contre la gale.

Lemaire procédait à des applications à l'éponge, deux au minimum à 24 heures de distance. Sa solution primitive, à 5 pour 100 de phénol, contenait en outre 20 pour cent d'acide pyroligneux (acide acétique commercial ne renfermant que moitié d'acide cristallisable). Elle était ainsi trop irritante, et fut remplacée par la simple eau phéniquée saturée, soit environ au tiers.

Pour les vêtements, pour les locaux (puces,

punaises), cette eau phéniquée saturée, ou seulement à 5 pour cent, tue les insectes adultes et même les œufs, surtout si elle est employée chaude. Mais il y a intérêt, au moins pour les locaux, à la remplacer par du lait de chaux, phéniqué dans la proportion de cent grammes pour dix litres. Les fourmis, si tenaces, ne résistent guère elles-mêmes à ce lait de chaux, ni à l'eau phéniquée qui tue leurs œufs.

Nous ne rappellerons pas en détail le manuel opératoire de l'épouillage. Il n'est peut-être pas superflu d'indiquer toutefois que pour les cheveux longs ou demi-longs infestés de lentes, le peignage au vinaigre de vin, phéniqué au centième et chauffé, est une des plus sûres méthodes pour éviter les récidives, le vinaigre dissolvant le ciment qui fixe l'œuf au cheveu.

Pour les piqûres d'insectes, d'acariens, etc., moustiques, guêpes, abeilles (enlever l'aiguillon), mouches « carnassières », voire frelons et même scorpions, une ou quelques gouttes du phénol aqueux du Codex (qui est à 10 % dans l'eau distillée) soulagent et peuvent éviter des complications infectieuses.

Comme rubéfiant, à défaut de sinapismes préparés ou d'essence de moutarde, l'acide phénique rend des services, mais son maniement reste plus délicat. Voici celui que recommandait Lemaire, en 1865 : d'abord un liniment *irritant*, fait de deux parties d'acide phénique pour 100 d'alcool à 85°, servant en badigeonnages, passés une seule fois et toujours à quelques jours d'intervalle.

Ensuite, la solution d'*acide pur alcoolisé*, qui ne comportait pas moins de neuf parties d'acide pour une d'alcool à 90° le maintenant liquide, et à laquelle Lemaire lui-même reconnaissait préférable la solution *à parties égales*, comme déjà fortement rubéfiante : « une seule application suffit pour maintenir la peau congestionnée pendant une quinzaine de jours ».

On sait qu'il s'agit là d'une médication particulièrement active, à n'employer ni chez l'enfant, ni chez le débilité, et à surveiller de près dans ses conséquences, mais qu'il était bon de mentionner lorsque manquent révulsifs ou vésicatoires.

Comme *caustique* d'ailleurs, l'acide phénique donnait, entre les mains de Bazin, de beaux résultats à Saint-Louis. La solution alcoolique lui servait de topique, appliquée au pinceau ou à la pointe d'une baguette sur ces pustules d'acné volumineuses et tenaces qui, d'elles-mêmes, laissent une cicatrice varioliforme après une longue évolution. Par cautérisation directe blanchissant le contenu de la pustule, il obtenait l'avortement rapide, sans aggravation du style cicatriciel.

De même Blache cautérisait les ecthymas, de nombre et d'étendue modérés, avec de bons résultats.

Sans aller jusqu'à la cautérisation, une réaction superficielle favorable était obtenue dans la couperose faciale, dans les engelures, avec le vinaigre phéniqué au 100e.

A ces divers emplois, l'acide phénique joint celui d'*antiprurigineux*. Il a, en effet, une indiscutable action analgésique depuis longtemps reconnue, et que nous avons déjà mentionnée pour les piqûres d'insectes.

Mais son usage contre les urticaires, prurigos, prurits *sine materia* est resté classique, au moins chez les dermatologistes.

La forme la plus simple consiste, comme précédemment, en lotions répétées, en pulvérisations ou applications d'eau phéniquée chaude. Un peu plus efficace se montre le vinaigre phéniqué au 100e, à employer de préférence coupé d'une ou plusieurs parties d'eau tiède.

La glycérine phéniquée au 100e, et, mieux, le *glycérolé antiprurigineux* de Besnier, au même dosage, gardent leur vogue.

Enfin, diverses associations sont à rappeler, avec le menthol et surtout avec les autres acides faibles dont l'effet principal semble être de conserver ou de rétablir l'acidité naturelle, le pH de la peau.

Voici le classique glycérolé *aux trois acides* de Vidal-Brocq.

Acide tartrique............	3 grammes
Acide salicylique	2 grammes
Acide phénique	1 gramme
Glycérolé d'amidon.........	60 à 100 grammes

Nous serions incomplet, malgré cette rapide mais peut être fastidieuse énumération, si nous n'attirions pas à nouveau l'attention sur une coûteuse, mais des plus utiles associations de l'acide phénique. Il s'agit du liquide anesthésique de Bonain, inventé et longtemps utilisé par les seuls oto-rhino-laryngologistes, et qui, en dermatologie, a trouvé de nombreuses indications à la fois comme calmant et comme caustique doux. Sur les petites plaies, écorchures, ulcérations douloureuses de la peau et des muqueuses, une goutte de liquide de Bonain diminue ou apaise la douleur, antiseptise et joue souvent un rôle de cicatrisant, bien plus que de caustique creusant. Ainsi ai-je pu, après l'autre guerre et alors que le chancre mou était, en clientèle de ville, assez courant, guérir simplement et rapidement mainte chancrelle.

Liquide de Bonain :

Acide phénique........	ãã 1 gramme
Menthol	
Cocaïne (Chlorhydrate de)	

Ce mélange doit être préparé sans addition d'eau ou d'alcool. On peut y ajouter un milligramme de chlorhydrate d'adrénaline, au cas surtout de petites interventions.

L'ANOREXIE SEXUELLE ET LES MALADIES DE LA CINQUANTAINE CHEZ L'HOMME

Par le Docteur E. Briau

Par analogie avec la crise physiologique que toute femme subit à l'époque de la ménopause, il est courant de considérer la cinquantaine chez l'homme comme un « mauvais âge ». Des livres médicaux ont même été publiés pour traiter ce sujet.

Cependant, les troubles divers que présentent les femmes au moment où cesse l'ovulation et où sont supprimées ou modifiées les sécrétions hormonales (sexuelles et gonadotropes) ne peuvent correspondre à aucun phénomène analogue chez l'homme : en effet, le fonctionnement de sa glande génitale dure autant que lui, sauf accident. Ce fonctionnement peut se ralentir par sénescence ou par discipline volontaire, mais il ne disparaît qu'à la mort. L'autopsie de sujets parvenus à l'extrême vieillesse a toujours permis de constater la permanence de la spermatogénèse.

Si cette croyance en un mauvais âge masculin, croyance populaire partagée par beaucoup de praticiens, ne correspond pas à une vérité physiologique, elle a tout de même une base clinique. Entre quarante-cinq et cinquante ans, beaucoup d'hommes subissent en effet, une sorte de crise, qui retentit sur le reste de leur existence. C'est un tournant dangereux, où sont surtout guettés les travailleurs intellectuels, qui, à ce moment-là, se trouvent au point culminant de leur activité. Qu'ils aient réussi ou manqué leur carrière, ils sont entraînés dans un courant d'occupations, de soucis, qui ne connaît ni arrêt, ni repos. Même ceux, qui avaient du goût pour le sport, arrivent à abandonner toute pratique physique habituelle ; ils n'interrompent leurs longues stations assises à leurs bureaux que pour s'asseoir dans les véhicules, qui leur permettent de gagner du temps.

Les repas eux-mêmes ne sont pas des repos : chez lui, l'homme mange vite, sans causer, absorbé par ses préoccupations, il a hâte d'en avoir terminé. En dehors de chez lui, ce sont des « dîners d'affaires », comportant mets et vins de choix : surmenage alimentaire hors de proportion avec la réduction des dépenses physiques.

Il est un point qui est plus important encore comme conséquence, c'est l'anorexie sexuelle qui s'installe peu à peu : l'homme marié depuis quinze ou vingt ans perd le contact conjugal. Il n'a plus le temps de s'occuper de sa femme qui se fait une existence à part, soit qu'elle s'absorbe dans ses devoirs de mère de famille, soit qu'elle se consacre à des devoirs sociaux ou à une carrière de mondaine agitée. Dans les cas heureux, tous deux restent de tendres associés, mais le devoir conjugal ne les intéresse plus. C'est le moment où la ménopause en éloigne la femme, l'attrait qu'elle exerçait sur son mari subit une atteinte basée sur la satiété, sur les modifications que l'âge apporte même aux corps les plus soignés et sur cette absence de coquetterie intime qu'entraîne souvent la trop habituelle cohabitation.

Notre homme si affairé perdant tout appétit d'amour à domicile, hésite pour plusieurs raisons à chercher ailleurs le moyen de satisfaire son instinct sexuel: des raisons morales, culturelles ; le dégoût et le danger des amours réglementées et tarifées ; les difficultés et la perte de temps que nécessiterait l'instauration d'une liaison nouvelle, etc... Il a de moins en moins souvent quelques réveils érotiques : il lit peu, il n'a pas le loisir de regarder les jolies femmes qui passent, ses conversations avec ses commensaux habituels roulent beaucoup plus sur les affaires et la politique que sur les mouvements du cœur : au dessert des plantureux « dîners d'affaires » sont quelquefois échangées quelques histoires grivoises, qui secouent la torpeur de la digestion laborieuse, mais sans provoquer de vrais élans : Bacchus et Plutus ont vaincu Vénus.

On constate cependant des réveils qu'on attribue depuis Bourget au « Démon de midi », mais qui sont bien plus le fait d'un démon de 5 à 7, tourmentant ses victimes à l'heure où la journée et l'existence sont à leur déclin. Faut-il souhaiter ces réveils souvent terribles, qui causent tumultes et catastrophes, bouleversent les ménages, les meilleures familles et compromettent l'avenir des enfants ? Ils sont surtout fréquents chez les littérateurs, les acteurs et les hommes politiques, tous gens dont la vie active se prolonge souvent jusqu'à l'âge le plus avancé.

Ces exceptions, si fâcheuses socialement, semblent échapper (il n'y a pas de justice en physiologie !) aux conséquences habituelles du prétendu mauvais âge. A ce moment, apparaît tout un complexe d'affections diverses dont les unes, quoique pouvant être très pénibles, permettent une fin d'existence presque normale, dont les autres au contraire amoindrissent prématurément l'organisme.

Parmi les premières, citons l'obésité fâcheusement localisée à l'abdomen, la goutte, le diabète

gras, les hémorroïdes, l'eczéma, la décadence dentaire... Les secondes, dont nous nous occuperons exclusivement, sont l'hypertension artérielle essentielle et le prostatisme.

Les conditions d'existence de l'homme de 50 ans, travailleur intellectuel, comprennent donc, en résumé, trois grandes causes pathogéniques :

apathie physique ;
surmenage digestif ;
inappétence et restriction sexuelles.

Les deux premières sont surtout responsables des maladies de la première catégorie ; pour l'hypertension artérielle et le prostatisme, elles sont adjuvantes, mais seule la troisième cause est déterminante.

L'hypertension paraît être en partie la conséquence directe de l'insuffisance de sécrétion de l'hormone mâle (androstérone). Cette substance qui reste mystérieuse en bien des points a été, malgré sa découverte encore récente, l'objet d'études très approfondies. Non seulement, elle est isolée facilement, mais elle a même pu être reconstituée synthétiquement. Elle a déjà reçu de nombreuses affectations thérapeutiques. Son rôle principal dans l'organisme paraît être la conservation de l'intégrité et de la rénovation cellulaires. Elle retarderait la sénescence inéluctable des tissus en harmonisant certains métabolismes et principalement celui du calcium. La première conséquence de son insuffisance serait la disparition des fibres élastiques, qui permettent aux masses cutanées, graisseuses et musculaires de lutter contre les efforts incessants de la pesanteur. Que le tissu élastique cède comme le ferait une trame de caoutchouc usée, voilà la tonicité cutanée vaincue et la morphologie effondrée : les joues pendent de chaque côté du menton, les paupières s'alourdissent de poches sous les yeux, les rides s'installent et se creusent. L'inévitable maturité s'accélère et devient vieillesse.

Ce qui est vrai pour la figure se constate aussi dans toutes les parties du corps, qui ne sont pas immédiatement adhérentes au squelette : la poitrine, l'abdomen, les lombes, et cela surtout quand l'inopportune obésité augmente la prise continuelle de la pesanteur. Il en est de même pour les viscères abdominaux retenus en place par des ligaments élastiques, qui finissent par céder comme des ressorts trop tendus : d'où les ptoses diverses ainsi que la constitution ou l'aggravation des hernies et des varices.

Et pendant ce temps, sournoisement, la sclérose remplace les fibres élastiques du système vasculaire où elles ont un rôle primordial. L'hypertension artérielle s'installe et n'est souvent découverte que par hasard à l'occasion d'un examen médical banal (pour un contrat d'assurances par exemple). L'affection parcourt ensuite ses trois étapes inexorables, que vient de décrire **magistralement dans le *Concours médical*, Dumas de Lyon. La fibre élastique, étouffée par la sclérose, ne se renouvelle pas : elle est remplacée par du tissu cicatriciel inextensible.**

Il n'y a pas lieu d'insister ici sur la symptomatologie complexe, que provoque ensuite l'étouffement scléreux des éléments cellulaires spécialisés : foie, rein, cerveau et muscle cardiaque ; mais le rôle retardant de l'hormone sexuelle mâle paraît prouvé. Elle aide le tissu élastique à résister à l'usure scléreuse, elle retarde l'apparition de cette diathèse fibreuse qui aboutit, quand elle n'est pas prématurée, à la sénilité naturelle et inévitable.

La sécrétion de l'hormone mâle paraît indépendante, dans une certaine mesure, de l'organe testiculaire proprement dit ; les cellules qui la produisent sont même agglomérées en une glande séparée (glande interstitielle) chez certaines espèces animales. On doit supposer que le déclanchement nerveux de la sécrétion est comparable au réflexe constaté pour les glandes salivaires et stomacales par le désir des mets : quand on les voit, quand on les sent ou même quand on les imagine. Suivant l'expression populaire la description d'un bon dîner d'autrefois « fait venir l'eau à la bouche » aux pauvres victimes des restrictions, que nous sommes. Plus que la consommation même de l'acte sexuel, c'est son désir, son appel, son approche et le travail préparatoire de l'imagination, qui déclanchent l'afflux de l'hormone dans la circulation. On connaît l'effet revigorant du sérum de l'étalon longuement excité et non satisfait, mais la possibilité de cette excitabilité finit par disparaître si la satisfaction terminale n'est pas périodiquement autorisée : c'est alors l'anorexie sexuelle qui s'installe, comme chez notre homme affairé. Pour entretenir le fonctionnement endocrinien un minimum de fonctionnement génital est donc nécessaire, variable du reste avec les sujets. Ce ne doit jamais être une fatigue, mais une occasion d'euphorie recherchée avec entrain et appétit. La grande erreur serait de considérer cette obéissance aux lois de nature comme une corvée qu'on exécute à la hâte pour s'en débarrasser, erreur analogue à celle de l'homme qui mange goulument et sans appétit : les cellules glandulaires ne recevant pas d'avance l'influx du sympathique ne préparent pas sa digestion, qui est pénible et incomplète.

C'est également à un fonctionnement déficitaire du système génital qu'on doit attribuer en grande partie les accidents prostatiques, qui désolent les jours et surtout les nuits de tant de vieux hommes. Les urologues paraissent maintenant d'accord sur ce point. Plus que toutes les autres professions, le clergé fournit des clients aux chirurgiens de plus en plus habiles, qui pratiquent la prostatectomie.

On doit penser qu'une longue abstention sexuelle, sans arriver à détruire les glandes génitales, les atrophie : ce n'est pas la castration, mais un état qui s'en rapproche. On sait que, dans ce cas, quel que soit son sexe, l'individu perd une partie de ses caractères sexuels et acquiert quelques-uns des caractères du sexe opposé. C'est ainsi qu'à la ménopause, la femme prend souvent une allure masculine avec moustache, poils sur la figure, etc... Il est admis que les résidus embryonnaires laissés dans l'organisme par l'hésitation fœtale, qui a précédé la détermination du sexe, se trouvent réveillés, quand cesse l'antagonisme du principe vainqueur. La prostate correspond en partie à l'utérus, dont elle contient quelques principes résiduels : ceux-ci prennent un développement tardif qui participe à l'hypertrophie de l'organe. D'autre part, la prostate contient tout un système glandulaire, dont l'excrétion joue un rôle au moment de l'éjaculation. L'engorgement des acini, la condensation et l'altération du liquide non employé auraient d'après Guépin et Pineau, une part importante dans la constitution de l'adénome. Ces auteurs préconisent même une méthode médicale (massage de la prostate) pour prévenir ou combattre l'hypertrophie : ils obtiennent des résultats heureux par l'expression des acini engorgés. Le fonctionnement sexuel régulier aurait un résultat plus physiologique et plus complet... mais cette étude doit se borner à des considérations étiologiques, sans s'aventurer dans des conclusions thérapeutiques qui seraient assez scabreuses à formuler.

Existe-t-il du côté féminin quelques manifestations comparables aux troubles, que nous avons brièvement décrits, manifestations se superposant à celles qu'entraîne la suppression de l'ovulation ?

Les troubles de la ménopause proprement dit sont passagers. Ils sont plus ou moins durables, plus ou moins violents, mais dans l'immense majorité des cas, le calme arrive et l'organisme reprend son harmonie. La vie moyenne de la femme dure en général assez longtemps pour que son temps d'ovulation n'atteigne pas la moitié des années vécues. Cependant, autour du moment critique de la ménopause apparaissent des affections, qui sont à rapprocher de celles qui atteignent l'homme de cinquante ans : l'hypertension artérielle et le fibrome utérin. Ces affections surviennent souvent chez des sujets, dont la vie génitale a été inexistante ou de peu d'activité. Elles sont constatées chez les religieuses, chez les célibataires ayant vécu dans l'isolement. Existe-t-il donc chez la femme une hormone, qui survit à l'ovulation et qui aurait une action de résistance à la sénilité cellulaire comme l'androstérone de l'homme ? Indépendante de la folliculine et de la lutéine, dont le rôle se borne à la préparation et à la préservation du nid de l'ovule fécondé, cette hormone serait sous la dépendance de l'appétit sexuel, plus variable et surtout plus inconstant chez la femme que chez l'homme. Le goût de l'amour, quand il existe, n'est pas forcément éteint par la ménopause. Il est courant de constater que les femmes qui sont longtemps aimées se défendent merveilleusement contre la déchéance morphologique inéluctable. Leur tissu élastique résiste et il n'y a pas de raison pour qu'il ne résiste aussi longtemps que chez l'homme et sous la même influence : l'appétit sexuel.

A l'inégalité ancestrale des sexes, basée sur la brutale supériorité de la force musculaire, se substitue peu à peu la notion non pas de l'égalité, mais de l'équivalence. C'est justice. Nous sommes maintenant loin de la conception de Mahomet, qui attribua quatre femmes légitimes à chaque croyant : une femme pour le printemps de sa vie ; usée en quelques années alors que l'homme commence à peine son âge mûr, elle est remplacée par une deuxième femme, toute neuve, la femme d'été, qui, fanée à son tour, s'effacera devant la jeune femme d'automne : celle-ci réjouira le croyant quand son déclin à lui-même commencera ; devenue insuffisante au moment de la vieillesse, elle cèdera le pas à une quatrième femme qui viendra réchauffer cet hiver. Et ainsi le croyant, ayant suivi la loi, entrera au paradis où l'attendent des légions de houris, créatures célestes. Les femmes terrestres n'auront pas la gloire d'entrer elles-mêmes au paradis : tout est fini pour elles, quand elles ont rempli leur rôle éphémère d'instrument d'amour et de maternité.

La loi de Moïse ne faisait guère la part plus belle à la femme : elle voulait que le juste ne restât jamais veuf, même âgé, il devait faire réchauffer sa couche, quand elle devenait vide, par une jeune épousée. Le roi David avec sa Sulamite donna un exemple, qui devint sacré.

Le catholicisme, après avoir hésité jusqu'au concile de Mâcon, déclanche enfin une réaction résolue en reconnaissant une âme à la femme, mais l'évolution de l'équivalence a été bien lente. Elle ne s'est vraiment accentuée que dans les temps tout à fait modernes. Il n'y a pas un siècle que Balzac écrivait sa « femme de trente ans ». Le renoncement à l'amour de son adorable héroïne paraissait légitime au public d'alors. Le public d'aujourd'hui ne s'étonnerait pas, si le roman de Balzac paraissait maintenant avec seulement le titre changé : la femme de soixante ans. Il y eut autrefois quelques femmes particulièrement aimées qui furent célèbres, parce qu'elles restèrent désirables jusqu'à l'âge le plus avancé. Alors c'étaient des exceptions : on cite, Diane de Poitiers, Marion Delorme, Ninon de

Lenclos, Catherine II. La maîtresse en titre de Balzac lui-même, surnommée la Dilecta, fut ardemment aimée par lui, alors qu'elle était grand'mère. De pareils cas aujourd'hui se multiplient. La vie sexuelle de la femme devient de plus en plus longue, et le prolongement de l'appétit de l'amour est là cause, bien plus que les progrès de l'industrie des produits de beauté, du recul de l'âge du renoncement. Le but de la nature est évidemment la conservation de l'espèce, elle l'assure avec la prodigalité de moyens qui la caractérise. Elle ne se contente pas de donner à la femme environ trois mille fois le cas d'être fécondée et à l'homme la possibilité de semer huit à dix mille fois dans sa vie une dose de plusieurs milliards de graines fécondantes, mais elle a doté ces possibilités d'un attrait puissant qui remue profondément l'organisme tout entier et contribue à son équilibre et à son harmonie. L'instinct de la conservation de l'individu, souvent en lutte avec celui de la conservation de l'espèce, a toujours cherché à brider cette puissance soit en laissant agir la force brutale, égoïste et défensive de l'homme, soit par des lois que des civilisations successives ont édictées. L'évolution de la civilisation actuelle permet d'espérer qu'au lieu de brider les instincts naturels, on ait tendance à les affiner, à les allier pour le plus grand bien de la santé individuelle. L'homme affamé qui se jette brutalement sur des mets quelconques, sans appétit proprement dit, ne profite qu'incomplètement de cet acte essentiel. Pour l'acte sexuel, trop souvent, l'homme seul a faim, l'acte brutal le rassasie sans qu'il profite complètement des avantages physiologiques que lui procurerait une consommation mieux savourée et plus délicatement souhaitée. Quant à la femme, elle ne subit aucun ébranlement nerveux suscitant la sécrétion hormonale : une seule résultante est la fécondation possible d'un des trois mille ovules qu'elle est appelée à expulser dans le cours de sa vie.

C'est donc en substituant à la faim brutale, l'appétit affiné, que les deux sexes peuvent vraiment utiliser les avantages physiologiques dont la nature a doté l'acte sexuel. Il en résulte, comme nous l'avons dit, un retard notable de la sénescence cellulaire. Cette prolongation de la jeunesse peut empêcher dans une certaine mesure les fameuses maladies de la cinquantaine. La morale et la régularité conjugale ont tout à gagner à l'augmentation de la durée de la séduction féminine ; l'homme, même le plus affairé, devrait pouvoir trouver à son foyer les mêmes attraits avec une femme unique que le croyant musulman avec ses quatre femmes successives. Il faut donc s'appliquer à entretenir et à respecter l'émoi sexuel, qui conserve la jeunesse et la santé de l'individu tout en assurant, dans l'euphorie, la reproduction de l'espèce.

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT APRÈS CURIETHÉRAPIE CERVICO-UTÉRINE

Le Docteur Jules BRET, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté, a consacré sa thèse (Paris, 1940) à cette question.

Pour ce qui concerne l'enfant, si l'irradiation a été faite avant la grossesse, il naît normal. Si l'irradiation est contemporaine de la gestation, l'enfant peut être atteint de malformations, de microcéphalie en particulier.

Une conséquence à peu près inévitable de la curiethérapie au niveau du tractus génital est la sclérose utérine à prédominance cervicale. Que le radio-traitement soit antérieur ou contemporain de la gestation, ladite sclérose est cause de dystocie. Si quelques accoucheurs ont publié des observations de femmes ayant accouché normalement après curiethérapie de cancer du col, la plupart des auteurs estiment qu'au cas de cancer du col irradié pendant la gestation, la césarienne prophylactique à terme doit être instituée (Couvelaire).

Chez les femmes jeunes, susceptibles de concevoir et d'accoucher, l'indication de la radiumthérapie doit être exceptionnelle dans les affections non néoplasiques de l'appareil génital. Pendant la gestation, la curiethérapie des fibromes et des métrorragies est formellement contre-indiquée.

Au cas de cancer du col, en dehors de la gestation, la radiumthérapie cervicale, appliquée à doses suffisantes, enlève aux femmes pratiquement toute chance de grossesse. L'usage du radium dans le cancer du col de l'utérus gravide, durant la première moitié de la gestation, reste discuté et laissé à l'appréciation de chaque accoucheur.

Après le sixième ou septième mois et dans les cancers inopérables à quelque étape de la grossesse qu'on soit, tous les auteurs par contre sont d'accord pour avoir recours au radium.

AU CHEVET DES PATIENTS

Pour soulager facilement les douleurs des extrémités

chez les artéritiques et dans certains troubles vaso-moteurs

Petits moyens, mais très utiles, dit le Professeur R. Leriche (1).

Contre les douleurs du membre inférieur, quand une opération sympathique n'est pas immédiatement possible ou paraît contrindiquée, cet auteur emploie avec succès : l'injection de 10 c. c. de scurocaïne (ou produit similaire) au contact de l'artère fémorale commune à la base du triangle de Scarpa *et* l'injection intra-artérielle de scurocaïne.

Voici encore deux autres procédés :

1° L'injection de 50 à 10 c. c. de liquide anesthésique sans adrénaline *au contact de l'artère tibiale*, derrière la malléole.

Même quand l'artère est oblitérée et qu'on ne sent pas ses battements, il est facile d'arriver jusqu'à elle en enfonçant une fine et courte aiguille sur la ligne de découverte de l'artère, c'est-à-dire au milieu de la gouttière rétro-malléolaire à un travers de doigt derrière le bord postérieur de la malléole. L'aiguille ne doit pas s'arrêter sous la peau, mais perforer l'aponévrose superficielle qui, dense, se sent très bien au passage. Le liquide à injecter ne doit pas soulever la peau tout de suite, mais d'abord remplir la profondeur. D'habitude, il suffit de 5 c. c. de la solution à 1 p. 100.

Cette injection, qui atteint le nerf en même temps que l'artère, est suivie d'un réchauffement rapide du pied et des orteils, et fait souvent se colorer en rose les orteils cyanosés. Il est bien certain qu'elle ne doit pas être un traitement de la gangrène confirmée ; elle peut être utile chez les malades, qui sont au début d'une ulcération péri-unguéale, et qui souvent souffrent beaucoup de tout l'orteil atteint. Cependant, on ne doit pas oublier que beaucoup d'artéritiques sont soulagés très rapidement par la désinfection mécanique (au besoin sous anesthésie) du pourtour de leur ulcération, dépôt d'un magma cireux de squames épidermiques, sous lequel couve une infection torpide.

L'ébarbage de l'ongle, la détersion mécanique, le bain de pied tiède ou un peu chaud (celui-ci souvent douloureux), le pansement humide et l'injection intra-artérielle de mercuro-chrome font, dans ces cas, mieux que tous les sédatifs, morphine y compris : tous les analgésiques échouent d'habitude chez les artéritiques infectés.

Dans ces circonstances, si l'on répète tous les jours, pendant une semaine ou deux, l'injection péritibiale postérieure, on obtient quelquefois des résultats extraordinaires et à peu de frais. Si après ce traitement la douleur persiste, l'injection autour de la tibiale antérieure ou de la pédieuse donne un effet satisfaisant. Il va de soi que, si l'artère n'est pas bouchée et que par hasard l'aiguille pénètre à son intérieur, il n'y a pas à la retirer : on fait alors lentement une injection intra-artérielle, et le succès est encore plus manifeste ;

2° L'injection *intra-veineuse* au niveau du cou-de-pied sous stase provoquée.

Quand on désire faire une intra-artérielle et que la fémorale est oblitérée, on peut agir sur le pied en mettant un lien de caoutchouc au-dessus des malléoles, et en injectant lentement l'anesthésique à contre-courant dans une des veines du dos du pied. Puis on masse doucement en faisant refluer le liquide vers les orteils. Le lien est laissé en place quatre ou cinq minutes. Généralement la sédation est complète pour plusieurs heures, pour un jour ou deux. Ce même procédé peut être utile dans les ostéoporoses algiques post-traumatiques et dans certaines entorses.

***

L'hémo-diagnostic rapide au lit du malade

Ce procédé, qui intéressera le médecin de campagne ou le consultant de province, est décrit par L.-Ch. Brumpt (2) ; il s'applique aux affections typho-paratyphiques, au typhus exanthématique, aux brucelloses et aux dysenteries bacillaires.

On se sert d'émulsion de souches bacillaires, préparées à l'avance, dont l'opacité est titrée au photomètre de Vernes, et qui sont légèrement teintées au bleu de méthylène à 1 p. 100. Celles-ci

(1) *La Presse médicale*, 22 juillet 1941.
(2) *Ibidem*, 19 juillet 1941.

se conservent longtemps (un an) en ampoules scellées, à la température ordinaire.

L'hémodiagnostic consiste à réaliser sur lame de verre ou sur papier, à la température ordinaire, une agglutination du germe en cause par le sang total du malade, lisible mascroscopiquement en moins de quatre minutes.

Sur lame de verre. Au moment de l'emploi, on agite la suspension et on en dépose une grosse goutte sur une lame de verre. Après piqûre du doigt ou de l'oreille du malade, on prélève une goutte de sang, deux ou trois fois plus petite, avec le coin d'une lame ou une anse de platine de 3 à 5 mm. de diamètre, et on mélange intimement en étalant la goutte, qui prend une couleur vert sale. Puis on imprime à la lame un balancement circulaire. Au bout d'une à quatre minutes au maximum, si le résultat est positif, des agglutinats apparaissent et vont s'accoler à la périphérie de la goutte en formant une collerette bleue ; après quelques instants de repos, les hématies se rassemblent au centre, et le liquide de suspension s'éclaircit. En somme, la réaction positive se présente sous l'aspect d'une cocarde tricolore. Toute agglutination tardive (au-delà de quatre minutes) ou douteuse doit être considérée comme négative. La frange périphérique d'un bleu franc doit être distinguée d'une frange de séchage verte ou brune.

Sur papier. Le choix du support n'est pas indifférent : ainsi préfère-t-on la carte de visite en papier bristol au papier un peu trop absorbant, qui sert pour les groupes sanguins. La technique de la réaction est la même ; mais la lecture dans les cas douteux est moins nette que sur verre. Son avantage est de pouvoir être conservée indéfiniment avec l'observation du malade. Il suffit, dès que la frange colorée est formée, d'aspirer avec soin à la pipette ou au buvard le centre de la goutte positive. Les gouttes négatives sont séchées avec moins de précautions.

Cette méthode ne prétend pas remplacer le séro-diagnostic, car il ne peut mesurer le taux de l'agglutination.

Les résultats qualitatifs des deux méthodes se sont montrés parallèles dans 51 fièvres typhoïdes, 27 mélitococcies, 11 typhus exanthématiques, une fièvre intercurrente, 75 dysenteries bacillaires sur 76.

Il s'agit donc d'un procédé de diagnostic *exact, simple*, ne nécessitant aucune connaissance bactériologique spéciale ; *rapide*, son exécution au lit du malade fait partie de l'examen clinique ; *économique*, il n'emploie qu'un matériel réduit ; *évite la ponction veineuse*, ce qui permet de le répéter fréquemment ; *dénué de tout danger*, les germes sont tués par le formol. Enfin, les émulsions *se conservent* des mois à la température ordinaire.

G. FISCHER.

L'AZOTÉMIE DANS LA DIPHTÉRIE MALIGNE

Chalier, de Lyon, et ses élèves ont appelé l'attention sur l'intérêt — l'intérêt pronostic en particulier — de l'azotémie dans la diphtérie maligne.

« Au point de vue pratique, dit Chalier, c'est grâce à l'atteinte rénale que l'on pourra porter un pronostic plus ou moins sévère au cours de la diphtérie maligne, en se fondant sur le degré de l'azotémie. La notation d'un taux d'urée sanguine dépassant un gramme, surtout à deux examens successifs, entraîne presque à coup sûr un pronostic fatal ; c'est là une loi qui souffre de très rares exceptions ». Pour Chalier et ses collaborateurs, donc, toute diphtérie au cours de laquelle la rétention azotée dépasse un gramme doit être considérée, ou à peu près, comme vouée à l'échéance fatale.

Tous les pédiatres, il est vrai, ne partagent pas cette opinion, dans son intégralité du moins. M. Lereboullet, sans diminuer l'importance de l'atteinte rénale, ne la reconnaît ici ni aussi fréquente ni aussi précise en matière pronostique. M. Lereboullet ne nie pas l'intérêt de l'hyperazotémie, d'une hyperazotémie dépassant un gramme, au cours de la diphtérie maligne, mais son opinion quant au côté pronostic de cette constatation est plus réservée. M. Lemierre est plus réservé encore et ne voit pas là un élément dominant le pronostic.

Dans sa récente thèse inaugurale, le Docteur André Lebas a présenté une observation de M. Desbuquois (de Tours) — observation qui a également fait l'objet d'une communication de M. Desbuquois et Mlle Jusseaume à la Société médicale des hôpitaux de Paris — concernant un enfant de 7 ans atteint de diphtérie maligne, qui a guéri malgré une hyperazotémie prolongée ayant atteint 3 gr. 28.

Quoiqu'il en soit, il n'en faut pas moins accorder une haute valeur aux études de Chalier et de ses élèves sur cette question. Si l'aphorisme qu'il a énoncé, fondé sur la rétention uréique dépassant un gramme, n'est pas à considérer dans toute sa rigueur, on peut conclure, néanmoins, avec M. André Lebas, que ce symptôme d'alarme reflète la sévérité extrême de la situation dans une diphtérie maligne, tout en laissant à la thérapeutique une chance qu'il ne faut pas abandonner. Dans le cas de M. Desbuquois, la strychnothérapie intensive a paru nettement avoir contribué à la guérison.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Introduction à l'étude de la cancérologie

Le Professeur M. D'HALLUIN expose qu'en ces derniers temps la connaissance de la biologie du cancer a fait de sérieux progrès, notamment en ce qui concerne la prophylaxie. En fait, sans une modification préalable de l'état général, les causes déterminantes sont incapables d'engendrer le cancer, et cet état de réceptivité peut être héréditaire ou acquis. Il faut, dans ce dernier cas, considérer l'influence générale d'états pathologiques variés. Diverses causes locales provoquent dans un premier temps la viciation de certains métabolismes, et compromettent ainsi le bon équilibre de l'organisme ; dans cet ordre d'idées, il faut tenir compte aussi des insuffisances endocriniennes, des troubles de l'équilibre neuro-végétatif. A ce propos, on connaît l'action favorisante de la résection du sympathique cervical dans le cancer expérimental.

Tout compte fait, le cancer est une maladie primitive de la cellule qui, sous l'influence d'excitations variées endogènes ou exogènes, s'isole de son milieu et acquiert une activité reproductrice anormale. Elle devient nocive à la faveur d'une déficience de la défense locale, lorsque des conditions d'ordre général favorisent son activité envahissante, au lieu de l'entraver. L'établissement de cette conception est basée sur l'expérimentation et confirmée par la clinique.

Jadis l'ablation chirurgicale, aussi complète que possible, était le seul remède. Aujourd'hui les radiations apportent une arme nouvelle, dont l'efficacité, encore inconstante il est vrai, semble s'expliquer par l'heureuse influence de réactions générales s'ajoutant à l'action primitivement locale. Aussi est-il nécessaire de toujours compléter le traitement fondamental par une thérapeutique générale, qui seconde l'effort de l'organisme et tente de remédier aux déficiences qui réalisent l'état de réceptivité. (*Journ. des Sc. Médicales de Lille*, nos 2 et 3, 1941).

Les stigmates hématologiques précoces du saturnisme chronique professionnel

Les Docteurs M. PERRAULT et J. LESURE en font une étude complète et détaillée, et concluent : à l'heure actuelle, en raison de sa simplicité et de sa valeur, l'examen hématologique présente toujours le plus grand intérêt pratique pour le dépistage très précoce des états de présaturnisme, ou mieux de saturnisme inapparent. Cet examen doit être pratiqué systématiquement tous les deux à trois mois chez tout sujet exposé. Ni l'éosinophilie, ni la lymphocytose, ni la légère déglobulisation ne constituent des tests assez fidèles. La recherche de la réticulocytose ne saurait à l'heure actuelle passer pour une technique suffisamment simple.

La recherche de la basophilie érythrocytaire, par contre, ne met en œuvre que des techniques simples, robustes, faciles. La mise en évidence d'un taux critique d'hématies à ponctuations basophiles demeure le maître-symptôme hématologique d'alarme.

Toutefois la polychromatophilie, plus fréquente, plus précoce et de même signification, paraît devoir être prise en très grande considération. Sa constatation, en dehors de toute autre cause actuelle, chez tout individu exposé à la saturnisation, doit entraîner la mise en œuvre de mesures prophylactiques, au premier rang desquelles s'impose bien entendu la soustraction au danger d'intoxication. (*Le Progrès Médical*, 10 mai 1941).

L'alimentation des enfants dans l'éducation physique et les sports

Un contrôle médical sévère s'impose dans l'éducation physique, moyen très utile pour favoriser le développement normal de l'enfant et de l'adolescent. Il y a lieu, précise le Docteur LESNÉ, d'interdire les sports et même l'éducation physique (à l'exception de l'éducation physique médicale) à tout enfant présentant des troubles de la nutrition et un développement staturo-pondéral anormal.

L'effort doit être proportionné à la ration alimentaire, qui, dans ces conditions, sera au moins normale, plutôt supplémentaire. Pour éviter le surmenage, on l'établira complète et bien équilibrée. Néanmoins, il ne faut jamais pousser les exercices jusqu'à la fatigue. Les heures de repos doivent être augmentées ; 9 à 10 heures de sommeil sont nécessaires. Un examen médical s'impose périodiquement pour suivre l'état de nutrition des enfants, dépister les signes de surmenage et déceler les déficiences menaçantes. (*Le Progrès Médical*, 10 mai 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Essai de traitement du choc engendré par le complexe chaulmogra + cholestérol par l'administration préalable d'acide ascorbique

(M. A. RAKOTO RATSIMAMANGA et J. JANICAUD. Présentation par M. CHAMPY ; 24-6-1941)

On sait que l'acide ascorbique est capable d'empêcher l'apparition des phénomènes anaphylactiques (Hochwald, A. et P. Giroud et Ratsimamanga, Lemke), propriété qui serait due à l'inhibition par l'acide ascorbique de la libération d'histamine (Ungar, Parrot et Levillain).

L'acide ascorbique s'est révélé également très actif à l'égard de certains toxiques. Dainow, Piesocki ont montré son efficacité sur les érythrodermies dues au novarsénobenzol et, d'une façon générale, son action protectrice vis-à-vis de la toxicité de ce médicament.

MM. Ratsimamanga et Janicaud se sont adressés dans ces conditions à l'acide ascorbique pour prévenir les accidents de choc déterminés par le complexe chaulmogra + cholestérol. L'administration préalable par voie veineuse d'acide ascorbique, chez le cobaye et chez le chien, a atténué ou même supprimé le choc du chaulmogra-cholestérol.

Douleurs des lépreux et infiltrations anesthésiques du sympathique

(M. LECERCLE, de Damas ; 24-6-1941)

Pour calmer les douleurs des lépreux, on a associé au traitement de base et aux analgésiques habituels, la diathermie, la radiothérapie, le venin de cobra, etc. La multiplicité des moyens employés montre leur inconstance et leur insuffisance. Il y a des douleurs atroces, chez les lépreux, que rien jusqu'à présent n'a pu calmer.

Dans trois cas de ce genre, et sur la demande du Docteur Hakim, médecin de la léproserie de Damas, M. Lecercle a eu recours, suivant la méthode de Leriche, aux infiltrations anesthésiques du sympathique. Les trois malades ont obtenu une amélioration très appréciable de leurs douleurs.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur le traitement des plaies de poitrine

(M. L. SAUVÉ ; 7-5-1941).

Dans le traitement des plaies de poitrine, dit M. Sauvé, deux points ont réuni l'accord des chirurgiens qui ont participé à la discussion sur ce sujet à l'Académie de chirurgie : d'une part, l'utilité préventive et curative de la sulfamidothérapie et de la tente à oxygène ; d'autre part, la gravité particulière des plaies pariéto-pleurales, gravité nécessitant une intervention précoce.

Reste une autre question, sur laquelle le débat reste ouvert : la conduite à tenir dans les cas de projectiles pleuro-pulmonaires inclus. Aussitôt après la blessure, en présence d'un éclat pleuro-pulmonaire superficiel avec grosses lésions pariétales, le nettoyage du cône d'attrition sera, de l'avis général, pratiqué, y compris bien entendu l'ablation du projectile. Tous les chirurgiens sont également d'accord pour reconnaître que les projectiles d'un volume notable doivent être secondairement enlevés, d'une façon systématique, et qu'en outre doivent être extraits les projectiles déterminant des accidents infectieux.

Epuisement en hormone cortico-surrénale dans le choc traumatique chez le chien

(MM. O. LAMBRET et J. DRIESSENS ; 7-5-1941).

M. Lambret fait une communication sur l'épuisement en hormone cortico-surrénale du cortex surrénal au cours du choc traumatique expérimental, chez le chien, avec preuves biologiques.

La constatation de cet épuisement hormonal suggère des déductions thérapeutiques qui restent encore, il est vrai, à la phase d'étude. Les extraits opothérapiques cortico-surrénaux ou l'hormone synthétique ont été préconisés et employés dans la thérapeutique du choc. Les modalités sont à préciser. On entrevoit, d'autre part, la possibilité de compléter, de consolider ce traitement, et aussi de préparer les futurs opérés, par l'utilisation large de l'acide ascorbique, substance dont les relations avec l'hormone cortico-surrénale sont très étroites, comme l'ont montré Giroud et ses collaborateurs. La saturation en vitamine C (acide ascorbique) de l'organisme du futur opéré devrait théoriquement amener une amélioration des suites opératoires. Les premiers résultats des expériences poursuivies dans ce sens à l'Institut de recherches biologiques de Lille semblent être favorables à une telle hypothèse, mais il convient à ce sujet d'être prudent et d'attendre une plus longue expérimentation. Quoiqu'il en soit, on peut sans doute envisager dès maintenant une nouvelle application chirurgicale de la vitamine C.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ESSAIS PSYCHOLOGIQUES

LES CHEFS

Par M. le Docteur Marcel VIARD

Est un véritable Chef celui qui s'impose par ses qualités du cœur et de l'esprit et qui sait se faire obéir.

Il faut qu'il en ait le tempérament, le caractère, les aptitudes et l'entraînement.

N'est pas Chef qui veut, même en s'y exerçant, comme certains le prétendent. Nous le répétons, il faut en avoir les dispositions naturelles, comme pour n'importe quelle fonction sociale, pour n'importe quelle profession. Sinon, même avec un entraînement intensif, on n'arrive guère qu'à créer un « personnage » qui, durant l'exercice de la fonction, se substitue à la personnalité réelle du sujet.

LES FAUX CHEFS

De même qu'il existe une fausse élite, il existe de mauvais chefs. On les reconnaît facilement. Les uns sont violents, impulsifs, irascibles ; leurs cris, leur nervosité, les punitions qu'ils infligent à tort et à travers, leur clémence soudaine, souvent injustifiée, leur complaisance pour certains, leur dureté pour d'autres, sont autant de défaillances impardonnables.

Leur orgueil à remplir une fonction recherchée ou le souci de maintenir une situation avantageuse remplace chez eux l'aptitude vraie au commandement.

D'autres, que leur naissance, leur fortune ou leurs relations ont placés à la tête d'une entreprise pour laquelle ils n'avaient pas ou peu d'aptitudes, se rendent compte de leur infériorité, craignent les responsabilités. Ils manquent de courage, de fermeté, du plus élémentaire savoir-faire, et ne sont ni écoutés, ni obéis.

LES VRAIS CHEFS

La première condition à remplir pour devenir un Chef, digne de ce nom, c'est d'en avoir les dispositions naturelles, révélées par une formule psychologique caractéristique.

La deuxième condition, c'est de s'entraîner correctement à la délicate et redoutable mission de conducteur d'hommes.

Pour plus de précision, nous dirons que le Chef doit être à la fois un Sage, un Initié et un Réalisateur.

Un vrai Chef doit être un Sage.

Hippocrate l'avait déjà décrit : « sobre dans son langage, maître de lui-même, grave dans l'opposition, réservé dans la contradiction, aimant à enseigner les gens de bonne volonté, modéré envers tous, gardant le silence quand les autres s'agitent, méditant avant de répondre, patient et habile à saisir l'occasion. Sobre dans sa nourriture, se contentant de peu et sachant, au besoin, soutenir l'abstinence. Clair dans ses discours, ne cachant rien de ce qu'il a appris et toujours prêt à perfectionner sa doctrine à la lumière de la vérité. »

Pour ceux que le mot sage ferait sourire, nous dirons que le Chef doit être évolué. La culture des facultés supérieures du cœur et de l'esprit est indispensable. Mais la culture ne se confond pas nécessairement avec l'instruction, l'érudition. Pour obtenir un parchemin, la mémoire peut suffire. L'agrégation ou le doctorat n'implique pas l'autorité, le sens de la justice, l'esprit de sacrifice, et bien d'autres qualités qui font de quelqu'un un être supérieur.

Le tempérament du Chef, sans ces qualités essentielles, ne conduit qu'au sectarisme, au despotisme, à la tyrannie. Ces défauts caractérisent les chefs de bandits, de révoltés, de revendicateurs, ou simplement de mécontents, et dont le but est d'exploiter les passions humaines pour en tirer un profit personnel.

Le véritable Chef est juste, pitoyable, mais inflexible dans sa justice toute de nuances ; inébranlable dans ses décisions minutieusement mûries. Il sait, selon le cas, être dominateur ou condescendant, ferme ou tolérant, toujours avec un sens absolu de l'opportunité admirablement affiné par un entraînement permanent aux applications psychologiques. La finesse psychologique est un facteur important de sagesse. On peut même affirmer que celle-ci ne peut pas exister sans celle-là. Et combien de nos Chefs s'en soucient peu, en général !

Mais les dispositions naturelles d'un sujet, pour une fonction donnée, n'impliquent pas que cette fonction puisse être exercée du jour au lendemain.

Avoir le tempérament du médecin ou du musicien ne dispense pas d'apprendre la médecine ou la musique !

Le Chef doit être un Initié.

On a dit souvent que les Rois et les grands Chefs étaient chargés d'une mission divine. Il

est bien certain qu'un Chef, avant de formuler des lois sociales, doit s'inspirer des grandes lois universelles. Il faut qu'il sache observer la nature et tirer de ses observations des applications pratiques pour le bien-être général. Quel merveilleux enseignement que celui qui est inscrit dans le grand livre de l'Univers ! Les hommes peuvent y trouver tout ce qu'il leur faut pour être heureux. N'y voit-on pas, par exemple, que tout ce qui est supérieur domine, commande ; que l'ordre, le mouvement rythmé, la hiérarchie sont des lois immuables qui, transgressées, provoquent les sanctions les plus graves ? Que rien ne se fait au hasard dans le monde, qu'une minutieuse préparation est nécessaire ; que tout part d'une source d'énergie pour y retourner, que cette énergie est l'origine et la fin de tout ; que le bien fait du bien et que le mal fait du mal et que, comme corollaire, le mal retombe toujours sur celui qui le commet ? D'où la nécessité d'entretenir en soi une supériorité intellectuelle et morale et de soumettre les individus les moins bons aux plus évolués, les meilleurs.

Et ceci explique la nécessité d'une hiérarchie, non pas inspirée par la fantaisie ou les intérêts particuliers, mais par la nature et l'intérêt général. « Toute supériorité, écrit le Docteur Carton, qui se met au service des infériorités dans le but d'en tirer un profit matériel ou une basse jouissance immédiate, ne remplit pas le rôle qui lui est dévolu par l'ordre des choses. Elle va à l'encontre de ses obligations. Elle nuit aux autres par son mauvais exemple et par la fâcheuse direction qu'elle leur imprime. Enfin, elle se dégrade elle-même. Toute infériorité qui parvient à un poste de direction, au mépris des lois naturelles, prépare le malheur des autres, parce qu'il faut d'abord avoir appris à se conduire et à se maîtriser soi-même avant de prétendre diriger et dominer les autres. »

Le Chef ne s'inspire pas seulement des enseignements de la nature mais aussi de ceux qui ont consacré leur vie à déchiffrer l'énigme de la vie, de la vie physique, de la vie morale, dont la biologie et la psychologie représentent les matières les plus sûres et les plus fructueuses.

« La psychologie, disait le Professeur Charles Richet, n'intervient pas seulement dans l'éducation, elle exerce également son action dans tous les domaines. La politique, la finance, le commerce, la médecine, l'art militaire en sont tributaires. » Il ajoutait : « *Je crois que l'avenir de l'humanité réside dans la psychologie et que c'est le domaine où il faut s'attendre aux plus grandes découvertes* ».

Le Chef doit être initié à cette science, non pas telle qu'elle est enseignée dans les ouvrages classiques où les sensations, les facultés mentales et les états d'âme sont minutieusement analysés sans déductions d'ordre pratique, mais à une psychologie objective, rapide et précise, aussi bien pour établir le diagnostic de la personnalité que pour indiquer l'hygiène intellectuelle et morale à instituer dans chaque cas particulier.

Le malheur des hommes vient de ce qu'ils sont en hostilité constante avec l'ordre de l'Univers dont ils font partie et que, de ce fait, ils déclanchent, sans même s'en douter, de cruelles sanctions.

Le Chef doit être un Réalisateur.

Dans notre formule hiérarchisée des tempéraments, les aptitudes à la réalisation sont indiquées d'une façon *certaine* par la lettre R et son indice, c'est-à-dire par les signes d'entreprise, d'initiative, de ténacité dans l'action, de domination, d'aptitude au commandement.

Et cela ne suffit pas encore. Il importe que le Chef s'entraîne aux réalisations. La première de ces réalisations, c'est de bien choisir ses lieutenants et de mettre chacun d'eux à la place exacte qu'il doit occuper.

Pour atteindre ce but, on peut employer une méthode empirique ou une méthode scientifique. La méthode empirique, elle-même, comporte plusieurs procédés, tous tirés de l'expérience. Quiconque a su diriger les autres à un moment donné, quand les circonstances l'exigeaient, ou par ordre, possède des aptitudes au commandement. Mais les conditions du succès ne sont pas toujours identiques. Quiconque accepte, au prix de sa liberté ou de sa vie, la direction des autres donne la preuve indiscutable d'un grand courage et d'une inébranlable volonté de réussir. Encore faut-il se méfier des téméraires et des inconscients.

La méthode scientifique est infiniment supérieure. La psychologie objective sera cette méthode de choix, nous pouvons l'affirmer avec autant de certitude qu'en comportent les choses humaines. Elle peut préciser dans quel domaine, matériel ou spirituel, s'effectueront les réalisations.

UNE ECOLE DES CHEFS EST A CRÉER

Les Anciens, les Egyptiens en particulier, ont eu de magnifiques écoles de chefs dont les programmes et les techniques nous sont presque inconnus. Mais nous savons que ces Chefs égyptiens étaient prodigieux. Pourquoi ne pas essayer d'en former de semblables avec les méthodes et les procédés modernes ?

Un travail de sélection est nécessaire, grâce au dépistage de ceux qui ont vraiment un tempérament de Chef. Et ce dépistage devra se faire dans l'Elite qui, elle-même, sera déjà une sélection de personnalités accusées, évoluées, remarquables par leurs qualités physiques intellectuelles et morales.

LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ORDRE

Nous sommes heureux de pouvoir enfin commenter le règlement intérieur de l'Ordre. Ce document important, œuvre de M. Detton, maître des requêtes au Conseil d'Etat et de Me Fontaine, Avocat à la Cour d'Appel de Paris, s'inspire largement des règles et usages appliqués autrefois devant les conseils de famille des défunts syndicats.

Il y a en réalité deux règlements intérieurs, celui du Conseil supérieur et celui des Conseils départementaux. Etant calqués l'un sur l'autre, nous les analyserons en même temps (1).

I. Organisation de l'Ordre

Aux termes de la loi du 7 octobre 1940, tous les docteurs en médecine remplissant les conditions d'exercice imposées par les lois et règlements en vigueur, constituent l'Ordre des médecins, à la tête duquel se trouve le Conseil supérieur de l'Ordre.

Tous les médecins exerçant dans les limites d'un département relèvent d'un Conseil départemental.

Le siège du Conseil départemental est au chef-lieu. Il peut être transféré en tout autre endroit si le Conseil le décide en raison des circonstances. En aucun cas il ne peut être installé au domicile privé d'un des membres du Conseil ni dans un établissement de soins privé. (Art. 1).

Le Conseil élit dans son sein un bureau composé d'un ou deux vices-présidents, d'un secrétaire général et d'un trésorier ; en outre, il peut être attaché au Conseil un secrétaire administratif, choisi parmi les médecins faisant partie ou non du Conseil.

Le Conseil départemental a pour principales attributions de maintenir la discipline intérieure de l'Ordre — d'assurer le respect des lois et règlements professionnels — de tenir à jour le tableau de l'Ordre — d'autoriser son président à ester en justice — de siéger en qualité de Conseil disciplinaire — de régler les conflits d'honoraires entre médecins et clientèle — de gérer les biens de l'Ordre et d'établir un office de remplacement.

Le Conseil supérieur dont le Président est actuellement choisi par décret, élit un bureau composé de : deux vice-présidents et un trésorier.

En outre, un secrétaire général, assisté d'un secrétaire administratif, est attaché au Conseil (Art. 2).

Il désigne par cooptation un Conseil restreint composé de quatre membres. Celui-ci se réunit pour l'étude des questions urgentes ainsi que celles qui doivent être soum ses à l'examen du Conseil (Art. 3).

Le Conseil restreint est composé à l'heure actuelle du Docteur Grenet, *vice-Président*, du Docteur Fèvre, *trésorier*, du Docteur Hollier, *secrétaire général*, et du Docteur Roux-Berger.

Les attributions du Conseil supérieur consistent à maintenir la discipline de l'Ordre — à assurer le respect des lois et règlements professionnels — à statuer au second degré sur les difficultés relatives à l'inscription au tableau de l'Ordre — à gérer les biens de l'Ordre et à utiliser ses ressources pour la sécurité matérielle des médecins et de leur famille — à autoriser son président à ester en justice — à être l'interprète du Corps médical auprès des pouvoirs publics — à siéger comme Conseil disciplinaire du second degré à l'égard des décisions rendues par les Conseils départementaux — à arbitrer les différends séparant les Conseils départementaux et les médecins.

Les décisions des différents Conseils sont prises à la majorité des voix. En cas de partage, celle du Président est prépondérante.

Pour l'étude de questions particulières, les Conseils peuvent désigner des Commissions.

Ces commissions sont uniquement des organes d'étude. Elles rédigent des rapports qui sont soumis au Conseil aux fins de sanction (Art. 7).

Chaque Conseil tient un registre de ses délibérations. Ces dernières ont un caractère secret, à moins qu'il n'en soit autrement disposé.

II. Juridiction de l'Ordre

La partie la plus originale et la plus intéressante à la fois du règlement intérieur est sans aucun doute celle qui précise et définit les attributions juridictionnelles de l'Ordre, soit en matière disciplinaire, soit en cas d'infractions aux lois sociales.

1) *Matière disciplinaire*

Le Conseil départemental a compétence pour juger les praticiens inscrits à son tableau pour les infractions ci-après énoncées, en quelque lieu qu'elles aient été commises :

I. — Manquements aux règles, aux usages et à la morale professionnelle, à la discipline de l'Ordre, aux prescriptions du Conseil supérieur et du Conseil départemental, aux dispositions du Code de Déontologie.

II. — Conflits et difficultés d'ordre professionnel entre médecins (Art. 28).

(1) Il est à regretter que la numérotation de ces deux réglements ne soit pas successive ce qui ne manquera pas de créer des confusions.

Dès que le Conseil est saisi d'une plainte, le président désigne parmi les membres du Conseil un rapporteur qui est chargé de l'instruction, et qui transmet ensuite le dossier au Conseil pour jugement.

« La convocation à l'audience est adressée au médecin poursuivi par lettre recommandée avec accusé de réception, quinze jours au moins avant l'audience.

« Cette convocation indique au médecin le délai pendant lequel il pourra, lui ou son défenseur, prendre connaissance du dossier au secrétariat de l'Ordre sans déplacement des pièces.

« Le médecin est, en outre, invité, par la convocation, à faire connaître au plus tôt au président, s'il choisit un défenseur, les nom et adresse de ce dernier. Le dossier ne sera mis à la disposition du défenseur, que lorsque le Président aura reçu l'indication de son identité.

« Le défenseur devra toujours être soit un avocat inscrit au barreau soit un médecin inscrit au tableau général de l'Ordre (Art. 30).

L'audience n'est pas publique et la délibération reste secrète. Elle a lieu hors la présence du médecin, de son défenseur et du rapporteur. La décision est prise à la majorité des voix et les votes sont recueillis en commençant par le membre du Conseil le plus jeune. En cas de partage des voix, le prévenu doit bénéficier du doute, et, en conséquence de la solution la plus favorable (Art. 31).

La décision doit être motivée (Art. 32).

Le jugement est signifié par le Président au médecin dans la quinzaine du prononcé, par lettre recommandée avec accusé de réception (Art. 34).

Le Conseil départemental peut prononcer les peines suivantes :

1° Blâme en Chambre du Conseil,

2° Avertissement public avec inscription au dossier personnel,

3° Suspension d'une durée maximum d'un an du droit d'exercer,

4° Interdiction à toujours du droit d'exercer la médecine avec radiation du tableau (Art. 38).

Tout jugement peut être frappé d'appel devant le Conseil supérieur de l'Ordre.

Cet appel est interjeté par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président du Conseil supérieur de l'Ordre et au président du Conseil départemental, dans les trente jours qui suivront la notification prévue à l'art. 37, s'il s'agit d'un jugement contradictoire ou rendu sur opposition, et dans les trente jours qui suivront l'expiration du délai d'opposition si le jugement a été rendu par défaut.

En outre, la lettre recommandée ci-dessus prévue doit énoncer les griefs contre la sentence rendue et les moyens produits en vue de sa réformation. Toutes pièces utiles doivent y être jointes en original, ou en copies certifiées conformes.

L'appel a un effet suspensif et dévolutif (Art. d0).

La peine prononcée par le Conseil départemental est exécutoire immédiatement après expiration du délai d'appel, sauf disposition contraire de la part du Conseil (Art. 41).

La procédure devant le Conseil supérieur est la même que la procédure en vigueur devant les Conseils départementaux (convocation, instruction...).

Le Conseil supérieur peut prononcer les peines suivantes :

1° Blâme en Chambre du Conseil ;

2° Avertissement public avec inscription au dossier personnel ;

3° Suspension d'une durée maximum d'un an du droit d'exercer ;

4° Interdiction à toujours du droit d'exercer avec radiation du tableau (Art. 23).

Le jugement est signifié à l'appelant et au président du Conseil départemental auquel il appartient (Art. 24).

Toute peine prononcée par le Conseil supérieur est immédiatement exécutoire, sauf disposition contraire prise par le Conseil (Art. 25).

Les décisions du Conseil supérieur de l'Ordre peuvent être déférées au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir dans les formes et délais prévus par les lois, réglements et usages administratifs (Art. 27).

Précisons le rôle du Conseil d'Etat dans l'examen de ces recours. La haute assemblée n'aura pas à apprécier l'opportunité des mesures disciplinaires, son rôle se bornera à vérifier l'existence des faits reprochés au médecin condamné et à décider s'ils sont de nature à motiver légalement la décision du Conseil supérieur.

Les lignes qui précèdent montrent que les rédacteurs du règlement intérieur ont pris soin d'organiser avec minutie la procédure qui devait être observée tant par les parties que par les Conseils de l'Ordre, statuant en matière disciplinaire.

Les droits habituellement reconnus à la défense (communication du dossier, assistance d'un avocat, défendeur parlant en dernier) ont donc été pleinement sauvegardés.

Félicitons-nous de ce que le projet primitif, qui refusait au médecin le droit de se faire assister d'un avocat, n'ait pas été retenu. Il était, en effet, indispensable de permettre au médecin poursuivi de se faire assister d'un homme de loi, tant au cours de l'instruction que durant ces instances disciplinaires qui se terminent par le prononcé d'un véritable jugement dont les conséquences peuvent être graves puisque les peines vont jusqu'à l'interdiction définitive d'exercer la médecine.

2) *Infractions aux lois sociales*

L'Ordre s'est réservé le droit de sanctionner les infractions commises par les médecins en matière de lois sociales, assurances sociales, accidents du travail, assistance médicale gratuite et soins aux pensionnés de guerre.

Les organismes sociaux établis dans le département peuvent saisir le président du Conseil de l'Ordre d'une plainte contre un médecin pour infraction aux lois sociales que ces organismes sont chargés d'appliquer.

Elle est transmise par le président au service du contrôle technique (Art. 43).

Lorsque le contrôle technique estime que les faits reprochés ne nécessitent ni enquête, ni sanction, il donne connaissance de son avis motivé au président et à l'organisme intéressé.

Lorsque la plainte apparaît sérieuse, le contrôle technique procède à son instruction. Il la communique au médecin ; il l'interroge ainsi que tous sachants. (Art. 44).

S'il estime que les faits reprochés au médecin doivent recevoir une sanction, le contrôle technique transmet le dossier avec avis motivé au président. Celui-ci en saisit le Conseil qui décide la nécessité de la poursuite.

L'organisme social intéressé est avisé de la décision du Conseil (Art. 45).

La procédure est la même qu'en matière disciplinaire si ce n'est que :

L'organisme plaignant est convoqué à l'audience. Il peut faire présenter ses observations, soit par un mémoire déposé dix jours avant l'audience au secrétariat du Conseil, soit à l'audience, par un mandataire médecin inscrit au tableau général de l'Ordre, soit par un avocat régulièrement inscrit au barreau. Le dépôt du mémoire n'exclut pas l'intervention orale (Art. 46).

L'accusation est soutenue par un délégué du contrôle technique. Celui-ci présente ses observations, après l'organisme social intéressé et avant le médecin poursuivi (Art. 47).

La décision du Conseil est notifiée à l'organisme social partie à l'affaire et au médecin poursuivi, par lettre recommandée du président du Conseil départemental avec accusé réception dans la quinzaine du prononcé (Art. 47).

L'appel est possible devant le Conseil supérieur dans les mêmes conditions.

Tout cela est très bien. Mais on ne voit pas comment ces dispositions vont pouvoir s'harmoniser avec le système actuel de contrôle propre à chaque catégorie de lois sociales ; pour sa mise en application pratique, il faudra, suivant les cas, soit une adaptation du système actuel, soit une réforme de ces lois.

En matière d'assurances sociales, l'exercice du contrôle technique légal par les Conseils départementaux est subordonné à l'existence de conventions avec les Caisses. Mais ce contrôle est limité strictement à ce domaine ; il obéit d'autre part à ses règles propres qui cadrent mal avec celles de l'Ordre et comprend notamment un surappel devant une Commission supérieure de contrôle, inconnu en droit commun. Que faudra-t-il faire en cas de conflit entre cette Commission statuant en matière d'Assurances sociales, et le Conseil supérieur statuant comme dernier ressort sur le plan général ? Que décider enfin si en l'absence de conventions Ordre-caisse la Commission supérieure devient, ainsi que le veut la loi, juridiction du premier degré ?

En matière d'accidents du travail, l'Ordre peut revendiquer le contrôle des soins, attribué aux Conseils de famille syndicaux par l'art. 4 § 2 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 1er juillet 1938, lui soit dévolu. Mais que devient également dans ce cas la Commission supérieure de contrôle instituée par la nouvelle loi ?

Enfin en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite et les soins aux pensionnés de guerre, la question est beaucoup plus délicate puisque ce sont les Administrations qui exercent elles-mêmes le contrôle des soins donnés par les médecins. Il faudrait donc obtenir une réforme législative portant d'ailleurs uniquement sur le contrôle disciplinaire qu'il y aurait lieu de confier à l'Ordre.

Les dispositions du règlement intérieur en matière d'infractions aux lois sociales risquent donc, tant que ces réformes n'auront pas été réalisées : ou bien de rester inopérantes, ou bien de créer une juridiction professionnelle parallèle aux juridictions de contrôle actuelles, mais soumise à des règles propres et aboutissant à des résultats différents.

***

Félicitons à nouveau le Conseil supérieur de la publication du règlement intérieur de l'Ordre.

Remarquons que les règles qu'il contient s'imposent tant aux différents Conseils de l'Ordre qu'aux médecins eux-mêmes. Leur violation, notamment en matière disciplinaire, entraînerait la nullité de la sentence rendue. Mais pour que le règlement intérieur constitue une véritable garantie pour les praticiens, il nous paraît indispensable qu'il soit un jour promulgué officiellement, sous forme de décret, portant règlement d'administration publique, par exemple, afin qu'il s'impose également à l'Ordre et que ce dernier ne soit point libre de le modifier à son gré : nul ne pouvant être à la fois législateur et juge.

Terminons par un vœu :

Les Conseils de l'Ordre constituant, ainsi que nous venons de le voir, de véritables tribunaux corporatifs, leurs membres auront à remplir les délicates fonctions de magistrats. Il serait souhaitable, dans ces conditions, que ceux qui auront à juger leurs confrères sur des questions sortant le plus souvent du cadre de la déontologie, soient, par leurs connaissances approfondies de toute la législation relative à l'exercice de la médecine et surtout des lois sociales, à même de remplir les fonctions de leurs charges avec toute la compétence voulue.

Brice MAUREL,
Docteur en Droit

HARO SUR L'ÉCOLE DE MÉDECINE !

Je viens de lire, dans le *Concours Médical* du 1er juin, les critiques ou les remarques provoquées par le projet Taberlet de réorganisation de la profession médicale en France, et je suis atteint « jusques au fond du cœur » par les flèches du Docteur Du Pasquier.

Heureusement que mon fablier est à portée de ma main, et qu'en relisant « Les animaux malades de la peste », je retrouve assez de force pour prendre ma plume et défendre, avant de mourir, le drapeau menacé des Ecoles de médecine.

Car « la pléthore médicale — très grave affection de notre corporation — est due en grande partie aux Ecoles de médecine. Leur suppression est plus que désirable ».

Du moins, c'est ce que notre confrère affirme en invoquant diverses considérations qu'il me permettra bien de reprendre une à une.

Auparavant, je désire lui conter une petite aventure, qui, pour être personnelle, n'en est pas moins simplement éloquente.

C'était à l'époque où les examens ne comportaient point d'épreuves anonymes d'admissibilité, et où chaque élève se présentait avec le prestige de son nom ou le poids de ses multiples recommandations. J'eus, un jour, l'audace ou l' « honnête imbécilité » de « coller » un étudiant bien qu'il fût le fils d'un confrère qui m'appelait souvent en consultation. Vous devinez ce qui arriva : non seulement le confrère ne m'appela plus jamais en consultation, mais il me dénigra, jusque sur la terrasse des cafés, auprès de mes autres « correspondants ». Or, cinq ans plus tard, le fils vint s'installer à la place du père, héritant à la fois de sa nombreuse clientèle et de sa vigilante rancune... Vous voulez savoir comment cela se fit ?... L'étudiant quitta l'Ecole de médecine à la fin de sa première année et fit le reste de ses études à la Faculté de Paris qui lui délivra son diplôme...

C'est qu'en effet, le Docteur Du Pasquier semble ignorer que *les Ecoles de médecine ne délivrent aucun parchemin*, que la majorité des étudiants les quittent au bout de deux ans, qu'aucun ne peut y rester plus de trois ans, sauf pour les Ecoles dont le « plein exercice » tient souvent à un afflux d'étrangers qu'il est de bon ton de condamner dans la presse, mais qu'il est habile de favoriser dans ses murs...

C'est donc des Facultés et non des Ecoles de médecine que dépend le nombre des médecins, et il me paraît inexact d'imputer à celles-ci la responsabilité de la pléthore.

Je ne crois pas plus équitable de considérer les Ecoles de médecine comme des foyers spécialisés de perversions professionnelles, où « les professeurs, médecins locaux, ont tendance à ne voir en leurs élèves que de futurs racoleurs de leurs clientèles de consultants », où des luttes de personnalités s'engagent et des élèves sont brimés. »

A la sévérité de mon jeune confrère, influencée peut-être par quelque ressentiment, j'oppose les souvenirs de tous ceux qui ont préparé les concours, fréquenté les salles de garde ou suivi les grands services hospitaliers. Rappelons-nous la joie mal déguisée de celui qui avait « tiré un de ses patrons du jury » et l'angoisse de celui qui n'avait personne pour le soutenir, de l'autre côté de la table, au moment où chaque juge défendait énergiquement ses propres élèves. Rappelons-nous toutes les querelles, plus ou moins courtoises ou virulentes, qui ont opposé nos plus grands cliniciens comme nos plus grands savants.

C'est que les « luttes de personnalités » ne sont que faiblesses humaines ou péchés d'orgueil : elles ne sont ni plus fréquentes ni plus vives dans les petites Ecoles de médecine que dans les grandes Facultés.

Ce n'est d'ailleurs pas, me semble-t-il, une raison pour demander et « obtenir que les membres du Corps enseignant n'aient pas le droit de faire de la clientèle ». *En médecine, l'observation clinique domine et doit dominer sans cesse la culture livresque.* Que vaudrait, pour la formation de futurs praticiens, l'enseignement d'un professeur qui n'aurait plus de contact avec les malades ou qui limiterait son champ d'étude aux salles d'hôpital, où il exerce son art dans des *conditions très différentes* de celles que ses élèves connaîtront en s'installant.

Au surplus, je ne vois pas que soit condamnable le fait d'appeler en consultation un maître qui vous a formé et dont on a apprécié la valeur professionnelle. *Il dépend uniquement du maître et de l'élève que ce choix soit libre, que cet appel soit désintéressé.* Je pense, pour ma part, qu'il en est ainsi dans l'immense majorité des cas.

Par contre, je n'ai pas la naïveté de croire qu'il sera possible de « contrôler les spécialistes », de les contraindre à « se cantonner à leur spécialité ». D'abord parce qu'il est pratiquement vain de vouloir fixer des limites précises à une spécialité. Considérez seulement les spécialités qui viennent d'être reconnues par le Conseil supérieur de l'Ordre, et vous serez embarrassé pour planter les bornes entre elles et la médecine générale. Et puis, *il ne suffit pas d'un trait de plume pour,*

réformer des habitudes ou des mœurs. Or la clientèle consulte aussi souvent le « Docteur » que le médecin ou le chirurgien ou l'oto-rhino, et la plupart de nos administrations font à peine la distinction. Puisque le Docteur Du Pasquier ne « connaît pas d'exemple » de spécialiste faisant de la médecine générale, il me permettra de lui citer, à côté d'un chirurgien qui a refusé d'être médecin d'un grand lycée, un chirurgien qui est médecin d'une Compagnie d'assurances sur la vie. Mon confrère me fera aussi confiance si je lui affirme que j'ai vu plusieurs malades qui avaient été d'abord soignés par un chirurgien pour du rhumatisme, de l'entérite, des troubles névropathiques, etc... Enfin il m'accordera que le choix des experts près les Tribunaux ne semble guère s'inspirer de la qualité du praticien, alors qu'il serait rationnel de confier à un médecin les cas médicaux, à un chirurgien les cas chirurgicaux — et d'associer les deux pour les cas mixtes ou complexes.

Et il ne sera pas moins difficile de définir quand le médecin cessera de faire un acte médical pour marcher sur les plates-bandes du spécialiste. Nous serons à peu près aussi bien fixés que par la formule qui a précisé (?) — à la suite d'un procès fameux — dans quels cas le médecin devrait injecter du sérum antitétanique pour ne pas risquer de commettre une faute engageant sa responsabilité civile.

Faut-il conclure, avec le Docteur Du Pasquier, que « le système actuel où chacun agit suivant son propre intérêt représente sans nul doute un système anarchique, émanation du système politique et social qui a conduit le pays à la catastrophe ». C'est aussi facile que d'exprimer aujourd'hui son patriotisme en arborant les trois couleurs...

Pour ma part, je crois plutôt que la catastrophe et la dévaluation de la conscience professionnelle sont deux effets d'une même cause, d'une même crise morale. Mais je me garderai d'entonner, après tant d'autres, le Chœur de la Vertu, qui dissimule si souvent bien des défaillances personnelles.

Enfin, pour en revenir aux Écoles de médecine, je trouve qu'elles ressemblent fort au baudet de la fable, et que si elles ne « sont pas adaptées, pour la plupart, et ce faute de moyens, à l'enseignement moderne », il doit être possible de remédier à leur carence avec un peu de compréhension et de bonne volonté, en se rappelant que de grands maîtres, Bretonneau, Trousseau Dieulafoy... et de bons médecins les honorent. Mais je sais aussi qu'en haut lieu le vent qui souffle puissamment leur est contraire.

Aussi me paraît-il sage de retourner à mon fablier, de relire ce petit chef-d'œuvre qui a tant tourmenté mon enfance et qui me charme aujourd'hui : « Le loup et l'agneau »...

Docteur Ferru,
Professeur à l'École de Médecine de Poi iers

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Ce qui fait obstacle à cette lutte, expose une très vivante brochure qui vient de paraître (1), ce sont : des intérêts matériels puissants, combattifs, et des éléments psychologiques qui se retrouvent dans toutes les classes. On est indulgent au pochard.

Ainsi s'explique-t-on que, au long de 70 années, la persuasion, telle qu'elle fut mise en œuvre par les ligues anti-alcooliques, n'ait même pas pu empêcher le mal de s'aggraver.

Il faut donc, sans s'embarrasser de scrupules hors de saison ni se laisser dominer par des oppositions richement pourvues, avoir recours à la contrainte et à la réglementation.

Mais pas une réglementation outrancière qui courrait à l'échec, plus vite encore en France que ne fit la prohibition aux Etats-Unis.

Les points essentiels ont été fixés, discutés et adoptés depuis longtemps tant par les sociologues que par les médecins :

1° Suppression complète et définitive du privilège des bouilleurs de cru ;

2° Réduction du nombre des débits ;

3° Règlementation de la consommation des boissons alcoolisées par l'institution d'une carte individuelle.

Cette carte attribuera tant au producteur qu'au consommateur une ration quotidienne suffisante, raisonnable, mais en tous cas inférieure à celle qui pourrait être nocive (oscillant par exemple de 1/2 litre pour les adolescents à un litre pour les travailleurs manuels) ;

4° Création de services d'hospitalisation pour les buveurs invétérés.

Ces deux dernières mesures, expérimentées depuis de longues années en Scandinavie, y ont donné d'excellents résultats.

(1) *Le problème de l'alcoolisme.* Docteurs P. Perrin et Marie Gréant-Vialle. Librairie Arnette, Paris.

NOUVEAUTÉS



Un nouvel emploi des rayons ultra-violets : la Rentschlerisation

La nouveauté, dans cet emploi des rayons ultra-violets à la désinfection siège uniquement dans l'appareillage : un type spécial de lampe à action très rapide.

Cette lampe est actuellement construite aux Etats-Unis et son usage y a pris une très grande extension. Rentschler commença par inventer un appareil permettant de mesurer exactement la quantité de radiations émises pour une longueur d'onde donnée. Sachant que la bande à action bactéricide maxima était de 2.537 angströms, il put, grâce à son appareil de mesure, construire des tubes qui, par dosage approprié de gaz et de vapeur de mercure, émettaient d'abondantes radiations de cette longueur d'onde.

Il étudia ensuite avec James les différentes qualités de verre et put définir celui qui laisse le mieux passer les radiations particulièrement microbicides, le verre courant, on le sait, étant à peu près opaque aux ultra-violets.

Ces points étant acquis, l'auteur fit construire les premiers tubes qu'il appela « sterilamps » ; ils ont la forme de tubes fins avec deux électrodes à une extrémité : 80 % des radiations qu'ils émettent, ont une longueur d'onde de 2.537-A ; ils sont d'un prix abordable, du moins pour le public américain, et peuvent se brancher sur n'importe quelle prise de courant.

Bien entendu, ils ne sont pas à employer en thérapeutique ; leurs radiations seraient nocives et il convient de protéger la peau des personnes qui s'exposent pendant quelque temps à leur action ; les vêtements et une visière pour les yeux constituent une protection suffisante.

A la différence des lampes ordinaires à ultra-violets, les « stérilamps » agissent à basse température, sans émettre de rayons infra-rouges, et par conséquent sans produire d'ozone ou d'oxyde nitreux. Ceci permet de les employer pour stériliser les boissons et les aliments.

L'intensité et la sélectivité de l'action microbicide est telle qu'à la distance de 1 m. 50, il suffit de 60 secondes d'irradiation pour stériliser des cultures de staphylocoques.

Les applications de la méthode sont multiples :

— maintien de l'asepsie du champ opératoire, en adjoignant des stérilamps aux lampes scialitiques ;

— stérilisation des verres et de la vaisselle dans les restaurants et les bars ;

—conservation des denrées alimentaires; déjà les stérilamps sont adoptées dans les boulangeries, les dépôts de fromages et de salaisons.

En ce qui concerne la viande, la température à laquelle agit cette stérilisation, légèrement supérieure à celle en usage habituellement, permet aux couches superficielles de demeurer aussi intactes que les profondes ; d'où inutilité de parer la viande avant de la mettre en vente et économies appréciables (1).

Le microscope électronique à rayons X

Deux sortes de microscopes électroniques sont dès à présent connus : les électroniques proprements dits et les électroniques à rayons X.

Dans les premiers, l'éclairement est produit par un faisceau électronique qui frappe l'objet ; par des artifices électriques ou magnétiques, ce faisceau subit une ou plusieurs focalisations semblables à celles que peut subir un faisceau lumineux par des lentilles. Ce sont ces focalisations qui donnent l'agrandissement.

Le microscope à rayons X est basé sur l'effet d'ombre qu'un objet frappé par ce rayonnement engendre à une certaine distance lorsque la source de rayons X est ponctiforme.

Les rayons X n'étant pas susceptibles de focalisation, l'agrandissement sera le rapport existant entre la distance du point d'émission à l'image d'une part et la distance entre l'objet et le point d'émission d'autre part. Si ce point est très petit et l'objet très proche, l'agrandissement sera notable ; l'on règle en agissant sur cette distance.

Le premier microscope à rayons X a été conçu et réalisé par A. Del Vecchio. Pour les objets de forte densité, il permet d'obtenir des détails de n'importe quel plan (2).

G. L.

(1) *Annali d'igiene*, février 1941.
(2) *Annali d'igiene*, novembre 1940.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

LE PROGRAMME DU DOCTEUR HUARD — JUSTIFICATIONS A FOURNIR POUR LA LIBÉRATION DES SANITAIRES PRISONNIERS — DICHOTOMIE ET ASSURANCES SOCIALES

Au cours d'une conférence de presse à laquelle il nous avait conviés, le Docteur Huard nous a exposé le programme qu'il se proposait de réaliser au secrétariat d'État à la Famille et à la Santé, à la tête duquel il vient d'être appelé par la confiance du Maréchal Pétain.

Le Docteur Huard entend tout d'abord favoriser le développement et la protection de la famille par une législation appropriée traduisant la politique familiale du gouvernement.

Dans le domaine de la Santé, le nouveau secrétaire d'Etat n'ignore pas que les problèmes à résoudre sont nombreux et réclament des solutions urgentes.

L'armement sanitaire du pays se fera dans le cadre de la région, sous l'autorité des directeurs régionaux de la Santé, institués par la loi du 15 octobre 1940, qui ont pour mission d'organiser, de coordonner et de contrôler les services d'hygiène publique et sociale, d'assistance, de protection de l'enfance et d'aide à la famille, des divers départements composant leur ressort.

La lutte sera menée toujours plus active contre les fléaux sociaux. La Charte de la lutte contre l'alcoolisme est à l'étude ; l'uniformisation et le renforcement de la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes sont sur le point d'être réalisés.

Enfin, les professions de médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens et d'auxiliaires médicaux seront, dans un proche avenir définitivement mises au point. Les organismes professionnels créés se verront confier la défense des intérêts moraux et professionnels de ces professions organisées par l'Etat, mais non étatisées.

***

Comme suite à notre écho du 20 juillet, voici quelle est la nouvelle réglementation établie par les autorités allemandes, destinée à déterminer la qualité de sanitaires des prisonniers n'ayant pas sur eux, au moment de leur capture, leurs pièces d'affectation qui, en principe, sont seules valables.

Ces derniers pourront justifier de leur qualité de sanitaires par la production d'un duplicatum officiel de leurs pièces d'identité et d'affectation, établi par les directeurs régionaux du service de santé, et transmis par leurs soins au médecin-chef du service allemand des prisonniers sanitaires à Paris, qui les fera parvenir aux commandants des camps intéressés.

Tous autres certificats ou attestations établis par une autorité différente seront rejetés.

Les familles des prisonniers appartenant au

service de santé peuvent donc dès maintenant adresser une demande de duplicatum au directeur du service de santé de leur région.

***

Le Conseil supérieur a prié les Conseils départementaux d'adopter un barème officiel d'honoraires d'assistance opératoire. Ce barème peut être progressif, dans la proportion des variations de la valeur de K, mais — et le Conseil supérieur insiste sur ce fait — il ne doit comporter aucune proportionnalité entre les honoraires du médecin et ceux du chirurgien ou spécialiste. De plus les notes d'honoraires du chirurgien et du médecin doivent être envoyées aux clients séparément.

Le Conseil supérieur précise que ce barème ne s'applique qu'aux malades non assurés-sociaux puisque, dit-il, dans le « barème » des Assurances sociales la présence du médecin à l'opération est taxée P. C. 6.

Observons que la rémunération du médecin traitant pour assistance à l'opération n'est prévue par le tarif des Assurances sociales pour P. C. 6 que *si le coefficient de l'intervention chirurgicale est au moins égal à K.* 40.

Quand le coefficient est inférieur à K. 40, que doit faire le médecin traitant ? Demander au client un paiement spécial sur la base du barème officiel, mais dont le client saura qu'il ne lui sera pas remboursé par la Caisse ? Solution fâcheuse. Ne rien toucher ? Solution encore plus fâcheuse.

Ne serait-il pas préférable de faire comprendre au moins provisoirement dans la note du chirurgien la rémunération du médecin calculée sur le barème officiel. On reflèterait ainsi dans la pratique les dispositions du tarif qui, en cas de soins à l'hôpital privé, comprend dans la prestation forfaitaire fournie par la Caisse pour honoraires chirurgicaux « les frais accessoires de l'opération » c'est-à-dire les honoraires des aides ?

Ce serait une entorse au principe de la note séparée ? D'accord. Mais il faut bien mettre en harmonie les règles de l'Ordre avec la législation des Assurances sociales jusqu'à réforme de celle-ci.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4226. — Agriculteurs blessés dans leur travail. Honoraires

Abonné au *Concours*, je viens, une fois de plus, vous demander des renseignements : 1° Quel tarif doit-on appliquer aux patrons agriculteurs en matière d'accidents du travail (chez nous, un patron agriculteur est la plupart du temps un petit ou moyen fermier). Si on leur parle de tarif syndical, ils vous sortent une police dite « Réservée aux agriculteurs », où il n'est parlé que de la loi de 98 et autres, relatives aux accidents du travail. Si on insiste, on perd le client. Que faire ? Est-on en droit d'ignorer leurs polices d'assurances comme on le fait avec les assurances individuelles, de leur donner un reçu, en leur disant : « Débrouillez-vous avec votre assurance » ?

2° La plupart du temps, ces polices d'assurance (assurances qui sont le plus souvent des Mutuelles sont familiales, couvrant les risques du père, de la mère, des enfants et parfois, par-dessus le marché, de

la bonne et d'un ou plusieurs garçons de ferme. Peut-on, dans ce cas, considérer la femme et les enfants comme des assurés individuels et leur prendre le tarif syndical, ou sont-ils des salariés ?

Deux questions qui m'intéressent, de même qu'un confrère auquel je communiquerai votre réponse. Jusqu'à maintenant, j'ai toujours envisagé les cultivateurs comme des bénéficiaires de la loi de 98. Mais actuellement, il est pénible de toucher 17 francs pour un pansement alors qu'ils vendent leurs œufs et leur beurre deux fois plus cher qu'il y a un an à pareille époque. Et ce n'est pas fini.

Dr N.

Réponse

Une loi du 1er juillet 1938, entrée en application le 1er janvier 1939, a modifié la législation sur les accidents du travail et rendu le patron seul responsable du paiement des honoraires médicaux limités par le tarif.

Mais la loi du 1er juillet 1938 a laissé en dehors de ses prévisions l'agriculture qui reste donc soumise à la législation antérieure et aux dispositions de la loi du 9 avril 1898.

Il en résulte donc que lorsque vous avez à soigner des patrons agriculteurs assujettis pour eux-mêmes à la législation sur les accidents du travail ou des membres de leur famille, victimes d'accidents du travail, vous avez le droit de vous faire honorer par vos clients eux-mêmes, conformément au tarif du droit commun, sauf à eux à se faire ensuite rembourser par leur assurance dans la proportion prévue au contrat, mais sans que vous ayez à vous immiscer dans l'application de ce contrat.

La jurisprudence obtenue par les soins de notre Ligue est définitivement fixée dans ce sens.

Le cas échéant, nous serions à la disposition d'un de nos adhérents pour faire à nouveau juger la question.

4246.— Le libre choix en matière d'accidents du travail. Hospitalisation

L'entente directe en matière d'accident du travail, étant contraire à la loi, mais le libre choix subsistant quand même, vous seriez aimable de bien vouloir me fixer sur les points pratiques suivants :

1° Comment un accidenté du travail peut-il se faire soigner dans une clinique dont le tarif est plus élevé que celui de l'hôpital ?

2° Comment un accidenté du travail peut-il se faire soigner par un chirurgien qui refuse d'opérer, dans sa clinique, au tarif des accidents du travail ?

3° Comment chirurgiens et cliniques peuvent-ils se défendre contre les aigrefins qui, à la fin d'un séjour en clinique pour blessure, feront savoir qu'ils sont accidentés du travail, prétendront, contre toute vérité, avoir été hospitalisé comme tels ?... et refuseront de payer ?

Dr G.

Réponse

Effectivement, la réforme de 1938 de la loi de 1898 a supprimé l'entente directe, sauf bien entendu en matière d'accidents agricoles.

Il convient de remarquer d'ailleurs que l'entente directe, antérieurement à la réforme de 1938, n'existait pas en matière d'hospitalisation,

c'est-à-dire dans les cas sur lesquels vous raisonnez justement.

La réforme de 1938 en matière d'hospitalisation n'a donc eu pour effet que d'abolir la méthode de calcul du « tout compris ».

En fait, le libre choix n'est plus, à proprement parler, absolu puisque, comme vous le remarquez, certaines cliniques pratiquent des tarifs plus élevés que ceux de l'hôpital et certains chirurgiens se refusent à opérer dans leurs cliniques au tarif des accidents du travail. Le libre choix n'existera donc pour l'ouvrier qu'entre les cliniques et les chirurgiens qui accepteront de pratiquer les tarifs prévus par la loi.

On ne peut cependant critiquer un tel état de chose et dire que le libre choix n'existe pas, car dans ce cas, on pourrait soutenir qu'une clientèle modeste ne bénéficie pas du libre choix puisqu'elle ne peut faire appel aux soins de tel professeur ou professeur agrégé ou de tel grand médecin des hôpitaux.

La jurisprudence a cependant admis plusieurs exceptions au principe du tarif limitatif : elle a reconnu aux patrons la possibilité de renoncer eux-mêmes expressément ou tacitement au tarif limitatif, et de traiter avec le médecin sur la base du droit commun. Dans certains cas par conséquent, les patrons qui voudront donner à leurs ouvriers les soins dans telle clinique de tel chirurgien, pourront passer des accords particuliers sur les bases des tarifs syndicaux.

D'autre part, la Cour de Cassation reconnaît aux médecins le droit de demander au chef d'entreprise des honoraires excédant le tarif ministériel en cas de lésions graves ou de lésions ayant nécessité un traitement spécial.

On peut raisonnablement penser que la Cour de Cassation continuera à admettre ces exceptions.

Il en faut ajouter une autre. Dans le cas de l'exploitant agricole ayant adhéré pour lui-même à la législation contre le risque professionnel puisqu'il réunit sur une même tête la double qualité de patron et d'accidenté, l'exploitant en question, faisant choix d'un médecin et d'une clinique privée contracte personnellement avec le médecin sur le terrain du droit commun. Il peut donc accepter des conditions supérieures à celles du tarif limitatif.

Voilà quelles sont les exceptions reconnues par la jurisprudence.

En dehors de ces exceptions, il est certain qu'un accidenté du travail ne peut aller dans n'importe quelle clinique privée et ne peut se faire soigner par n'importe quel chirurgien, si les conditions de la clinique ou du chirurgien sont supérieures à celles du tarif des accidents du travail.

Pour répondre à votre troisième question, nous vous précisons que pour pouvoir bénéficier de la législation sur les accidents du travail, la victime est tenue de remettre au médecin un bulletin de visite à elle délivré par le patron. Si elle ne remet pas, dans un délai suffisamment rapide, une telle attestation, c'est au chirurgien et à la clinique qu'il appartient d'agir en conséquence.

Sauf en cas de blessure grave, il y a toujours possibilité pour le chirurgien o u pour la clinique de prendre la décision d'évacuer le blessé s'il s'agit d'un accident du travail non déclaré au début.

En résumé, il faut conseiller aux chirurgiens, comme aux cliniques, de demander très rapidement en cas d'accident du travail, le bulletin patronal pour éviter de fâcheuses surprises.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

4174. — Fracture du calcanéum

Je désire savoir comment tarifer pour une Compagnie d'assurance, la réduction non sanglante et la contention par plâtre de fracture des deux calcanéums.

Je ne trouve rien à ce sujet au tarif.

Dr A.

Réponse

Il n'y a rien d'indiqué en cas de fracture du calcanéum. Vous pourriez peut-être demander 110 francs par analogie avec fracture extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras (art. 18). Si réduction et contention par appareil plâtré des deux calcanéums, vous compteriez 110 pour l'un et 55 pour l'autre (art. 10, alinéa 2 sur les opérations concomitantes).

Dr F. DECOURT.

4175. — Déplacements à l'intérieur d'une même commune

Je viens vous communiquer cette lettre qui, adressée à mon confrère et ami le Dr X... intéresse également plusieurs médecins de la région. Le tarif de un franc par kilomètre pour les accidentés du travail concerne-t-il les localités qui comme B... ont une étendue de plusieurs kilomètres ? (les points extrêmes sont à dix kilomètres du bourg pour la commune de P..., très étendue).

Dr M.

Réponse

Il n'y a pas de un franc par kilomètre de déplacement en matière d'accident du travail, mais bien 1 fr. 50 en plaine. A l'intérieur d'une commune, il y a un franc forfaitaire de déplacement, sauf en cas de deux agglomérations ou groupes d'habitations différents, auquel cas s'il y a plus d'un kilomètre de distance, on compte 1 fr. 50 par kilomètre de déplacement soit 3 francs par kilomètre de distance entre les deux domiciles (médecin et blessé). Voir les détails à l'art. 2 et en donner copie à l'inscription maritime en ajoutant que cette disposition remonte bien à 20 ans. Elle fut établie précisément à ma demande par la Commission quand j'eus donné certains exemples typiques à mes collègues.

Dr F. DECOURT.

4153. — Consultation de nuit entre confrères

Comment compter une visite en consultation avec un confrère à 23 heures ? (accident du travail).

C. : 3 fois 17 ; nuit, 3 fois 17 = 102 francs.

Dr C.

Réponse

Vous avez à compter une visite simple (17 francs) plus une majoration égale à deux visites pour déplacement de nuit, soit 34 francs (art. 4) plus une majoration semblable pour consultation entre confrères, soit 34 francs (art. 5) donc au total 3 × 17 = 85 francs. C'est la solution que j'ai déjà préconisée plusieurs fois et qui fut toujours acceptée des deux parties. Evidemment, déplacement kilométrique en plus s'il y a lieu (mais sans majoration de nuit, celle-ci n'ayant pas été acceptée à la Commission du tarif).

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

3765. — Traitement du phimosis

Quoi demander aux Assurances sociales pour avoir en quatre séances rompu des adhérences balano-préputiales à un enfant de dix mois et avoir aussi dégager le gland et éviter une opération de phimosis.

Dr F.

Réponse

Vous trouverez, en K 20 « Traitement sanglant du phimosis. Phimosis avec adhérences ». Que le traitement soit fait en une ou plusieurs séances, peu importe, la nomenclature fixant un K global quel que soit le mode opératoire.

Dr F. Decourt.

4.056. — Tarifs divers dans les hôpitaux privés suivant les cas

Pourriez-vous me renseigner sur le cas de la malade que je viens d'opérer.

Je vous transmets toutes les pièces et je vous serais très obligé de me dire qui a raison ?

Je n'avais pas entendu dire que le prix des interventions variait suivant la clinique où on opérait.

Dans ce cas pourriez-vous également me dire dans quelle catégorie se place la Clinique où j'opère également.

Dr F.

Réponse

1° Les soins dans un hôpital privé ou une clinique pour un Assuré social voient leur prix varier suivant trois modes :

a) Hôpital privé ayant passé convention avec la Caisse chiffre-clé de 6 francs au-dessous de 24 et de 12 francs au-dessus.

b) Hôpital privé n'ayant pas passé convention mais se soumettant au contrôle = tarif diminué de 20 %.

c) Hôpital privé n'ayant pas passé convention ou non agréé et ne se soumettant pas au contrôle = pas de remboursement.

Toutefois, il peut y avoir lieu à application des modes de remboursement forfaitaire prévu à l'art. 6, alinéa 11 du décret du 11 juillet 1939 portant réglement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935.

2° Il s'agit ci-dessus de « tarifs », quant à la « Nomenclature » elle ne varie pas et s'il est marqué pour l'intervention effectuée K. 80, il en est toujours de même. Seulement vous dites « K. 80 = 960 francs de la Nomenclature » vous confondez ainsi les questions « tarif » et « Nomenclature ».

Dr F. DECOURT.

3.985. — Accouchement gémellaire

A quel taux une Caisse d'Assurances sociales doit-elle régler un accouchement gémellaire commencé par une sage-femme et que j'ai terminé par une double application de forceps, avec petite périnéorraphie. La caisse a payé à l'accouchée 320 francs prix d'un accouchement simple. J'estime qu'elle a droit à davantage, quoiqu'il se soit agi de deux prématurés de 7 mois qui ont vécu l'un 15 heures, l'autre plus de 24 heures.

Réponse

Que l'accouchement soit effectué par un médecin ou une sage-femme le tarif de remboursement est forfaitairement le même et basé comme minimum, sur le tarif de réassurance des Caisses. Dans une commune de moins de 200.000 habitants les prix pour un accouchement gémellaire sont : accouchement simple = 325 francs plus majoration pour accouchement gémellaire : 100 francs, soit au total 425 francs et non 320 francs comme l'a remboursé la Caisse à la parturiente.

La périnéorraphie superficielle ne donne pas lieu à une majoration.

Dr F. DECOURT

3.900. — Accouchement dystocique et majorations

Comment faut-il tarifer un accouchement avec forceps et périnéorraphie d'urgence.

Dr R.

Réponse

« Je suppose qu'il s'agit d'un assuré social, auquel cas voici la tarification du tarif de réassurance, lequel est désormais un minimum à respecter pour le tarif de responsabilité des Caisses. (Je prends les chiffres de communes de moins de 200.000 habitants).

a) Accouchement simple : 325 francs.

b) Majoration pour forceps : 150 francs.

NOTA. — L'accouchement avec périnéorraphie superficielle « n'est pas considéré comme accouchement dystocique, mais assimilé à l'accouchement normal ».

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

4.187. — Rechute après guérison constatée

Je m'adresse à votre service de renseignements pour savoir le bien-fondé des prétentions d'une Caisse d'Assurances sociales dans le cas suivant.

Un malade atteint d'épididymite bacillaire est traité du 9 octobre 1938 au 3 janvier 1939 ; les lésions rétrocèdent et le travail est repris.

Un certificat médical envoyé à la caisse déclare la guérison au 3 janvier 1939 et mentionne la possibilité d'une rechute. La Caisse accuse par lettre la réception de ce certificat.

Une nouvelle poussée d'épididymite se produit le 27 janvier 1941, se complique du côté opposé et entraîne l'intervention chirurgicale à deux reprises différentes.

La première période de la maladie ayant duré trois mois du 9 octobre 1938 au 3 janvier 1939, la caisse prétend n'allouer les prestations que pendant une durée de trois mois pendant la deuxième période de la maladie soit du 27 janvier 1941 à fin avril 1941 car en cas de rechute, dit-elle, les prestations ne seront accordées que jusqu'à concurrence de six mois.

Je croyais cependant qu'une nouvelle maladie ou une rechute après plusieurs mois sans soins médicaux et consolidation constatée, ouvrait de nouveau une période de prestations de six mois.

Or la Caisse prétend que ces six mois représentent la durée totale de la maladie comprenant les deux périodes séparées de deux ans, car, il s'agit d'une rechute.

Si l'interprétation de la caisse est erronée, veuillez m'indiquer les formalités à remplir pour obliger cette caisse à continuer les prestations pendant la durée complète des six mois.

Dr P.

Réponse

Vous avez tout à fait raison. En vertu de l'art. 6, parag. 13 du décret-loi du 28 octobre 1935, lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption des soins la guérison apparente ou la fin de la période de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours.

Etant donné que la Caisse paraît refuser de servir à nouveau les prestations pendant le délai de six mois, il y a lieu, pour obtenir satisfaction, de saisir la Commission d'arrondissement, conformément à l'art. 36 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par celui du 14 juin 1938.

Pour saisir la Commission adresser une lettre recommandée à son Président dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la notification de la décision.

AUTOMOBILISME

Quelques questions à l'occasion de l'achat d'une nouvelle voiture

Je viens encore par l'intermédiaire du *Concours Médical* vous poser différentes questions :

1° J'ai l'intention d'acheter — d'occasion — une Simca 5. Ai-je besoin de faire quelques démarches ou demande d'autorisation d'achat ? Il m'avait semblé lire dans un journal qu'on ne pouvait plus acheter ou vendre une auto sans autorisation. Est-ce vrai ?

2° Si l'affaire ne se faisait pas et que j'achète une Simca 5 neuve quelles sont les demandes à faire. Je crois actuellement que ce sont les voitures dépensant le moins et les plus solides dans la taille ?

3° Pour la carte grise (au cas de l'achat d'une voiture d'occasion) que faut-il faire exactement ?

4° Enfin j'ai l'intention de faire transformer immédiatement le fonctionnement de cette voiture à l'essence en fonctionnement à l'alcool.

Pensez-vous que sur ces petites voitures ce sera assez facile ? car sur ma simca 8 je dépense facilement 21 litres d'alcool aux 100 kilomètres c'est vraiment trop. Quel système préconisez-vous ?

Je lisais dans *Le Matin* dernièrement qu'un inventeur avait trouvé une adaptation d'injection, les moteurs à huile lourde permettant meilleures reprises et économies. Connaissez-vous ce système ?

Réponse

1° A ma connaissance il n'est besoin d'aucune formalité pour acheter une voiture d'occasion.

2° Pour acheter une voiture neuve, il faut obtenir une licence d'achat, la demander au Comité d'organisation de l'automobile, 2, rue de Presbourg, à Paris.

3° En cas d'achat de voiture d'occasion, vous obtenez une carte grise en en faisant la déclaration à la Préfecture de police, en présentant l'ancienne carte grise de la voiture que doit vous remettre le vendeur.

4° A l'heure actuelle, je ne connais pas d'installation à l'alcool bien étudiée pour la Simca-cinq ; il y en a à l'étude qui ne seront pas réalisées, je pense, avant quinze jours ou trois semaines. Veuillez donc patienter un peu.

Quant à la consommation de votre Simca-huit, elle est absolument exagérée. J'ai moi-même une Simca-huit transformée pour la marche à l'alcool qui consomme exactement 10 l. 5 aux 100 kilomètres. Si vous consommez 21 litres, vous gaspillez près de la moitié du combustible et votre moteur doit s'en trouver très mal.

Le système d'injection d'alcool de M. Retel est encore dans la voie des essais et ne se trouve pas dans le commerce.

Henri PETIT.

LOYERS

3.818. — L'impôt foncier à la charge du locataire constitue un supplément de loyer

Mon propriétaire me réclame l'impôt foncier et la taxe vicinale des années 1939 et 1940 ; or, j'ai été mobilisé le 24 août 1939 jusqu'au 26 juillet 1940.

Dois-je, comme pour mon loyer, payer à mon propriétaire le quart de mes impôts durant toute mon absence de B. (je n'ai pu réintégrer mon domicile que le 15 septembre 1940, habitant la zone interdite ?)

Dr L.

Réponse

Aux termes d'une jurisprudence constante, confirmée dernièrement par un arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 5 février 1941, l'impôt foncier et les taxes annexes mis à la charge du locataire par le bail, sont réductibles dans les mêmes proportions que le loyer. La Cour estime, en effet, que ce n'est pas une charge, mais un supplément de loyer imposé au locataire.

Vous pouvez donc vous opposer aux prétentions de votre propriétaire, et ne lui rembourser les impôts que dans la proportion où vous avez acquitté votre loyer pour la période correspondante.

SECRET PROFESSIONNEL

4.094. — Déclaration de la tuberculose pulmonaire

Dans une maison où je donne des soins à un jeune homme atteint de bacillose pulmonaire traitée par pneumothorax se trouve une enfant de l'Assistance publique. Le Directeur de l'Agence locale m'écrit pour me demander si le jeune homme est atteint d'une maladie contagieuse et s'il y aurait nécessité de déplacer la jeune fille.

Que dois-je répondre ?

Je suis également le médecin des Enfants assistés mais je ne voudrais pas que la famille sache que c'est mon intervention qui lui fait enlever la pupille.

D J.

Réponse

Nous vous rappelons que le décret du 16 mai 1936, pris en application du décret-loi du 5 octobre 1935, dispose que la déclaration de la tuberculose pulmonaire est facultative. Par conséquent, aux termes de ce décret, rien ne s'oppose à ce que vous effectuiez, si vous le jugez utile, la déclaration du cas de tuberculose pulmonaire que vous avez constaté.

Le décret-loi du 29 novembre 1939 qui a modifié l'art. 378 du code pénal vous met à couvert de toutes poursuites éventuelles.

Vous pourriez donc répondre au directeur de l'Agence d'A... que vous avez fait, en ce qui concerne votre malade, la déclaration prévue à l'autorité compétente et que vous n'avez rien à ajouter à cette déclaration. Le directeur fera, s'il le veut, les démarches nécessaires.

A notre avis, vous pourriez insister au préalable auprès des parents du jeune homme pour que, spontanément, ils admettent de se séparer de l'enfant assistée logée chez eux.

S'ils ne se rangeaient pas à vos conseils, il y aurait lieu pour vous d'agir comme nous venons de vous le conseiller, mais en aucun cas vous ne pouvez déclarer directement à l'Agence de l'Assistance publique d'A... que le jeune homme est atteint d'une maladie contagieuse.



Soixante-troisième année — N° 37 — 14 Septembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants............. 50 fr.

Le Numéro.............. 2 fr. 50

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Nº 253. — Pour confr., dans hôtel particulier, quartier de l'Europe, pet. appart. 4 pièc. au deuxième et pièc. de réception au rez-de-chaussée. Vestib. et salon commun avec un confr. spécial. Possibilité disposer pièc. en sous-sol. Conviendr. à radiologue, ophtalmologiste, laryngologiste ou laboratoire. Ecr. Dr Rœderer (C.), 10, rue de Pétrograd, à Paris (VIIIe)

Nº 254. — Stat. balnéaire ouest, client. méd. accouch. Pet. chirurg. à céd. Indemn. 35.000 compt. S'ad. Dr Gros (A.), 79, r. Erlanger, Paris (XVIe).

Nº 255. — Suis achet. petit poste radiologique, bonne marque (C. G. R. Massiot), bon état avec ou sans access. Dr Fournial, à Mer (Loir-et-Cher).

Nº 256. — A céder bon de commande d'un appar. Clinix à la C. G. R. y compris le versement déjà effect. de 23.500 fr. Dr Y. Dhôtel, à Bapaume (Pas-de-Calais).

Nº 257. — A vend. 1º Tensiom. Vaquez-Laubry complet ; 2º Shéto avec phonendo- neuf. Dr Pierre Bertin, 3, rue des Pyrénées, à Paris (XXe). Téléph. Diderot 62-81 le matin.

Nº 258. — Chir. dent. quartier Luxembourg, rez-de-chaussée avec jardin dans bel immeuble, céder partie appartement. S'adr. à Mme Guyonnet, 97. boul. St-Michel, Odé. 17.87.

Nº 259. — Chirurg. recherc. pour clinique tous instrum. chirurgic. mobilier de clinique, appareillage chirurg. électriq. pour 110 V. ou 220 V. alternatif ou 220 V. triphasé, matér. de pansements électro-radio. examen, bon état ainsi que livr. chirurgie. et anatomiques et journaux. Faire offre et prix Dr Boquet, Château Salomon, Montayral (L.-et-Gar.).

Nº 260. — Médec. colonial, sur point prend. retr. 43 ans actif, santé, cherc. emploi clinique ou poste médical à créer ou petite reprise avec facil. Client. modeste suffisante. Ecr. Mme Boutet, Clos Jean-Maurice, à Boulouris (Var).

Nº 261. — Médec. radiolog. 32 ans titul. diplôme électro-radiologie Université, mobil. Services radio, hôpitaux milit. cherche collaborat. assist. clinique ou cabinet privé. Ecr. M. Paul Ribeyre, à Vals-les Bains (Ardèche).

Nº 262. — A vendre : Ford 5 ch. 2 pl. parfait état 4 pn. neufs. Microscope Stiassnie 2 occ. 5 obj. parf, état. Dr Loques, à Orange (Vaucluse).

Nº 263. — Jeune radiolog. franç. diplômé spécialité Paris cherc. situation (reprise d'installat. assoc. ou poste assist). Ecr. à M. Paul Ribeyre, à Vals-les Bains (Ardèche).

Nº 264. — Jeune doctoresse franç. célibat. références premier ordre, cherc. urgence situat. médicale ou para médicale : France ou Colonies. Ecr. M. Paul Ribeyre, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Seine-et-Oise. — Belle habitation, jardin, loyer 4.800. Bon rapport, prix modérés.

Seine-et-Marne. — 2 médec. Pavillon, jardin. Loyer 5.000 fr. gros rapp. Prix tr. modéré.

Gironde. — Grande maison, loyer 6.000, bon rap. Prix moitié.

Banlieue Ouest. — Appartement 6 pièc. Loyer 8.000 francs, bon rapp. Prix moitié.

Banlieue ouest. — Pavillon, loyer 10.000. Bon rap. Prix à discuter.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Sur l'emploi de sulfate neutre d'orthooxyquinoléine pour la conservation des fruits.* — Au nom de la Commission des produits de remplacement, M. Tanon a présenté un rapport proposant de donner un avis défavorable à l'emploi du sulfate neutre d'orthooxyquinoléine pour la conservation des fruits.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. le Professeur Leclercq a été réélu Doyen pour une période de trois années.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. Faugère, agrégé libre, est nommé professeur sans chaire.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. le Professeur Richon, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire.

— **Faculté de médecine de Lille.** *Réunions bi-mensuelles consacrées à des sujets de biologie clinique.* — Les agrégés de la Faculté de médecine de Lille ont organisé, depuis un an, des conférences de biologie clinique bi-mensuelles.

Le second cycle de 1941 va commencer en septembre.

Les réunions auront lieu chaque deuxième et quatrième dimanche du mois, à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille. Chaque

conférence, d'une durée de 45 minutes environ, sera suivie d'un débat contradictoire dirigé par le conférencier.

Le 14 septembre 1941 : Professeur agrégé H. Warembourg : Troubles non diabétiques du métabolisme des hydrates de carbone. — Le 28 septembre : Professeur agrégé P. Decoulx : Idées actuelles sur l'occlusion intestinale. — Le 12 octobre : M. Cl. Dehorter : La chimie de la vision. — Le 26 octobre : Professeur P. Combemale : Biologie de l'entraînement. — Le 9 novembre : M. J. Minne : Physiopathologie de l'œdème cérébral. — Le 23 novembre : Professeur agrégé A. Duthoit : Physio-pathologie du pneumothorax. — Le 14 décembre : M. J. Vandecasteele : Bases biologiques du traitement chirurgical des dysrégulations glucidiques.

— **Hôpitaux de Paris.** *Ecole des infirmières.* — Le concours annuel en vue du recrutement des élèves de l'Ecole des Infirmières et de l'Ecole de préparation aux services généraux hospitaliers de l'Assistance publique aura lieu le lundi 13 octobre 1941, à 13 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 septembre 1941 inclusivement, à la sous-direction du personnel de l'Administration, 3, avenue Victoria, à Paris (IVe).

Les candidates doivent être célibataires, âgées de 19 ans au moins et ne pas avoir atteint 26 ans au 1er octobre de l'année du concours.

Elles doivent, en outre, être de nationalité française à titre originaire, en remplissant à cet égard les conditions requises par la loi du 3 avril 1941, ne pas tomber sous le coup de la loi du 2 juin 1941 et satisfaire aux conditions exigées par la loi du 13 août 1940, relative aux sociétés secrètes.

La durée des études est de deux années pendant lesquelles les élèves sont nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies. Elles sont, après examen, nommées infirmières de troisième classe : traitement et indemnités de début pour Paris : 20.300 francs. Elles doivent prendre l'engagement de rester cinq ans au service de l'Administration après leur sortie de l'Ecole.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la sous-direction du Personnel de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris (IVe), bureau, no 9.

— **Société de médecine de Paris.** — Nous recevons du secrétariat de la Société de médecine de Paris le *communiqué* suivant :

« Notre ancien Président, le Docteur Lobligeois, victime des Rayons X, vient d'être amputé de son second bras, et se trouve actuellement hospitalisé à Marmottan. Il est merveilleux de courage et d'énergie et donne à tous en exemple la beauté et la bonté de son caractère.

La Société de médecine de Paris fait un appel pressant à tous ses membres, ainsi qu'aux confrères qui désireraient participer à la souscription devant constituer un grand prix d'Honneur qui serait remis à M. Lobligeois, à la séance de rentrée, en octobre.

Prière de vouloir bien adresser le montant des participations au secrétaire général, Docteur Bécart,

37 *bis*, boulevard Berthier, Paris (XVIIe) (Compte Postal, Paris 687-16). »

— **Préfecture de la Charente-Inférieure.** *Concours de médecin de dispensaire anti-vénérien.* — Trois concours sur titres et sur épreuves sont ouverts à la Préfecture de la Charente-Inférieure en vue du recrutement : 1° d'un médecin-chef du Dispensaire antivénérien de Rochefort ; 2° d'un médecin-chef du Dispensaire antivénérien de Saintes ; 3° d'un médecin-adjoint du service de prophylaxie des maladies vénériennes de la ville de La Rochelle.

Les candidats devront être Français à titre originaire et titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Les dossiers de candidature devront être adressés à la Préfecture de la Charente-Inférieure, Inspection de la Santé, avant le 25 octobre 1941.

Les avantages consentis sont représentés :

1° pour les médecins-chefs des dispensaires de Rochefort et de Saintes par une indemnité annuelle de 4.000 francs ;

2° pour le médecin-adjoint du service de prophylaxie des maladies vénériennes de La Rochelle par des honoraires alloués au prorata du nombre des femmes examinées au titre de la surveillance sanitaire de la prostitution.

Les épreuves auront lieu au service de dermato-vénéréologie des hospices de La Rochelle, le 27 octobre 1941.

— **Les médecins contre l'alcoolisme.** — Les médecins qui ont fait des envois de fonds ou de documents à ce sujet au Docteur Julien, 3, place du Panthéon à Paris (Ve), doivent tous avoir reçu une communication personnelle dâtée du 1er septembre. Ceux auxquels elle ne serait pas parvenue sont priés de vouloir bien la lui réclamer.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Jacques Odinet sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fils *Bernard*. 12 août 1941.

Paris, 4, rue de la Renaissance.

— **Mariage.** — Madame et le Docteur Charles Poullain, d'Ouistreham-Riva-Bella (Calvados) ont l'honneur de vous faire part du mariage, célébré à Paris le 14 août 1941, de leur fils Jacques Poullain, externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Josette Volmerange, fille du Commandant de génie, en captivité en Allemagne.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Descos, ancien médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

Rectification

Nous recevons du Docteur Deguy la lettre suivante:

Mon cher Confrère,

Dans l'article que vous consacrez au compte rendu du voyage de documentation en Allemagne que j'ai eu l'occasion de faire en mars 1941, une erreur matérielle s'est glissée.

Vous me faites dire, page 1524, 2e colonne, 4e alinéa, que la somme forfaitaire versée par la K. V. D. (Union des médecins de Caisses d'Allemagne) pour les soins dispensés est d'environ 15 % du total des cotisations encaissées par les Caisses.

C'est 25 % qu'il faut lire, et la rectification est d'autant plus importante qu'elle permet de faire une comparaison avec ce qui se passe en France.

En Allemagne donc, les statistiques montrent qu'environ 25 % des revenus des Caisses vaut au seul risque maladie — en dehors de l'hospitalisation — c'est-à-dire au remboursement des soins au domicile du praticien et au chevet du malade.

Sont compris dans ces soins, le traitement ambulatoire des malades par les agents physiques (radiothérapie et radiumthérapie notamment).

Or, en France, d'après les statistiques que j'ai eu sous les yeux récemment, dans les *dépenses* d'une Caisse, environ 10 % va au remboursement des frais de maladie au cabinet du médecin et au domicile du malade. Je dis bien 10 % *des dépenses* ; en Allemagne, c'est 25 % *des recettes.*

Veuillez croire, Dr R. Deguy.

O O O

Règlementation des honoraires d'assistance opératoire

Dans notre numéro du 15 juin dernier, notre ami Massart a porté à la connaissance de nos lecteurs la substance d'une Circulaire adressée à nos confrères de l'Indre par leur Conseil départemental. Il en louait la concision et la clarté.

Aujourd'hui, nous sommes heureux de publier ci-dessous l'extrait de la Circulaire no 6 du même Conseil départemental, réglant les modalités de perception des honoraires au cas de collaboration entre médecins et chirurgiens ou spécialistes. Cette Circulaire a les mêmes qualités que la précédente. Retenons le souhait qu'elle exprime de voir se multiplier les Mutuelles chirurgicales régionales. C'est un signe des temps.

Conseil départemental de l'Indre

Quels sont, en cas d'intervention chirurgicale, les honoraires dus au médecin traitant.

Celui-ci a pratiqué trois actes distincts :

1o un examen médical au cours duquel il a décidé de faire appel au chirurgien ou au spécialiste ;

2o une assistance effective à l'opération, qui a souvent nécessité un déplacement kilométrique ;

3o une surveillance totale ou partielle des suites opératoires.

Il a droit, en conséquence, aux honoraires suivants :

1o *Au prix de son examen (visite ou consultation).*

Il peut et doit demander, pour cette visite, les honoraires qu'il juge légitimes et qu'il estime correspondre au service rendu. Il est évident que le

tarif de cette visite ne peut être inférieur au prix déterminé par le Conseil de l'Ordre et qui constitue le tarif minimum adopté dans le département.

2° *A une indemnité de déplacement et à une indemnité d'assistance opératoire.*

Il est bien évident que, seul, le médecin qui a *effectivement* assisté à l'intervention peut solliciter ces honoraires. C'est un principe absolu.

a) *Indemnité de déplacement.* — Elle correspond à l'indemnité kilométrique habituelle et fixée localement par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Elle est calculée selon le nombre de kilomètres réellement parcourus, tant à l'aller qu'au retour, du domicile du médecin au lieu de l'intervention.

b) *Honoraires d'assistance opératoire.* — Ces honoraires ne doivent jamais être proportionnés au prix de l'opération fixé par le chirurgien ou le spécialiste. Ils correspondent à l'assistance du médecin, au temps passé auprès de son malade pendant l'acte opératoire, le temps passé étant fonction de la difficulté et de l'importance de l'opération. Il est bien évident que l'assistance opératoire ne peut légitimer des honoraires égaux pour une amputation de doigt, par exemple, et pour une gastrectomie.

Pour éviter toute discussion, le Conseil départemental, agissant suivant une formule qui a reçu l'approbation du Conseil supérieur de l'Ordre, a adopté le barême suivant qui constitue un tarif minimum :

Honoraires d'assistance opératoire

I. — Jusqu'à K 16 inclus. Prix	variable jusqu'à 100 ou 150 fr.
II. — De K 20 à K 30 inclus....	de 200 à 250 fr.
III. — K 40 et K 60 inclus......	de 300 à 350 fr.
IV. — K 80.................	de 400 à 500 fr.
V. — K 100 et K 120.........	500 francs

Seuls, ces honoraires ainsi fixés sont légitimement dus.

3° *Suites opératoires.*

Le médecin a légitimement droit à des honoraires normaux pour chacune de ses visites.

COMMENT SERONT RÉCLAMÉS ET PERÇUS LES HONORAIRES DU CHIRURGIEN (OU SPÉCIALISTE) ET DU MÉDECIN TRAITANT.

—Soit par l'envoi de deux notes séparées *envoyées sous des plis différents par le chirurgien (ou le spécialiste) et le médecin.* C'est la solution idéale, qui ne peut prêter à aucune critique, ni à aucune interprétation douteuse.

— Soit par deux notes séparées, envoyées au client sous le même pli. L'envoi de ces notes conjointes est toléré par le Conseil supérieur.

Ainsi, la situation est bien précisée :

Au cas où un acte de chirurgie ou de spécialité donne lieu à une rémunération du médecin traitant, chaque praticien réclame et reçoit du client les honoraires qui lui sont respectivement dus.

En aucun cas, le chirurgien ne doit percevoir les honoraires du médecin et les lui faire parvenir.

Nous nous empressons de dire que la création de Mutuelles chirurgicales régionales — création inévitable, car elle répond à une nécessité de plus en plus urgente — simplifiera grandement ces modes de perception des honoraires du chirurgien et du médecin traitant, cette perception étant effectuée automatiquement par le service de recouvrement des Mutuelles.

Le Président,
Dr L. ROBERT.

Le Secrétaire,
Dr ASSELIN.

Allocations familiales des Professions Médicales

Communiqué

La question des Allocations familiales ayant fait l'objet de plusieurs articles dans la presse médicale, une mise au point nous a paru nécessaire.

La Section des Travailleurs indépendants de la Caisse des Professions médicales, 66, Chaussée d'Antin, à Paris, a, comme adhérents, les membres des professions, dites médicales, qui, ayant une clientèle, exercent sans personnel professionnel : médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes, sages-femmes, etc...

L'exposé qui suit concerne spécialement les médecins.

En France Métropolitaine, le nombre total des médecins praticiens, à l'exclusion de ceux d'entre eux qui sont fonctionnaires ou salariés, est approximativement de :

En zone occupée.......	16.000
En zone libre..........	8.000
Soit au total........	24.000

Environ 1.000 médecins sont encore prisonniers. Plusieurs centaines de médecins étrangers ont été interdits ; 1.000 médecins environ ayant du personnel professionnel sont adhérents à la Section patronale. En outre, un millier au moins de médecins n'ont pu regagner leur domicile. Le nombre total des médecins adhérents devrait donc en l'état actuel, être voisin de 20.000.

A la date du 1er septembre 1941, les adhésions effectivement reçues pour les médecins seuls sont :

En zone occupée de......	12.050
En zone libre de........	6.400
Soit au total.........	18.450

Il résulte des statistiques établies, département par département, qu'en province, le nombre des médecins qui ne se sont pas encore conformés à la loi est inférieur à 10 % et que, dans la région parisienne où la proportion des retardataires est plus grande, néanmoins celle-ci ne représente pas 20 % de l'ensemble des médecins de cette région.

Notre Section des Travailleurs indépendants n'a été pratiquement à même de fonctionner que le 15 janvier 1941. Les résultats obtenus, à ce jour, sont donc satisfaisants. Sans doute aurait-il été possible d'activer l'arrivée des adhésions ; mais il a répugné aux membres du Comité de gestion, pour la plupart des médecins, d'user envers leurs confrères, le plus souvent simplement négligents, des rigueurs prévues par la loi ; ils ont préféré avoir recours à la persuasion et ne faire jouer les sanctions légales que contraints et forcés et, seulement, envers les seuls récalcitrants. Avant la fin de l'année, on peut être assuré que tous les médecins ayant réellement la qualité de « Travailleurs indépendants » seront inscrits aux Allocations familiales.

Taux des cotisations.

Tous les travailleurs indépendants ayant des enfants à charge, au sens de la loi, ont droit à des allocations familiales, selon un barème qui n'est pas fixé par la Caisse, mais bien par la loi elle-même. Il est réclamé aux adhérents, les sommes permettant de payer les allocations dues. Le taux de la cotisation n'est donc pas arbitrairement fixé par la Caisse, il est fonction d'un barème qui lui est imposé et des charges de famille effectivement constatées.

Le taux de la cotisation qui avait été, pour 1940, fixé à 4 % du salaire moyen, a été porté à 10 % à partir du 1er janvier 1941.

Cet accroissement considérable du taux a paru excessif à beaucoup de nos confrères. Bien que la charge soit lourde, ce taux, cependant, ne peut pas provisoirement être abaissé en raison de l'importance des allocations à verser.

Le taux initial avait été estimé devoir être de 6 % du salaire moyen ; le Comité de gestion espérant que l'Etat, ainsi qu'il l'a fait pour d'autres Caisses, prendrait un tiers de la dépense à sa charge, n'avait fait calculer les cotisations qu'à raison de 4 %, les 2 % supplémentaires nécessaires devant provenir de l'Etat. Or, contrairement à l'attente du Comité de gestion, l'Etat a refusé de participer aux allocations des professions libérales.

D'autre part, avant même qu'un recensement complet des charges de famille ait permis de se rendre un compte exact des répercussions de la loi du 29 juillet 1939, une nouvelle loi, en date du 15 février 1941, est venue relever le montant des allocations familiales et reculer la limite d'âge pour les enfants à charge.

Toutes les Caisses patronales, comme suite à ces dispositions, ont dû au moins doubler leur taux de cotisation ; les Caisses de Travailleurs indépendants ont été contraintes également de le majorer dans de fortes proportions. En même temps, les charges familiales chez les médecins, notamment en province, se sont révélées plus importantes qu'il n'avait été escompté.

Si nous voulons établir une comparaison avec le taux de cotisation pratiqué dans d'autres Caisses, nous constatons que dans une Caisse d'artisans, où la cotisation réclamée à l'adhérent est de 5 % du salaire moyen départemental, l'Etat versant les deux tiers des allocations, soit 10 %, la cotisation réellement encaissée est donc de 15 %.

Malgré les fortes charges de famille du Corps médical, cette comparaison est à l'avantage de notre Caisse.

Le Comité de gestion de la Section des Travailleurs indépendants est intervenu auprès des Pouvoirs publics en réclamant instamment que, pour nos professions, l'Etat prenne également à sa charge un tiers de la dépense. De nouvelles démarches viennent d'être effectuées dans ce sens par le Conseil supérieur de l'Ordre.

Parmi toutes les Caisses de Travailleurs indépendants, notre Caisse est la plus en avance ; seule, elle a déjà effectué des paiements d'allocations importants, à savoir :

En zone occupée.........	4.680.000 fr.
En zone libre............	1.600.000 fr.
Soit au total...........	6.281.000 fr.

Il est probable aussi que lorsque les autres Caisses de Travailleurs indépendants seront au même stade que la nôtre et qu'elles connaîtront exactement les sommes à payer à leurs allocations, elles seront amenées à reviser leur taux de cotisation.

Certains se sont imaginés que parce qu'il y avait des retardataires, ils payaient à leur place et que ceux-ci seraient avantagés. Il n'en est rien. Tous les retardataires, sans exception, seront contraints d'adhérer et de payer depuis le jour où la loi est entrée en vigueur. Ils auront à régler en une seule fois tout ce que les autres ont déjà acquitté par versements échelonnés. D'autre part, pour les récalcitrants, le total des cotisations sera majoré de 10 %.

Voir la suite page XXXIII-1607

PROPOS DU JOUR

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Nous sommes sous le coup d'une réforme des études médicales. Une Commission universitaire spécialement déléguée à cet effet consacre ses veilles à étudier quelle formation préalable devra être exigée à l'entrée des Facultés et quels programmes y seront développés. A vrai dire, la question n'a rien de nouveau, et même elle est posée en permanence depuis des dizaines d'années. A intervalles presque réguliers, comme la pulsation d'un mal qui s'exacerbe, elle s'impose une fois de plus à l'attention et un projet voit le jour. Le nombre de ces projets successifs, à lui seul, témoigne des difficultés à résoudre... et qu'elles demeurent irrésolues. Mais le nouveau régime a fait vœu d'être réaliste et depuis plusieurs mois déjà la Commission a commencé ses travaux. Du moins est-elle réputée l'avoir fait, bien que, jusqu'à présent, elle se soit entourée d'un profond silence.

Il est donc de saison que les médecins réfléchissent un moment à ce qu'ils souhaiteraient dans ce domaine, d'autant que l'intérêt doctrinal d'une adaptation optima des études à leur objet se double d'un point de vue essentiellement pratique et utilitaire : remédier du même coup à la pléthore en disposant des obstacles au devant du titre qui les sanctionne.

Pour commencer par ceux-ci, beaucoup préconisent de réclamer des futurs médecins des études secondaires strictement classiques, farcies de latin et bardées de grec. Opinion respectable, à condition que ce soit une vraie opinion et non pas une souscription timorée et irréfléchie à « ce qui se dit ». Car les raisons invoquées pour exiger du futur médecin le bachot latin-grec sentent à plein nez le type standard, « la confection », je veux dire l'ensemble doctrinal qu'on se repasse de main en main, de plume en plume, sans jamais prendre la peine d'en examiner le bien-fondé.

Prétendre qu'un esprit n'est réellement bien fait que s'il a subi le modelage des humanités est une plaisanterie saugrenue. A ce compte et pour nous en tenir à ce qui nous concerne, les médecins du temps de Molière, qui parlaient, écrivaient et pensaient en latin, eussent été des parangons d'acuité spirituelle et de sens critique. D'où vient donc qu'ils nous font l'effet de très authentiques badernes, le doyen Guy Patin en tête ? Comment expliquer que, en ce siècle voué à l'antique, les latinisants n'aient tiré de leur latinité qu'une pédante logomachie, tandis que le chirurgien-barbier Félix, l'opérateur de la fistule royale, tirait, lui, de son humble bon sens, une technique chirurgicale qui, ma foi, n'est pas tellement éloignée des perfectionnements les plus modernes ? La charpente d'un esprit est faite d'observation qui amasse les matériaux et de sens critique qui y fait son choix. Et ces matériaux se prennent dans la vie, non dans les textes. Aussi l'érudition ne peut-elle fournir qu'un décor plus ou moins agréable à l'œil.

L'on répète aussi, très moutonnièrement, que le français dérivant du latin et du grec, nul ne parle et n'écrit correctement le français s'il n'a auparavant étudié ces deux langues mortes. Cela pouvait être vrai au temps de la Renaissance alors que le français littéraire vacillait encore sur ses jambes de nouveau-né. Mais nous vivons au XXe siècle et nous avons des besoins matériels comme spirituels, des soucis et des buts, des concepts, des techniques, une logique et une sensibilité auxquels ne peuvent plus suffire les moyens d'expression dont disposaient les anciens. Dans une langue vivante, comme dans tout ce qui vit, l'acquis personnel l'emporte peu à peu sur l'héréditaire. Et c'est ainsi, justement, que s'échafaude la personnalité.

En conclusion, le latin-grec n'a pas de titres évidents pour jouir d'une exclusivité dans la formation des futurs médecins.

***

L'obstacle suivant, c'est la limitation du nombre des étudiants admis à entrer à la Faculté, le déjà fameux *numerus clausus*.

Le procédé a du bon et du mauvais : il est bon en ce qu'il répond parfaitement au dessein envisagé, et de la façon la plus éprouvée : partout où

l'offre surpasse la demande, celle-ci hausse ses exigences et se livre à une sévère sélection. Il est mauvais en ce qu'il y a un irréductible quiproquo entre cette offre et cette demande : d'une part se présentent de petits jeunes gens ignorant tout de la profession à laquelle ils aspirent, d'autre part, l'on demande et pour six ans plus tard, des médecins capables d'assumer les soins à une population. Sélectionner ceux-ci parmi ceux-là est une besogne bien futile : un tirage au sort vaudrait tout autant. Il n'est qu'un *numerus clausus* rationnellement admissible : celui qui s'exerce au cours des études et à la fin.

C'est au reste celui auquel nous allons tout droit par la limitation des postes médicaux. Le rebut sera rejeté vers les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs, agents divers en médecine sociale. En fait, c'est un peu ce qui existe déjà, et l'exercice illégal ne sévira qu'autant que l'admettront les tribunaux. Si, dans la France de demain, la loi a recouvré force de loi et le bon sens sa force de persuasion, il n'est pas dit que l'illégalité fleurisse davantage qu'aujourd'hui.

***

Se pose maintenant la question des programmes. Voici l'occasion, et qui ne doit pas être manquée une fois de plus, d'adapter les études médicales à l'esprit et aux tendances de la médecine contemporaine.

La médecine contemporaine a enfin réalisé cette vérité d'évidence qui s'est imposée depuis longtemps aux mécaniciens : c'est en pleine marche, non à l'arrêt, que l'on dépiste les défaillances d'une mécanique. C'est donc aux ratés fonctionnels et non pas aux lésions tissulaires que doit s'attacher l'étude du moteur humain.

Ce qui revient à dire que l'anatomie dans la finesse de ses ultimes détails, l'histologie et l'anatomie pathologique sont des sciences adjuvantes et peu aptes à guider le médecin. Au contraire, la physiologie et la biologie générale (en faisant entrer dans celle-ci les notions indispensables de physique et de chimie), sont les conseillères quotidiennes du clinicien. Un vaste virement s'impose donc dans les programmes qui dépossèdera le scalpel et le microscope au bénéfice des tubes à essais et des appareils enregistreurs.

L'enregistrement magistral c'est, de toute évidence, au lit du malade qu'il se fait ; il sied donc d'organiser l'enseignement clinique et les stages hospitaliers sur de toutes autres bases que celles que nous avons connues. Il n'est plus admissible que, faute d'en avoir trouvé les facilités durant ses études, le jeune médecin fasse son apprentissage de fortune tout seul, et aux dépens de ses premiers clients, alors que c'est un devoir élémentaire de la Faculté de lui faire faire cet apprentissage sous la surveillance effective et l'inspiration de maîtres. C'est la question de l'internat obligatoire qui se pose ; le Docteur Noir l'a demandé ici même, voici de nombreuses années . Les obstacles à cette institution sont grands, mais non pas invincibles. Et, en tous cas, comme c'est la seule façon de former des médecins instruits et expérimentés (selon du moins la formule française), l'enjeu est assez important pour qu'on ne recule pas devant les difficultés à vaincre. Les hôpitaux de villes secondaires, où une permanence médicale n'est généralement pas organisée, peuvent fournir d'excellents centres d'instruction pratique à des milliers de jeunes étudiants.

Une autre formule, qui n'exclut du reste pas la première, consiste en l'institution de postes d'assistants auprès des vieux praticiens pour les médecins fraîchement diplômés. Vieille idée elle aussi, et qu'il serait temps d'examiner une bonne fois. L'important c'est que la formation des jeunes, dans un domaine aussi astreint aux réalités toutes crues que notre profession, que cette formation donc ne s'inspire pas d'un simple gavage livresque, mais rencontre très tôt et aussi longuement qu'il faut la souveraine leçon des faits.

C'est en somme une transformation complète des programmes d'études qu'il nous faut souhaiter , une réforme qui consistera en autre chose qu'ajouter une nouvelle année à celles qui sont déjà exigées. Il s'agit non de rajeunir des formes désuètes dans l'idée de les préserver coûte que coûte, mais bien de trouver et définir des formes inédites, de leur donner la vie.

Il faut que la médecine figure avec honneur dans l'économie neuve d'un pays renouvelé.

La Commission universitaire compte des hommes aptes à concevoir un plan audacieux, aptes aussi à en poursuivre la réalisation.

Il dépend d'eux (et souhaitons qu'il dépende d'eux seulement) de constituer à la médecine de demain un viatique heureusement composé.

G. LAVALÉE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malades du 1er mars 1941

(Trois persécutées)

Par M. le Professeur Laignel-Lavastine

rédigée par M. Lionel Vidart,
Chef de Clinique à la Faculté

M. Laignel-Lavastine. — J'ai dessein, aujourd'hui, de vous présenter trois persécutées au sujet desquelles je porterai d'abord trois diagnostics pittoresques. En médecine générale, vous savez que pour faire un diagnostic complet, il faut aller du syndrome à l'affection, puis à la maladie. En psychiatrie, il faut gravir un échelon de plus : celui du pittoresque.

Et tout d'abord, pourquoi existe-t-il tant de persécutés ? Cela tient à l'importance de l'orgueil. C'est, à mon sens, une des manifestations psychologiques de l'instinct de conservation. Au cours de l'examen d'un persécuté, il est utile de se poser les questions suivantes : « Quoi ? Quand? Qui ? Comment ? Pourquoi ? Donc ? Suivons ce schéma général à l'occasion de ces trois malades.

I. Psychose paranoïaque de revendication chez une interprétante hyperthyroïdienne

M. Laignel-Lavastine. — La première d'entre elles, Eugénie, est âgée de 67 ans.

A la malade. — Pourquoi êtes-vous venue ici ?

La malade. — Parce que la concierge m'en voulait. A la suite de la mort de mon mari, elle a fait installer au quatrième une machine, dans le but de me faire partir. Il n'y avait pas moyen de résister. Les moteurs marchaient jour et nuit. C'était une usine à faire des pardessus d'homme. La maison ne pouvait pas le supporter. Les fenêtres descendaient. Les papiers étaient fendus, les murs se lézardaient, les planchers se soulevaient.

M. Laignel-Lavastine. — Quand vous êtes-vous aperçue de tout cela ?

La malade. — C'est en 1939 qu'on a installé cette usine.

M. Laignel-Lavastine. — Qu'avez-vous remarqué d'autre ?

La malade. — C'était humide et suintant. Ça sentait le pourri, mon appartement était devenu insalubre. Il y avait partout une poussière affreuse.

M. Laignel-Lavastine. — Et les autres locataires, que disaient-ils ?

La malade. — Les Polonais qui avaient cette usine avaient un mot d'ordre de la concierge. Ils couraient exprès, la nuit, sur le plancher. Les autres locataires disaient : Où va-t-on nous mettre, où va-t-on aller ? J'entendais tout ce qu'ils disaient, puisque les murs étaient fendus. Certains me plaignaient et disaient : « Quelle crapule, ce gérant, faire çà à une Française... — On me surveillait, je l'ai vu à travers les rideaux. On disait : « Tiens, elle est là... ».

M. Laignel-Lavastine. — Et la concierge ?

La malade. — Elle joue un rôle capital dans toute cette affaire. Elle a même dit dans tout le quartier que j'étais folle. Heureusement, les locataires m'ont défendue.

M. Laignel-Lavastine. — Alors, qu'avez-vous fait ?

La malade. — Depuis 1932, j'avais loué une chambre à l'Armée du Salut. J'y couchais tous les soirs. Je ne passais plus chez moi que quelques heures dans la journée. J'étais obligée de tout protéger avec des draps, des journaux. Je laissais les fenêtres constamment ouvertes. Tout s'est dégradé.

M. Laignel-Lavastine. — Avez-vous porté plainte ?

La malade. — Oui, plusieurs fois, au commissariat de police. J'ai écrit même au Préfet de police. On m'a envoyé des inspecteurs d'hygiène. Ils ont examiné les lézardes et disaient : « Jamais on n'a vu une maison aussi légère». Mais toutes plaintes n'ont abouti à rien ; aussi, pendant quatre ans, j'ai couché à l'Armée du Salut.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et le propriétaire ?

LA MALADE. — Je ne le payais pas, puisque je ne couchais pas là. Aussi, m'a-t-il expulsée, puis, c'est lui qui m'a fait interner.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Aviez-vous des amis ?

LA MALADE. — Quand on passe par là où j'ai passé, on ne voit plus personne. On est toujours trompé... Je ne fréquentais personne. J'allais seulement quelquefois aux cultes chrétiens.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Avez-vous toujours été sauvage ?

LA MALADE. — Non. Mais je le suis devenue avec tous les ennuis que j'ai eus.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Examinons-la. Elle n'a aucun trouble neurologique. On remarque aux articulations des deuxième et troisième phalanges des nodosités d'Heberden qui doivent toujours faire penser à des manifestations rhumatismales. Voyez comme ses cheveux sont blancs. Elle a blanchi de bonne heure : à 26 ans. Plusieurs membres de sa famille ont eu le même phénomène. C'est un signe d'hyperthyroïdie familiale. Elle tremble un peu et s'empourpre facilement. Par le simple examen de ses mains et de ses cheveux, on fait déjà le diagnostic de son tempérament et de son caractère. C'est une femme qui a des principes. Sa vie est organisée selon un système rigide auquel elle se plie. Elle s'astreint à des règles auxquelles elle ne manquera jamais.Tout est prévu, arrangé, organisé.

A LA MALADE. — Que feriez-vous si vous sortiez du service ?

LA MALADE. — Je ne demande qu'une chose : retrouver mon argent et mon mobilier.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et la concierge ?

LA MALADE. — Je ne la saluerais pas. Je ne lui adresserais pas la parole.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Mais si vous vous étiez trompée ?

LA MALADE. — Je ne me suis pas trompée. Je suis absolument certaine de ce que j'ai vu.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Avez-vous eu quelquefois des voix ?

LA MALADE. — Je ne sais pas ce que c'est. Je crois que je sortirai d'ici, sans qu'on ait pu me dire ce qu'on entend par « avoir des voix »...

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je n'en suis pas certain. Vous allez voir une malade et vous me direz ce que vous en pensez.

(*On fait entrer la deuxième malade*).

II. Psychose hallucinatoire avec automatisme mental. Idées de persécution et d'influence chez une malade en voie de dissociation.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pouvez-vous nous dire si vous avez des voix ?

LA DEUXIÈME MALADE. — Oui. J'entends souvent comme si on me parlait aux oreilles. — On me dit trente-six choses pour m'agacer, m'empêcher de dormir. A certains moments, cela m'est impossible de travailler, à d'autres, je ne peux même pas compter. Quelquefois, on me pousse le bras.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Qui vous parle ?

LA DEUXIÈME MALADE. — Je l'ignore ; mais ce sont, sans doute, des magiciens, des gens qui s'occupent de science occulte. Un homme de science doit connaître cela. On vous scrute joliment. On m'a vue toute entière des pieds à la tête.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Mais quand ils vous parlent, que disent-ils ?

LA DEUXIÈME MALADE. — J'ai entendu d'abord des insultes et puis, d'autres choses. Dans l'oreille droite, j'entends souvent deux voix mélangées et à gauche, toujours une seule voix. On me dit, très bas : « Marie, ma bien-aimée Marie, venez vers nous et vous serez sauvée ». J'entends toujours cette phrase, prononcée de la même façon, avec un certain rythme, par des hommes et des femmes...

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous force-t-on à penser ?

LA DEUXIÈME MALADE. — Ça n'arrête pas. On me pousse à aller où je ne veux pas aller. On me change tout à coup ma prononciation. Ils me font bégayer, zézayer, hésiter. Quelquefois, je ne peux même pas parler. Cela m'est arrivé au confessionnal. Mais, plus souvent, ils me font parler. Ils me font dire des choses que je ne voudrais pas dire.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pouvez-vous distinguer vos propres paroles de celles qui vous sont imposées

LA DEUXIÈME MALADE. — Bien sûr. Quand c'est moi qui parle, je sens mes pensées passer par le cerveau. Quand c'est eux, cela fait « boum ». Cela vient directement des cordes vocales sans passer par le cerveau. On me disait : « Le Saint-Père te maudit. Tu es promise au feu éternel. Monseigneur le Comte de Paris ne t'aime plus ».

On me fait dire des insultes au Pape. Vous pensez bien que je ne peux pas dire des choses comme celles-là. Je n'emploie pas des expressions pareilles. Alors, je me suis dit : « Je suis magnétisée »...

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Depuis quand ?

LA DEUXIÈME MALADE. — Depuis plusieurs années. La première fois cela s'est passé pendant une réunion de famille. Un ami, pour plaisanter, m'avait magnétisée en me mettant les mains dans le dos. Il m'avait dit mon caractère. Puis, quelque temps après, je l'ai rencontré sur le quai de la Gare du Nord. J'ai pu lui dire les maladies qu'il avait eues, j'étais déjà médium. J'ai aussi été magnétisée par M. B... Il m'a touché le

coude en descendant du métro Barbès et m'a dit qu'il était astrologue. On a parlé un peu et quand il est parti, j'ai vu que j'étais magnétisée. Je me suis réveillée comme d'un rêve. Mais je ne peux pas dire que ce soit lui qui ait continué à me magnétiser d'une façon occulte.

(*La deuxième malade quitte la salle*).

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — *A la première malade.* — Savez-vous maintenant ce que c'est que d'avoir des voix ?

LA PREMIÈRE MALADE. — Oui, j'ai compris, mais je crois que cette personne est très malade. C'est la maladie qui lui fait croire qu'elle entend tout cela. A mon avis, elle ne guérira pas.

(*La première malade quitte la salle à son tour*).

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — J'ai tenu à mettre ces deux malades en présence. J'ai pensé que les différences cliniques, qui les opposent, seraient ainsi encore plus nettes et, pour vous, encore plus instructives. Il est intéressant de voir la deuxième malade jugée par la première, qui a conservé intégralement sa personnalité. Celle-ci est restée très sthénique et n'a aucune sorte d'affaiblissement intellectuel. Grâce à son esprit d'observation très développé, elle porte sur les malades qui l'entourent des diagnostics qui ne manquent pas de sagacité. Elle fait même, vous l'avez vu, des pronostics et, au sujet de la deuxième malade, son pronostic est très réservé. Elle a raison et je suis de son avis. Il s'agit d'une grande hallucinée, dont les syndromes de persécution et d'influence sont accompagnés de multiples hallucinations auditives et psycho-motrices. Sa personnalité est certainement en voie de dissociation. La première a conservé, au contraire, intégralement, sa personnalité. Il n'y a chez elle, ni affaiblissement, ni dissociation. C'est une psychose paranoïaque de revendication accompagnée d'interprétations délirantes multiples.

Vous avez pu, grâce à leur confrontation, comprendre les différences fondamentales qui opposent ces deux types de persécutées.

III. Psychose interprétatrice avec automatisme mental : Idées de persécution chez une grande paranoïaque.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Voici maintenant une autre malade paranoïaque, persécutée également, mais qui diffère cependant des deux autres malades à certains points de vue.

A LA MALADE. — A la suite de quelles circonstances avez-vous été amenée ici ?

LA MALADE. — J'ai entendu frapper à ma porte. J'ai ouvert et c'était trois agents qui se disaient traqués et me demandaient asile dans ma chambre. En réalité, ils venaient pour m'arrêter, se sont jetés sur moi, puis m'ont emmenée à l'Infirmerie spéciale.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Oui, mais auparavant, que s'est-il passé ?

LA MALADE. — Les locataires avaient fait une pétition. J'avais tout fait pour qu'ils la fassent, afin d'attirer l'attention de la police sur eux. Ils se servaient de moi pour camoufler leurs actions. Il se passait des choses pas très propres dans ma maison. J'ai fait mon devoir, c'est tout ce que j'ai à dire.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Agissait-on sur vous ?

LA MALADE. — Oui, très fortement, par les ondes et l'électricité. Il me semblait que tout était électrifié. Par les ondes, on me faisait faire des « rêves hypnotiques » et j'avais alors, à ce moment, l'impression que quelqu'un était dans ma chambre à me regarder.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Entendiez-vous quelque chose ?

LA MALADE. — J'entendais la T. S. F. très fort, jour et nuit. C'était les appareils des voisins. C'est par la T. S. F. que j'étais, à tous moments, injuriée et menacée. Des voix d'homme surtout, qui disaient des saletés sur mon compte. Par la T. S. F. on m'a fait douter de tout. Il y avait même des émissions clandestines.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Qu'avez-vous entendu d'autre ?

LA MALADE. — Beaucoup de choses sur moi. On en disait beaucoup sur mon compte. On donnait cela en pièces de théâtre. J'ai appris de cette manière, que j'avais un enfant que je ne connais même pas. On m'a dit qu'il a 26 ans et qu'il sera un personnage important.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quand tout cela a-t-il commencé ?

LA MALADE. — En 1931, je me suis aperçue que les couvreurs, qui réparaient la toiture, restaient longtemps à leur travail et j'ai pensé qu'ils avaient pu installer des appareils pour m'envoyer des ondes.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pourquoi vous fait-on tous ces ennuis ?

LA MALADE. — En 1934, le propriétaire m'a intenté un procès au sujet du loyer de mon magasin. J'ai gagné ce procès. Je pense que c'est lui qui, pour se venger, est à l'origine de tout.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Qu'avez-vous remarqué d'anormal dans votre maison ?

LA MALADE. — Au-dessous de chez moi, il y avait des étrangers qui avaient dû faire un groupe d'espionnage. J'avais remarqué les fréquentes allées et venues de tous ces gens-là.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — A-t-on essayé de vous faire mal ?

LA MALADE. — Oui. Dans la rue des quantités de gens me suivaient. Un jeune homme, une fois, a essayé de m'étrangler. Mais, surtout depuis quelques mois, je me suis rendu compte que l'on faisait sur moi des expériences médicales. Mes

oreillessebouchaient. J'avais souvent l'impression d'être paralysée et comme hypnotisée.

M. Laignel-Lavastine. — Cela devait retentir sur votre santé ?

La malade. — Mais non, je suis en parfaite santé.

M. Laignel-Lavastine. — Si je compare les différents chiffres de vos pesées, je constate que depuis que vous êtes ici, vous avez engraissé.

La malade. — Non, c'est une erreur et peut-être même une erreur volontaire. Il y a aussi une erreur sur le chiffre de ma taille. J'ai vu qu'on a mis sur mon dossier que j'avais 1 m. 68 1 /2 et je n'ai qu'un mètre 68.

M. Laignel-Lavastine. — Etes-vous sûre de tout ce que vous nous avez dit ?

La malade. — Absolument certaine. Tout est vrai et je le maintiens.

(*La malade sort de la salle*).

M. Laignel-Lavastine. — Je pense que vous avez reconnu en elle tous les caractères d'une disposition paranoïaque. Elle est méfiante. Elle est susceptible. Dans sa maison, elle est brouillée avec tout le monde et depuis longtemps. Elle ne parle pas à la concierge. Elle ne voit plus sa sœur avec laquelle elle se disputait à tous moments. De plus, son jugement est faussé et, depuis plusieurs années, s'est développé progressivement un délire de persécution où les interprétations morbides sont nombreuses. C'est, à l'habitude, une malade très réticente et je voulais vous la montrer comme un cas, très beau, de réticence paranoïaque. Les réactions des malades mentaux sont souvent imprévisibles. Par un effet remarquable de votre présence, elle s'est, au contraire, ouverte comme elle ne l'a jamais fait devant des auditoires plus restreints. Cela me rappelle l'histoire de cet aliéné, qui ne trouvait jamais un auditoire assez digne pour entendre l'exposé de son délire. Aussi un jour, se décide-t-il à tirer la barbe de Monsieur Fallières qui se promenait près de l'Arc-de-Triomphe. Il fut ainsi mis en prison, puis jugé et, de ce fait, il avait trouvé enfin, un Tribunal digne de l'écouter... Les examens de ces malades sont souvent très longs. Il faut savoir attendre. On obtient quelquefois des résultats contradictoires au cours des différents interrogatoires. On peut ainsi déceler une réticence partielle. C'est probable pour notre malade. J'ai l'impression qu'elle a essayé de minimiser les éléments d'un automatisme mental néanmoins incontestable. Mais il s'agit, avant tout, d'une psychose interprétatrice chronique, chez une grande paranoïaque. Le pronostic est très sombre et dans un avenir, proche ou lointain, cette malade ne rectifiera pas ses idées délirantes, très bien systématisées.

TRAITEMENT DES TROUBLES DE LA PRÉPUBERTÉ FÉMININE

Le Professeur G. Jeanneney, de Bordeaux, et M. Marc Rosset exposent ainsi le traitement des troubles de la prépuberté féminine (1) :

La prépuberté (de 9 à 11 ans) est marquée par l'action progressive de l'hormone antéhypophysaire de croissance, la poussée normale des membres inférieurs longs et grêles. Il faut surveiller cette phase, très importante pour l'avenir de l'enfant. Cette prépuberté peut être retardée par insuffisance de l'hormone somatique (arrêt de croissance, nanisme hypophysaire, infantilisme, membres courts, grêles, état hypoplasique généralisé ; pourtant psychisme normal), ou troublée par hyperfonctionnement ou dysfonctionnement hypophysaire, avec plusieurs formes cliniques (tendance au gigantisme : taille élevée, membres longs et grêles, asthénie physique et psychique ; syndrome adiposo-génital précoce : gros ventre, grosses fesses, grosses cuisses, trop beaux enfants, aplasie génitale ; syndromes de maigreur allant de la dystrophie commune des adolescents (Hutinel) et de l'amaigrissement pubéral (Champy) à la cachexie hypophysaire de Simmond.

a) Traitement de la prépuberté retardée : 0 gr. 20 d'extrait total d'hypophyse matin et soir, ou 0 gr. 20 d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse matin et soir. Y associer vitamines C et D. Dans les cas graves, injection une fois par semaine d'hormone antéhypophysaire.

b) Traitement de la prépuberté troublée avec tendance au gigantisme : faire de la radiothérapie hypophysaire si, à la radio, la salle turcique est élargie.

c) Traitement du syndrome adiposo-génital précoce : hormone hypophysaire gonadotrope associée à l'extrait hypophysaire total. Extrait thyroïdien, 0 gr. 01 à midi. Diathermie hypophysaire.

d) Traitement des syndromes de maigreur de la prépuberté : une semaine, 0 gr. 20 d'extrait hypophysaire total deux fois par jour ; une semaine : hormone gonadotrope ; une semaine : vitamine D ; une semaine : radiothérapie hypophysaire.

Dans tous ces troubles, chercher la cause générale héréditaire dystrophiante (syphilis, tuberculose) et s'assurer de l'état des autres glandes de croissance (thymus, épiphyse, thyroïde).

(1) Formulaire gynécologique du praticien, 3e édition, Doin et Cie, éditeurs.

LE TRAITEMENT DES PLEURÉSIES AIGUES PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

Le salicylate de soude donne, on le sait, de remarquables résultats dans la pleurésie rhumatismale. Sous son influence, le point de côté s'efface rapidement, la fièvre disparaît et l'épanchement s'assèche en une dizaine de jours. Mais si le diagnostic est évident lorsque la crise articulaire précède ou accompagne la pleurésie, il est, par contre, à peu près impossible à préciser lorsqu'elle manque. Les divers signes qu'on a donnés : soudaineté de l'apparition de l'épanchement, rapidité de son évolution, disposition en « galette » du liquide, instabilité des signes physiques, sont trop vagues ou trop tardifs pour être utilisables. L'examen cytologique n'a pas une formule fixe et ne renseigne guère. Faut-il donc attendre l'inflammation articulaire pour donner le salicylate, ou ne vaut-il pas mieux, dans les cas où l'on suspecte l'origine rhumatismale, tenter le traitement salicylé au moins comme traitement d'épreuve. Les résultats que nous avons obtenus montrent que, non seulement les pleurésies rhumatismales vraies sont rapidement guéries par le salicylate de soude, mais que d'autres, que la clinique ne permet pas de considérer comme de telle nature, bénéficient tout autant de l'action de ce médicament. Voici quelques observations :

Observation 1. — Mlle R..., 12 ans, examinée le 18 octobre 1938, se plaint depuis deux ou trois jours de fièvre, de douleurs dans l'hémithorax gauche, et de toux sèche et opiniâtre. A l'examen : matité de la moitié inférieure du poumon gauche, silence respiratoire dans la même région, égophonie, pectoriloquie aphone. La ponction ramène du liquide jaune citrin. Le lendemain, 19 octobre, l'enfant se plaint de douleurs au genou gauche : rhumatisme articulaire aigu de l'articulation. Température 39°. Le liquide a augmenté ; la matité s'élève jusqu'au tiers supérieur du poumon. Traitement : salicylate de soude : 5 gr. par jour.

Dès le lendemain, la température tombe à 37,8 ; le point de côté est moins douloureux ; la douleur du genou s'atténue. Le 24 octobre : température 36,8. La respiration est perçue jusqu'à la pointe de l'omoplate ; le genou est encore un peu enflé et totalement indolore. Le 28 octobre, la respiration s'entend dans tout le poumon ; il subsiste un peu de matité à l'extrême base où l'on perçoit quelques frottements. Genou normal, température normale, état général excellent. La maladie a duré neuf jours. Le diagnostic de pleurésie rhumatismale s'impose.

Observation 2. — Le 4 septembre 1939, nous sommes appelés auprès d'un enfant de 13 ans, le jeune R..., qui présente, depuis quelques jours, de la fièvre variant entre 38 et 39°, un point de côté à droite, de la toux sèche. A l'examen, submatité de la base droite avec obscurité respiratoire. Aucun signe pulmonaire appréciable. Aucun antécédent personnel ; toutefois, le père rapporte que l'enfant s'est plaint, l'année précédente, pendant quelques jours, de douleurs vagues dans les genoux, mais sans gonflement des articulations, sans fièvre. Un oncle paternel a fait une tuberculose pulmonaire ; les parents et sa sœur semblent bien portants.

Le 8 septembre, apparition d'un épanchement séro-fibrineux confirmé par la ponction. Le liquide occupe la moitié inférieure de l'hémithorax. Pas de réaction articulaire ; cœur normal, urines normales. En raison des douleurs dans les genoux signalées plus haut, nous instituons le traitement salicylé ; 5 grammes par jour. Deux jours après, le 9 septembre, la température tombe à 37,5. Le 11 septembre, même température, mais l'épanchement est en très nette régression ; on perçoit la respiration jusqu'à la pointe de l'omoplate. Le 12 septembre, apparition d'un léger gonflement du poignet, peu douloureux, sans augmentation de la température. Ce gonflement disparaît en quarante-huit heures. Le 20 septembre, la respiration s'entend parfaitement dans tout le poumon ; il n'y a plus ni toux, ni température. Cœur normal, état général excellent.

La pleurésie a donc guéri en treize jours. Peut-on porter le diagnostic de pleurésie rhumatismale ? Ce gonflement si léger et si fugace était-il de cette nature ? La guérison par le salicylate nous parut alors le confirmer ; nous verrons par les observations suivantes que ce test est assez incertain.

Observation 3. — Le jeune F..., 14 ans, bien portant jusqu'au 18 juin 1940, présente à ce moment de la fièvre, un point de côté à droite, de la toux sèche. Examiné le 20 juin, on constate de la submatité de la moitié inférieure du poumon droit, de l'obscurité respiratoire au même niveau, quelques foyers de râles fins épars. Température 39°. Il n'a jamais été malade, n'a jamais souffert de douleurs articulaires. Père bien portant, mère, actuellement, en assez bonne santé, a fait, il y a huit ans, une pleurésie avec épanchement. Frères et sœurs bien portants.

Le 25 juin, on constate une pleurésie séro-fibrineuse droite confirmée par la ponction. Une inoculation est faite au cobaye. La pleurésie semble assez abondante ; la matité remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Cœur normal, pas d'albumine. Le malade est mis au salicylate 5 gr. par jour. Le 26 juin, température 37,8, 37,9, le 27 juin 36,8, 37,4.

Le 4 juillet, la respiration est nettement perçue presque partout, sauf à la partie moyenne du poumon, où existe une zone silencieuse ; on dirait une pleurésie suspendue. La température est normale. Le 7 juillet, la respiration s'entend partout ; une petite poussée de température, due probablement à la constipation, survient alors et disparaît en trois jours. L'état général est excellent.

La pleurésie a duré douze jours. Un examen radiologique demandé au dispensaire d'hygiène sociale, mais pratiqué seulement le 12 août, donne les résultats suivants : « hémithorax droit : diaphragme horizontal ; le sinus est à angle droit arrondi. La partie inférieure de la plage est grisâtre. Paquet assez important d'ombres hilaires presque homogène. » Il s'agit sans doute d'une poussée d'adénopathie trachéo-bronchique ; et nous pensons que c'est elle qui a produit cette zone silencieuse suspendue que nous avons signalée.

L'inoculation au cobaye a été négative, ce qui

n'est pas fait pour surprendre, puisque cette inoculation n'est positive dans la pleurésie tuberculeuse que dans 30 à 50 % des cas. Rien en tous cas ne permet de supposer qu'il s'agit d'une affection rhumatismale : le diagnostic clinique le plus probable est celui de pleurésie tuberculeuse.

Observation 4. — Le jeune P..., âgé de 17 ans, se plaint, le 13 mars 1941, de point de côté à gauche ; température 38°, toux opiniâtre. Submatité de la base gauche, diminution du murmure vésiculaire au même niveau. La température évolue, les jours suivants, entre 38,4 et 39,3. Le 17 mars, ponction négative ; un examen radioscopique confirme, cependant, le diagnostic de pleurésie. Le 21 mars, température 39,2, matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate silence respiratoire complet. Cœur normal, mais déplacé en dedans ; la pointe bat à deux travers de doigt en dedans du mamelon. Espace de Traube sonore. Pas d'albumine dans les urines. La ponction ramène du liquide séro-fibrineux. L'examen cytologique pratiqué dans un laboratoire donne les résultats suivants : « Hématies. Réaction leucocytaire importante presque exclusivement lymphocytaire (très rares polynucléaires) absence de placards endothéliaux. Aucun microbe. Formule de pleurésie tuberculeuse ».

Au point de vue antécédents, signalons que le frère aîné a fait, lui aussi, une pleurésie séro-fibrineuse, il y a quelques années, et présente une santé délicate. Encouragé par les résultats des observations précédentes, nous essayons le salicylate à la dose de 6 gr. par jour. Le lendemain, 22 mars, température 38,1 ; le 23 mars 37,4. Le 25 mars, la respiration est faiblement perçue dans toute la moitié supérieure du poumon ; le 28 mars, elle est entendue nettement jusqu'à la pointe de l'omoplate ; le 3 avril enfin, elle est normale dans toute l'étendue du poumon, sauf à l'extrême base où elle est encore affaiblie. Frottements pleuraux à la base. La température continue d'osciller entre 37,1 et 37,5. L'état général est excellent.

La maladie a guéri en treize jours ; quant à l'origine, si l'on se reporte à l'examen cytologique, aussi bien qu'aux antécédents, on ne peut que porter le diagnostic de pleurésie tuberculeuse.

A côté de ces bons résultats, signalons un échec. Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, atteint de pleurésie aiguë. La ponction a remené un liquide clair ; le traitement au salicylate a été institué. Les jours suivants, la température se maintient et même s'élève, le point de côté reste très douloureux, le liquide augmente. Nous ponctionnons à nouveau ; le liquide, cette fois, est louche ; l'examen cytologique révèle une pleurésie purulente à pneumocoques.

Ainsi donc : une pleurésie cliniquement rhumatismale, une pleurésie de diagnostic douteux deux pleurésies probablement d'origine tuberculeuse ont guéri par le salicylate de soude ; une, pleurésie à pyogène n'a tiré aucun bénéfice de la médication. Nous nous bornons à signaler ces faits sans vouloir les interpréter. Rappelons, toutefois que certaines affections, comme l'érythème noueux, que nombre d'auteurs considèrent comme tuberculeuses, guérissent fort bien par le salicylate de soude. D'autres essais sont nécessaires pour délimiter l'action de ce médicament ; il semble, dès l'abord, que les pleurésies à pyogènes sur lesquelles d'ailleurs agissent vaccins, sérums et sulfarsamides doivent être éliminés de son champ. Mais, en dehors de la pleurésie rhumatismale vraie, celle que confirme un rhumatisme articulaire où son action est spécifique, il reste la grande masse des pleurésies séro-fibrineuses aiguës que l'on ne peut cataloguer de façon certaine ; les pleurésies « qui n'ont pas fait leur preuve », parmi lesquelles se trouvent peut-être des pleurésies d'origine rhumatismale, dont la cause n'a pu être mise en évidence, mais aussi des pleurésies, dont l'origine tuberculeuse est infiniment probable. Dans toutes ces affections, le traitement ordinaire est purement symptomatique ; on se borne à calmer la douleur, à modérer la fièvre, à surveiller l'épanchement, et la maladie évolue lentement, laissant après elle des épaississements et des symphyses contre lesquels on ne peut plus grand chose. Dans ces cas, il y a, croyons-nous, intérêt à essayer une cure de salicylate de soude ; les observations précédentes montrent qu'il est capable, quelquefois au moins, de provoquer une guérison rapide et totale de la maladie.

Dr Mury (Saint-Brieuc).

HÉMORRAGIE MORTELLE PAR RUPTURE DE LA SAPHÈNE INTERNE DANS UN ULCÈRE VARIQUEUX

MM. Bréchot et Chevalier ont rapporté à l'Académie de chirurgie une observation d'hémorrhagie par rupture de la saphène interne dans un ulcère variqueux. Les circonstances dans lesquelles se produisit cet accident lui donnent un caractère particulièrement dramatique.

Un employé des pompes funèbres âgé de 47 ans déchargeait un cercueil au seuil d'une église quand il voit couler sous la jambe gauche de son pantalon une grande quantité de sang. Ses camarades le mettent de suite sur le corbillard et l'amènent mort à Saint-Antoine.

A l'examen anatomique, la veine aux parois épaisses baille largement à l'extérieur. Quelques éléments fibrineux de coagulation *post mortem* donnent l'apparence d'une sorte de couvercle obturant la perforation.

P. L.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



La gymnastique et les sports chez les jeunes cardiaques

d'après le Professeur Ch. LAUBRY et le Docteur D. ROUTIER (1)

Il est regrettable de voir que, dans la pratique médicale, le diagnostic de la moindre cardiopathie déclenche immédiatement un freinage de toute activité physique du jeune sujet, chez lequel elle a été reconnue ou même seulement soupçonnée. Il est regrettable que, loin de se baser sur l'observation, on n'ait ainsi tenu compte que d'une explication pathogénique : la fatigue apportée au cœur par la « lésion valvulaire ».

Or, c'est justement pour permettre au cœur de compenser cette fatigue éventuelle, qu'il faut s'efforcer de le rendre plus puissant et plus énergique, tout comme les autres muscles, par une gymnastique bien comprise. Précisément, celle-ci a pour but de développer l'organisme et de corriger certains défauts en voie de s'affirmer chez l'individu jeune : les muscles squelettiques se tonifient et s'hypertrophient, la capacité respiratoire s'accroît, les vices osseux (scoliose, etc.) s'atténuent. Chez le sujet sain, l'observation montre que le muscle cardiaque participe à cette amélioration constitutionnelle.

CHEZ DES JEUNES, CERTAINES CARDIOPATHIES SONT SUSCEPTIBLES DE BÉNÉFICIER DE L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE

Les voici énumérées par ordre de tolérance décroissante :

Maladie de Roger ; sténose de l'isthme aortique ; persistance du canal artériel ; arythmies diverses ; insuffisance aortique rhumatismale ; mitralite simple rhumatismale (souffle systolique apexien) ; sténose mitrale ; cyanose congénitale (tétrade de Fallot).

Il faut naturellement, pour que l'entraînement physique donne de bons effets dans ces cardiopathies, que celles-ci remplissent des conditions bien déterminées.

Les cœurs d'emblée très atteints, ou congénitalement trop malformés, n'ont plus aucune possibilité de récupération ; la fibre myocardique, susceptible d'accroître son développement et sa puissance, doit avoir conservé son intégrité.

L'affection cardiaque ne sera pas en évolution : toute période de poussée aiguë ou subaiguë, période mitrale d'installation, ou période ultérieure de récidive ou de rechute, sera considérée comme active et nécessitera une mise au repos absolu immédiate.

« En dehors de ces périodes de maladie proprement dite et des convalescences obligatoirement longues, qu'on doit imposer à leur suite, ces affections se présentent pour un laps de temps souvent fort long, comme des *infirmités stables*, dont l'organisme, sain par ailleurs, s'accommode avec assez de facilité. Ce sont ces périodes de stabilité qu'il faut mettre à profit pour accroître les moyens propres et naturels de défense du cœur ».

L'âge du sujet est de grande importance dans la mise en œuvre des moyens d'éducation physique. Si, de 7 à 10 ans, le bénéfice de la gymnastique est assez minime, entre 15 et 20 ans, même encore après, il est de valeur appréciable. Néanmoins, toutes les cardiovalvulites rhumatismales des enfants de 7 à 15 ans sont justiciables de la gymnastique, à la condition qu'elles soient bénignes ou moyennes ; on éliminera toutefois les reliquats de pancardite sévère, les gros cœurs souvent en arythmie complète.

Parmi les congénitaux, on trouvera sans doute paradoxal de soumettre des enfants cyanosés à l'entraînement physique. Cependant, chez eux comme chez les valvulaires rhumatismaux, il y a des degrés ; en ne tenant compte que des signes objectifs, le volume du cœur doit être un des principaux guides, aussi bien dans la maladie bleue que chez les non cyanosés (Roger, canal de Botal, sténose isthmique).

En dehors de tout élément inflammatoire, la mutilation valvulaire, comme la malformation congénitale, apporte une gêne mécanique à la contraction myocardique et un trouble dans le cours de la circulation sanguine. Or, la compensation de ces deux vices fonctionnels ne peut s'obtenir que par une hypertrophie de la musculature de travail du cœur, c'est-à-dire par l'hypertrophie principalement ventriculaire. C'est une des raisons pour lesquelles l'insuffisance aortique est plus facilement compensée

(1) *Revue de médecine*, mai-juin 1941.

que la sténose mitrale. Dans cette dernière affection, comme chez les cyanosés congénitaux, l'attention et les efforts de l'éducateur devront se porter avant tout sur le *développement respiratoire* pour assurer un maximum de capacité respiratoire.

La sélection se basera, moins sur l'auscultation, que sur la radioscopie

L'auscultation renseigne sur la topographie de la lésion valvulaire ; sa valeur est déjà beaucoup moindre pour apprécier le fonctionnement des appareils valvulaires, comme elle est également assez peu précise pour évaluer la valeur du myocarde. Il faut donc se garder de tirer la moindre déduction fonctionnelle de l'intensité d'un souffle. Il est prudent d'agir de même pour l'intensité ou la modification supposée de timbre des bruits. Par contre, l'aire d'extension des bruits ou souffles, l'endroit où bat la pointe, la surface où se palpe l'impulsion ventriculaire, constituent un faisceau d'éléments, qui donnent une idée du *volume* global du cœur, ce qui est de très grande importance. Un gros cœur chez ces petits cardiaques est un cœur dilaté, donc un myocarde touché, de médiocre étoffe, et dont il y a peu à tirer comparativement aux petits cœurs, qui ont conservé leurs dimensions et leur tonicité.

La radioscopie ne donne pas le diagnostic de la lésion, mais elle fournit des indications intéressantes sur le comportement du myocarde, ainsi que sur celui de l'arbre vasculaire pulmonaire, dont on connaît la dépendance étroite avec le libre jeu des cavités gauches. *On éliminera les gros cœurs*, ceux qui frappent immédiatement par un volume inhabituel, et non par des silhouettes, qui peuvent prêter à discussion. A noter que le sujet doit se plaquer très étroitement contre l'écran, pour éviter bien des erreurs, dues à une technique non correcte.

L'examen de la contractilité du cœur à l'écran chez les enfants et les adolescents ne semble pas donner, jusqu'à présent du moins, de renseignements pratiques : de graves lésions valvulaires avec dilatation cardiaque ont des battements de forme et d'amplitude normales.

Chez les mitraux, il faut noter avec soin l'aspect des hiles et le degré de transparence des champs pulmonaires, surtout dans leur partie moyenne : on recueille ainsi des données qui permettent d'apprécier la réaction de la circulation pulmonaire.

L'examen à l'écran est donc indispensable, avant de fixer les modalités de l'entraînement physique pour chaque cardiaque. Mais il n'est pas à la portée du premier venu, il exige un long apprentissage, car, il est fait de nuances et comporte en outre la connaissance complète, clinique et électrocardiographique de la spécialité cardiologique.

Pour ce qui est de l'électrocardiographie, de même qu'un léger décalage de la courbe thermique indique que le processus inflammatoire subsiste encore, de même certaines déformations minimes de l'électrocardiogramme, actuellement encore trop souvent négligées, ont une valeur au moins aussi grande. Il faut donc suivre la morphologie électrocardiographique au cours de l'existence d'un sujet et de l'évolution de sa cardiopathie ; l'électrocardiogramme, pris chez tous les valvulaires et congénitaux, à chaque examen de contrôle, permet ainsi d'établir des comparaisons.

Enfin, en hématologie, la numération globulaire et la vitesse de sédimentation des hématies sont deux examens indispensables, surtout chez les valvulaires rhumatismaux. Ils donnent des indications précieuses sur le comportement de l'organisme vis-à-vis du processus inflammatoire et complètent donc heureusement les données tirées des autres examens.

L'éducation physique chez les jeunes cardiaques, basée sur ces données, doit être organisée spécialement ; gymnastique en chambre d'abord, scoutisme surveillé par la suite. Au bout d'un certain temps d'entraînement, les enfants ainsi dirigés peuvent acquérir une activité physique presque normale ; plus exactement : l'éducation physique chez les jeunes cardiaques, convenablement appliquée et dosée, a permis non seulement des compensations parfaites et durables, mais encore des disparitions de signes stéthacoustiques, des stabilisations persistantes, la disparition des poussées évolutives.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La valeur de l'électrocardiogramme dans l'étude clinique des sensations douloureuses de la région cardiaque.

Le Docteur H. LACHMANN (de Leipzig) fait remarquer combien nombreux sont les consultants, même jeunes, qui viennent se plaindre de douleurs dans la région cardiaque : douleurs de courte ou longue durée, bien localisées ou largement irradiées. Ces cas réclament du praticien la plus grande attention, car leur origine peut être attribuée aussi bien au muscle cardiaque qu'à d'autres organes thoraciques et même abdominaux. Un électrocardiogramme, s'il est normal, orientera le diagnostic vers cette dernière hypothèse, mais non pas à coup sûr : il faudra, en effet, se rappeler que certains infarctus du myocarde peuvent évoluer au début sans troubles de l'électrocardiographie. D'autre part, on n'accordera pas aussitôt une valeur exagérée à un électrocardiogramme, qui s'écartera légèrement de la normale, même s'il s'accompagne de douleurs angineuses, car certains troubles fonctionnels sont capables d'influencer la circulation coronarienne, tel, par exemple, un tonus élevé du vague. Cependant, si l'état anormal de l'électrogramme se prolonge, il convient de rester prudent : ainsi un patient pourra présenter une dépression toute passagère de S. T., après avoir absorbé une boisson froide on fumé un cigare fort, mais parfois, deux ou trois années plus tard, son cœur sera décompensé : on trouvera chez lui un infarctus du myocarde. A ce propos, on se rappelle qu'un nombre assez élevé d'autopsies ont démontré, dans des cas d'infarctus myocardique, l'absence d'occlusion coronarienne, si bien qu'il a fallu attribuer à un réflexe nerveux l'ischémie coronarienne, génératrice de l'infarctus. De plus en plus, on aperçoit nettement que des troubles cardiaques d'origine nerveuse peuvent aboutir à des altérations organo-anatomiques de la circulation.

Aussi, la découverte d'une altération de l'électrocardiogramme doit-elle être considérée tout au moins comme un signal d'alarme, même si elle ne traduisait qu'un trouble fonctionnel du myocarde, sans qu'aucune lésion organique ne soit décelée. Malgré une tendance actuelle à minimiser les découvertes de l'électrocardiographie, il ne faut jamais sous-estimer les résultats de cette méthode d'investigation clinique. (*Munch. Mediz. Wochenschrift*, 25 avril 1941).

Le roulement diastolique du rétrécissement mitral avec foyer maximum ou exclusif en dehors de la pointe dans l'aisselle

Le Professeur LIAN et M. COLLERAT rappellent tout d'abord qu'il est classique de décrire au roulement diastolique du rétrécissement mitral un siège maximum, soit sus-apexien, soit au-dessus et en dedans de la pointe, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du ventricule gauche. C. Lian a insisté sur le fait que le roulement diastolique a souvent son foyer maximum exactement à la pointe. La chose est très nette en particulier lorsqu'on recourt à l'auscultation dans le décubitus latéral gauche bien franc, car cette attitude accentue beaucoup l'intensité des signes sthétacoustiques mitraux, et rend souvent facile le diagnostic de rétrécissement mitral dans des cas où l'auscultation dans le décubitus dorsal laissait le clinicien hésitant, ou même ne faisait penser nullement à l'existence d'une lésion mitrale.

Il faut attirer l'attention sur la nécessité de poursuivre la recherche des signes du rétrécissement mitral jusque dans l'aisselle ; on y découvre souvent un roulement diastolique révélateur ; il est recommandé d'employer un sthéthoscope bi-auriculaire, le malade étant en décubitus latéral gauche franc. On assiste parfois à ce paradoxe séméiologique : un souffle systolique mitral perçu seulement à la pointe et en dedans d'elle, coexistant avec un roulement diastolique entendu exclusivement en dehors de la pointe.

Ces remarques ont un intérêt pratique. Il est loin d'être indifférent de méconnaître un rétrécissement mitral, même si l'on sait le sujet porteur d'une insuffisance mitrale. D'autre part, dans quelques cas où les caractères non schématiques du souffle systolique auraient pu faire hésiter sur l'existence d'une lésion valvulaire, la constatation d'un roulement diastolique impose le diagnostic de cardiopathie mitrale. (*Paris Médical*, 10 mai 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

A propos du choc traumatique

(M. J. Meillère ; 14-5-1941).

M. Meillère souligne l'intérêt de l'*hémo-concentration* dans la physio-pathologie du choc traumatique. Par un mécanisme encore indéterminé, le choc provoque un trouble profond des capillaires aboutissant à la fuite du plasma dans les tissus, dans les espaces interstitiels, et conséquemment une diminution du sang circulant par anhydrémie, avec hémoconcentration proportionnelle. Celle-ci s'élève à 6, 7 ou 8 millions de globules rouges, pour atteindre 9 millions dans les chocs graves, chiffre marquant le point critique, celui du choc irrémédiable.

Cette perte du plasma est à rapprocher de la perte de sang dans l'hémorragie (Binet), avec la différence capitale, toutefois, que dans l'hémorragie il s'agit d'une perte de sang total avec diminution de l'hémo-concentration, alors que dans le choc il y a perte de plasma, hémoconcentration augmentée, et altération du pouvoir d'abs rption des capillaires.

Au point de vue thérapeutique, dans les deux cas il faut rétablir la masse sanguine. Mais les différences physio-pathologiques dont il vient d'être question nuancent le traitement. Dans le choc traumatique, la transfusion de sang total pur est illogique, puisqu'il y a hémoconcentration accrue. De même, les injections intra-tissulaires sont contre-indiquées puisque les tissus sont déjà gorgés de liquide. Il faut injecter par voie veineuse des solutions permettant de diminuer l'hémoconcentration : sérums habituels, sérum salé hyposulfité, sang dilué. Les cardio-toniques sont ici accessoires, la défaillance étant périphérique.

Le traitement de l'altération des capillaires reste à envisager. On doit souligner l'indication éventuelle possible des analeptiques vasculaires et des extraits cortico-surrénaux, comme l'a montré M. Lambret.

Notons enfin l'intérêt de la numération globulaire, du degré d'hémoconcentration qui permet de connaître la quantité de plasma perdue (et de liquide à injecter : 2 à 4 litres par jour suivant la gravité du cas), et aussi de réaliser une thérapeutique presque prophylactique du choc, en fournissant les éléments d'un diagnostic précoce.

Surrénalectomie pour maladie de Buerger

(M. F.-P. Leclerc, de Dijon. — Rapport de M. Guimbellot ; 14-5-1941).

M. Leclerc relate l'observation d'un malade atteint de maladie de Buerger chez lequel il a pratiqué une surrénalectomie gauche (opération de Oppel). Chez ce patient, tous les traitements avaient échoué (thérapeutique médicale, sympathectomie, stellectomie). L'épinéphrectomie a amené l'arrêt de la maladie, le résultat se maintenant depuis deux ans et demi.

— M. Sylvain Blondin estime qu'il faut en appeler de la condamnation que Leibovici a portée, au Congrès de chirurgie de 1934, sur cette opération. Il a pratiqué personnellement trois fois l'épinéphrectomie pour maladie de Buerger avec un résultat très net mais non durable, un beau succès datant de huit ans, un bon résultat encore récent.

Quelques remarques sur les cas de tétanos observés dans la récente guerre

(M. Louis Sauvé ; 14-5-1941).

M. Sauvé a observé pendant la guerre 1939-1940, sept cas de tétanos. Il a été frappé par leur caractère atténué ou local, ce qui tient peut-être à une vaccination anatoxinique antérieure : les blessés se souvenaient seulement avoir reçu des injections vaccinales sans plus de précision.

Le traitement a comporté la thérapeutique classique courante : sérothérapie massive, chloral et chloroforme. M. Sauvé préfère ces derniers aux barbituriques : ce sont des calmants spécifiques, chloral et chloroforme agissant comme destructeurs de la toxine tétanique.

— M. Welti n'a eu aucun cas de tétanos parmi les 218 blessés militaires de son ambulance en mai-juin 1940. Quatre-vingt pour cent d'entre eux avaient été vaccinés. Pour un groupe de 6 blessés civils non vaccinés, il y eut un cas de tétanos.

— M. Louis Michon, dans son centre de Bordeaux, a traité, en juin 1940, 5 cas de tétanos, tous mortels. Les blessés avaient reçu une injection préventive du sérum, mais l'évacuation présentait, à cette période, des difficultés rendant les interventions plus tardives.

— MM. R. Simon et G.-A. Patey signalent le rôle des algies périphériques dans l'évolution des tétanos de guerre et l'action favorable des infiltrations anesthésiques de sympathique. Dans le traitement du tétanos, on a soin de supprimer les excitations externes en mettant le malade dans le silence et l'obscurité. La suppression des excitations internes dues aux algies de la blessure tétanigène apparaît non moins utile.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA SUPPRESSION DE L'ENTENTE DIRECTE EN ASSURANCES SOCIALES

La loi du 29 mai 1941 (*Journal officiel*, 24 juin 1941, p. 2626) et la Circulaire ministérielle du 21 juin 1941 (*Concours médical*, 10 août 1941, p. 1395) ont vivement ému le Corps médical, L'entente directe se trouve supprimée en Assurances sociales, alors que les Syndicats médicaux avaient éprouvé tant de difficulté à l'obtenir et à conserver à la médecine son caractère libéral en ce qui concerne les soins aux assurés sociaux. Il y aura désormais un tarif médical limitatif, c'est-à-dire un tarif maximum au-dessus duquel les médecins ne pourront élever leurs honoraires. Ce tarif sera celui de responsabilité des Caisses et sera fixé par le Ministre après consultation, les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et des Caisses d'Assurances sociales. La participation de l'assuré à tout acte médical sera de 20 %.

La raison invoquée pour justifier la transformation de la loi est la nécessité de restreindre la participation de l'assuré aux frais médicaux. Il faut reconnaître que l'écart entre le tarif médical minimum (ancien tarif syndical minimum) et le tarif de remboursement des Caisses est excessif en ce qui concerne les soins de chirurgie et de spécialités. La crainte d'abus commis par les médecins et le souci de ménager les finances des Caisses avaient entraîné la fixation des tarifs de responsabilité des Caisses à un niveau beaucoup trop bas, sauf en matière de consultation où la participation de l'assuré pouvait être considérée comme à peu près normale.

Une amélioration a été obtenue du fait que la loi du 29 mai 1941 a obligé les Caisses à adopter le tarif de réassurance établi par l'article 7 de l'arrêté du 7 octobre 1938. Le Ministre a voulu aller plus loin dans cette voie et a décidé de faire concorder le tarif de responsabilité des Caisses avec le tarif médical qui deviendra ainsi maximum, au lieu d'être minimum comme il était jusque là et a fixé uniformément à 20 % la participation de l'assuré.

Il est à craindre que le tarif de responsabilité des Caisses ne sera pas élevé jusqu'au tarif médical minimum actuel et que, en conséquence, celui-ci subira une diminution qui sera peut-être importante. Si, comme cela est probable, beaucoup de chirurgiens et de spécialistes le trouvent insuffisant, ils se refuseront à l'appliquer et par conséquent à soigner et à opérer les assurés sociaux, surtout quand il s'agira de malades aisés — éventualité qui se présentera fréquemment quand la plupart des Français seront devenus des assurés sociaux. Ceux-ci seront ainsi privés, en fait, du libre choix que la loi leur accorde théoriquement et ils devront s'adresser à des médecins, à des chirurgiens et à des spécialistes qui ne jouiront pas de leur confiance. Il sera, sans doute, possible de détourner la loi : le praticien acceptera de soigner et d'opérer les assurés qui tiendront à s'adresser à lui ; mais il leur réclamera la différence entre le tarif médical et les honoraires réclamés par lui. N'est-il pas regrettable que la nouvelle disposition de la loi expose et encourage à de telles manœuvres sous le couvert de la clandestinité ?

Tels sont les résultats de la modification projetée. La loi sur les Assurances sociales, ne devant plus fonctionner sous le régime de l'entente directe, rejoignant à ce point de vue les lois sur les accidents du travail, sur les soins aux pensionnés militaires, sur les soins aux assistés, etc... elle en aura les défauts, trop connus pour qu'il soit besoin d'insister sur eux. L'expérience a montré les graves conséquences de ces défauts et j'ai pu soutenir que lesdites lois avaient contribué à démoraliser le Corps médical (1).

Ne serait-il pas préférable de conserver l'entente directe qui permet au médecin de faire varier le montant de ses honoraires suivant sa notoriété et la situation sociale des malades ? Le tarif médical devrait, à cet effet, rester minimum. Il serait révisé par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, après consultation des Conseils départementaux. Il devrait être, en principe, pour la chirurgie et les spécialités diminué du fait que les honoraires du médecin traitant ne seront plus compris dans le prix global de l'intervention et qu'ils devront être l'objet de prestations spéciales de la part des Caisses. L'augmentation vertigineuse du prix de la vie ne semble pas cependant favorable à cette diminution. Ce tarif ne pourrait, contrairement à ce que l'on a fréquemment soutenu, être augmenté, sauf à la suite d'une augmentation notable du prix de la vie (décision de la Confédération des Syndicats médicaux, confirmée par celle du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins).

Le tarif de responsabilité des Caisses serait

(1) *Bull. de la Fédération des Synd. méd. de France*, 1927, n° 4, p. 78.

fixé en tenant compte du tarif médical minimum, comme le dicte la loi de 1930. Il devrait, comme je l'ai indiqué plus haut, être notablement augmenté ; mais cette augmentation serait équitable, les Caisses ayant pour devoir de diminuer les charges que la maladie fait supporter aux assurés. Si les dépenses ainsi occasionnées dépasaient leurs possibilités financières, il seraitfacile de rétablirl'équilibre : 1° en supprimant, pour les conjoints et les enfants, le petit risque, c'est-à-dire le risque correspondant à une maladie de quelques jours dont les dépenses peuvent être facilement supportées par les assurés ; 2° en faisant participer aux frais médico-chirurgicaux : *a*) les assurés indigents qui devraient à tous points de vue (au point de vue des droits comme au point de vue des devoirs) être assimilés aux assurés ordinaires ; *b*) les pensionnés militaires.

Le reproche qui a souvent été fait à la situation créée par la loi de 1930 concerne les abus dont se seraient rendus coupables certains chirurgiens ou spécialistes en élevant d'une façon systématique leurs honoraires au-dessus du tarif médical minimum. Que des abus aient été commis en cette matière, c'est un fait indiscutable ? Furent-ils fréquents comme l'ont soutenu les Caisses d'assurances sociales, furent-ils exceptionnels, comme l'ont déclaré les Syndicats médicaux ? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre et dont la solution n'a guère d'importance. Il suffit d'admettre que des abus se sont produits, qu'ils sont regrettables et qu'il faut s'efforcer de les réprimer et, mieux encore, de les éviter. Leur répression sera du ressort des Conseils de discipline de l'Ordre des médecins. La mesure que je signalerai plus loin permettra, sinon de les supprimer, du moins d'en diminuer la fréquence et d'empêcher que les assurés soient exploités et pressurés par quelques rares chirurgiens ou spécialistes, au détriment, du reste, de leurs confrères plus consciencieux.

Je dois ajouter que les abus ne proviennent pas seulement des médecins, mais aussi des assurés — et surtout des assurés indigents et des pensionnés militaires qui, n'ayant à supporter aucune participation aux dépenses, n'hésitent pas à exiger du médecin des visites fréquentes et des ordonnances souvent inutiles, ce qui grève considérablement le budget des Caisses.

Pour permettre le fonctionnement normal de la loi, les dispositions suivantes pourraient être adoptées :

1° Le tarif médical minimum et le tarif de responsabilité des Caisses seraient communiqués aux assurés qui connaîtraient ainsi le montant des honoraires du médecin, du chirurgien ou des spécialistes des différents actes et celui du remboursement des Caisses.

Sur les feuilles de soins spéciaux (ou sur les feuilles de maladie pour les Caisses qui ont supprimé les feuilles de soins spéciaux) seraient apposées les trois attestations suivantes (1) :

a) Le Docteur........, soussigné, certifie avoir fait connaître à Monsieur........, assuré social, le montant des honoraires qui lui seront réclamés pour l'acte K

Signature..........

b) Monsieur........, assuré social soussigné, connaissant le montant du remboursement de la Caisse pour l'acte K........, déclare être d'accord avec le Docteur........ sur le montant des honoraires qui lui seront demandés

Signature.....

c) La Caisse s'engage à rembourser M........ pour l'acte K.

Signature........

Faute d'avoir rempli les formalités précédentes, l'assuré ne pourra prétendre au remboursement des actes de chirurgie ou de spécialités.

En cas d'urgence, les attestations précédentes ne pouvant être effectuées, le chirurgien ou le spécialiste devra appliquer le tarif médical. On évitera ainsi la multiplication injustifiée des cas d'urgence.

Les Caisses conserveront naturellement le droit, que leur donne la loi, de contrôler la nécessité et l'urgence des actes projetés.

Cette réglementation, très simple et acceptable pour tous, permettra de fournir à l'assuré tous renseignements utiles sur l'importance de sa participation aux frais d'un acte de chirurgie ou de spécialité. Elle lui évitera la surprise pénible, qui résulte après l'opération, de la réception d'une note d'honoraires dont le montant dépasse notablement celui qui était attendu et qui est parfois au-dessus des possibilités pécuniaires de l'assuré. Ainsi prévenu, celui-ci pourra renoncer aux soins du praticien qu'il avait d'abord choisi et s'adresser à celui qui appliquera un tarif compatible avec ses moyens de paiement.

Je soumets ces réflexions aux Conseils départementaux des médecins qui vont être consultés par le Conseil supérieur. Ma proposition n'a pas la prétention d'être originale. Elle permettra de parer à la plupart des difficultés et des abus auxquels expose la loi sur les Assurances sociales. Elle évitera de laisser glisser l'exercice de la profession médicale vers la fonctionnarisation et l'étatisation, c'est-à-dire vers l'avilissement.

Dr J. VANVERTS.

---

(1) Les deux premières de ces attestations figurent sur les feuilles de soins spéciaux de la plupart des Caisses d'Assurances sociales du Nord, depuis l'accord qui a été conclu entr'elles et la Fédération des Syndicats médicaux de ce département.

EXPOSÉ CRITIQUE CONCERNANT CERTAINS ARTICLES DU CODE DE DÉONTOLOGIE TOUCHANT LE SECRET PROFESSIONNEL

Nous publions ci-dessous une étude du Docteur Dévé auquel nous désirons laisser la responsabilité de ses appréciations notamment en ce qui concerne l'art. 53 et l'art. 43. Les contradictions que le Docteur Deve a cru relever entre l'art. 43 et l'art. 48, entre l'art. 51 ancienne manière et l'art. 43 sont plus apparentes que réelles.

C'est ce que nous essaierons de démontrer dans un de nos prochains numéros. Indiquons seulement dès maintenant que l'adjonction à l'art. 43 de la phrase critiquée par le Docteur Dévé est la reproduction quasi littérale de l'art. 1er de la loi du 28 juillet 1921 modifiant l'art. 15,, parag. Ier de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre, et ne fait que rappeler une obligation qui s'impose légalement aux médecins.

Ajoutons que l'arrêt de la Cour de Cassation du 9 mai 1913 cité par le Docteur Dévé a été suivi d'un autre arrêt de la même juridiction en date du 13 juillet 1936 qui a posé les limites du secret médical et défini ce qu'il faut entendre par « fait secret » dont la révélation est interdite et par fait non secret. C'est cet arrêt qui à l'heure actuelle exprime la thèse de la Cour de Cassation en matière de secret professionnel. Nous reviendrons également la-dessus.

N. D. L. R.

Depuis que le *Bulletin* n° 1 de l'Ordre des médecins nous a fait connaître le Code de Déontologie, un correctif — paru dans le *Bulletin*, n° 2 — a précisé et même réformé certains points, concernant la position du Conseil supérieur de l'Ordre. C'est donc à la lumière de ce correctif que je ferai mon exposé, en le limitant à ce qui concerne le Secret professionnel.

Les changements apportés au Code en cette matière portent sur un certain nombre de points :

1° L'article 51, première manière, disait : « Le « médecin traitant peut communiquer au médecin-contrôleur (médecin légiste ou médecin « inspecteur ou contrôleur d'une administration) des renseignements sur les symptômes « qu'il a pu observer précédemment, ainsi que « les résultats d'examens spéciaux difficiles à « renouveler (examens de laboratoires, examens « électrologiques, radiologiques, etc.), qui ont été « pratiqués antérieurement, dans le seul cas où « ces indications sont produites dans l'intérêt du « malade et avec son assentiment (n° 1, p. 24 ».

Le Conseil supérieur invitait donc — ou pour le moins autorisait — le médecin traitant à révéler à un médecin agissant aux droits d'une administration, alors que ce médecin est tenu de rapporter à son administration — dans la limite de son mandat — ce qu'il a constaté et ce que le médecin traitant lui a révélé ; en révélant au médecin contrôleur, le médecin traitant commettait donc une violation flagrante de son secret professionnel, violation interdite et sanctionnée par l'art. 378 du Code pénal.

Ainsi, chargé de guider les médecins dans le droit chemin, il se trouvait que le Conseil supérieur les conduisait tout droit devant le Juge. Voyez plutôt : Un certain nombre d'entre nous se souviendront peut-être qu'en 1933, j'ai donné lecture au Conseil d'un important arrêt de Cassation, en date du 9 août 1933, après avoir relaté les faits de la cause et l'arrêt d'appel qu'il réformait. Voici ces faits : Des héritiers avaient poursuivi en violation du secret professionnel deux médecins, le médecin qui avait soigné le *de cujus* pour avoir communiqué le résultat d'une analyse à un médecin contrôleur et le médecin contrôleur pour avoir communiqué le résultat de l'analyse à l'administration aux droits de laquelle il agissait. La Cour d'appel ayant relaxé les deux médecins. l'affaire avait été portée devant la Cour de cassation. Celle-ci mit hors de cause le médecin-contrôleur en disant qu'en rapportant à son commettant le résultat de l'analyse, il n'avait pas manqué à son secret professionnel, mais elle renvoya l'affaire devant la Cour d'appel de Nancy pour fixation de la peine *en déclarant le médecin traitant coupable d'avoir violé son secret professionnel* en portant le résultat de l'analyse à la connaissance du médecin-contrôleur.

Cet arrêt faisant toujours jurisprudence, il était donc capital d'éclairer le Conseil supérieur sur l'erreur grave contenue dans le Code de déontologie et, en conséquence, sur les conseils pernicieux donnés aux médecins traitants par l'article 51. Par ailleurs, la chose pressait, puisque — sous peine de ne pas être inscrits au Tableau, ce qui les privait du droit d'exercer — les médecins étaient tenus de s'engager « sur l'honneur et par serment » à observer les prescriptions du Code de déontologie.

A la suite, semble-t-il, de lettres adressées par divers médecins, au nombre desquels vous ne serez pas étonnés de me trouver, le Conseil supérieur a changé d'opinion, et si bien que, dans sa rédaction nouvelle, l'art. 51 dit exactement le contraire de ce que disait la rédaction première :

« *Le médecin traitant ne doit pas communiquer à un médecin contrôleur (médecin légiste, médecin inspecteur ou contrôleur d'une administration)* des renseignements sur les symptômes qu'il a observés précédemment, ainsi que sur les résultats d'examens spéciaux difficiles à renouveler (examens de laboratoires, examens électrologiques ou radiologiques, etc...) qui ont été pratiqués antérieurement. . . » (n° 2, p. 75).

Mais, *in fine*, l'article remanié porte maintenant cette adjonction : « *Mais il peut communiquer ces indications sur un certificat remis au « malade*, en se conformant aux prescriptions de « l'art. 42 ». (N° 2, p. 76). (C'est-à-dire « remis au malade en mains propres, sur sa demande »).

Sans doute, il ne s'agit que d'une possibilité, mais il est facile de prévoir que, dans la pratique, une pression sera exercée sur les malades et de façon telle que, rapidement, la production de ce certificat au médecin contrôleur sera en fait exigée des malades. Par voie de conséquence, des malades feront pression, à leur tour, sur leur médecin pour obtenir ce certificat et le tour serait joué ! Or, comme le disait le Professeur Vanverts à la tribune de l'Académie de médecine en 1928, prétendre en la matière qu'en remettant le certificat révélateur au malade « en mains propres et sur sa demande » on ne viole pas le secret, « c'est faire de l'hypocrisie ».

C'est une opinion, qu'aujourd'hui encore, ne renierait pas le Professeur Vanverts, membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Nord. Souhaitons donc que, dans une troisième et, sans doute, définitive rédaction, l'art.51 ne permette plus cette « hypocrisie ».

Notez enfin que, dans sa nouvelle rédaction l'article 51 ne comporte plus le membre de phrase : « dans le seul cas où ces indications sont produites dans l'intérêt du malade et *avec son assentiment* ». Ces trois mots, en effet, étaient en contradiction avec l'alinéa 1 de l'article 43 qui ne dit pas seulement : « Le Secret professionnel lie le médecin d'une manière absolue », mais ajoute, très justement : « *il n'appartient pas au client de l'en délier* ». (N° 1, p. 22). Ainsi, disparaît, sur un point de doctrine important, l'antinomie regrettable qui existait entre deux articles du Code.

2° L'article 39 (qui traite du droit du médecin de médecine générale à donner des soins courants aux malades relevant des spécialités et à faire, s'il est isolé, des interventions d'urgence) spécifiait : « Sous la réserve d'en rendre compte au Conseil départemental de l'Ordre » (n° 1, p. 20). Or, dans l'état actuel de la législation, le médecin traitant ne pouvait le faire qu'en violant le secret. Ce membre de phrase a été supprimé dans l'article 39 nouvelle rédaction (n° 2, p. 75) : de cela nous devons nous réjouir : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Mais, persiste à l'article 33 (n° 1, p. 19), l'obligation faite au médecin traitant de rendre compte à l'Ordre, c'est-à-dire de révéler, lorsque dans le cas d'extrême urgence (qui ne permettrait pas certaine consultation préalable indiquée dans cet article), le médecin estimerait nécessaire l'interruption de la grossesse pour sauver la vie de la mère. Ici la cause n'a pas disparu et l'effet demeure.

Persiste également à l'article 57 (n° 1, p. 25), l'intention de faire autoriser légalement le médecin, en cas de poursuites exercées contre lui, à révéler à l'Ordre, pour permettre à l'Ordre de donner en justice son avis. C'est bien inutilement, à mon sens, qu'imaginant la propre obligation de l'Ordre au secret à l'endroit du médecin qui lui aurait révélé, l'art. 57 précise que l'Ordre témoignerait simplement du bien ou du mal fondé de la cause « sans donner d'autres explications ». Il est bien à prévoir, en effet, qu'un Tribunal ne saurait se contenter d'un simple avis *non motivé.*

Même intention du Conseil supérieur d'obtenir pour le médecin le droit de révéler à l'Ordre, en matière de recouvrement litigieux d'honoraires.

L'Ordre reconnaît bien que, dans l'état actuel de la législation, le médecin n'a pas le droit de révéler en sa faveur, mais il ajoute : « Il y a lieu de prévoir que cette liberté de témoignage, encore illégale et interdite, sera bientôt possible » (N° 1, p. 22).

Il est bien difficile, à mon sens, de concevoir que l'autorité légiférante, faisant passer avant toutes choses, la défense d'un intérêt personnel, si respectable soit-il, puisse faire bon marché du premier et du plus sacré des droits du malade, le droit au secret du « confident nécessaire » ; au surplus, de ce secret le médecin n'est pas possesseur, mais simplement détenteur et entre ces deux mots, il y a plus qu'une nuance.

3° L'article 43 ancien, qui interdit très heureusement la délivrance d'une pièce relatant, après décès, la nature de la maladie, est complété par cette disposition nouvelle : « *Toutefois, lorsque « l'indication de la cause de la mort* est nécessaire à « l'obtention d'une pension, *le médecin traitant « peut indiquer qu'il y a relation de cause à effet « entre la mort et l'affection objet de la pension.* » N° 2, p. 73).

Vous savez que, atténuant la rigueur de sa jurisprudence en matière de secret professionne du médecin traitant, la Cour de cassation, dans un arrêt du 27 mars 1927, a admis que pouvaient être retenus les certificats « négatifs » mais qu'elle a décidé que devaient être écartés des débats les certificats « positifs ». C'est ce dont le Conseil supérieur semble bien ne s'être pas souvenu puisqu'il a rédigé l'article 43 en retournant la jurisprudence existant à ce jour. Aussi est-il

permis de se demander : qu'en penseraient les Tribunaux le cas échéant ?

Et si le médecin traitant ne pouvait, et pour cause, indiquer qu'il y a relation de cause à effet entre la mort et l'affection objet de la pension, son silence même ne serait-il pas significatif et en quelque sorte révélateur ?

Mais encore, l'article 43, dans sa disposition terminale nouvelle, n'est-il pas en désaccord flagrant avec l'esprit et même la lettre d'un autre article qui a trait également aux certificats de décès, l'article 48 qui dit, *in fine* (en matière de contrat d'assurance-vie) : « *Il ne lui* (au médecin « traitant) *est pas permis de dire si la mort est due « ou non à une cause naturelle, ce qui serait une « violation partielle, mais nette du secret* ». (N° 1, p. 23).

4° L'art. 50, parfait en ses deux premiers alinéas, en comporte un troisième étayé sur une conception erronée du mandataire envers le commettant, en matière de secret professionnel (elle est à relever déjà à l'art. 47 alinéa 3 (n° 1, p. 3).

Ce n'est pas la substitution du mot « un » (médecin) au mot « le » (médecin) dans la nouvelle rédaction de l'alinéa (n° 2, p. 73) qui peut changer quoi que ce soit à une conception erronée, qui a d'ailleurs été reconnue telle par le Conseil supérieur lui-même, puisqu'il a dû refondre l'art. 51, comme je vous l'ai montré, pour l'adapter à une appréciation, juste cette fois, des droits du mandataire, à l'endroit de son mandant.

Ce qui n'empêche pas l'erreur reconnue de se retrouver dans l'alinéa 2 de l'article 59, dont la rédaction a été maintenue sans changement (n° 1, p. 27).

En vérité, on ne peut qu'être surpris du flottement qui existe en la matière au sein du Conseil supérieur.

5° Je n'insiste pas sur les heureuses suppressions réalisées aux articles 54 et 55, en matière de témoignage en justice (n° 2, p. 76).

Telles sont les critiques qui me paraissent devoir être adressées au Code de déontologie actuel, du point de vue du Secret professionnel.

Qu'il me soit permis de regretter en outre :

1° L'absence d'un article interdisant la rédaction et la signature par les médecins traitants et consultants de bulletins de santé, destinés à renseigner le public, par la voie de la presse ou autrement, ce qui constitue à l'évidence un manquement à la règle du secret ; il y a donc là matière à un redressement des mœurs médicales, d'autant plus nécessaire que, dans la règle, le mauvais exemple vient d'en haut.

2° L'absence d'un article interdisant, sauf aux médecins de l'Administration intéressée, de rédiger des certificats sur des formules administratives dont les médecins traitants n'ont qu'à remplir les blancs ; un certificat établi dans ces conditions indique clairement en effet le véritable demandeur et le destinataire véritable en définitive du certificat, alors même que le certificat est remis au malade « en mains propres et sur sa demande ». Ici « l'hypocrisie », pour reprendre l'expression du Professeur Vanverts, ne prend même pas la peine de se dissimuler.

3° L'absence de réaction du Conseil supérieur, contre les rares atteintes légales à la règle du secret. On pourrait cependant les supprimer en chargeant le malade, ou son représentant familial ou légal de faire les déclarations jugées nécessaires ; pour cela, les uns et les autres n'auraient qu'à suivre les indications que l'Ordre ferait obligation au médecin traitant de leur donner, soit oralement, soit par lettre, suivant les circonstances, *mais à l'exclusion de la voie « hypocrite » du certificat.*

Il eût été souhaitable enfin, à mon sens, que le préambule du titre III (n° 1, p. 38) reçût une rédaction entièrement différente, afin de rappeler ou d'apprendre aux médecins, en particulier aux jeunes qui sortent frais émoulus des Facultés, la raison d'être, la nature et l'étendue du Secret, la nécessité aussi de ne pas l'exposer aux appréciations individuelles de ses détenteurs, appréciations susceptibles de s'exercer en des sens divers et ce pour le plus grand dam des malades... et même des médecins, comme je l'ai montré.

Je termine en rappelant la mission écrasante qui incombe à l'Ordre puisqu'il a la charge de tout reconstruire, en un temps minimum record. En présence d'une telle tâche, qui importe tout à la fois au respect des intérêts moraux et matériels des malades, à la sauvegarde des intérêts moraux et matériels de notre profession, et à la défense de la Santé publique, nul n'a le droit de rester en dehors du labeur des hommes qui se dépensent sans compter au sein de nos différents Ordres : Aussi chacun d'entre nous doit-il avoir à cœur de s'y associer dans la mesure de ses moyens.

Ainsi sera évitée par surcroît, avec le maximum de chances, la prise éventuelle de décisions malheureuses qui ne seraient pas seulement préjudiciables aux intérêts en cause, mais mettraient en péril jusqu'au crédit qui est indispensable à l'Ordre pour conduire le troupeau dont il est le berger, et dont il faut qu'il soit le bon berger.

Dr Ch. DÉVÉ.

LES LIBERTÉS REQUISES POUR LA MÉDECINE HUMAINE

(*Suite*) (1)

Par le Docteur René BIOT, de Lyon.

Si le médecin — pas plus que personne — n'a le droit de penser faux, les erreurs de jugement dans l'ordre scientifique qui est le sien, sont particulièrement redoutables, puisqu'elles risquent d'entraîner la mort d'autrui. Si bien que lorsqu'on réfléchit aux libertés nécessaires de la médecine, la première attitude qui vient à l'esprit n'est pas du tout de laisser au médecin des latitudes dans les conceptions qu'il se fait des lois de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique. Autrement dit, on comprend fort bien que l'Etat, soucieux de la santé de tous, ne laisse pas n'importe qui exercer un art aussi dangereux.

« ... J'ai idée que c'est vous l'homme qui doit guérir ma fille», disait dans son langage le paysan d'Avignonnet qui, le premier, amena son enfant à celui qui devait découvrir ainsi sa destinée de « guérisseur » (2).

J'ai idée que c'est vous... Non, dit le bon sens ce n'est pas à n'importe qui, que le malade doit faire confiance. La santé est un bien trop précieux pour qu'on risque de la compromettre et moyens de guérir qu'emploient les empiriques les peuvent être trop dangereux pour que la Société n'ait pas le devoir d'exiger de celui qui veut soigner les malades, des études sanctionnées par un diplôme et d'interdire sous peine de poursuites l'exercice illégal de la médecine, de la pharmacie, de la profession d'infirmière. De là une série de lois dont nous n'avons pas ici à faire le rappel.

Tout cela est devenu si naturel que nous ne songeons même plus à y trouver matière à réflexion. Mais si l'on pousse plus loin l'examen de la question, on ne tarde pas à constater qu'elle est infiniment plus complexe qu'il ne paraît d'abord.

Il y a des pays où l'exercice de la profession de médecin est libre. Il y a des pays où l'art du guérisseur est presque légalement reconnu, on sait quelle pullulation en caractérisait l'Allemagne de ces dernières années.

Il y aurait là un phénomène social extrêmement intéressant à étudier à fond. Nous avons bien des monographies sur les excentricités de la Christian science, sur les invraisemblables cures de Mary Baker Eddy (3) ou l'étude si remarquable du docteur Couderc.

(1) Voir *Le Concours Médical* du 17 Août 1941.

(2) « Enquête médico-psychologique sur la pratique commerciale de l'occultisme ». Docteur L.-H. COUDERC. Paris, Pichon et Durand-Auzias, 1934.

(3) Stefan ZWEIG : « La fantastique existence de Mary Baker Eddy ». Paris, Stock.

Ce qu'il faudrait arriver à déterminer ce seraient les raisons profondes de cet engouement du public pour la médecine « hors cadre ». La bêtise ne suffit pas à expliquer tout, ni l'attrait du mystère.

Ne serait-ce pas, pour une part, cette idée qu'il doit y avoir des choses que la médecine officielle ignore, précisément parce qu'elle est officielle, et qu'elle dispense aux étudiants un enseignement conformiste. Nous touchons là au point délicat de la question.

***

Il faut être instruit de médecine, dit l'Etat, pour exercer cette profession. Et il ajoute : cet enseignement c'est moi qui le donne.

Remarquons de suite que l'on pourrait très bien concevoir un système différent, analogue à celui qui est en vigueur en France pour les Ecoles d'infirmières. L'Etat, qui a le devoir et le droit de contrôle, fixe un programme d'études et un cadre d'examens de fin d'études, mais il laisse à des initiatives plus ou moins libres le soin d'organiser l'enseignement. On pourrait avoir, si la profession médicale était elle-même organisée en Corps professionnel, un enseignement qui serait institué par la corporation. Chez nous actuellement, nul ne l'ignore, l'enseignement de la médecine est presque exclusivement distribué dans des institutions d'Etat, les Facultés, par des fonctionnaires officiels ayant réussi au concours d'agrégation.

Il reste bien pour tout médecin la possibilité d'ouvrir, dans un dispensaire qu'il créé en toute indépendance, ou plus banalement chez lui, des cours sur tel sujet qui lui tient au cœur. Et l'histoire de la médecine du début du XIXe siècle est remplie de faits de ce genre : Laënnec, Broussais, Bichat... Il aura la liberté de donner aux élèves occasionnels des diplômes privés, mais ces diplômes n'auront aucune valeur effective. En fait l'enseignement de la médecine est un monopole d'Etat.

De telle sorte qu'il y a comme une doctrine médicale d'Etat, il y a une codification, j'allais dire une «légalisation» des connaissances médicales.

Certains diront — peut-être : « c'est assez naturel, n'y a-t-il pas « la Science ?» le cœur n'est pas dans la tête et ce n'est pas le rein qui digère. Il est donc parfaitement légitime, il est nécessaire que ce soit la vérité qui soit enseignée

et que l'on n'expose pas l'étudiant, le futur médecin à apprendre l'erreur ».

Mais au vrai les choses sont beaucoup plus complexes que cela.

Sans doute il y a des notions qui méritent bien le nom de vérités, ce sont surtout des constatations de fait, des observations statiques, et l'anatomie serait ici tout à fait à son aise. Mais dès qu'il s'agit de considérer les choses non point figées, comme elles le sont sur le cadavre, mais vivantes, animées, dès qu'il s'agit de physiologie, la port de certitude décroit, la part de l'explication grandit, le rôle de l'hypothèse par quoi l'on tente de rendre compte devient prépondérant. Si tout le monde est d'accord pour affirmer que l'estomac sert à digérer, on trouverait sans peine des doctrines physiologiques différentes pour expliquer comment il digère.

Et lorsqu'il va s'agir, au lit du malade ou dans le cabinet de consultation, non plus seulement de physiologie normale, mais de médecine, lorsqu'il va être question de guérir, et non point un homme plus ou moins schématique, mais ce malade, lorsque le médecin va avoir pour tâche d'agir sur son être physique et moral pour l'aider retrouver son équilibre, à lui propre, celui-là seul dont son organisme est capable, alors il n'y a plus lieu de poser des affirmations péremptoires et de déclarer: ceci est la vérité, toute autre conception est erreur, hérésie.

Le travail qu'accomplit le médecin est—le mot est exact—invention constante. Non seulement parce que les sciences médicales sont encore très imparfaites et que, faute d'un savoir précis, on est bien forcé d'aller à la découverte mais parce que, en soi, l'adaptation des lois générales au cas concret, au malade présent, est une innovation perpétuelle, une conquête sans cesse renouvelée.

Il me paraît donc être dans la nature des choses que le médecin soit pourvu d'une certaine liberté, *liberté de recherche, liberté de découverte, liberté de communiquer son opinion.*

Je ne méconnais pas que ces libertés comportent leur part de danger et je comprends parfaitement que l'on n'expose pas le malade, confiant et incompétent, à servir de sujet d'expérience à tel ou tel praticien plus ou moins consciencieux. Un certain frein est nécessaire.

En fait que se passe-t-il ? L'observation aboutit à des constatations contradictoires. Nous les développerons ultérieurement.

(*A suivre*).

OU ALLONS NOUS ?

Le dernier « Propos du Jour » du confrère Massart ne nous ouvre pas sur une aurore radieuse la porte de l'avenir.

A mon sens l'auteur ne pèche pas par excès de pessimisme.

Si, comme il le fait remarquer, notre vieux libéralisme, notre individualisme professionnel sont, dans l'ordre nouveau condamnés, nous aimerions en contre-partie voir luire quelques idées réformatrices maitresses susceptibles de rendre le corps des praticiens toujours plus digne de son sacerdoce éternel.

Il s'agit d'élever le niveau moral des médecins ou tout au moins de l'empêcher de s'abaisser.

Une condition liminaire apparaît : empêcher le médecin d'être un besogneux.

Le *primum vivere* s'impose à lui avec toutes ses exigences. Comme il s'impose à tout citoyen dont les charges sont en proportion du nombre des enfants.

Le *primum vivere* vient avant toute autre considération. Il est plus fort que les plus belles maximes de renovation collective où il faudra suivant le mot du Docteur Massart, faire « abstraction de sa personnalité ».

Or pour maintenir le standing de vie minimum nécessaire au médecin pour demeurer moralement vertical, deux réalisations s'imposent :

Primo : Mettre tout de suite un frein à cette *inflation démagogique* du nombre des candidats médecins. Que l'Etat laisse subsister seulement trois ou quatre grandes facultés au maximum.

Et qu'à l'entrée de ces Facultés soit institué le *numerus clausus* par un concours sérieux, comme pour les grandes écoles.

Secondo : *Ne pas permettre l'avilissement des honoraires.*

Qu'en haut lieu on veuille bien se souvenir qu'au temps où la livre de beurre valait 1 franc, la consultation d'un praticien modeste était estimée à 3 francs.

La consultation du même praticien vaut-elle aujourd'hui trois livres de beurre ?

Les caisses d'assurances vont-elles obtenir le fameux tarif opposable qui ne devra pas dépasser celui du remboursement de la caisse à l'assuré ?

Si oui, peut-on raisonnablement prétendre que les praticiens de ce pays s'engageront sous le coup de cette compression, d'un pas également décidé sur le chemin de la vertu ?

Le prix de l'acte médical est abaissé : la compensation se fera d'une façon assez générale par la multiplication des actes médicaux..... *Primum vivere* vous dis-je.

Dr J. François.

LIBRES OPINIONS

Le problème des bouilleurs de cru

Que le lecteur veuille bien ne pas considérer la note suivante comme un plaidoyer en faveur de l'alcool, dont l'auteur connaît aussi bien que quiconque les méfaits, mais simplement comme une très brève mise au point.

Qu'il veuille bien aussi se souvenir que un litre de vin à 10° est l'équivalent de 200 c. c. d'alcool à 50 ;

— que dans un litre de marc, il y a trente petits verres environ ;

— que un litre de vin représente cinq petits verres et que le consommateur quotidien de cette quantité, absorbe en cinq jours au moins la valeur de un litre de marc.

Assez souvent dans la *Presse médicale*, et plus souvent encore dans la Grande Presse, on se bat autour du privilège des bouilleurs de crus.

Récemment dans le *Concours médical*, à l'occasion des carburants de remplacement, quelques lignes nous ont montré une fois de plus, combien la question est incomprise, ou volontairement déformée par la plupart des auteurs.

Dans l'article en question, nous lisons :

— Que tous les producteurs industriels d'alcool émettent le vœu unanime de voir supprimer le privilège des bouilleurs de crus, c'est ainsi seulement qu'on pourrait atteindre l'alcoolisme, qu'on supprimerait les fraudes, et qu'on augmenterait les contingents de l'alcool disponibles pour la carburation.

Et plus loin, on lit encore :

— Quoiqu'il en soit, l'appoint que peut fournir la réduction de la consommation de bouche pour la carburation sera toujours faible, et ne pourra guère dépasser 100 à 150.000 hectolitres. C'est donc peu de chose.

Il n'y a pas lieu d'insister sur le correctif important que ce deuxième alinéa apporte au premier, ni sur l'intérêt que portent les grands fabricants d'alcool à l'égard de la Santé publique, par opposition à la négligence dont font preuve sur ce point les petits bouilleurs de cru !

Pratiquement, aujourd'hui, la question des bouilleurs de crus comporte trois éléments :

1° Un facteur : l'alcoolisme;

2° Un facteur : fiscal ;

3° Un facteur : carburant.

Laissons de côté cette dernière question qui n'a qu'un intérêt temporaire, et qui est d'ailleurs bien connue.

Il est curieux de voir que la campagne contre le soi-disant privilège des bouilleurs de crus, reconnaît deux origines : d'un côté, le Corps médical ; de l'autre, les grands distillateurs.

Pour ces derniers, la cause est entendue : moins les particuliers, producteurs, cultivateurs ou autres, fabriqueront de liqueurs diverses, plus ils espèrent augmenter leur commerce.

Là, est une des bases certaines de la lutte entreprise contre les bouilleurs de crus, c'est donc un intérêt particulier qui seul, est en cause.

Mais les grands fabricants d'alcool n'hésitent pas à mettre en avant la nécessité de la Santé publique, alors qu'il est avéré qu'en France le premier facteur d'alcoolisme est le vin, le deuxième les apéritifs, et le troisième, les liqueurs titrant 40 à 50°.

Par ailleurs, si l'on refuse aujourd'hui, aux particuliers, le droit de disposer à leur gré et pour leur usage personnel, de la façon dont il leur plaît, de leur récolte de fruits, pourquoi demain ne lui interdirait-on pas de faire à domicile ses confitures.

Qu'on ne croie pas qu'il s'agit là d'une simple vue de l'esprit. Il y a quelques semaines, au cours d'une conversation sur le rationnement du sucre, et précisément à l'occasion de la distribution éventuelle d'un supplément, pour permettre la fabrication des confitures de ménage, j'ai entendu un personnage important déclarer « qu'il fallait d'abord assurer la fabrication industrielle des confitures ».

Le point de vue fiscal doit être précisé. Les bouilleurs de crus paient les taxes prévues par les lois lorsqu'ils dépassent le contingent accordé, ou lorsqu'il y a transport hors du lieu de la distillation. Qu'il y ait quelques fraudes, c'est certain, et regrettable, mais le préjudice à l'égard des finances n'est pas bien grand.

En conclusion ne pas oublier :

1° que derrière la lutte contre la distillation par les particuliers, pour l'usage personnel, il y a certainement l'intérêt du distillateur industriel ;

2° qu'avant d'incriminer l'alcoolisme, dont l'alcool de cru serait le point de départ, il faut attribuer la plus grande responsabilité aux vins et à l'alcool industriel (fable du « Loup et de l'Agneau ») ;

3° que le problème fiscal et celui de la fraude, peuvent se résoudre par des textes de loi, de la surveillance, des sanctions, allant de l'amende jusqu'à la suppression, pour le fraudeur, de *son droit de bouilleur de cru.*

Dr H. ROLAND (Besançon).

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

Si les retardataires apportent des recettes, il a été constaté qu'ils apportent aussi des charges. Les taux des cotisations déjà fixés ne seront dans aucun cas modifiés, il n'y aura de réduction de taux, si cela est possible, que pour les cotisations futures et pour tous.

Versement des allocations.

La Caisse ne peut distribuer que les sommes qu'elle reçoit et, pour qu'elle puisse effectuer régulièrement le paiement des allocations dues, il est nécessaire qu'elle ait, au préalable, recouvré les cotisations appelées. C'est pourquoi, elle fait appel à la bonne volonté de tous pour que les rentrées de cotisations se fassent normalement.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Nominations des Directeurs régionaux de la Famille et de la Santé

M. le Docteur Merle, inspecteur de la Santé des Deux-Sèvres, est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé , en résidence à Poitiers, en remplacement de M. Adam, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 27 août 1941).

M. le Docteur Boulangier, inspecteur de la Santé du Rhône, est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Grenoble, en remplacement de M. Taviani, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 28 août 1941).

Inspection de la Santé

Par arrêtés en date du 21 août 1941 :

M. le Docteur Bapt, médecin inspecteur de la Santé de l'Indre, est affecté, en la même qualité, dans le département de la Haute-Vienne.

M. le Docteur Tondre, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Aube, est nommé médecin inspecteur de la Santé du territoire de Belfort.

Mlle le Docteur Aubert est nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Sarthe.

Mlle le Docteur Faure est nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé du Rhône.

Mlle le Docteur Lhez-Valats est nommée médecin inspecteur adjoint dela Santé de l'Ardèche.

Par arrêtés en date du 19 août 1941 sont affectés :

Au département du Loiret, M. le Docteur Robin, médecin inspecteur du Rhône.

Au département de la Creuse, M. le Docteur Guilbert, médecin inspecteur adjoint de la Gironde, non installé.

Par arrêtés en date du 19 août 1941, sont rapportés :

L'arrêté du 21 juin 1941 nommant M. le Docteur Bigonnet médecin inspecteur adjoint de la Santé du Var.

L'arrêté du 21 juin 1941 nommant M. le Docteur Bohec médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Seine-Inférieure.

L'arrêté du 5 mars 1941 nommant M. le Docteur Gandar médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Ardèche. (*J. O.*, 28 août 1941) .

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 20 août 1941, M. le Docteur Veyres, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, est affecté, à titre temporaire, à l'hôpital psychiatrique d'Alençon.

(*J.O.*, 28 août 1941).

Sanatoriums publics

Par arrêté du 20 août 1941, M. le Docteur Mayer, médecin directeur du sanatorium de Nouvielles (Landes)), est nommé médecin directeur du sanatorium de Roquefraiche (Vaucluse).

(*J. O.*, 28 août 1941).

Nominations de Professeurs de Facultés

Par arrêté en date du 28 août 1941 :

M. Sarrouy, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique médicale et hygiène infantile à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

M. Garin, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de parasitologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Dufourt, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique de prophylaxie de la tuberculose à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Gaté, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur d'hydrologie thérapeutique de climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Watrin, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est transféré, à compter du 1er octobre 1941, dans la chaire de dermatologie et syphiligraphie de cette Faculté.

M. Drouet, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est transféré, à compter du 1er octobre 1941, dans la chaire de Clinique médicale de cette Faculté.

(*J. O.*, 31 août 1941).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

JURISPRUDENCE DU CONSEIL SUPÉRIEUR. — L'INDEMNISATION DES VICTIMES CIVILES DE LA GUERRE 1939-1940. — DICHOTOMIE ET ASSURANCES SOCIALES.

La loi du 2 avril 1941 a, comme nous le savons profondément modifié le régime des installations médicales.

Le cas de ce médecin qui, pour raisons familiales nées de la guerre, quitte son poste pour s'installer en octobre 1940 dans un nouveau département, après avoir reçu l'autorisation du Préfet, conformément aux termes du décret du 20 mai 1940, alors en vigueur, va nous permettre de l'étudier.

Au printemps 1941, le Conseil départemental de l'Ordre refuse à ce médecin de l'inscrire à son Tableau. Appel en est fait devant le Conseil supérieur. Ce dernier confirme la première décision, oubliant que l'inscription au Tableau est une simple formalité, qu'elle ne peut être refusée à un médecin remplissant les condition légales d'exercice de la médecine : diplôme, nationalité, moralité.

Sur ces entrefaites intervient la loi du 2 avrli 1941 rétablissant le principe de la liberté d'installation, sauf dans deux cas bien précis : médecin voisin prisonnier, densité médicale atteinte.

Sur nouvelle demande de ce confrère, le Conseil supérieur a rendu la sentence suivante :

« Considérant qu'il ressort des pièces de la « cause que le Docteur X... n'a pas été requis « civil sur le territoire de... et qu'il n'y existe « pas de médecin prisonnier,

« Considérant que les motifs prévus par la loi « du 2 avril 1941 pour refuser une demande « d'installation n'apparaissent pas dans les « faits de la cause,

« Par ces motifs :

« Le Conseil supérieur

« Dit ; que le Docteur X... doit être autorisé « à s'installer à... »

Cette décision, juste au fond, nous paraît excellente en la forme.

C'est en effet la première à notre connaissance qui emprunte au langage juridique sa concision et sa précision.

Nous voilà loin des premières décisions qui se bornaient à répondre à la demande présentée par une simple acceptation ou un refus non motivé.

N'oublions pas, en effet, que l'Ordre est avant tout un organe juridictionnel. Il importe donc qu'il soit à même de rendre une véritable justice, avec toutes les garanties que cela entraîne.

Le Règlement intérieur de l'Ordre en est d'ailleurs la première.

***

La loi annoncée sur l'indemnisation des victimes civiles de la guerre 1939-1940 n'est toujours pas parue à l'*Officiel*. Serait-ce qu'il y a un accrochage ? Nous voulons croire que non.

Nous donnons ci-dessous à nos lecteurs la substance de ce que nous croyons devoir être le texte de cette loi. Elle reconduit dans ses dispositions essentielles la loi du 24 juin 1919 qui avait réglé es droits à pension des victimes de la guerre 1914-1918.

Elle s'applique aux personnes de nationalité française à qui un dommage physique a été causé par un fait de guerre, ainsi qu'à leurs ayants-cause.

Ouvrent droit à pension quand le degré d'invalidité atteint dix pour cent au moins, les infirmités résultant de blessures reçues au cours des opérations militaires, jusqu'au 25 Juin 1940, par suite d'un fait précis dû à la proximité de l'ennemi. Le même droit est ouvert, même après la date précitée, aux personnes qui ont été blessées en France ou dans les possessions françaises du fait, soit des bombardements par avions, soit de la défense anti-aérienne. Toutefois, les blessures reçues par des salariés sur le lieu et pendant la durée du travail relèvent de la loi du 24 octobre 1940 et non de la loi nouvelle.

Si les faits visés au paragraphe précédent ont entraîné la mort d'une personne de nationalité française, les ayants-cause (veuves, orphelins, ascendants) de la victime ont droit à pension, à condition d'être eux-mêmes de nationalité française et de ne pas bénéficier d'un autre régime d'indemnisation.

Quel que soit le lieu où s'est produit le fait dommageable, ces demandes de pension doivent être adressées au Préfet du département où résident les postulants. Ce haut fonctionnaire est chargé de constituer le dossier après avoir fait procéder aux enquê-

tes nécessaires et, s'il s'agit d'invalides, aux expertises médicales.

Les pensions sont liquidées par le secrétariat général des Anciens combattants et concédées par le ministre secrétaire d'Etat aux finances. Les tarifs sont ceux prévus pour le soldat ou pour les ayants-cause, sauf pour les invalides mineurs de 18 ans pour qui le taux n'est que de 50 % du taux prévu pour le soldat.

***

Dans notre dernier numéro, nous soulignions la difficulté pour le médecin traitant d'un assuré social de se faire honorer en cas d'aide opératoire, conformément aux prescriptions du code de déontologie, quand le coefficient de l'intervention est inférieur à K 40.

Cette difficulté n'a pas échappé à plusieurs Conseils départementaux. Voici la solution qui sera proposée à l'agrément du Conseil supérieur :

Le client assuré social qui demandera à son médecin traitant d'être présent à son intervention et le cas échéant d'aider le chirurgien pour l'opération sera prévenu par le médecin traitant que *la Caisse d'Assurances sociales ne rembourse en tout et pour tout que P. C.* 6 depuis K 40 et au-dessus, *qu'elle ne rembourse rien* au-dessous de K 40.

L'assuré social saura qu'il devra débourser 100 à 200 francs pour l'assistance à l'intervention plus 150 francs pour l'aide opératoire, plus l'indemnité horo-kilométrique sans autre remboursement des caisses que P. C. 6 à partir de K 40.

Cette solution diffère de celle que nous avions suggérée. Elle a le mérite de la netteté mais gageons qu'il n'y aura pas beaucoup d'assurés sociaux pour demander l'assistance de leur médecin à l'intervention.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4179. — Accident du travail. Rechute. Frais médicaux et pharmaceutiques

1° Un blessé qui a repris le travail et à qui j'ai précédemment délivré le certificat de consolidation peut-il à nouveau être soigné pour le compte de sa blessure si la cicatrice vicieuse et irrégulière s'est infectée sans nouveau traumatisme. La Compagnie d'assurances refuse.....

2° En ce qui concerne les accidents du travail survenus à des ouvriers agricoles :

— N'est-ce pas le patron qui m'est directement redevable de mes honoraires, à charge par lui de se faire rembourser par son assurance ;

— Le tarif de ces honoraires est-il celui de clientèle ou le tarif habituel des accidents du travail.....

Dr P.

Réponse

1° Une distinction est à faire suivant que le blessé est un ouvrier agricole ou un ouvrier industriel.

Dans le premier cas, seule la loi du 9 avril 1898 peut être invoquée, et il en résulte que les soins postérieurs à la guérison et à la consolidation peuvent être mis à la charge du patron responsable.

Par contre, s'il s'agit d'un salarié du commerce ou de l'industrie, les dispositions de la loi du 1er juillet 1938 qui a modifié la loi sur les accidents du travail, lui sont applicables.

Or, en vertu de l'art. 19 nouveau, lorsqu'à la suite d'un accident n'ayant entraîné qu'une incapacité temporaire, l'ouvrier a repris son travail après avoir été déclaré consolidé, et qu'il vient d'être victime d'une rechute n'entraînant elle-même qu'une seconde incapacité temporaire, non suivie d'incapacité permanente partielle ou totale, cet ouvrier a droit à l'indemnité journalière ainsi qu'aux frais médicaux et pharmaceutiques pendant la durée de la rechute.

Au cas où votre client serait fondé à invoquer cette nouvelle disposition et où il se heurterait au refus de la Compagnie d'assurance, il lui appartiendrait de porter le litige devant le Juge de paix du canton sur le territoire duquel l'accident s'est produit, seul compétent ;

2° Lorsque vous donnez vos soins à des ouvriers agricoles victimes d'accidents du travail, vous avez une double action en paiement de vos honoraires : l'une dans les limites du tarif, contre le patron responsable ; l'autre dans les limites de votre tarif habituel de clientèle, contre le blessé lui-même.

Le tarif applicable à la part des honoraires médicaux que la loi met à la charge du patron responsable est le tarif des accidents du travail.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

4253. — Le deuxième alinéa de l'article 10 ne devrait être mis en cause qu'au cas d'opération chirurgicale

Dans le *Concours*, page 1455, vous donnez l'indication suivante pour la tarification d'un accident : sutures, 27 francs, sérum : 11 francs : La réduction de 50 % pour l'injection de sérum étant basée sur l'article 10, alinéa 2. Mais l'article 14 stipule que dans le cas de blessures ou d'actes médicaux multiples, hors le ca. de pansements sur un même membre, chaque acte est tarifé à part, sous réserve en cas d'intervention chirurgicale de l'application du deuxième paragraphe de l'article 10. Or la suture a été faite pour une blessure, et l'injection de sérum est un acte médical. Il me paraît donc que l'article 14 et non l'article 10 doit jouer, et que d'injection de sérum devrait être comptée 22 francs. Il serait toutefois utile que les futurs tarifs précisent exactement ce qui doit être considéré comme « blessure », « acte médical » et « intervention chirurgicale ». Je serais heureux d'avoir votre opinion à ce sujet.

Dr D.

Réponse

« J'avais toujours soutenu — depuis de longues années — que le 2e alinéa de l'art. 10 (avec sa minoration de 50 % en cas d'interventions concomitantes) ne peut être invoqué en cas de menues interventions de petite chirurgie. Mais

j'ai reçu à tant de reprises des observations à ce sujet, provenant parfois de gens qualifiés, que, depuis quelque temps, je me suis laissé aller à étendre cette minoration à tout acte médical. La seule façon d'en sortir serait de présenter un « différend » à ce sujet devant la Commission d'arbitrage. La jurisprudence serait ainsi fixée une bonne fois — et moi, par suite, dans mes réponses ».

Dr F. DECOURT.

4265. — Injections A. T. en plusieurs fois. (Besredka)

Excusez-moi de distraire une partie de votre temps pour une question qui a plutôt l'importance du principe qu'une importance matérielle. Déjà vieux dans le métier, je n'ai pas eu encore recours à vos lumières ayant été mis au courant hélas par le temps. Mais voici :

Le tarif accident du travail dit : injection de sérum anti-tétanique, 22 francs ; en plusieurs fois 28 francs.

Comme le cumul d'une consultation et d'une intervention ne peut se faire il s'ensuit que la deuxième consultation pour la deuxième injection de sérum sera ou gratuite, si l'on compte la première 28 francs ou réglée à 6 francs si on compte la première 22 francs. Doit-on donc compter l'injection première 28 francs et compter les visites suivantes 17 francs sans parler d'injection ? On peut tourner la difficulté en comptant la première injection 22 francs, et compter 17 francs les visites suivantes sans parler d'injection. Que doit-on faire pour être à l'abri de tout reproche ? C'est la question que je vous pose.

Dr J.

Réponse

C'est là une question fort intéressante et qui ne fut jamais encore tranchée officiellement.

Personnellement, j'estime devoir répondre ce qui suit (sous réserve d'une décision contraire ultérieure).

En cas d'injection antitétanique en une fois, la tarification est de 22 francs, sans compter la visite ou consultation, cela va tout seul.

En cas d'injection antitétanique en plusieurs fois (Besredka) c'est 28 francs, sans compter la première visite ou consultation.

Quant à la deuxième visite, vous ne comptez pas évidemment une deuxième intervention, puisque déjà comptée par la majoration de 6 francs lors de la première. Mais alors, ne comptant pas d'intervention, vous comptez visite ou consultation simple, comme d'ordinaire, puisqu'il n'y a plus là le cumul à éviter.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

4244. — Encore la " carte recommandée "

J'ai traité pour un panaris du pouce, un ouvrier de la Compagnie X. Je lui ai remis les deux certificats

d'usage. Mais la Compagnie refuse de me régler, en s'abritant derrière l'article 5 de la loi de 1938.

Il est exact que je n'ai pas envoyé par la poste ces deux certificats. Mais l'article 5 est-il encore en usage ? D'autre part, j'apprends à l'instant (ce dont il n'est pas fait état dans la lettre) que le blessé a oublié de remettre les certificats de blessure à son chef.

Mais voilà d'autres faits qui me paraissent démontrer la mauvaise foi de la Compagnie.

Cette Compagnie est son propre assureur. Elle a elle-même déclaré l'accident à la mairie le 12 avril 1941. D'autre part, le blessé s'est rendu quatre fois à Paris, pour y être examiné par le médecin contrôleur de la Compagnie. Je n'ai pas à ce moment invoqué la loi, pour empêcher le blessé de se rendre à la convocation de ce médecin.

La guérison survenue, j'ai rédigé un certificat d'incapacité permanente partielle que le blessé a fait joindre à son dossier.

Dr T.

COPIE DE LA LETTRE DE LA COMPAGNIE

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous informer que nous ne pouvons prendre à notre charge, le montant de vos honoraires pour soins donnés à M. D., ouvrier de notre Compagnie, blessé en service le 12 avril 1941.

En effet, l'article 5 de la loi du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail, prescrit que le médecin traitant est tenu d'adresser à l'employeur un certificat initial de blessures en double exemplaire.

Il est, en outre, spécifié dans ce même article, que «faute par le praticien de se conformer à ladite prescription, le chef d'entreprise n'est pas tenu pour responsable des honoraires ».

Or, vous ne nous avez pas fait parvenir de certificat concernant M. D..., dont vous nous réclamez le paiement par votre note d'honoraires du 16 juillet dernier.

Réponse

La très grande majorité des Compagnies (je dirais presque l'unanimité depuis la guerre) n'est pas restée intransigeante en ce qui concerne l'envoi de la carte recommandée et à la demande de la Confédération se contente des certificats d'origine comme avant la loi du 1er juillet 1938. Néanmoins *dura lex sed lex* et si un tiers payant se réclame de l'art. 5 de cette loi et se retranche derrière pour ne pas payer sa dette au médecin traitant, je ne vois pas qu'on puisse l'y obliger en justice. Il est dit, en effet, en toutes lettres à l'alinéa 6 de cet art. 5 : « Faute pour le praticien de se conformer aux dites prescriptions le chef d'entreprise et la victime ou ses ayants-droit ne sont pas tenus pour responsables des honoraires ».

Evidemment, une telle attitude en temps d'armistice et de restrictions de toutes sortes, alors que nous souffrons tous moralement et matériellement, n'a rien de bien reluisant : mais il y a parfois des gens qui n'ont pas encore compris la situation tragique dans laquelle nous sommes, peut-être parce qu'ils savent « s'arranger » pour ne pas en souffrir eux-mêmes !

Dr F. DECOURT.



4178. — Application de rayons U. V. et I. F.

1° M'indiquer le tarif officiel de la séance de rayons ultra-violets ou infra-rouges pour soins donnés au titre de l'art. 64. Loi du 31 mars 1919. (Pensionnés de guerre.)

2° Me dire si un médecin (de médecine générale) installé à la campagne, loin d'un centre (30 kilomètres) est en droit de faire des séances de rayons ultra-violets à un pensionné de guerre, habitant dans son petit secteur médical. La Commission de contrôle, à laquelle j'ai adressé un pré-avis (art. 18), m'a demandé de lui indiquer le nom du spécialiste chargé de l'application du traitement.

Dr G.

Réponse

1° Vous trouvez art. 80. 1° « Radiumthérapie » ...Application de rayons ultra-violets par séance : 15 francs ». Par analogie, le prix doit être le même pour les rayons infrarouges ;

2° Il n'est pas dit application « par un spécialiste » comme il est dit au contraire en 9° : Electrothérapie : « Traitement électrique par un spécialiste »...

Dans ces conditions, j'estime qu'un omnipraticien peut faire des applications de rayons U. V.

Ne pas oublier néanmoins l'art. 18 où il est dit : « lorsqu'au cours du traitement le médecin estime nécessaire soit..., soit..., soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle ».

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

4.034. — Emploi de l'hydrogène comme carburant

J'ai encore recours à votre obligeance pour demander à M. Petit de me renseigner sur le point suivant : *Peut-on employer l'hydrogène comme carburant* ? Y a-t-il des constructeurs ayant étudié la question et existe-t-il des dispositifs « *ad hoc* » dans le commerce ? Ce gaz peut-il être employé seul ou nécessite-t-il l'emploi de l'essence à la mise en route et avant d'arrêter le moteur pour éviter des condensations d'eau dans les cylindres ? Peut-on trouver facilement dans le commerce des bouteilles d'hydrogène comprimé, et après détente du gaz y aurait-il des dispositifs spéciaux à adapter au carburateur ? Faudrait-il augmenter le taux de compression du moteur ? Le rendement thermique serait-il supérieur à l'oxyde de carbone du gazogène ? Peut-on savoir quel serait le prix de revient de l'hydrogène par rapport à l'essence ?

Dr F.

Réponse

L'utilisation de l'hydrogène comme combustible est loin d'être encore dans le domaine pratique. Des essais ont eu lieu qui ont donné des résultats satisfaisants mais, à ma connaissance, il n'y a pas d'applications. Il faut remarquer d'ailleurs que l'hydrogène est un gaz très lourd à emporter (fait paradoxal et qui tient précisément à ce que la densité de l'hydrogène est très faible et que, par suite, pour emporter une quantité d'énergie suffisante il faut beaucoup de

mètres cubes, donc récipients lourds et encombrants).

On a employé l'hydrogène dans un cycle spécial dit « cycle Erren » pour lequel des applications ont été faites avant la guerre.

On peut trouver très facilement dans le commerce des bouteilles d'hydrogène comprimé puisque ce gaz est utilisé pour la soudure. Je ne vous conseille pas de vous lancer dans des essais de ce genre en raison du fait que le champ d'expériences est encore très mal exploré.

FISCALITÉ

4270. — Contribution nationale extraordinaire

Je vous transmets le relevé de mes contributions pour les cotisations de l'année 1940 — (revenus de l'année 1939) — et je viens vous demander si la contribution nationale extraordinaire de 5 % s'applique aux revenus professionnels de l'année 1939, car je trouve exorbitant d'avoir à payer 2.138 francs pour un revenu de 19.200 francs.

Dr F.

P. S. — En 1939, mon revenu professionnel ne s'est élevé qu'à 19.200 francs, car j'ai été mobilisé.

Dr F.

Réponse

Votre avertissement est parfaitement calculé. Du 1er janvier au 31 décembre 1939, la contribution nationale a été de 2 %, puis elle a été portée à 5 % à partir du 1er janvier 1940. (Les mobilisables non incorporés, sauf exception, ont été taxés à 15 % à partir du 1er novembre 1939 jusqu'au 11 juillet 1940).

Excepté pour les contribuables relevant de la cédule des traitements et salaires qui supportent le prélèvement de la contribution à la source, les autres contribuables sont imposés pour l'année courante, sur les résultats de l'année précédente. C'est pour cette raison qu'en 1940 vos revenus de 1939 ont été imposés suivant les dispositions en vigueur en cette dernière année.

A. et S. MARTINOT.

QUESTIONS DIVERSES

3.979. — Inspection médicale des écoles. Honoraires

J'ai recours encore une fois à vos bons offices en ce qui concerne la question posée dans la lettre ci-jointe de l'inspecteur-primaire.

Je n'ai que quelques renseignements complémentaires à vous donner :

1° Je n'étais jusqu'ici encore officiellement médecin-inspecteur d'aucune école, bien que presque toutes les municipalités des environs m'aient pressenti à ce sujet. J'ignore, en tous cas, quel était le montant des honoraires alloués.

Je désire surtout savoir quel est le montant des honoraires que je pourrais demander. (En fait la nature des soins donnés consiste, je crois, en deux visites par an à tous les élèves des écoles — les vacci-

nations ou examens spéciaux : par exemple en vue du brevet sportif — étant habituellement réglés à part.)

Réponse

Le statut de l'inspection médicale des écoles varie en fait selon chaque département, de telle sorte que souvent les honoraires des médecins qui participent à ce service public sont établis à un taux dérisoire.

Le décret-loi du 29 juillet 1939 sur la famille et la natalité française prévoyait dans son article 146 qu'en ce qui concerne l'enseignement du premier degré les collectivités locales pourront être invitées à réaliser ou à compléter l'inspection médicale sous le double contrôle du ministère de l'Education nationale et du Ministère de l'Education publique.

C'est vraisemblablement en vertu de cette disposition que l'inspecteur primaire a été chargé de faire une enquête.

Dans votre département, à notre connaissance, un règlement sur cette question a été élaboré en 1925. Ce règlement s'appliquait aux communes qui renonçaient à l'application stricte du décret du 18 janvier 1887 leur réservant le droit d'organiser directement le service municipal d'inspection. Les Communes dans lesquelles vous exercez ont-elles opté pour le réglement départemental ou au contraire s'en sont-elles tenues à un règlement particulier à chacune ? C'est ce qu'il faudrait savoir.

Toujours est-il que le règlement départemental prévoyait que la surveillance de l'état physique des enfants était confiée à des médecins ne faisant pas de clientèle et relevant de l'inspection départementale. Il précisait en outre que l'examen individuel des enfants en cas d'épidémie ou de manifestations épidémiques était confié à des médecins praticiens de la région nommés pour trois ans par le maire et agréés par le Préfet et ayant accepté le réglement du service.

Ces médecins étaient chargés en cas d'épidémie de l'examen individuel des enfants, des maîtres et des maitresses à l'école et de faire des enquêtes sur l'étiologie des maladies transmissibles, enquête transmise à l'Inspecteur départemental et les honoraires de ces médecins étant pour chaque visite d'école le prix habituel d'une visite dans la commune où se trouve l'école plus une indemnité de 10 francs.

Dans d'autres départements un réglement beaucoup plus libéral était appliqué. C'est ainsi que les visites en Seine-et-Marne étaient payées pour une séance semestrielle d'inspection au taux de 3 francs par enfant avec minimum de 30 francs.

Il nous semble qu'à l'heure actuelle vous pourriez demander pour les deux visites par an à tous les élèves des écoles une rémunération de 6 francs par enfant plus indemnité kilométrique bien entendu.



Soixante-troisième année N° 38 21 Septembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 75 fr. — Etudiants .... 50 fr.

***Le Numéro*......... 2 fr. 50**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche).

À NOS ABONNÉS

Depuis un an qu'il a recommencé à paraître, le « Concours Médical », malgré des difficultés sans cesse renouvelées, s'est ingénié à conserver en même temps que sa périodicité et sa diffusion, son prix d'abonnement d'avant-guerre.

De nouvelles hausses nous forcent aujourd'hui, si nous voulons maintenir notre effort, à reviser ce tarif.

Nous conformant aux instructions du groupement corporatif de la Presse périodique générale, nous avons décidé de porter à 120 francs le prix de l'abonnement annuel à compter du 1er octobre prochain.

Nous n'ignorons pas que cette augmentation sera pour nos lecteurs un effort de plus et c'est bien pourquoi nous l'avons reculé à la limite de nos possibilités.

Mais nous avons confiance que nos lecteurs, qui sont aussi nos amis, nous le consentiront de bon cœur, car ils connaissent comme nous la place que tient notre journal dans la profession et le rôle qu'il leur reste à jouer en ces heures critiques.

Renseignements

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les dyspeptiques, par quelques TABLETTES DE **Mangaïne** et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

MAISONS DE SANTÉ ET CLINIQUES

Quarante ans d'expérience permettent à M. MARTINOT et à ses collaborateurs d'obtenir toujours la meilleure solution pour toutes réclamations (impôts, enregistrement, successions) et d'assurer la meilleure rédaction de tous actes (cessions, baux, etc...)

Écrire 6, rue de l'Isly, Paris (8e). Europe 60.41

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 265. — Pour confr. dans hôtel particulier, quart. de l'Europe, pet. appart. 4 pièces au deuxième et pièc. de réception au rez-de-chaussée. Vestib. et salon comm. avec un confr. spécialiste. Possibilité dispos. pièc. en sous-sol. Conviendr. à radiologue, ophtalmolog., laryngolog. ou laborat. Ecr. Dr Rœderer, (C.), 10, rue de Pétrograd, à Paris (VIIIe).

N° 266. — On demande hom. expérimenté, pat. bon. éducat. instr. pour surveillance longue durée auprès de malade comitial. Ecr. Dr Raffegeau, Maintenon (E.-et-L.).

N° 267. — Jeune médec. ayant fait nom. remplac. cherche remplacem. de préfér. ville ou gr. bourg. Dr J. Bruyneel, 20, rue Claude-Groulard, à Dieppe (S.-I.).

N° 268. — Suis vendeur cinq vol. Encyclopédie médico-chirurg., état neuf, mis à jour. Rein. Intoxic. et maladies par agents physiques. Obstétr. (2 vol.). Syphilis, tubercul., cancer. Chaque vol. 200 francs, port dû. Dr Druesne, 20, r. St-Michel, à Nancy.

N° 269. — Médc. électro-radiolog. dispos. tr. belle installat. 16e, céder, cabinet. Pezale, 44, rue Letellier, à Paris.

N° 270. — On demande médec. oculiste, oto-rhino-laryng. pour remplacer médec. prisonn. S'adr. M. Rousseau, 10, av. de Louvois, à Chaville (S.-et-O.).

N° 271. — A vendre nomb. livr. médic., chirurg. Parmi : Testut, anatom. humaine, anatom. typographique, curettes, trocarts, dilat. Kohlman, appar. Potain, Faut. Chais. cuir. Visib. 13 à 16 h. ou sur rendez-vous. Mme Renault, 4, pl. Monge, Paris.

Cabinet BREITEL et GORET
1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Cab. médical ds beau quartier à céder sans indemnité bail intérés. Reprise matériel profess.

Banlieue — Agréable proxim. Paris, bonne client. anc. facile à desserv. (confr. âgé se retire). Indemn. 40.000.

Province. — O.R.L. grosse situation. Prix 200.000

Orléannais. — Seul, rap. import. (méd. Gle, petite chirurg.) Prix 120.000.

Touraine. — Propharmacien. poste ancien. bon rendem. (comm. avec grd. centre) Prix 70.000 — 50.000 ct.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique de la tuberculose.** *Leçons sur les pleurésies tuberculeuses.* — M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront durant le mois d'octobre 1941, quatre leçons sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement :

Dimanche 5 octobre, M. Bariéty : La pleurésie séro-fibrineuse. — Dimanche 12 octobre, M. Brouet : Les autres formes de pleurésies tuberculeuses. — Dimanche 19 octobre, M. Brouet : Les pleurésies du pneumothorax artificiel (I). — Dimanche 26 octobre, M. Bariéty : Les pleurésies du pneumothorax artificiel (II).

Pour renseignements, s'adresser à la Clinique de la tuberculose, hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, Paris.

— **Groupement des médecins anesthésistes.** — Les médecins anesthésistes professionnels non encore inscrits au groupement des anesthésistes, sont priés de vouloir bien se mettre en rapport, avant le 25 septembre, avec le Docteur Lavoine, 43, rue Perronet, Neuilly, ou avec le Docteur Delahaye, 25, avenue des Boufflers, Paris (XVIe).

— **Hôpital de Dôle.** — Des concours s'ouvriront le 2 octobre 1941, devant l'Ecole de médecine de Besançon, pour un poste de médecin suppléant et un poste d'oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Dôle.

Inscriptions avant le 30 septembre 1941 au Secrétariat de l'Ecole de médecine, 30, rue Mégevand, Besançon (Doubs).

— **Naissances.** — Le Docteur J.-Jacques Dubarry, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, a la joie de nous annoncer la naissance de sa fille *Brigitte.* Le 3 septembre 1941.
25, rue Vital-Carles, Bordeaux.

— Madame et le Docteur M. Serfaty sont heureux de faire part de la naissance de leur petite-fille *Françoise-Alice*, fille de M. Albert Serfaty, assistant à la Faculté des Sciences de Paris, et de Madame, née Rivière.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Brindel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux ; du Docteur Georges Constensoux, de Paris.

— Nous apprenons avec regret le décès du Docteur Ch. Mondain, officier de la Légion d'honneur, Médaille militaire, Croix de guerre, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan.

Il fut Président de la Société française d'homœopathie, vice-président de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres. Il était le fondateur du « Dîner de la Bidoche », œuvre destinée à venir en aide aux vieux médecins retraités de la Maison de Valenton.



Le Livre d'Or du Corps Médical français

LÉGION D'HONNEUR

Est nommé au grade de Chevalier à titre posthume :

BIBAS (M.), *médecin lieutenant* : 4e division d'infanterie nord-africaine.

Médecin d'une haute conscience professionnelle. A été mortellement blessé, le 15 mai 1940, à Mariembourg (Belgique), dans l'accomplissement de son devoir. Croix de guerre avec palme.

(*J. O.*, du 5 sept. 1941).

***

CITATION A L'ORDRE

J. DE FOURMESTRAUX, *médecin lieutenant-colonel, médecin chef des services chirurgicaux de Chartres*

« A assuré l'évacuation des hôpitaux de la ville de Chartres les 13 et 14 juin 1940, dans les meilleures conditions sous de violents bombardements. Blessé par éclat de bombe, a su, par son attitude calme et courageuse, maintenir l'ordre dans toutes les formations sanitaires. »

(*Ordre de la division* no 479. *C.*) Le 3 février 1941.

Signé : HUNTZIGER.

Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqué

I. Devant l'accroissement inquiétant du nombre des certificats médicaux, le Conseil rappelle à tous les médecins la nécessité absolue de se conformer aux prescriptions impératives de la circulaire ministérielle du 21 décembre 1940, relative à l'alimentation des malades, qui insiste notamment sur le caractère exceptionnel que doit présenter l'attribution de la catégorie no 1, limitée aux tuberculeux présentant des lésions indiscutables et en activité, tuberculeux osseux, états d'anémie grave, convalescents de maladies graves ou d'interventions chirurgicales sérieuses.

Certains malades peuvent bénéficier de l'un des quatre régimes I, II, III, IV, mais ceux-ci ne doivent être envisagés que dans les cas où ils s'imposent indiscutablement. Il a été fait en particulier un abus considérable du régime IV, et nous attirons l'attention de nos confrères sur la nécessité de mettre fin à ces facilités.

« C'est le médecin qui doit dicter la nécessité et le choix du régime et non le malade »

II. Dans les circonstances actuelles de pénurie de lait concentré, il y a lieu de le réserver, ainsi que le lait sec, aux enfants de moins d'un an qui « ne peuvent sans danger pour leur santé consommer du lait entier ».

III. Le Conseil invite les médecins à faire appel à un confrère pour délivrer des certificats médicaux

pour les membres proches de leur famille (épouse, ascendants, descendants).

IV. Tous les confrères pourront trouver un tirage à part de ce communiqué, soit au secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris, soit auprès du médecin-chef du service du contrôle des rations alimentaires allouées aux malades, 2, rue Pernelle (Turbigo 85-79) qui se tient à leur disposition pour tous les renseignements nécessaires.

Paris, le 8 septembre 1941.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

1° L'alcoolisme est une toxicomanie comme une autre, c'est-à-dire une perversion instructive antérieure au toxique et peu ou pas modifiée par lui.

2° Les mesures de réglementation seront inopinantes comme toujours en matière de toxicomanie à moins d'une interdiction absolue impossible en ce qui concerne les liquides alcoolisés dont une consommation modérée est normale.

3° L'alcoolisme le plus dangereux est celui par apéritifs (quel que soit soit leur degré).

4° L'alcoolisation des masses est régie (thèse de Rollu 1938) par deux facteurs : *a*) les conditions économiques ; *b*) les loisirs.

5° La meilleure répression de l'alcoolisme serait la taxation des vins et apéritifs *chez le débitant au détail*, de telle sorte qu'un apéritif coûtant une dizaine ou une quinzaine de francs il ne soit plus facile d'en consommer plusieurs par jour, de même pour le « coup de blanc ou de rouge pris sur le zinc ».

6° Les mesures hospitalières à prendre pour les alcooliques pris sur le fait (récidive d'ivresse publique, délirium tremens, etc.) consisteraient en un jugement condamnant ces malades à douze ou dix-huit mois d'Asile spécialisé ; la même mesure devrait être prise contre les toxicomanes de toute nature (surtout morphine et héroïne). Et la déclaration de ces maladies devrait être obligatoire comme celle des maladies contagieuses : les mesures à prendre contre de tels malades étant au moins aussi importantes que la désinfection de la chambre d'un typhique.

Dr J.-F. BUVAS (Paris).

UNE PENSÉE POUR LES PRISONNIERS

Un lecteur nous adresse cette proposition si confraternelle que nous ne pouvons mieux faire que la porter à la connaissance de tous et en proposer la réalisation :

Je lis régulièrement vos articles au sujet des confrères prisonniers ; j'ai eu la chance de ne pas être parmi ceux-ci et de pouvoir me considérer dans les privilégiés ; cela ne m'empêche pas de penser à ceux qui sont éloignés de leur famille, de leur clientèle et cela peut-être pour longtemps encore.

Ne pensez-vous pas que par les temps actuels ce qui compte beaucoup pour la plupart d'entre eux, c'est la question « argent », ?

Beaucoup d'entre eux sont sans doute mariés, pères de famille, et ce n'est pas la petite délégation de solde que l'on peut envoyer à leurs femmes qui permet à celles-ci de tenir.

Que faire ? Je sais que certains confrères ont versé pendant la campagne 1939-1940, 30 % des recettes qu'ils faisaient sur la clientèle du confrère mobilisé ; mais à l'heure actuelle où les frais ont augmenté considérablement il serait sans doute difficile de demander cet effort financier, et puis comment contrôler ? Il faut donc demander un effort qui n'occasionne pas de frais supplémentaires au médecin praticien.

Aussi pourquoi par exemple, ne pas faire payer par un timbre de 5 ou 10 francs, tous les certificats que l'on nous demande et que nous donnons la plupart du temps gracieusement ?

Que sont en effet tous ces prisonniers ? ou bien ils ont eu la malchance de ne pas être évacués à temps, ou bien ils sont restés par ordre ou par devoir auprès de leurs blessés, de toutes façons par rapport à leurs confrères ce sont des victimes, ils ont rendu service à la France et ne sont pas responsables de leur situation.

Il est donc juste que leurs confrères plus heureux au sein de leur famille, plus favorisés pécuniairement grâce au maintien de leur clientèle, mieux soutenus qu'avec le « rata » du camp, fassent le petit effort supplémentaire de coller un timbre sur chacun de leurs certificats, timbre qui ne leur aura rien coûté, puisque c'est le client qui en définitive le paiera.

Je sais bien que l'on a proposé que ces timbres contribuent à la formation de la caisse de retraite des vieux médecins, mais ceux-ci sont-ils actuellement plus malheureux que les prisonniers ?

Je vois très bien le Conseil de l'Ordre, éditer un timbre qu'il vendrait 5 francs aux praticiens, ceux-ci les colleraient sur tous leurs certificats sur papier libre.

Dr LEJEUNE (Aumale).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Inspections de la Santé

Par arrêtés du 22 août 1941, sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la santé de 3e classe, au traitement de 33.000 francs :

M. le Docteur Mutelet, affecté au département de l'Ariège ;

M. le Docteur Aumont, affecté au département de l'Aveyron.

(*J. O.*, 5 septembre 1941).

Rectificatif au *Journal Officiel* du 10 août 1941 : page 3345, 3e colonne, 6e, 7e et 8e ligne, au lieu de : « M. le Docteur Moncenix, dans le département de la Drôme, en remplacement de M. le Docteur Filippi, non installé », lire : « M. le Docteur Moncenix, dans le département du Cantal ».

(*J. O.*, 7 septembre 1941).

Secrétariat général des anciens combattants

COMMISSION CONSULTATIVE MÉDICALE

Par arrêté en date du 1er septembre 1941 :

M. le médecin général Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé président de la Commission consultative médicale au secrétariat général des anciens combattants à dater du 1er septembre 1941.

(*J. O.*, 7 septembre 1941).

Voir la suite page XLIII-1653

PROPOS DU JOUR

UN PROBLÈME DÉMOGRAPHIQUE A RÉSOUDRE

L'hygiène et les sports, s'ils paraissent favorables à la conservation de la vitalité chez les vieillards, seraient-ils opposés à l'accroissement de la natalité ? L'exemple de la Suède.

La Suède est un des pays les plus civilisés du monde. L'hygiène publique y est très développée et la pratique des sports y est très répandue. Rappelons que c'est le pays qui mena le premier et le plus énergiquement la lutte contre l'alcoolisme. C'est à cela qu'un médecin réputé qui signe son article W. V. (1), attribue dans une Revue scientifique de Stockholm, l'étonnante vitalité des vieillards, dans les pays scandinaves dont il cite de nombreux exemples.

C'est ainsi qu'un homme de 60 ans dans le Waertseland a obtenu le brevet de pilote aviateur.

Un géomètre de Scanie, à 73 ans, a commencé ses études de droit et s'est fait inscrire dans ce but à l'Université de Lund. A Norskoeping, un vieillard de 77 ans a pris part avec succès à une course en ski. Un professeur retraité dans le Norsland à 75 ans, a publié son premier volume, un roman, qui eut en librairie un réel succès. Un vieillard de 81 ans pratique le sport de la voile sur glace qui exige une assez grande dépense de forces physiques. Enfin, le *Temps* fait une allusion discrète à un vieillard de 86 ans (qui est évidemment le Roi Gustave) qui se lève tous les jours à sept heures du matin, monte à cheval pendant plusieurs heures et joue au tennis sans être fatigué.

Voilà un tableau assez attrayant de la vieillesse en Scandinavie. Mais cette médaille a son revers.

(1) Résumé dans un « Echo » du *Temps* (31 juillet 1941).

La Suède est le pays où la dénatalité fait le plus de ravages. Le *Temps* du 20 juillet 1941 donne dans une courte note, les résultats d'une enquête démographique faite par une Commission du Gouvernement de Stockholm. La natalité se chiffre par 2,5 enfants pour 1.000 habitants, alors qu'en Italie, la proportion serait de 18 à 19 naissances pour 1.000 habitants.

Conséquence : la proportion des vieillards serait plus élevée que partout ailleurs. 25 % de ses habitants auraient plus de 55 ans. Si cela continue, en 1968, la population serait en majorité formée de personnes âgées de 55 à 70 ans.

A Stockholm, sur 100.000 familles, 500 seulement auraient 5 enfants et plus, 900 en auraient 4, 3.400 en auraient 3, 11.000 en auraient 2 et 28.000 auraient un enfant unique. Stockholm n'est pas la ville des familles nombreuses.

Si cet état continue, la Suède qui compte actuellement *dix millions* 300.000 *habitants* et dont la population avait doublé depuis un siècle, n'en aura guère dans cent ans que *trois millions*.

Ces constatations posent aux démographes ces angoissantes questions : L'hygiène et la pratique des sports qui paraissent favoriser le maintien de la vitalité chez les vieillards seraient-ils opposés au développement de la natalité ?

Le développement de la civilisation et du bien-être marquerait-il chez les peuples trop évolués le début de la mort lente ?

J. Noir.

LA PLÉTHORE DES MÉDECINS NE DATE PAS D'AUJOURD'HUI

Il y a exactement 101 ans, H. de Balzac, en mai 1840, écrivait aux Jardies ses Scènes de la Vie politique. Nous lisons au livre IV dans le chapitre intitulé « Marcas, dédié à Mgr. le Comte Guillaume de Wurtenberg, la page suivante : « Juste et moi nous n'apercevions aucune place à prendre dans les deux professions que nos parents nous forçaient d'embrasser. Il y a cent avocats, *cent médecins pour un*. La foule obstrue ces deux voies, qui semblent mener à la fortune et qui sont deux arènes : on s'y tue, on s'y combat ; non point à l'arme blanche, mais par l'intrigue et la calomnie, par d'horribles travaux, par des campagnes dans le domaine de l'intelligence aussi meurtrières que celles d'Italie l'ont été pour les soldats républicains. Aujourd'hui que tout est combat d'intelligence, il faut savoir rester quarante-huit heures assis dans son fauteuil, devant une table, comme le général restait deux jours en selle sur son cheval..

L'affluence des postulants a forcé la médecine à se diviser en catégories : il y a le médecin qui écrit, le médecin qui professe, le médecin politique et le médecin militant, quatre manières différentes d'être médecin. Quant à la cinquième division, celle des docteurs qui vendent des remèdes, il y a concurrence et l'on s'y bat à coup d'affiches infâmes sur les murs de Paris ».

Ne croirait-on pas, lecteurs, que ces lignes ont été écrites sinon aujourd'hui du moins hier ?

J. N.

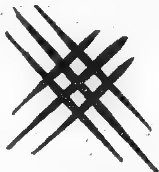
LES BIENFAITS DE L'HÉLIOTHÉRAPIE

Un de nos correspondants, le Docteur Fougerat, attire notre attention sur le nombre de plus en plus important de tuberculoses chirurgicales que l'on observe sur nos rapatriés sanitaires : adénites monstrueuses, abcès froids multiples, arthrites, péritonites, orchites, etc., etc... Il nous rappelle les guérisons complètes que l'on peut obtenir en appliquant l'héliothérapie. Cette méthode qui nous a à nous-mêmes donné les plus étonnants résultats dans des cas de péritonite tuberculeuse, même appliquée dans la région parisienne, est ancienne et a fait ses preuves. Le chirurgien suisse de Leysin, le Docteur Rollier, soumettait systématiquement ses malades à l'héliothérapie dans son service aménagé dans ce but et combiné avec la cure par le travail. Les deux seuls établissements officiels, mis à la disposition des militaires : *Palavas* et le *Grau du Roi* sont notoirement insuffisants ; ne pourrait-on pas affecter à cette fin le sanatorium de *Vallauris* dans les Alpes-Maritimes et celui des *Escaldes*, dans le Pyrénées-Orientales, si magnifiquement organisé par le regretté Docteur Hervé ? Dans une intéressante causerie de Radio-Santé, faite le 11 mars 1941, M. le Docteur Poucel a montré combien il était facile d'appliquer l'héliothérapie même en hiver, même en ville. Quand l'insolation est vive, surtout dans le Midi et à la campagne, il convient de prendre quelques précautions et n'arriver que progressivement au bain de soleil complet.

On a substitué l'application des rayons ultraviolets à la cure de soleil. Indiscutablement les ultra-violets donnent des résultats satisfaisants et peuvent dans une certaine mesure suppléer les rayons solaires, mais ils sont infiniment moins actifs.

L'héliothérapie, appliquée aux tuberculeux locaux qui menacent d'être très nombreux lors du rapatriement de nos prisonniers de guerre, devrait dès à présent attirer l'attention du Corps médical tout entier et celle de ceux qui sont chargés de veiller à la Santé publique.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ÉTRANGLEMENT DE L'APPENDICE

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Vous devez vous souvenir qu'il y a deux mois environ, en opérant de hernie inguinale un malade couché au nº 12 de la salle Saint-Pierre, nous avons trouvé dans le sac herniaire un appendice complètement libre et flottant. C'est là certes une particularité assez fréquente, et j'ai consacré à l'étude de la hernie de l'appendice, de *l'appendicocèle*, comme Thiéry l'a désignée en 1922, une leçon où j'ai successivement passé en revue tous les points intéressants concernant cette variété de hernie. Je vous ai également indiqué sommairement que la hernie appendiculaire pouvait présenter un certain nombre de complications, assez rares il est vrai, mais qu'il est important cependant de bien connaître, car on peut être amené un jour ou l'autre à les rencontrer. Aussi ai-je l'intention de revenir aujourd'hui sur ce point et de vous dire quelques mots des divers accidents qui peuvent se produire dans de semblables hernies.

L'appendice hernié doit évidemment présenter dans cette situation ectopique les accidents inflammatoires, qui lui surviennent si souvent, lorsqu'il se trouve dans sa situation normale : c'est-à-dire qu'il peut présenter des lésions d'appendicite, qui, du fait de cette situation anormale, affectent alors une allure un peu particulière et que l'on a désignée du nom *d'appendicite herniaire.*

En outre, cet appendice, ainsi engagé à travers un orifice et situé dans un trajet, doit être également soumis à tous les accidents qui viennent si souvent compliquer les hernies, et dont le plus fréquent est l'étranglement. Il s'ensuit donc qu'à côté de l'appendicite herniaire, il existe une deuxième affection bien caractérisée et qui n'est autre chose que *l'étranglement de l'appendice.*

Cette notion, qui nous paraît actuellement des plus naturelles, n'est pourtant que de date très récente, car c'est seulement en 1893 que trois observations concluantes semblent avoir été rapportées par Polosson. Cependant, malgré les faits relatés et malgré les nombreux cas publiés ultérieurement par Sauvage, par Guinard, par Mauclaire et Dambrin, par Legueu, par Le Digou... etc., un certain nombre d'auteurs se refusèrent à concevoir la possibilité d'un étranglement appendiculaire, se basant sur l'impossibilité du resserrement de l'anneau ou de l'augmentation brusque du volume de l'appendice normal hernié.

Telles étaient les idées que soutenaient Jackle, Fitz, Bamberger, Matterstock, qui niaient l'existence d'un véritable étranglement et ne voulaient voir en somme, dans tous les faits rapportés, que diverses modalités d'une seule et même affection, l'appendicite herniaire.

D'autres chirurgiens, par une sorte d'esprit de transition, acceptaient l'idée d'un appendice turgescent, dont l'inflammation avait amené une augmentation de volume et par suite un étranglement : mais, pour eux, ce dernier n'était que secondaire et non pas primitif, car sa cause première consistait uniquement dans l'inflammation de l'organe. C'est cette théorie que défendaient Osty, Briançon, Lévy et que Jacquemin a soutenue si brillamment dans sa thèse en 1905.

Pourtant, à partir de ce moment, à force d'examiner les faits, et surtout d'étudier les lésions histologiques des appendices enlevés pour des accidents étiquetés, selon les auteurs, étranglement de l'appendice ou appendicite herniaire, on fut fatalement amené à reconnaître qu'il existait deux ordres de lésions bien distinctes, d'une part le simple appendice étranglé en dehors de tout processus inflammatoire et l'appendice ectopié, qui s'est enflammé dans le sac herniaire, comme s'il était resté en situation normale.

C'est grâce aux recherches de Massoulard, de

White et de Cunning que cette distinction a été définitivement établie, et il semble bien que l'accord ait été maintenant réalisé sur l'existence de l'étranglement herniaire. Tout au plus discute-t-on encore sur la fréquence relative de l'appendicite et de l'étranglement ; les uns comme Barnett, Gardon et Griffith considérant ce dernier comme plus rares, alors que les autres, tels que Massoulard, Giltay, Norris et Hirsch estiment, au contraire, que les accidents d'étranglement pur se rencontrent plus souvent que les accidents inflammatoires.

Quoiqu'il en soit de cette discussion, il est à remarquer qu'il s'agit là en somme de lésions non pas rares, mais peu fréquentes, car si nous avons pu rencontrer à maintes reprises l'appendice normal dans un sac herniaire, il ne nous a été donné qu'un petit nombre de fois de nous trouver en présence de l'étranglement de cet organe, dont je vais maintenant vous rapporter une observation tout à fait démonstrative.

Il y a une quinzaine de jours, une femme habitant les environs de Rieumes et âgée de 70 ans, était amenée d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour une hernie crurale droite étranglée depuis la veille. Les antécédents ne présentent aucun intérêt, tant au point de vue héréditaire que consanguins : au point de vue personnel, notre malade a toujours joui d'une santé parfaite et ne se souvient pas d'avoir jamais été souffrante ; elle a eu trois enfants et ses accouchements se sont toujours effectués d'une façon normale.

Il y a huit ans environ qu'elle s'est rendu compte de la présence dans la région crurale droite d'une petite tumeur indolore et réductible, et comme cette petite hernie ne l'incommodait pas et ne la gênait nullement dans ses occupations de fermière, elle ne s'en est jamais préoccupée et n'a point porté de bandage.

Subitement, la veille de son entrée à l'hôpital, à la suite de violents accès de toux, la malade a ressenti d'assez vives douleurs dans la région du bas ventre, en même temps que sa hernie devenait dure, résistante et irréductible. Cet état ne tarda pas à s'accompagner de vomissements, puis d'arrêt des matières et des gaz. Un médecin, appelé le soir même, constata la présence d'une hernie étranglée, et sans perdre de temps à de vaines manœuvres de taxis, conseilla une intervention chirurgicale, en vue de laquelle la malade fut amenée à Toulouse.

En l'examinant environ une heure après son hospitalisation, nous avons constaté qu'il existait au niveau de l'arcade crurale droite, une petite tumeur du volume d'une chataigne, dure, tendue, mate, immobile, irréductible et douloureuse au toucher ; ces signes joints à l'histoire clinique ne pouvaient laisser aucun doute, le diagnostic s'imposait et il ne restait plus qu'à intervenir, ce qui eut lieu quelques minutes plus tard sous anesthésie générale à l'éther. Une incision verticale, longue de huit centimètres pratiquée sur la région crurale, me conduisit sur le sac qu'il fut très facile de cliver de son atmosphère et de bien dégager. Il fut ouvert avec précaution, et je me trouvai alors en présence d'un contenu assez complexe représenté par une forte masse épiploïque et par l'appendice.

Après avoir levé l'agent d'étranglement, j'attirai l'épiploon au dehors et je le réséquai, après avoir procédé à une hémostase très soignée du pédicule, puis j'examinai l'appendice, qui mesurait dix centimètres de long et que je parvins à extérioriser assez facilement. Je remarquai à ce moment qu'en un point répondant à la striction exercée par l'agent d'étranglement, il existait sur la presque totalité du pourtour de l'organe un sillon très net.

L'appendicectomie fut pratiquée selon la technique du service et je terminai l'intervention par la cure radicale selon le procédé de Berger. Les suites opératoires furent excellentes et seize jours plus tard notre opérée pouvait quitter l'Hôtel-Dieu pour rentrer chez elle.

Je n'ai certes pas manqué de pratiquer ultérieurement l'examen de l'appendice enlevé, et mes recherches ont porté à la fois sur le point de striction et sur le reste de l'organe.

D'une façon générale, l'appendice ne présentait aucune trace de lésions inflammatoires, la muqueuse possédait sa structure normale et les follicules clos ne paraissaient pas plus développés que dans un appendice sain : tout au plus pouvait-on relever quelques traces de congestion.

Au niveau de la striction, on constatait du côté du sillon qu'il existait des altérations superficielles de la muqueuse, mais que la stase sanguine avait produit des lésions de congestion très appréciables, consistant en turgescence de tous les vaisseaux et en nombreux infiltrats.

Si l'on en croit les différents auteurs, qui ont rapporté des cas d'étranglement appendiculaire, et décrit les lésions rencontrées, on devrait se trouver en présence d'altérations beaucoup plus marquées que celles qu'il nous a été donné de voir. Mais il faut bien tenir compte que dans notre cas l'étranglement ne datait que de 24 heures et qu'en outre, du fait de la présence de l'épiploon dans l'orifice herniaire, il s'était produit une sorte de tamponnement, qui avait en partie protégé l'intégrité du diverticule. Nul doute que si l'intervention eut été plus tardive, je n'eus alors trouvé des altérations plus profondes, analogues à celles qui ont été décrites à propos des entérocèles étranglées.

Il est bien évident, qu'à ce moment, le diagnostic histologique devient des plus délicats, car il est bien difficile alors de faire exactement la part des choses et de voir si les éléments inflammatoires, que l'on rencontre, proviennent

de lésions appendiculaires vraies, ou sont consécutives à l'étranglement ; je pense cependant que l'étude des altérations de la muqueuse et des follicules clos doit être tout à fait démonstrative à cet égard.

Je me suis donc trouvé chez cette malade en présence d'un cas de hernie appendiculaire compliquée d'étranglement, en dehors de tout accident inflammatoire, et je m'appuie pour soutenir cette idée sur les deux faits suivants : d'abord la présence d'un sillon au point de striction exercé sur l'organe hernié et ensuite sur les résultats de l'examen histologique, qui a montré l'absence de tout élément inflammatoire.

Dans ce cas, comme d'ailleurs dans toutes les hernies crurales, l'agent d'étranglement a été le ligament de Gimbernat ; dans d'autres observations se rapportant à des hernies inguinales, l'appendice a été étranglé par le collet du sac, par une bride épiploïque adhérente ou encore par un rétrécissement intrinsèque de la paroi du sac.

Je n'insisterai guère sur la symptomatologie de l'appendice étranglé, car elle se confond avec celle de l'étranglement en général et, le plus souvent, comme l'a fait remarquer très justement Polosson, rien ne peut la distinguer de l'entérocèle ou de l'épiplocèle étranglée. Il est cependant des cas où les signes intestinaux font complètement défaut : il n'y a ni fièvre, ni vomissements, ni arrêt des matières et des gaz. On conçoit aisément que dans de pareils cas le diagnostic soit à peu près impossible, et que l'on s'arrête plutôt à l'idée d'une hernie enflammée irréductible, sans participation d'intestin.

De même, il est souvent très délicat de différencier l'étranglement simple de l'appendicite herniaire : il n'existe pas, en effet, de signes bien nets permettant d'opposer ces deux affections l'une à l'autre, car, en dehors des caractères du pouls et de la température, qui par leur intensité même relative, font plutôt envisager l'hypothèse d'inflammation, la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître le peu de valeur de la douleur paroxystique et de la rapidité de la formation de la tumeur, signes que Lévy considérait comme pathognomoniques de l'appendicite herniaire.

TUBAGE GASTRIQUE A DEMEURE DANS L'OCCLUSION INTESTINALE

L'évacuation intestinale artificielle par tubage gastrique ou gastro-duodénal est un moyen thérapeutique utilisé avec avantage depuis quelques années dans le traitement de l'occlusion intestinale. Les auteurs qui l'ont préconisée ont montré le soulagement qu'elle procurait aux malades et les effets très favorables qu'elles permettait d'obtenir à la phase pré-opératoire et aussi peropératoire.

Récemment, à l'Académie de chirurgie, MM. Brocq, Iselin et Eudel ont appelé l'attention sur la technique de Wangensteen (de Minneapolis), qui est un tubage duodénal avec aspiration continue. Un procédé notablement plus simple est celui dont se servent depuis deux ans MM. R. Soupault et J. Benassy : le tubage seulement gastrique et à demeure par sonde naso-pharyngienne. La sonde (sonde banale en caoutchouc demi-souple, du type servant à l'alimentation naso-pharyngienne) est introduite (convenablement huilée) par une narine. Poussée dans le pharynx, elle arrive dans l'œsophage et gagne la cavité gastrique. On en est souvent averti par l'émission de gaz au pavillon de la sonde ou en se guidant par l'aspiration. Un repère sur le tube peut aussi former un élément d'appréciation. Le sgment de sonde extérieur est alors fixé par un leucoplaste à la joue du malade et l'aspiration — répétée de demi heure en demi heure environ — est faite au moyen d'une seringue de verre. Le reflux est d'ailleurs parfois spontané.

Le traitement donne comme résultat immédiat une diminution notable du météorisme, avec soulagement des douleurs et de la gêne qu'il provoque. Les vomissements sont supprimés, la soif est calmée, des boissons pouvant être prises et réaspirées. Bien que seulement gastrique, ce tubage draine également l'intestin, les liquides intestinaux refluant en pareille circonstance vers le pylore.

Les indications du drainage gastrique continu en question sont assez nombreuses : dilatations aiguës de l'estomac, traitement pré-opératoire ou per-opératoire dans une occlusion du grêle, iléus paralytique post-opératoire, etc.

MM. Soupault et Benassy concluent ainsi leur communication à l'Académie de chirurgie :

Remplissant, en pareils cas, l'office d'évacuer le trop plein du contenu, de détendre le contenant, la méthode du tubage gastro-duodénal continu, aidant à attendre et à juger, recule presque toujours, remplace souvent l'acte opératoire. Celui-ci, cependant, ne saurait être pour nombre de cas écarté et, à aucun prix, la vigilance minutieuse avec laquelle doivent être suivis, presque d'heure en heure, de tels malades, ne doit se relâcher, sous prétexte que le sondage procure une amélioration. De plus, au point de vue thérapeutique, des moyens complémentaires éprouvés (rechloruration, réhydration, etc.) sont indispensables.

P. L.

LES COMPLICATIONS CARDIAQUES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

D'après une leçon résumée
de M. le Professeur PASTEUR-VALLÉRY-RADOT (1)

Au cours de la fièvre typhoïde, la péricardite et l'endocardite sont rares. Par contre, la myocardite est fréquente. On pensait autrefois que cette myocardite était d'ordre lésionnel, se révélant à l'autopsie par la teinte feuille morte du muscle cardiaque. Aujourd'hui, sans écarter la myocardite lésionnelle, que les autopsies démontrent, on tend à faire jouer en pareil cas, un rôle important aux états fonctionnels, à la myocardie de Laubry.

C'est au deuxième ou troisième septenaire de la maladie qu'apparaissent généralement les troubles myocarditiques. Leur premier signe est l'assourdissement du premier bruit, à la pointe, à la base. Peuvent survenir ensuite un bruit de galop d'insuffisance ventriculaire gauche et un petit souffle systolique. On peut constater encore une altération du rythme, une tachycardie rappelant le type fœtal, une embryocardie (bruit de tic-tac d'une montre) à pronostic réservé. On rencontre quelquefois aussi le trouble inverse, une bradycardie, par dissociation auriculo-ventriculaire, ou sinusale (plus bénigne). D'autres fois, il se produit des extra-systoles régulières, ou à cadence tachy-arythmique (plus graves). Parfois encore, un pouls alternant, de pronostic sévère également.

Le diagnostic différentiel entre la myocardite et la myocardie reste peu accessible aux moyens cliniques. L'hypotension est alors la règle : le pronostic est d'autant plus sérieux que la tension est plus basse. La plupart du temps le malade ne se plaint d'aucun trouble subjectif. C'est l'examen du cœur et de la tension qui révèle la complication cardiaque.

Plus rarement, le patient entre dans l'hyposystolie, avec encombrement des bases pulmonaires, gros foie, urines rares, œdème des membres inférieurs. Situation grave mais inhabituelle.

Il est deux symptômes impressionnants de cet état cardiaque typhique : la syncope ; le collapsus cardiaque. La syncope apparaît dans la plupart des cas subitement. Le malade est pris de pâleur, avec ou sans légers mouvements convulsifs de la face, voire du membre supérieur, et il meurt, en quelques secondes. Cet accident peut s'observer, au deuxième et troisième septenaires, même dans des fièvres typhoïdes bénignes apparemment, banales au début. Aussi, ne faut-il jamais porter un pronostic précis en matière de fièvre typhoïde, avant la guérison complète.

On a attribué cet accident à la myocardite, à la thrombose intra-cardiaque. On a pensé aussi à l'insuffisance surrénale brusque. Une pathogénie récemment admise le fait dépendre d'un phénomène bulbaire, d'une atteinte du bulbe par la toxine typhique, hypothèse la plus vraisemblable.

Un autre accident non moins dramatique observé dans la fièvre typhoïde est le collapsus. Il a été décrit autrefois comme une insuffisance myocardique. Il se montre en général au troisième septenaire et se traduit par une grosse chute de température qui passe, par exemple, de 40° à 37°. On penserait à une hémorragie ou à une perforation intestinale. En même temps, se produit une chute de la pression artérielle, avec souvent de la tachycardie. Voici un cas où la température est tombée de 39° à 36°, la tension ayant passé de 12 à 7, le pouls de 70 à 110 et 120, avec cyanose, faciès grippé, nez pincé, yeux excavés, syndrome péritonéal en un mot. La respiration est rapide, les sueurs abondantes. Dans la majorité des cas, la mort a lieu en quelques heures ; dans d'autres, assez rares, en 3 ou 4 jours (de Brun). Le pronostic est d'autant plus sévère que la chute tensionnelle est plus brusque et plus grande. Dans certains cas atténués, où les chutes (de température, de tension) sont moins fortes (40° à 38°, 11 à 7, par exemple) le malade peut guérir. On a signalé des formes à accès successifs.

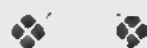
Le traitement du collapsus comportera le réchauffement du malade, la caféine, l'huile camphrée, l'adrénaline (non par la bouche, l'absorption étant alors irrégulière, mais en injection intra-musculaire de 1 milligramme, dans la fesse).

Comme pathogénie, on invoquait autrefois l'insuffisance myocardique. On a incriminé ensuite l'insuffisance surrénale. Aujourd'hui, avec M. de Brun, on pense à une déficience bulbaire brusque par action de la toxine sur le bulbe, comme dans la syncope typhique.

Le malade peut enfin mourir subitement, au deuxième ou troisième septenaire, avec une dyspnée vive, une polypnée intense, sans que l'on trouve rien à l'auscultation ni à l'autopsie des poumons. Ici encore on invoque des troubles bulbaires.

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, le 14 juin 1941, recueillie par le Docteur P. Lacroix.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



La maladie œdémateuse

Résultat possible d'une carence alimentaire au cours des périodes de disette

Les données de la clinique

De récents travaux viennent, à nouveau d'attirer l'attention sur l'œdème par carence alimentaire, déjà mentionné dans la littérature sous les noms de : œdème de famine, hydropisie épidémique, œdème de guerre. MM. Guy Laroche, E. Bompard et J. Trémolieres (1) en ont relevé quelques cas chez des miséreux soumis à une alimentation précaire, et ceux-ci leur rappelaient des observations analogues recueillies en 1918 dans un camp d'exclus. De même, M. H. Gounelle et ses collaborateurs (2) en ont vu se développer récemment de nombreuses atteintes en milieu asilaire, et celles-ci pouvaient aussi être rattachés à un état de dénutrition. M. Le Bourdellés a noté, il y a un an dans un camp de prisonniers, de semblables faits cliniques : les œdèmes étaient apparu rapidement après quelques semaines d'internement chez des sujets, dont la santé générale demeurait par ailleurs satisfaisante.

Un amaigrissement continu et progressif attire tout d'abord l'attention ; celui-ci peut atteindre de 10 à 18 kilogrammes. Des phénomènes diarrhéiques accompagnent fréquemment cette perte de poids ; d'intensité variable, ils se présentent sous la forme de la diarrhée la plus banale jusqu'à l'aspect clinique du syndrome dysentérique typique. Cette diarrhée survient épisodiquement chez différents sujets, amplifiant ainsi leur état de dénutrition et d'asthénie.

Dans certains cas, elle apparaît incoercible et se poursuit jusqu'à la mort. Elle ne s'accompagne pas d'anorexie, bien au contraire, car les sujets ont toujours faim. Du météorisme intestinal est nettement perçu chez certains patients.

Pas d'anomalie neurologique ; les réflexes tendineux ne sont pas modifiés. Aucun signe de béribéri ou de scorbut, ou évident de pellagre ; pas d'héméralopie.

Les œdèmes se constituent progressivement en une dizaine de jours, alors que parfois la diarrhée a guéri spontanément.

C'est un œdème mou, prenant le godet. Généralement blanc, il peut être rosé, cyanotique, coloré jusqu'à prendre une teinte vineuse, lorsque le sujet est debout. A son niveau, les téguments sont particulièrement refroidis, et les troubles vaso-moteurs paraissent très prononcés. L'œdème commence à se manifester en général dans la région malléolaire, mais il s'étend rapidement, remonte jusqu'à la racine des cuisses et peut revêtir l'aspect de l'anasarque. Il est mobile et infiltre avec électivité les portions déclives: en station debout les régions malléolaires, au lit la face postérieure des cuisses et des fesses, le matin au réveil les paupières.

Son apparition est, en général, assez brusque. Après une journée de station verticale, l'attention est attirée par une petite infiltration malléolaire, que l'on est étonné de retrouver le lendemain matin beaucoup plus étendue. Des signes d'encombrement pulmonaire l'accompagnent fréquemment.

Le lever est une cause déclanchante nette. A l'inverse, un décubitus strict sans autre traitement amène la *disparition de l'œdème après une crise urinaire*, qui s'amorce dès la mise au lit. A ce repos, le réchauffement est utilement associé. Plus grande encore est l'influence d'un régime normalement équilibré. Les plus gros anasarques disparaissent souvent plus vite que les œdèmes modérés, et certaines fontes s'opèrent totalement en quarante-huit heures, d'autres au contraire nécessitent une douzaine de jours. Mais, quand le sujet se lève à nouveau, l'œdème est susceptible de réapparaître.

L'hypothermie est habituelle ; la température est toujours au-dessous de 37°, se tient parfois entre 35° et 36°, avec quelques rares clochers à 37°. Elle disparaît dans le décubitus, mais rétrocède plus lentement que l'œdème, et elle a parfois tendance à se maintenir par la suite.

Aucune atteinte cardiaque, rénale ou hépatique.

On ne peut, en effet, déceler une déficience cardiaque ; l'auscultation est parfaitement négative ; le rythme cardiaque s'inscrit entre 54 et



(1) A propos de huit cas d'œdème par carence alimentaire. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 11 juillet 1941).

(2) Sur des cas groupés d'œdèmes de dénutrition. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 11 juillet 1941).

72 ; la tension artérielle est souvent abaissée, la maxima inférieure à 10 et même moins ; cette hypotension se trouve concorder avec l'apathie physique des sujets ; aucun signe d'asystolie, radiographie cardiaque normale.

Du point de vue rénal, même intégrité clinique. Les urines sont claires, ne comportent ni albumine, ni sucre, ni corps cétonique. Le culot urinaire ne décèle jamais de cylindres, ni d'hématies, ni de corps biréfringents, seulement quelques leucocytes en petit nombre. L'azotémie normale se trouve en général à des taux bas, de 0,19 à 0,40.

Aucun élément ne permet non plus d'invoquer un œdème de nature hépatique. Le foie n'est pas perçu. Aucun signe d'insuffisance ou d'hypertension portale ne peut être être noté. Pas d'alcoolisme. Le métabolisme basal est plutôt abaissé.

Dans la collectivité étudiée par H. Gounelle, les hommes de la cinquantaine, entre cinquante et soixante ans, étaient touchés avec une électivité fréquente.

Une carence d'apport protidique, surtout d'origine animale

Déjà, au cours de la grande guerre, les auteurs allemands et suisses signalaient l'apparition de ces œdèmes de famine avec des taux d'apport calorique notablement inférieurs (de 800 à 1.200 calories) avec moins de 50 grammes de protides et très peu de lipides.

Il y a un an, dans un camp de prisonniers, M. Le Bourdellès observait cet accident chez des sujets, dont la santé demeurait par ailleurs satisfaisante, mais qui ne bénéficiaient que d'une ration alimentaire quantitativement déficiente ; celle-ci pouvait être évaluée, du point de vue énergétique, entre 1.500 et 1.800 calories ; qualitativement, c'était une ration de carence protidique : 40 grammes environ de lipides, d'origine presqu'exclusivement végétale, pour 40 grammes de lipides et 300 à 350 grammes de glucides environ. De plus, cet auteur éliminait l'hypothèse d'une avitaminose, car les prisonniers pouvaient compléter leur ration par l'achat d'une certaine quantité de légumes verts et parfois de fruits. Il rapportait ces œdèmes, observés d'ailleurs en grand nombre, à la faible teneur de la ration en protides, particulièrement d'origine animale.

A noter qu'à la fin de la guerre 1914-1918, Jansen avait déjà attribué l'œdème de famine à l'hypoalbuminose sanguine (1). De même, en 1937, M. Codvelle (2), éliminant la possibilité d'une avitaminose, invoquait pour expliquer le mécanisme de la rétention d'eau dans les tissus une diminution des protéines, et sans doute aussi des graisses de la ration.

D'ailleurs, M. Guy Laroche fait remarquer que l'administration de vitamines (A, B1, C notamment) s'était révélée jusqu'ici incapable de faire fondre les œdèmes ou d'empêcher leur reproduction.

Il n'en était pas de même pour *le repos et l'amélioration du régime*, dont l'influence bienfaisante était notée.

M. H. Gounelle, étudiant la ration alimentaire, de ses malades en asile, et atteints d'œdèmes, constatait que la ration moyenne quotidienne énergétique s'inscrivait à 1.436 calories, et qu'elle était nettement insuffisante, même pour des sujets n'ayant à exercer aucune activité physique. Ses constituants de base étaient notablement inférieurs aux chiffres considérés comme des minima, soit : glucides 256 au lieu de 420 ; lipides 22 pour 40 ; protides 54 dont 18 d'origine animale pour 70 dont 30 d'origine animale. Une fois les œdèmes apparus, l'analyse du sang révélait chez les sujets une *hypoprotidémie* manifeste par hyposérinémie, sans anomalies ni des lipides, ni de la glycémie, des composés minéraux (du sodium notamment) ou des vitamines.

A mentionner, au point de vue expérimental, que le singe, le rat, le chien, lorsqu'ils ont une ration protidique par trop basse, peuvent faire des œdèmes, même si leur taux calorique journalier est suffisant.

En résumé, il semble bien que, dans l'œdème de famine, à une protidémie troublée corresponde une carence d'apport protidique surtout d'origine animale ; d'ailleurs sa disparition coïncide rapidement avec le repos au lit et l'institution d'un régime normalement équilibré.

G. Fischer.

(1) *Deutsche Archiv. f. Klin. Med.*, 1920.
(2) *Revue du Service de santé militaire*, juillet 1937.

A PROPOS DE L'HÉRÉDO-TUBERCULOSE

Réponse aux objections de M. HERVOUET

Par Auguste LUMIÈRE

Lorsque pour la première fois, il y a onze ans, nous avons exposé notre thèse relative à l'hérédo-tuberculose, il nous a paru nécessaire de faire précéder notre ouvrage d'une introduction. dans laquelle nous avons formulé la réserve suivante :

« Nous ne voulons pas présenter, au lecteur, « nos conceptions comme l'expression de véri- « tés inattaquables, mais seulement comme des « hypothèses pouvant servir de point de départ « à de nouveaux sujets de travail. »

Hélas ! cette tentative, en vue de rouvrir un débat sur l'étiologie de la tuberculose n'a guère eu d'échos puisque, depuis onze ans, nous ne comptons que de bien rares auteurs qui ont consenti à discuter certains points de notre étude : M. Calmette tout d'abord, puis quelques années après M. Sergent, et enfin M. le Médecin général Jullien.

Or, nous avons invariablement réfuté les diverses objections qui nous étaient soumises et nos explications n'ont plus suscité de discussions nouvelles de la part de nos opposants.

Si nous avons toujours tenu compte, avec le plus grand soin, des critiques articulées à l'encontre de notre manière de voir, et il n'en a pas été de même des phtisiologues qui n'ont jamais daigné prendre acte des faits en contradiction formelle avec leur théorie contagionniste classique, tels que nous les avons dévoilés, et qui se sont invariablement dispensés de les examiner et de justifier, en fin de compte, les notions professées dans les Facultés.

Cependant, la *Gazette des Hôpitaux* du 30 mars 1940, a publié un article dû à un éminent médecin, membre de l'Académie de Médecine, M. Babonneix, qui a bien voulu faire ressortir combien il serait souhaitable de reprendre l'étude du problème de la bacillose, en tenant compte de nos investigations.

Malgré l'autorité de son auteur, cette proposition n'a tout d'abord pas eu de succès ; mais voici que M. Hervouet, dans le numéro du 9 janvier 1941 du *Concours Médical*, veut bien nous faire l'honneur de soulever quelques objections à notre thèse, et nous lui sommes profondément reconnaissant de nous permettre ainsi de nous expliquer, au sujet de ses intéressantes remarques.

a) LA SIGNIFICATION DU VOCABLE : HÉRÉDO-TUBERCULOSE

M. Hervouet semble d'abord nous accuser de désigner à tort, sous le nom d'hérédo-tuberculose, un phénomène de transmission parentale de la maladie qui n'est pas, à proprement parler, une hérédité, mais une contamination prénatale.

Nous comprenons d'autant plus difficilement ce reproche que nous avons, nous-même, appelé l'attention sur la généralisation abusive que l'on commet en employant le terme hérédité, lorsqu'on écrit hérédo-syphilis ou hérédo-tuberculose pour désigner la transmission de la maladie par infection *in utero*.

A la page 160 de notre dernier ouvrage sur la tuberculose, en effet, nous proposons même d'appeler les phénomènes de cet ordre para-hérédités, afin de les distinguer de l'hérédité véritable, et nous avons développé beaucoup plus largement cette question dans un mémoire spécial, ayant pour titre « Le problème mystérieux des hérédités », publié en 1937, qui figure dans le sixième fascicule complémentaire de nos travaux sur la tuberculose ; nous relevons les phrases suivantes, dans les conclusions de ce mémoire :

« La transmission parentale des maladies infec- « tieuses ne dépend point de changements dans « les dispositions factorielles des cellules géni- « tales ; elle s'opère simplement par le passage « de l'agent infectant de l'organisme des parents « à celui des enfants.

« Il ne s'agit donc pas, dans l'hérédo-syphilis, « comme dans l'hérédo-tuberculose, de véritable « hérédité : le système factoriel, seul support du « patrimoine héréditaire n'est point influencé « dans ce cas ; la transmission de l'état infec- « tieux étant complètement indépendante de ce « patrimoine, elle ne peut-être considérée que « comme une para- ou une pseudo-hérédité qui « ne laisse aucune trace dans le germen. »

Or, notre ouvrage et le fascicule qui renferment ces explications ont été envoyés, en hommage, à M. Hervouet, le premier, le 11 janvier et le second le 22 septembre 1938 ! Sans doute aura-t-il oublié ces travaux, mais ce n'est pas la première fois que l'on nous adresse des critiques sans

avoir pris une connaissance suffisante de nos recherches.

Les vocables hérédo-syphilis et hérédo-tuberculose étant consacrés par un usage séculaire, nous ne pouvions avoir la prétention de changer les appellations, pas plus que nous n'avons songé à faire renoncer au mot anaphylaxie qui, étymologiquement signifie exactement le contraire de ce qu'il désigne effectivement.

b) LA TUBERCULOSE CHEZ LES NÈGRES.

C'est encore pour la même raison, c'est-à-dire pour ne pas s'être souvenu de nos investigations concernant cette question, que M. Hervouet oppose à notre thèse les cas de tuberculose chez les noirs, lorsque ceux-ci quittent leurs pays pour venir dans des contrées infectées par la bacillose.

Il nous excusera de lui rappeler que nous avons parfaitement reconnu la possibilité assez fréquente de la contamination bacillaire des nègres adultes, lorsqu'ils abandonnent leur pays natal et se trouvent en contact avec des cracheurs de germes, mais nous avons fait remarquer que la maladie, dont ils étaient atteints, était une tuberculose à marche rapide, continue et fatale, à localisations ganglio-viscérales tout-à-fait comparable à la tuberculose infantile, qui résulte elle-même d'un contage post-natal.

Cette maladie des nègres ne ressemblait en rien à l'affection bacillaire commune de l'adulte de nos contrées, qui est essentiellement polymorphe et susceptible de rémissions, de régressi ons et de guérison.

Les nègres ont pu être contaminés comme les nourrissons parce que, comme eux, ils n'avaient pas été anaphylactisés, immunisés dans une certaine mesure, par les protéines bacillaires qui les auraient rendus allergiques, c'est-à-dire réfractaires à la contamination. Ayant vécu sur des territoires indemnes de bacilllose, ils restent réceptifs au contage comme les nourrissons.

Mais cette sensibilité des noirs, autrefois constatée avec une certaine fréquence, ne sera bientôt plus que de l'histoire ancienne, car la maladie a aujourd'hui pénétré jusqu'au cœur des populations jadis indemnes ; elle y a été apportée en même temps que la civilisation européenne, accompagnée de ses tares et de ses vices comme l'alcoolisme, la syphilis, la blennorragie, etc... en sorte que ces nègres adultes ne font plus guère maintenant cette tuberculose du type infantile, mais une affection identique à la maladie commune, polymorphe des Européens, en même temps qu'ils sont devenus résistants à la contamination.

Les travaux récents de Couvy nous apprennent qu'il n'y a plus maintenant de différence notable entre les formes de la maladie chez les noirs et chez les habitants de nos contrées.

c) LE RÔLE DES STATISTIQUES DANS L'ÉTABLISSEMENT DE NOTRE THÈSE.

La rigueur de nos conceptions est contestée par M. Hervouet, parce qu'il les considère comme le résultat d'études démographiques, et que ces documents statistiques manquent généralement de précision et peuvent être interprétés de diverses façons.

Mais cette affirmation n'est nullement l'expression de la réalité, car nous avons toujours basé nos déductions sur des faits contrôlables, et nous n'avons usé des statistiques que pour confirmer les déductions que nous avons tirées de ces faits.

En effet, lorsque nous constatons qu'un sujet, appartenant sûrement à une famille indemne de tuberculose, peut vivre pendant des années, dans la plus complète promiscuité avec son conjoint phtisique, sans prendre la moindre précaution, c'est-à-dire dans les conditions optimum de contage, sans être contaminé, nous sommes bien obligé de conclure des observations innombrables de ce genre que la maladie ne se propage pas par contagion entre adultes.

Lorsque nous remarquons que l'on n'arrive pas à nous citer des cas de contamination chez les phtisiologues ou dans les milieux les plus septiques, comme les sanatoriums, ce sont des faits que nous apportons, et non des résultats de statistiques.

Les remarques suivantes se rapportent encore à des faits et non à des investigations démographiques :

On peut prévoir les familles dans lesquelles on rencontrera des tuberculeux et celles dans lesquelles on n'en découvrira pas.

Parmi des enfants de phtisiques, séparés de leurs parents dès leur naissance et pour lesquels les plus grandes précautions ont été prises pour éviter tout contage, nombre d'entre eux ne peuvent échapper à la bacillose quoiqu'on fasse, tandis que des sujets de souches indemnes peuvent vivre au milieu des phtisiques sans être contaminés.

Les parents ayant été atteints de bacilloses locales, guéris depuis longtemps et n'ayant jamais répandu de bacilles autour d'eux, donnent souvent naissance à des enfants qui deviennent tuberculeux, quelles que soient les mesures mises en œuvre pour les protéger contre la contagion.

N'est-il pas difficile d'admettre que des adultes puissent être contaminés par quelques rares germes arrivant en contact avec leurs muqueuses, alors que l'inoculation accidentelle du bacille donne naissance à un tubercule anatomique qui n'aboutit jamais à la généralisation de l'infection, et qui guérit toujours, ou bien alors que l'absorption, également accidentelle d'une gorgée de culture virulente renfermant des milliards de microbes n'entraîne aucun accident?

Quand on a la possibilité d'examiner et de radiographier les parents des phtisiques, on trouve invariablement qu'ils ont eux-mêmes subi les atteintes de la maladie.

Au moment de l'accouchement d'une mère tuberculeuse on peut, dans la grande majorité des cas, constater la présence du virus filtrant et du bacille de Koch dans le sang du cordon ce qui est la preuve du passage du germe de la mère à l'enfant.

La remarquable similitude du siège et de la forme des lésions chez les parents et leurs enfants, si souvent constatée, vient encore à l'appui de la transmission héréditaire de l'affection.

Quand on tuberculise des animaux, quels que soient leur âge, leur race et les conditions de la contamination, l'infection conférée, qui débute au point de pénétration du germe dans l'organisme, se propage invariablement de proche en proche, en empruntant les voies lymphatiques et ganglionnaires, puis atteint les viscères, suivant une marche continue et fatale, dans tous les cas, sans qu'on puisse jamais reproduire la maladie sous la forme commune qu'elle affecte chez l'homme adulte ; c'est-à-dire qu'elle n'est nullement polymorphe, ni retardée et qu'elle n'est susceptible ni d'arrêts dans son évolution, ni de régressions, ni de guérison.

Il n'y a qu'un seul moyen de reproduire expérimentalement cette forme humaine de la tuberculose la plus fréquente ; c'est d'infecter l'embryon.

La statistique n'a rien à voir dans toutes les constatations objectives, et l'on pourrait en citer d'autres encore dans le même sens ; c'est bien sur ces faits que nous avons fondé notre doctrine et non sur des considérations démographiques.

d) L'HÉRÉDO-TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE.

« Pour étayer ses observations doctrinales, « écrit M. Hervouet, et prouver leur réalité, il « lui manque d'avoir entrepris et réussi des « expériences de fécondation, par mâles tuberculisés, de familles saines, lesquelles séparées « des mâles auraient donné naissance à des générations tuberculeuses. »

Il semble, *a priori*, qu'il soit facile de réaliser l'expérience indiquée par M. Hervouet, mais, en réalité, il n'en est rien.

Aussitôt après avoir mis bas, les cobayes femelles se trouvent dans les conditions les plus favorables pour être fécondées de nouveau. Si, à ce moment on les met en contact avec des mâles préalablement tuberculisés, deux cas peuvent se produire : 1° ou bien le mâle a été tuberculisé depuis peu et les bacilles ne se sont pas diffusés dans l'organisme et sont restés au voisinage du territoire, où l'inoculation a eu lieu et dans les lymphatiques et les ganglions partant de cette région : les bacilles qui n'ont pu encore atteindre les organes génitaux et n'ont point encore pénétré dans le sang, ils ne sauraient donc être transmis, l'ensemencement du sang étant alors toujours négatif : 2° ou bien on attend un temps suffisant pour que le germe ait pu se répandre dans l'organisme, mais alors l'animal est stérile. Le spermatozoïde des animaux ainsi tuberculisés ne présente pas les altérations constatées chez l'homme.

Il n'est pas possible, en parlant d'animaux tuberculisés par inoculation post-natale de réaliser les conditions, qui se trouvent réunies dans les cas de tuberculose humaine commune de l'adulte où le malade est, depuis sa naissance imprégné de germes à l'état latent qui, à un moment donné se mettent à pulluler dans les régions les plus diverses de l'économie où ils rencontrent un terrain favorable à leur multiplication.

Les animaux n'étant pas atteints de la maladie polymorphe, maladie générale, de l'homme adulte, l'expérience ne paraît pas être réalisable chez l'animal, avec les facteurs qu'elle comporte dans l'espèce humaine.

Il faudrait, pour atteindre le but cherché, partir de mâles qui auraient été infectés au cours de leur développement embryonnaire et qui ne présenteraient des formes de l'affection analogue à celles de l'homme adulte ; or, jusqu'ici, on n'a réussi à reproduire ces formes que chez les gallinacés, en infectant les œufs ; on obtient alors une maladie à retardement, avec des lésions locales diverses, mais surtout osseuses et il serait, en effet, intéressant d'accoupler les coqs ainsi obtenus avec des poules saines afin d'étudier leur descendance. Nous nous proposons bien d'aborder une telle expérimentation, mais, pour cela, nous devrons attendre des jours meilleurs, les circonstances actuelles étant éminemment défavorables à la poursuite de telles tentatives.

Encore n'est-il pas certain que de telles expériences conduisent à des résultats satisfaisants, car il y a chez l'animal des facteurs de l'expérience, qui diffèrent essentiellement de ceux de la maladie humaine ; le principal est la rapidité du déroulement de tous les phénomènes, chez les animaux, dont les durées de gestation, les longévités, les temps d'évolution de l'affection diffèrent et sont considérablement raccourcis.

e) L'IMMUNITÉ RELATIVE DE L'UTÉRUS.

Elle est considérée par M. Hervouet comme une objection à notre conception étiologique de la bacillose : « La matrice remplissant sa fonc« tion normale de nourrice du fœtus, écrit l'au« teur, à moins de blessures accidentelles, se « défend bien contre les microbes virulents, « malgré un col perméable et c'est au bacille



« de Koch qu'elle est le moins sensible, comme « le prouvent journellement les tuberculeuses « gravides. Cette constatation clinique n'est pas « sans force pour contredire la théorie d'Auguste « Lumière ».

Nous avouons ne pas bien comprendre cette objection. L'origine de l'infection se trouve soit dans le sperme de l'homme tuberculeux, soit dans l'ovule ou le sang de la mère bacillaire, l'utérus n'y est pour rien. L'œuf est contaminé au moment même de la fécondation ou bien dans le cas où la maladie est imputable à la mère, le fœtus peut être par la suite infecté par le sang maternel bacillifère, sans que l'utérus intervienne en aucune manière dans le processus infectieux, aussi bien dans un cas que dans l'autre.

D'ailleurs si nous appliquons le raisonnement de M. Hervouet à la syphilis nous devrions en conclure que la maladie ne doit pas se propager par hérédité, ce qui serait contraire aux constatations les plus flagrantes.

Dans l'hérédo-syphilis, quand le père est atteint, il peut procréer un enfant contaminé, alors que non seulement l'utérus maternel est indemne mais la mère elle-même peut paraître échapper complètement à l'infection, suivant la célèbre loi de Colles.

(*A suivre.*)

LES FACTEURS « GERME » ET « TERRAIN » DANS LA TUBERCULISATION

C'est avec le plus vif intérêt que j'ai lu, dans les numéros 1 et 2, de janvier-février 1941, de la *Revue de la tuberculose* (Société d'études scientifiques sur la tuberculose, séance du 11 janvier, présidence de M. le Professeur Troisier), le remarquable rapport de MM. Emile Sergent et Raymond Turpin, sur « les facteurs de terrain autres que l'allergie dans le processus de tuberculisation ». J'y relève, en particulier, à la page 10, avec une très réelle satisfaction, ce fragment de phrase : « ... la tuberculisation de l'être humain nécessite l'association de deux facteurs, le *germe* envahisseur et *le terrain* récepteur ».

C'est, très exactement, ce qu'à écrit, il y a près de quarante ans, mon regretté maître, le Professeur Grancher, dans son retentissant article, « Tuberculose pulmonaire et sanatoriums ». On en jugera par la lecture de cette page excellente et vraiment magistrale :

« Très semblable à elle-même par son bacille « et les réactions cellulaires que celui-ci provoque « dans les tissus, la tuberculose est aussi très « dissemblable, selon la résistance organique « opposée à sa progression par tel ou tel malade. « Si bien qu'on pourrait dire avec autant de « vérité : Il n'y a qu'une tuberculose, ou, au « contraire, « il y a autant de tuberculoses que « de tuberculeux. » Sans doute, *toutes les maladies « microbiennes où le germe et le terrain se trouvent « face à face en sont là, mais la tuberculose se « distingue de toutes les autres*, diphtérie, fièvre « typhoïde, choléra, etc... *par l'importance « prédominante du terrain, qui commande ici, « sans conteste, la végétabilité et surtout, la cura- « bilité de la bacillose.*

« A bacilles égaux en nombre et en virulence, « deux tuberculeux se comporteront tout diffé- « remment, selon qu'ils auront un bon ou un « mauvais estomac, un bon ou un mauvais sys- « tème nerveux, une bonne ou une mauvaise « circulation et, plus encore, une bonne ou une « mauvaise énergie morale.

« Le premier guérira et le second mourra.

« *Ce sont des différences essentielles, on en con- « viendra, et qu'on ne trouve, au même degré « nulle part ailleurs.*

« Que peut l'état psychique du scarlatineux, « par exemple, sur la marche de la maladie ? « Rien. Or cette vigueur morale est souvent « décisive devant le bacille de Koch, qu'il faut « combattre longtemps, avec intelligence, cou- « rage et ténacité. Si bien que la cure de la tuber- « culose est, avant tout, chose individuelle et « qu'on ne saurait sagement lui appliquer une « formule générale, inflexible.

« En matière de tuberculose, il n'est pas deux « malades à qui convienne toujours le même « conseil, *pour peu que le médecin étudie avec « soin les détails du traitement, détails variant « à l'infini et très importants à connaître dans « leurs variétés.*

« Les principes de la cure sont les mêmes pour « tous, assurément, mais leur application change « pour chaque cas particulier ». (*Le Bulletin médical*, 7 mars 1903.)

Nos anciens maîtres en phtisiologie, servis par leur admirable sens clinique, n'ont donc pas fait fausse route dans leur enseignement et si les hypothèses qu'ils ont laissées ne leur ont pas toujours survécu, il n'en est pas moins vrai que les faits qu'ils avaient observés et qu'ils nous ont rapportés, avaient été vus et bien vus.

Ainsi que l'a dit très justement le Professeur Ch. Achard, à la fin de son « éloge du Professeur Grancher », prononcé à l'Académie de médecine dans sa séance annuelle du 11 décembre 1923, « chaque année, s'accroît le nombre de ceux qui bénissent le nom de Grancher. Heureux les morts que la postérité grandit ! »

Dr HAMANT.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'avenir des fractures du poignet

Les fractures, intéressant l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, sont parmi les plus fréquentes. Le Docteur M. Auvray base son travail sur l'observation de 78 cas, vus en expertise.

Pour l'appréciation du quantum d'invalidité permanente, il a tenu compte des facteurs de déchet suivants : la déformation persistante du poignet, les attitudes vicieuses de la main et des doigts, la douleur siégeant au niveau des articulations radio-carpienne et radio-cubitale inférieure, l'atrophie intéressant les muscles de l'avant-bras et de la main avec la diminution de la force, qui en est la conséquence, la limitation des mouvements du poignet, des doigts, de l'avant-bras, les troubles trophiques dela circulation, les troubles infectieux surajoutés dans les fractures ouvertes.

Dans les 2/3 des cas, l'incapacité temporaire dure de un à trois mois. Le taux des invalidités permanentes s'échelonne de 0 % à 48 % ; dans plus de la moitié des cas, il est inférieur à 10 %.

On n'oubliera pas que toute fracture du radius doit être radiographiée ; lorsqu'il existe un déplacement du fragment inférieur en haut et en arrière, ce qui est assez fréquent, la réduction de la fracture, sous anesthésie de préférence, doit être pratiquée le plus rapidement possible ; une seconde radio assurera le contrôle de bonne réduction. La main sera placée en bonne position de réduction, c'est-à-dite en flexion forcée et en adduction dans un appareil plâtré, qui ne sera pas maintenu en place plus d'une quinzaine de jours. Ensuite un traitement physiothérapique permettra de lutter contre la raideur du poignet et des doigts. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 mai 1941).

Les troubles du rythme cardiaque dans la maladie de Basedow

Le Professeur Ch. Aubertin montre l'importance considérable des troubles du rythme dans la maladie de Basedow et dans le goitre toxique, troubles qui ne sont connus que depuis peu. Cependant, ils jouent un rôle considérable dans l'apparition de l'asystolie basedowienne ; aussi méritent-ils d'être traités à double titre, pour eux-mêmes et à cause de la menace qu'ils constituent au point de vue de l'insuffisance cardiaque toujours possible. Ces troubles consistent en extrasystoles, tachycardie paroxystique ; mais, parmi eux, l'arythmie complète par fibrillation est de beaucoup la complication la plus importante de la tachycardie basedowienne par sa fréquence et par sa signification pronostique, car elle mène d'ordinaire à l'asystolie.

Le fait intéressant est que cette arythmie complète elle-même est un symptôme d'hyperthyroïdisme, et qu'elle peut guérir après thyroïdectomie, avant et même après que l'insuffisance cardiaque s'est déclarée. La même thérapeutique s'applique également à la plupart des troubles du rythme cardiaque dans le basedowisme. (*Paris Médical*, 10 mai 1941).

Les centres ruraux de la Jeunesse et le médecin

Ces centres, organisés pour les jeunes chomeurs de 17 à 20 ans, jeunes hommes ou jeunes filles, doivent participer à leur formation professionnelle et encourager le retour à la terre. Le Professeur Nobécourt en expose l'organisation et le fonctionnement. Ils pourront exercer une influence heureuse ou fâcheuse sur la santé physique, psychique et morale de ces jeunes gens. Les médecins ont donc le devoir de s'y intéresser.

Ils tiendront compte de ce fait que la « jeunesse » est la dernière période de la phase de croissance de l'individu. Dans le sexe féminin, la puberté s'achève dans la seizième année, deux ans plus tôt que dans le masculin. Par suite la jeunesse commence deux ans plus tôt chez la fille que chez le garçon ; elle se termine également plus tôt, pendant la dix-neuvième année ; pour la jeune fille, on pourrait donc, sans inconvénient, abaisser à 15 ans la limite d'admission. Cependant, de nombreux sujets s'écartent des moyennes : il y a des précoces et des retardés, des forts et des chétifs, des jeunes gens qui jouissent de la santé, d'autres qui en sont privés et même sont malades.

Le rôle du médecin dans les centres ruraux de la jeunesse est donc de première importance. Il ne consiste pas seulement à donner les soins aux malades ; il comporte l'hygiène collective et individuelle, la surveillance régulière de la santé des jeunes gens, la prophylaxie des maladies. (*Gazette des Hôpitaux*, 17 mai 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Ankyloses temporo-maxillaires

(M. L. DUFOURMENTEL ; 14-5-1941)

M. Dufourmentel présente une note sur 182 cas d'ankylose temporo-maxillaire. Il envisage d'abord l'étiologie de ces ankyloses, qu'il ne faut pas confondre avec les trismus chroniques. Dans les 132 cas en question, il a rencontré les causes suivantes : 11 fois des applications de forceps, 45 fois des arthrites (dentaire, blennorragique, etc.), 46 fois des traumatismes (accidents, forceps), 41 fois une origine inconnue. Ces derniers cas se rangent sous un aspect clinique particulier : il s'agit généralement d'enfants dont la mâchoire inférieure est très atrophiée et qui n'ont jamais ouvert la bouche nettement. Les parents racontent habituellement qu'ils se sont aperçus de l'infirmité de leur enfant vers six mois ou un an. Si le sujet est adulte, il ne peut donner aucune précision sur l'origine de son affection et la croit congénitale.

On comprend fort bien que, dans les premiers mois de la vie, l'ankylose puisse passer inaperçue. C'est seulement à l'occasion d'un examen de la gorge que, d'ordinaire, l'impossibilité d'ouvrir la bouche fait constater l'ankylose. Un certain nombre de ces ankyloses qualifiées de congénitales résultent en réalité d'une altération articulaire produite au cours de manœuvres obstétricales laborieuses. Dans le même ordre de faits, Raphaël Massart a rapporté en 1930 à la Société des chirurgiens de Paris sept cas de malformations articulaires diverses d'origine obstétricale.

L'ankylose est une lésion simple à reconnaître dans la plupart des cas, mais on peut hésiter sur l'unilatéralité et sur le côté ankylosé. Une bonne radio donnera la précision nécessaire. D'emblée, toutefois, un signe permet, dit M. Dufourmentel, de reconnaître l'unilatéralité et le côté malade : c'est la déviation de la mâchoire de ce côté.

Le traitement, qui est opératoire, sera complété par une mobilisation continue avec l'appareil de Darcissac.

— M. MONDOR, dans l'étiologie des ankyloses temporo-maxillaires des nourrissons, signale le rôle de l'infection articulaire par le gonocoque.

Kyste du col du fémur. Enchevillement à l'os purum

(MM. R. SAUVAGE et P. CHIGOT. — Rapport de M. FUNCK-BRENTANO ; 21-5-1941)

Chez une jeune femme se plaignant de souffrir de la hanche, l'examen radiographique montra une image kystique du col du fémur. Les auteurs pratiquèrent un curetage suivi de plombage et d'enchevillement cervical à l'os purum.

L'os purum est un os épuré de graisse, de tissu conjonctif et de matières albuminoïdes. Il a été préparé pour la première fois par Svanté Orell. Il se modèle plus facilement que l'os frais. Son potentiel ostéogénétique est toutefois encore discuté.

Radioscopie et radiographie en salle éclairée

(M. M. D'HALLUIN, de Lille. — Rapport de M. J. PATEL ; 21-5-1941)

Pour obvier aux inconvénients des examens en salle obscure ou de l'usage de la bonnette, les radiologues ont modernisé leurs procédés. Certains, pour apporter dans un délai record les renseignements utiles au chirurgien, ont abrégé le temps du développement des clichés (meuble de John Bowker, pupitre de Putti, cabine de Pierre Porcher) ; d'autres ont imaginé des méthodes d'examens radiologiques en salle éclairée. M. d'Halluin recommande la technique préconisée en 1935 par Ledoux-Lebard, Long et Saget, dont le principe est l'éclairage de la salle par une lumière monochromatique jaune, convenablement répartie. M. d'Halluin a apporté des modifications à cette méthode, qui offre encore certains inconvénients.

Greffes et autoplasties cutanées dans les blessures de la main et des doigts

(M. Marc ISELIN. — Rapport de M. WILMOTH ; 21-5-1941)

M. Marc Iselin a adressé un mémoire sur la technique des greffes et autoplasties cutanées dans la réparation des pertes de substance de la main et des doigts. Il pose, comme principe primordial, qu'aucune perte de substance cutanée de la main ou des doigts ne peut être abandonnée à la cicatrisation spontanée, pas plus qu'elle ne doit être suturée « sous tension », parce que toute cicatrice, à ce niveau, a une tendance imprévisible mais très fréquente à devenir vicieuse.

Deux conditions sont essentielles pour obtenir des résultats satisfaisants : l'immobilisation complète de la partie à recouvrir, jusqu'à cicatrisation de la greffe ou de l'autoplastie ; l'adaptation parfaite de la greffe aux irrégularités de surface de la lésion. L'auteur expose la technique qui permet de réaliser ces conditions.

P. L.

Société médicale des Hôpitaux de Paris

Syndrome anémique et granulopénique après sulfamidothérapie ; guérison

(MM. P. Hillemand et P. Andoly ; 28-3-1941)

Les complications portant sur les éléments granuleux du sang sont classiques au cours de la sulfamidothérapie ; elles vont depuis la granulopénie légère jusqu'à l'agranulocytose mortelle. Elles sont heureusement assez rares, puisque, malgré l'emploi de plus en plus grand des sulfamides et à des doses de plus en plus élevées, ces faits se comptent.

Une femme de 72 ans présente une bronchopneumonie à rechute. Après avoir reçu 18 grammes de 693, elle présente une éruption scarlatiniforme. Le traitement est continué malgré tout (total de 52 grammes en quatorze jours) ; il aboutit à la guérison. Après quatre jours d'apyrexie, rechute thermique : 8 grammes de 1162 F en quarante-huit heures. Survient alors un syndrome anémique et granulopénique avec 3.000 globules blancs, dont 4 p. 100 de polynucléaires. Transfusion. Hépatothérapie. Traitement martial. Guérison.

Il est bien difficile d'établir un pronostic sur le seul tableau clinique ou sur la formule hématologique. Bien plus important est l'établissement d'un myélogramme, qui peut à lui seul donner des indications précises sur l'étendue des modifications médullaires, et par conséquent sur le pronostic de l'évolution future.

Comme causes prédisposantes, on ne peut invoquer ni l'âge, ni le sexe, ni le terrain ou la variété de sulfamides employés. Comme signes d'alarme, on peut signaler l'importance des arythmies et des élévations thermiques, que rien n'explique. On doit enfin insister sur le danger des doses peu élevées, longtemps prolongées.

Un cas méconnu de calcification de la plèvre et ses conséquences sociales

(M. E. Rist et Mme Orgeolet ; 28-3-1941)

Un assuré social de 52 ans, terrassier de son métier, d'aspect robuste, sans autre symptôme respiratoire, ne se plaignait que d'une toux matinale, en rapport avec une rhino-pharyngite banale. Or pendant plus de trois ans, il fut considéré et traité comme un tuberculeux par plusieurs médecins, des assurances sociales, de dispensaires, d'un hôpital et de deux sanatoriums, et, comme tel, maintenu au repos et à l'oisiveté, bien qu'il ne demandât qu'à travailler. Toutes ces erreurs provenaient d'une fausse interprétation de ses clichés radiographiques, bien que l'examen clinique demeurât normal et la bacilloscopie négative.

Chez cet homme, quelques années plus tôt, un accident du travail avait causé une fracture de côte avec répercussion pleurale ; un hématome pleural passa inaperçu, et c'étaient les séquelles, qui, sous forme d'une image anormale persistante, avaient causé les erreurs d'interprétation radiographique. Ce qui étonne, c'est que le diagnostic de tuberculose ait été maintenu automatiquement pour ainsi dire et contre toute vraisemblance par une série de médecins, sur la seule constatation de cette image, il est vrai assez rare.

— M. Laubry. C'est un fait que le nombre et le perfectionnement de nos moyens techniques vont de pair avec la facilité et la multiplicité des erreurs de diagnostic. Nanti d'un examen ou d'une donnée sphygmomamométrique, radiologique ou électrocardiographique, le médecin oublie qu'il est médecin. Il ne faut plus s'étonner, dès lors, des traitements les plus fantaisistes, des conclusions les plus inattendues et les plus sévères formulées sur le vu d'une silhouette cardiaque, d'une ombre radiologique, mal interprétée ou isolée du contexte clinique.

Accidents biotropiques indirects cérébroméningés des sels d'or et des arsenicaux

(M. G. Milian ; 7-3-1941)

Les sels d'or, comme les arsénobenzènes, sont susceptibles, au cours d'un traitement, de déterminer des accidents cérébro-méningés, qui sont souvent qualifiés d'apoplexie séreuse, et qui sont en réalité des accidents biotropiques indirects, qui n'ont rien à voir avec une intoxication. C'est au neuvième et dizième jours après le début du traitement que se déclarent ces accidents cérébraux (délire, agitation, raideur de la nuque, suivis de torpeur et de demi-coma, Kernig, et accompagnés d'érythème scarlatiniforme avec fièvre, leucocytose et albuminose du liquide céphalo-rachidien). Ce début du neuvième jour pour le biotropisme de l'or et de l'arsénobenzène permet de le distinguer des accidents cérébraux toxiques.

A ce propos, l'auteur rappelle qu'il existe trois variétés d'accidents cérébraux, consécutifs aux injections d'arsénobenzène : les cérébro-méningés du neuvième jour avec érythème scarlatiniforme ou morbilliforme d'origine infectieuse, par biotropisme indirect, avec leucocytose céphalo-rachidienne.

Les accidents toxiques, qui surviennent après plusieurs séries d'arsenic, altérant progressivement les endocrines (dont les surrénales), sans érythème, avec convulsions, coma et mort, le liquide céphalo-rachidien demeurant normal.

Les accidents biotropiques directs, avec activation de la syphilis, hémiplégie, hémorragie cérébrale, etc. Chacune de ces trois variétés d'accidents doit être soigneusement différenciée, car la thérapeutique est différente suivant les cas, et dépend par conséquent du diagnostic.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(26-4-1941)

Les spasmes vasculaires dans l'hypertension

M. R. GIROUX. — Après avoir rappelé les troubles provoqués par les spasmes dans leurs diverses localisations : centres nerveux, cœur, membres, l'auteur démontre la réalité des spasmes à la lumière des travaux antérieurs des physiologistes, des neurologistes et des ophtalmologistes. Il étudie sous quelle influence le spasme se déclenche et expose les causes de l'exagération passagère du tonus vasculaire, variables suivant les formes de l'hypertension. Il insiste sur l'importance de l'état anatomique des artères intéressées. Il en dégage une conclusion pratique pour le traitement qui doit être dirigé avant tout contre les paroxysmes hypertensifs.

En dehors du traitement médical, il discute les résultats obtenus par les interventions chirurgicales, dont l'action est certaine sur les troubles fonctionnels, passagère sur la pression artérielle elle-même, et favorable sur les paroxysmes hypertensifs.

Quelques notions pratiques sur l'extra-systole

M. J. WALSER. — L'arythmie extra-systolique se rencontre avec une très grande fréquence, dans les conditions les plus diverses, aux âges les plus différents, dans le cas de cœurs normaux, comme celui de cœurs pathologiques. En elle-même, elle ne signifie rien ; elle ne prend de valeur que par l'atmosphère dans laquelle elle apparaît. Ses caractères physiques, ses expressions fonctionnelles varient sans permettre, à eux seuls, aucune conclusion sur l'état cardiaque ou extra-cardiaque responsable.

Elle dépend tantôt d'un état d'excitabilité constitutionnelle, tantôt d'excitations cardiaques ou extra-cardiaques. Les extra-systoles qui s'observent au cours des cardiopathies organiques présentent un grand intérêt pratique, car elles traduisent habituellement une hypotension myocardique. Il en est ainsi, en particulier, en cas d'hétérotopie des complexes extra-systoliques, au cours de l'arythmie complète ou d'un traitement digitalique.

La connaissance des facteurs d'hyperexcitabilité et d'excitation responsables de l'extra-systole règle les diverses indications thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 *Juin* 1941

Torsion intra-abdominale du grand épiploon

M. PLANSON présente une observation de torsion aiguë du grand épiploon ayant abouti, en quarante-huit heures, au sphacèle de tout l'organe. Il rappelle la rareté de l'affection et la difficulté du diagnostic. Il estime qu'on peut tout au plus soupçonner la torsion lorsque, se trouvant en présence d'un tableau clinique d'appendicite aiguë, on perçoit dans l'hypogastre ou la fosse iliaque droite une masse volumineuse, paraissant superficielle et présentant des contours imprécis. La coexistence d'une hernie inguinale droite, réduite ou non, constitue un élément en faveur du diagnostic.

A propos d'une hémarthrose par entorse du genou

MM. F. MASMONTEIL et J. VAUTIER rapportent une observation d'hémarthrose par entorse du genou, où la laxité articulaire était considérable et où la ponction fut pratiquée d'urgence.

Ce cas montre : 1° que la laxité articulaire (disparue trois jours plus tard) peut relever d'une simple distension capsulaire et n'implique pas forcément une rupture ligamentaire ; 2° que la ponction d'urgence comporte beaucoup d'avantages et ne s'accompagne pas obligatoirement d'une récidive de l'hémarthrose.

Les Livres

LE MOUVEMENT SANITAIRE,
40, rue Marbeuf, Paris (VIIIe)
et Librairie LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris

R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — Prophylaxie des maladies contagieuses. Un vol. 120 p., 1940. (Publication de l'Institut Pasteur), 25 francs.

Ce livre est une mise au point des notions scientifiques actuelles sur la prophylaxie des maladies contagieuses et de la législation dont on dispose pour organiser la lutte contre ces maladies.

Les différentes prophylaxies sont exposées suivant l'ordre que la loi a fixé pour la déclaration des maladies contagieuses.

Cette mise au point est faite sous une forme très condensée précisant, pour chaque prophylaxie, la marche à suivre, profitant des cas particuliers pour exposer des techniques qui ont un intérêt général telles que la désinfection en cours de maladie, la méthode de Milne, la dératisation, la désinsectisation, etc...

Groupant un nombre considérable d'idées et de faits exposés dans un style clair et précis, ce livre sera un guide sûr pour les hygiénistes et pour tous ceux qui ont le souci de la santé publique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE RELÈVEMENT DES TARIFS

Suivant de solennelles promesses faites il y a plus d'un an les prix devaient être sévèrement réglementés, le coût de la vie devait être stabilisé, nous ne devions plus revoir, grâce à notre économie fermée, les hausses désordonnées de la guerre précédente.

De ce beau programme chacun sait ce qu'il est advenu. Même des services d'intérêt public comme les chemins de fer, ont fini par céder à la vague et rehausser leurs tarifs, ce qui ne peut manquer, à brève échéance, de retentir sur les cours. C'est presque un bonheur que de nombreuses denrées manquent totalement sur le marché car nous ignorons ainsi à quels prix fabuleux nous aurions à les payer, en admettant que nous le puissions.

Car les tarifs médicaux n'ayant pas bougé d'une ligne depuis de nombreuses années, il s'ensuit que le budget des médecins est mis en déroute par ce grave déséquilibre dans l'économie nationale ; notre pouvoir d'achat diminue peu à peu et, après avoir sacrifié déjà tout ce qui, de près ou de loin ressemblait à du superflu, nous en sommes maintenant à lésiner sur le nécessaire. Nos familles se restreignent et le moment est à prévoir où nos enfants mal vêtus, mal chaussés, mal chauffés et mal nourris réuniront toutes les conditions possibles pour que l'hiver soit meurtrier.

En telle occurence, il n'est que de parler franc. Les médecins français ne peuvent indéfiniment parfaire à l'insuffisance de leurs recettes avec de la résignation et de la bonne volonté. Il faut bien en venir à réviser les tarifs.

Aucun, ni en clientèle libre ni en pratique de tiers payant, n'est, et de loin, en concordance avec les conditions actuelles.

Le tarif des accidents du travail date de 1938. Il est extrêmement clair, précis et suffisamment complet. C'est un tarif national, il est fréquemment commenté et expliqué par la presse professionnelle (le *Concours médical* notamment). Nous ne voyons aucune critique à formuler contre ce tarif, si ce n'est qu'il devrait être révisé à l'heure qu'il est, en raison de l'élévation du prix de la vie.

Le tarif relatif aux bénéficiaires de l'article 64 date de 1922, le dernier relèvement date de 1930.

Quant aux tarifs de l'Assistance médicale gratuite, ils sont départementaux.

S'il est un tarif absolument indéfendable, c'est bien celui qui est prévu pour les indemnités kilométriques. *Aujourd'hui comme il y a dix ans*, le prix du kilomètre parcouru est le suivant dans les départements de la Charente (plaine) et de la Haute-Vienne (montagne) :

	Charente	Haute-Vienne
Accidents du travail....	1.50	1.80
A. M. G...............	1.24	1.50
Article 64.............	1.24	1.40

C'était là, il y a dix ans, non une source de profits pour le médecin, mais une indemnité équitable. Mai on pouvait alors acheter une petite voiture neuve pour moins de dix mille francs ; le bidon d'essence coûtait dix francs ; l'impôt sur les bénéfices non commerciaux était de 12 % et il était atténué par de substantiels abattements. Mais aujourd'hui, la même petite voiture coûte, non plus neuve, mais sur le marché des occasions près de vingt mille francs ; le bidon d'essence est passé de 10 à 30 francs, l'huile de 9 à 19 francs le litre. Un pneumatique 150/40 « S » qui valait en 1935 189 francs, coûte aujourd'hui 610 fr. soit plus du triple (1).

Nous avons envisagé la question des tarifs. Mais les règlements que doit observer le médecin qui donne ses soins à des tiers-payants, sont trop souvent imprécis, confus, répartis en de nombreuses Circulaires quelquefois contradictoires. On doit surtout leur reprocher leur très grande diversité. Tel médicament sera pris en charge par les services d'assistance d'un département, mais ne sera pas autorisé dans le département voisin ; il sera autorisé sous certaines réserves dans un troisième département. La prescription de ce même médicament pourra n'être autorisée que sur production d'un rapport détaillé concluant à son absolue nécessité, etc., etc... Ce n'est là qu'un exemple : le nombre des visites faites à un même malade est réglementé, mais le règlement est différent suivant le département ou l'organisme en cause. Les mémoires, qui doivent être produits tous les trimestres ou tous les ans suivant les cas, sont établis sur des imprimés qui tous sont de conception

(1) Le Docteur P. (Région de l'Est) nous adresse, à ce sujet, un travail très étudié d'où il ressort que l'indemnité kilométrique, aux conditions actuelles devrait être de 8 francs par kilomètre aller et retour, 4 francs par kilomètre parcouru. On voit de quelles sommes sont quotidiennement frustrés les médecins. (N. D.L. R.).

différente. Certains de ces imprimés ont été extrêmement mal étudiés, et la rédaction des mémoires devient un véritable casse-tête.

De ces constatations découle la nécessité des mesures suivantes :

1° Fixation du tarif minimum de la clientèle libre en rapport avec le taux actuel des charges qui pèsent particulièrement sur les médecins, tarif unique pour tout le territoire ;

2° Etablissement d'un tarif de tiers-payants qui sera :

a) Basé sur le tarif de clientèle libre ;

b) Unique pour tout le territoire ;

c) Unique pour toutes les catégories de tiers-payants.

Cet extrait d'un travail dû à deux de nos lecteurs les Docteurs Grézilier et Chefceville, de Rochechouart, résume bien la position du Corps médical dans la question des tarifs.

Ce n'est pas en taisant des griefs qu'on les éteint. Inutile de laisser couver un malaise qui ne peut qu'aigrir les esprits.

Mieux vaudrait admettre qu'une question qui se pose appelle une solution et sans plus attendre étudier les termes de cette réponse. L'hypothèse d'une baisse apparaîtra d'emblée inadmissible et du coup la convention projetée avec les Caisses d'assurances sociales se verra condamnée.

Mais sur ce premier résultat, il faut en superposer un autre et dans une période comme celle où nous entrons (pour combien de temps ?) ne serait-ce pas ou jamais le moment de reprendre, sous l'égide de l'Ordre cette fois, l'étude d'une échelle mobile faisant varier les tarifs en fonction du coût de la vie.

Rien n'est aussi gênant à régler que les questions d'argent. Certains y répugnent par délicatesse ; d'autres y font montre d'une avidité sordide. Moins, dans une profession comme la nôtre, on parle de gros sous et mieux cela vaut. Afin de n'avoir pas tous les six mois (plaise au ciel que ce ne soit pas plus souvent) à reconsidérer nos tarifs et conventions diverses, l'échelle mobile serait souhaitable. Du moins, tel est mon avis. Est-ce aussi celui des lecteurs ?

G. L.

QUAND Y AURA-T-IL « QUELQUE CHOSE DE CHANGÉ » ?

Un lecteur indigné nous adresse la lettre suivante :

Un an après une humiliante défaite, deux ans jour pour jour, après notre criminelle déclaration de guerre, un journal du soir consacre la moitié de sa première page, avec photos, à l'arrivée à Paris d'un chanteur de café-concert.

La foule se rue, paraît-il, à la gare de Lyon... Des gerbes de fleurs, des bras tendus, de tendres baisers... même le micro. Notre « chanteur national » est enfin parmi nous. Paris est sauvé, la vie va reprendre.

Après une longue campagne stoïquement supportée sur la Côte d'Azur ensoleillée et enjuivée, il a le courage d'affronter l'occupant. Honneur à lui !

Et pendant ce temps, silencieusement, dignement, à la Française en un mot, de bons petits Français arrivent dans une autre gare, la gare de l'Est.

Ils ont fait la guerre — pendant de longs mois de captivité ils n'ont pas arpenté la Croisette de Cannes. Leurs photos ne seront pas publiées dans les journaux. On n'en parle pas... Seraient-ils des gêneurs ?

Qu'on sache bien cependant que malgré leur rentrée obscure, on les retrouvera bientôt vaillamment groupés autour du Maréchal pour rappeler à la simple décence, ceux qui espèrent que ça continuera comme avant.

Dr M. Humbert (Neuilly).

Ainsi, en cet été de 1941 où la nature elle-même semble se refuser à accueillir les plaisirs à fleur de peau de l'été, les badauds parisiens sont déjà revenus, eux, à leurs passe-temps imbéciles de badauds. On les revoit se presser dans un hall de gare autour d'un histrion qui, avant la crise, leur serinait ses couplets et leur inoculait sa propre indigence mentale. Nous en revenons (y étions-nous restés ?) à cette époque, si peu éloignée dans le temps et que nos soucis font pourtant si lointaine, où débarquaient à la gare Saint-Lazare, du même train transatlantique, d'une part Madame Curie, solitaire et effacée, de l'autre je ne sais plus quelle star ou quel pitre porté en triomphe par une foule d'admirateurs.

Est-il vraiment si opportun d'évoquer à l'esprit le « *Panem et circenses* » des cités déclinantes ? Est-il nécessaire d'attester de telle sorte que la leçon de l'an dernier n'est pas encore apprise..... ou qu'elle est déjà oubliée ?

G. L.

L'ORDRE DES MÉDECINS

par Me Bernard Auger

Avocat au Conseil d'État et à la Cour de Cassation

Les médecins, ai-je dit dans un article antérieur, sont passés brusquement de l'état d'anarchie, modérément tempéré de syndicalisme, à l'état de collectivité.

Cette affirmation mérite quelque commentaire : peut-être même une démonstration. Car son exactitude n'apparaît pas évidente. La loi du 7 octobre 1940, qui a opéré cette transformation, s'intitule, assurément, *loi instituant l'Ordre des médecins* : mais elle n'institue rien du tout ; elle se contente de doter de Conseils, muni de pouvoirs étendus, cet Ordre dont elle ne parle pas.

***

Cet Ordre existe-t-il pourtant ?

Le terme *d'Ordre*, du latin *Ordo*, signifie étymologiquement *liste* : *l'Ordre* est essentiellement la liste, le tableau, des personnes qui exercent une même profession, qui sont unies par un même intérêt, qui sont honorées de la même décoration. Mais lorsque la collectivité de ces personnes jouit de droits, a des obligations qui sont distinctes de ceux ou celles de ses membres, elle forme une personne morale : le mot « ordre » a désigné, en même temps que le tableau, la personne morale constituée par les personnes physiques inscrites sur ce tableau. Et c'est ainsi que nous avons vu naître les Ordres d'avocats ; l'Ordre des membres de la Légion d'honneur ; que certaines congrégations religieuses, parmi les plus importantes et les plus illustres, sont décorées du nom d'Ordre.

Tout *Ordre* suppose donc, par définition même, l'existence d'une communauté de droits, d'obligations, d'intérêts, entre ceux qui sont inscrits sur ses tableaux ; il suppose que leur réunion possède des droits et obligations propres, distincts de ceux de ses membres ; qu'elle constitue, ainsi, ce qu'on est convenu d'appeler une personne morale. Dès lors, dire qu'il existe un Conseil supérieur et des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ; que ces Conseils dresseront la liste des personnes admises à exercer la profession médicale, lesquelles, en retour, éliront leur Conseil, et seront soumises à une discipline instituée et surveillée par lui, c'est, nécessairement, constituer entre ces personnes une communauté d'intérêts, créer véritablement un Ordre. C'est le créer par prétérition ; mais c'est le créer tout de même.

***

Ainsi, l'Ordre des Médecins existe.

Mais quels en sont les caractères juridiques, et sous quel régime vit-il ? C'est ici qu'on eût aimé que les auteurs de la loi du 7 octobre 1940 eussent lu Talleyrand ; ils se seraient rappelé que Talleyrand a écrit, ou dit, quelque part, que ce qui va sans dire, ira encore mieux en le disant... Car, des droits et obligations de la collectivité des médecins la loi ne nous dit seulement que « le Conseil départemental assure dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre et en gère les biens. Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'Ordre (art. 16) »; que (art. 17) les biens des Syndicats médicaux seront liquidés sans frais dans le délai de deux mois, et seront transférés au Conseil départemental de l'Ordre, lequel les attribuera aux organismes d'assistance professionnelle qu'il devra créer à cette fin.

Nous savons ainsi que l'Ordre peut posséder des biens, qui seront gérés par le Conseil départemental, créer des organismes d'assistance, et percevoir des cotisations.

Nous ne savons pas grand'chose, et force nous est de recourir au droit commun, pour construire l'édifice dont le législateur a vraiment un peu trop négligé de tracer le plan. Ce *droit commun* sera essentiellement constitué par la législation applicable aux Ordres d'avocats, qui ont, indubitablement, constitué le modèle sur lequel l'Ordre des Médecins a été créé ; il est certain que le législateur de 1940 a considéré que, dans tous les cas où il n'en disposait pas autrement, les principes applicables aux avocats seraient appliqués aux médecins.

Les Ordres d'avocats se sont vu, de toute antiquité, reconnaître la personnalité civile, et cet état de droit a été consacré par le décret du 20 juin 1920, dont l'art. 16 attribue au Conseil de l'Ordre la gestion des biens de l'Ordre, l'administration de ses ressources, et l'art. 18 déclare que « le bâtonnier représente l'Ordre dans tous les actes de la vie civile ». Du fait que les médecins sont réunis en Ordre ; que cet ordre aura des ressources et des biens propres, on doit donc

conclure qu'à l'instar des Ordres d'avocats, il aura la personnalité civile.

Cette personnalité civile sera-t-elle définie par le droit privé ? Non, car le droit privé est à base contractuelle ; toute collectivité de droit privé se constitue par l'accord des volontés, et il ne se forme pas de contrat entre l'Ordre des médecins et ses membres. Sans doute, chacun de ceux-ci a librement choisi la profession médicale, et a sollicité l'inscription au tableau ; mais, dès l'instant qu'il voulait exercer la médecine, il n'était pas libre de ne pas se faire inscrire, et le Conseil de l'Ordre n'était pas libre de le refuser : *l'inscription est un droit* pour tout individu honorable, remplissant les conditions légales de capacité. L'Ordre n'est donc pas une *association*, mais un *établissement public*, au même titre, et même à plus forte raison, que les barreaux d'avocats, à qui ce caractère est généralement reconnu (APPLETON, *Traité de la profession d'avocat*, n° 70 ; DUCROCQ, *Cours de droit administratif*, VI, 2468 ; PAYEN et DUVEAU, *Les règles de la profession d'avocat et les usages du barreau de Paris*, 2e éd., n° 6 et suiv.)

En tant qu'établissement public, l'Ordre peut posséder : l'art. 16 de la loi du 7 octobre 1940 le dit expressément. Il peut posséder n'importe quels biens, meubles et immeubles ; les limitations de la loi du 1er juillet 1901 ne lui sont pas opposables. Il peut les acquérir à titre onéreux, par les économies réalisées sur les cotisations de ses membres, ou en remploi d'un bien patrimonial aliéné. Il peut acquérir aussi à titre gratuit, par donation ou par testament à la condition toutefois que ces dons ou legs ne soient affectés d'aucune charge, condition ou affectation immobilière ; et qu'il n'y ait pas de réclamation des familles ; dans le cas contraire, un décret en Conseil d'Etat serait nécessaire (art. 4 et 7 de la loi du 4 février 1901).

L'Ordre est *un*. Il n'y a pas *des* Ordres de médecins ; il y en a *un seul*, unique pour toute la France métropolitaine et la Corse. La loi ne dit pas, en effet : Conseils de l'Ordre départemental des médecins, mais Conseil *départemental* de l'Ordre des médecins ; et l'art. 16 dit : le Conseil départemental assure *dans son ressort* la défense des intérêts matériels *de l'Ordre* et en gère les biens. Les médecins d'un département ne forment donc pas une collectivité dotée de la personnalité civile ; les biens situés au milieu d'eux appartiennent à l'Ordre tout entier, et au point de vue patrimonial, le Conseil désigné par eux n'est qu'un organe d'administration des biens de l'Ordre.

Mais si les biens acquis par l'Ordre ont généralement une affectation spéciale au profit des médecins d'une région déterminée (tels seront, par exemple, les biens qui lui seront transférés par suite de la liquidation des biens des Syndicats, et qui, dit l'art. 17, seront affectés « aux organismes de coopération de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département »); si le Conseil départemental doit affecter à ses frais généraux, ou aux besoins des médecins de sa circonscription les revenus des biens qu'il acquerra avec l'excédent de ses ressources (nous reviendrons sur ce point) d'autres biens peuvent recevoir une destination plus large. Ce sera le cas, d'abord, de ceux qui auront été donnés ou acquis pour les besoins de la profession médicale toute entière, ou de certaines familles de cette profession, répandues sur toute la France : je veux parler des biens des anciens syndicats de spécialistes, dissous, biens qui ne peuvent évidemment être attribués au Conseil départemental du département dans lequel ils ont leur siège, mais doivent garder autant que possible leur affectation. Je sais bien que les groupements professionnels de spécialistes sont assez discutés en ce moment ; leur nécessité n'apparaît pas, car l'on estime que le Conseil supérieur de l'Ordre, d'une part, les Conseils départementaux, d'autre part, suffisent pour défendre les intérêts des spécialistes. C'est exact ; on peut, cependant, concevoir la constitution, dans l'intérêt exclusif des membres d'une spécialité donnée, où qu'ils résident, d'une masse de biens destinée à assurer un service donné, propre à ces spécialistes. Ce sera le cas aussi, des biens ou valeurs achetés comme placement, sur les excédents de recette du Conseil supérieur, lequel doit pouvoir en disposer pour les besoins généraux de la profession. Ces biens, ces valeurs, doivent être soustraits au Conseil départemental dans le ressort duquel ils sont situés pour être administrés, et utilisés, par le seul Conseil supérieur. Bien que la loi ne le dise pas expressément, j'estime que le Conseil supérieur a la même vocation que les Conseils départementaux à la gestion patrimoniale de l'Ordre, chacun devant, naturellement, demeurer dans son plan.

Cette *dualité de plans*, nous amène à admettre un partage de la cotisation des membres de l'Ordre.

Cette cotisation, dit l'art. 16, est fixée par le Conseil départemental, d'accord avec le Conseil supérieur. Elle est destinée, comme la cotisation syndicale, d'abord à assurer le fonctionnement du Conseil départemental. Mais, toujours comme la cotisation syndicale, cette cotisation doit également subvenir aux frais de l'organisme central ; en autorisant le Conseil départemental à demander telle somme à ses ressortissants, le Conseil supérieur stipulera que telle part de cette somme lui sera ristournée pour ses frais généraux, ses publications s'il y a lieu, et les œuvres médicales d'intérêt national.

(*A suivre*).

LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Sa tarification en matière d'Assurance-maladie

Par le Docteur Fernand DECOURT

A propos d'une réponse que j'avais faite, dans un précédent *Concours*, j'ai reçu du Docteur SAINT-MARTIN de Carnac-Plage, spécialisé en quelque sorte en la matière, une lettre fort intéressante car elle « situe » fort bien le traitement de la luxation congénitale de la hanche en fonction de sa tarification en matière d'assurance-maladie, je désire donc publier ici les observations de cet excellent confrère, en y ajoutant celles qui me sont ainsi suggérées.

J'avais répondu que K. 60 correspond au traitement en entier, que celui-ci soit effectué en une ou plusieurs fois puisqu'il est dit : « Membres : Luxation congénitale de la hanche unilatérale, traitement complet ». Le Docteur Saint-Martin est du même avis, en faisant remarquer que « cette interprétation est évidemment délicate». Puis il précise ainsi son idée :

« Habituellement ce traitement complet comprend un premier temps avec réduction et application d'un plâtre en première position. Environ trois mois après, un deuxième temps avec plâtre en position intermédiaire ; encore trois mois après un troisième plâtre en position définitive. Au bout de ces neuf mois, on place l'enfant sur un cadre et on commence la mobilisation des articulations et la rééducation de la marche et ceci normalement pendant environ un mois. Bien entendu, il y a des variations dans ce traitement puisque parfois on ne fait pas de plâtre et on applique des appareils, mais pour ne pas compliquer les choses, ne parlons que du cas habituel.

« Donc le « traitement complet » dure environ dix mois et il semble que le K. 60 s'applique au traitement pendant ces dix mois. Donc, il n'est plus question d'un traitement pendant vingt jours, puis ensuite des honoraires journaliers ».

Une observation, au point de vue pratique, s'impose tout d'abord. Est-il équitable, dans une série de trois interventions, de placer dans la même classification ce traitement complexe et celui, par exemple, d'une réduction de luxations par méthode sanglante de l'épaule ou du maxillaire inférieur ? Je laisse aux chirurgiens le soin de juger, me contentant de poser la question, et je poursuis la lettre du confrère :

« Je ne crois pas, pour ma part, qu'on puisse compter à chaque reposition intermédiaire un *K.* 16 pour répétition d'un grand appareil plâtré, puisque cet appareil plâtré fait partie du traitement « normal » de la luxation congénitale. Tout au plus pourrait-on compter un K. 16 si l'on était obligé de renouveler plus souvent les plâtres, comme cela arrive parfois avec les jeunes enfants qui croissent dans l'appareil ».

J'avais proposé de compter ce K. 16 à chaque renouvellement de plâtre, précisément parce que, « normal » ou non, le dit renouvellement n'en a pas moins lieu et qu'il m'apparaît « normal », à moi aussi, de compter également *tous* les renouvellements quelle qu'en soit la cause. Et je persiste encore dans mon opinion — qui d'ailleurs ne pourrait qu'atténuer l'injustice que je signalais plus haut de compter K. 60 pour des interventions triples alors qu'on compte le même prix pour d'autres faites en une seule fois.

« Quoiqu'il en soit, ajoute notre confrère, moi qui vois assez souvent des luxations congénitales, je ne compte que K. 60 et, au début, j'étais bien embarrassé pour porter une indication sur la feuille de maladie. Doit-on porter K. 60 lors de la réduction avec le premier appareil ? Oui, mais si, pour une raison quelconque, l'enfant ne revient plus et qu'on ne termine pas le traitement ? Je porte donc chaque fois : premier temps, deuxième temps ou troisième temps, etc... d'un traitement orthopédique C H I = K. 60 ».

Ceci montre bien qu'il y aurait lieu d'examiner à nouveau cette classification en K. 60 pour cette série d'interventions. S'il s'agit par exemple, d'un assuré assisté et que deux ou trois chirurgiens aient successivement pratiqué chacune des trois interventions, à QUEL chirurgien la Caisse devra-t-elle payer les honoraires de son tarif de responsabilité basé sur le K. 60 ou comment fera-t-elle la « ventilation » entre les trois, ce qui évidemment devrait s'imposer ?

Notre confrère, chemin faisant, me fait remarquer — et avec raison — que, en cas de LUXATION BILATÉRALE, réduite simultanément, ce n'est pas K. 60 + K. 60 : 2, soit K. 90 qu'il faut compter, mais bien K. 80 puisqu'on trouve à cette dernière rubrique : « Luxation double congénitale de la hanche (réduction simultanée ». Cette remarque est absolument justifiée, je m'excuse de n'avoir pas découvert ce K. 80 et d'avoir suivi la règle ordinaire des « interventions simultanées » qui donnait bien K. 90. Décidément, le traitement de la luxation congénitale n'a pas de chance, là encore on « rogne » quelque peu sur ce qui paraîtrait légitimement dû. Passons.

***

Elargissant la question, toujours en fonction des Assurances sociales, le Docteur Saint-Martin poursuit :

« D'ailleurs, ces traitements orthopédiques soulèvent bien d'autres question . Comment les faire régler puisque les Caisses ne prennent en charge les maladies que pour six mois. Faut-il demander, au bout de ces six mois, une nouvelle feuille comme s'il s'agissait d'une nouvelle maladie, mais alors que porter comme indication ? Il me semble que *cette question des traitements orthopédiques* (affections congénitales, luxations, pied bot, etc... ou affections acquises : mal de Pott, tumeurs blanches, etc...) *devrait être reprise et précisée.*

« Je me permets de vous signaler une autre lacune dans la Nomenclature, celle des *examens de laboratoire.* Rien n'est prévu, par exemple, pour la recherche du bacille diphtérique avec ou sans culture, dans un frottis de gorge. Faut-il marquer K. 4 par analogie avec recherche du gonocoque ? Or, vous savez que le remboursement dans ces cas est dérisoire et très inférieur à ce qu'il serait si ces examens étaient tarifés en P. C..... »

N'avais-je pas raison de trouver cette lettre intéressante et utile à publier ? Il conviendrait évidemment de revoir la Nomenclature générale, et c'est ce qui était déjà en voie à la Confédération lorsque la guerre est venue tout bouleverser.. A l'heure actuelle, il est bien certain que le *Conseil national de l'Ordre* doit être saisi de toutes ces questions et je ne manquerai pas de communiquer toutes ces réflexions à son éminent président.

Mais ce sont là des points particuliers et il doit en être un certain nombre *d'autres* qu'il conviendrait de réunir, en vue d'un travail d'ensemble à présenter. On peut toujours essayer de compléter ces premières suggestions, aussi je demande à nos confrères de vouloir bien m'envoyer leurs remarques sur certaines modifications ou additions éventuelles à la Nomenclature générale actuelle.

C'est ce que j'ai déjà fait, à plusieurs reprises, en matière d'accidents du travail et c'est ainsi que certaines modifications dans plusieurs tarifs successifs (dont celui actuel) ont été établies sur des bases que j'avais proposées à la Commission officielle, d'après les suggestions que j'avais centralisées suivant les lettres reçues des confrères. En matière de réformes, quelles qu'elles soient, importantes ou secondaires, c'est toujours auprès des « usagers » eux-mêmes qu'on peut, et qu'on doit, se renseigner au préalable...

Donc, la parole est aux chirurgiens, en pareille matière, et aussi aux omnipraticiens d'ailleurs. Dès que j'aurai réuni un stock important d'observations, je me permettrai de les présenter à « qui de droit », ce qui, en l'espèce, ne peut-être que le *Conseil national de l'Ordre* qui a pour mission précisément de mettre de « l'ordre » — et cela matériellement aussi bien que moralement — dans notre grande famille médicale française.

HYPOVITAMINOSE A, HÉMÉRALOPIE ET ACCIDENTS DE LA ROUTE

Ou conséquences variées et inattendues d'un défaut de vitamines dans l'alimentation

Lorsqu'elle n'est pas en rapport avec des altérations oculaires (rétinite pigmentaire, choroïdite, etc.), l'héméralopie peut apparaître sous forme épidémique, à la suite de jeûne prolongé (pratiques religieuses) ou de conditions alimentaires défectueuses.

Elle s'associe alors à la xérophtalmie et est en rapport avec l'hypovitaminose.

On l'observe par exemple en temps de guerre chez les soldats fatigués et mal alimentés. Les signes en sont connus et avaient été relevés déjà lors de la précédente guerre : des sujets doués d'une acuité visuelle normale dans le jour, voient cette acuité baisser brusquement dès le crépuscule ; la nuit ils en arrivent à ne plus pouvoir se conduire, et à se comporter comme des aveugles. Les agents de liaison s'égarent et ne peuvent remplir leur mission.

En temps de paix les conséquences ne sont pas moins funestes. L. A. Mauville (*Journ. Am. Méd. Assoc.*) a rapporté qu'il a trouvé 20 à 50 % de la population de Portland atteinte d'héméralopie à divers degrés et voit dans ce fait une cause d'accidents de la route. Il relève qu'à Portland la majorité des piétons victimes de tels accidents ont dépassé l'âge de 50 ans et souffrent à un degré plus ou moins marqué d'un manque de vitamine A.

La prophylaxie consiste à assurer un apport suffisant de vitamine A. Les auteurs diffèrent sur ce point, mais il faut compter 4.000 U R par jour. Cette quantité, on la trouve dans 35 gr. de foie de veau, 120 gr. de fromage ou de carottes crues, 150 gr. de prunes. L'huile de foie de morue contient aussi de la vitamine A en proportion notable et est toujours à conseiller en cas d'hypovitaminose de ce type.

Malheureusement, en ce qui nous concerne actuellement, aucune de ces sources de vitamine n'est à notre portée, et les sujets frappés d'héméralopie par avitaminose n'ont guère qu'un remède : rester chez eux sitôt la nuit tombée.

G. L.

A PROPOS DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Si je me permets de formuler quelques critiques et de faire quelques suggestions à propos de la réforme des études médicales qui est, de nouveau, à l'ordre du jour, c'est qu'un concours fortuit de circonstances m'a placé dans une situation privilégiée pour juger.

Au moment où je me suis installé à Poitiers pour faire de la médecine générale, et plus spécialement, de la pédiatrie, j'ai été nommé à l'Ecole de médecine professeur suppléant d'anatomie, histologie et physiologie. Pendant neuf ans, j'ai dû enseigner l'anatomie, ce qui a surpris toujours et fait sourire parfois mes anciens collègues, restés sur la notion de ma culture médicale. Maislelumineux enseignement de mon conférencier d'internat, Métivet, devenu chirurgien des hôpitaux, m'avait révélé l'anatomie intelligente et pratique, et laissé le goût de cette science. Grâce à son imprégnation, j'ai pu, souvent avec joie, conduire mes élèves dans « le dédale péritonéal », et trouver chez eux un écho qui demeure fixé dans la dédicace de deux ou trois thèses.

A la fin de ma suppléance, j'ai été nommé professeur de physiologie. Je me suis ainsi trouvé en présence d'une tâche nouvelle, en face de mon ignorance des notions les plus indispensables à la connaissance de la physio-pathologie humaine. Comment, en effet, peut-on comprendre le dérèglement d'un organisme dont on ne sait à peu près rien du mécanisme normal, c'est-à-dire de la physiologie ?

Et voici que je compte, parmi mes élèves, un de mes enfants dont je puis, chaque jour, voir l'effort et les conditions de labeur imposés par lesprogrammes.

Ce sont les observations que j'ai pu faire en cette période de quinze années, qui m'inspirent aujourd'hui un certain nombre de critiques et de suggestions, et me les font dédier à ceux qui ont la rude, mais belle tâche de réformer pour alléger ou éclairer l'avenir des jeunes.

***

Les critiques essentielles, que je crois devoir ajouter à celles qui ont déjà été faites, pour les renforcer ou les compléter, sont de divers ordres.

1° Le facile accès aux études médicales, ouvertes à tout venant, *sans sélection préalable*, sans filtration rigoureuse par des examens d'un niveau défini, a une large part dans la dévaluation progressive de la profession médicale, où la concurrence exagérée se montre plus dégradante que profitable ;

2° Le P. C. B., est un enseignement beaucoup trop scientifique, encombré de classification et de formules inutiles, qui n'*ajoutent rien à la culture générale*, et qui ne préparent absolument pas à la biologie médicale. Sans doute nos connaissances augmentent chaque année, mais, puisque la capacité cérébrale n'en fait pas autant, il est indispensable de trancher dans les notions anciennes, et de choisir parmi les acquisitions récentes, en pensant toujours qu'on s'adresse à de futurs médecins ;

3° La part respective des matières qui composent le programme des études médicales ne semble pas beaucoup mieux adaptée à son but. Celle de l'Anatomie est encore excessive, et il est inadmissible que l'Histologie, la Physique et la Chimie soient placées à peu près sur le même pied que la Physiologie, comme si nous ignorions Claude Bernard...

4° La sanction des études, n'est ni assez sévère, *ni assez nettement définie*. Le niveau des examens flotte au gré de chaque Faculté ou Ecole, dont l'intérêt matériel et moral est d'avoir de bonnes statistiques pour conquérir ou garder la réputation estudiantine d'avoir de bonnes manières...

5° La libre spécialisation qui permet à tout docteur en médecine de s'intituler O. R. L. ou pédiatre sous prétexte qu'il a fait quelques années de stage dans l'un de ces services, comporte maints dangers réels dont le moindre est l'abus de confiance ;

6° L'enseignement, dans son ensemble, manque souvent d'entrain et de vigueur parce que nombre de professeurs sont titularisés trop tard dans des chaires qui, à quelques belles exceptions près, gagneraient à être renouvelées plus tôt.

***

Les suggestions, qui me semblent pouvoir répondre à ces critiques objectives sont d'ordre général, et n'ont d'autre prétention que de chercher une meilleure méthode :

1° L'accès aux études médicales serait limité par un *concours d'entrée anonyme*, qui ferait une *première sélection*, en éliminant les paresseux et les médiocres, ceux qui ont pu se faufiler au travers du baccalauréat à la faveur

d'un hasard, d'une intrigue ou d'un strabisme divergent, comme ceux qui, pour réussir, comptent sur leurs relations plutôt que sur leur mérite.

La proportion des éliminés pourrait être d'un tiers, par exemple, au départ. Elle serait mieux établie ultérieurement lorsque l'expérience aurait fixé les prévisions d'un recrutement annuel moyen.

Mais je ne crois pas qu'il faille limiter le nombre des admis au nombre de places à pourvoir, comme s'il s'agissait de Polytechnique ou de Normale. Pour ces grandes Ecoles, l'enseignement continue *dans le sens* des aptitudes qui en ont assuré l'entrée. Pour la Médecine, il en va tout autrement : le programme comporte *des épreuves absolument nouvelles*, telles que la dissection humaine et surtout la connaissance des malades. Or, un étudiant peut être très moyen en biologie quand il fait de la science pure et se montrer à l'hôpital pourvu d'un sens clinique avisé, d'une psychologie pénétrante, ou d'une grande habileté manuelle alliée à une réelle maîtrise de soi, c'est-à-dire avoir l'étoffe d'un médecin ou d'un chirurgien de valeur. Il faut donc *lui fournir l'occasion de révéler ces dons*, lui permettre de les cultiver et d'en tirer profit dans *une deuxième épreuve de sélection*, qui fixerait définitivement le nombre des étudiants en médecine. Ceux-ci seraient répartis dans les différentes Facultés *en proportion directe des ressources hospitalières de chacune*, et au choix des intéressés, dans l'ordre de leur succès au concours, avec possibilité de permutation pour convenances personnelles.

Cette sélection capitale pourrait avoir lieu à la fin de la deuxième année. Elle comporterait une *épreuve écrite anonyme d'admissibilité*, portant sur l'anatomie et la physiologie, avec coefficient 3, une épreuve pratique de sémiologie médicale et de petite chirurgie, avec coefficient 2, et une épreuve orale portant sur les autres matières (histologie, physique, chimie) avec coefficient 1. Comme il s'agirait d'un concours, les candidats seraient directement intéressés à ne négliger aucune matière, dont *le programme serait d'ailleurs nettement défini.*

Qu'on ne m'objecte pas la complexité ou la longueur d'une telle série d'épreuves : le rôle social du médecin, la haute responsabilité de sa tâche quotidienne, valent tout ce qui peut être fait pour assurer un recrutement de choix. Il est aussi vain qu'injuste de déprécier sans cesse la génération qui monte en l'opposant à celle qui s'en va, quand c'est nous, les aînés, qui formons les jeunes, qui les formons en chair et en esprit...

D'ailleurs pour ne pas encombrer démesurément les concours, les candidats ne pourraient pas se présenter plus de trois fois à chacun d'eux ;

2° Le maintien du P. C. B. paraît désirable sous certaines réserves.

Il faut qu'il soit orienté nettement et uniquement vers la médecine, dans le sens d'une culture scientifique générale, dégageant les grandes lois de la biologie, végétale ou animale, soulignant l'importance de la phylogénèse pour éclairer nombre de notions anatomiques, physiologiques ou cliniques, réduisant la chimie minérale au profit de la chimie organique, limitée elle-même aux notions indispensables à la compréhension ultérieure de la chimie médicale, multipliant les expériences de physique plutôt que les formules mathématiques, comportant des travaux pratiques judicieusement choisis.

Il faut, en effet, que le P. C. B. familiarise l'étudiant avec le microscope, lui fasse connaître la difficulté d'une analyse chimique, qualitative ou quantitative, l'entraîne à critiquer les données brutes de l'expérimentation, et à saisir le rôle du facteur personnel dans la valeur des résultats obtenus. Cette formation lui évitera plus tard de demander au laboratoire des renseignements qu'il ne saurait fournir, ou d'attribuer à ceux-ci une valeur absolue qu'ils ne peuvent avoir.

Pour que le P. C. B. soit profitable aux futurs médecins, *il faut qu'un programme bien limité soit imposé aux professeurs,* et que les Facultés des Sciences ne groupent pas dans un même cours, les étudiants qui s'orientent vers la médecine et ceux qui préparent seulement un certificat scientifique accessoire ou superflu.

Or, il doit être possible d'extraire des matières actuellement enseignées au P. C. B. celles qui sont indispensables à la culture générale d'un médecin et à la compréhension de la physique, de la chimie et de la biologie médicales.

Quant à savoir s'il faut ou non maintenir le P. C. N. S., c'est une question qui ne nous concerne pas.

Par contre, il importe de fixer :

3° Le dosage respectif des diverses matières, figurant au programme des études de médecine.

Il faudrait commencer par *bien délimiter la part de chaque science,* du seul point de vue de l'enseignement, de façon à ce que le même sujet, chevauchant sur la physiologie et la physique ou la chimie par exemple, ne soit pas traité plusieurs fois, par des professeurs qui se concurrencent ou... se contredisent, laissant ainsi l'étudiant perplexe et désorienté.

Puis il conviendrait d'établir des proportions s'inspirant, non point de la prétention de chaque enseigneur qui réclame instinctivement la priorité pour son produit, mais *du rôle de chaque science dans la vie professionnelle du médecin.* Sous cet angle, il me paraît incontestable que,

malgré les progrès récents de la physique et surtout de la chimie, l'anatomie et la physiologie restent à la base de la pratique médicale courante.

C'est pourquoi j'ai proposé précédemment des coefficients qui donnent une prépondérance nette et légitime à la physiologie aussi bien qu'à l'anatomie.

Et comme les autres matières auraient leur part dans le résultat, dans le classement du concours d'admission définitive, *elles ne seraient plus négligées* comme elles l'étaient autrefois, quand elles n'intervenaient qu'accessoirement dans le succès à un simple examen, ce qui avait conduit au système actuel de tirage au sort ;

4º Le jugement des épreuves est plus difficile à organiser, car on ne peut envisager un jury unique pour tant de candidats.

Mais il me paraît possible de désigner un certain nombre de centres où les étudiants se rassembleraient pour le concours comme ils se rassemblent pour une compétition sportive ; où les examinateurs seraient tirés au sort, dans une proportion définie, parmi les Professeurs de Faculté et d'Ecole, chaque Ecole du ressort central ayant obligatoirement un représentant au moins ; où, enfin, le pourcentage d'admissibles serait fixé chaque année en tenant compte à la fois des ressources hospitalières et du renouvellement professionnel à prévoir.

Ce système aurait au moins le double avantage de conserver au recrutement des praticiens un caractère régional qui semble désirable, et d'assurer, par l'*anonymat des épreuves écrites* et par une *composition hétérogène du jury*, le maximum d'équité dans la correction des copies, dans le choix des futurs médecins.

C'est sur les mêmes bases que devrait être assuré,

5º Le recrutement des spécialistes dont la proportion s'est accrue démesurément, osons dire dangereusement, depuis une vingtaine d'années.

Déjà le Conseil supérieur de l'Ordre a pris pour tâche de définir la spécialisation, de limiter le nombre des spécialistes.

Mais cela ne suffit pas.

Il faut aussi, pour chaque spécialité, *fixer le nombre de ses représentants par rapport au nombre des médecins.*

Il faut enfin que le titre soit garanti, aussi bien pour la clientèle que pour le spécialiste, par *un concours défini* qui, avec ou après la thèse, terminerait le cycle des études médicales.

Dans ce cycle, d'ailleurs, je crois qu'*il y aurait avantage à intégrer le système des concours de l'Assistance publique.* L'externat serait remplacé par le concours de sélection définitive (fin de la deuxième année). L'internat serait remplacé par le concours de spécialisation, avec *une organisation définie de chaque spécialité.* Je proposerais, par exemple, que le futur pédiatre fasse un an d'internat de médecine générale, un an de chirurgie infantile (pour se familiariser non point avec la technique, mais avec l'indication opératoire), et deux ans de médecine infantile. Et il faudrait faire entrer l'éducation physique dans le cadre des spécialités, ce qui lui vaudrait une meilleure place dans le cours antérieur des études de médecine.

Enfin :

6º La qualité de l'enseignement serait vraisemblablement améliorée par une titularisation plus précoce des professeurs, et par une orientation plus spécifique des cours.

Sans doute, *il est difficile et délicat de fixer une limite d'âge pour l'enseignement,* car la *valeur du pédagogue dépend moins de son ancienneté que de ses propres dons.*

Mais il y aurait intérêt à distinguer deux degrés, deux étapes dans l'enseignement :

1º un enseignement destiné aux étudiants et assuré par des professeurs relativement jeunes, qui auraient pour tâche d'apprendre aux futurs médecins, l'essentiel des données scientifiques actuelles ;

2º un enseignement destiné à tous ceux — professeurs ou praticiens — qui ont besoin ou souci de compléter leurs connaissances, dans des cours de perfectionnement, où leurs doyens exposeraient le fruit précieux d'une riche expérience ou le résultat naissant d'un labeur personnel.

Ainsi les élèves seraient dispensés des cours trop savants ou trop limités, et les Maîtres garderaient la possibilité, consolante ou féconde, de continuer leur enseignement devant un auditoire mûr, qualifié pour une critique objective des données nouvelles de la science.

***

Au total, les diverses suggestions que je fais sur la réforme projetée des études médicales, ont pour *base fondamentale le concours.*

Or je n'ignore pas, — les ayant moi-même observées ou subies — toutes les imperfections de ce mode de recrutement.

Mais je crois qu'il reste, pour le moment, le meilleur moyen de réaliser, parmi les étudiants, une sélection qui combatte la pléthore et assure au médecin une valeur professionnelle digne de son rôle social.

M. Ferru,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

Chronique automobile



LE CARBURE DE CALCIUM POUR DÉSHYDRATER L'ALCOOL

Par M. Henri PETIT,
Ancien élève de l'Ecole Polytechnique,
Rédacteur en chef de la *Technique automobile*

J'ai eu l'occasion d'indiquer incidemment en parlant de l'alcool, qu'on pouvait le déshydrater au moins dans une certaine mesure en utilisant l'affinité du carbure de calcium pour l'eau. Cette remarque a trouvé de l'écho parmi mes lecteurs. J'ai reçu une assez volumineuse correspondance à ce sujet.

Comme les résultats obtenus par mes divers correspondants sont extrêmement variables (certains d'entre eux ne sont arrivés, m'ont-ils dit, à aucun résultat), je crois utile de revenir aujourd'hui sur ce point pour exposer la technique de l'opération et indiquer quels résultat, on peut en attendre.

***

On sait que lorsqu'on met en présence du carbure de calcium et de l'eau, les deux corps réagissent l'un sur l'autre et il se forme de l'acétylène gazeux et de la chaux solide. L'acétylène se dégage. C'est le mode de préparation universellement employé pour l'acétylène.

Si l'eau utilisée est plus ou moins mélangée d'alcool, la réaction a lieu de la même façon, tandis que le carbure ne réagit pas sur l'alcool. Il en résulte par conséquent, qu'après réaction, la proportion d'eau contenue dans l'alcool a diminué de la quantité correspondant à celle qui a été utilisée pour décomposer le carbure de calcium.

Il y a bien entendu une proportion définie entre le poids de carbure à employer et le poids d'eau contenu dans l'alcool hydraté, afin d'obtenir un résultat complet. On sait qu'il faut environ un demi-litre d'eau pour décomposer un kilo de carbure de calcium. Il suffira donc de connaître le poids d'eau contenu dans l'alcool hydraté pour savoir quel poids de carbure on doit utiliser.

L'alcool éthylique commercial est caractérisé quant à sa pureté par son degré . Rappelons que le degré de l'alcool représente le nombre de centimètres cubes d'alcool pur contenu dans 100 centimètres cubes d'alcool hydraté.

De l'alcool à 90 par exemple c'est de l'alcool qui renferme 90 centimètres cubes d'alcool anhydre par 100 centimètres cubes d'alcool hydraté.

Les mélanges d'eau et d'alcool présentent cette particularité assez curieuse de se contracter par rapport à la somme du volume de chacun des deux composants. C'est ainsi que si l'on verse dans une éprouvette 90 centimètres cubes d'alcool pur et 12 centimètres cubes d'eau, le volume total n'est que de 100 centimètres cubes.

Voici d'ailleurs le poids de l'eau contenue dans de l'alcool à différents titres :

Degré de l'alcool	Poids d'eau dans un litre d alcool hydraté	Poids théorique de carbure de calcium nécessaire pour déshydrater
100	0	0
95	62	124
90	119	238
80	228	456
70	334	668
60	437	874

Comme le carbure commercial est loin d'être pur et contient des matières inertes, on pourra forcer de 10 à 15 % le poids indiqué dans le tableau précédent.

On peut être tenté quand on veut pratiquer l'opération, de jeter simplement au fond du vase contenant l'alcool à déshydrater le poids de carbure correspondant. Si on agit de la sorte, on constate que le dégagement gazeux relativement abondant au début se ralentit assez rapidement à mesure que la chaux s'accumule au fond du vase sous forme d'une poudre grisâtre. On est amené à conclure que la réaction est terminée. Mais si l'on remue le dépôt avec un bâton, on s'aperçoit que les morceaux de carbure sont, en quelque sorte enterrés dans la chaux et se trouvent par suite soustraits à l'action de l'alcool. Et c'est probablement cette méthode qu'ont utilisée ceux de nos lecteurs qui ne sont arrivés à aucun résultat pratique.

Voici un procédé commode et qui donne de bons résultats. Dans le vase destiné à contenir le liquide pendant la réaction, on dispose à peu près au tiers de la hauteur du liquide, à partir du fond, une grille en treillis de fil de fer à mailles assez petites pour que le carbure ne la traverse pas. C'est sur elle que l'on place le carbure, apès quoi on verse l'alcool. Dans ces conditions, la chaux, à mesure qu'elle se forme, se détache du carbure et tombe au fond du vase, laissant les morceaux de carbure de cal-

cium toujours propres et par conséquent en contact intime avec l'alcool.

Malgré cette précaution, l'opération est longue et il faut compter au moins 48 heures ou même davantage pour arriver à un résultat à peu près complet.

Nous disons à peu près complet. On ne peut en effet, par ce procédé, arriver à une déshydratation complète de l'alcool, probablement parce qu'une partie de l'acétylène produit reste en solution dans l'alcool, empêchant ainsi dans une certaine mesure l'attaque d'être complète.

D'autre part, l'alcool s'hydrate dans une atmosphère humide. Il convient donc d'opérer dans un local sec et de prendre les précautions indiquées plus loin.

A titre d'indication, disons qu'en partant d'un alcool à 80°, nous avons obtenu après 48 heures de réaction de l'alcool à 95 degrés.

On pourra suivre les progrès de la déshydratation en prélevant de temps en temps, un échantillon de l'alcool et en faisant un essai à l'alcoomètre de Gay-Lussac. Rappelons à ce propos que pour faire une mesure correcte du degré de 'alcool, il faut, ou bien opérer à une température de 15 degrés, ou bien, si la température est différente, faire une correction.

Le tableau des corrections à faire est assez important et occuperait plusieurs pages de cette revue : on le trouvera dans les formulaires et en particulier dans l'annuaire du Bureau des Longitudes des années de millésime pair. Dans l'annuaire 1938, le tableau figure pages 382 et suivantes.

La correction à faire est importante et on ne saurait la négliger. Par exemple, si l'alcoomètre indique comme degré apparent 90, le degré réel est de 95 si l'on opère à 0 degré, et au contraire est seulement de 85 si l'on a opéré à une température de 30 degrés. La correction est, on le voit, d'à peu près un tiers de degré alcoolique par degré C en plus ou moins de 15° dans le cas que nous avons choisi pour exemple. Le degré apparent est moins élevé que le degré réel si la température est inférieure à 15 degrés ; il est au contraire plus élevé que le degré réel pour des températures supérieures à 15°.

L'opération est terminée, quand, après avoir agité le liquide et l'avoir laissé reposer, on ne voit plus de bulles de gaz apparaître à la surface. Il convient alors de laisser reposer longuement la chaux qui est très ténue et de décanter au mieux, ou de siphonner avec précaution. Quoiqu'on fasse, le liquide ainsi transvasé sera toujours un peu trouble. On aura tout intérêt à laisser déposer de nouveau les petites particules de chaux qui sont restées en suspension après la première opération. Le mieux serait évidemment de filtrer soit sur du papier buvard, soit sur un linge à mailles assez fines.

Le volume de l'alcool aura sensiblement diminué pendant l'opération. D'abord, il y a l'eau qui a été enlevée et qu'on ne retrouve plus. D'autre part, la boue de chaux qui reste dans le fond contient encore une portion non négligeable d'alcool qu'il est bien difficile de récupérer. On pourra essayer de filtrer cette boue sous pression.

Enfin, une autre cause de perte d'alcool, c'est l'évaporation pendant l'opération. Pour l'éviter autant que possible, on devra opérer dans un local frais et ne pas laisser le vase ouvert : il devra être recouvert d'un couvercle aussi hermétique que possible, complètement étanche si l'on peut, et dans ce cas, on y ménagera un petit orifice sur lequel on soudera un tube de faible diamètre par lequel l'acétylène pourra se dégager. On évitera ainsi en outre l'hydratation de l'alcool par l'humidité atmosphérique, qui, en vase ouvert, est loin d'être négligeable. C'est même ainsi qu'il a été dit plus hant cette hydratation qui limite dans certains cas la déshydratation qu'il est possible d'obtenir avec le carbure de calcium.

L'acétylène est assez fortement soluble dans l'alcool ; à 18°, le coefficient de solubilité est de 6, c'est-à-dire que, dans un litre d'alcool, il reste dissous 6 litres d'acétylène. C'est là d'ailleurs un fait favorable, puisqu'on enrichit ainsi le pouvoir calorifique de l'alcool. Cet enrichissement est, du reste, assez faible : le pouvoir calorifique inférieur de l'acétylène est d'environ 11.000 calories au mètre cube, soit 11 calories par litre. On aura donc introduit dans un litre d'alcool environ 66 calories. Le pouvoir calorifique de l'alcool à 90 étant de 5.000 calories par litre, l'enrichissement sera d'environ 1,2 à 1,3 %. C'est évidemment à peu près négligeable.

L'alcool contenant ainsi un peu d'acétylène dissous donnera, cependant, des mises en route plus faciles que l'alcool non carburé. Nous n'avons malheureusement pu faire d'essais précis sur ce point en raison de la température élevée actuelle. Si, en effet, la voiture a séjourné dans une atmosphère à 25°, la mise en route se fait aisément à l'alcool ordinaire, sans réchauffage préalable.

On pourrait, il est vrai, augmenter la quantité d'acétylène dissous dans l'alcool en opérant sous pression, le volume d'acétylène pouvant se dissoudre dans un litre d'alcool étant proportionnel à la pression. Mais il faut bien se garder d'utiliser ce phénomène en raison des propriétés explosives de l'acétylène. L'alcool acétyléné ne doit être utilisé qu'à la pression atmosphérique.

Les règlements spécifient en effet que le seul solvant autorisé pour l'acétylène est l'acétone. Mais c'est là la lettre du règlement, et il faut, je crois, en appliquer plutôt l'esprit. Si l'on a exclu les autres solvants de l'acétylène, c'est qu'on a pensé à l'utilisation de l'acétylène dissous

comprimé. L'acétylène dissous dans l'alcool à la pression atmosphérique ne présente absolument aucun danger.

Ce mode de déshydratation de l'alcool que nous venons d'exposer est loin d'être nouveau. Il a été expérimenté en effet en particulier par le laboratoire de la Société Technique automobile en 1917 et les résultats de ces recherches ont été publiés dans la *Technique Automobile* du quatrième trimestre 1921, nº 115, sous la signature de M. Nicolardot.

Les expériences de Nicolardot avaient pour but de chercher un procédé permettant de mélanger d'une façon stable l'alcool et l'essence ; l'auteur indiquait que si l'on obtient des résultats appréciables par la méthode que nous venons d'exposer on constate que la déshydratation était beaucoup plus complète si l'on fait bouillir ou si l'on distille l'alcool sur le carbure de calcium.

Les résultats obtenus montraient que si 100 volumes d'alcool à 95° dissolvaient à 0°, 30 volumes d'une certaine essence, le même alcool traité par le carbure de calcium à froid dissolvait 100 volumes et si l'alcool avait été bouilli avec du carbure de calcium, la dissolution pouvait se faire en toutes proportions.

L'alcool et l'éther

Dans la correspondance reçue à propos de l'utilisation de l'alcool ou de la recherche de carburants faciles à employer, nous trouvons d'assez nombreuses lettres relatives à l'utilisation de mélanges binaires d'alcool et d'éther ou de mélanges ternaires d'alcool, d'essence et d'éther.

L'éther ordinaire, (improprement appelé éther sulfurique puisqu'il ne contient pas un atome de soufre), peut être mélangé à l'alcool dans un double but : favoriser la mise en marche à froid et rendre possible le mélange d'alcool hydraté et d'essence.

L'éther très volatil a une tension de vapeur élevée, même à la température ordinaire. Il est d'autre part combustible. Par conséquent, si l'on ajoute un peu d'éther (10 % par exemple) à de l'alcool à 90 ou 95°, la mise en marche du moteur pourra se faire très généralement sans réchauffage préalable ; c'est là une propriété précieuse pour ceux qui ne disposant pas d'essence ne veulent pas faire les frais d'une installation de réchauffage pour mise en route à l'alcool.

Si l'alcool hydraté ne dissout que très difficilement l'essence et en faible proportion, le mélange se fait beaucoup mieux en présence d'une certaine quantité d'éther, 15 à 30 %, suivant la proportion d'essence que l'on veut utiliser. D'où l'idée d'ailleurs fort ancienne de constituer un carburant ternaire avec de l'alcool hydraté, de l'éther et de l'essence. Le carburant ternaire donne de très bons résultats en utilisation, permet la mise en route à froid et même, si, la proportion d'alcool n'est pas trop grande, autorise un fonctionnement correct sans installation importante de réchauffage.

Enfin, l'éther ajouté à l'alcool permet aussi d'y dissoudre une petite quantité d'huile minérale suffisante pour assurer le graissage des hauts de cylindres. Mais il faut utiliser dans ce cas, une très forte proportion d'éther.

Voilà ce qu'on peut attendre, grâce à l'emploi de l'éther. Est-ce à dire qu'on doive l'adopter les yeux fermés et en toute saison ? Quelques réserves, assez sérieuses on va le voir, doivent être faites sur ce point.

Essayez de verser dans une éprouvette, de l'alcool et de l'essence en volumes égaux par exemple, et ajoutez de l'éther jusqu'à ce que le mélange soit parfait et complètement limpide : voilà votre carburant ternaire réalisé. Abandonnez maintenant votre éprouvette sans la recouvrir d'un bouchon et revenez la voir quelques heures plus tard : vous constaterez, si la température atmosphérique est assez élevée, comme elle doit l'être au moins théoriquement en cette saison, que l'essence et l'alcool se sont complètement séparés et qu'il ne reste pratiquement plus d'éther dans le mélange. L'éther s'est évaporé et ne fait par conséquent plus aucun effet.

Or, dans les réservoirs des voitures qui roulent au soleil — ou même à l'ombre pendant l'été — la température est assez élevée pour que, après quelque temps, l'éther s'évapore plus ou moins complètement. On court par conséquent le risque de voir l'essence et l'alcool se séparer, l'alcool plus dense tombe au fond du réservoir, tandis que l'essence surnage. Comme la prise du tuyau d'aspiration se fait toujours dans le fond du réservoir, on a la surprise un beau matin de ne plus pouvoir mettre en route ou de constater pendant la marche que le moteur fonctionne très mal parce que, insuffisamment réchauffé, il n'est alimenté que par de l'alcool pur.

L'inconvénient est plus grand encore si l'on a demandé à l'éther de permettre la dissolution d'huile minérale. L'huile tombe au fond du réservoir et il faut obligatoirement vidanger le carburateur et toute la canalisation pour l'évacuer avant de songer à faire démarrer le moteur.

Et l'acétone ?

L'acétone a, en gros et au point de vue pratique, les mêmes propriétés que l'éther. Moins volatil, il restera mieux dans le mélange. Malheureusement, à l'heure actuelle, l'acétone est introuvable. On ne peut donc sérieusement songer à lui pour se tirer d'affaire.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

Exercice de la médecine

Décret du 11 août 1941 réglementant, en ce qui concerne les juifs, la profession de médecin.

TITRE Ier

Médecins inscrits au tableau de l'ordre

ART. 1er. — Le nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, admises à exercer la profession de médecin, ne peut dépasser, dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre des médecins, 2 p. 100 de l'effectif total des médecins non juifs inscrits au tableau.

Toutefois le nombre des médecins juifs inscrits au tableau dressé par un Conseil de l'Ordre ne peut en aucun cas être supérieur à celui des médecins juifs qui, à la date du 25 juin 1940, étaient régulièrement inscrits, dans la circonscription de ce Conseil, sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892.

L'élimination des médecins juifs en exercice à la date de la publication du présent décret, qui seront en surnombre, sera prononcée dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 ci-après.

Seront maintenus par priorité, même si leur nombre dépasse la proportion fixée au paragraphe 1er ci-dessus, les médecins en exercice avant la publication du présent décret qui satisfont à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre (Voir note ci-après).

Pourront également être maintenus ceux de ces médecins qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient à la demande d'un Conseil de l'Ordre, et sur la proposition du Commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels.

ART. 2. — Si le nombre des médecins non juifs inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre vient à diminuer, la réduction corrélative du nombre des médecins juifs ne s'opérera que par voie d'extinction.

ART. 3. — Dans le délai d'un mois à compter de la publication du présent décret, tout médecin se trouvant à cette date au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 en fera la déclaration écrite au Conseil de l'Ordre de la circonscription où il exerce.

Toutefois les médecins présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre ne souscriront cette déclaration que dans le délai de deux mois à compter de leur libération.

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé assurera la transmission des déclarations que les intéressés, en raison des difficultés de communica-

---

Note : Voici quelles sont les conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941.

a) Etre titulaire de la carte du combattant, instituée par l'art. 101 de la loi du 19 décembre 1926 ;

b) Avoir fait l'objet, au cours de la campagne 1939-1940, d'une citation donnant droit au port de la croix de guerre instituée par le décret du 28 mars 1941 ;

c) Etre décoré de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire pour faits de guerre ;

d) Etre pupille de la nation ou ascendant, veuve ou orphelin de militaire mort pour la France.

tion, ne pourraient faire parvenir au Conseil de l'Ordre de leur circonscription.

Le Conseil de l'Ordre accusera réception de cette déclaration et avisera le médecin inspecteur de la santé.

Art. 4. — A défaut de déclaration dans les délais impartis, l'intéressé sera déféré au Conseil de son Ordre qui devra prononcer la radiation si le défaut de déclaration est volontaire.

Si le médecin est en surnombre, il cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

Art. 5. — Il sera dressé par les soins du médecin inspecteur de la santé, dans le délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, trois états numériques et nominatifs établis ainsi qu'il est prévu ci-après.

Le premier comprendra tous les médecins non juifs exerçant dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre à la date de la publication du présent décret ; le second, les médecins juifs qui, dans la même circonscription, étaient régulièrement inscrits sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 ; le troisième, les médecins juifs exerçant dans la même circonscription à la date du présent décret, en mentionnant à part ceux qui satisfont à l'une des conditions fixées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941.

Le premier et le troisième de ces états seront ensuite tenus à jour par le médecin inspecteur de la santé.

Art. 6. — Si par suite d'un fait postérieur à la publication du présent décret un médecin vient à compter au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, il adressera dans le délai d'un mois à compter de ce fait au Conseil de l'Ordre la déclaration prévue à l'article 3, sous les sanctions prévues à l'article 4.

La déclaration sera transmise au médecin inspecteur de la santé.

Lorsque celui-ci aura constaté que le déclarant est en surnombre, et le lui aura fait notifier, l'intéressé cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

Art. 7. — A l'expiration du délai prévu à l'article 5 le médecin inspecteur de la santé établira, d'après les renseignements qui lui seront parvenus à cette date, la liste des médecins à maintenir par application du paragraphe 4 de l'article 1er. Cette liste sera revisée au fur et à mesure que les justifications seront dûment produites, et notamment après que le médecin inspecteur de la santé aura reçu les déclarations de ceux qui sont présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre.

La liste ainsi dressée ou revisée sera immédiatement notifiée par les soins du médecin inspecteur de la santé au Conseil de l'Ordre et aux intéressés.

Art. 8. — Le Conseil de l'Ordre désignera parmi ceux des médecins juifs qui ne sont pas portés sur la liste notifiée par le médecin inspecteur de la santé ceux qui devront cesser l'exercice de leur profession.

La décision du Conseil sera immédiatement notifiée aux intéressés, qui cesseront d'être portés au tableau dans le délai de deux mois après la notification.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre des médecins, tant en vertu de l'article 4 ci-dessus que du présent article sont susceptibles d'appel, dans le délai de quinze jours de leur notification, devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. L'appel

peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la santé. Il n'est pas suspensif.

ART. 9. — A moins qu'ils ne remplissent l'une des conditions spécifiées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, les médecins juifs ne pourront occuper :

1° Un poste rétribué par l'Etat, par une collectivité publique, par un établissement public ou par les Caisses d'assurances sociales ;

2° Un poste dans un établissement ayant pour objet l'assistance médicale ou l'hygiène et tenant tout ou partie de ses ressources de fonds publics ou de fonds privés recueillis avec le concours des collectivités publiques.

Il devra être pourvu, dans un délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, sous le contrôle des Conseils de l'Ordre des médecins, au remplacement des médecins juifs qui occuperaient de tels postes.

TITRE II

Candidats à l'inscription au tableau

ART. 10. — Tout candidat se trouvant au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 et sollicitant son admission au tableau devra, préalablement au dépôt de sa demande régulière, adresser au médecin inspecteur de la santé une requête précisant sa situation au regard de ladite loi. Il lui en sera délivré récépissé.

ART. 11. — Le médecin inspecteur de la santé vérifiera si la candidature n'excède pas les limites respectivement fixées aux paragraphes 1er et 2 de l'article 1er ci-dessus et peut, en conséquence, être agréée.

Le résultat de cette vérification sera, pour chaque candidature, notifié au Conseil de l'Ordre des médecins par le médecin inspecteur de la santé dans le délai maximum de quinze jours à compter du dépôt prévu à l'article précédent.

ART. 12. — Si la candidature excède les limites fixées aux paragraphes 1er et 2 de l article 1er, le Conseil de l'Ordre, dans les trois jours de la notification, informera le postulant que sa demande n'est pas recevable.

Si la candidature n'excède pas ces limites, le Conseil de l'Ordre, dans le même délai, invitera le postulant à former une demande régulière d'inscription au tableau.

Si le nombre des candidatures excède celui des vacances ouvertes aux candidats juifs par l'effet des dispositions susvisées, le Conseil de l'Ordre les examinera simultanément et retiendra les candidats qu'il jugera les plus qualifiés.

Les décisions prises par le Conseil de l Ordre en vertu du présent article sont susceptibles d'appel, dans les quinze jours de leur notification, devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la santé. Il n'est pas suspensif.

ART. 13. — Au cas où la déclaration prévue à l'article 10 ci-dessus n'ayant pas été faite, le candidat aurait été irrégulièrement inscrit au tableau, il sera procédé à son égard conformément aux dispositions de l'article 4 ci-dessus.

ART. 14. — Le présent décret n'est pas applicable à l'Algérie, aux territoires relevant du secrétariat d'Etat aux colonies, aux pays de protectorat, à la Syrie et au Liban.

(*J. O.*, 6 septembre 1941).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

ASSURANCES-SOCIALES. — LES ASSURANCES CORPORATIVES DU MÉDECIN. — L'ORGANISATION DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ. — INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES.

Des précisions qui nous ont été fournies sur les « accords » entre Ordres départementaux et Unions de Caisses, il résulte que les projets en cette matière sont plus limités que nous ne l'avions craint.

Il s'agirait en somme, pour les Caisses, de ne faire un effort d'envergure que pour les gros risques, les interventions importantes représentant une charge particulièrement lourde pour les assurés, et fort mal remboursés dans le régime actuel. En contre-partie de cet effort, elles exigeraient du Corps médical la certitude que l'assuré n'aurait d'autre frais que les 20 % de participation obligatoire.

En vérité, on ne voit guère pourquoi cette garantie serait donnée sous forme d'une limitation automatique, qui suppose une défiance dont le Corps médical peut se montrer légitimement surpris. N'est-il pas doté de par la loi d'un Ordre chargé de contrôler en toute matière sa conscience et sa probité professionnelle, et notamment dans chaque cas particulier la légitimité des honoraires demandés ? Encore faudrait-il évidemment, pour que cette thèse triomphe, que le Conseil supérieur de l'Ordre acceptât cette conception de son rôle et de sa mission.

On nous dira peut-être qu'il n'y a point lieu de se gendarmer ainsi pour des cas destinés somme toute à demeurer exceptionnels. C'est, qu'avec le Docteur Herpin, nous craignons nous aussi que lesdites exceptions ne constituent tout simplement ensuite des « précédents ».

Des « précédents » qui pourraient bien être retenus et généralisés au reste dans un domaine où l'on rebatit à zéro les Assurances sociales, nous voulons parler du domaine agricole.

On sait qu'une loi du 5 avril 1941 a soustrait en principe les assurés de l'agriculture au régime institué par le décret-loi du 30 octobre 1935. Ses décrets d'application commencent à paraître précisant peu à peu la cassure établie entre l'agriculture et le régime général (décrets du 28 juin). Que vont devenir dans ces conditions les principes de la « charte médicale » que sanctionnaient autrefois le décret-loi du 30 octobre et ses décrets d'application ? C'est là un point sur lequel nous serions heureux d'être bientôt éclairés.

***

Nul n'a perdu encore le souvenir de l'inquisitorial et comminatoire questionnaire adressé à tous les médecins par le Conseil supérieur, pour

préparer l'institution des assurances corporatives et plus spécialement de la retraite. Si cette enquête était en soi une mesure heureuse, elle eut gagné à ne point exiger des précisions inutiles, alors surtout qu'elles étaient de nature confidentielle, à ne point prévoir leur envoi (pour la zône non occupée) à un organisme absolument extérieur à l'Ordre des médecins (que devient le secret dans tout cela ?), et surtout à ne point vouloir obliger le médecin, sous la menace, à choisir d'emblée entre le connu et l'inconnu.

On nous objectera que le dernier Bulletin de l'Ordre vient préciser ce que sera l'entr'aide et la prévoyance corporatives. Précisions bien vagues, se bornant à poser de beaux principes, et laissant entrevoir la création d'un organisme central d'assurance (un de plus) qui ne fera qu'ajouter un échantillon supplémentaire à la diversité des œuvres médicales corporatives déjà existantes.

Au risque d'être accusé de rabâcher, nous répéterons que ces œuvres ont derrière elles, passé, expérience, réserves, qu'elles ne demandent qu'à s'harmoniser au sein d'une vaste Union, constituant l'organisme central de prévoyance et d'entr'aide que l'on désir créer, auquel un recrutement nouveau donnerait le surcroit de vigueur et de puissance qu'on lui souhaite.

Des rapports dans ce sens ont été adressés, lus, développés devant les membres du Conseil supérieur, des articles ont exposé tout au long ce point de vue, ici même sous la plume du Docteur Noir, dans la *Vie Médicale* sous celle du Docteur Touchard, dans *l'Informateur Médical* par le Docteur O'Followell. Le Conseil supérieur n'a pas changé d'une virgule la rédaction primitive de son projet : il exclut pour l'avenir la possibilité de défalquer les cotisations des œuvres de la cotisation corporative obligatoire. Il supprime tout recrutement pour ces œuvres dont il prétend cependant « ménager les intérêts très respectables ». Il condamne à mort tout ce qui s'est fait avant lui.

Cette méconnaissance de toutes les expériences, de toutes les réalisations corporatives antérieures est-elle vraiment érigée par lui à la hauteur d'un système ? Il serait parfois permis de le supposer.

***

D'après une loi du 7 septembre 1941, qui vient de paraître au *Journal Officiel*, le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé serait dorénavant organisé de la manière suivante :

1° Le bureau du cabinet et de la documentation.

2° L'inspection générale des services du secrétariat comprenant la direction de la Santé (questions relatives à l'exercice des professions médicales et para-médicales, à l'hygiène publique et à l'épidémiologie, à l'hygiène sociale et à la protection maternelle et infantile, à l'habitation et à la lutte contre le taudis) les services de l'Assistance (questions relatives aux établissements nationaux d'assistance, à l'admission aux diverses lois d'assistance, à l'équipement hospitalier, à l'assistance aux enfants, aux allocations militaires) et la section centrale des assistantes et des infirmières médico-sociales.

3° Le commissariat général à la famille.

Nous apprenons d'autre part, qu'à la suite de l'élévation du Docteur Huard au rang de secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, le Docteur Léon Aublant, inspecteur général à la Santé, est nommé par décret du 7 septembre, secrétaire général de la Santé.

Le Docteur Aublant, sorti de l'Ecole du service de Santé militaire de Lyon en 1910, docteur en médecine de la Faculté de Lyon en 1913, diplômé d'hygiène, participa à la guerre de 1914-1918 comme médecin de bataillon (croix de guerre, trois citations).

Démissionnant de l'armée en 1920, il fit toute sa carrière dans l'inspection d'hygiène. Reçu premier en 1921, comme inspecteur départemental de l'Hérault, il passa en Seine-et-Oise en 1929. Nommé directeur de l'hygiène à la préfecture de Seine-et-Oise en 1935, mobilisé à Versailles en 1939, il reprit son poste civil le 23 juillet 1940. Depuis septembre 1940, il était inspecteur général de la Santé. Le Docteur Aublant est âgé de 51 ans.

Nous croyons savoir au reste que le Docteur Huard conservera sur le département de la Santé un œil aussi vigilant et attentif qu'avant le récent élargissement de ses fonctions ministérielles.

***

Ainsi que nous l'avions déjà laissé prévoir à nos lecteurs, un statut national de l'inspection médicale des écoles, réclamé et projeté depuis de si longues années, est actuellement en préparation au secrétariat de la Santé, en liaison d'ailleurs avec le problème beaucoup plus vaste du contrôle médical de la jeunesse.

Ceci nous est confirmé par une récente circulaire du Docteur Huard, recommandant de ne donner aux conventions conclues dans ce but avec les médecins qu'un caractère temporaire, et préconisant fort heureusement par ailleurs de conférer ces fonctions non point à des médecins fonctionnaires mais à des praticiens « n'ayant pas perdu contact avec l'exercice courant de la médecine. »

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

Soins décisifs mais sans interventions graves connues. Tarification

Le 16 juin dernier une accidentée du travail se présente chez moi avec un énorme œdème de tout le bras gauche. Je diagnostique un phlegmon diffus avec possibilité de charbon, car la malade travaille dans la laine et que cette affection n'est pas très rare à S.... J'envoie cette malade au Docteur X..., chirurgien, qui pratique de nombreuses incisions d'une longueur totale de 50 à 60 centimètres. Mais l'état ne s'améliore pas, et le 17 juin la malade rentre à Saint-Junien, dans un état désespéré. Je pratique alors des injections massives de sérum anticharbonneux (25 c. c.) et j'ai la chance de sauver la malade. Mais vu l'importance des pansements journaliers occupant tout le bras, impossibles à faire à domicile, vu l'urgence et le caractère particulièrement grave de la lésion, la malade est placée à la

clinique R... située à 2 kilomètres de S... et je continue à lui donner mes soins.

Prévoyant des difficultés pour le règlement de ce sinistre par la Compagnie d'assurances j'exposai le 7 juillet par lettre recommandée à l'agent de cette Compagnie, tous les détails de l'affaire et déclarai qu'en raison de la gravité toute spéciale du cas et de la minutie et de la longueur des soins j'entendais ne pas me contenter des honoraires forfaitaires de 0 francs par journée d'hospitalisation. J'appuyai mon argumentation sur l'article du *Concours Médical* du 15 juin 1941, et fis observer à la Compagnie que si la malade était morte la somme à payer aurait été infiniment plus importante. Le 10 juillet l'assureur répondait que la Compagnie appliquerait strictement le tarif du 5 mai 1939, sans supplément.

Ayant demandé un contrôle de la malade, celui-ci a été fait le 17 juillet par le Docteur Y... qui a constaté la gravité du cas et l'importance des lésions : la malade est sortie de la clinique le 15 juillet, hors de danger mais non guérie, de sorte que je ne peux encore vous donner le chiffre de mes honoraires. Mais dès à présent, je demande l'avis de M. le Docteur Decourt et s'il y a lieu, l'appui du Sou Médical.

Dr R.

Réponse

Dura lex... La Compagnie est dans son droit strict de ne payer comme honoraires médicaux que 6 francs par journée d'hospitalisation s'il n'y a pas eu d'actes médicaux d'un prix supérieur à 40 francs. (Art. 30, alinéa 1er). Auquel cas, ce jour-là, le prix forfaitaire journalier serait remplacé par le prix de l'intervention effectuée, au même taux que ceux prévus au domicile ou au cabinet (même article). Il en est de même à domicile par exemple pour un médecin qui, grâce à un diagnostic rapide et précis, sauve un enfant de la diphtérie. En l'état actuel des choses, il ne reçoit pas d'honoraires suivant l'importance du service rendu. Evidemment, il y a, dans de tels cas, une injustice criante, mais légalement, je ne vois pas sur quoi s'appliquer pour y remédier.

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

4254. — Ne pas confondre coefficient et prix à payer

Etant nouvellement installé et ne sachant trop comment m'y prendre pour tarifer mes soins, je me permets de faire appel à vous, en vous rappelant que je suis abonné au *Concours Médical.*

J'ai eu l'occasion de donner mes soins à un enfant qui présente une fracture spiroïde du tibia à son tiers inférieur.

Après avoir assuré mon diagnostic par une radiographie prise par un confrère j'ai appliqué un appareil de Delbet sur une jambe où il n'y avait aucun déplacement. Je n'ai fait qu'appliquer le plâtre de Delbet sans avoir à réduire de fracture.

Je ne sais trop s'il faut, comme l'indique la nomenclature des Assurances, tarifer K 20 pour l'application simple de ce plâtre.

D'autre part, j'ignore la façon de me servir des barêmes que je possède.

Le prix de mes consultations est de 20 francs. Celui de mes visites, 25 francs.

La convention de la Caisse d'Assurances sociales indique comme valeur de K : 8, pour les K au-dessous et jusque K. 39. Par ailleurs cette Caisse donne dans sa convention, pour valeur du chiffre-clé de pratique médicale courante et de petite chirurgie, 15.

Veuillez me faire savoir par retour du courrier les indemnités qui me reviennent personnellement et la notation à porter sur la feuille d'Assurances. Dr L.

Réponse

Ayant traité une fracture fermée (spiroïde ou non) par application d'appareil plâtré, c'est bien K.20 que vous avez à marquer sur la feuille. D'après «l'entente directe» vous pouvez demander à votre assuré le tarif de clientèle courante. Quant à lui, il recevra de sa Caisse le prix du tarif de responsabilité de celle-ci moins 20 % (ticket modérateur). Le prix payé dépendra de la valeur monétaire du K pour la Caisse, mais celle-ci ne peut pas changer la coefficient 20 qui est celui s'appliquant à l'intervention effectuée.

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

Sur le mélange : Alcool-Essence

Lecture faite de vos intéressants articles, je me permets de vous demander si pour économiser l'essence on peut :

1° Y mélanger de l'alcool à 90° ?

2° Si l'alcool dénaturé au goudron peut être utilisé pour cet emploi ?

3° Quelle proportion d'alcool à 90° par bidon de 5 litres d'essence ?

4° Si le mélange doit se faire dans le réservoir, ou être brassé préalablement ? Dr M.

Réponse

L'alcool à 90° ne se mélange pas à l'essence. Pour obtenir le mélange, on doit incorporer un tiers solvant qui peut être : la benzine, l'acétone ou l'éther.

Pour faire le mélange, le mieux est de procéder à une expérience préalable dans une éprouvette, en mélangeant par exemple 30 % d'alcool à l'essence et en versant ensuite une quantité suffisante de tiers solvant pour que le mélange, d'abord trouble, devienne complètement liquide. En notant les proportions utilisées pour cet essai il est facile de déterminer les quantités respectives pour le mélange que l'on se propose d'utiliser. Tenant compte cependant du fait que l'abaissement de température peut détruire l'homogénéité des mélanges et qu'il est par suite prudent de mettre un certain excès de tiers solvant : 20 % par exemple de la quantité employée.

On peut utiliser de l'alcool dénaturé au goudron : d'ailleurs, pratiquement on n'en trouve pas d'autre.

Il convient de ne pas dépasser une proportion de 30 % d'alcool ; avec un carburant trop chargé en alcool, en effet, on est obligé d'effectuer sur le moteur certaines transformations : réchauffage, modification de l'avance, etc...

H. Petit.

Soixante-troisième année — N° 39 — 28 Septembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 272. — Superbe client. banl. immédiate Paris. A céd. d'urgence raison de santé. S'ad. Dr Duchamp, 4, rue de Lyon, Paris.

Nº 273. — Gros poste médec. génér. à céd. banl. Sud 3 kilom. Paris. Pavillon av. jard. Pet. loyer. S'ad. M. Pietri, bijoutier, 24, boulevard Saint-Michel, Paris.

Nº 274. — Laborat. Paris demandent excel. visiteurs non exclusifs pour sect. province, en particul. : tr. grde banl. parisienne, Est, et Bordeaux. Dames ou agents ss autres représentat. s'abst. Adr. offre détail. (curriculum, secteurs, référ.) à Lepoureau, 23 bd. Barbès, Paris (XVIIIe).

Nº 275. — Nièvre. Suite confr. victime de la guerre. Bourg sr Rte nationale. Indemn. pour instal., instruments, livres, etc., à débattre. S'adr. directem. au Conseil départemental de l'Ordre 26, rue St. Trohé à Nevers.

Nº 276. — Laboratoire de spécialités médic. de Paris recherc. jeune médec. complètement libéré de ses études pour visite médic. des Hôpit. parisiens et rédact. médic. Ecr. Spely, 19, rue du Rocher, Paris.

Nº 277. — A céd. bon de commande datant de juin de 23.500 francs payés (soit moit. du tot.) d'un appar. Clinix T P 950 av. pupitre S X de la C. G. R. Dr Dhotel Bapaume (P.-de-C.)

Nº 278. — Médec. 30 a. prisonn. rapatrié récem. cherche remplacem. médec. génér. phtisie ou aide à confr. âgé. Zone non oc. Ecr. M. Paul Ribeyre à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 279. — Pavillon meublé av. jard. à louer de suite Moret s /loing. S'ad. Dr Leroux, 100, av. Ledru-Rollin à Paris (XIe).

Nº 280. — Jeune médec. fr. 28 a. célibat. cherc. poste assist. aupr. confr. âgé ou remplacemt toute durée de préfér. région Centre-Ouest. Dr H.-J. Perrin, rue Condorcet, Poitiers.

Nº 281. — A 75 kilomètres de Paris sur les bords de la Marne, à louer (en partie meublée) vaste maison de campagne située au pied d'un coteau en plein midi. 20 pièces, grands sous-sols et dépendances. Eau, électricité. Clos planté de grands arbres. Séjour idéal de repos et de grand air. Route nationale à 100 mètres, gare à 400 mètres, tous fournisseurs au pays. Loyer 7.200 par an. Photo et plan sur demande adressée à M. Fernand Quin, 12, rue Chanzy, la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Banlieue ouest. — Pour raison de maladie, forte clientèle à céder avec radio.

Banlieue ouest. — Très grosse clientèle en appartement. Prix à débattre.

Ardennes. — Zone non interdite, seul propharmacien. Petit loyer, bon rapport. Prix modéré.

Gironde. — Grande maison. Loyer 6.000 francs. Bon rapport. Prix modéré, pressé.

Seine-et-Marne. — Loyer 5.500 francs. Bon rapport. Prix à débattre.

A NOS ABONNÉS

Depuis un an qu'il a recommencé à paraître, le « Concours Médical », malgré des difficultés sans cesse renouvelées, s'est ingénié à conserver en même temps que sa périodicité et sa diffusion, son prix d'abonnement d'avant-guerre.

De nouvelles hausses nous forcent aujourd'hui, si nous voulons maintenir notre effort, à reviser ce tarif.

Nous conformant aux instructions du groupement corporatif de la Presse périodique générale, nous avons décidé de porter à 120 francs le prix de l'abonnement annuel à compter du 1er octobre prochain.

Nous n'ignorons pas que cette augmentation sera pour nos lecteurs un effort de plus et c'est bien pourquoi nous l'avons reculé à la limite de nos possibilités.

Mais nous avons confiance que nos lecteurs, qui sont aussi nos amis, nous le consentiront de bon cœur, car ils connaissent comme nous la place que tient notre journal dans la profession et le rôle qu'il lui reste à jouer en ces heures critiques.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Sur les condiments de remplacement.* — L'Académie a voté les conclusions d'un rapport de M. Tanon, donnant un avis défavorable à l'emploi de l'essence de moutarde synthétique et du jaune de naphtol dans la fabrication des condiments.

— **Clinique des maladies mentales.** *Conférences de psychiatrie.* — Le Docteur Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, reprendra ses conférences le mercredi 8 octobre 1941.

Comme les années précédentes, les présentations de malades auront lieu tous les mercredis à 14 heures, à la clinique des maladies mentales (Professeur Laignel-Lavastine). Les exposés théoriques se

feront à la bibliothèque de l'asile-clinique Sainte-Anne, le même jour, de 17 à 19 heures.

Pour les inscriptions, s'adresser à M. Fouquet, interne à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

— **Hôpitaux de Paris.** *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en médecine pour le deuxième semestre de l'année* 1941-1942. — MM. les élèves internes en médecine actuellement en fonctions et sans place désignés pour le second semestre, les internes en médecine titularisés et les externes en premier sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialités) à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour le deuxième semestre de l'année 1941-1942, savoir : internes en médecine, le lundi 20 octobre 1941, à 15 heures ; internes en médecine titularisés, le mardi 21 octobre 1941, à 15 heures ; externes en premier, le mardi 21 octobre 1941, à 16 heures.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** — Un concours pour un poste de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale des Quinze-Vingts sera ouvert le 15 octobre 1941, à la clinique ophtalmologique, 13, rue Moreau, Paris.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame André Courtin, de Vimoutiers (Orne) sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Jean-Pierre*. Le 3 septembre 1941.

— Le Docteur et Madame Louis Bergouignan ont la joie de vous faire part de la naissance de leur cinquième enfant, *Michel*. Le 7 septembre 1941.
28, rue Victor-Hugo, Evreux.

— Le Docteur Dauby et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jacques*.
Ercheux (Somme), le 7 septembre 1941.

— Gérard Lobel a la joie de vous faire part de la naissance de sa petite sœur *Geneviève-Solange*. Le 2 septembre 1941.
Madame et Docteur Lobel, Ger (Manche).

— Le Docteur et Madame Petit-Van Aerde sont heureux d'annoncer la naissance de leur sixième enfant *Martine-Françoise*. Le 31 août 1941.
Chantiers de Jeunesse n° 6, L'Ardoise (Gard).



— Le Docteur et Madame R. Hermant sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Alain*. Paris le 8 août 1941.
Albert (Somme), 13, rue Hoche.

— **Mariage.** — Le Docteur Collet, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre et Madame ont l'honneur de vous faire part du mariage de leur fille Anne, avec Monsieur Ernest Rigourd.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée en l'Eglise Saint-Nicolas d'Uzel.
Docteur Collet, Uzel (Côtes-du-Nord).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur A. Hagen, médecin consultant à Plombières ; du Professeur Jean Demoor, de

Bruxelles ; du Docteur Raoul ANTHONY, professeur d'anatomie au Muséum national d'histoire naturelle ; du Docteur Lucien DRAPIER, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre 1914-1918, maire de la ville de Rethel, membre de la commission administrative du département des Ardennes, décédé à Reims le 18 août 1941, dans sa 53e année. Il était le fils du Docteur Paul Drapier, de Rethel, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Les certificats médicaux relatifs au rationnement sont exempts de timbre

A la suite d'une demande officielle faite par le « Concours Médical » à la Préfecture de la Seine, nous avons reçu la lettre suivante à la fois favorable et formelle :

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Direction des Affaires Economiques et Sociales

Paris, le 11 septembre 1941.

Messieurs,

Par lettre du 12 juin, vous avez demandé que soit envisagée la possibilité d'exempter du droit de timbre les certificats médicaux délivrés en vue d'obtenir des suppléments alimentaires ou des cartes de lait.

J'ai l'honneur de vous informer que M. le ministre des Finances, saisi de la question, a fait connaître que les certificats médicaux entrent dans la catégorie des documents établis dans un intérêt de police générale et qu'à ce titre, ils bénéficient de l'immunité d'impôt, accordée par l'article 394 du Code du Timbre, sans qu'il y ait à distinguer, selon la nature des titres d'alimentation sollicités.

Mais cette immunité ne leur est acquise que tout autant qu'ils indiquent par leur contexte ou par une mention spéciale le but en vue duquel ils sont établis.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

Le sous-Directeur de l'Approvisionnement
X...

A TRAVERS L'OFFICIEL

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé

Loi du 7 septembre 1941 relative à l'organisation du Secrétariat d'Etat. (*Extraits*).

TITRE Ier

Organisation du Secrétariat d'Etat

Art. 1er. — L'Administration centrale du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé comprend :

a) Le bureau du cabinet et de la documentation ;

b) L'inspection générale des services du secrétariat d'Etat ;

Voir la suite page XLIII-1695

PROPOS DU JOUR

L'ENNEMI PUBLIC N° I

Le cri d'alarme poussé par LAVALÉE, devant une nouvelle offensive des marchands d'alcool, doit trouver son écho dans nos milieux médicaux et on ne saurait trop insister sur le rôle néfaste qu'ont pu jouer depuis des années les apéritifs et les boissons alcooliques dans la Société française. Les abus qu'on a pu faire de l'alcool sous toutes ses formes ont eu une part certaine dans nos défaites et il n'est point trop tard pour réagir encore contre des habitudes déplorables qu'il était facile de constater dans tous les milieux sociaux riches ou pauvres, militaires ou civils.

Quelques mois avant la guerre, le Docteur Milian avait protesté à la tribune de l'Académie de médecine contre la consommation excessive d'alcool qui pouvait être faite dans les groupements de l'armée aérienne. Sa campagne documentée avait bien soulevé quelques protestations des milieux intéressés, en réalité, elle dénonçait un mal qui allait en s'aggravant et l'accusait par des faits indiscutables de ruiner la santé et le moral de toute une partie des éléments jeunes du pays.

J'ai moi-même été le témoin de deux faits que, sans la guerre, je lui aurais signalés et que je crois le moment venu de dénoncer.

En août 1939, j'ai été le témoin d'un grave accident d'hydravion survenu dans le Midi de la France qui a causé la destruction d'appareils et la mort d'hommes jeunes et courageux. L'alcool pris en quantité excessive a été la cause de ce drame qui a précédé de quelques jours seulement notre entrée en guerre.

Voici les faits dans leur exactitude : Par une belle matinée d'août des hydravions de la marine venus d'une base aérienne voisine évoluaient audessus de la côte de Provence, se livrant à des exercices combinés avec des sous-marins. Toute la matinée j'avais pu assister à leurs évolutions précises, hardies et admirer le sang froid et l'habileté des équipages qui montaient les lourds appareils. Le temps était chaud et, venue l'heure du déjeuner, un amerrissage impeccable, rapprochait les appareils de la Côte, permettant à leurs occupants de descendre pour aller déjeuner et se reposer des fatigues d'une matinée bien employée. Pourquoi fallut-il que le copieux déjeuner fut si largement arrosé et que l'aubergiste coupable versât à ses hôtes les apéritifs, les vins, le café, les liqueurs qui devaient être pour eux des breuvages mortels. Vers deux heures de l'après-midi, les appareils décollaient et de la mer où j'étais, j'assistais au spectacle ahurissant d'un carroussel aérien échevelé, les appareils montaient, descendaient dangereusement, volant en rase motte au-dessus des plages heureusement désertes et quelques secondes plus tard, dans une manœuvre mal calculée et bien différente de toutes celles de la matinée, l'hydravion percutant dans les hautes branches de sapins bordant la mer allait s'écraser sur le sable. Ce drame rapide me laissait angoissé et j'arrivai sur la plage où des débris tordus et écrasés nous aidions à retirer deux morts et deux blessés graves car le cinquième, vidé de l'appareil, n'était que légèrement atteint.

Sans doute ce drame de l'air s'est-il ajouté à tant d'autres, cependant tous ceux qui en furent les témoins ne pouvaient s'empêcher d'exprimer leur étonnement qu'on fasse si bon marché de ces vies jeunes et précieuses et qu'on laisse à un équipage la possibilité de se livrer à des excès d'alcool alors qu'il a besoin de tout son contrôle et de tout son sang froid, pour exécuter les missions difficiles et périlleuses qui lui sont confiées.

Je devais quelques semaines plus tard m'expliquer pourquoi, dans les milieux de l'aviation, l'alcool est si largement consommé.

Je rejoignais à la mobilisation le poste qui m'était affecté, et je devais organiser un hôpital dans une caserne occupée par une base aérienne. La visite des locaux était assez suggestive : en dehors de la cantine et du foyer du soldat, il y avait un nombre excessif de bars, de mess pour les hommes, pour les sous-officiers, pour officiers ; tous ces endroits étaient admirablement organisés pour boire et pour empoisonner sûrement ceux qui venaient nombreux y fréquenter. Je me suis laissé dire qu'on y buvait même à crédit, et que le fait d'avoir la bourse vide n'était point un empêchement pour satisfaire un besoin devenu nécessaire.

Pendant les longs mois d'inaction de l'hiver 1939-40, les repas pris dans des formations de l'armée cantonnées auprès de l'hôpital où j'exerçais me confirmaient dans cette idée que l'alcool était trop largement consommé, qu'il était la cause de bien des accidents que j'étais appelé à réparer et qu'il y avait là un danger grave pour la race et l'avenir de la France.

L'amertume de la défaite et l'ère des restrictions n'ont pas, je le crains, porté à la consommation de l'alcool le coup fatal nécessaire. Sans doute les apéritifs à haute teneur, sont-ils proscrits, mais il y a encore trop de débits, trop de cafés, trop d'endroits où l'on peut boire et où le retour à la vie normale ne sera réel que du jour où l'apéritif sera quotidien et non réglementé.

Nous devons particulièrement nous méfier des dangers de l'alcool en ces périodes de restriction où chacun ne mange plus à sa faim, où l'organisme est continuellement en état d'appétit, et où le vin apporte avec son alcool une satisfaction apparente à nos besoins.

Chaque Français se trouve ainsi, du fait qu'il est privé de sa ration alimentaire suffisante, dans la situation de l'ouvrier astreint à un dur labeur et auquel l'alcool apporte une puissance momentanée et dangereuse.

Le médecin doit être attentif à surveiller ces excès quotidiens qu'on note un peu partout et qui deviennent chez les jeunes encore en croissance des habitudes dont ils auront à souffrir plus tard. Le manque de vin dont on se plaint actuellement ne doit point être considéré comme une calamité publique comparable au manque de blé, mais comme un événement salutaire destiné à protéger notre race.

Pour refaire la France on compte sur les jeunes, sur leur pratique du sport, sur leur désir de cultiver leur santé.

Il est regrettable que pour beaucoup le sport et le bistro soient encore intimement liés. Trop de groupements sportifs ont leur siège dans des cafés et comme le café c'est le grand distributeur de l'alcool, sport et alcool sont encore trop sous la dépendance l'un de l'autre.

C'est une réforme importante qui s'impose que de créer dans les villes des maisons de sport où les Sociétés auront leur siège social. Faute de les créer, on les voue fatalement à l'hospitalité du bistro, qui en échange leur vend ses mixtures et les intoxique. Nous voyons encore trop souvent, les soirs de compétitions, ces athlètes haut en couleurs chantant et braillant dans un état de demi ivresse, et cette image du sportif n'est guère encourageante quand on songe que c'est par lui qu'on espère la régénération du pays.

Le médecin par sa pratique est à même de mesurer les progrès faits en France par l'abus du vin et des boissons alcoolisées, il en voit les tristes résultats chez ces intoxiqués chroniques qui n'étant jamais ivres sont des coléreux, des agités, des instables incapables de prendre une décision ou d'assumer une responsabilité, il les voit chez ces ulcéreux buveurs de vin, chez ces hépatiques candidats à la cirrhose, et épouvanté par ces constatations fréquentes, il se prend à réfléchir au péril que dénonçait le Docteur Milian à l'Académie de médecine en flétrissant toute une littérature où alcoolisme et héroïsme se confondaient et où il semblait qu'il n'était point possible de faire quelque chose de grand et de valeureux, si l'on ne s'était d'abord révélé au bar comme grand buveur devant l'Eternel.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PERTE DE TERRAIN DE L'URÉTROTOMIE INTERNE

Par M. le Docteur F. CATHELIN

L'urétrotomie interne, dans le cas de sténose du canal de l'urèthre, est une des plus ingénieuses trouvailles de toute la chirurgie. Quand on connaît bien les difficultés du problème à résoudre, elle reste déconcertante.

Elle est due exclusivement à Maisonneuve, le plus grand chirurgien du XIXe siècle, dont la gloire posthume dépasse celle de Dupuytren, tant au point de vue scientifique que moral (1).

Pour se faire une idée de l'importance de cette découverte, vous n'avez qu'à proposer à un technicien, à un ingénieur, la solution du problème suivant : étant donné un tuyau d'une longueur importante, comment pourrait-on s'y prendre pour le déboucher quand il est obstrué dans son milieu.

Il vous répondra qu'il n'y a que trois solutions : ou essayer de rendre le tuyau libre en introduisant une tige qui, par le bout proximal, cherchera à dissocier les matériaux de l'engorgement ou essayer, en cas d'insuccès, la même tentative de fragmentation par le bout distal ou enfin faire une fenêtre, un regard, au point supposé obturé.

Cette dernière solution, c'est notre urétrotomie externe. C'est une opération délicate, longue, sanglante, laissant des traces à longue échéance et qui n'est pas élégante. Ce ne pourrait être qu'un moyen d'exception.

L'avant-dernière solution, c'est notre cystostomie sus-pubienne, qui complique certainement le problème et ne peut constituer une technique de tout repos, en admettant même qu'elle réussisse.

La première solution semble la plus présentable, mais comment alors aller par le canal sectionner un obstacle lointain, sans traumatiser les parois saines du conduit et comment se comporter, après la section, pour éviter une fuite des impuretés qui, immanquablement, infiltreront et infecteront le voisinage ?

Le problème, comme on s'en rend compte, n'est pas des plus simples. Maisonneuve au dire de Reclus, son panégyriste, y pensa dix ans et aboutit à une merveille de conception et de réalisation.

Il imagina d'abord la *bougie filiforme armée* qu'il introduit grâce à sa ténuité au travers le léger pertuis, que ménage encore la sténose, et la pousse jusque dans la vessie, après des tentatives souvent renouvelées dans les cas difficiles et en s'assurant bien, par le jeu de sa mobilité, qu'elle a franchi l'angustie et ne se peletonne pas en aval du rétrécissement, pouvant ainsi donner faussement l'illusion d'une progression.

Cela fait, il imagine la *tige métallique droite*, qui se visse à l'armature de la filiforme et il la pousse très loin, jusqu'à la vessie, pour bien s'assurer qu'ainsi la filifoime s'enroule dans le réservoir ce qui évitera dans un temps ultérieur la section de cette fine bougie et évitera un désastre.

Puis, il retire cette tige droite, pour la remplacer par une *autre tige courbe, arquée*, présentant une rainure dans toute sa longueur sur sa partie concave, et il la pousse de nouveau jusqu'à la vessie où s'enroule la filiforme conductrice et la maintient bien droite en tenant de la main gauche la verge verticale.

L'écoulement immédiat d'un peu d'urine prouve qu'on est bien dans la cavité vésicale, plus ou moins pleine d'urine, le plus souvent infectée.

Et c'est alors où intervient l'éclair illuminateur de la divinisation : il invente un couteau à longue tige flexible, dont l'extrémité présente l'aspect d'un *triangle* plat, dont la base continue la tige et dont les deux côtés sont coupants, mais dont le sommet arrondi est *mousse*, ce qui fait que les deux petites portions bien affutées sectionneront le rétrécissement à l'aller et au retour, tandis que le cheminement du couteau, qui glisse dans la rainure de la tige courbe, protège la muqueuse saine du canal dans toute sa longueur, et cela automatiquement.

Maisonneuve conseillait une seule section libératrice, permettant d'entr'ouvrir le diaphragme du rétrécissement, mais je crois plus logique, comme je l'ai proposé plus tard, de faire trois sections successives, l'une sur la paroi supérieure, à la Maisonneuve, et deux autres *latérales*, à 45° environ, et cela extempo-

(1) Je fais ici allusion à son mariage manqué, avec la fille de Roux, son maître.

ranément, sans enlever le couteau, en tournant simplement tout l'appareil à droite, puis à gauche et, à chaque fois, en faisant parcourir au couteau toute la rainure de la tige courbe de haut en bas et de bas en haut.

Cela fait, on retire la tige courbe d'après les règles habituelles du cathétérisme, ce qui amène toujours un léger suintement de sang, on dévisse la tige courbe de l'armature métallique de la filiforme et on la remplace à nouveau par la tige droite, sans l'enfoncer.

On introduit alors cette tige dans la lumière d'une sonde *à bout coupé* — nouveau trait de génie — on la conduit ainsi jusqu'au méat où apparaît seule l'armature de la filiforme, puis on introduit lentement le tout (filiforme, tige droite et sonde) jusqu'au siège du rétrécissement sectionné.

Comme la sonde à bout coupé est moins longue que le conducteur métallique droit, ce dernier émerge du pavillon de la sonde d'un ou deux centimètres.

On prie alors son aide de maintenir solidement cette extrémité avec les doigts et de retirer rapidement le tout, sauf la sonde, au moment *précis* que lui indiquera l'opérateur.

Ce dernier pousse alors vers la vessie assez fortement la sonde qui est toujours conduite par la filiforme encore urétrale et l'aide, *par un mouvement synchrone, mais opposé* retire la tige métallique, qui sort armée de sa filiforme alors que la sonde à bout coupé est déjà dans la vessie.

Peut-on imaginer une solution plus élégante du problème ?

Si, par malheur, la sténose n'avait pas laissé passer la sonde ou que les deux mouvements opposés de l'aide et de l'opérateur ne se fussent synchronisés, on aurait alors recours — car il faut absolument laisser une sonde à demeure, — à la sonde olivaire de calibre inférieur n° 12 à 13 au lieu de 15 à 16 et on arriverait à se tirer ainsi assez facilement d'affaire.

Maisonneuve avait tellement foi dans sa méthode que, dans son service de l'Hôtel-Dieu, il opérait en série, groupant des malades atteints de la même affection et les plaçant dans des lits côte à côte, les faisait s'opérer eux-mêmes, au commandement, chacun sectionnant sa bride en poussant le couteau, préalablement engagé dans la rainure.

Il avouait des résultats merveilleux, ce qui était peut-être exagéré et que la foi seule excuse, car il ne laissait pas de sonde à demeure et devait certainement avoir des accidents graves, les jours qui suivaient cette opération.

Reclus aurait retrouvé dans les registres hospitaliers de l'époque des morts, qui n'avaient pas été signalées.

Cette merveilleuse intervention, qui a aujourd'hui près d'un siècle d'existence, a pu, grâce à des modifications de détail, suivre une voie triomphale. Guyon, en prescrivant le port d'une sonde à demeure a porté la sécurité à son comble, en faisant tomber à 0 le taux de la mortalité et de la morbidité, et les services rendus aux malades par cette ingénieuse manœuvre furent incalculables.

***

Pourquoi donc, alors que l'urétrotomie interne était faite il y a encore 40 à 50 ans presque journellement dans les plus importants services d'urologie, pourquoi n'est-elle plus usitée, ou à peu près, aujourd'hui et pourquoi des chirurgiens de valeur peuvent passer une année sans en pratiquer une seule ?

C'est que s'il existe, comme l'a dit Nicolle, une naissance, une vie et une mort des maladies infectieuses, cette proposition reste également vraie et pour les opérations et pour les instruments. Il y a certainement des opérations qui naissent et d'autres qui disparaissent, sans qu'on en saisisse toujours nettement les raisons. C'est souvent un signe de progrès ou un signe de changement dans les circonstances ambiantes.

Ici il n'y a aucun doute, il y a progrès. D'abord les maladies, qui sont cause des rétrécissements, c'est-à-dire la blennorragie, sont mieux connues, mieux traitées et ne sont plus regardées avec raison comme des maladies honteuses.

Un fils, qui vient d'être contaminé, le dit à sa famille, ce qu'on ne voyait jamais autrefois.

Ces affections étant soignées précocement n'appellent donc plus à leur suite cette séquelle de complications, qui faisaient le désespoir de nos aînés.

Un rétrécissement amorcé est immédiatement reconnu par le spécialiste. Il est aussitôt traité par de judicieuses dilatations soit avec bougies molles, soit avec béniqués et l'on peut entretenir ainsi un canal, qui n'arrivera presque jamais à la sténose complète.

Dans toute autre discipline, on dirait que c'est regrettable puisqu'on assiste à la disparition d'une merveilleuse technique, qui a enchanté notre jeunesse, en suscitant notre curiosité et en développant nos facultés de chercheur.

Grâces cependant soient rendues à Maisonneuve, dont le rôle bienfaisant a auréolé sa vie jusqu'au jour où, contraint par la retraite, il dût quitter ce Paris qu'il avait rempli du bruit de ses exploits, pour se retirer dans sa Bretagne natale, au manoir de la Roche-Hervé, où il put terminer sa longue vie, suivant la pittoresque expression de Reclus (1), « comme un vieux sanglier dans ses chenaies bretonnes ».

---

(1) Paul Reclus, en racontant la vie de Maisonneuve à la Société de chirurgie a écrit, grâce à son modèle, la plus belle page d'éloquence chirurgicale qu'on ait jamais produite.

PEUT-ON GUÉRIR UN RHUMATISME BLENNORRAGIQUE PAR LES SULFAMIDES ?

Par M. G. BOUDIN

Le gravité du rhumatisme blennorragique vient de ce qu'il détruit vite les surfaces articulaires, entraîne une atrophie musculaire précoce et guérit en laissant une ankylose constituant une infirmité définitive. Ce désastreux pronostic fonctionnel chez des sujets jeunes explique la multitude des traitements qui ont été proposés, et dont aucun ne s'est hélas révélé spécifique. Un nouvel espoir est né avec les sulfamides, dont certains semblaient avoir une action élective sur les germes du genre gonocoque et méningocoque.

On connaît la magnifique action des sulfamides dans la méningite cérébrospinale et certaines méningites streptococciques. Dans la gonococcie, l'efficacité des sulfamides est apparue extrêmement nette dans la blennorragie aiguë masculine, donnant un pourcentage élevé de guérison en quelques jours. Tous les espoirs étaient permis pour le traitement du rhumatisme blennorragique.

De fait, de nombreux succès ne tardèrent pas à être publiés. L'un des premiers, Marcel Brulé, Pierre Hillemand et Louis Vildé ont rapporté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (10 décembre 1937, p. 1650), deux observations favorables, et dont l'une prend un véritable aspect expérimental ; il s'agit d'une monoarthrite du poignet, rebelle à la vaccinothérapie, qui s'améliore avec une petite dose de sulfamide, rechute dès qu'on cesse la médication, et guérit définitivement par une nouvelle cure sulfamidée.

Mais déjà ces auteurs signalent une troisième observation, où une rechute survient malgré le traitement. D'autres auteurs rapportent bientôt de nouveaux succès, et Pautrier arrive à la conclusion qu'il faut essayer les sulfamides avant tout autre traitement dans les arthrites gonococciques. C'est d'ailleurs ce qui se pratique systématiquement à l'heure actuelle.

Pourtant tous les cas ne sont pas des succès et l'on signale de nombreux échecs des sulfamides par voie buccale. André Cain, Royer Cattan et Jean Arnous injectent le médicament dans les articulations (S. M. H. P., 1938, p. 1773) et obtiennent la guérison, alors que le même médicament était resté inactif par la bouche sur l'évolution des arthrites, tout en tarissant un écoulement uréthral concomitant. Nous-même avons rapporté l'observation d'un jeune soldat (Soc. Dermatologie, avril 1940) qui, atteint d'une forme aiguë polyarticulaire de rhumatisme gonococcique d'apparence sévère à son début, avec uréthrite, guérit en moins d'un mois par le traitement sulfamidé sans ankylose, ni séquelles ; il présenta un accident thérapeutique assez particulier, fait d'une poussée ganglionnaire généralisée et fugace, avec éosinophilie sanguine.

Peut-on à l'heure actuelle avoir une idée exacte sur l'action des sulfamides dans le rhumatisme blennorragique ? Il semble qu'avec le recul on puisse faire quelques affirmations.

En premier lieu, on peut dire avec Pautrier que, devant une arthrite gonococcique, il faut d'abord essayer les sulfamides avant tout autre traitement.

Les doses conseillées varient avec les auteurs : les chiffres de 3 à 4 grammes par jour semblent le plus couramment employés, on peut même donner 5 et 6 gr. et plus. On les continue pendant trois ou quatre jours, puis on diminue la dose. On le prescrit par la bouche ou en injections sous-cutanées.

Le choix du sulfamide à employer a d'abord été le 1162F (sulfamide), puis dès sa découverte le 693 (sulfamido-pyridine) qui a paru avoir une action plus élective.

Actuellement le 2090 (sulfamidothiazol) semble être mieux toléré et encore plus efficace.

Tous ces corps chimiques sont habituellement bien tolérés, donnant tout au plus de la céphalée et de l'anorexie. Des troubles digestifs ne sont pas rares, avec douleurs gastriques et vomissements rendant inutilisables la voie buccale. Beaucoup plus rares sont les éruptions cutanées, exceptionnels les accidents rénaux, hépatiques, sanguins ou nerveux. Comme pour toute chimiothérapie d'ailleurs, il faut avant de l'employer faire un bilan viscéral du malade et ne pas en donner aux rénaux avec albuminurie chronique, ni aux hépatiques avec foie dur.

Faut-il en donner avec la même conviction dans toutes les formes de rhumatisme blennorragique ?

Les formes aiguës polyarticulaires et subaiguës hydarthrosiques sont celles où l'on obtiendra en général les plus beaux résultats, que la ponction montre un liquide séreux ou purulent. La forme pseudo-phlegmoneuse peut également guérir rapidement, et il est souvent utile de donner dans ce cas de fortes doses, 6 grammes et plus par jour, mais il s'agit d'une monoarthrite aiguë

rapidement mutilante et, si l'on n'obtient pas un succès rapide avec les sulfamides, on sera vite obligé d'avoir recours au chirurgien.

Quant aux formes chroniques, plastiques ankylosantes, dactylites pseudophlegmoneuses, spondylose rhizomélique, l'action des sulfamides est beaucoup plus aléatoire et devra souvent céder le pas aux traitements plus classiques des rhumatismes chroniques.

L'action la plus nette des sulfamides sera souvent de guérir uniquement le foyer initial de la blennorragie s'il est encore en activité, et c'est là un résultat qui a sa valeur, quand on sait l'importance qu'il présente dans le déclanchement des rechutes, des récidives, et d'accidents nouveaux.

On peut espérer d'ailleurs que la guérison plus facile de la blennorragie aiguë avec la grande diminution des complications locales, telles que prostatites et urethrites, rendra plus rare le rhumatisme blennorragique et constituera ainsi une belle acquisition de plus au compte des sulfamides.

Mais, malgré toute leur valeur et la tendance de certains médecins à y voir une panacée thérapeutique, leurs indications restent limitées, et leurs succès au cours du rhumatisme blennorragique sont encore très variables.

INFLUENCE DES PRATIQUES CULINAIRES DANS L'ALIMENTATION

Nous extrayons d'un récent ouvrage du Professeur Polonovski (1) les indications générales suivantes concernant l'influence et le rôle des pratiques culinaires dans l'alimentation :

La cuisson a généralement pour effet de rendre les aliments plus digestibles. Les matières protéiques étant coagulées par la chaleur deviennent ainsi plus facilement attaquables par les sucs digestifs. L'amidon cuit est dédoublé par l'amylase pancréatique plus totalement que l'amidon cru, dont une partie échappe à la digestion et donne lieu dans le gros intestin à des fermentations dont on connaît les inconvénients. La cuisson a d'autre part pour effet de faire éclater les membranes cellulosiques des cellules végétales et de rendre le contenu de ces cellules plus accessible, aux sucs digestifs. Les sucres simples ne sont guère modifiés par la cuisson ou subissent une caramélisation qui en change le goût, sans altérer de façon appréciable leur digestibilité ni leur valeur nutritive.

La cuisson dans les corps gras, toutefois, imprègne l'aliment et diminue leur digestibilité (fritures, aliments cuits « au beurre noir »). La graisse enrobe alors les substances alimentaires, les protéines notamment, et les soustrait partiellement à l'action des enzymes pendant la digestion gastrique.

Le mode de cuisson, à un autre point de vue, joue un rôle important. La meilleure façon de faire cuire la viande est de la griller ou de la rôtir. La chaleur très vive du début a pour effet la coagulation immédiate de la couche superficielle de l'aliment carné, celle-ci formant une coque à l'intérieur de laquelle restent tous les éléments nutritifs. On évite, en outre, l'imprégnation par les graisses, qui s'écoulent au fur et à mesure qu'elles fondent.

La cuisson des aliments à l'eau s'effectue suivant trois modalités. Dans la première, l'aliment est plongé dans l'eau bouillante préalablement salée : il se forme à sa surface une coque de matières protéiques coagulées qui conserve à l'intérieur de cet aliment les produits nutritifs et sapides et s'oppose, en partie du moins, à la diffusion des substances solubles, vitamines, acides minéraux, matières extractives. L'effet est analogue pour les pommes de terre cuites avec leur pelure. Dans la seconde modalité, l'aliment est plongé dans l'eau froide non salée, et chauffé progressivement : les matériaux solublent passent alors dans le liquide de cuisson (bouillons de viande et de légumes). Un troisième mode est la cuisson à la vapeur en vase clos, dite à l'« étouffée » : les aliments cuisent dans ce cas presque à l'abri de l'air.

Notons que la plupart des vitamines résistent longtemps à la température de l'eau bouillante. L'acide ascorbique, toutefois, s'oxyde rapidement à 100° au contact de l'air. La cuisson du beurre (la température atteignant environ 130°) détruit les vitamines liposolubles qu'il renferme.

P. L.

(1) Michel POLONOVSKI, P. BOULANGER, P. CRISTOL, G. FLORENCE, A. GIBERTON, M. MACHEBŒUF, H. ROBERT, J. ROCHE et C. SANNIÉ, professeurs et agrégés des Facultés de médecine. — *Eléments de biochimie médicale*. Masson, éditeur.



ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTS

CONSEILS PRATIQUES POUR LA SURVEILLANCE MÉDICALE

On s'est enfin décidé à rendre pour les enfants mineurs l'éducation physique obligatoire. Elle devra se faire sous surveillance médicale. Ceux qui par la suite voudront pratiquer un sport devront également être reconnus par le médecin aptes à pratiquer cette activité supérieure. Cette décision prise sur le papier doit être appliquée le plus tôt possible. Une réunion des médecins responsables des différentes Fédérations sportives, auxquels le problème est familier, a été chargée de mettre au point les modalités d'exécution. Ce n'est point très commode.

D'ores et déjà il a été décidé de présenter une fiche de mensuration et d'observation médicales simple, facile à réaliser. Celle, parfaite au point de vue théorique, présentée par le Conseil supérieur du Commissariat de la Jeunesse et du Sport, est d'une complication telle qu'elle rendrait sa tenue difficile, sinon impossible, sans pour cela rendre des services supérieurs.

On a en outre posé le principe du règlement au médecin de ces examens. D'abord parce que doit être fini le temps, où une organisation quelconque pouvait prétendre s'assurer un service médical en demandant au praticien sa collaboration gratuite, et puis aussi parce que ce même travail devant être payé aux médecins d'établissements scolaires, il serait injuste que le médecin de société sportive ne soit pas remunéré du même labeur. Les médecins fédéraux laissent le soin au Commissariat de décider qui paiera (athlète, société, fédération, commissariat) et par quelles voies le médecin sera réglé.

Enfin il a été reconnu que l'ampleur de la tâche à accomplir est telle, puisqu'elle devra s'appliquer à la majorité des enfants de 14 à 20 ans, que les seuls et rares médecins, qui se sont jusqu'ici sérieusement occupés des choses sportives, seront insuffisants pour l'accomplir. Bien des médecins, peu ou pas préparés à cette besogne, devront s'y employer.

Pour faciliter leur tâche au début, leur éviter certains écueils, je viens leur apporter les résultats de mon expérience personnelle.

L'éducation physique, avons-nous dit, est dorénavant obligatoire pour tous ; elle doit précéder toute pratique sportive. Elle devra surtout s'appliquer à ceux qui, jusqu'alors, présentaient au directeur de leur établissement scolaire le certificat médical les dispensant de gymnastique.

Quelle va être la conduite à suivre ?

Parlons d'abord de l'examen du jeune individu. De deux choses l'une : ou bien, n'ayant jamais été examiné, il va faire de l'éducation physique, ou bien, ayant déjà fait de l'éducation physique et ayant déjà été surveillé médicalement, il demande à pratiquer un certain sport. Dans le premier cas, l'activité physique qu'il va se donner va être minutieusement réglée et poursuivie progressivement, dans le second, ayant franchi victorieusement ce stade préliminaire et éducatif, il aura l'ambition et le désir physique de faire davantage : ce besoin d'activité plus importante est un préjugé favorable de bon état général. Aussi, contrairement à ce que l'on pourrait croire, j'estime qu'il y a plus d'avantages que de danger à être très large dans la distribution du certificat d'aptitude. Bien d'autres ont pu constater ce qui m'est arrivé à moi-même. Entre autres exemples, une jeune fille examinée présentait une réaction cardiaque à l'effort assez mauvaise ; je crus devoir lui recommander l'abstention d'efforts violents, de la compétition. Elle ne tint aucun compte de mon conseil. Et, quand j'eus à examiner à nouveau quelques mois plus tard ce sujet indocile, j'eus la surprise de m'apercevoir que l'épreuve cardiaque donnait un bien meilleur résultat. Heureuse constatation pour le sujet, mais bien fâcheuse pour mon amour-propre et pour la valeur que l'on demande au public d'accorder aux impératifs catégoriques médicaux. Donc péchons plutôt au départ par excès d'indulgence que par trop de sévérité. Mais cette manière de faire exigera en compensation une surveillance plus grande des sujets passables ou médiocres, ayant bénéficié de préjugés favorables.

La surveillance normale et suffisante demande deux examens par an. Chez les déficients, les malingres, chez les normaux qui, faisant de rudes efforts en compétition ou poussant à bout un dur entrainement risquent de dépasser leurs possibilités, il faudra renouveler les examens tous les trois mois, tous les deux mois, tous les mois, tous les quinze jours, tous les huit jours même dans les cas extrêmes. Si les examens successifs montrent le maintien ou l'accroissement des capacités physiques du sujet, tout va bien ; on laisse aller. Mais on doit pousser le cri d'alarme si l'on constate un fléchissement des valeurs. Si ce fléchissement est important, si, peu marqué, il s'aggrave régulièrement, alors le pronostic est plus sérieux et les mesures radicales s'imposent. Ainsi pourrons-nous éviter des surmenages à répercussions dangereuses et définitives, dépister le surentrainement à ses premiers symptômes.

Encore faut-il que le médecin soit instruit de



leurs natures pour les pouvoir reconnaître. J'ai vu un athlète de notoriété mondiale s'abstenir de concourir pour une prétendue grippe. Il n'était que surentraîné : une purgation copieuse lui eût permis d'éliminer très rapidement les toxines dont il était encombré, ses émonctoires par leur action normale n'ayant pu suffire à la tâche. En traitant cette indisposition comme grippe, il lui a fallu très longtemps pour se remettre. Pour éviter cette erreur de diagnostic, fâcheuse pour l'athlète puisqu'elle lui fera perdre presqu'à coup sûr le bénéfice de longs efforts, en l'empêchant de participer à la compétition pour laquelle il s'est minutieusement préparé, il faut savoir que le surentraînement se manifeste par une diminution des possibilités physiques de l'athlète, constatée par la médiocrité de ses performances, de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence, de la diarrhée — heureuse réaction de défense à favoriser plutôt qu'à combattre — parfois enfin frissons et bronchite. On comprend par cette énumération combien un médecin peu averti se laisse facilement abuser sur les causes réelles de ces symptômes.

D'aucuns pensent que l'examen d'un sujet doit se faire comme celui que nous pratiquons chez le consultant ou chez le malade alité, ou bien encore comme un examen d'assurance-vie. C'est la théorie de ceux qui, n'ayant jamais abordé les stades ou les salles de culture physique, ne peuvent s'imaginer qu'il est possible d'aussi bien faire pour ce qui nous occupe sans entreprendre une aussi importante besogne. A vouloir trop bien faire, on court vers des impossibilités : de rémunérer convenablement de tels examens, de trouver le temps nécessaire pour les effectuer; par ailleurs, à vouloir obliger à des examens en grandes séries, on risque de voir le sujet à éliminer passer inaperçu au milieu de tous ceux, qui subissent la visite sans besoin.

Donc, laissez au spécialiste les recherches approfondies. Sachez réduire vos investigations à l'essentiel. Ne retenez que celles qui, faciles à mettre en œuvre, sauront cependant vous éclairer d'aussi bonne façon.

De l'avis de tous ceux qui ont déjà mis la main à la pâte, il suffit pour apprécier l'état physique d'un individu de connaître : l'âge, la taille, le poids, les périmètres thoraciques (nous avons pour notre part l'habitude de prendre le sus mamelonnaire, en inspiration et en expiration forcées, et le périmètre xyphoïdien au repos), le périmètre abdominal maximum, capacité vitale d'Hutchinson, c'est-à-dire la quantité d'air maxima absorbée par le poumon ou bien encore la somme de l'air de réserve, de l'air courant et de l'air complémentaire, la réaction du cœur à l'effort : nombre de pulsations avant l'effort, nombre de pulsations après l'effort — j'utilise les vingt flexions profondes de Martinet — ces deux mesures sont prises sur 5" — enfin le temps nécessaire pour le retour au calme.

Pour toutes ces mensurations il nous suffit : d'une toise, d'une bascule, d'un ruban métrique, d'un spiromètre et d'une montre à seconde.

	$\frac{CV}{P}$	A-C-E	temps du retour au calme
mauvais 2 traits rouges	au dessous de 4	au dessous de 0	plus de 1'45"
médiocre 1 trait rouge	de 4 à 5,4	de 0 à 10	de 1'15" à 1'45"
passable 1 trait noir	de 5,5 à 6,4	de 11 à 15	de 1' à 1'15"
bon 1 trait bleu	de 7,6 à 6,5	de 16 à 20	de 46" à 59"
très bon 2 traits bleus	au-dessus de 7,5	au-dessus de 20	moins de 45"

Sauf pour les résultats de l'examen cardiaque, chacune de ces données n'a point de valeur par elle-même ; ce sont leurs rapports entre elles qui peuvent nous éclairer. Vous aurez rapidement un résultat très suffisant, quoiqu'approximatif, du bilan biologique d'un individu en employant des formules ou indices utilisant une ou plusieurs des mesures recueillies. Celles qui m'ont paru les plus simples et les plus intéressantes sont au nombre de deux :

1° $\frac{\text{capacité vitale}}{\text{poids}}$ ou $\frac{CV}{P}$ déjà utilisée par Demeniy. CV est exprimé en centilitres et P en kilogrammes.

2° L'indice de Ruffier A-C-E

A = périmètre thoracique en inspiration forcée ;

C = périmètre abdominal ;

E = l'écart entre le poids exprimé en kilogrammes et la taille, dont on ne retient que les centimètres au-dessus du mètre, que cet écart soit en faveur du poids ou de la taille.

Tout cela est si simple qu'un moniteur digne de ce titre peut parfaitement y procéder, sous contrôle médical du médecin bien entendu, comme nous utilisons journellement le concours de nos auxiliaires médicaux.

En possession de cette fiche — car toutes ces données auront été portées sur une fiche — le médecin aura un aperçu très suffisant de la valeur physique de ceux qu'il devra surveiller. Pour que les résultats importants frappent davantage, j'ai pris l'habitude de les souligner différemment d'après le barême de la page 1676.

Ayant ainsi catégorisé vos surveillés, vous pourrez vous occuper plus assidûment de ceux qui en auront le plus besoin, ceux qui présentent les plus mauvaises fiches.

Maintenant attention ! N'allez pas au delà de ce qui vous est demandé, c'est-à-dire de veiller à ce que l'éducation physique ou le sport ne deviennent nocifs au jeune pratiquant. Si des signes répétés sonnent l'alarme vous avez le devoir de renvoyer celui qui les présente à son médecin ou à celui de sa famille en lui indiquant les tares constatées. Ce sera à celui-ci de pousser l'examen, de diagnostiquer, de traiter. Or j'ai peur que certains aient perdu de vue ce point déontologique. Ne commettez point pareille faute.

Dr Maronneaud (Jean)
de la Rochelle-Pallice
président de la Commission médicale
de la Fédération française de Natation.

LES RAIDEURS TENACES ET IMPOTENCES DOULOUREUSES DU POIGNET PAR MALACIE DU SEMI-LUNAIRE

Le semi-lunaire est, on le sait, l'os clef de voûte du poignet. Il peut être atteint de malacie (ou maladie de Kienbock), ostéodystrophie caractérisée par un syndrome d'arthrite chronique douloureuse du poignet ou d'entorse du poignet. Le Professeur H.-L. Rocher (de Bordeaux) nous rappelle que cette lésion constitue une cause relativement fréquente des raideurs post-traumatiques du poignet (1) ; celle-ci doit donc toujours être présente à l'esprit du praticien.

La radiographie montre un aplatissement du semi-lunaire, dont la trame présente des zones alternées, plus ou moins étendues, d'ostéolyse et de condensation osseuse : image en peau de léopard, aspect pommelé, os marmoréen, etc. En l'absence de lésions immédiates sur un poignet bien radiographié, il convient de savoir qu'ultérieurement même peuvent apparaître des lésions ostéo-dystrophiques qui caractérisent la maladie de Kienbock. Il faut — bien entendu — avoir de bonnes radiographies comparatives des deux poignets, de face et de profil ; quelquefois, en procédant à l'examen des images radiographiques du début, on pourra constater à la loupe une fissure ou un tassement trabéculaire, qui avait passé inaperçu au premier examen.

La malacie du semi-lunaire est le plus souvent d'origine traumatique, avec fracture, fissure ou un tassement appréciable aux rayons X ; et il ne faut pas perdre de vue l'action des microtraumatismes journaliers, que supporte l'articulation du poignet dans les professions de force, ou qu'entraînent le surmenage ou les travaux prolongés chez les jeunes ouvriers. Parfois, elle est d'apparence spontanée ; on peut alors invoquer une prédisposition congénitale, une infection ostéomyélitique atténuée, mieux encore une origine trophique d'ordre sympathique, facilitée par le fait d'une irrigation sanguine insuffisante de cet os.

Les traitements, qui sont appliqués dans la maladie de Kienbock, varient suivant les cas. S'il y a fissure, et à plus forte raison fracture, l'immobilisation plâtrée du poignet, pendant un mois, est une mesure utile, suivie d'un traitement prolongé et surveillé d'air chaud, de massage et de mobilisation. La diathermie, l'ionisation iodurée donnent de bons résultat dans ces poignets enraidis. Les traitements physiothérapiques longtemps continués peuvent amener des améliorations satisfaisantes, mais la lésion dystrophique persiste.

Il semble cependant qu'avant de pratiquer l'ablation du semi-lunaire, il y ait intérêt de recourir aux opérations sympathiques de Leriche et Fontaine : infiltration du stellaire, et sympathectomie sous-clavière, axillaire ou humorale ; les résultats en sont encourageants, car il est possible d'arrêter l'évolution du processus ostéo-dystrophique.

L'ablation du semi-lunaire paraît surtout indiquée après les traumatismes, lorsque la lésion d'écrasement ou de déformation de l'osselet, l'état de blocage mécanique de l'articulation radio-carpienne ne peuvent être améliorés ou supprimés que par l'extirpation de cet osselet. Cependant, après cette opération, le résultat fonctionnel n'est souvent pas parfait, et la raideur du poignet persiste ; de toute nécessité, le traitement physiothérapique devra dès lors compléter l'œuvre chirurgicale.

G. F.

(1) *Gazette Médicale de France*, avril 1941.

L'IMMUNOLOGIE AU GOÛT DU JOUR



Les avantages des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité pour la préparation des sérums et vaccins

D'après M. G. RAMON (1)

EFFICACITÉ ACCRUE DES SÉRUMS. ACCIDENTS SÉRIQUES RÉDUITS

De prime abord, le praticien estimera ce sujet un peu aride et trop spécial pour maintenir son attention. A notre avis, ce serait là une erreur de sa part. Il faut, au contraire, qu'il se pénètre de l'importance et de l'efficacité des armes, nouvellement adaptées grâce aux efforts réalisés durant ces quinze dernières années en immunologie comparée, et qui sont aujourd'hui mises à sa disposition pour la lutte contre les maladies infectieuses.

Dans la préparation des sérums antitoxiques, l'étude de l'influence, sur l'immunité, des substances adjuvantes injectées *en mélange avec l'antigène,* a pris un développement de plus en plus grand. Ces recherches ont eu pour point de départ des observations faites, lors de l'immunisation des chevaux fournisseurs de sérum antidiphtérique. Il avait été constaté, en effet, que, chez certains animaux, la présence d'une *vive inflammation locale,* d'un abcès, *au lieu d'injection* de l'antigène diphtérique, coïncidait souvent avec une *production accrue d'antitoxine* chez ces mêmes animaux. Ainsi des substances non spécifiques, tel que le tapioca, l'alun, etc., ajoutées à l'antigène, se révélaient capables de provoquer localement pareille réaction inflammatoire. Ces éléments, en retenant momentanément l'antigène à l'endroit d'injection, et en empêchant son *élimination trop prompte,* lui font subir sur place, avant son absorption, des modifications plus ou moins profondes ; l'organisme peut ainsi l'utiliser au mieux et avec le minimum de perte. Il en résulte *une immunité plus précoce, plus forte, plus durable et une production d'antitoxine plus abondante.*

On a remarqué également que les doses minimes de toxine tétanique, diphtérique, staphylococcique, fréquemment répétées *au même endroit,* sous la peau de l'animal, ne déterminent chez ce dernier aucun signe d'intoxication, alors que les mêmes doses introduites également sous la peau *en des endroits chaque fois différents* entraînent des troubles toxiques plus ou moins graves pouvant aller jusqu'à la mort. D'autre part, les injections multiples de toxine très diluée en *un même point* du corps de l'animal, dans le tissu conjonctif sous-cutané, provoquent en outre l'*apparition précoce d'une immunité,* caractérisée par la production abondante de l'antitoxine spécifique. Il en est de même pour les injections d'anatoxine. Cette méthode a reçu le nom d'« immunisation concentrée ».

Ainsi a pu être réalisée la préparation plus rapide et la production des sérums antitoxiques *de valeur très élevée,* au moyen des anatoxines spécifiques, si elles étaient additionnées de substances, tel que le tapioca : d'où découlent *certaines facilités de traitement de la diphtérie et du tétanos.*

Alors que les procédés routiniers et empiriques, précédemment employés, ne permettaient d'obtenir, en un temps très long, que des sérums antidiphtériques, titrant à peine 400 unités, aujourd'hui, grâce à l'anatoxine additionnée de tapioca , il suffit d'un délai relativement court pour avoir des sérums titrant en moyenne 1.250 unités, certains ayant une valeur de 2.000 unités et plus.

De tels sérums, dont on peut, *par purification physico-chimique ou biologique,* augmenter encore la valeur aux dépens de la teneur en protéines, rendent de plus en plus commode l'application de la formule du traitement, dite de l'*injection unique et massive de sérum antidiphtérique,* qui est de plus en plus employée dans les hôpitaux. Il y a une dizaine d'années, c'était une véritable débauche de sérum ; on signalait maintes fois des incidents, relevant de l'introduction de très fortes quantités de sérum hétérologue chez les malades, et qui entrainaient l'aggravation des lésions de certains organes, déjà touchés par l'intoxication diphtérique : foie, reins, etc.

En donnant la possibilité de *ramener à quelquelques dizaines de c. c.,* au lieu de plusieurs centaines, le volume à injecter à l'enfant atteint de

(1) L'immunité et l'influence des substances adjuvantes et stimulantes. Etude expérimentale. Applications pratiques. (*La Presse Médicale,* 2 novembre 1940).

diphtérie — les *sérums,* qui possèdent *une haute valeur antitoxique* et qui sont mis à la disposition du clinicien, contribuent *à limiter,* dans une certaine mesure, les *incidents dus à la sérothérapie,* et à accroître les chances de succès de celle-ci.

Les mêmes considérations s'appliquent à la production du sérum antitétanique, dont la valeur moyenne était inférieure à 300 unités, et qui possède actuellement un titre moyen correspondant à 4.000 unités, soit 40 fois plus élevé que jadis.

Ainsi, pratiquement, il est devenu possible de réaliser, dans les meilleures conditions, le traitement spécifique du tétanos déclaré, en réduisant très fortement le volume des injections sériques.

De plus, le pouvoir antitoxique de ce sérum peut être encore accru par la concentration artificielle ; on prépare une véritable solution d'antitoxine tétanique, dont la teneur en protéines est dix fois, vingt fois moindre que celle du sérum brut de cheval. En prenant, par exemple, 0 c.c 35 d'un sérum antitétanique, purifié ou non, titrant 7.000 unités, et en le diluant dans 9 c. c. 5 d'eau physiologique, on obtient une solution d'antitoxine tétanique, qui renferme au total 3.500 unités antitoxiques, c'est-à-dire la dose requise pour la prévention du tétanos chez le blessé, et qui contient vingt fois moins de matières protéiques que les 10 c. c. de sérum antitétanique, utilisés habituellement dans cette sérothérapie préventive.

Les solutions d'antitoxine tétanique, ainsi préparées, puis additionnées d'une minime quantité de formol et chauffées une heure à 55°, afin d'opérer une sorte de dénaturation des protéines, possèdent la faculté de *réduire les accidents sériques* dans une proportion de 40 pour 100,et davantage. D'ailleurs ces accidents, jusqu'ici observés, ont gardé un caractère exceptionnel et de réelle bénignité. Sur des centaines de sujets ainsi traités et suivis, dont certains *avaient déjà reçu antérieurement du sérum de cheval,* il y eut quelques réactions locales au point d'injection et un seul cas d'urticaire.

Bref, en matière de sérothérapie antidiphtérique et antitétanique, les recherches poursuivies, qui ont trait à l'emploi des substances adjuvantes de l'immunité, ont conduit peu à peu à l'obtention de moyens, qui permettent de lutter de plus en plus commodément, avec une efficacité accrue, avec des inconvénients progressivement réduits contre la diphtérie et contre le tétanos.

Les vaccinations associées procurent une immunisation renforcée pour chacun de leurs éléments

La méthode des vaccinations associées est également basée sur le principe des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité.

Dès les premiers essais de vaccination antitétanique de l'homme au moyen de l'anatoxine, on devait se préoccuper d'augmenter l'immunité obtenue en employant le procédé au tapioca, mis à contribution déjà pour la production des sérums antitoxiques. Il avait été remarqué, en effet, lors des premières injections à l'homme de l'anatoxine tétanique, que celle-ci ne provoque pas de réaction appréciable, qu'elle est *rapidement absorbée,* et, sans doute, assez promptement éliminée, *sans* avoir pu jouer intégralement son rôle générateur d'antitoxine. C'est pourquoi, suivant les idées, qui avaient guidé les expériences en ce domaine, on devait chercher à la retenir momentanément au lieu d'injection et à rendre graduel son passage dans l'organisme pour obtenir un rendement meilleur dans le développement de l'immunité.

Après quelques tentatives, au cours desquelles les substances adjuvantes les plus diverses furent utilisées : tapioca, amidon, lait, huile, lécithine, etc., on se rendit compte du peu d'efficacité de ce procédé, surtout en raison des réactions trop vives que risquaient d'entraîner ces substances introduites sous la peau en mélange avec l'anatoxine. On songea dès lors à injecter un mélange d'anatoxine et d'un vaccin microbien, tel que le vaccin antityphoïdique T. A. B., ce dernier devant jouer, dans une certaine mesure, le rôle de tapioca, grâce aux phénomènes d'inflammation locale, apparentes ou inapparentes, qu'il provoque lorsqu'il est injecté sous la peau de l'homme. A ces mélanges composés soit de deux antigènes aussi dissemblables dans leur nature qu'une anatoxine et un vaccin microbien genre T. A. B., soit encore d'anatoxines aussi éloignées dans leur spécificité que l'anatoxine diptérique et l'anatoxine tétanique par exemple, Zoeller a donné le nom de « *vaccins associés* ». On pourrait ainsi augmenter l'innocuité, et simplifier les méthodes d'immunisation anatoxique chez l'homme.

Et de fait, en dehors des commodités qu'elle offrait pour la diffusion des vaccinations, cette immunisation multivalente, effectuée au moyen d'un mélange de vaccins, tels que le vaccin antityphoïdique, l'anatoxine diphtérique, l'anatoxine tétanique, etc., réalisait une *efficacité renforcée* des immunités antitoxiques, qu'elle est capable de conférer.

L'introduction des vaccinations associées dans la pratique courante a , peu à peu, confirmé sans réserve les indications fournies pour les premiers



essais : 100 p. 100 des sujets vaccinés à l'aide du mélange d'anatoxine diphtérique et de T. A. B. présentaient une réaction de Schick négative. De plus 95 p. 100 de sérums de ces vaccinés recélaient plus de 1 /10e d'unité antitoxique, le taux d'antitoxine s'élevant chez certains d'entr'eux jusqu'à 30 et 40 unités antitoxiques au cent. cube et davantage.

Il en est de même de l'immunité antitétanique, provoquée par les vaccinations associés comme de l'immunité antidiphtérique. Ces *deux immunités*, conférées simultanément par la vaccination associée antidiphtérique, anti-tétanique, antityphoïdique se montrent relativement *élevées et stables*.

Ces essais ayant été fort concluants, tant en ce qui concerne l'*innocuité* que l'efficacité du vaccin mixte anti-diphtérique, anti-tétanique, une loi permit de rendre obligatoire dans l'armée les vaccinations antitétanique et antidiphtérique en les associant à la vaccination antityphoïdique.

Déjà, à l'heure actuelle, le bénéfice obtenu est très apparent, ainsi que le fait remarquer Pilod qui écrit : A partir du moment où la vaccination associée triple « antidiphtérique, antitétanique, antityphoïdique », rendue obligatoire par la loi du 15 août 1936, a été étendue à tous les effectifs, on a assisté à une chute brutale de la morbidité par diphtérie. C'est ainsi que, dans une région militaire de l'Est, la morbidité est passée de 10,1 pour 1.000 hommes en 1933 à 0,6 en 1937. L'énorme réduction des cas de diphtérie dans cette région militaire apporte, conclut Pilod, la preuve incontestable de la haute valeur immunisante de la vaccination associée triple à l'égard de la toxi-infection diphtérique.

D'après Sohler et Buvat, à l'hôpital du Val-de-Grâce où chaque année plus de 100 malades étaient admis pour diphtérie, il n'y en a eu, en 1938, que 12 (qui presque tous, pour raisons des plus diverses, n'avaient pas été vaccinés). Tous les médecins militaires français sont actuellement d'accord pour dire que la diphtérie a pratiquement disparu de l'armée.

En ce qui concerne le tétanos, aucun cas n'a été signalé jusqu'ici sur les 800.000 vaccinés.

Pleinement confirmée dans sa valeur pratique par un usage maintenant courant dans des collectivités variées, chez l'enfant comme chez l'adulte, la méthode des vaccinations associées connaît en France un essor qui grandit rapidement.

Les très nombreux résultats acquis dans différents domaines et sur une très grande échelle (plusieurs millions d'individus), *confirment la méthode des vaccinations associées dans son efficacité, et permettent de la considérer comme la méthode de choix, pour réaliser la prophylaxie simultanée de plusieurs maladies infectieuses.*

G. Fischer.

EXISTE-T-IL DES GROSSESSES PROLONGÉES ?

Cette question, assez difficile à résoudre, puisqu'elle repose sur des renseignements de la femme (derniers rapports sexuels) dont on peut discuter l'exactitude, a été examinée à nouveau par M. R. Mahon, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, à propos de deux cas personnels. Dans ces deux cas, le travail débuta 293 et 296 jours après la date présumée de la fécondation.

Du point de vue légal, on admet pour la gestation une durée qui varie de 300 jours (France), à 317 jours (Etats-Unis d'Amérique). Physiologiquement, la durée normale de la grossesse est de 260 à 270 jours, une gestation excédant 280 jours pouvant dès lors être considérée comme prolongée.

Dans l'un des cas de M. Mahon, le fœtus fut en souffrance grave et dans l'autre, il succomba.

L'auteur croit à la rareté, mais aussi à la réalité de la grossesse prolongée. Il pense qu'elle comporte un risque pour le fœtus. Il estime qu'il y aurait intérêt à intervenir pour précipiter l'accouchement dans les cas exceptionnels où l'on a la certitude morale d'une grossesse prolongée, et cela pour sauvegarder la vie du fœtus.

Le Professeur Andérodias note que tous les accoucheurs ont observé des accouchements sans incident, d'enfant vivant, après des grossesses cliniquement prolongées. Il a dû, une fois, cependant, faire une césarienne d'urgence dans de telles circonstances. Hormis les cas de récidive, il vaut mieux, dit-il, n'intervenir que si le fœtus souffre.

Pour M. Balard, l'excès de volume du fœtus est un signe important, quoique le Professeur Jeannin ait signalé des œufs de grossesse prolongée hypotrophiques.

P. L.

A PROPOS DE L'HÉRÉDO-TUBERCULOSE

Réponse aux objections de M. HERVOUET

(Suite et fin) (1).

Par Auguste LUMIÈRE

Nous croyons avoir répondu aux diverses objections formulées au sujet de notre conception étiologique de la tuberculose, et nous serons toujours disposé à discuter toutes les particularités du problème, sur lesquelles notre attention pourrait être attirée ; ne serait-il pas souhaitable alors que l'on voulut bien enfin expliquer les multiples contradictions, que nous avons soulevées à l'encontre du contagionnisme, encore classique à l'heure actuelle, mais qui semble cependant assez sérieusement ébranlé par nos recherches et nos conclusions.

Rappelons donc une fois de plus les faits et arguments que nous avons opposés à la théorie régnante et qu'il serait indispensable de réfuter ou d'expliquer, si, l'on voulait persister dans un conformisme, auquel demeurent attachés les maîtres de la phtisiologie, mais qui est déjà abandonnée par la très grande majorité des praticiens.

f) L'ENSEMBLE DES FAITS PRINCIPAUX QUI S'OPPOSENT A LA THÉORIE CONTAGIONNISTE CLASSIQUE ET CEUX QUI SONT EN FAVEUR DE L'HÉRÉDO-TUBERCULOSE.

1° Comment se fait-il que les conjoints des phtisiques puissent absorber d'énormes quantités de germes avec leur maximum de virulence, pendant des temps très longs, des mois et des années, sans être contaminés ?

2° Pourquoi les phtisiologues ne sont-ils jamais contagionnés par leurs malades ?

3° Etant donné le nombre considérable de phtisiques répandant des bacilles autour d'eux, chacun pendant des temps très longs, comment n'arrive-t-on pas à citer au moins quelques cas de contagion indiscutables, chez des sujets appartenant à des familles complètement indemnes de tuberculose ?

On devrait en trouver par milliers.

4° Pourquoi la contagion se produirait-elle à la suite de quelques vagues contacts fortuits, momentanés, avec des phtisiques, alors que l'on peut passer des années entières pendant lesquelles on vit en commun, d'une façon continuelle avec des centaines de bacillaires réunis dans un sanatorium, sans subir l'atteinte de la maladie ?

5° Pourquoi la tuberculose survient-elle chez tant de sujets dont les parents ont été atteints dans le passé de manifestations bacillaires éteintes avant la naissance de leurs enfants, et n'ayant jamais répandu de germes autour d'eux depuis cette naissance ? Et pourquoi ces descendants d'anciens bacillaires guéris deviennent-ils à leur tour tuberculeux, quoiqu'on puisse faire pour éviter la contagion ?

6° Comment se fait-il que certains sujets aient pu absorber accidentellement ou volontairement des doses formidables de bacilles virulents sans en être le moins du monde incommodés ? Pourquoi ne cite-t-on aucun cas de tuberculisation dans ces conditions ?

7° Pourquoi l'inoculation accidentelle, chez l'homme, au cours des autopsies de tuberculeux, par exemple, donne-t-elle simplement une lésion locale, qui guérit toujours sans se généraliser ?

8° Pourquoi confère-t-on facilement la cuti-réaction positive à des animaux sans les contaminer aucunement, alors que cette cuti-réaction serait un signe certain d'infection chez l'homme ? Cette cuti-réaction est un phénomène anaphylactique, or aucune autre réaction anaphylactique ne nécessite, pour se produire, que les protéines, qui l'engendrent, appartiennent à des êtres vivants au moment de la sensibilisation.

9° La primo-infection bénigne, régressive, est irréalisable expérimentalement ; toutes les fois qu'une infection tuberculeuse post-natale est effective, elle n'affecte jamais expérimentalement cette forme de la maladie. Quelle en serait la raison si cette primo-infection post-natale était réelle ?

10° Comment peut-on concevoir que la primo-infection ne survienne jamais que chez les sujets appartenant à des familles de tuberculeux ?

11° Lorsqu'on peut être certain qu'un sujet a été infecté après sa naissance, la maladie qui se déclare est invariablement du type de la tuberculose infantile, progressif et fatal, et non du type bénin de la pseudo-primo-infection. Pour quels motifs ?

12° Pourquoi cette primo-infection se rencontre-t-elle chez des sujets n'ayant aucun contact avec des phtisiques, alors qu'un nombre considérable d'adolescents peuvent vivre constamment dans les milieux les plus bacillifères sans en être atteints ?

13° Si, comme les contagionnistes le prétendent, la phtisie tardive de l'adulte est précédée d'une primo-infection dans l'enfance ou dans l'adolescence, pourquoi les médecins ont-ils tant de peine à dépister quelques rares cas de ce premier contage qui devrait-être la règle ? Il ne

(1) V. *Concours Médical*, n° 38 de 1941.

devrait pas être nécessaire de tant les rechercher pour les découvrir.

14° Pourquoi les surinfections et réinfections invoquées par les contagionnistes sont-elles irréalisables expérimentalement ?

15° Pourquoi ces surinfections et réinfections ne se produisent-elle jamais chez les malades des sanatoriums, qui y sont exposées au maximum, ou chez les malades des hôpitaux de tuberculeux, qui sont dans le même cas ?

16° Le nombre des bacillaires restant sensiblement constant, parquel mécanisme le phtisique, qui sème des bacilles pendant des mois et des années, ne contamine-t-il jamais, en moyenne, qu'un seul individu pendant des temps aussi prolongés ?

17° Si les nouveaux-nés étaient toujours indemnes de tuberculose, comme le prétendent les contagionnistes, comment expliquerait-on que la mortalité par bacillose des nourrissons est très élevée dans la première année de leur vie, alors que les enfants manifestement infectés dès leur naissance ne succombent qu'après une évolution de la maladie durant au moins huit mois, en général.

18° Pourquoi cette mortalité diminue-t-elle rapidement à partir du douzième mois ?

19° Alors que l'on constate une chute de la mortalité tuberculeuse considérable de 5 à 15 ans, pourquoi le taux des cuti-réactions positives ne cesse-t-il d'augmenter pendant ce temps ?

20° Comment les variations de la léthalité avec les âges pourraient-elles être expliquées par les contagionnistes ?

21° Alors que la tuberculose expérimentale débute toujours au point de pénétration du germe dansl'organisme et se propage invariablement de proche en proche, comment expliquer que des bacilles venant de l'extérieur seraient capables d'engendrer une maladie tuberculeuse, dont les premières manifestations apparaîtraient au niveau de la plèvre ou des parties les plus profondes et les plus inaccessibles du squelette ?

22° Il y a des familles de tuberculeux et des familles de non tuberculeux ; comment concilier ce fait avec l'affirmation de la non hérédité de l'affection ?

23° La tuberculose ne frappe pas au hasard, comme les maladies contagieuses ; elle choisit ses victimes dans certaines familles et non dans d'autres. On peut prévoir où elle exercera ses ravages. Il faudrait expliquer ce fait par le contage ?

24° Quoiqu'on fasse, quelles que soient les précautions prises, pourquoi ne peut-on éviter la maladie chez certains descendants de tuberculeux ?

25° Comment expliquera-t-on qu'un seul des nombreux autres enfants indemnes d'une famille, parfaitement indemne aussi, soit tuberculeux, quand il est le fruit d'une faute de la mère avec un amant phtisique, sans que ce dernier ait eu un seul contact avec son descendant ?

26° Quelle explication peut-on donner du cas de cette nourrice, dont le mari était indemne et qui donna le jour à six enfants, tous morts de tuberculose, alors que les nourrissons étrangers qu'elle avait élevés, en même temps que les siens et dans le même milieu sont tous demeurés indemnes ?

27° Expliquera-t-on encore pourquoi, dans les familles où l'un des conjoints est tuberculeux, ce sont les enfants, qui ressemblent physiquement à l'ascendant bacillaire qui deviennent eux-mêmes tuberculeux ?

28° Nous dira-t-on pourquoi on remarque si souvent une similitude impressionnante du siège, de la forme des lésions bacillaires, chez les parents et chez les enfants tuberculeux, et pourquoi la maladie débute fréquemment aux mêmes âges ?

29° Nous fera-t-on croire que les bacilles contenus dans le sang du cordon, chez les mères tuberculeuses, peuvent imprégner les nouveau-nés sans causer une infection ?

30° Pourra-t-on prétendre aussi que le spermatozoïde anormal d'un tuberculeux engendra un enfant normal ?

31° Il y a deux formes bien distinctes de la tuberculose : la première comprend la tuberculose expérimentale et l'infection post-natale, dont la symptomatologie est sensiblement constante ; la maladie est alors continue, progressive, ganglio-viscérale ; la seconde est essentiellement polymorphe comme l'hérédo-syphilis. Comment pourrait-on concevoir ce polymorphisme qui n'existe dans aucune autre infection, pas plus que dans la maladie tuberculeuse de contamination post-natale effective ?

Il en est de même du retardement, qui caractérise la tuberculose habituelle de l'adulte. Quand un sujet est infecté, les manifestations pathologiques apparaissant aussitôt après la contamination ou après une incubation de quelques jours nécessaire à la pullulation du germe. C'est ce qui a lieu ainsi dans la maladie tuberculeuse de contamination post-natale. Comment expliquer ce retardement considérable observé dans la tuberculose commune de l'adulte, autrement que par l'infection pré-natale ? retardement qui se produit de la même manière dans l'hérédo-syphilis.

33° Expliquera-t-on encore le parallélisme impressionnant entre l'hérédo-syphilis et la tuberculose commune retardée, polymorphe de l'adulte ?

34° Enfin pourquoi n'a-t-on jamais pu reproduire cette forme tardive de la bacillose expérimentalement après la naissance quoi qu'on fasse, alors que le seul moyen de la réaliser est d'infecter l'embryon ?

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Résultats du dépistage radiologique systématique de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes chômeurs

M. G. Albot et ses collaborateurs ont opéré sur 5.000 candidats à l'admission dans les centres de jeunesse de la région parisienne. Dans les expertises, entrent systématiquement : une bacilloscopie avec homogénéisation, si la recherche directe des bacilles de Koch dans les crachats est négative, un tubage gastrique pratiqué à jeun chez tous les sujets ne présentant pas d'expectoration apparente, une étude radioscopique et radiographique complétée de tomographies, toutes lesfois que la chose est nécessaire, une mesure de la vitesse de sédimentation des hématies, une numération des polynucléaires à granulations toxiques. Certains sujets sont mis en observation pendant deux mois en moyenne pour juger de l'évolutivité des lésions constatées.

Tous les sujets se considéraient en bonne santé et en présentaient extérieurement les apparences. Les rares cas de tuberculose ancienne et traitée, parfois guérie, ou bien stabilisée, ont été éliminés d'emblée; ils ne comptent pas dans les 5.000 observations.

Le chiffre total des lésions tuberculeuses actuelles ou anciennes, évolutives ou stabilisées, les unes et les autres méconnues, a été de 74, soit 14,8 pour 1.000. Ce chiffre est plus élevé que ceux trouvés jusqu'à présent dans l'armée (3 p. 1.000), dans les lycées (2,68 p. 1.000) ; mais il faut remarquer que la proportion trouvée chez les chômeurs et chômeuses appartenant à la partie la plus disgrâciée de la population parisienne n'a été que de 2,1 p. 1.000, alors que le lourd tribut payé à la tuberculose latente est, pour les moniteurs de 6,1 p. 1.000, et, pour les monitrices, de 5 p. 1.000. Peut-être faut-il en voir une des raisons dans le fait que l'âge moyen des chômeurs est moins élevé que celui des moniteurs et monitrices. (*La Presse Médicale*, 17 mai 1941).

L'infarctus du myocarde

Le Professeur agrégé Lenègre établit que l'infarctus myocardique est l'aboutissant normal d'une athéro-sclérose coronarienne ou aorto-coronarienne. Il ne représente donc qu'une étape anatomo-clinique plus ou moins bruyante au cours d'un processus physio-pathologique, qui est, presque toujours, une insuffisance coronarienne progressive et évolutive. Il résulte soit d'une ischémie brutale, soit d'une violente perturbation vaso-motrice. Les malades qui survivent, ce qui est plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois, sont voués à des récidives ou à une insuffisance cardiaque terminale. Il est intéressant de noter qu'il en est de même pour le cerveau ; les désordres y sont beaucoup plus complexes qu'on ne le croyait il y a quelques années quand on opposait l'hémorragie cérébrale au ramollissement. Il est curieux d'observer des réactions anatomiques strictement identiques dans les tissus aussi dissemblables que le tissu nerveux encéphalique et le tissu musculaire cardiaque, lorsque leur respiration et leur nutrition sont compromises par une insuffisance circulatoire progressive. (*La Médecine*, mai 1941)

Pratique de l'électro-coagulation dans le traitement des métrites cervicales

La guérison complète d'une métrite cervicale chronique ne peut être obtenue que par la destruction de toute l'épaisseur de la muqueuse utérine du canal, en anéantissant à la fois les tissus et les microbes qu'ils contiennent. Seule une électro-coagulation bien faite permet d'obtenir ce résultat, et, pour y arriver, Cl. Béclère décrit la méthode qu'il faut adopter : action de coagulation totale, en profondeur, sans dépasser la muqueuse, afin de ne pas léser les tissus sous-jacents.

Le traitement de la métrite ne doit être qu'une partie de la thérapeutique, car il ne faut pas négliger, sous peine de récidive ou de complications, une infection plus ou moins marquée des trompes, des ovaires et des paramètres. Des contrindications naissent : d'une récente poussée évolutive de salpingo-ovarite, et d'une possibilité d'hydrosalpinx latent. Enfin, on ne doit jamais commencer par le traitement de la métrite. Une cure simultanée de chimiothérapie réduira les risques d'une poussée de salpingo-ovarite. (*Journal des Praticiens*, mai-juin 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Le traitement actuel du rétrécissement rectal par maladie de Nicolas-Favre

(M. P. MOULONGUET ; 28-5-1941)

Les sulfamides, dit M. Moulonguet, guérissent toutes les manifestations de la maladie de Nicolas-Favre, en particulier la plus grave d'entre elles, le rétrécissement rectal avec ses fistules, ses condylomes, son entonnoir périnéal, son esthiomène vulvaire chez la femme, sa lipomatose pelvienne, lésions surinfectées, extensives, qui rétrocèdent lorsque le virus causal, que Levaditi a démontré rester présent dans les plus anciens rétrécissements, est stérilisé par la chimiothérapie. M. Moulonguet en présente un exemple concernant une femme hospitalisée à Broca, dans le service du Professeur Mocquot. La malade, extrêmement maigre, était dans un état misérable. Atteinte depuis des années d'un rétrécissement rectal compliqué de trois fistules périnéales et fessière, elle était arrivée au dernier stade de l'évolution de cette affection. La colostomie s'imposait. Soumise, une fois l'anus iliaque établi, à la sulfamidothérapie (huit comprimés de rubiazol par jour), elle fut revue six mois plus tard, méconnaissable, avec périnée normal, n'était deux ou trois condylomes flétris, fistules cicatrisées, ayant engraissé de vingt kilogrammes.

Le terme de guérison appliqué à ces cas paraît juste du point de vue vital, mais il est peut-être critiquable du point de vue fonctionnel. Que devient le rétrécissement rectal ? Peut-il se recalibrer spontanément, ou par des dilatations associées ou non à la diathermie ? La question est àl'étude.

— M. GATELLIER a eu l'occasion, depuis son rapport de 1934, de voir 27 cas de rectite sténosante. Dans 26 cas, la réaction de Frei était positive. Le rubiazol lui a donné des résultats concordants avec ceux obtenus par M. Moulonguet. Le rétrécissement proprement dit, toutefois, a persisté. A la suite de lavages locaux, de dilatations prudentes et répétées, les troubles de sténose ont été nettement améliorés.

— M. AMELINE rapporte l'observation d'une malade, atteinte de lésions rectales sténosantes par maladie de Nicolas-Favre. La patiente avait été soumise aux thérapeutiques les plus usuelles de la lympho-granulomatose pelvienne (radiothérapie pénétrante, injections intra-veineuses de sels d'antimoine, comprimés de rubiazol). Appelé à la traiter en avril 1941 pour rétrécissement rectal scléreux (calibre d'un crayon), que l'examen radiologique révéla de peu d'étendue, M. Ameline pratiqua une amputation intra-sphinctérienne du rectum. Bon résultat qui montra que cette opération serait ici logiquement indiquée.

Sans partager entièrement l'optimisme de M. Moulonguet, M. Ameline croit que le traitement de ces cellulites rectales et périrectales est transformé par les sulfamides.

— M. HUET remarque que dans l'observation relatée par M. Moulonguet, le traitement sulfamidé a été employé après colostomie. Or, on sait quelles améliorations, parfois surprenantes, peut donner, dans ces cas, la seule dérivation des matières.

Esquillectomie et régénération osseuse

(M. Henri GODARD. — Rapport de M. LEVEUF ; 4-6-1941)

A propos de quatre observations, adressées par M. Henri Godard, d'esquillectomies dans des fractures par projectiles de guerre, M. Leveuf envisage la question discutée des esquillectomies précoces ou tardives pour fractures pénétrantes d'une diaphyse, au double point de vue de leur efficacité contre l'infection et de leur influence sur la régénération osseuse.

L'opinion de M. Leveuf est la suivante : l'esquillectomie précoce n'intervient guère pour prévenir l'infection, celle-ci dépendant en ce cas surtout des parties molles, la véritable prophylaxie de l'infection étant alors l'exérèse des parties molles contuses, suivie au besoin d'un traitement local et général par les sulfamides. Mise à part l'ablation des esquilles libres, il apparaît inutile de toucher d'emblée au foyer de fracture. L'immobilisation plâtrée stricte et les pansements rares représentent un complément important de l'épluchage. Dans cette méthode de traitement, le problème de l'esquillectomie proprement dite ne se pose, à son avis, qu'à une période plus ou moins tardive, si la fièvre persiste, indiquant une ostéite fracturaire.

D'autre part, au point de vue de la régénération, l'esquillectomie précoce reste aléatoire alors que l'esquillectomie retardée permet à peu près à coup sûr une régénération osseuse.

— M. Paul BANZET défend une opinion différente, dérivée de la règle donnée par M. Leriche : « Faire des esquillectomies dans toutes les fractures ouvertes de guerre : enlever les esquilles libres ; enlever les esquilles adhérentes qui tiennent mal ou bouchent l'accès du canal médullaire ». Ses blessés, opérés dans ces conditions, ont eu des suites opératoires parfaites. Ces esquillectomies doivent toujours être strictement sous-périostées. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

L'ORDRE DES MÉDECINS

Par Me Bernard AUGER

Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation

(*Suite*) (1)

Contrairement au décret du 20 juin 1920 sur la profession d'avocat, ni la loi du 7 octobre, ni aucun texte postérieur n'ont prévu d'assemblée générale des médecins.

Ce n'est pas à dire que ces assemblées soient interdites ; il se peut même que, sinon pour l'Ordre tout entier, qu'il ne peut être naturellement question de rassembler, sinon même pour les médecins de la Seine, dont la cohue déborderait du Vélodrome d'hiver, mais du moins pour les sections départementales, le règlement d'administration publique qui fixera les modalités d'élection des Conseils de l'Ordre prévoie et réglemente des assemblées générales. En attendant ce texte futur, des assemblées départementales peuvent être tenues. Mais elles n'auront, quant à présent, aucun rôle officiel ; elles ne pourront prendre aucune décision ; elles pourront seulement émettre des vœux. Je ne crois pas que le Conseil départemental ait le droit de les interdire : la liberté de réunion existe quant à présent pour les médecins comme pour les autres citoyens, sous réserve des restrictions imposées par les circonstances, et ce n'est pas, assurément, faire montre d'indiscipline que d'organiser une consultation entre confrères sur les intérêts de la profession.

Quand les assemblées générales seront réglementées, il se peut que la loi ne les autorise que fractionnaires. Le décret de 1920 sur les barreaux distingue suivant que l'Ordre a plus ou moins de vingt membres ; s'il a moins de vingt membres (stagiaires non compris) il a le droit de se réunir tout entier en assemblée générale ; s'il a plus de vingt membres, il se divise en « colonnes », de nombre variable suivant son effectif — c'est-à-dire en sections, appelées *colonnes* parce que sous l'ancien régime, l'usage des avocats au Parlement de Paris était de réunir, au pied des colonnes de la Grand'Salle du Palais, de petites assemblées sous la direction d'un ancien. Or il n'y a pas de département où les médecins ne soient plus de vingt. Par ailleurs, le déplacement, pour certains d'entre eux, sera long et coûteux. Il se peut donc que le règlement d'administration publique à intervenir divise les circonscriptions de chaque Conseil départemental en sections, dont les habitants se réuniront séparément pour discuter ensemble des intérêts généraux de la profession, et émettre des vœux, ou des injonctions, auxquels le Conseil devra répondre dans un délai donné, par une décision motivée ; que l'élection des membres du Conseil se fasse par section.

***

J'ai dit plus haut que l'Ordre des Médecins pourrait posséder des biens quelconques, et recevoir à titre gratuit ou à cause de mort, avec ou sans affectation spéciale ; j'ai signalé en passant, que ces biens seraient administrés tantôt par les Conseils départementaux, tantôt par le Conseil supérieur, suivant leur affectation, et j'ai indiqué par là quelle serait l'une des attributions de ces Conseils : la gestion du patrimoine de l'Ordre.

Sous quelle forme cette gestion aura-t-elle lieu ? La loi ne le dit pas. Cela n'avait peut-être pas à être dit ; par le seul fait de son existence et de son aptitude à gérer les biens de l'Ordre, le Conseil tant départemental que supérieur, celui-ci, quand il ne gère pas directement, exerçant un droit de contrôle sur l'administration de celui-là, le Conseil, donc, a qualité pour voter le

---

(1) Voir le *Concours Médical*, n° 38. 21 septembre 1941.

budget de l'Ordre et faire au nom de l'Ordre tous les actes de la vie civile : percevoir les cotisations ; en décider l'emploi ; acquérir, aliéner, prendre ou donner à bail sans limitation de durée ; percevoir les revenus de toutes sortes ; décider des placements, des emprunts ; donner quittance ou main levée, etc... Il n'agira pas directement ; il sera représenté par son président, qu'il autorisera par une délibération expresse à accepter les dons et legs, à transiger, à compromettre, à consentir les aliénations, hypothèques, antichrèses ou nantissements, à emprunter, à ester en justice, etc...

Les actes de la vie courante — achats de peu d'importance (papier, timbres, menu matériel de bureau, etc.) ; engagement du personnel dont le Conseil aura décidé le recrutement, etc., seront faits par le président sans autorisation (à moins que le Conseil ne désigne un de ses membres comme questeur ; la loi ne le prévoit pas, mais ne l'interdit pas).

***

Parallèlement à ce pouvoir de gestion, les Conseils exercent le pouvoir disciplinaire. On a déjà dit dans ce journal tant en commentant la loi du 7 octobre elle-même, qu'en appréciant le *Code de déontologie*, comment ce pouvoir jouerait ; comment aucun membre du Conseil n'a plus spécialement qualité pour exercer l'action disciplinaire, en sorte que le Conseil sera saisi soit par la plainte de la partie lésée, soit par l'un quelconque de ses membres, qui, n'étant ni ministère public, ni partie poursuivante, aura séance au Conseil pour le jugement de l'affaire, ce qui ne laisse pas d'être un peu choquant. Il est vrai qu'il en est de même pour les Conseils des Ordres d'avocats dont cette imperfection ne paraît pas paralyser l'action.

***

Comme on l'a déjà dit à plusieurs reprises, c'est à l'organisation du pouvoir disciplinaire que le législateur de 1940 s'est attaché le plus ; sur ce point, la loi est très développée. Il est, je crois, inutile d'en parler davantage, sinon pour dire qu'on eût aimé trouver semblable développement au sujet d'une troisième série d'attributions qui n'est qu'ébauchée :

La représentation de la profession.

Aux termes de l'art. 16 du décret du 20 juin 1920 sur la profession d'avocat, le Conseil de l'Ordre a entre autres pour mission... 3° *de s'occuper de toute question intéressant l'exercice de la profession d'avocat, notamment en ce qui concerne la défense des droits des avocats et la stricte observation de leurs devoirs professionnels.* Le Conseil de l'Ordre est donc chargé de « représenter la profession d'avocat » devant les Pouvoirs publics, c'est-à-dire de promouvoir les mesures propres à faciliter l'exercice de cette profession, de s'opposer, dans la mesure de ses moyens, aux mesures projetées qui lui seraient défavorables ; d'intervenir, dans l'intérêt de la profession, auprès des autorités de toute nature : présidents des juridictions de son ressort ministère public, autorités administratives ; d'agir ou de défendre en justice quand les intérêts de la profession, c'est-à-dire de l'Ordre, etc., etc... Cette mission du Conseil est très vaste : n'a-t-on pas vu le Conseil de l'Ordre de Paris traiter avec le concessionnaire de la buvette, pour obtenir, pour ses confrères, des prix plus avantageux ?

L'extrême morcellement des avocats, répartis en un grand nombre d'Ordres ; le très faible effectif de la majorité de ces Ordres (il y a des barreaux de Cour d'Appel qui ne comptent pas vingt inscrits) rend cette action des Conseils de l'Ordre assez difficile, quand il ne s'agit pas d'obtenir un succès local, mais d'agir sur le plan national. Aussi a-t-on créé, à côté des barreaux et de leurs Conseils, des organismes officieux : l'un est une manière de confédération de barreaux : c'est la *Conférence des bâtonniers des départements* ; l'autre est une institution semblable au sabre de M. Joseph Prudhomme, en ce sens qu'elle est destinée à soutenir les Conseils de l'Ordre, mais au besoin à les combattre : c'est l'*Association nationale des Avocats inscrits.* Enfin dans l'intérieur des barreaux les plus importants, dans celui de Paris par exemple se sont créés des groupements destinés à soumettre aux Conseils de l'Ordre des vœux, des suggestions et des protestations, et au besoin, à agir au dehors à côté d'eux, sans eux ou contre eux (*Cercle d'études professionnelles* ; *Union des Jeunes avocats* ; *Jeune barreau français*, etc.).

La loi du 7 octobre 1940 a donné aux Conseils institués par lui des pouvoirs semblables à ceux dont jouissent les Conseils d'avocats. L'art. 4 dit en effet que le Conseil supérieur « assure le respect des lois et règlements qui régissent l'Ordre » — c'est-à-dire qu'il doit veiller à ce que les autorités publiques ou les tiers respectent, comme les médecins eux-mêmes, ces lois et règlements. Le Conseil, ajoute-t-il, « est l'interprète des médecins auprès des Pouvoirs publics ». Et l'art. 7 dispose que les Conseils départementaux, sur toute l'étendue de leur ressort, surveillent l'exercice de la médecine, examinent les problèmes qui s'y rapportent et peuvent en saisir le Conseil supérieur de l'Ordre.

De la comparaison de ces deux textes résulte, à mon sens, que la « représentation » de l'Ordre appartient au seul Conseil supérieur : sauf sur

certains points que je dirai plus loin, les Conseils départementaux n'ont, en cette matière, qu'un rôle d'instruction ; ils discernent les problèmes qui se rapportent à l'exercice de la médecine dans leur ressort, et, après instruction, soumettent la question au Conseil supérieur avec une proposition de solution. Ainsi est surmontée la difficulté qui a si longtemps paralysé, ou du moins ralenti, l'activité des Ordres d'avocats : l'absence de coordination de leurs efforts, leur difficulté à s'élever du plan local au plan national. C'est un organisme unique central, qui a qualité pour parler au nom des médecins, et la quantité de ses mandants donne du poids à ses interventions...

Est-il besoin d'indiquer ici en quoi pourra consister l'action du Conseil supérieur ? Je ne crois pas. Qu'il suffise de dire qu'elle sera, sensiblement, la même que celle de la Confédération générale des Syndicats médicaux, à laquelle en somme, l'Ordre des médecins est substitué. Le Conseil suprieur aura donc à désigner, ou à proposer, les membres médecins des divers Comités, consultatifs ou juridictionnels, à compétence nationale ; c'est lui qui signera — plus exactement, a signé — avec la Réunion des assureurs la convention d'arbitrage du 1er février 1941 dont le Docteur Decourt nous a entretenus le 8 juin ; c'est lui qui agira en dommages-intérêts au nom de l'Ordre, quand les intérêts généraux des médecins auront été lésés par un article de presse, une affiche ou un livre ; c'est lui qui exercera le droit de réponse ; c'est lui ou du moins, dans la rigueur des principes, ce devrait être lui qui poursuivra les illégaux. Et, vu la disparition des Syndicats de spécialistes, qui n'ont pas été remplacés par des Associations professionnelles, c'est lui, encore, qui agira dans l'intérêt de l'ensemble des médecins d'une spécialité déterminée, comme aurait fait le syndicat dissous.

Il interviendra, au nom de l'Ordre, dans les instances tant civiles que fiscales ou pénales qui intéressent la profession.

Quant aux Conseils départementaux, à côté du rôle d'instruction qui est le leur, ils auront à désigner les membres médecins des Commissions ou Comités consultatifs ou juridictionnels locaux — soins gratuits aux invalides de guerre ; Assurances sociales ; Assurance médicale gratuite, Commission départementale des impôts directs, etc. — ils pourront recevoir mandat du Conseil supérieur d'agir au nom de l'Ordre auprès des organismes locaux, ou d'exercer les actions en justice que comportera la situation locale. Et. aux termes de l'art. 6 de la loi du 26 mai 1941, ils ont le mandat d'agir, aux lieu et place du Conseil supérieur, pour la répression de l'exercice illégal.

Une activité si variée demandera une organisation administrative poussée. L'action de la Confédération avait eu l'intensité et l'utilité que l'on sait, malgré la tare démocratique dont cette Union de syndicats était entachée, c'est-à-dire malgré la difficulté de manier la machine lourde et grinçante qu'était son assemblée générale, parce qu'elle avait un secrétariat parfaitement organisé et mieux encore dirigé. Il conviendrait, à mon sens, que les Conseils de l'Ordre imitassent la Confédération. En matière administrative, les membres du Conseil de l'Ordre ne peuvent être que des amateurs ; heureusement pour eux et pour leurs clients, ils n'ont pas le temps d'être mieux. L'administration d'un corps de plus de 20.000 membres ne peut pas être menée par des amateurs et des subalternes. La création d'un secrétariat général me paraît donc s'imposer pour le Conseil supérieur, et, tout au moins, pour les principaux conseils départementaux, sauf à prendre les précautions nécessaires pour que le secrétaire général ne puisse se voir reprocher d'absorber, d'incarner la profession.

***

Conçue telle qu'elle l'est, l'organisation de la profession médicale peut donner d'excellents résultats. Elle en a déjà donnés, d'ailleurs : un des derniers numéros du *Concours* ne signalait-il pas l'action si utile du Conseil départemental de l'Indre ?

Les mauvaises langues diront, peut-être, que cette action ce sont les *vieilles équipes* qui l'ont menée, en sorte que ce n'était pas la peine..... Si, c'était la peine. Si les vieilles équipes ont repris la charrue, elles l'ont fait avec une autorité et des moyens accrus. Et elles ne sont plus seules à tenir les mancherons : des jeunes s'y sont mis — y ont été mis, si vous voulez — avec elles. Tous les médecins, même ceux qui, pourtant honorables, répugnaient pour des raisons diverses à faire du syndicalisme, sont appelés maintenant à participer à la vie collective professionnelle. La nouvelle organisation prépare donc des équipes de remplacement : n'aurait-elle que cet avantage, qu'il faudrait déjà nous en féliciter.



MOUVEMENT SANITAIRE & PROFESSIONNEL

FAMILLE — SANTÉ

Nous avons vu, dans nos précédentes études, (1) que le ministère de la Santé publique, de la Jeunesse et de la Famille du début s'était mué en un Secrétariat général à la Famille et à la Santé dépendant du Secrétariat d'Etat puis du Ministère de l'Intérieur, tandis que la Jeunesse passait à l'Education nationale devenue de ce fait, Education nationale et Jeunesse (M. Carcopino) avec deux secrétaires généraux, l'un à la Jeunesse (M. Lamirand), l'autre à l'Education générale et aux Sports (M. Borotra).

Le Maréchal Pétain, chef de l'Etat français, voulant montrer combien la Famille devait « être un des trois piliers de la Nation » selon sa formule « Famille. Corporation. Régionalisme » ou mieux « Travail. Famille. Patrie », a tenu à ce que le secrétaire à la Famille et à la Santé eût rang de secrétaire d'Etat et a nommé à ce poste, M. Jacques Chevalier, depuis le nouveau gouvernement de la France, puis M. Huard, secrétaire général à la Santé, (2).

Pour mettre plus de clarté dans les esprits, disons que les ministres secrétaires d'Etat forment le Conseil des ministres, que les secrétaires d'Etat siègent au Conseil de cabinet et peuvent être assistés de secrétaires généraux.

De cet exposé préliminaire, nous pouvons déjà tirer une première et importante conclusion ; c'est que l'*Etat a voulu que ne fussent pas séparées la Famille et la Santé, deux entités essentielles pour la vie de la Nation* avec lesquelles voisine la Jeunesse sur laquelle on fait — avec juste raison — tant de fond pour la rénovation de la France.

Le 15 novembre 1932 dans la revue *La Vie*, André Ménabréa rapportant une conversation que nous avions eue ensemble écrivait :

« On se rend parfaitement compte que les remèdes individuels que la médecine prescrit ne soignent le mal que quand il est venu, et qu'on doit, au-dessus d'elle, organiser une médecine générale, préventive, qui irait atteindre le mal dans ses causes premières et dont les remèdes plus efficaces et plus puissants, administrés par l'Architecture et la Politique, soigneraient la Famille et la Cité.

« La Famille, la Mère, l'Enfant », les « Sources de la Vie », puisque c'est par la mère et par l'enfant que la famille se constitue et que la cité se perpétue. Une politique de la Santé publique et de l'habitation est donc assurée d'accomplir le plus essentiel de sa tâche dès qu'elle s'applique à les servir. S'il n'est pas contestable qu'aucune valeur économique n'est supérieure à la valeur humaine — c'est par elle et pour elle que toutes les autres se réalisent — il est non moins incontestable que parmi les valeurs humaines aucune ne peut l'emporter sur celle des deux êtres par qui la vie éternellement recommence. Nous surprenons donc en eux nos infirmités et nos maux à leur source, et tout le bien qu'on leur fait non seulement retentit sur leur existence particulière, mais se transmet par eux à la postérité. ».

« La politique tient donc en ses mains le sort des générations ».

Rapprochez ces phrases de l'enquête médicale sur le logement qu'entreprend « Médecine et Famille » et vous conviendrez que tout se rejoint.

Il y a plus et mieux.

La loi du 12 avril 1941 (*J. O.* du 29 avril 1941) qui définit les attributions du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé spécifie que celui-ci ;

Art. 3. — « est chargé de mettre en œuvre la *politique familiale du Gouvernement*. A cet effet, il coordonne l'action des départements intéressés; il provoque de leur part toutes les mesures propres tant *à assurer à la famille française la protection dont elle doit bénéficier* qu'*à lui faire jouer le rôle qui lui incombe dans la vie nationale* ; il suit l'exécution des mesures ainsi arrêtées.

Art. 4. — *Tous les services publics sont tenus de fournir au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé la documentation* dont ils disposent sur toutes les questions intéressant la politique familiale et tous les renseignements nécessaires pour permettre audit secrétaire d'Etat d'exercer sa mission telle qu'elle est définie à l'article 3 :

Aucune disposition législative ou réglementaire touchant aux questions familiales ne peut être mise en vigueur sans avoir été soumise à l'examen préalable du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

---

(1) *Le Concours Médical* nº 2, 12 janvier 1941 ; nº 8, 23 février 1941 ; nº 11, 16 mars 1941 ; nº 13, 30 mars 1941 ; nº 18, 4 mai 1941 ; nº 22, 1er juin 1941.

(2) Depuis le 12 août dernier, M. Huard est devenu secrétaire d'Etat à la famille et à la santé en remplacement de M. J. Chevalier, démissionnaire.

Voici donc un secrétaire d'Etat qui a droit de regard dans tous les Ministères, tous les Services publics et qui a le droit de *veto* pour tout ce qui touche à son domaine. Ce Secrétariat d'Etat devient ainsi un des premiers Ministères, celui « de la Vie » pour lequel nous avons tant lutté autrefois, et qu'aurait dû être le Ministère de la Santé publique !

Il est assisté d'un *Comité consultatif de la Famille française* (Loi du 5 juin 1941. Décret du 5 juin 1941, *J. O.*, 7 juin 1941). « Il est indispensable, pour marquer le caractère familial de la politique du Gouvernement, qu'il existe, *à côté du Comité consultatif d'hygiène de France et du Comité d'assistance de France, un Comité consultatif de la famille française.* »

Art. 2. — Le Comité délibère sur toutes les questions touchant aux intérêts matériels ou moraux de la famille, qui lui sont soumises par le Gouvernement.

Il exerce notamment les attributions précédemment conférées au Conseil supérieur de la natalité et au haut comité de la population » (qui sont abolis).

Art. 1er (du décret). — Le Comité consultatif de la Famille française comprend :

1° Des membres de droit (12) ;

2° Des membres représentant les mouvements familiaux (10) ;

3° Des membres choisis parmi les personnes de l'un ou l'autre sexe qualifiées par leurs travaux ou leur compétence spéciale (20 au moins, 40 au plus).

Art. 2. — Les membres de droit sont au nombre de 12 :

1° Un représentant du Chef de l'Etat ;

2° Un représentant du Garde des Sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice ;

3° Un représentant du Ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture ;

4° Un représentant du secrétaire d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse ;

5° Un représentant du secrétaire d'Etat au Travail ;

6° Le secrétaire général de la Santé ;

7° Le secrétaire général de la Jeunesse ;

8° Le Commissaire général à l'Education générale et aux Sports ;

9° Le directeur de la Famille ;

10° Un délégué régional à la Famille désigné par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

....

Art. 9. — La section permanente comprend :

1° Le directeur de la Famille ;

2° Le directeur de la Santé ;

3° Cinq membres choisis par le secrétaire d'Etat parmi les membres du Comité.

On voit que partout la liaison est intimement établie entre la Famille et la Santé.

Il en est de même à la Région.

Dans chaque région (20 en France), se trouve placé un *Directeur régional à la Famille et à la Santé*. Rappelons rapidement ce que nous en avons dit :

1° Il est le chef des services d'hygiène publique et sociale, des services d'assistance, des services de protection de l'enfance et d'aide à la famille, des départements qui composent sa région ;

2° Il est chargé de l'établissement et de la réalisation d'un plan d'équipement sanitaire et hospitalier pour l'ensemble de sa région ;

3° Il est le chef de l'organisation hospitalière ;

4° Il est le chef des services médico-sociaux ;

5° Il est le chef des services d'assistance sociale de la région ;

6° *Il veille à la stricte application des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, de la pharmacie, de l'herboristerie, de l'art dentaire, et d'une maniège générale à toute profession qui se rattache à l'activité médicale et paramédicale, il institue une liaison active et permanente avec les organismes corporatifs de ces diverses professions* ;

7° Il est assisté d'un personnel d'inspection et de contrôle, placé sous son autorité directe et qui comprend :

a) des médecins inspecteurs et inspecteurs adjoints de la Santé ;

b) des inspecteurs administratifs et adjoints de l'Assistance ;

c) des inspecteurs et adjoints de l'enfance ;

d) des délégués régionaux à la Famille.

Que font les Familles de leur côté ?

Localement, elles fondent des « *Associations familiales* » qui « auront pour tâche essentielle de défendre les intérêts moraux et matériels des familles et de désigner des représentants au sein des Commissions ayant à connaître des questions intéressant directement ou indirectement la Famille et au sein des Conseils municipaux ».

Au palier départemental, comme au Régional et au National existeront — existent même déjà — des « *Centres de coordination et d'action des mouvements familiaux* » qui assureront « la liaison nécessaire entre les Centres de coordination et les services officiels du Secrétariat d'Etat à la Famille par l'intermédiaire du délégué régional à la Famille ou du Directeur de la Famille présent aux réunions. »

Du côté Médecins, on voit de suite le Conseiller technique d'hygiène que devra être pour chaque famille le *médecin de famille*, mais les médecins

n'ont plus d'Associations locales. *Ce n'est que su le plan départemental que l'Ordre pourra rejoindre le Centre de coordination des mouvements familiaux.*

Sur le plan régional, rien de prévu pour les médecins.

Aussi le secrétaire d'État à la Santé a-t-il demandé *aux Ordres départementaux de se réunir en groupements régionaux* pour que ces groupements puissent avoir à la région des rapports avec le Directeur régional à la Famille et à la Santé et ses inspecteurs de Santé, d'Assistance ou de l'Enfance, ou ses délégués régionaux à la Famille, de même que *sur le plan national l'Ordre national dont chaque membre assure la liaison avec un groupement régional* se tient en contact avec le Secrétariat général à la Famille et à la Santé.

Mais les médecins ne sont pas la Santé publique. Nous l'avons dit et redit. Or, c'est sur le plan de la Santé qu'ils donneront toute leur mesure et ils ne le pourront pas sans une union avec les autres sanitaires puisque le Directeur régional à la Famille et à la Santé doit régenter toutes les professions se rattachant « à l'activité médicale et para-médicale ». C'est seulement ainsi que nous pourrons rendre vraiment service à la Famille et à la France. Que peut un médecin isolé dans la lutte contre le taudis, l'alcoolisme et dans l'obtention et la bonne répartition d'un lait propre, d'une eau pure, d'une alimentation saine, etc., dans l'observation d'une bonne hygiène du travail, dans l'édification normale des cités, dans l'évacuation hygiénique des eaux usées, des ordures ménagères, etc., dans la sauvegarde de la race, depuis la pré-maternité et la naissance de l'enfant jusqu'à l'âge adulte, etc.

Actuellement la cause est gagnée pour la médecine : le Gouvernement veut des conseillers médicaux partout.

La saine raison a triomphé. Nous reviendrons sur ce sujet.

Mais « Noblesse oblige » et c'est au contact des autres sanitaires que nous nous perfectionnerons pour notre tâche à accomplir.

Je suis entièrement de l'avis du Docteur Decourt, lorsqu'il propose une *réunion amicale de tous les médecins du département* avec un Comité provisoire en attendant les élections à l'Ordre, idée reprise par le Docteur Maurice Larget, ici même, qui demande des *Unions corporatives cantonales de médecins*, mais se rapprochant des « Assises de la médecine française » donc amicales, professionnelles et scientifiques *collaborant avec l'Ordre* et dit-il : « Une magnifique occasion de se faire entendre dans la Cité est offerte au médecin et ainsi d'y prendre, sur le plan social et national, le rôle splendide qu'avait autrefois, vis-à-vis des individus, le « Médecin de famille ». La laissera-t-il, par son individualisme, échapper ? »

C'est ce que nous nous évertuons à proclamer ici.

Mais nous allons plus loin. Depuis toujours (qu'on relise nos articles écrits entre 1920 et 1935) nous avons dit aux médecins : « Organisons-nous ! Imposons-nous ! Donnons une politique sanitaire à la France ». Depuis toujours, nous sommes pour une *Corporation de la Santé, sorte de supercorporation réunissant les Corporations sanitaires, les faisant collaborer intimement.*

L'essai en a été fait lorsqu'au moment de l'occupation s'est créé le *Comité sanitaire de la Région parisienne* , image en petit de la Corporation régionale de la Santé. Tous ceux qui ont assisté à ses séances, savent quelle admirable émulation de perfectionnement mutuel s'y est manifestée entre les diverses corporations sanitaires.

Les « *Unions corporatives cantonales* », *départementales ou régionales* ne pourraient-elles créer des *Unions corporatives de santé* où se rencontreraient médecins, dentistes, vétérinaires, pharmaciens. architectes, urbanistes, fonctionnaires de la Famille et de la Santé etc., pour traiter de toutes les grandes questions régionales intéressant la Santé et elles sont légion (à commencer par celles du lait, de l'eau, de l'habitat rural, de l'hygiène, de l'aménagement des campagnes, etc., etc.).

Oui, les médecins, s'ils veulent le comprendre, ont un « rôle splendide » « à jouer sur le plan social et national ».

Ce rôle, il est tout entier dans la conclusion du livre «L'Avenir de la France » du Docteur Valot :

« Notre siècle sera de plus en plus celui de l'hygiène sociale, de la médecine préventive, et ce sera l'honneur de notre temps. Le médecin sera la pierre angulaire dans l'édifice futur, ce sera lui le pasteur de l'avenir. Le rôle du médecin sera d'orienter le peuple vers la prévention des maladies et ainsi, comme l'a bien montré René Sand, le médecin deviendra de plus en plus associé aux périodes heureuses de la vie au lieu d'être le satellite des actes de souffrance et de deuil. Vu sous cet angle, il n'est pas de plus noble métier, si l'on comprend la vie comme un long et perpétuel devoir ».

Dr G. BOYÉ.

CODE DE DÉONTOLOGIE ET SECRET PROFESSIONNEL

ÉTUDE CRITIQUE DU TEXTE INITIAL ET DE SES RÉFORMES
SUGGESTIONS EN VUE D'UNE NOUVELLE RÉFORME

Bien des critiques ont été formulées contre le Code de Déontologie. Un bon nombre de celles-ci visent spécialement les dispositions relatives au secret professionnel. Le bien fondé de quelques-unes était tel qu'un, puis deux remaniements du texte initial ont été effectués. Mais certaines réformes restent à faire. Par contre, dans certains cas, ce sont justement les modifications opérées qui prêtent à discussion — et quelle discussion ! Une quatrième mouture paraît donc nécessaire. Nous nous proposons d'examiner le titre III du Code de Déontologie dans sa rédaction actuelle, en indiquant, pour chaque article litigieux, les imperfections qu'il présente et en suggérant dans quel sens il serait souhaitable de le rédiger. A plusieurs reprises, il nous suffira de rappeler ce que des plumes plus autorisées que la nôtre ont déjà écrit sur la question. Il nous arrivera aussi de soutenir un point de vue différent de celui défendu par d'autres commentateurs ; ceci dans le seul but de rassembler tous les matériaux pour la tâche de réfection qui s'impose.

PRÉAMBULE

Certains ont jugé inutile le préambule du titre III qui contient l'énoncé des textes légaux régissant la matière.

Nous croyons, quant à nous, qu'un rappel de la législation en vigueur sur les nombreux cas particuliers qui se présentent au médecin, était nécessaire ; mais à la condition qu'il fût complet. Or, tel n'est pas le cas. N'y figurent pas, en effet :

1° Les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 et des décrets d'application des 16 mai et 10 novembre 1936, fixant la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire *et de celles à déclaration seulement facultative*. (Le Code, se référant à la loi de 1902, ne parle que de déclaration obligatoire). A quoi il faudrait ajouter les prescriptions toutes récentes du décret du 26 juillet 1941 portant la psittacose humaine sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire ;

2° La mention de l'article 1er de la loi du 28 juillet 1921, modifiant l'art. 15, § 1er de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, lequel prévoit que le rapport du médecin traitant *doit* faire ressortir de façon précise la relation de cause à effet entre le décès du pensionné et la blessure reçue ou la maladie contractée en service.

Certes, nous n'oublions pas que l'article 43 du Code a été complété, lors de la première réforme, par la disposition suivante : « *Toutefois, lorsque l'indication de la cause de la mort est nécessaire à l'obtention d'une pension, le médecin traitant peut indiquer qu'il y a relation de cause à effet entre la mort et l'affection objet de la pension* ». Mais la rédaction de ce texte est vague : de quelles pensions s'agit-il ? Elle est en plus inexacte : il laisse au médecin une *faculté*, alors que la loi *oblige*. Il devrait contenir une référence au texte légal. Et cela étant, sa place devrait être dans le préambule. Souhaitons donc de le voir, amendé, y figurer rapidement.

ARTICLE 40

L'article 40 rappelle au médecin que, dans la pratique hospitalière, il doit prendre toutes précautions pour éviter les indiscrétions. N'aurait-il pas été utile de préciser que lui sont en particulier interdites toutes mentions d'ordre clinique ou thérapeutique sur les bulletins d'entrée, ainsi que sur les pancartes, feuilles de température, etc... placées au lit des malades.

Rappelons à ce sujet que l'article 12 de l'arrêté ministériel du 31 mars 1926 contenant règlement modèle des hospices et hôpitaux prévoit la tenue d'un registre *ad hoc* sur lequel les médecins de l'hôpital doivent consigner leurs observations individuelles sur les personnes traitées dans leur service. En dehors de ce registre, rien ne peut donc être mentionné par le médecin sans violer le secret professionnel.

ARTICLE 42

Les défenseurs de la thèse du secret professionnel absolu — et le Docteur Devé en particulier, dans une étude parue récemment dans le *Concours* (1) — critiquent l'article 42, qui rappelle qu'il n'y a pas de secret de la part du médecin pour son client en ce qui concerne celui-ci, et qui confirme la correction de la pratique, maintes fois utilisée jusqu'à présent, du certificat avec diagnostic remis au malade, mais contenant la formule tutélaire : « Certificat remis à M. X. en mains propres, sur sa demande ... » et la signature de ce dernier.

Hypocrisie disent ces contradicteurs. Façon de tourner la loi ouvrant la porte à tous les abus. Ils croient voir, en outre, une contradiction entre la tolérance de tels errements et les dispositions de l'article 43, énonçant qu'il n'ap-

(1) Voir *Concours Médical*, 14 septembre 1941, pages 1601 et suivantes.

partient pas au client de délier le médecin du secret.

Mais la validité de ce *modus agendi* a été formellement reconnue par un arrêt de la Cour d'appel de Rabat en date du 10 décembre 1936. Par ailleurs, la contradiction prétendue ne résiste pas à l'examen car, pour un malade, autre chose est de délier le médecin du secret « dans l'abstrait » sans savoir exactement à qui, dans quels termes, pour quelle fin le médecin indiquera le diagnostic, et autre chose est de décider lui-même en toute liberté et connaissance de cause s'il utilisera ou non le certificat qui lui a été remis et qui contient, écrit noir sur blanc, ce qu'il peut désirer cacher. Enfin, la formule de l'article 42 est la seule permettant de concilier en pratique les exigences de l'article 378 du Code pénal avec les nécessités de la vie courante qui s'imposent aux malades comme aux médecins eux-mêmes. En définitive, dans les cas réglés par l'article 42, le seul intéressé personnellement dans la question, c'est le malade. Le médecin n'est pas le possesseur du secret, mais le simple détenteur, ainsi que le rappelle le Docteur Dévé. Malgré les critiques, on pourrait presque dire aujourd'hui académiques, qu'il soulève, l'article 42 doit donc être maintenu sans changement.

Article 43

L'article 43 a lui aussi été attaqué, notamment par M. Jacques-Henry Simon, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation dans le *Bulletin médical* du 9 août 1941. Me Simon est d'une opinion encore plus opposée à celle du Docteur Dévé que la nôtre : il prétend que le client peut délier le médecin du secret. Nous croyons que la thèse médiane est la bonne et que la distinction que nous venons de faire contient la solution du problème. Si l'intérêt supérieur de la Santé publique qui lie en général étroitement au respect du secret professionnel, s'oppose à ce qu'un malade puisse délier « *in globo* », « dans la nuit », le médecin de l'obligation du secret, ce même intérêt supérieur ne peut souffrir de ce qu'un malade puisse, fortement éclairé, consentir à une divulgation partielle et limitée, et *par son propre intermédiaire* : car, dans cette hypothèse, il est impossible d'abuser de sa confiance. Or, c'est tout le problème.

Me Simon conteste aussi que le médecin ne puisse, en aucun cas, relater après décès la nature de la maladie. Cette question étant connexe de celle portée dans l'article 48, nous l'examinerons à propos de cet article.

L'addition inscrite à l'article 43 de la phrase citée plus haut sur le cas de décès d'un pensionné a choqué le Docteur Dévé. Rappelons-lui seulement ce que nous avons remarqué plus haut : que ce texte est inspiré de la loi sur les pensions ; qu'il ne fait que — mal — rappeler une obligation qui s'impose au médecin. Ainsi tombe le reproche de contradiction que le Docteur Dévé avait cru pouvoir relever entre l'article 43 et l'article 48. L'article 48 régit le domaine des assurances privées. L'article 43, le domaine des pensions de la loi de 1919. Reprenons donc notre souhait de voir, dans la prochaine réforme, cette disposition, amoindrie regagner sa place tout indiquée dans le Préambule.

Article 45

L'article 45 qui permet aux médecins de révéler le secret aux parents du mineur tout en recommandant d'agir avec prudence, a soulevé les objections conjuguées de Me Auger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, bien connu de nos lecteurs et des adhérents du « Sou médical », (*Concours médical*, 6 juillet 1941) et de Me Simon dans l'article précité. Nous renvoyons à ces pénétrantes études, et exprimons le vœu que l'article 45 soit modifié en conséquence.

Article 48

Et venons-en à l'article 48 qui soulève les questions de principe de beaucoup les plus intéressantes et dont le texte primitif a subi une double modification. Le paragraphe 1er pose que tout médecin doit refuser de mentionner sur un certificat de décès, le nom de la maladie ou une indication quelconque sur sa nature, même en cas de demande faite par une administration ou une Compagnie d'assurances. Le § 2 n'est qu'une disposition d'application de la règle ci-dessus, au cas particulier d'assurance-vie.

Les rédacteurs du Code se sont ainsi rangés dans le camp des défenseurs du secret absolu, puisqu'ils interdisent même de dire si la mort est due ou non à une cause naturelle, ce qui serait, dit le Code, une violation partielle, mais nette du secret.

Approuvé hautement à ce sujet par Me Auger, il est vrai surtout sur les articles 52 et 53, approuvé implicitement aussi par le Dr Dévé, le Code est âprement critiqué par Me Simon, qui met en parallèle la doctrine beaucoup plus souple et nuancée de la Cour de Cassation. Celle-ci admet en effet depuis l'arrêt du 13 juillet 1936, cité à maintes reprises ici-même, que le médecin n'est tenu de garder le silence que si le fait en litige est secret par sa nature et les conséquences qui s'y rattachent, ou par la volonté formellement exprimée du malade. Par fait secret de sa nature, il faut entendre celui qui peut porter préjudice aux intérêts moraux ou matériels du malade, ou à sa mémoire. Cette jurisprudence étant ce qu'elle est, comment obliger le médecin à refuser, *dans tous les cas*, le certificat demandé par l'héritier pour lui permettre de toucher le

capital assuré par son auteur ? Lorsque la mort est due à une cause naturelle, sur quel motif s'appuyer pour ne pas dire que le décès n'est dû ni au fait volontaire du défunt, ni à l'intervention des tiers ? Le médecin, dans un cas analogue, court, en refusant, le risque de voir sa responsabilité recherchée, comme ayant empêché les héritiers de toucher ce à quoi ils ont droit.

Que déciderait alors la Cour de Cassation ? La question vaut d'être posée. Les médecins doivent être mis en garde, car il est loin d'être sûr que la juridiction suprême adopterait en pareil cas la thèse du Code de Déontologie.

Vous permettez ainsi la révélation implicite, va-t-on nous objecter ? C'est exact. Mais si la révélation implicite ne met pas en cause la responsabilité du médecin, où est le mal ? Car c'est là toute la question : éviter au médecin d'encourir une responsabilité, et lui permettre de satisfaire les droits légitimes de sa clientèle. Nous qui, journellement, donnons aux médecins des directives pour leur permettre de sortir, à moindre mal, de dilemnes souvent angoissants, nous préférons ne pas nous en tenir à l'impossible formule : « Périssent les médecins, plutôt que les principes ».

Rappelons que dans bien des pays étrangers, les médecins ne connaissent pas les affres de conscience du médecin français, parce que la médecine a chez eux évolué depuis plus longtemps que chez nous, qu'elle est beaucoup plus sociale et collective qu'individuelle, que la thèse du secret professionnel est beaucoup plus souple qu'en France. Moins qu'à l'étranger, mais considérablement tout de même, notre médecine a évolué depuis que le sacro-saint principe du secret absolu a été proclamé. Sur le point précis du secret professionnel, le médecin doit lui-même évoluer sous peine d'être dépassé ? Le Docteur Noir le soulignait dans son récent Propos du Jour.

Enfin n'oublions pas que le secret professionnel existe pour le malade et non pour le médecin.

La jurisprudence de la Cour de Cassation, *juridiction suprême*, décidant que ne commet pas de faute le médecin qui révèle un fait non secret, au nom de quoi se montrer plus exigeant que la Cour de Cassation ?

Nous regretterons donc que le Code de Déontologie n'ait fait aucune mention de cette jurisprudence, qu'il est dangereux, selon nous, de laisser ignorer au médecin. On peut la trouver plus ou moins regrettable : elle existe, et il faut compter avec elle. Souhaitons donc qu'une prochaine réforme tienne compte de la distinction entre fait secret, et fait non secret.

Si d'ailleurs les rédacteurs du Code ont été à l'origine partisans du secret absolu, deux correctifs récents éminemment discutables sont venus montrer qu'ils avaient évolué. Le premier est l'adjonction du mot « sauf les cas prévus par la loi » à la dernière phrase de l'article 48, premier correctif nouveau, réglant la matière des contrats d'assurance-décès. Quelles sont donc, en pareille matière, les dispositions légales permettant au médecin de dire si la mort est due ou non à une cause naturelle ? Nous avouons ne pas les connaître. Cette adjonction aurait-elle comme seule justification d'être le pendant de celle apportée à l'article 43 ? Nous ne le croyons pas. En tous cas, elle ne serait pas bien à sa place. Nous serions donc heureux de savoir à quelles préoccupations a obéi le Conseil supérieur en effectuant cette réforme.

Le second correctif, beaucoup plus important, a déjà soulevé dans le Corps médical des remous violents. Notre courrier en est la preuve. Il vise la déclaration des causes du décès prévue par la Circulaire ministérielle du 1er janvier 1937. Inutile de la reproduire ici ; tous les médecins en ont été informés par une Circulaire ministérielle à eux transmise par les Préfets.

Cette Circulaire faisait mention de l'accord obtenu au Conseil supérieur pour modifier l'article 48 du Code de Déontologie.

Nous avions espéré que cet accord ferait, lui aussi, l'objet d'un démenti, comme lors d'un précédent fameux... Hélas ! le n° 3 du Code de Déontologie en contient la confirmation. Comment celui-ci a-t-il pu méconnaître les objections dirimantes soulevées dans le Corps médical par la fameuse Circulaire du 1er janvier 1937, modifiée le 15 décembre 1937 ? Faut-il les rappeler ici ? La carte-lettre remplie par le médecin est destinée au médecin inspecteur d'hygiène qui, préposé de l'Administration, n'est pas lié à son égard par l'article 378 du Code pénal, mais se trouve dans l'obligation de signaler au Procureur de la République tout délit dont il peut avoir connaissance dans l'exercice de ses fonctions. (Art. 29 du Code d'Instruction criminelle). L'indication par le médecin traitant des causes du décès peut donc constituer, en certains cas, une violation du secret professionnel dont il aurait à répondre en justice.

En l'absence d'une disposition légale portant sur ce point précis modification de l'article 378, ces objections qui ne sont pas nouvelles et que le Conseil supérieur ne pouvait pas ignorer, conservent toute leur valeur. Il n'aurait donc pas dû, lui par ailleurs si exagérément absolutiste, délier le médecin du secret absolu, lui imposer une obligation aussi illégale que dangereuse.

Loin de nous de méconnaître l'utilité des statistiques bien tenues. Aucun médecin non plus ne niera qu'une connaissance précise des causes du décès peut être nécessaire pour lutter contre

certains fléaux sociaux. Ce que nous entendons montrer, c'est autre chose qu'une hostile passivité en un tel domaine. Mais nous sommes en droit de demander que cette formalité que l'on veut imposer au médecin par simple circulaire, le soit par une loi, car, comme le dit un de nos correspondants : « Le jour où l'un de nous sera traduit en justice par une mère de famille qui n'arrive pas à marier sa fille parce que le père est mort syphilitique et que le médecin l'a dévoilé, la production d'une Circulaire ministérielle ou du Code de Déontologie sera pour l'accusé une bien piètre défense ». Les services des statistiques, le Conseil supérieur se substitueront-ils à l'intéressé pour régler amendes et dommages-intérêts ? Le Conseil supérieur a l'autorité nécessaire pour obtenir la promulgation de cette loi. Il pourrait s'inspirer utilement des avant-projets préparés à ce sujet par le Docteur Boudin et par la Confédération.

***

Nous nous sommes étendus longuement sur l'article 48. Nous nous en excusons, mais c'est à son sujet que se posent les questions les plus graves. L'article 50 a été critiqué par le Dr Decourt dans un récent article paru dans le *Concours* (1). Souhaitons aussi sa réforme dans le sens demandé. L'article 51 remanié, a été lui aussi critiqué par le Docteur Dévé, pour des raisons identiques à celles relatives à l'article 42.

Nous croyons donc y avoir répondu par avance. Les articles 54 et 55 ont été modifiés, compte tenu des observations de Me Auger. L'article 58 est bien sévère, notamment pour les accoucheurs et gynécologues. Me Auger l'a fait observer. La prochaine réforme devrait donc autoriser ces spécialistes à poursuivre en justice le recouvrement de leurs honoraires.

Ainsi le Code de Déontologie pourrait, s'il était refondu en tenant compte des suggestions que nous avons rassemblées, servir de guide complet et précis au praticien dans ce délicat domaine qu'est pour lui le champ d'application de l'article 378 du Code pénal.

Pierre DOURIEZ.

ŒUVRES D'ASSISTANCE ET RÔLE SOCIAL DU MÉDECIN DANS LA ROME ANTIQUE

Il n'existait dans l'antiquité aucune forme d'assistance aux indigents : la mendicité était très répandue.

Cependant certaines villes telles qu'Egire et Athènes appointaient un médecin pour les pauvres.

A Rome, Auguste exempte les médecins d'impôts et Antonin le Pieux réorganise l'assistance médicale et prescrit que les villes auront cinq à dix médecins communaux, suivant leur importance.

Néron fonde un collège d'archiâtres et successivement Constantin puis Valentinien règlent les attributions de ceux-ci : outre qu'ils veillent à la salubrité publique, les archiâtres doivent leurs soins gratuits aux pauvres ; sous Théodore et Théodose l'autorité des archiâtres était considérable.

Rome commença tôt à organiser l'assistance sociale, à reconnaître l'importance du médecin et à le protéger : César concéda des privilèges aux médecins et accorda les droits civiques à ceux qui étaient grecs ; Auguste donna à son médecin Muser l'ordre équestre sénatorial et prétorial et lui fit élever une statue dans le temple d'Esculape ; sous Septime Sévère les médecins pouvaient recevoir leur subsistance des greniers publics ; ils ne pouvaient être traduits personnellement en justice ; ils avaient la faculté de prêter serment, de rendre témoignage sans sortir de chez eux ; ils ne pouvaient être emprisonnés pour dettes ni soumis à la torture ; toute vexation à eux infligée par les fonctionnaires, toute offense était punie.

Le droit romain reconnaît au médecin une protection juridique et proclame ainsi implicitement la valeur morale et sociale de son activité.

L'assistance n'est véritablement proclamée comme due aux pauvres et aux malades que sous l'influence du christianisme. C'est alors que certaines villes commencent à secourir les indigents, peut-être moins dans un esprit d'humanitarisme que par calcul politique et afin que l'ordre public ne soit pas troublé.

Vers le IVe siècle une riche chrétienne, Fabiola, fonde le premier hôpital dans une maison de campagne lui appartenant. L'exemple est suivi et bientôt apparaissent les hôpitaux publics.

Dès les invasions barbares l'hygiène et l'assistance furent négligées, mais les églises persistèrent à donner de l'aide aux pauvres et aux pèlerins.

En somme l'assistance sociale est une institution chrétienne (2). G. L.

---

(1) Voir *Concours Médical* du 24 août 1941, pages 1486 et suivantes.

(2) *Annali d'igiene*, février 1941.

DOCUMENTATION PRATIQUE

RÉORGANISATION DE LA VACCINATION

I. — N° 3567. Loi du 20 août 1941 sur les conditions d'imputation et de répartition des dépenses occasionnées par la vaccination

ART. 1er. — Les dépenses résultant de l'application des lois du 24 novembre 1940 et du 25 novembre 1940 sur les vaccinations obligatoires sont incorporées aux dépenses de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique et sont soumises aux mêmes règles de répartition.

Toutefois, les dépenses occasionnées par les vaccinations pratiquées dans les camps de la jeunesse sont prises en charge par le ministère auquel ressortissent ces établissements.

(*J. O.*, 10 septembre 1941).

II. — Décret du 20 août 1941 sur l'organisation du service de la vaccination

TITRE Ier

Organisation du service de la vaccination

Art. 1er. — Les médecins inspecteurs ou les médecins inspecteurs adjoints de la Santé, créés par la loi du 18 septembre 1940, sont chargés, dans chaque département, de l'application des lois des 24 et 25 novembre 1940. Ils assurent la direction et le fonctionnement du service des vaccinations prévues par lesdites lois et dont l'organisation est réglée par arrêté préfectoral pris sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

TITRE II

Listes communales

Art. 2. — Il est tenu, dans chaque commune, un fichier spécial dit « fichier des vaccinations ».

Les fiches qui le composent sont établies au nom de chaque enfant, de quelque nationalité qu'il soit, qui est né dans la commune ou qui vient y résider ou y séjourner pendant plus de trois mois.

Elles portent, notamment, outre le nom de l'enfant, ses prénoms, date de sa naissance, les dates des diverses vaccinations auxquelles il a été soumis et l'adresse de ses parents ou de son tuteur ; leur modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la Santé publique.

Elles sont remplies, soit dans le mois de l'inscription sur les registres de l'État-civil, soit dans les huit jours de la déclaration que sont tenus de faire, à la mairie de la nouvelle résidence, les parents, tuteurs ou gardiens de tout enfant qui vient séjourner dans une commune pendant plus de trois mois.

Elles prennent place au fichier dans l'ordre des dates de naissance des enfants qu'elles concernent.

Indépendamment des inscriptions sur les registres de l'État civil et des déclarations des parents, le maire utilise, pour la tenue du fichier des vaccinations, tous autres éléments d'information, notamment ceux qui lui seraient fournis par les divers établissements relevant de l'autorité sanitaire et de l'enseignement public ou privé.

Art. 3. — Au vu du fichier des vaccinations, le maire établit, chaque année, au plus tard le 15 mars, en double exemplaire, les listes des assujettis de l'année aux vaccinations antidiphtérique et antitétanique.

Les listes des assujettis aux vaccinations prescrites par application des articles 2 et 3 de la loi du 25 novembre 1940 sont dressées dans le délai imparti par le préfet, sur avis du directeur régional.

Les listes prévues aux paragraphes précédents sont établies dans les conditions qui seront fixées par arrêté ministériel.

Les dates des diverses vaccinations sont mentionnées sur la fiche de chaque sujet qu'il soit vacciné en séance publique ou par un médecin de son choix. Si un sujet présente une contre-indication soit définitive, soit temporaire, il en est fait mention sur la fiche de l'intéressé, en précisant la durée de la contre-indication quand celle-ci est temporaire.

Lorsque l'un des assujettis a changé de résidence, le maire de la commune de la nouvelle résidence reporte sur le fichier des vaccinations de sa commune les mentions inscrites sur la fiche établie dans la commune de l'ancienne résidence.

En ce qui concerne les vaccinations pratiquées sur un sujet séjournant temporairement dans une commune, le maire en donne avis à la mairie de la résidence habituelle, en vue de l'inscription sur la fiche de l'intéressé.

TITRE III

Opérations de vaccination

Art. 4. — Les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables sont désignés par le préfet sur proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Ils sont assistés d'auxiliaires techniques et administratifs choisis autant que possible parmi le personnel des services d'hygiène actuellement en fonctions et désignés par le directeur régional en fonction de l'effectif à vacciner.

Des arrêtés préfectoraux fixeront le montant des vacations qui pourront être allouées aux médecins et aux auxiliaires, ainsi que les conditions du remboursement de leurs frais de déplacement. Ces arrêtés seront soumis à l'approbation du ministre chargé de la Santé publique, du secrétaire d'Etat aux Finances, du secrétaire d'État à l'Intérieur.

Art. 5. — Le préfet, sur la proposition du chef du service, arrête, pour chaque commune, le tableau des dates et lieux où doivent se tenir les séances de vaccination ou de vérification des résultats s'il y a lieu.

Ce tableau est porté à la connaissance du public par la voie de la presse et par affiches ; il y est, en outre, fait mention des obligations qui incombent aux parents et aux tuteurs et des pénalités qui sanctionnent l'inobservation des prescriptions législatives et réglementaires.

En cas d'épidémie, les séances peuvent être ajournées par arrêté préfectoral pris sur avis conforme

du directeur régional ou, s'il y a urgence, du chef de service.

Art. 6. — Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer leurs enfants ou pupilles aux séances prescrites : les assujettis adultes sont tenus d'y assister. Tout cas d'empêchement par maladie doit être justifié par un certificat médical.

Sont dispensés de se présenter :

1° Les assujettis qui, ayant été vaccinés par un médecin de leur choix, ont remis à la mairie, avant la séance, un certificat délivré par ce médecin et indiquant la nature du vaccin, les dates et les doses des injections ;

2° Les assujettis qui peuvent justifier d'une contre-indication définitive ou temporaire par un certificat médical qui doit être remis à la mairie avant la séance.

Art. 7. — Les règles techniques de vaccination et de revaccination seront fixées par arrêté ministériel. Cet arrêté précisera, en outre, les contre-indications temporaires ou permanentes qui peuvent être envisagées.

Art. 8. — Au cours de chaque séance, est inscrite sur les listes des assujettis, et en regard du nom de chacun d'eux :

Soit la vaccination pratiquée (nature du vaccin, date de l'opération et, s'il y a lieu, la dose de vaccin injectée) par le médecin vaccinateur ou par le médecin de la famille ;

Soit la contre-indication temporaire ou permanente. En cas de contre-indication temporaire, la durée doit en être précisée.

Les mêmes mentions sont également portées par le médecin vaccinateur sur le carnet de vaccination de l'intéressé. Le modèle de ce carnet est établi par arrêté ministériel.

Art. 9. — A la fin de la série des vaccinations, le médecin vaccinateur remet les deux exemplaires des listes ainsi complétées au maire qui se sert de l'un pour la tenue du fichier des vaccinations et adresse l'autre au préfet (service des vaccinations).

TITRE IV

Contrôle

Art. 10. — Lorsque le nombre des assujettis pour lesquels il aura été présenté des certificats médicaux concluant à l'inaptitude définitive ou temporaire à la vaccination atteint dans une commune un pourcentage excessif, le préfet prescrit, sur proposition du directeur régional, la convocation des intéressés à la visite médicale organisée à l'occasion de la prochaine séance de vaccination. Suivant les résultats de cette visite médicale, les intéressés seront soumis à la vaccination ou en seront dispensés définitivement ou temporairement.

Art. 11. — Les sujets adultes et les parents ou tuteurs de mineurs n'ayant pas satisfait aux obligations de la loi et des règlements d'application sont avertis par les soins du service de vaccination d'avoir à s'y conformer dans un délai qui ne peut excéder la date de la prochaine séance de vaccination organisée dans la commune de résidence.

Dans le cas où les intéressés n'ont pas déféré à cette injonction dans le délai prescrit, le chef du service des vaccinations saisit le magistrat chargé près le tribunal de simple police des fonctions du ministère public.

Art. 12. — Le directeur régional adresse chaque année au ministre chargé de la Santé publique un rapport sur les opérations de vaccination de l'année précédente. En outre, il fait parvenir, au cours du premier trimestre de chaque année, au Garde des Sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, la liste des infractions qui, déférées au ministère public dans le courant de l'année précédente, n'ont pas encore au 31 décembre de ladite année fait l'objet d'une sentence.

Art. 13. — L'admission dans les collectivités d'enfants (crèches, pouponnières, garderies, écoles, colonies de vacances, préventoriums, tous établissements publics ou privés d'enseignement) est refusée aux mineurs qui ne peuvent présenter un carnet de vaccination ou des certificats attestant qu'ils se sont conformés aux prescriptions des lois en vigueur sur les vaccinations.

TITRE V

Dispositions spéciales

Art. 14. — Les conditions d'application de la loi du 25 novembre 1940 aux adolescents admis dans un camp de la jeunesse seront fixées par un décret ultérieur.

TITRE VI

Dispositions transitoires

Art. 15. — Pour l'établissement des fichiers des vaccinations pendant les années 1941 et 1942, il sera tenu compte, en outre des naissances enregistrées dans la commune intéressée, des déclarations faites conformément aux articles ci-après.

Art. 16. — Les parents et tuteurs de tout mineur assujetti aux vaccinations obligatoires sont tenus de déclarer, au plus tard dans les trois derniers mois de l'année 1941, à la mairie de la résidence dudit mineur, le lieu de cette résidence.

La déclaration fait connaître si l'enfant a été soumis à l'une des vaccinations obligatoires.

Dans le cas de l'affirmative, il y est joint un certificat médical indiquant la nature, le nombre, la dose et la date des injections reçues.

A défaut de production de ce certificat, l'enfant sera, suivant son âge, soumis aux vaccinations obligatoires.

Art. 17. — Tout directeur d'école publique ou privée adressera, dans les trois derniers mois de l'année 1941, à la mairie du siège de l'école, une déclaration faisant connaître les enfants fréquentant l'école qui n'ont pas encore bénéficié des vaccinations obligatoires.

Un duplicata de la déclaration sera envoyé à la préfecture (service des vaccinations).

Les mineurs qui auront fait l'objet d'une déclaration devront être soumis aux vaccinations obligatoires avant la fin de l'année 1942.

(*J. O.* 10 septembre 1941).

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise).

c) Le commissariat général à la Famille groupant :
Une section d'études et de législation ;
Une section d'action et de contrôle ;
Une section centrale des assistantes sociales familiales ;

d) Le secrétariat général de la Santé comprenant :
1° La direction de la Santé ;
2° Les services de l'Assistance ;
3° La section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières ;

e) Les services du personnel, du budget et de la comptabilité.

Art. 2. — Relèvent de l'inspection générale :

Le contrôle supérieur de l'organisation et du fonctionnement de tous les services et établissements d'hygiène et d'assistance, ainsi que la mise au point du bilan de leur activité.

Le contrôle de l'exécution de la politique familiale du Gouvernement.

Art. 4. — Relèvent du secrétariat général de la Santé :

a) Direction de la Santé :

Les questions relatives à l'exercice des professions médicales et paramédicales, à l'hygiène publique et à l'épidémiologie, à l'hygiène sociale et à la protection maternelle et infantile, à l'habitation et à la lutte contre le taudis ;

b) Services de l'assistance :

Les questions relatives aux établissements nationaux d'assistance, à l'admission aux diverses lois d'assistance, à l'équipement hospitalier, à l'assistance aux enfants (service des enfants assistés), aux allocations militaires ;

c) La section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières :

Formation et coordination des assistantes médico-sociales.
Ecole d'infirmières.

(*J. O.*, 9 septembre 1941).

. . . .

Loi du 7 *septembre* 1941 *portant organisation de l'inspection générale. (Extraits).*

Art. 1er. — A partir du 1er octobre 1941, les inspections générales du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé (inspection générale de la Santé et inspection générale de la Famille et de l'Enfance) créées par l'article 2 de la loi du 18 septembre 1940, seront appelées respectivement inspection générale de la Santé et de l'Assistance et inspection générale de la Famille.

Art. 2. — L'effectif de ces inspections générales est ainsi fixé :

Cinq inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance, dont trois docteurs en médecine.
Un inspecteur général de la Famille.

(*J. O.*, 9 septembre 1941).

Loi du 7 *septembre* 1941 *relative à la dénomination des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance*

Art. 1er. — Les directeurs régionaux de la Famille et de la Santé créés par l'article 2 de la loi du 18 septembre 1940 prennent le titre de directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

Art. 2. — Un décret ultérieur fixera le statut et les attributions des directeurs régionaux.

(*J. O.*, 9 septembre 1941).

Décret du 7 *septembre* 1941 *nommant le secrétaire général de la Santé*

Art. 1er. — M. le Docteur Léon Aublant, inspecteur

général de la Santé, est nommé secrétaire général de la Santé.

(*J. O.*, 9 septembre 1941).

Nominations de directeurs régionaux de la Santé

M. le Docteur Schneider (Jean) est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le Docteur Triollet, muté, sur sa demande, à Nantes.

M. le Docteur Triollet, directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Châlons-sur-Marne, est nommé, sur sa demande, directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Nantes, en remplacement de M. le Docteur Viette, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

(*J. O.*, 12 septembre 1940).

Inspection de la Santé

Par arrêtés du 30 août 1941, sont nommés médecins inspecteurs de 2e classe, au traitement de 50.000 francs :

M. le Docteur Birbis, inspecteur adjoint de la Gironde, affecté au département de la Gironde.

M. le Docteur Cuvier, inspecteur adjoint des Landes, non installé, affecté au département des Landes.

Par arrêtés du 30 août 1941, sont affectés :

Au département du Cher, M. le Docteur Depierris, inspecteur de la Gironde.

Au département de la Gironde, M. le Docteur Freyche, inspecteur adjoint des Basses-Pyrénées.

(*J. O.*, 10 septembre 1941).

Hôpitaux psychiatriques

Mme le Docteur Leconte, médecin chef du service à l'hôpital psychiatrique de Lafond (Charente-Inférieure), est affectée, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Rouen (Seine-Inférieure).

(*J. O.*, 10 septembre 1941).

Comité consultatif d'hygiène

Art. 1er. — Sont nommés membres du *Comité consultatif d'hygiène de France* :

M. le Docteur R. Barthe, secrétaire général de la Société médicale des hygiénistes du Travail et de l'Industrie.

M. Darzens, professeur à l'Ecole polytechnique membre du Comité consultatif des Arts et Manufactures, membre de la Commission d'hygiène industrielle et de la Commission de sécurité du travail.

M. le Docteur H. Desoille, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Association des médecins hygiénistes du travail.

M. le Docteur Gros, médecin-conseil d'hygiène industrielle et de pathologie du travail à la Fédération mutualiste de la Seine, membre de la Commission de sécurité du travail.

M. Kling, membre de la Commission de sécurité du travail.

M. Lafarge, inspecteur du travail.

M. le Docteur Prieur, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Art. 2. — La section d'hygiène industrielle et de médecine du travail du Comité consultatif d'hygiène de France est constituée comme suit :

MM. le Docteur R. Barthe, Darzens, le Docteur Desoille, le Docteur Duvoir, le Docteur Gros, Kling.

MM. Lafarge, le Docteur Prieur, le Docteur Rist.

(*J. O.*, 11 septembre 1941).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Il faut défendre les droits des médecins libérés. — Pour une véritable corporation médicale. — Une conférence de M. Huard sur les Assurances sociales.

On sait que les médecins mobilisés étaient protégés par le décret du 20 mai 1940, interdisant sauf autorisation toute nouvelle installation, décret qui, à l'armistice, s'était trouvé être le moyen de défendre la clientèle des médecins prisonniers. Conformément à la Circulaire ministérielle du 20 août 1940, les autorisations d'installations dans une localité où exerçait avant-guerre un prisonnier n'étaient que temporaires et devaient prendre fin lors de la libération de l'intéressé.

La loi du 2 avril 1941, rétablissant la liberté d'installation, avait, elle aussi, réservé le cas des prisonniers, en spécifiant « qu'aucun médecin ne serait admis à exercer aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier ».

On pouvait penser que la protection des droits des prisonniers était efficacement établie. Pourquoi faut-il que, suivant le cas, la pratique administrative ou la jurisprudence du Conseil supérieur viennent le démentir et trahir à la fois la lettre et l'esprit de la loi ?

Nous voulons en citer deux exemples :

Dans un premier cas, un médecin libéré en décembre 1940 trouve à son retour, une concurrente bénéficiaire d'une autorisation temporaire, qui refuse de se retirer de son plein gré. Le Conseil départemental saisi de la demande de retrait la refuse en invoquant la loi du 2 avril abrogeant le décret du 20 mai. Appel est formé devant le Conseil supérieur qui, par deux fois, en juin et en août 1941, déclare cette thèse non fondée et estime que l'autorisation d'exercer doit être retirée. L'intéressé s'adresse alors à la Préfecture, seule compétente juridiquement pour appliquer le décret du 20 mai.

Il lui fut répondu en bref que depuis la loi du 2 avril, la liberté d'installation était purement et simplement rétablie. Sans doute humoriste, le Préfet faisait observer que l'autorisation délivrée était bien provisoire lors de l'absence du prisonnier, et qu'elle cessait de l'être à son retour.

Cette interprétation courtelinesque de la loi du 2 avril, n'a même pas lieu d'être retenue, puisqu'il s'agissait en l'espèce d'appliquer la législation antérieure, sous laquelle les faits s'étaient déroulés. L'affaire n'en restera pas là, mais nous avons tenu à montrer comment malgré une décision du Conseil supérieur, malgré la loi, les droits d'un médecin libéré étaient publiquement méconnus.

Le second cas nous oblige à mettre en cause la jurisprudence du Conseil supérieur qui semble singulièrement manquer d'unité. Libéré fin septembre 1940, un médecin a également l'heureuse surprise de trouver à son retour, un vieux confrère installé dans sa localité — mais cette fois sans aucune espèce

d'autorisation. Le Conseil départemental, saisi, fait une série de propositions toutes extra-juridiques tendant à maintenir dans la place ce concurrent peu scrupuleux. Sur appel devant le Conseil supérieur, ce dernier, chose étrange, se lance, par la plume de son secrétaire administratif, en considérations de fait, erronées et surabondantes (après avoir refusé contrairement à son règlement intérieur, la communication du dossier) et en considérations juridiques fondées sur la non rétroactivité de la loi du 2 avril, le retour du prisonnier lui étant antérieur. Il n'est naturellement point fait mention du décret du 20 mai, seul texte à invoquer en la circonstance, le fait pour le médecin incriminé de l'avoir violé ne pouvant tout de même lui donner plus de droits que s'il l'avait respecté, ainsi qu'il en allait dans le cas précédent.

Ainsi, dans deux cas très voisins, la loi du 2 avril a servi tout d'abord, parce qu'il en était fait application, à rejeter la demande du médecin libéré; elle a été invoquée pour la même fin dans le second sous prétexte qu'elle ne lui était justement pas applicable.

Il faudrait tout de même s'entendre une bonne fois. L'heure n'est plus aux tribunaux comiques. Nous nous proposons d'étudier juridiquement la question dans un prochain numéro. Mais d'ores et déjà, nous exprimons le vœu que ceux qui sont chargés d'appliquer les lois ne le fassent pas selon ce que leur inspirent les intérêts locaux ou les suggestions de leur fantaisie, mais selon la lettre des textes et l'esprit de ceux qui les ont rédigés.

***

Le dernier *Bulletin de l'Ordre des médecins*, à propos de la pléthore médicale, fait entrevoir aux médecins de bien sombres perspectives, quant à l'indépendance de la profession. Comme de coutume aucune précision n'est donnée sur l a nature des dangers que l'on entrevoit, non plus que sur les « solutions acceptables pour tous » que l'on envisage.

L'Ordre actuel et son Conseil supérieu r ont-ils vraiment qualité pour engager ainsi dans la nuit le Corps médical, sans doute pour de longues années ? Nous nous permettons d'en douter, et nous ne pouvons mieux faire pour étayer notre thèse que de citer quelques extraits des « Réflexions sur l'avenir de la médecine française » de M. P. Winter, parues dans le n° 14 des *Archives hospitalières* auxquelles nous souscrivons entièrement :

« Un des nôtres désigné par le Chef de l'Etat, a pris en mains la responsabilité d'épurer la profession, d'apporter à la médecine un nouvel esprit. Nous avons toujours admis qu'il pouvait être nécessaire, en période révolutionnaire, pour cause de salut public, d'avoir recours au service d'un homme ou d'une équipe pour accélérer les transformations nécessaires..... Mais il ne s'agit pas d'une mission qui ne peut être que transitoire. Les pouvoirs dictatoriaux qui ont été délégués, le choix qui a été fait des membres des Conseils départementaux et du Conseil national, n'ont été que des mesures exceptionnelles et il a été justement prévu qu'à une certaine date.. ces mesures seraient rapportées.................

....

Une telle organisation de la médecine, avec son ou

ses chefs choisis directement par le Chef de l'Etat, la vouerait en quelques décades à un conformisme statique des plus dangereux. Ce serait une étatisation absolue, une dépendance absolue vis-à-vis de l'Etat. Le rôle du Ministre actuel de la Santé publique, des conseils, une fois les mesures d'urgence prises, une fois l'épuration indispensable terminée, est de préparer le transfert de leurs pouvoirs aux groupements normalement constitués, aux groupements vivants, réels de la Médecine......................

....

Que les groupements s'appellent des syndicats, ou des ordres, qu'ils se fédèrent dans l'ensemble d'une corporation sanitaire, cela est sans importance. Ce qui importe, c'est qu'ils soient toujours l'émanation indépendante, librement sélectionnée de l'ensemble des médecins français. »

***

Devant les représentants des Conseils départementaux de la région, M. Serge Huard a fait, le dimanche 14 septembre dernier, une conférence relative au nouveau régime qui va s'instaurer dans les Assurances sociales.

Rappelant les principes posés par la loi du 26 mai, transformant le « plafond » ancien en minimum en ce qui concerne les remboursements, M. Huard a abordé (ce que, insistons bien, la loi ne prévoit pas) « l'établissement de tarifs maxima pour des actes médicaux nettement définis », ce, continua le conférencier, afin que l'assuré puisse trouver chez son médecin la garantie qu'il va trop souvent chercher au dispensaire d'une dépense financière qui ne soit pas trop onéreuse.

En liaison d'ailleurs avec cette tarification d'actes « nettement définis », fonctionne actuellement une Commission présidée par lui-même, révisant la nomenclature des coefficients des Assurances sociales, chargée de dire par exemple « si une opération d'appendicite a plus d'importance que l'ablation des amygdales ».

Avec l'un de nos correspondants, président de la Caisse mutuelle chirurgicale marnaise (dont l'effectif nous dit-il, est en progression constante), nous nous permettrons de faire observer à l'éminent conférencier que la limitation des honoraires médicaux n'est pas la seule solution permettant de mettre à la portée de la bourse des assurés sociaux, les avantages de la médecine libre. Les C. C. M. en particulier, ont depuis plusieurs années déjà étudié ce problème et l'ont heureusement résolu à la satisfaction de tous. Le développement de cette institution spontanée et non étatique, facilité et patronné par l'Ordre, serait actuellement une sage mesure, à condition bien entendu que les Caisses ne s'estiment pas pour cela dispensées de l'effort financier qu'elles doivent faire de leur côté.

Abordant ensuite la question du contrôle, M. Huard reconnaît que son organisation actuelle tendait à « fonctionnariser quelque peu la médecine des Assurances sociales ». La solution légale a été la création d'un corps de contrôle régional dépendant d'un Comité mixte Travail, Santé et Union des Caisses. De fonctionnaires des Caisses, le médecin deviendra, craignons-nous, fonctionnaire d'Etat. C'est évidemment préférable. Mais le mieux n'eût-il pas été que le contrôle fut principalement ou même partiellement corporatif ?

Nous aurons en tous cas, l'occasion de revenir sur ces intéressantes déclarations, une nouvelle conférence devant être faite à ce sujet par M. Huard en zone occupée, vers la fin de ce mois.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4175. — Tarif des assurés assistés

Je remercie le Docteur Decourt de m'avoir indiqué que « pour les assurés sociaux indigents le tarif applicable est le tarif de responsabilité de chaque caisse intéressée ».

Cependant le tarif appliqué en Gironde pour les assurés sociaux indigents est le tarif des accidents du travail.

Veuillez avoir l'amabilité de demander au Docseur Decourt sur quel texte officiel il base son renteignement.

D^r^G.

Réponse

Voir art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935, alinéa 3 : « Les frais dus aux praticiens... sont réglés, en ce qui concerne les frais médicaux et chirurgicaux... conformément au Tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés sus-visés ». (Cet article 19 concerne exclusivement les « assurés sociaux bénéficiaires des lois d'assistance », autrement dit les assurés assistés inscrits à l'Assistance médicale gratuite).

Cette disposition ne fut pas modifiée par le décret-loi du 1er juin 1938.

Dr F. DECOURT.

4259. — Demande de prise en charge

Ayant prescrit à un assuré social une sangle échancrée, dite lyonnaise pour ptose abdomen, j'apprends par le client que le remboursement en est refusé pour deux raisons : il n'y a pas eu autorisation préalable. Cet appareil ne figure pas sur la nomenclature.

De là, réaction de ma part et protestation à la Caisse dans l'intérêt de l'assuré.

La Caisse me fait l'honneur d'une réponse, que je joins (et vous prie de me retourner) ainsi que ma lettre que je leur adresse aujourd'hui.

Evidemmentt l'assuré est dans son tort, puisqu'il a contre lui les réglements ; et je ne crois pas qu'il arrive à se faire rembourser.

Mais ces règlements sont trop draconiens (avis préalable) et trop souvent l'assuré en est la victime. Dr P.

Réponse

a) La Caisse est absolument dans son droit, l'assurée n'ayant pas demandé, au préalable, l'acceptation de la prise en charge par la Caisse de la fourniture de la sangle ;

b) C'est l'assuré et non le médecin qui doit demander une acceptation de prise en charge. D'ordinaire (car l'assuré ne connaît rien à toutes ces formalités), c'est le médecin qui le prévient et rédige lui-même parfois ladite demande.

c) C'est bien en se basant sur l'art. 30 du règlement type d'administration intérieure des Caisses (annexé à l'arrêté du 30 janvier 1937) que la position de la Caisse, en l'espèce, est intangible alors qu'il s'agit « d'appareils d'orthopédie, de prothèse, de bandages, lunettes, etc. ».

Dr F. DECOURT.

Soixante-troisième année N° 40 5 Octobre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants.............. 80 fr.

***Le Numéro*................ 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertiou, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 282. — Cherc. à reprend. zone oc. client. de ville médec. génér. av. logement 10 pièc. minimum Urgent. Ecr. Carpentier 2 r. du Marché au Filet Arras (P.-de-C.).

N° 283. — Fille de médec. dem. à prend. en pension comme compagne de sa fillet. une enf. fais. classe 7e cours Hattemer et ayt besoin campag. Donnerait pension compl. et instruct. Mme Lamirault. Domaine des Ferreries. Thiron-Gardais (E.-et-L.)

N° 284. — On dem. Dr (veuf ou célibat. de préf.) pr poste à reprend. ds la Meuse, maison état de neuf. 10 pièc. garage jardin, belle client. Ecr. Mr Bourcillier, 27, rue du Bourg, Bar-le-Duc (Meuse).

N° 285. — Suis achet. compt. appar. radio récent table bascul. bonne marque, lampes Ultra-viol. et infra-rouge. Ecr. dét. et prix Pons 72, bd. Senart St-Cloud (S.-et-O.) ou téléph. av. 10 h. Mol. 37-74.

N° 286. — Clinique demand. collab. doct. en méd. anc. ext. Hôpit. ayant assuré service obstétr. nécessité habiter clinique, situat. intér. Dr Mouls 29 r. Sarrette (14).

N° 287. — Médecin 4 ann. de pratique av.-guer. cherc. remplac. ville de préfér. ds tte la zone oc. sauf zone interd. Dr R. Dentier Orainville par Neufchatel s/Aisne (Aisne).

N° 288. — J. doct. cherc. à Paris, ou banlieue imméd. appartemt bien placé pour s'instal. ou reprendr. appartemt de confr. replié. Ecr. avec dét. M. Paul Ribeyre 5 rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 289. — Client. à céd. à bon. condit. dans le Lot non loin de Cahors. Facilit. pour la cess. et le log. Ecr. à Mr P. Ribeyre 5 rue Auguste-Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 290. — Sud-Ouest, zone lib. à céd. rais. de santé, tr. bon post. Médec. génér. en plein rapp. médec. S. N. C. F. avec tte l'installat. Ecr. M. P. Ribeyre 5 r. Auguste Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Seine-et-Marne. — Chef-lieu de cant. anc. client. bon rendem. actuel. Prix à déb. Urgent.

Seine. — A toucher Paris. grosse client. Méd. Gle. grde maison conf. Indemn. 100.000. 40.000 cpt.

Paris. — Vieille client. de quart. A céd. avec longue présent. Prix 60.000 à déb.

100 kil. Paris. — Belle client. mi ouvrière mi rurale pet. centre bien desservi, mais. agréable. Indemn. 55.000. 30.000 cpt.

Grde banlieue. Tr. import. client. médecine et pharmacie vaste maison grd conf. Indemn. 110.000 1/2 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Sur l'emploi de l'anhydride sulfureux, de l'acide salicylique et de l'acide benzoïque dans la fabrication des confitures.* — L'Académie a adopté les conclusions du rapport de M. Tanon émettant un avis défavorable à l'emploi de ces produits dans la fabrication des confitures.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Laboratoire d'anatomie pathologique* (Professeur : M. Roger Leroux). *Cours de technique hématologique et sérologique,* par M. le Docteur Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra seize leçons, et commencera le lundi 27 octobre 1941, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants.

Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** *Séances plénières.* — Des séances plénières de la Société médicale des hôpitaux de Paris auront lieu les 7 8 et novembre 1941, avec le programme ci-après :

Vendredi 7 novembre. — Matin : *Les cortines de synthèse* : Pharmacologie des cortines (rapporteur, M. Sannié). Applications médicales des cortines : *a*) au traitement des insuffisances surrénales (rapporteur, M. de Gennes) ; *b*) en dehors des insuffisances surrénales (rapporteur, M. Brodin). — Après-midi : *Les glycosuries hypophysaires* : Physiologie pathologique et étude clinique des troubles de la glyco-régulation d'origine hypophyso-thalamique (rapporteur, M. Sainton) ; la radiothérapie des glycosuries d'origine hypophyso-thalamique (rapporteurs, MM. Delherm et Thoyer-Rozat).

Samedi 8 novembre. — Matin et soir : *Les hépatites professionnelles* : Etude étiologique et clinique des hépatites professionnelles (rapporteurs, MM. Duvoir, Dessoille et Gaultier) ; étude expérimentale des intoxications par les produits chlorés (rapporteur, M. Noël Fiessinger) ; l'atteinte du foie par l'hydrogène arsénié (rapporteur, M. Léon Binet) ; existe-t-il une hépatite benzolique ? (rapporteurs, MM. Marcel Perrault et Cottet).

Sauf avis contraire, les séances auront lieu au siège de la Société, 12, rue de Seine, à 9 heures et à 14 heures.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat et de l'externat.* — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvriront le premier le 7 octobre 1941 et le second le 11 décembre 1941.

— **Société française de gynécologie.** — La séance de rentrée de la Société française de gynécologie aura lieu le lundi 13 octobre, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine, salle Pasteur.

Deux sujets sont à l'ordre du jour :

La sulfamidothérapie en gynécologie, par M. J.-E. Marcel.

Les sports chez la jeune fille et la femme, leur choix, leurs limites, par M. Maurice Fabre.

Tous les médecins s'intéressant à ces questions sont cordialement invités.

— **L'Ecole française de stomatologie** reprendra son enseignement des maladies de la bouche et des dents le lundi 13 octobre 1941.

Ses cours s'adressent aux docteurs en médecine, aux étudiants en médecine pourvus d'un certain nombre d'inscriptions.

Programme, renseignements et inscriptions au siège de l'Ecole 20, passage Dauphine (30, rue Dauphine), Paris.

— **Naissances.** — Madame et le Docteur Paul Le Gac, professeur à l'Ecole de Médecine et de pharmacie, sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Michelle*.

Le 26 août 1941 ; 12, rue Anatole-Le-Braz, Rennes.

— Le Docteur et Madame Maurice Bleicher ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Bernard*.

9 septembre 1941 ; Nancy (Meurthe-et-Moselle).

— Le Docteur et Madame P. Badinier sont heureux de vous annoncer la naissance de leur troisième fils, *Yves*.

Le 21 août 1941 ; Chateaurenard (Loiret).

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage de M. Fred DAVAINE, étudiant en médecine, avec Mademoiselle Yvonne-Marie LE FRANÇOIS, étudiante en médecine, fille de Madame et de M. E. Le François, éditeur de publications médicales à Paris.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée par M. le Chanoine Mention, vicaire général de l'Archevêché de Cambrai, le 29 septembre 1941, en l'Eglise Saint-Sulpice.

— Le Docteur Gobinet, de Rethel (Ardennes), Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et Madame, ont l'honneur de vous faire part du mariage de leur fils, le Docteur Jean GOBINET, avec Mademoiselle Eliane CHANOINE.

Le mariage a été célébré en l'Eglise de Châteauvieux (Loir-et-Cher), le 2 septembre 1941.

ORDRE DES MÉDECINS
Conseil départemental de la Seine

COMMUNIQUÉ

(*Statut des médecins israélites*)

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine communique :

En exécution de l'article 3 du décret du 11 août 1941 (*Journal officiel*, 6 septembre 1941), le smédecins se trouvant, à cette date, au nombre des personnes définies à l'article 1er, de la loi du 2 juin 1941 (*Journal officiel*, 14 juin 1941), sont priés de passer au Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIIe), pour y remplir, en double exemplaire, une formule de déclaration concernant :

a) leur situation par rapport à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre (Décret du 11 août 1941, article 1er 4e alinéa) ;

b) leurs mérites professionnels (*ibidem*, 5e alinéa).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Automobilisme

Arrêté du 19 juillet 1941 sur l'homologation des véhicules électriques

Aux termes de cet arrêté, à compter du 1er août 1941, aucun véhicule électrique ne pourra être mis en vente par un constructeur s'il n'est conforme à un type homologué dans les conditions fixées par ledit arrêté. Par dérogation, les constructeurs de véhicules de charge utile inférieure à 600 kgr. dont les prototypes ont été examinés par le Comité d'organisation de l'automobile sont considérés comme homologués et provisoirement ils sont autorisés à continuer la vente jusqu'à l'homologation définitive.

(*J. O.*, 14 septembre 1941.)

Enseignement

Par arrêté en date du 13 septembre 1941 :

M. Malmejac, professeur sans chaire à la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université de Marseille, est nommé, à

dater du 1er octobre 1941, professeur de physiologie à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Cotte, admis à la retraite).

M. Jayle, agrégé à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à dater du 1er octobre 1941, professeur de Clinique ophtalmologique à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire: M. Aubanet, admis à la retraite).

M. Poinso, agrégé à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à dater du 1er octobre 1941, professeur de thérapeutique à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Gaujoux, admis à la retraite).

(*J. O.*, 14 septembre 1941).

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 21 août 1941, M. le Docteur Montassut, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Moisselles, est nommé en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

(*J. O.*, 15 septembre 1941).

Par arrêté du 5 septembre 1941, l'arrêté du 10 juillet 1941 portant mise en disponibilité de M. M. le Docteur Donnadieu, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid, est rapporté.

(*J. O.*, 17 septembre 1941).

Par arrêté du 16 septembre 1941, M. le Docteur Guyot, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Begard, est nommé à titre définitif à ce poste à compter du 20 août 1939.

(*J. O.*, 20 septembre 1941).

Inspection médicale de la Santé

Par arrêté du 5 septembre 1941, M. le Docteur Dubas, médecin inspecteur adjoint d'Eure-et-Loir, est reclassé, à compter du 1er février 1941, en qualité d'inspecteur adjoint de 3e classe, au traitement de 33.000 francs.

(*J. O.*, 17 septembre 1941).

Par arrêtés du 16 septembre 1941 :

L'arrêté du 21 août 1941 portant nomination de Mme Lhez-Valats, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Ardèche est rapporté.

Mme le Docteur Lhez-Valats est nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé de 3e classe, au traitement de 33.000 francs et affectée au département de la Haute-Garonne.

Par arrêté du 16 septembre 1941, M. le Docteur Beckerich, directeur du laboratoire de bactériologie de Metz, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de 3e classe (33.000 francs), et affecté au département des Pyrénées-Orientales.

Par arrêtés du 17 septembre 1941, sont nommés médecins inspecteurs de la Santé de 2e classe, au traitement de 50.000 francs :

M. le Docteur Robini, inspecteur adjoint de la Loire, affecté au département de l'Indre.

M. le Docteur Eckert, inspecteur adjoint de la Marne, affecté au département de l'Aisne.

M. le Docteur Lesaffre, inspecteur adjoint de l'Eure, affecté au département de la Manche.

Médecin inspecteur adjoint de la Santé de 1re classe, au traitement de 39.000 francs : M. le Docteur Jehanin, affecté au département de l'Orne.

Médecins inspecteurs adjoints de la Santé de 3e classe, au traitement de 33.000 francs :

M. le Docteur Angelici, affecté au département de l'Aube.

M. le Docteur Humann, affecté au département du Var.

M. le Docteur Pierron, affecté au département du Puy-de-Dôme.

Au département de Seine-et-Oise, M. le Docteur Petit, médecin inspecteur adjoint de l'Oise.

Au département de l'Oise, Mlle le Docteur Solente, médecin inspecteur adjoint du Calvados.

(*J. O.*, 20 septembre 1941).

Médecins fonctionnaires

Décret du 1er septembre 1941 fixant la limite d'âge des médecins chargés d'assurer le service médical dans les établissements pénitentiaires.

Art. 1er. — La limite d'âge pour les médecins chargés d'assurer le service médical dans les établissements pénitentiaires est fixée à soixante-cinq ans.

Toutefois, lorsque l'intérêt du service l'exige, des dérogations individuelles aux dispositions de l'alinéa précédent peuvent être prononcées par arrêté du Ministre secrétaire d'Etat à la Justice sur la proposition motivée du Directeur de l'établissement ou de la circonscription pénitentiaire et après avis du Préfet du département.

(*J. O.*, 14 septembre 1941).

Pharmacie

Arrêté du 29 août 1941 fixant les cotisations dues au Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques

(Extraits).

Art. 4. — Les pharmaciens détaillants, les propharmaciens, les cliniques, maisons de santé et hôpitaux privés, et, d'une manière générale, toutes les entreprises qui ne sont pas rattachées audit Comité d'organisation, mais y sont intéressées comme recevant de lui les attributions de produits répartis qu'il leur fait en vertu de la délégation d'un ou de plusieurs répartiteurs, chefs des sections de l'Office central de répartition, sont tenus de rembourser au Comité d'organisation les frais d'impression et d'envoi des carnets de bons qui leur sont remis. Ce remboursement aura lieu forfaitairement au moyen d'une taxe fixe annuelle établie selon le barême suivant :

Propharmaciens....................	20
Cliniques, maisons de santé, hôpitaux privés..........................	20

Les hôpitaux et services publics ne sont assujettis au payement d'aucune contribution.

(*J. O.*, 14 septembre 1941).

Note. — *Il est spécifié par l'art. 6 dudit arrêté que la taxe est due à compter du 1er janvier 1941. Le taux ainsi fixé est valable jusqu'au 31 décembre 1941.*

Protection de la naissance

Loi du 2 septembre 1941.

(Extraits)

Art. 1er. — Pendant le mois qui précèdera et le mois qui suivra l'accouchement, toute femme enceinte devra, sur sa demande, être reçue gratuitement et sans qu'elle ait besoin de justifier de son identité, dans tout établissement hospitalier public susceptible de lui donner les soins que comporte son état.

En conséquence et pendant cette période, il ne pourra être refusé un lit disponible à une femme en

état de grossesse qui se présentera dans un de ces établissements pour y être admise.

Sans préjudice s'il y a lieu de sanctions disciplinaires qui ne pourront être inférieures à une suspension de traitement pendant un mois, l'auteur responsable d'un refus d'admission sera puni d'un emprisonnement de un à six mois et d'une amende de 10.000 à 50.000 francs ou de l'une de ces deux peines.

(*J. O.*, 14 septembre 1941).

Arrêté du 18 septembre 1941, réglementant la carte nationale de priorité

Cet arrêté détermine les bénéficiaires des cartes, leur mode de délivrance, les mentions qu'elles doivent comporter, leur durée, leur renouvellement, les droits attachés à la carte, l'application du droit de priorité, et les sanctions en cas d'abus.

(*J. O.*, 21 septembre 1941.)

Sanatoriums publics

Par arrêté du 21 août 1941, M. le Docteur Warnery, médecin directeur du sanatorium Fenaille (Aveyron), est affecté en la même qualité au sanatorium Nouvielle (Landes).

(*J. O.*, 15 septembre 1941).



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du vendredi 5 septembre 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.430 Baret (Daniel), à Grenoble (Isère). Ordre des médecins.
14.431 Bonnais (Jacques), Montauban (T.-et-G.).
14.432 Bonnais-Mauget (H.), Montauban (Tarn-et-Garonne).
14.433 Brohm (Paul), L'Argentière (Hautes-Alpes). Ordre des médecins.
14.434 Buffé (Pierre), Saint-Brieuc (C.-du-N.). Docteurs du Brun du Bois-Noir.
14.435 Bugaut (Louis), Beaucourt (Belfort). Docteurs Soucher et Perrez.
14.436 Buisson, Toulouse (Haute-Garonne).
14.437 Castany (Jean), à Perpignan (Pyr.-Or.). Docteurs Terrasson et Demèze.
14.438 Colas (Jean), Nantes (Loire-Inférieure). Docteurs Daussy et Baron.
14.439 Courtial (Marcel), Arlanc (Puy-de-Dôme). Ordre des médecins.
14.440 de Frémont (Henri), Courbevoie (Seine). Ordre des médecins.
14.441 Denoyel (Anne-Marie), Charlieu (Loire). Ordre des médecins.
14.442 Frétet (Jean), Agen (Lot-et-Garonne). Docteurs Bargues et Corcelle.
14.443 Gallois (Jean), 132, av. de Wagram, Paris (XVIIe). Ordre des médecins.

14.444 Gaudet (Jean), Le Pouliguen (Loire-Inf.). Docteurs Allard et Groleau.
14.445 Grossiord, 86 *bis*, boul. de La Tour-Maubourg (VIIe). Ordre des médecins.
14.446 Grumillier (Henri), Commercy (Meuse). Docteurs Douzain et Maillard.
14.447 Hallé (Guillaume), 170 *bis*, rue de Grenelle (VIIe). Ordre des médecins.
14.448 Houplain (Lucien), Jenlain (Nord). Ordre des médecins.
14.449 Huet (Ferdinand), Belle-Isle-en-Terre (C.-du-N.).
14.450 Jallardeau (Jacques), Epinay-sur-Orge (S.-et-O.). Ordre des médecins.
14.451 Jarry (Arthur), Nantes (Loire-Inférieure). Docteurs Grolleau et Baron.
14.452 Lebettre (Noël), Nesles-la-Vallée (S.-et-O.). Ordre des médecins.
14.453 Lebourgeois (Georges), Le Havre (Seine-Inférieure). Ordre des médecins.
14.454 Leclerc (Jacques), Auxerre (Yonne). Ordre des médecins.
14.455 Legrand (Ernest), Wimy (Pas-de-Calais). Docteurs Cambier et Delacour.
14.456 Lhermet (Georges), Cusset (Allier). Ordre des médecins.
14.457 Lux (Henri), La Celle-Saint-Cyr (Yonne). Docteurs Gache et Matignon.
14.458 Marseille (Albert), Tarascon (Bouches-du-Rhône). Ordre des médecins.
14.459 Marsin (Raymonde), Kremlin-Bicêtre, (Seine). Ordre des médecins.
14.460 Mazillier (Marcel), Decize (Nièvre). Ordre des médecins.
14.461 Mossé (Clément), Le Luc-Var (Var). Ordre des médecins.
14.462 Mounier (Hippolyte), Tence (Haute-Loire). Association médicale de la Haute-Loire.
14.463 Ortholan (Jean), Compiègne (Oise). Ordre des médecins.
14.464 Pages (Henri), Eyrans (Gironde). Docteurs Dunan et Aubouin (J.).
14.465 Péron (Jules), Les Lilas (Seine). Docteurs Sigaud et Huet.
14.466 Pigache (André), 84, boul. des Batignolles (XVIIe). Docteur Cassé.
14.467 Salvy (Jean), Toulouse (Haute-Garonne). Ordre des médecins.
14.468 Thory (Eugène), Fontainebleau (Seine-et-Marne). Ordre des médecins.
14.469 Torlet (Jean), Villedieu-les-Poêles (Manche).
14.470 Touzard (René), Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise). Ordre des médecins.
14.471 Williot (Georges), Jaunay-Clan (Vienne). Ordre des médecins.

Ces admissions deviendront définitives s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Cependant, les adhérents qui ne font partie d'aucune association médicale, régulièrement constituée, ou ne sont pas présentés par deux parrains, membres eux-mêmes de la Ligue, ne seront admis définitivement que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins.



Voir la suite page LI-1743

PROPOS DU JOUR

LES DÉSACCORDS ENTRE MÉDECINS CONCERNANT LA RETRAITE

La perspective d'une retraite aux vieux médecins offerte par l'Ordre dès ses débuts, et les premières précisions obtenues sur elle, ont aussitôt suscité dans la profession à la fois de l'impatience et de l'appréhension. A la fois, dis-je, ce qui ne veut pas dire que ces sentiments divers et presque opposés se livrent une lutte dans le cœur du médecin.

Il est arrivé ce qui était prévisible parce que tellement humain : les futurs bénéficiaires de la retraite ont hâte d'en profiter et se déclarent tout prêts, dès maintenant, à en toucher les arrérages ; les futurs souscripteurs, eux, ne sont pas pressés de payer et demandent un complément d'enquête.

N'importe lequel d'entre nous, selon son âge, se range tout naturellement dans l'un des deux camps. C'est dire que la tâche des conciliateurs ne sera pas facile et que, quoi qu'ils fassent, à moins de trouver le moyen de distribuer de l'argent sans en avoir préalablement perçu, ils prêteront le flanc à d'âpres critiques et récriminations. Le Conseil supérieur de l'Ordre se trouve donc pris dans une alternative assez cruelle et l'on s'explique que, d'une part, il promette la retraite pour bientôt (il lui serait tenu rigueur de se déjuger une fois encore), et que, de l'autre, il hésite avant de prendre une décision qui se résoudra pour le Corps médical en une charge lourde, donc impopulaire.

Examinons le problème en toute objectivité et entre nous, je veux dire entre membres de cette grande famille qu'est le *Concours* et où bénéficiaires et souscripteurs se mêlent et se coudoient. Peut-être est-ce la meilleure façon de faire admettre aux impatients les délais nécessaires et de calmer les ombrageux qui crient à la spoliation avant même qu'on leur ait rien demandé.

***

Un premier point à fixer sur lequel la plupart des confrères tombent d'accord, mais qui entretient encore chez quelques-uns des illusions et de vagues espoirs.

La retraite des médecins doit être financée par les médecins. C'est sur nous-mêmes et seulement sur nous que nous devons compter, sur personne d'autre et, en particulier, pas sur l'Etat.

Certains vieux médecins qui entreront d'emblée parmi les profiteurs de la retraite sans avoir jamais versé un maravédis de cotisation, se sentent gênés à la pensée d'être à charge aux jeunes. Et ils disent : Toute notre vie l'Etat, pour toutes ses organisations de médecine sociale, nous a odieusement exploités. Il a prélevé sur chacun de nous des dizaines de milliers de francs en se prévalant de tarifs de famine fixés par lui, et par lui, du fait du prince imposés. Puisqu'il fait une retraite à ses vieux serviteurs (du moins y coopère-t-il) pourquoi pas aussi à nous ?

Ce raisonnement se défendrait à une toute autre époque que la nôtre. Mais l'Etat vient de répudier une part des dommages de guerre dus aux sinistrés en invoquant sa détresse financière. Ce simple fait n'est-il pas démonstratif ? La créance des sinistrés ruinés et jetés sur le pavé par la guerre n'est-elle pas plus impérative et plus indiscutable que celle des vieux médecins à qui l'Etat pourrait toujours rétorquer : Ces tarifs de famine vous étiez libres, après tout, de les refuser : vous n'auriez pas soigné les indigents ou les pensionnés de guerre, et voilà tout. Les ayant acceptés, vous êtes aujourd'hui forclos.

Non ! nous n'avons rien à espérer de l'Etat.

***

C'est de nous seuls que dépend le financement de la retraite et, pour mettre en œuvre le généreux programme tracé par l'Ordre, un gros effort financier sera à demander à la profession.

Les premières années seront évidemment les plus dures car, on le sait, la répartition, seule possible dans la période de démarrage, coûte cher. En outre ce démarrage coïncidera avec des

◆◆

circonstances économiques si contraires qu'on n'ose se livrer à aucune prévision ; nul ne peut dire où nous en serons politiquement et économiquement, dans cinq ans, dans un an, dans six mois. Une organisation financière qui naît sous de tels auspices fait dans l'inconnu un saut assez impressionnant.

Peut-on reculer cependant sans ajourner la retraite *sine die* ? puisqu'il est vraisemblable, sinon presque certain, que l'ambiance ne sera pas plus propice avant de nombreuses années.

Et l'on arrive ainsi à cette conclusion de bon sens : ce saut dans l'inconnu faisons-le puisqu'il est impossible de l'éluder. Mais du moins autant qu'il est en notre pouvoir, limitons cet inconnu au minimum : ne greffons pas le risque d'une entreprise qui débute sur l'incertain d'une époque où tout est mouvant et se dérobe.

Nous avons, en matière de prévoyance, un acquis solide, qui a fait ses preuves et qui nous appartient en propre ; c'est l'ensemble des œuvres créées, gérées et administrées uniquement par des médecins. Certaines ont cinquante et cent ans d'âge ; elles ont donc franchi, et victorieusement, des passes critiques et, en particulier, celle de l'autre guerre et de l'après-guerre. Une telle expérience n'est pas négligeable et nous serions fous de ne pas la mettre à profit.

Ainsi parlent les conservateurs ; non contents de prôner ce parti de prudence, ils ont établi un projet qui permettrait à tout médecin : 1° de cotiser pour la retraite immédiate des vieux (par répartition) ; 2° de cotiser pour lui-même (par capitalisation) suivant ses moyens et avec une adaptation continue à ceux-ci afin de se mettre à l'abri de la maladie ou de l'accident, de l'invalidité par vieillesse, et de pourvoir sa famille s'il venait à décéder prématurément.

Ce projet étudié, discuté et sur lequel dès à présent se sont mis d'accord les représentants des principales œuvres médicales de prévoyance comporte la fondation entre ces diverses œuvres d'une sorte de consortium. Le nom, le but, les statuts, le mode de recrutement, le Conseil administrateur et l'actif financier demeurent en propre à chacune de ces sociétés. Ne sont mis en commun que les services généraux (recouvrement, propagande, actuariat) services qui, répondant aux mêmes besoins, sont nécessairement calqués plus ou moins étroitement les uns sur les autres. La fusion évitera la dispersion des efforts et des ressources et permettra plus d'efficacité à moindres frais.

Ce projet a été exposé et défendu devant le Conseil supérieur de l'Ordre.

A quoi les innovateurs, partisans de faire du neuf et du grand, ripostent :

L'Ordre se doit de mettre sur pied quelque chose qui porte sa marque et par quoi il affirme sa doctrine. S'il chausse les sabots d'autrui, les malveillants ne seront pas longs à l'accuser d'impuissance. D'ailleurs, une organisation vaste centralisant toutes les polices de prévoyance du médecin aura une force comparable à celle d'une grosse Compagnie d'assurance et une solidité à l'épreuve des à-coups.

Dieu veuille qu'il en soit ainsi. Mais si une fortune adverse en disposait autrement la responsabilité des créateurs serait grande. Et nous sommes hélas dans une situation telle qu'il vaut mieux compter avec un imprévisible défavorable qu'avec des hasards heureux.

En conclusion, de tous ces désaccords concernant la retraite, il est possible de venir à bout en les abordant un à un.

La querelle des innovateurs et des conservateurs doit, entre gens de bonne foi, s'apaiser d'elle-même le jour où les calculs prouveront de quel côté est le meilleur rapport pour le moindre prix.

Et du même coup, entre gens de bonne foi, doit se clore le désaccord qui sépare vieux et jeunes médecins. Certains que toutes les sûretés sont prises pour que le produit de leur effort ne fonde pas démesurément avant d'atteindre son but, qu'aucune tyrannie ne leur sera imposée, mais qu'ils cotiseront suivant leurs possibilités, à la fois pour leurs vieux confrères et pour eux-mêmes, les jeunes seront mieux disposés à ouvrir leur bourse. Et les vieux qui toucheront les pensions, la retraite, ne seront pas tellement exigeants si la réalisation se fait prochaine : « Mieux vaut un tiens... ».

Les Conseils départementaux ont certainement été consultés sur ce problème, si gros, actuellement posé devant le Corps professionnel.

Nous avons pensé qu'il n'était pas hors de saison de leur en exposer quelques-unes des données.

G. Lavalée.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

SUR UN CAS D'HYPERTONIE MALIGNE AIGUE DES JEUNES

Par M. le Professeur ABRAMI

(*Leçon du* 14-3-1941)

Parmi les formes nombreuses que revêt en clinique l'hypertension artérielle, associée ou non à une néphrite, il en est une, absolument spéciale par ses conditions d'apparition, par sa symptomatologie, par son évolution rapidement et incurablement fatale en quelques mois, de même que par les lésions vasculaires généralisées qui l'accompagnent. Elle mérite une dénomination à part. Celle d'*hypertonie maligne aiguë des jeunes* nous paraît la plus convenable ; elle ne préjuge rien de la pathogénie de l'affection.

Depuis quinze ans, j'en ai recueilli cinq observations. Elles sont, à très peu de choses près, calquées les unes sur les autres. Une sixième concerne un malade de ce service, qui vient d'y succomber après un séjour de sept semaines. Son observation va nous permettre de retracer en détail l'histoire de cette maladie.

Il s'agit d'un *homme jeune* encore ; il était âgé de 38 ans. C'est le plus âgé de nos six malades ; car les autres avaient respectivement : 18 ans, 20 ans, 21 ans, 23 et 27 ans. Sur les six, quatre hommes et deux femmes, celles-ci non mariées. Cette apparition de la maladie, chez des sujets de moins de quarante ans, est un des traits les plus caractéristiques de l'étiologie.

Il en est un second, non moins important : c'est l'*absence complète de toute influence héréditaire*. Vous savez combien est fréquente l'hérédité des maladies vasculaires, artérielles et veineuses ; combien fréquente également est l'hérédité des affections rénales chroniques hypertensives. Ici, l'hérédité est totalement absente. Parmi les ascendants de nos malades, nous ne relevons ni mal de Bright, ni hémorragie cérébrale, ni angine de poitrine ; aucun état vasculaire caractérisé.

Enfin, troisième caractère étiologique : la maladie s'abat sur un sujet absolument sain, le *surprenant en pleine santé*. On ne retrouve, dans les antécédents immédiats ou éloignés, ni maladie infectieuse, même légère (comme une angine), ni intoxication professionnelle. Deux de mes malades étaient connus de moi depuis des années ; leur cœur, leur rein étaient normaux ; ils n'avaient jamais présenté d'albuminurie ; *leur tension artérielle était normale*. La syphilis, dans toutes nos observations, était hors de cause.

C'est donc inopinément que surgit cette maladie. Chez notre malade actuel, c'est, il y a six mois, depuis sa démobilisation, que les premiers symptômes ont fait leur apparition. Il avait subi, depuis septembre 1939, deux visites d'incorporation ; une troisième avait précédé les vaccinations triples auxquelles il avait été soumis ; rien n'avait été noté d'anormal.

Les symptômes dont se plaignent ces sujets, et ceux que l'on constate au cours de l'examen objectif appartiennent à *trois séries, qui se déroulent parallèlement dès le début* et intriquent leurs effets :

1° des signes artériels, en rapport avec une hypertension aiguë et une artériosclérose généralisée ;

2° des signes d'insuffisance cardiaque progressive et irréductible ;

3° des signes d'insuffisance rénale, à forme azotémique.

I. — Syndrome hypertensif

C'est, il y a six mois, que notre malade a perçu les premiers symptômes révélateurs de sa maladie. Ils ont consisté en *maux de tête*, de plus en plus fréquents et intenses, surtout accentués au réveil, siégeant dans tout le crâne, mais avec une prédominance occipitale et cervicale postérieure ; augmentés par l'effort, la marche ; le fait de se baisser, de tousser, de pousser pour

aller à la selle provoque un paroxysme immédiat et intolérable, une sensation que « la tête va éclater ». A cette céphalalgie s'associent : des *sensations vertigineuses,* surtout lors des changements de position.

Chez deux de nos malades, les paroxysmes céphalalgiques s'accompagnaient de *nausées,* de *vomissements,* et d'une véritable *torpeur* ; en sorte que ces troubles fonctionnels, en rapport certainement avec une hypertension intracranienne, réalisaient cette *forme « pseudo-tumorale » de l'hypertension* artérielle, que j'ai décrite avec P. Gallois, il y a plus de dix ans, et à laquelle la constatation d'une neuro-papillite œdémateuse vient encore ajouter un signe organique de similitude avec les tumeurs cérébrales.

Les *troubles oculaires* : éclipses subites et passagères de la vision ; ambliopie permanente par *hémorragies rétiniennes,* n'ont manqué dans aucune de nos six observations.

A ces troubles fonctionnels encéphaliques s'ajoutent, dès le début et de façon constante :

Une certaine *fébrilité psychique,* manifestée par une loquacité qui frappe l'entourage, de l'agitation ;

de l'*insomnie* ;

un *amaigrissement précoce,* et qui ne cessera d'augmenter.

Enfin, chez deux de nos malades, à ces symptômes permanents se superposaient des accidents fonctionnels extrêmement douloureux, faisant eux aussi partie de la série hypertensive, et rappelant par leurs caractères ceux que l'on voit survenir au moment des crises de spasmes artériels, dans les surrénalomes hypertensifs.

Apparition brutale d'une douleur horriblement intense, à la racine d'un membre, avec impotence totale, irradiations lancinantes jusqu'à l'extrémité ; le membre entier devenant froid, exsangue, d'une blancheur marmoréenne. Cet accident faisait redouter une thrombose artérielle, d'autant que le pouls disparaissait dans tout le territoire envahi. Mais, au bout d'une ou de deux minutes, la crise passait ; la circulation se rétablissait. Il s'agissait certainement d'un spasme. Ces spasmes se sont reproduits, chez nos deux malades, avec une grande fréquence, plusieurs fois par jour, pendant plusieurs semaines. Les artères affectées ont été celles des membres, inférieurs et supérieurs ; la faciale, les rénales. Puis les crises se sont atténuées, pour ne plus revenir durant les derniers mois.

Enfin, c'est encore à la série hypertensive que doivent être rapportées la *pollakiurie* nocturne, avec *polyurie* observée constamment au début.

II. — Syndrome d'insuffisance cardiaque

En même temps que s'installent les symptômes précédents, par conséquent dès le début de la maladie, on constate des signes d'insuffisance cardiaque. Les malades sont pris de *dyspnée d'effort* ; ils ne peuvent marcher, faire des mouvements un peu rapides, monter un escalier, sans avoir d'oppression.

Plusieurs — et ç'a été le cas de notre malade actuel —, ont en même temps des crises de *palpitations.* Tous ont la sensation d'avoir dans la poitrine un cœur trop gros ; ils sont sujets à des accès de *dyspnée angoissante,* surtout nocturnes, formes mineures de l'œdème aigu du poumon. Chose curieuse, chez aucun de nos malades, nous n'avons observé ni la grande crise d'œdème, ni la véritable attaque d'angine de poitrine.

Plus ou moins tôt, à la dyspnée, aux palpitations, aux sensations pénibles de la région précordiale s'ajoutent la *cyanose, l'œdème* des membres inférieurs.

Examen objectif

Quand on examine ces malades, on est immédiatement frappé par trois symptômes.

D'abord leur *pâleur.* Ils sont extrêmement pâles de visage, et cela dès le début, avant même que ne soit intervenue l'anémie par azotémie qui, nous le verrons, est constante au bout de peu de temps. Ils appartiennent donc au groupe des hypertendus pâles, de Volhardt.

En outre, ils ont les yeux brillants, et même saillants. Cette *exophtalmie* est, à vrai dire, d'intensité variable. Chez deux de nos malades, elle était peu marquée ; chez les autres, et spécialement chez le sujet qui fait l'objet de cette leçon, elle était au contraire si nette qu'elle éveillait immédiatement l'idée d'une exophtalmie basedowienne. D'autant plus qu'elle est associée et à une accélération du pouls, et à cette fébrilité spéciale qui se traduit dans la parole et les mouvements. Mais le corps thyroïdien est de volume, de consistance et de structure normaux.

Enfin, on est également frappé de l'*amaigrissement,* dont la précocité et l'accentuation rapide sont signalées par tous les sujets. L'examen de l'appareil vasculaire révèle des altérations extrêmement importantes, et qui étonnent par leur exceptionnelle intensité.

L'*artère radiale* est tendue, rectiligne, sans aucune flexuosité. Elle constitue un véritable fil de fer, rigide, donnant aux doigts l'impression d'être épaissie régulièrement et contractée sur son contenu. On ne sent aucune irrégularité de consistance, aucune incrustation des parois ; et cet *ensemble de rigidité, de dureté et de contraction,* nous ne l'avons rencontré à ce degré dans aucun autre état hypertensif. Bien entendu, il se retrouve au niveau de toutes les artères périphériques.

Le pouls est régulier, — sauf à la période

terminale, où l'arythmie extrasystolique est fréquente. Mais il est rapide, et son accélération croît avec l'évolution de la maladie. Lorsque notre malade est entré dans le service, son pouls battait à 100 à la minute ; il dépassait 140, les jours qui ont précédé la mort.

La tension artérielle est très élevée. Chez notre malade actuel, elle était de 25-15 ; ce sont, pour la maxima, comme pour la minima, des chiffres couramment notés au tensiomètre Vaquez-Laubry. Dans un cas, la maxima atteignit 30. Naturellement, lorsque survient la grande insuffisance cardiaque, on assiste à une baisse notable de la pression maxima. Mais la minima conserve, jusqu'au bout, des valeurs anormalement élevées, toujours supérieures à 12 dans nos observations.

Le cœur présente un état surprenant. D'abord, il est *énorme*, c'est, plus qu'aucun autre, un « cœur de bœuf » ; il remplit une grande partie de l'hémithorax gauche ; sa pointe bat très en dehors des limites normales ; elle est en plus très abaissée, et la matité absolue est considérablement augmentée.

La radioscopie confirme l'augmentation considérable du volume cardiaque ; augmentation surtout marquée aux dépens du ventricule gauche.

L'autopsie (regardez cette pièce) montre que les parois de ce ventricule mesurent *six centimètres d'épaisseur* ; celles du ventricule droit sont également hypertrophiées. Et la cavité du ventricule gauche est réduite à *une véritable fente*. On se demande comment se fait la circulation, avec des cavités réduites à ces dimensions !

En outre de cette hypertrophie cardiaque considérable, réalisée en quelques mois (alors qu'on n'en voit pas de semblable chez de grands hypertendus dont la pression, au moins aussi élevée, date de nombreuses années), l'examen clinique montre précocement des signes *d'insuffisance ventriculaire* : nous avons signalé la dyspnée, la tachycardie progressive, la cyanose ; ajoutons-y la constance d'un *bruit de galop*, que nous avons vu survenir au bout de quelques semaines ; les râles, qui encombrent en permanence les deux bases pulmonaires (*signes d'œdème du poumon*) ; l'augmentation du volume du foie, qui devient sensible; complètent cette séméiologie vasculaire.

III. — Syndrome d'insuffisance rénale

Enfin, aux syndromes hypertensif et cardiaque s'ajoute constamment un syndrome d'insuffisance rénale, précoce également et progressive.

Les urines, d'abord pâles et abondantes (notre malade, à son entrée, urinait entre 1.600 et 2.000 grammes par 24 heures), se raréfient lorsque surviennent les œdèmes par insuffisance cardiaque. Elles contiennent de l'albumine (2, 3, jusqu'à six grammes par litre), des cylindres granuleux plus rarement. Ceux-ci ont toujours fait défaut dans le cas actuel.

Le dosage de l'urée sanguine montre une *azotémie* qui, au début peu majorée (0 gr. 65, 0 gr. 68 dans les deux cas, où nous avons pu voir les malades dès les premières semaines), ne cesse de s'élever. Elle atteint en trois ou quatre mois, des valeurs supérieures à 1 gr. 50. Chez notre malade, entré à l'hôpital au sixième mois, l'azotémie était déjà de 2 gr. 42 ; elle atteignait 3 gr. 16 l'avant-veille de la mort.

En corrélation avec cette hyperazotémie, on constate : d'une part, une *réduction progressive de la concentration uréique* dans l'urine (chez notre malade, les taux de l'urée par litre étaient aux environs de 7 grammes, du début de la période d'observation à la fin) ; et, d'autre part, les *signes classiques de l'urémie*. Troubles digestifs graves : anorexie, vomissements incessants, diarrhée glaireuse ; anémie plus ou moins intense (il n'avait, lors de son arrivée, que 3.500.000 globules rouges) ; prurit, torpeur, lésions de *rétinite exsudative bilatérale*. Peu à peu, vous avez vu la torpeur se transformer en coma, avec respiration de Cheyne-Stokes. C'était le prélude de la fin.

***

Tel est le tableau que réalise cette extraordinaire maladie. Extraordinaire, non pas par l'ensemble des symptômes qui la caractérisent, car l'hypertension artérielle élevée, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale représentent une association des plus fréquentes au contraire en pathologie, mais par *l'évolution galopante* et par les lésions constatées à l'autopsie.

C'est en six mois que s'est faite, chez notre malade actuel, toute l'évolution ; elle a duré neuf mois chez un autre, dix mois chez une troisième ; dix mois également chez un quatrième ; quatorze mois chez le cinquième ; dix-sept mois chez le sixième.

L'état si particulier des artères périphériques, constatable chez tous les malades dès le début de la maladie, l'hypertrophie colossale et précoce du cœur, permettent de prévoir l'existence de lésions vasculaires généralisées et intenses. Elles sont en effet constantes. Je ne vous en donne pas le détail ; vous les trouverez minutieusement décrites dans la thèse prochaine de mon ancien interne, M. Ordonneau. Qu'il me suffise de vous dire qu'elles consistent en une *artériosclérose extrêmement prononcée*, frappant toutes les artères et artérioles de l'économie, celles des membres, celles de la rétine, celles du foie, du pancréas, du cœur, celles des reins. On



ne peut dire avec exactitude qu'elles prédominent dans un organe ; tous sont atteints.

Les reins sont, comme vous le voyez ici, très gros, lissses, violacés; ils se laissent facilement décortiquer. A la coupe, la médullaire est congestionnée ; la corticale, diminuée d'épaisseur, est striée de fines bandes rougeâtres. Sur les coupes, vous verriez contraster, avec une intégrité parfaite d'un grand nombre de glomérules, l'étendue et l'importance des lésions de sclérose artérielle et artériolaire, frappant tous les vaisseaux du rein. Les lésions tubulaires sont discrètes et paraissent bien le fait de l'ischémie réalisée par la sclérose des vaisseaux.

Il s'agit donc, en résumé, d'*une artériosclérose généralisée aiguë.*

Quelle est la nature, quelle est l'origine de cette maladie ? Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de répondre à ces questions. Sans aucun doute, l'affection s'apparente très étroitement à cette forme de néphrite hypertensive à laquelle Volhard a donné le nom de « néphroangiosclérose maligne ». La généralisation des lésions vasculaires, leur type histologique sont les mêmes. Mais l'évolution est bien différente. Les néphroangioscléroses malignes ont une durée beaucoup plus longue, qui s'échelonne sur plusieurs années ; les phénomènes d'insuffisance cardiaque n'y occupent pas dès le début, comme ici, le premier plan ; on n'y voit pas s'y constituer, en quelques mois, cette énorme hypertrophie cardiaque. Ce sont des maladies chroniques, et non aiguës.

Et puis, surtout, *rien ne prouve qu'il s'agisse d'une variété particulière de néphropathie.* Sans doute, nous savons, de par la clinique et de par l'expérimentation, que des lésions constrictives des vaisseaux du rein suffisent à engendrer une hypertension artérielle permanente. Mais ici, ni l'évolution chronologique des accidents, ni l'étude anatomique des lésions artérielles n'autorise à admettre l'antériorité des altérations rénales. Le rein est artérioscléreux au même degré et dans le même temps que tout l'appareil circulatoire. C'est faire une pétition de principe qu'affirmer que c'est lui la cause du processus.

Tout, au contraire, permet de penser qu'il s'agit là d'une maladie artérielle générale d'emblée. Et le terme d'artériosclérose généralisée aiguë conviendrait parfaitement, si nous ne voyions dans l'état des artères non pas un processus autonome, protopathique, mais le résultat d'un trouble fonctionnel, qui est le *spasme artériel généralisé,* la vaso-constriction artériolaire et artérielle diffuse. Et c'est pourquoi le terme d'hypertonie maligne aiguë me paraît de beaucoup préférable.

Quelle est la cause de cette hypertonie si intense ? Certainement, l'excitation permanente du sympathique artériel, nerf de la vaso-constriction. Mais quel est l'agent de cette excitation ? On pense, naturellement, à quelque trouble glandulaire ou métabolique. Jusqu'ici, nous n'avons trouvé, au cours des trois autopsies pratiquées, rien d'anormal dans le volume ou la structure des glandes surrénales ; aucune trace de paragangliome ; l'hypophyse était macroscopiquement normale. Toutefois, s'il me fallait hasarder une hypothèse, c'est dans le sens de pareilles perturbations, hormonales ou métaboliques, que je placerais l'origine de cette curieuse maladie.

LA SULFAMIDOTHÉRAPIE A L'HÔPITAL CLAUDE-BERNARD (1935-1941)

M. le Professeur Lemierre a exposé à la Société de médecine de Paris, les résultats obtenus dans son service des maladies contagieuses de l'Hôpital Claude-Bernard, de 1935 à 1941, par la sulfamidothérapie.

Dans plusieurs centaines d'érysipèles ainsi traités, tous les médicaments sulfamidés se sont montrés d'une efficacité constante et presque immédiate. Les grands bénéficiaires de cette méthode ont été les vieillards, les nourrissons, les sujets entachés de néphrite ou de cirrhose du foie. Chez ces derniers, l'érysipèle était presque toujours un arrêt de mort. Actuellement, le traitement précoce par les sulfamides empêche généralement le développement des accidents rénaux et hépatiques mortels. Les complications de l'érysipèle, toutefois, suppuration, gangrène, localisations pulmonaires, septicémie, résistent à la sulfamidothérapie.

Les méningites à méningocoques traitées assez tôt par les sulfamides ont toujours guéri. L'efficacité de la sulfamidothérapie dans la pneumonie et même dans certaines complications pulmonaires de la rougeole a été aussi hors de doute. Guérison immédiate de deux cas sur trois de méningococcémie sans méningite. Guérison rapide dans 4 cas de fièvre ondulante. Dans un cas de pustule maligne, une amélioration obtenue par la sérothérapie a été transformée en guérison par l'administration *per os* de sulfamides.

La médication sulfamidée, par contre, a échoué dans les infections à staphylocoques, les fièvres typhoïde et paratyphoïde, et a donné des résultats inconstants dans les pleurésies streptococciques, douteux ou nuls dans les septicémies streptococciques vraies.

P. L.

LES ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX

Leçon (résumée) de M. le Professeur agrégé MENEGAUX (1)

Les anévrysmes artério-veineux présentent trois caractères particuliers : ils sont généralement d'origine traumatique ; il n'ont pas de sac anévrysmal véritable ; ils ont un retentissement clinique important sur le cœur.

Dans la proportion de 94 % des cas, ces anévrysmes ont une origine traumatique et succèdent à des blessures ayant atteint l'artère et la veine. Il s'agit le plus souvent de petites blessures, par arme blanche ou par balle, balle de petit calibre surtout, n'ayant déterminé bien des fois qu'un saignement minime (plaie sèche). Parfois même, il peut y avoir eu seulement contusion des vaisseaux. Exceptionnellement (dans 6 % des cas), l'anévrysme artério-veineux a une origine pathologique et est consécutif à un anévrysme artériel rompu dans la veine. C'est une éventualité rare, l'anévrysme artériel relevant alors en général de son étiologie habituelle, la syphilis.

Le projectile traumatisant peut passer entre l'artère et la veine, faisant une plaie de ces organes ou les contusionnant. Dans d'autres cas, le projectile atteint surtout l'artère et peu la veine ou inversement. Quelquefois, enfin, le projectile a traversé les deux organes.

Dans la plupart des cas, en même temps que la communication artério-veineuse, se produit un hématome à ce niveau entre les deux vaisseaux, hématome qui ne tarde pas à s'organiser, du tissu épithélial venant, dans un autre temps, tapisser sa paroi. Du point de vue pratique, le fait de cette organisation de l'hématome — le clivage de celui-ci étant difficile, pendant cette période — incite à reculer un peu l'acte chirurgical thérapeutique.

Le retentissement cardiaque de l'anévrysme artério-veineux offre une importance particulière, facile à comprendre. Il a été étudié cliniquement, et aussi expérimentalement, par Leriche entre autres, qui a pu poser quelques données précises en provoquant chez l'animal des fistules artério-veineuses.

Au point de vue anatomo-pathologique, la vieille classification de Broca des anévrysmes artério-veineux est remplacée actuellement par une classification qui distingue la fistule artério-veineuse sans canal intermédiaire ou avec canal intermédiaire (la ligature de celui-ci procurera la guérison), la petite, la grosse fistule artério-veineuse (plus l'orifice est grand, plus la fuite de sang artériel dans la veine sera forte), le sac à quatre orifices ou à orifices plus nombreux. Les vaisseaux qui aboutissent à l'anévrysme sont modifiés. Les artères en amont sont dilatées, en raison du surcroit de travail imposé à la pompe cardiaque, et parfois flexueuses. En aval, où il y a moins de sang du fait de la fuite artérielle vers la veine, l'artère est réduite de volume. Pour la veine, c'est l'inverse qui se produit. Y a-t-il ou non des caillots ? C'est variable, quoique classiquement on admette l'absence de caillots.

En physiologie pathologique, la pression artérielle étant plus forte que la pression veineuse, il s'ensuit une fuite du sang artériel dans le système veineux, avec augmentation de pression dans celui-ci. En fait, la tension veineuse, de 7, 8, 9 millimètres de mercure normalement, passe à ce niveau à 7, 8, 9 centimètres, soit dix fois environ la pression normale.

Cette fuite sanguine va engendrer des désordres graves du côté du cœur. Le cœur, obligé d'accroître son travail, accélère d'abord ses battements (tachycardie), puis s'hypertrophie. Il y a donc une première phase, de tachycardie, et une seconde d'hypertrophie cardiaque. A un moment donné (3e phase), le cœur, fatigué, se dilate. Il semble que le cœur gauche surtout soit atteint le premier, le cœur droit n'étant touché qu'ensuite. On sait, en clinique cardiologique, que l'insuffisance du cœur gauche peut être plus facilement compensée que celle du cœur droit.

Les troubles cardiaques sont sous la dépendance de l'importance de la communication artério-veineuse, de la grosseur de l'artère en cause, de la fuite de sang artériel.

Cliniquement, on se trouve en présence d'un blessé qui a reçu dans une région vasculaire, une balle, par exemple, ayant déterminé une plaie sèche. Il vient consulter au bout d'un temps variable pour quelques troubles fonctionnels, nerveux (paresthésies), sensation de froid, engourdissement du membre, fatigue locale. D'autres fois, il demande conseil pour des varices, des dilatations veineuses d'un seul membre. D'autres fois encore, il s'adresse au cardiologue, se plaignant de troubles cardiaques, de phénomènes asystoliques. Très rarement, il perçoit lui-même le thrill.

Dans les antécédents, se place la notion du

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, le 14 juin 1941. Recueillie par le Docteur P. Lacroix.

traumatisme, de la plaie du membre, dont on peut trouver la cicatrice. Il faut rechercher les traces de cette plaie, qui a bien des fois été petite. L'examen local s'efforcera d'établir le trajet du projectile, le siège de l'anévrysme artério-veineux se trouvant sur ce trajet. La palpation à ce niveau donne une sensation de frémissement (thrill), à renforcement systolique. A la vérité, l'importance de thrill n'est pas en rapport avec l'importance de l'orifice de communication artério-veineuse, le thrill relevant en premier lieu de la vibration de cet orifice qui forme une sorte de petite valvule. Point intéressant : le thrill irradie assez loin vers la périphérie et vers le cœur, et également dans le système veineux, alors que les thrills des anévrysmes artériels se progagent peu ou pas. L'auscultation montre un souffle continu, à renforcement systolique. Ce souffle est permanent mais il est plus intense au moment de la systole. Il est doux, de tonalité basse, non râpeux comme celui de l'anévrysme artériel. Il est dû à la vibration du bord de l'orifice de communication artério-veineuse et de la colonne liquide. Le souffle a les mêmes propagations que le thrill.

En recherchant où se trouve le maximum de ces signes, on pourra préciser le siège de la fistule artério-veineuse. Autre indice : la compression au niveau de la fistule peut faire cesser le souffle et le thrill. La compression de l'artère au-dessus arrête également ces bruits.

On explorera la région de la fistule quant à la possibilité d'un etumeur à cet endroit. En général, il n'existe pas de tumeur importante, comme on en trouve dans l'anévrysme artériel. Le pseudo-sac arrive, dans la règle, au volume maximum d'une amande ou d'une noix. On peut observer cependant une petite masse qui est pulsatile et expansible, deux signes pas aussi nets ici que dans l'anévrysme artériel. La tumeur, enfin, est molle, plus ou moins réductible et assez souvent visible à la radio, en raison alors d'une infiltration de sa paroi par des sels calcaires. En pareil cas, faire toujours une radiographie.

En dehors de ces signes locaux, se rencontrent des signes à distance, sur le système veineux, par exemple. Le système veineux recevant plus de sang que normalement se dilate. On a des œdèmes sans varices, ou des varices évidentes, plus accusées le soir. Elles sont plus importantes au membre supérieur qu'au membre inférieur. Dans certains cas, rares, elles sont pulsatiles. Dans le système artériel, la tension est plus élevée que la normale entre le cœur et l'anévrysme, et moins élevée à la périphérie. Noter aussi la possibilité de troubles trophiques liés quelquefois à une infiltration des nerfs voisins (éventualité assez rare), et pouvant d'autres fois être attribués à des phénomènes sympathiques. Les troubles en question sont souvent réduits à peu de chose : paresthésies, sensation de froid, engourdissement, fatigue du membre.

Il faut rechercher avec soin le retentissement cardiaque de l'anévrysme artério-veineux. Il n'existe pas toujours, et peut être nul, en particulier au début, à la période initiale. Le premier signe est la tachycardie. Le cœur augmente le nombre de ses battements. Cette tachycardie est variable, apparaissant d'abord à l'occasion des efforts, disparaissant au repos, devenant permanente ensuite. Le deuxième signe, est l'hypertrophie cardiaque, que l'on décèle par le déplacement de la pointe du cœur, un souffle possible et par la radiographie. Puis, au moment où commence la décompensation, se montre l'hyposystolie avec gros foie douloureux, œdèmes, urines rares et grosse dilatation cardiaque. Ces troubles ont un grand intérêt pratique, surtout thérapeutique. L'hyposystolie n'est pas une contre-indication à l'opération de l'anévrysme, au contraire. Surtout lorsque l'opération est faite d'assez bonne heure, il est fréquent de voir les troubles cardiaques disparaître après l'intervention.

L'évolution locale de l'anévrysme artério-veineux est beaucoup moins grave que celle de l'anévrysme artériel. Exceptionnellement, l'anévrysme artério-veineux peut guérir. Habituellement il persiste. Au point de vue général, par contre, l'évolution est grave, du fait du retentissement cardiaque.

Le diagnostic est simple. L'origine traumatique, le thrill, le souffle à renforcement systolique ne prêtent guère à confusion. Seuls peut-être, l'anévrysme cirsoïde, qui a d'autres signes (la compression de l'artère en amont ne fait pas alors disparaître les symptômes) et le sarcome télangiectasique, qui est beaucoup plus volumineux, pourraient rappeler l'anévrysme artério-veineux.

La thérapeutique, qui comprend quelques mesures préventives (exploration minutieuse des plaies susceptibles de déterminer les dits anévrysmes), sera chirurgicale. L'opération comportera, selon les cas, la cure de la fistule, la ligature du pont artério-veineux, les pluri-ligatures, la résection de l'anévrysme, etc. Il ne faut pas intervenir trop tôt, mais attendre la disparition des phénomènes inflammatoires, soit trois mois minimum. Les résultats sont presque toujours bons.

Se rappeler, en conclusion, les trois grands caractères de l'anévrysme artério-veineux : lésion post-traumatique, absence de sac vrai, retentissement cardiaque sérieux de l'affection.

LA RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE ET LA GUERRE

par R. Benon

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

La responsabilité atténuée, en tant que conclusion médico-légale d'expertise, est un mal du temps de paix : elle est un plus grand mal du temps de guerre. C'est une tendance spécialement nationale, généreuse sans aucun doute, mais pratiquement désastreuse, qui n'élève pas l'homme, mais le diminue. Elle est la conséquence de la Circulaire Chaumié (12 décembre 1905), circulaire due à l'influence de Grasset, intéressante dans ses considérants, mais faussée dans son esprit près des juges du prétoire.

***

Quelle est d'abord la tâche du médecin-légiste en matière de neuro-psychiatrie ? Il doit répondre, en principe, à deux questions, quels que soient les détails de l'expertise :

1° L'inculpé était-il en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal ?

2° Présente-t-il, du point de vue psychiatrique et biologique, des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité ?

La démence. — Que veut dire, ici, dans l'esprit du juriste, le mot démence ? Il signifie sans conteste maladie mentale, plus exactement aliénation mentale, c'est-à-dire affection psychique nécessitant l'internement dans un asile d'aliénés (quatre-vingt-dix-neuf pour cent des cas). L'expert doit donc dire qu'il y a ou qu'il n'y a pas maladie mentale au temps de l'acte, et il doit le *démontrer* en s'appuyant sur des observations précises, sinon nombreuses, car une expertise est essentiellement une démonstration.

Le mot démence, cependant, soulève déjà des discussions. Conclura-t-on à la démence dans les seuls cas de démence durable, existant avant, pendant et après l'action, persistant au moment de l'expertise, ou bien aussi dans les cas de démence épisodique, n'existant qu'au moment même de l'action ?

Dans le premier cas, aucune difficulté : le sujet doit être placé dans un établissement d'aliénés.

Dans le second cas, cas de démence de courte durée (quelques minutes, quelques heures, quelques jours même), si vous concluez à la démence le sujet va être interné, et alors vous placez dans un asile d'aliénés un individu sain d'esprit, non malade, guéri rapidement de sa démence épisodique. Vous direz que c'est en vue de confirmer la guérison. Mais l'internement est quand même illégal et vous internez une personne non aliénée au temps même de l'entrée à l'asile. Que va-t-il se passer ? Le médecin traitant de l'établissement qui, en général, n'a pas fait lui-même l'expertise, remettra le sujet en liberté au bout de quelques semaines ou de quelques mois. — La démence épisodique, en fait, ne doit pas entraîner l'internement. Et cela est particulièrement évident lorsqu'il s'agit d'un état démentiel épisodique de cause alcoolique. L'alcoolique, chez nous, jouit toujours de faveurs spéciales.

Au reste, qu'est donc exactement cette démence épisodique ? Quelque chose d'extrêmement imprécis dans l'esprit de l'expert : un vague épisode confusionnel, un vague épisode amnésique, de vagues crises de nerfs dites à tort épileptiques, de vagues étourdissements considérés encore comme étant de nature comitiale, etc. La démence épisodique, si elle existe, qu'elle soit le fait de l'alcoolisme ou de vagues troubles de l'émotivité, ne doit pas, pour nous, faire conclure à l'internement. Les cas de cette sorte doivent être jugés par le tribunal. Il ne faut pas placer dans les asiles d'aliénés, hospices de chroniques mentaux, des individus dont la démence au temps de l'action, a été aussi brève en quelque sorte que l'acte lui-même. C'est une erreur qui ne profite qu'à l'inculpé et qui l'incline à la récidive.

Les anomalies mentales. — Le sujet n'est pas dit dément au temps de l'acte par l'expert neuro-psychiatre ; il ne sera donc pas interné, mais on le déclare affecté d'anomalies psychiques devant contribuer à l'atténuation de sa responsabilité. Dans quelle mesure ? Faible, large, moyenne ? Peu importe. Rien n'est plus variable, car cela dépend de l'état d'esprit ou des tendances du médecin.

Une erreur grave, chez l'expert, consiste à considérer les anomalies mentales comme une maladie mentale, et, de ce fait, il conclut à l'internement, lequel sera naturellement de courte durée puisque le sujet n'est pas un aliéné. Cette dernière constatation nous amène à faire observer (nous l'avons déjà dit, croyons-nous) que seul le médecin d'asile devrait être chargé



d'expertises, que c'est lui-même qui devrait *prendre dans son service* les individus qu'il déclarera aliénés. L'expert neuro-psychiatre, qui n'est pas chargé d'un service d'aliénés *chroniques*, ne peut pas connaître les aliénés. D'où tant de conclusions erronées. D'où tant de mises en liberté, après internement, d'inculpés non-aliénés. Et c'est toujours l'inculpé qui tire profit de la confusion actuelle. Pourquoi le juge ne commet-il pas toujours un aliéniste ? Celui-ci, dans son service, est d'abord un expert. Il n'y a pas d'intérêt à provoquer une contre-expertise, qui sera divergente dans 98 % des cas. Quelques aliénistes n'aiment pas qu'on fasse observer que les asiles ne sont guère que des hospices de chroniques. C'est un fait pourtant, et nul ne saurait le nier, et nul ne saurait modifier d'un iota la situation actuelle. Quant à nous, nous affirmons que l'aliéniste, qui ne vit pas, près des aliénés, qui n'a pas de service d'aliénés n'est pas compétent aujourd'hui en matière d'expertise mentale.

Naturellement les anomalies mentales, qui sont surtout des anomalies émotionnelles et passionnelles, ne sont jamais guérissables, étant constitutionnelles. La débilité mentale (la fausse, non pas la vraie), le déséquilibre psychique, la dégénérescence mentale, qui ne sont point des maladies, ne sont jamais curables chez les délinquants. Un psychanalyste guérit combien d'anormaux en un an et quel est le nombre de séances qu'il doit leur accorder ? De tels traitements ne sont sans doute pas tout à fait vains, mais il faut des loisirs, une curiosité spéciale, pour s'y consacrer : ils sont difficiles, très longs, coûteux, inadéquats aux temps actuels. Quant à l'asthénie légère de certains pervers-récidivistes, elle est en vérité négligeable en pratique médico-légale.

Tares physiques. — Les tares physiques sont une chose, les maladies mentales une autre. On voit chaque jour les affections somatiques les plus graves coexister avec un état psychique sain. L'état physique des aliénés chroniques est remarquablement excellent. Le « mens sana in corpore sano » est une pauvre notion destinée à la multitude. Qu'importe qu'un individu soit alcoolique, syphilitique, tuberculeux, etc., s'il n'a pas de troubles mentaux ? Qu'importent les anomalies physiques (asymétrie faciale, ogivalité de la voûte palatine, adhérence du lobule de l'oreille, implantation défectueuse des cheveux, etc.), si l'individu jouit de ses facultés cérébrales ? La dégénérescence physique ne va pas de pair avec la dégénérescence mentale, et nous avons dit que la dégénérescence mentale, elle-même, n'était pas une maladie, mais un ensemble d'anomalies variées qu'il ne faut retenir que très exceptionnellement en matière de responsabilité atténuée. Les erreurs de chaque jour sont énormes, parfois catastrophiques ; l'affaire Stavisky en fut un bel exemple : Stavisky, pervers-récidiviste de marque, considéré médicalement comme affecté de méningo-encéphalite diffuse paralytique, parce que syphilitique.

Rôle du juge. — Le juge s'entoure d'experts. Cela se conçoit. Voyons quelques exemples. Dans un premier cas, l'expert conclut à la démence. Le sujet est interné, mais le médecin de l'asile, contre-expert en fait, constate que la démence n'existe pas, et il propose la mise en liberté, bientôt acceptée. C'est tout profit pour l'inculpé : il n'a pas été condamné ; lors d'un nouveau délit, il allèguera la folie. L'expert près du tribunal devrait donc à notre avis, être toujours le médecin-aliéniste, qui recevra le sujet dans son service. Enseignement direct, clarté rapide. Ce médecin aliéniste n'internerait pas longtemps des pervers-récidivistes : il saurait bientôt combien ils diffèrent des vrais malades.

Dans le second cas, l'expert conclut à la responsabilité atténuée, et peu importe à quel degré : l'avocat saura bien utiliser la chose. Or on peut affirmer que dans de tels cas, à la lecture attentive des rapports et à l'examen propre des faits délictueux, rien n'est moins démontré que l'atténuation de la responsabilité. L'opinion de l'expert est purement personnelle et par suite de peu de valeur. En fait, dans le prétoire, en matière de responsabilité atténuée, le juge doit-il faire confiance à l'expert ? Oui et non. Il doit, lui-même, extraire du rapport, trop souvent complexe et obscur, une solution pratique et simple.

Quelques psychiatres, dont Gilbert Ballet, soutenaient l'idée qu'il ne fallait pas répondre à la question de la responsabilité atténuée. Cela n'est guère possible, puisque le juge exige une réponse. D'autant qu'il est aisé de dire, finalement, que les anomalies constatées ne sont pas de nature à atténuer la responsabilité de l'inculpé.

***

La responsabilité atténuée, considérée médicalement, est une notion erronée. Elle est néfaste à l'inculpé qui se complaît dans la délinquance, néfaste à la famille et à la société dont le libéralisme devient mortel. Elle constitue une prime pour la perversité et elle est une incitation au récidivisme. L'opinion du médecin-expert, en matière de responsabilité atténuée, n'a pas de valeur pour un juge informé, studieux, doué d'un bon esprit critique : le peu de solidité des données de l'expert sur ce point ne manquera pas de frapper son attention et de heurter sa raison.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖



Pour améliorer le pronostic du Cancer de l'estomac

D'après les travaux du Professeur F. Papin (1) et ceux du Docteur Gutmann (2)

Les raisons de sa gravité opératoire

Les cancéreux de l'estomac représentent un mauvais terrain ; ce sont des malades particulièrement fragiles. Plus spécialement, la clientèle d'hôpital surtout est faite trop souvent d'hommes usés, fatigués ou tarés, peu préoccupés de leur santé et n'ayant généralement attaché aucune signification aux symptômes qui, depuis longtemps déjà, auraient dû les faire consulter. Les soins pré-opératoires les meilleurs, les transfusions, la vidange régulière de l'estomac, l'éclectisme dans l'anesthésie, avec combinaison, toutes les fois que cela est possible, d'une anesthésie de base et d'une anesthésie localisée, toutes ces précautions ne suffisent pas toujours à compenser la défaillance du terrain.

Il y a aussi certains facteurs techniques locaux. Spécialement dans la gastrectomie pour cancer, il faut éviter la brutalité des manœuvres, poursuivre le fini des sutures et de l'hémostase. La chose est si vraie que, pour un même opérateur, une meilleure préparation et des perfectionnements dans la technique opératoire ont pu faire tomber la mortalité de 43 à 25 pour 100. La pratique des autopsies démontre d'ailleurs le rôle de certaines imperfections locales.

Toutes les statistiques mettent en évidence deux grandes causes de mort : la péritonite et les complications pulmonaires, celles-ci étant assez souvent liées à des causes péritonéales locales, que l'on doit chercher à éviter, sans omettre d'ailleurs leurs autres origines à combattre également par la gymnastique respiratoire, l'isolement du malade, la médication préventive, etc...

Enfin, l'infection latente des cancers gastriques peut, sans manifestations péritonéales locales, sans manifestations pulmonaires, tuer certains opérés par septicémie rapide en quelques jours; la flore de l'estomac néoplasique est, en effet, nombreuse et virulente, surtout dans les cas avancés; le sérum antistreptococcique semble une précaution à prendre systématiquement.

Mais surtout, il ne faut pas se dissimuler que beaucoup de ces causes de mort seront à peu près impossibles à éliminer, tant que l'on opèrera des cas avancés, des tumeurs ulcérées et sphacélées. Le Professeur Papin précise que « quand il arrive de gastrectomiser un cancer au début, on est agréablement surpris par la sécurité de l'acte respiratoire et de ses suites ».

La nécessité d'un diagnostic précoce : la triade symptomatique d'alarme

A vrai dire, le cancer de l'estomac peut tout simuler ; des spasmes œsophagiens sont parfois l'unique trouble fonctionnel d'un cancer haut situé de la petite courbure ; les éructations, l'aérophagie constituent facilement les premiers symptômes d'un néoplasme de la grosse tubérosité. Mais n'oublions pas que l'antre pylorique et la portion horizontale de l'estomac représentent la localisation la plus fréquente (deux tiers des cas environ) et la plus curable des cancers de l'estomac. N'est-il pas important de souligner que, dans beaucoup plus de la moitié des cas, le cancer de l'estomac siège en un lieu, qui se prête parfaitement à l'exérèse chirurgicale large.

Si variée et trompeuse est la physionomie du cancer gastrique envisagée dans son ensemble, qu'il est bon de s'orienter sur un « schéma d'alerte » déterminé, quoique incomplet pour cette même raison. Celui-ci comprendra la triade symptomatique suivante : une « *dyspepsie* », ayant comme caractère d'être peu bruyante, de survenir sans cause, d'apparaître à un certain âge ; une *anorexie inexpliquée* ; un *fléchissement général* marqué suivant les cas par l'anémie, la perte des forces ou l'amaigrissement. Un gastrectomisé pour cancer, opéré par le Professeur Papin, dut sa guérison à la décision, prise par celui qui l'observait, de le faire laparotomiser

---

(1) La position médico-chirurgicale actuelle du cancer de l'estomac en pratique. (*La Presse Médicale*, 24 mai 1941).

(2) Le cancer de l'estomac au début. (Doin, édit., Paris 1939) ; Société médicale des hôpitaux, 14 mai 1937 ; Académie de chirurgie, février 1938.

sur ces seules indications cliniques, *malgré* deux examens radiographiques négatifs à trois mois d'intervalle.

Ces points volontairement simplifiés permettront d'être en éveil devant le malade ou le symptôme suspect, et de déclancher alors des investigations plus scientifiques. Car celles-ci auront beau se perfectionner, elles ne seront jamais mises en œuvre que sur des symptômes cliniques d'alerte.

Ces méthodes sont actuellement constituées essentiellement par la radiographie et la gastroscopie. Pour l'une comme pour l'autre, la moitié inférieure de l'estomac est la plus facilement explorable à coup sûr, et ainsi s'accroît encore l'intérêt pratique de la localisation la plus habituelle, précédemment signalée pour le cancer gastrique ; ainsi situé, il est le plus fréquent, le plus largement opérable, le plus facilement dépistable avec certitude.

La *radiographie*, pendant très longtemps et encore bien souvent, ne décelait que des images grossières et des lésions avancées. « Une belle image lacunaire impose le diagnostic, elle signe aussi une extension de mauvais augure » (Papin). Mais les travaux de R. Gutmann, à côté de la lacune classique, ont montré la valeur, pour le diagnostic précoce, des images de rigidité segmentaire, de niche en plateau, de niches encastrées. Ils ont prouvé que des images de niches, classiquement considérées comme ulcéreuses, pouvaient montrer des détails radiographiques, qui signent, à une période encore précoce leur véritable nature néoplasique. Avec le Professeur Gosset et L. Bertrand, cet auteur a produit une série de cas impressionnants de cancers gastriques au début, enlevés par gastrectomie sur l'unique indication du clinicien radiographe, alors que le chirurgien, le ventre ouvert et l'organe en main, ne décelait rien à la palpation la plus minutieuse. Le cancer gastrique, s'il est ainsi surpris tout au début par le radiographe, laisse le temps d'observer et de contrôler, à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, les renseignements recueillis. Cette notion est capitale ; ainsi son diagnostic précoce ne doit pas s'identifier avec une constatation radiographique tellement évidente et grossière qu'elle impose immédiatement l'intervention ; il doit être, au contraire, le résultat de l'observation à plusieurs reprises, pendant une période suffisante pour éviter l'erreur, de lésions radiographiques très discrètes, qui ne rétrocèdent pas ou qui augmentent.

La radioscopie n'a pas encore à son actif d'aussi formels renseignements ; par contre, elle est capable de fournir sur l'état de la muqueuse des données qui échappent à tout autre procédé : dans les premières phases du mal, de découvrir l'altération de la muqueuse, qui va devenir néoplasique, ou les lésions sûrement pré-cancéreuses.

Quant aux autres explorations — en dehors des symptômes d'alerte, de la radiographie, de la radioscopie — on n'y a recours que lorsque l'hésitation persiste ; leurs données s'ajoutent aux précédentes, mais, au cas où elles les contrediraient, elles ne doivent pas faire repousser le diagnostic de cancer.

Deux points sont parfois considérés comme des objections formelles au diagnostic de cancer ; elles peuvent aboutir à retarder l'affirmation du mal et l'opération nécessaire : double méfait. Il s'agit des possibilités d'une *amélioration au moins temporaire*, et d'une *longue histoire antérieure*.

Le cancer gastrique débutant est parfaitement susceptible de voir ses symptômes s'améliorer sous l'influence d'un traitement médical : sédation des douleurs, reprise de l'appétit et du poids. Ces améliorations, passagères d'ailleurs, seraient très susceptibles de donner le change, si les radiographies, successivement prises, ne venaient montrer la persistance et même l'accroissement des signes radiographiques (Gutmann).

D'autre part, une longue histoire gastrique antérieure du malade ne doit pas être une objection à l'hypothèse de cancer. Or, le Professeur Papin, sans vouloir reprendre la discussion sur les relations entre l'ulcère et le cancer, souligne ici un fait clinique, c'est qu'un certain nombre de cancers d'estomac bien authentiques se développent chez des sujets, qui ont une « histoire gastrique » antérieure, parfois longue. Certains ulcères se cancérisent. Certains cancers, dits ulcériformes, évoluent avec la lenteur et les crises douloureuses des ulcus. Certaines gastrites, après avoir donné pendant des années des symptômes stomacaux, auront peut être préparé le terrain du néoplasme. Il importe que cet antécédent ne fasse pas repousser l'hypothèse du cancer, si celle-ci est sérieusement proposée par ailleurs.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Dépistage et déclin de la tuberculose-maladie

Le travail de MM. Malthète et Moine est basé sur l'examen méthodique des dossiers de plus de 6.000 tuberculeux pulmonaires, suivis par douze dispensaires de l'office public d'hygiène sociale de la Seine, et domiciliés dans huit arrondissements, représentant environ 40 p. 100 de la population parisienne. Si l'on voulait, dans cette étude, apprécier l'effort réalisé en dix ans par la lutte prophylactique menée contre la tuberculose pulmonaire bacillifère, en tenant compte des effets bienfaisants dûs à l'amélioration des conditions d'existence des « économiquement faibles », du point de vue de la natalité, on pourrait affirmer que cet effort a été particulièrement efficace : il a, en effet, permis d'obtenir un déclin important de la morbidité tuberculeuse chez les moins de 30 ans et chez les jeunes femmes des classes pauvres. (*La Presse Médicale*, 7 juin 1941).

Les syndromes hémorragiques par troubles de coagulation du sang

Le Professeur agrégé R. Cachera, au cours d'une intéressante revue générale, fait un essai de classification de ces syndromes. Il y a peu de temps encore, les anomalies de la coagulation étaient départagées seulement en deux groupes : les altérations vasculo-sanguines du type purpurique d'une part, et les troubles de la coagulation d'autre part. Tout ce qui n'appartenait pas au premier groupe était souvent englobé indistinctement sous le nom d'états hémophiliques. Or, l'exploration analytique des divers facteurs coagulants a amené un véritable démembrement de ces troubles de la coagulation. Depuis que l'on possède des procédés pratiques de contrôle et de titrage, les théories de la coagulation ont fourni, en se concrétisant, d'immédiates applications à la pathologie. A chaque phase du processus de la formation du caillot s'est trouvée correspondre une anomalie clinique. C'est là le principe de la classification nouvelle, essentiellement physiologique.

L'ensemble du processus de coagulation requiert quatre facteurs : la prothrombine, présentée dans le plasma sous une forme inactive ; la thromboplastine, qui la convertit en thrombine (véritable agent actif de la formation du caillot), le calcium, qui contribue à cette interréaction ; et enfin le fibrinogène, que l'action de la thrombine convertit en fibrine. A noter le rôle d'utilisation par le foie de la vitamine K dans l'hypo-thrombinémie.

La carence de chacun de ces facteurs entraîne une variété de syndrome hémorragique. Il faut enfin tenir compte d'un excès possible de substances anticoagulantes : antithrombine et héparine, venue du foie (*Paris Médical*, 20 mai 1941).

Sur la clinique des épanchements accidentels du genou

Le Docteur Kreglinger attire l'attention sur le danger pour l'accidenté d'un traitement toujours conservateur : or, il est absolument nécessaire d'éliminer le plus tôt possible l'épanchement sanguin à moins qu'il ne soit peu abondant, afin d'éviter de sérieuses séquelles, qui entraveraient ultérieurement le fonctionnement de l'article. Cette considération s'applique uniquement à l'épanchement intra-articulaire, et non aux hématomes extra-articulaires. Il est également indispensable d'examiner l'article à la radiographie, afin de déceler toute altération possible des os et cartilages.

La ponction doit être faite au moyen d'un trocart suffisant, qui permette de vider facilement tout l'épanchement ; au besoin, en cas de difficultés, on agrandit au bistouri la fenêtre percée dans la capsule ; ce n'est pas une intervention à pratiquer au cabinet de consultation, où les règles d'asepsie ne peuvent être observées avec une rigueur suffisante. On infiltrera au préalable les tissus périarticulaires et la capsule, afin de pouvoir ponctionner sans force, et sans une réaction spéciale du patient. L'article sera vidé lentement et complètement de tout son contenu par expression de tous les récessus.

Quant aux épanchements chroniques du genou, ils seront aussi évacués ; l'atrophie musculaire de la cuisse, qui vient compliquer fréquemment ces accidents, sera combattue par des mouvements spontanés ou provoqués, par le massage et le port d'une genouillière en caoutchouc. Le traitement conservateur par les pansements humides reste, en pareil cas, sans intérêt ; il retarde la guérison, la reprise du travail ; il n'est indiqué (repos et port d'un pansement élastique et compressif) que pour les épanchements légers.

Enfin, l'épanchement inflammatoire et l'empyème du genou commandent d'urgence l'intervention, suivant la méthode de Von Payr. (*Munch. Mediz Wochens.*, 11 avril 1941).



Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de Chirurgie

Malformation congénitale du vagin à abouchement vésical

(MM. R. Gouverneur et J. Pérard ; 28-5-1941)

MM. Gouverneur et Pérard ont eu l'occasion d'opérer un cas de malformation congénitale du vagin chez une malade dont les règles s'écoulaient dans la vessie, régulièrement chaque mois, sous forme d'urines sanglantes.

La malformation vaginale en question était restée entièrement latente jusqu'à l'âge de 17 ans et demi, époque où apparut la première menstruation qui se traduisit par l'émission d'urines sanglantes.

La jeune fille a des règles régulières, tous les vingt-huit jours. Annoncée par quelques douleurs dans le bas-ventre et à la région lombaire, l'hématurie dure trois ou quatre jours et est assez abondante.

A l'examen, vulve normale mais absence de cavité vaginale. A la cystoscopie, on aperçoit, outre les orifices urétéraux, un orifice arrondi, de la taille d'une petite lentille que la radio montrera représenter la communication vésico-vaginale. Il existe une petite cavité vaginale haut située, s'ouvrant dans la vessie et distante de 7 centimètres environ du périnée.

Il s'agit là d'une anomalie fort rare. Si l'on connaît bien les cas d'absence pure et simple du vagin, le fait d'un vagin supérieur, de dimensions réduites, ne débouchant pas à la vulve, mais communiquant avec la vessie, paraît exceptionnel. Cette malformation s'explique parfaitement d'ailleurs par l'embryologie. Le vagin est formé de deux parties qui ont une origine différente, la partie supérieure représentant la zone des canaux de Muller, la partie inférieure provenant de la différenciation du sinus uro-génital.

MM. Gouverneur et Pérard ont opéré leur malade par voie périnéale, créant une nouvelle vulve, un nouveau vagin, avec fermeture de l'orifice vésico-vaginal. Bon résultat. Règles normales par le vagin et la vulve.

— M. Fèvre remarque que, dans l'absence congénitale apparente du vagin, la coutume est de proposer d'emblée la création d'un néo-vagin, soit par un procédé utilisant une anse intestinale (opération de Baldwin), soit par une autoplastie cutanée. Il serait intéressant, comme premier temps opératoire, de rechercher systématiquement le segment vaginal supérieur, qu'ont rencontré MM. Gouverneur et Pérard.

A propos de quatre-vingt-quatre cas d'adénopathies chez des malades amputées du sein pour cancer

(M. Henri Hartmann ; 28-5-1941)

M. Hartmann présente quelques réflexions, d'ordre thérapeutique surtout, à propos de 84 cas d'adénopathies chez des malades amputées du sein pour cancer.

Laissant de côté les adénopathies volumineuses, s'accompagnant d'œdème considérable du membre, pour lesquelles l'indication d'une opération ne se pose pas à moins qu'on ne veuille recourir à la désarticulation inter-scapulo-thoracique, il y a lieu d'envisager séparément les adénopathies axillaires et les adénopathies sus-claviculaires.

Pour les adénopathies axillaires, toutes les fois que leur extirpation semble possible, il convient de la pratiquer. Pour les adénopathies sus-claviculaires, au contraire, la question de l'intervention opératoire est très discutable. M. Delbet s'en est déclaré partisan. Personnellement, M. Hartmann n'a jamais pratiqué primitivement l'ablation de ces ganglions. Quatre fois, il est intervenu secondairement : trois de ces malades, opérées trois mois, quatre ans et sept ans après l'amputation du sein, sont mortes après neuf à douze mois ; une a été perdue de vue. Les résultats ont donc été mauvais et d'une manière générale, en présence d'adénopathies sus-claviculaires, M. Hartmann a recours à la radiothérapie.

Un point est à noter. Dans un certain nombre de cas, la mort, survenue longtemps après l'amputation du sein, a suivi d'assez près le moment où les ganglions se sont mis à grossir. Il semble que le cancer puisse alors sommeiller et que, reprenant son évolution, il arrive assez rapidement à entraîner la mort.

— M. Rouhier a vu plusieurs fois disparaître spontanément des petits ganglions sus-claviculaires laissés après amputation du sein et nettoyage complet de l'aisselle. La disparition de ces ganglions pourrait s'expliquer par leur nature, différente de la tumeur du sein, ou par un « sommeil » de la néoplasie allant jusqu'à la régression après exérèse de la tumeur principale. Dans un cas, l'adénopathie, survenue plusieurs années après l'opération, était de nature tuberculeuse.

Examens radiologiques de pancréatite hémorrhagique

(MM. Mondor, Olivier et Léger ; 28-5-1941)

Le diagnostic précis de la pancréatite hémorragique est assez difficile. D'où l'intérêt que seraient susceptibles d'avoir les renseignements radiologiques en pareils cas. MM. Mondor, Olivier et Léger apportent les résultats de deux examens de pancréatite aux rayons, l'un précoce, l'autre après enkystement.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

De la résection amygdalienne et jugulaire dans les septico-pyohémies post-angineuses à Bacillus funduliformis

(MM. RAMADIER et MOLLARET ; 2-5-1941)

On connaît l'allure parfois insidieuse et la gravité de ces septicémies post-angineuses. Il s'agit ici d'un cas, qui put être amené à la guérison grâce à une intervention opportune. La lésion primitive de l'amygdale semble être entrée en voie de régression à la suite de l'évacuation spontanée d'un abcès périamygdalien ; mais bientôt reprenait une certaine dysphagie avec frisson quotidien, température à 40°3, pâleur, abattement, amaigrissement. Après le troisième frisson, on pratique une amygdalectomie totale gauche. Puis un fait nouveau apparaît : en plus d'un petit ganglion rétro-angulo-maxillaire, la palpation de la gouttière vasculaire du cou du côté gauche réveille une certaine sensibilité dans sa moitié supérieure ; cependant on ne note pas le moindre empâtement profond le long de cette « douleur traçante ». Cette dernière poursuivra son trajet descendant au cours des jours suivants, en même temps que s'aggravera l'état général : et cela jusqu'au moment où l'on interviendra pour réséquer la jugulaire interne, que l'on trouvera atteinte de thrombo-phlébite. A partir de cette opération, l'état va en s'améliorant progressivement, la température oscille entre 38 et 39, mais ne revient à la normale qu'au bout de 35 jours ; six à huit semaines s'écoulèrent avant le retour des forces.

Ainsi, dans cette septico-pyohémie post-angineuse à Bacillus funduliformis, l'intervention chirurgicale eut un heureux effet sur le cours de la maladie. Mais, pour permettre aux moyens de défense de l'organisme de lutter victorieusement contre les décharges septiques résiduelles, qui p[illegible]uvent encore se produire, il faut que l'acte chirurgica[illegible] ntervienne à temps, c'est-à-dire, autant que possib[illegible] , avant la formation de foyers métastatiques, sources nouvelles de dissémination microbienne.

Azotémie aiguë au cours d'une intoxication oxycarbonée

(M. Et. MAY ; 2-5-1941)

Pareils faits sont rares. Dans le cas relaté, l'azotémie s'est produite à la suite d'une intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone ; elle s'est montrée solitaire : traces d'albumine, pas de cylindres granuleux, diurèse jamais entravée. Cette azotémie aiguë oxycarbonée, par sa brusquerie d'ascension et de descente, par l'absence de tout autre signe d'atteinte rénale, en particulier par la conservation de la diurèse, rappelle beaucoup les azotémies sans néphrite, que l'on peut voir survenir au cours de diverses infections et intoxications. Dans bien des cas, cet accident relève de troubles vaso-moteurs de nature neuro-végétative ; ici l'intoxication par CO a pu agir, directement ou indirectement, sur le système vasculaire ; mais il faut peut-être considérer aussi l'hypothèse d'une désassimilation azotée excessive par altérations des centres du métabolisme. Il est bon de connaître ces azotémies oxycarbonées et de savoir que, d'après les cas actuellement connus, elles semblent devoir évoluer favorablement.

Recrudescence des cas de fièvre typhoïde au cours de l'hiver 1940-1941

(MM. Noël FIESSINGER, FAUVET, ROUX et NICK ; 9-5-1941)

Les auteurs attirent l'attention sur ce fait ; ils retiennent l'origine ostéraire dans les deux tiers des cas, et que justifie l'énorme consommation de coquillages cet hiver... et enfin l'atteinte élective des femmes.

Le coma hypoglycémique des addisoniens

(MM. E. CHABROL, R. LABBÉ, G. FERRAND et Mlle BERTON ; 4-7-1941)

Ces auteurs ont pu faire sortir une addisonienne pendant plusieurs heures d'un coma profond, en lui injectant par voie veineuse du sérum glucosé hypertonique. Chez cette malade, dont les glandes surrénales étaient aplasiées, une étude attentive des endocrines a permis d'entrevoir l'antagonisme des deux systèmes qui président au métabolisme des hydrates de carbone : le rôle hypoglycémiant de l'insuline pancréatique et l'action hyperglycémiante qu'exercent à l'état normal l'adrénaline des surrénales, les produits de sécrétion interne de l'hypophyse et de la glande thyroïde. En fait, l'autopsie de la malade a montré que ce deuxième groupe de glandes endocrines était atrophié, alors que les îlots de Langerhans ne présentaient aucune anomalie dans leur nombre et dans leur structure.

On sait depuis longtemps que les hypoépinéphrites s'accompagnent d'une glycémie relativement basse oscillant à jeun entre 0,70 et 0,80 p. 1.000 ; mais on n'a jamais signalé une chute du sucre sanguin atteignant, comme dans le cas rapporté, 0,30 p. 1.000 au cours des manifestations de l'encéphalopathie addisonienne ; on n'a pas davantage obtenu la rétrocession momentanée d'un coma surrénal, en pratiquant des injections veineuses de glucose, et en faisant monter par cette thérapeutique le taux de la glycémie de 0,30 à 0,70.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 7 mai 1941

Le cœur dans les anémies

M. Georges MARCHAL montre que le retentissement des anémies sur les fonctions du myocarde est encore insuffisamment connu.

Dès 1925, la préoccupation fonctionnelle se substituait à la conception anatomique de l'hypertrophie cardiaque dans les anémies. Le Professeur Hayem avait signalé, de longue date, une hypertrophie modérée du cœur dans plusieurs protocoles d'autopsie d'anémie pernicieuse. Puis, de nombreux auteurs allemands et américains s'étaient attachés à dépister une augmentation de l'aire cardiaque à la radioscopie dans les anémies graves.

Mais il manquait à ces notions une portée générale, que nous trouvons actuellement, grâce aux consécrations cliniques, aux fines investigations de l'électrocardiogramme et aux brillants succès des nouveaux traitements antianémiques.

Toutes ces données aboutissent à des conclusions pratiques. Il s'agit de troubles fonctionnels, réversibles, donc curables, et chaque groupe « chef de file » des anémies comporte son traitement particulier, hépatothérapie, médication martiale, transfusion sanguine, capable de guérir les troubles cardiaques en même temps que l'anémie.

Quelques réflexions à propos de l'insuffisance mitrale

M. Daniel ROUTIER rappelle qu'actuellement, à l'étranger, l'insuffisance mitrale, exprimée par le seul souffle systolique de pointe a beaucoup perdu de terrain. En France, on enseigne toujours avec la même ferveur que le souffle systolique de la pointe, holosystolique, en jet de vapeur, de propagation axillaire, constant, indique une insuffisance mitrale organique, que le souffle doux, profond, indique une insuffisance mitrale fonctionnelle.

Cette pathogénie des souffles est loin de trouver sa confirmation anatomique : nombreux sont les souffles systoliques de pointe, intenses et constants, sans aucune atteinte de la mitrale, tant chez les rhumatisants que chez les artériels.

L'insuffisance mitrale ne se diagnostique pas par l'auscultation du cœur : elle n'a là aucun signe stéthacoustique lui appartenant. Son diagnostic repose essentiellement sur un ensemble de signes fonctionnels pulmonaires, sur un complexe radiologique ; c'est un diagnostic indirect. Quant au souffle systolique de pointe, il indique une hémodynamique ventriculaire anormale : induration valvulaire, altérations pariétales, troubles de la coarctation, etc... Rien n'empêche qu'il puisse coexister avec une véritable insuffisance mitrale, comme la plupart du temps celle-ci existe sans lui.

Intérêt de l'examen radiologique de l'œsophage au cours des cardiopathies

M. R. HEIM DE BALSAC expose que l'état pathologique, les changements de situation ou de volume du cœur ou de l'aorte perturbent l'œsophage dont le trajet est déplacé et le calibre comprimé. La meilleure technique d'opacification de l'œsophage consiste à faire déglutir au malade une cuiller à dessert de suspension barytée très épaisse (consistance pâteuse et même argileuse). La muqueuse s'imprègne ainsi intensément et l'œsophage reste visible souvent près d'une heure, sans présenter de renflements dus au cheminement du bol le traversant, ni de mouvements péristaltiques gênants. Il est donc loisible de l'examiner en scopie aussi longuement qu'il est nécessaire, malade debout ou couché, et de fixer par des téléradiographies les images les plus instructives sous les quatre incidences fondamentales.

Cette technique radiologique devrait faire partie intégrante de l'examen radiologique de toutes les cardiopathies et même de toutes les affections thoraciques. Elle rend les plus grands services, apportant toujours des renseignements précieux, mettant souvent en évidence des signes pathognomoniques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 19 mai 1941

La lutéine dans le traitement de certaines aménorrhées et hypoménorrhées. Importance des dosages de pregnandiol dans l'urine

M. Claude BÉCLÈRE. — Chez deux jeunes femmes présentant des alternatives de métrorragies fonctionnelles et d'aménorrhées plus ou moins prolongées, avec un taux assez élevé de folliculine urinaire, l'auteur a obtenu des menstruations par l'injection une fois par mois de 10 milligr. de progestérone, les règles survenant le troisième jour de la piqûre.

Il insiste à nouveau sur l'intérêt des dosages urinaires de l'hormone gonadotrope, de la folliculine et du pregnandiol.

— M. MARCEL estime que, surtout chez la jeune fille, il ne faut pas commencer le traitement d'une aménorrhée par la folliculine. Il essaie successivement la progestérone, la folliculine et l'hormone gonadotrope.

— M. PALMER [p]ense que l'on peut assez facilement distinguer les am[é]norrhées hyperhormonales, où la folliculine est contrindiquée, par les signes fonctionnels, l'aspect de la vulve, l'existen[c]e fréquente d'une glaire filante à l'orifice cervical, [e]t enfin le fait de ramener avec la canule de Nov[a]k un endomètre assez abondant. Il signale que les [m]alades se déclarent toujours plus satisfaites des menstruations artificielles folliculino-lutéiniques que des menstruations folliculiniques.

M. TURPAULT est du même avis.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

L'indoxylurie dans la scarlatine

MM. MOOG et P. VALDIGNIE ont rencontré d'une façon constante de l'hyperindoxylurie dans quinze cas de scarlatine. Leurs dosages effectués d'après la méthode de Jolles, modifiée par Grigaut, montrent des taux d'indoxyle urinaire variant entre 20 et 160 milligrammes par litre. Par contre, l'indoxylémie est normale dans tous les cas observés. L'élévation de l'indoxylurie se maintient durant toute l'évolution de la maladie, elle s'observe en dehors de toute stase intestinale. Elle semble due, partie à l'atteinte hépatique, partie aux troubles intestinaux, aux lésions ou tout au moins à l'état congestif de la muqueuse intestinale.

Méningococcémie de forme palustre évoluant depuis trois mois

MM. LAPORTE, DARNAUD et L. TAMALET relatent l'observation d'une jeune fille de 17 ans qui a présenté pendant deux mois une fièvre intermittente avec accès de type palustre de 30 heures environ et température de 41,5. Double souffle de la base, forte polynucléose. Après six hémocultures négatives, on isole du méningocoque.

On donne alors chaque jour 5 grammes de sulfamide et 50 c. c. de sérum monovalent qui jugulent les crises. Au bout d'un certain temps, on cesse le sérum en continuant les mêmes doses de sulfamide : les crises reprennent et ne sont arrêtées que par le sérum antiméningo B.

Abcès pulmonaire streptococcique, évolution suraiguë mortelle

MM. GADRAT et PETEL. — Enfant de 8 ans atteinte de pneumopathie d'allure banale. Après huit jours d'apyrexie, reprise des signes fonctionnels et généraux sans expectoration abondante. Signes de condensation dans la partie supérieure du poumon droit. L'enfant succombe plus asphyxique qu'infectée. A l'autopsie on trouve un énorme abcès anfractueux à streptocoques creusé dans le lobe supérieur droit. Cette observation semble prouver que chez l'enfant le streptocoque peut provoquer des suppurations pulmonaires plus graves et plus rapidement destructives que celles qui sont dues aux autres pyogènes ordinaires.

Traitement des alvéolites consécutives à l'extraction dentaire

M. CADENAT. — L'infection aiguë de l'alvéole dentaire déshabitée et que le caillot sanguin n'a pas obturée est une complication assez fréquente de l'extraction, complication douloureuse pour le patient et désagréable pour l'opérateur.

Aucune mesure prophylactique sûre ne permet d'en éviter l'éclosion; aucune thérapeutique n'était jusqu'ici bien active. Dans six cas consécutifs, l'auteur a pu obtenir une cessation immédiate des douleurs et une cicatrisation rapide par injection dans l'épaisseur de la fibro-muqueuse gingivale, à la périphérie de l'alvéole atteinte, de 1 c. c. de la solution d'histamine-histidine communément employée en thérapeutique. Cette méthode intéressante paraît digne d'être essayée plus largement.

J.-P. TOURNEUX.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Anesthésie à l'évipan en chirurgie gastrique

MM. COURTY, PAGET, CALLENS et BATTEUR. — Anesthésie à l'évipan sodique réalisée par la méthode discontinue avec injection de sérum salé, grâce à la seringue de Cadenat, dans 25 cas de chirurgie gastrique. La mortalité fut seulement de 8 %. Les suites opératoires furent excellentes. Les auteurs attribuent ce résultat au peu de toxicité de l'évipan que démontrent les analyses biochimiques qui furent faites et à l'injection de sérum concomittante à l'anesthésie.

Rôle contributif de la vitaminothérapie dans le traitement des cirrhoses

MM. PARTURIER et PERGOLA. — Au cours de l'évolution des cirrhoses, peuvent se manifester des états pluricarentiels susceptibles d'amélioration par les vitamines B et C. Les auteurs en citent de nombreuses observations démonstratives : la vitamine B se montre efficace dans les polynévrites ; les cirrhoses et les états précirrhotiques sont améliorés par la vitamine C.

Syndrome de Banti avec grandes hématémèses arrêtées par la splénectomie

MM. COURTY, DELERUE et ROUSSELLE. — Femme de 55 ans avec grosse rate, puis hématémèses abondantes. Après bien des hésitations et devant la répétition de ses hémorragies, cette malade se décide à l'intervention. Après transfusions répétées, on fait une laparotomie qui montre l'intégrité de l'estomac ; on pratique alors la splénectomie, qui donne une amélioration considérable de l'état général et jugule les hémorragies.

Les auteurs discutent le diagnostic du syndrome de Banti et précisent les indications de la splénectomie ; ils en soulignent les heureux résultats.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

Librairie Firmin-Didot et Cie,
56, rue Jacob, Paris (VIe)
et Librairie Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Gabriel Bidou. — **Travail humain et récupération fonctionnelle**. Un vol. 328 pages, 174 fig.

Chez Masson et Cie

A. Ravina. — **L'Année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux. 15e année (1940). Un vol. 194 pages, 1941. Prix : 34 francs.**

Expansion scientifique française
13, rue du Cherche-Midi,
Paris (VIe)

Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique de R. Boissier et A. Bouland, 3e *édition*, revue et mise au point par Pierre Budin. Un vol. de la Collection du *Compendium médical*, 420 pages, 1941. Prix : 45 francs.

Amédée Legrand et Jean Bertrand, éditeurs,
93, boulevard Saint-Germain, Paris

Jacques Stéphani, Privat Docent à la Faculté de médecine de Genève— **Précis de tuberculose.** Les formes cliniques et radiographiques de la tuberculose pulmonaire. Les localisations extra-pulmonaires. Préface du Professeur Georges Bickel. Un vol. de 568 pages, avec 191 figures dans le texte, 1941. Prix, 250 francs.

Dans le tableau d'ensemble de la tuberculose, c'est généralement l'atteinte pulmonaire qui joue le premier rôle. Il existe cependant un inconvénient à ce que les ouvrages de phtisiologie accordent souvent si peu de place aux localisations dites extra-pulmonaires. Les tuberculoses de l'appareil locomoteur, du tube digestif, des glandes, des organes des sens, du système nerveux, des organes génitaux-urinaires et de la peau, justifieraient semble-t-il un certain développement. C'est la raison pour laquelle cet ouvrage est présenté sous forme d'un précis, non pas de phtisiologie, mais de tuberculose. A ce titre, il traite sans exception, de toutes les localisations de la maladie dans l'organisme. Sa division en 18 chapitres répartit de la façon suivante la matière à décrire :

Ch. I. Généralités, étiologie, contagion, le bacille, statistique, classification. — Ch. II. Allergie et Immunité. — Ch. III. Les méthodes d'examen. — Ch. IV. Tuberculose du larynx, des bronches et de la trachée. — Ch. V. Les formes de début. — Ch. VI. Les formes pneumoniques. — Ch. VII. Les formes nodulaires (miliaires et granulies). — Ch. VIII. La tuberculose de l'enfant. — Ch. IX. Les formes de la période d'état. — Ch. X. Les Cavernes. — Ch. XI. Evolution naturelle : guérison et extension. — Ch. XII. Cicatrisation spontanée des cavernes. — Ch. XIII. Les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose. Ce chapitre à lui seul occupe 90 pages de l'ouvrage. — Ch. XIV. Diagnostic différentiel abrégé. Afin d'éviter une extension par trop grande de ce chapitre, l'exposé est fait sous forme d'aide-mémoire. — Ch. XV. Traitement général et traitement médical. — Ch. XVI. Le pneumothorax artificiel. — Ch. XVII. Collapsothérapie médicale. Sous ce titre sont décrits : la section des brides, l'oléothorax et l'aspiration endo-cavitaire. — Ch. XVIII. Collapsothérapie chirurgicale : thoracoplastie, pneumothorax extra-pleural, opérations sur les nerfs du thorax, interventions chirurgicales diverses.

Bien qu'il s'agisse d'un précis, les divers sujets sont traités avec un développement suffisant pour que la lecture ne soit nullement aride. L'illustration abondante rend aisée la compréhension des divers exposés.

Librairie Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Dr Bonnet-Lemaire. — L'acuponcture chinoise appliquée. Règles du choix des points, suivies d'un répertoire de leurs indications cliniques. Un vol., 120 pages.

L'acuponcture chinoise, méthode très ancienne en Chine, très récente en France, a, depuis douze ans, fait l'objet de publications assez nombreuses. Toutes exposent les principes de l'acuponcture ; quelques-unes insistent sur la question des pouls chinois et décrivent les propriétés curatives de la piqûre des points chinois.

Le lecteur trouvera dans l'ouvrage du Docteur Bonnet-Lemaire : 1° une classification des points suivant leurs fonctions curatives ; 2° les règles du choix, les points à piquer ; 3° un répertoire des actions curatives des points.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES LIBERTÉS REQUISES POUR LA MÉDECINE HUMAINE

(*Suite* III)

La liberté de recherche, la liberté — pourrait-on dire — de découvertes, la liberté de communiquer sa pensée que la réflexion nous montrait inhérente à la médecine humaine (1) et qui nous apparaissait comme un de ses traits essentiels, ne semble pas être aussi à l'honneur qu'il faudrait.

De même qu'il y a un conformisme dans les sciences que dénonçait un article vigoureux de M. J. Tissot (2), il y a un « conformisme » médical extrêmement puissant. De telle sorte que, si un émule d'Asmodée recueillait toutes les ordonnances médicales écrites le même jour par tous les médecins de France, et s'il les rapportait aux grandes classifications de maladies, à telle lésion cardiaque, à telle localisation tuberculeuse, à tel trouble digestif, il trouverait sous la plume de la plupart, grands maîtres consultants ou praticiens moins célèbres, les mêmes remèdes, voire les mêmes spécialités.

Et je crois même que la mode aidant, le conformisme va jusqu'à faire régner momentanément tel produit, puis à le plonger dans l'oubli.

Si l'on voulait un autre point de repère pour détecter ce conformisme, on n'aurait qu'à considérer quels risques encourt devant les tribunaux le praticien qui — pour des raisons, qu'il a pu tenir pour légitimes, et auxquelles il n'a obéi qu'après réflexion — n'aurait pas appliqué à un malade une médication qui paraît admise par tous.

Ajoutons ce fait, bien établi aussi, que le médecin praticien, compétent, autorisé, mais sans titres scientifiques spéciaux, qui voudrait faire publier dans une grande revue médicale, dans un important journal professionnel une idée neuve, qui voudrait faire connaître ce qu'il a effectivement découvert d'utile, se heurte à une muraille impénétrable.

On arrive ainsi à penser que toute liberté d'invention, et donc toute initiative, et donc en définitive tout travail vraiment efficace est refusé au médecin, qu'il n'y a plus exercice de la liberté de recherche, de la liberté de progrès (1).

Cette liberté de recherches, source de progrès, risque d'être entravée par bien des règlements en préparation.

Des esprits éminents, un Nicole, un Leriche, se sont préoccupés à juste titre des conditions dans lesquelles il faudrait placer le chercheur, pour qu'il soit à même de travailler utilement, conditions financières, installation technique, collaboration. Et je me rappelle les longues causeries avec Alexis Carrel dans son hôpital-laboratoire du Rond-Royal, à Compiègne en 1915, où il m'exposait ses projets de création de centres de recherches dans une île, la part qu'il souhaitait voir y prendre de grands ordres religieux, voués au désintéressement et situés comme hors du temps et de notre hâte fébrile.

Et voilà que, dans un sens absolument contraire, on songe à limiter le chiffre des médecins et des étudiants en médecine.

Outre le problème de justice que poserait cette réforme, puisqu'elle transformerait la possession actuelle du titre de docteur en un droit de propriété de cette chose pourtant inaliénable qu'est la santé d'autrui, ne risquerait-elle pas d'anémier la science ? Parmi les jeunes qu'une telle réglementation exclurait comment être sûr qu'on n'a pas méconnu des vocations médicales incontestables ? N'est-il pas à craindre qu'on ait pu éteindre des promesses de génie ?

Mais, en même temps que s'accentue cette tendance à la limitation du droit de découverte, on voit pulluler — le mot n'est pas trop fort — les pratiques les plus invraisemblables.

Alors que Pasteur hésitait à inoculer le vaccin antirabique au petit Meister, ou que un Hahnemann ou un Freud perdaient la considération de leurs confrères au moment où ils avaient l'héroïsme d'innover, les officines louches accumulent imprudences sur imprudences.

Comment équilibrer ces antagonismes ? Comment susciter et entretenir chez tout praticien le goût de la recherche ? Comment faire béné-

(1) Voir *Concours médical* du 17 Août et du 14 Septembre 1941.

(2) « Les méfaits du conformisme dans les sciences ». *Revue universelle,* 1er juillet 1938.

(1) Cf. le livre de M. Auguste Lumière. « Les fossoyeurs du progrès ».

ficier un chacun de ce que tel observateur sagace et patient, mais inconnu, aura découvert ?

On peut espérer que les revues et journaux de médecine se fassent plus accueillants à des communications qui ne seraient pas signées de noms fameux. Souvent déjà certains ont ouvert leurs colonnes à des documents cliniques recueillis à l'hôpital de telle petite ville, ou dans la clientèle privée de tel médecin de campagne.

Et comment ne pas dire ici la reconnaissance que doivent tous les praticiens au *Concours médical,* si largement ouvert à toute collaboration, fut-ce celle de confrère sans titre hospitalier ou universitaire spécial. De telles initiatives sont infiniment salutaires, elles aideront à sauvegarder le souci de l'observation et de la recherche chez le médecin, quel que soit le cadre où s'exerce son activité professionnelle. Elles rehaussent aux yeux de chacun de nous la valeur de notre titre doctoral, nous invitent à lui garder son honneur, et assurent l'unité du Corps médical, au lieu de le laisser se scinder en deux mondes fermés et rivaux, « les officiels » et « les autres ».

Des assises annuelles de médecins praticiens ont été organisées, avec succès. On ne peut que souhaiter qu'elles soient de plus en plus ouvertes à tous, que tous s'y sentent à l'aise.

Des Sociétés savantes régionales pourraient rendre à ce point de vue de grands services, si elles s'ingéniaient à faire appel aux compétences locales, comme celle que fonda jadis et anima à Bergerac, Maine de Biran (1).

Et ce n'est pas sans fierté que nous songeons au rôle que le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques a déjà joué (2) et à celui plus grand encore qu'il peut être appelé à tenir. On pourrait envisager ainsi la multiplication de ces sortes d'universités libres en miniature, centres de travail en commun, sources de recherches et d'émulation scientifique.

(*A suivre.*) Dr René Biot.

CONSEILS D'UN AINÉ

La lettre, que nous avons récemment publiée, d'un jeune médecin disant « Ne sachant pas comment je vivrai le mois prochain, il ne me paraît pas urgent de prévoir où j'en serai dans une quarantaine d'années » nous a valu la lettre suivante, riche d'expérience et d'utiles conseils aux jeunes :

Il est entendu que les jeunes médecins sont et seront imprévoyants. Ils croient et croiront toujours que l'âge de la retraite ne sonnera jamais pour eux : ils n'y parviendront pas ou auront fait fortune. Secrétaire-trésorier pour l'Orne de l'Association générale des médecins, je puis leur affirmer que 99 fois sur 100, ils y parviendront et sans avoir fait fortune, du moins, quant aux médecins de campagne. Et s'ils meurent sans ressources, leurs veuves seront soutenues par l'Association générale : 500 à 1.200 francs par semestre ! ! !

Cette situation ne peut pas se prolonger et l'Ordre a le devoir d'être prévoyant pour tous ses membres. Et ceux-ci en seront ravis quand la chose sera réalisée, les milliers d'approbations que j'ai reçues de tous les départements me l'ont surabondamment prouvé.

Mais si les médecins veulent tous une retraite, beaucoup la voudraient sans bourse délier. Tel ce confrère B., votre correspondant, qui avoue n'avoir pu faire aucun acte de prévoyance, reconnaît que cela lui serait pourtant nécessaire et s'élève contre *tout* versement.

Je pense que la grande majorité des confrères pourrait distraire 3.000 francs par an pour couvrir les assurances prévues par l'Ordre. Une cotisation supérieure serait impossible à payer pour la plupart. Le chiffre de la retraite par répartition obtenue pourrait alors n'être que de 20.000 francs, minimum vital suffisant, augmenté pour beaucoup par des actes de prévoyance à côté.

Mais il existe des cas, comme celui du confrère B., où tout versement est impossible. Ces cas sont rares, mais ils existent. Pour ceux-là, l'Association générale des médecins aurait un magnifique rôle à jouer. N'ayant plus, par ailleurs, de raison d'être puisque les vieux confrères toucheront environ vingt fois ce que l'Association générale leur donne et les veuves dix fois, l'Association générale pourrait se substituer aux confrères dans la gêne, reconnus dans l'impossibilité de payer leur cotisation et verser pour eux cette cotisation partiellement ou totalement à l'organisme de prévoyance.

Car les organismes actuels de prévoyance subsisteront certes, mais en s'adaptant aux circonstances et en justifiant leur existence par leur utilité dans le cadre qui se crée. Cette suggestion personnelle n'est probablement pas impossible à réaliser.

Dr J. Boullard (Vimoutiers).

(1) « Cf. Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac » par le Docteur F. Lemay. *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine,* mars-avril 1935.

(2) Cf. ses publications : « Hérédité et Races » (épuisé) ; « Les Rythmes et la Vie » ; « Formes, Vie et Pensée » ; « Médecine et Education » (deux tomes) ; « Médecine et Adolescence » (épuisé), « Médecine et Mariage » (épuisé) ; « Médecine et Vie familiale ». Librairie Lavandier, Lyon.

LE NOUVEAU STATUT DE LA PHARMACIE ET DE LA PROPHARMACIE

(Loi du 11 septembre 1941)

Après la médecine, la pharmacie vient d'être à son tour dotée d'un nouveau statut, qui, à plus d'un titre, mérite d'être étudié de près pour nos lecteurs eux-mêmes. C'est, qu'en effet, la loi publiée par le *J. O.* du 20 septembre n'est pas intéressante seulement en ce qu'elle donne un nouvel exemple de construction corporative, mais aussi en ce qu'elle réglemente les nombreux points de contacts entre médecine et pharmacie, professions étroitement connexes dans le domaine de la santé publique.

Le monopole des pharmaciens

Pour être pharmacien, il faut, comme dans toute profession libérale, être désormais de nationalité française, diplômé et inscrit à une chambre professionnelle. Ces qualités réunies, le pharmacien jouit d'un privilège dont la définition a été *notablement élargie* depuis les articles 25 et 33 de la loi du 21 germinal, an XI. Il ne s'agit plus seulement de la vente « des compositions ou préparations pharmaceutiques » ou du débit des drogues simples « au poids médcinal » mais de (art. 1er) :

1° La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine : c'est-à-dire de toute drogue, substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et conditionnée en vue de la vente au poids médicinal.

Sont considérés comme médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques, ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve ;

2° La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes au Codex, stérilisés ou non ;

3° La vente en gros, la vente au détail et toute délivrance au public des mêmes produits et objets ;

4° La vente des plantes médicinales inscrites au Codex.

Par contre, la fabrication et la vente des virus et sérums restent régies par la loi du 14 juin 1934. Quant aux drogues simples, produits chimiques et matières premières de la pharmacie, leur vente reste libre à condition comme autrefois qu'elle ne soit point faite directement aux consommateurs.

Les deux principales innovations concernent, on l'a vu, les objets de pansements, notamment le coton hydrophile dont la vente est réservée aux pharmaciens (ce qui ne fait que consacrer la pratique déjà suivie par le Comité d'organisation de la pharmacie pour la répartition du coton), et la vente des plantes médicinales, ce qui entraîne la *disparition par voie d'extinction des herboristes* d'autrefois, disposition au reste confirmée et organisée par l'art. 59 de la loi.

Si les pharmaciens ont ainsi le privilège de vente d'un certain nombre de produits, ils ont, en contre partie (art. 20, § 2) comme autrefois (art. 32 *in fine* de la loi de Germinal) l'interdiction de faire commerce de marchandises autres que celles figurant sur une liste arrêtée par le secrétaire de la Famille et de la Santé. L'inspection de la pharmacie, dont les pouvoirs ont été étendus au contrôle du respect des règles professionnelles, est chargée de rendre effective cette disposition, autrefois tombée en désuétude.

Une exception notable au privilège des pharmaciens est contenue dans l'art. 25, § 4 de la nouvelle loi, en ce qui concerne les *médecins de dispensaires* :

Art. 25 § 4. — Le directeur régional de la santé et de l'assistance peut désigner parmi les établissements mentionnés ci-dessus ceux dans lesquels les médecins pourront délivrer directement aux malades relevant de l'assistance médicale gratuite les médicaments dont une liste sera établie par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Le fonctionnement des pharmacies visées au présent article est soumis au contrôle et à l'inspection institués par la présente loi.

Par contre, une condamnation de principes est prononcée (ce qui, au reste, allait de soi) par l'art. 32 contre l'achat de médicaments par des groupements de consommateurs.

La loi nouvelle a repris, en les modifiant, dans son article 32, les dispositions de la loi du 4 septembre 1936 sur le *colportage pharmaceutique*. L'essentiel de cette mesure est d'interdire la sollicitation de commande auprès du public ou la vente par l'entremise de courtiers ou dépositaires.

Nous devons enregistrer par contre avec étonnement la suppression des anciennes dispositions sur le *rôle de la prescription médicale dans la délivrance des médicaments.*

La loi du 21 Germinal, an XI, dans son titre IV actuellement formellement abrogé, avait organisé fort sagement la division du travail entre médecins et pharmaciens : le premier prescrivait, le second préparait et vendait, l'un et l'autre se contrôlant ainsi pour le plus grand bien du malade. L'art. 32 de la loi de Germinal stipulait en effet que : « *les pharmaciens ne pourront livrer ou débiter des préparations médicinales ou des drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine ou en chirurgie et sur leur signature* ». Cette disposition fort sage a purement et simplement disparu de la loi nouvelle. Est-ce un simple oubli ? La prescription d'un médecin ne serait-elle plus

nécessaire que pour les substances inscrites aux tableaux A, B et C en vertu des articles 19, 31 et 42 du décret du 14 septembre 1916, modifié par celui du 9 novembre 1937, texte toujours en vigueur ? Il nous semblerait opportun que l'Ordre des médecins demandât à la Santé publique la suppression de cette regrettable lacune.

L'organisation professionnelle

a) LA PHARMACIE DE DÉTAIL

La loi nouvelle rappelle le principe antérieur suivant lequel le pharmacien doit être *propriétaire* de son officine, dans son intégralité. La nouvelle inspection des pharmaciens va pouvoir rendre ce principe moins platonique que par le passé.

Notons cependant que la loi elle-même lui apporte des exceptions, en permettant aux *établissements de soins publics ou privés* quels qu'ils soient, ainsi qu'aux sociétés de Secours mutuels, d'être propriétaires d'une officine à condition toutefois de la destiner uniquement à l'usage intérieur et de la faire gérer par un pharmacien, après autorisation préfectorale. Cette question autrefois très débattue est aujourd'hui définitivement tranchée. (Art. 25 et 26).

Non seulement le pharmacien doit être propriétaire de l'officine, mais encore, il doit en assurer personnellement la gestion. Dans les grandes pharmacies, pour éviter une trop grande commercialisation, un minimum d'employés fixé par arrêté ministériel doit être diplômé. Cette mesure a, par ailleurs, pour but de remédier à la pléthore et a été prise en liaison avec la *limitation du nombre des officines*.

Cette limitation est réglée par l'art. 21 et les articles 36 et suivants de la loi. Toute ouverture ou transfert d'une officine exige désormais une licence délivrée par le préfet sur proposition du directeur régional, après avis des chambres départementales. Dans les six mois, toutes les officines existantes pour lesquelles la licence aura été refusée seront fermées. Le plan de principe est ainsi fixé : une officine par 3.000 habitants dans les villes de 30.000 habitants, 2.500 entre 30.000 et 5.000 habitants, 2.000 dans les autres cas. Les titulaires des officines supprimées seront *indemnisés* par une Caisse régionale alimentée par des cotisations proportionnelles au chiffre d'affaires.

Au-dessus des officines sont créées des *chambres départementales* comprenant tous les pharmaciens, sauf les fabricants, droguistes ou répartiteurs. Cette chambre élue en principe comprend au départ des membres nommés. Ceci a peu d'importance, car son rôle paraît fort modeste : fournir des avis au directeur régional de la Santé qui, avec les préfets, possède tous les pouvoirs. Au siège de chaque région fonctionne un *Conseil régional*, comprenant des professeurs de Facultés et des délégués des chambres, nommés puis élus, dont le rôle est à la fois juridictionnel (discipline corporative) et financier (gestion de la Caisse régionale). En réalité, la principale de ses attributions est également fortement limitée, les peines qu'il peut prononcer s'arrêtant à l'avertissement. Toute suspension ou interdiction ne peut être prononcée que par *le préfet sur proposition du directeur régional.*

Enfin, sur le plan national, est institué un *Conseil supérieur de la pharmacie* où se regroupent l'enseignement (trois professeurs de Facultés), les conseils régionaux (8 délégués) et les délégués des chambres des fabricants, des droguistes et des répartiteurs, recréant ainsi l'unité de la pharmacie française. Ce Conseil n'a qu'un rôle consultatif à l'égard des Pouvoirs publics, et de coordination à l'égard des Conseils régionaux.

b) LES FABRICANTS, DROGUISTES ET RÉPARTITEURS

Le législateur a voulu fort justement trouver le point d'équilibre entre les nécessités de l'industrie et du commerce (capitaux, sociétés anonymes, publicité) et les caractéristiques d'une profession libérale et réglementée.

Tout établissement de ce genre peut dorénavant appartenir à une *Société*. Mais les organes directeurs et responsables de cette Société doivent être composés en majeure partie ou en totalité de *pharmaciens diplômés*, inscrits à la Chambre syndicale des fabricants, des droguistes ou des répartiteurs. En outre, tous les directeurs techniques doivent être des pharmaciens, et l'établissement doit faire appel à un nombre minimum de diplômés.

Un *statut de la spécialité pharmaceutique* est institué. Un *comité* composé de membres de l'Académie de médecine, de professeurs des facultés de médecine et de pharmacie, de membres du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, et de représentants de la Chambre syndicale des fabricants, est chargé dans un délai de six mois (notoirement insuffisant de l'avis des techniciens) de délivrer à chaque spécialité un *visa* dont mention devra être faite dans la suite sur le produit lui-même et les textes publicitaires la concernant.

La publicité auprès du Corps médical reste libre, sauf en ce qui concerne les cadeaux publicitaires dorénavant interdits. Quant à la publicité directe auprès du public, elle sera censurée par le Comité technique prévu ci-dessus.

La Chambre syndicale des fabricants, ainsi que celle des droguistes et répartiteurs, composée de membres d'abord nommés, puis élus, surveille l'activité de ses membres en liaison avec la direction de la Santé et défend leurs intérêts. A l'inverse des Chambres départementales, ces deux organismes ont la personnalité civile. Ils fonctionneront parallèlement avec le Comité d'orga-

nisation des produits pharmaceutiques, chargé uniquement de l'aspect économique de cette industrie.

Médecine et pharmacie

1° Interdiction du cumul des deux professions

Le cumul de l'exercice de la médecine et de la pharmacie était depuis longtemps visé. Certaines législations coloniales l'avaient déjà exclu. Un décret-loi du 14 avril 1934 l'avait également prohibé en matière de soins aux pensionnés de guerre. L'art. 7 du Code de Déontologie l'avait moralement condamné. La loi du 11 septembre 1941 s'est formellement prononcée contre le cumul dans son art. 20 ainsi conçu : « *l'exploitation d'une officine est incompatible avec l'exercice d'une autre profession, notamment avec celle de médecin, sage-femme, dentiste,* même si l'intéressé est pourvu des diplômes correspondants ».

2° La propharmacie

Art. 29. — Les docteurs en médecine établis dans les agglomérations où il n'y a pas de pharmacien ayant une officine ouverte au public peuvent être autorisés par le préfet, après avis du directeur régional de la santé et de l'assistance, à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins les médicaments simples et composés inscrits sur une liste établie par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et du Conseil supérieur de la pharmacie.

Cette autorisation mentionnera les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments, par le médecin, est autorisée.

Elle est toujours révocable. Elle sera retirée dès la création d'une officine ouverte au public dans le secteur intéressé.

Un délai de six mois, à compter de la date de la publication de la présente loi, est imparti aux médecins pour se mettre en règle avec les dispositions du présent article.

Art. 30. — Les docteurs en médecine bénéficiant de cette autorisation sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur.

Ils ne peuvent, en aucun cas, avoir une officine ouverte au public. Ils ne peuvent délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation.

La propharmacie, si souvent attaquée, a donc survécu, mais combien amenuisée ! Son exercice était autrefois un droit automatique, une fois certaines conditions de fait remplies et ces conditions étaient bien définies : pas d'officine ouverte sur le territoire de la commune. Il est maintenant subordonné à une *autorisation préfectorale* toujours révocable, et dépend de certains éléments dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils prêtent à contestation : qu'entendra-t-on par *agglomération* ? Enfin, la délivrance des médicaments, figurant sur la *liste arrêtée par le Ministre,* ne pourra-t-elle être faite qu'aux *malades consultants* et non plus comme autrefois aux malades visités.

Parmi les obligations imposées aux propharmaciens figure la cotisation au Comité d'organisation prévue et fixée heureusement à la somme modique de 20 francs par l'arrêté du 29 août dernier (*J. O.*, 14 septembre). Rappelons que cette cotisation s'impose également aux cliniques, maisons de santé et hôpitaux privés.

3° Le compérage

Le compérage et les ristournes en matière médico-pharmaceutique, déjà réprimé par un décret-loi du 17 juin 1938, est à nouveau condamné par l'art. 34 de la loi, ainsi conçu :

Art. 34. — Est interdite toute convention d'après laquelle un pharmacien assure à un médecin praticien, à un chirurgien dentiste ou à une sage-femme un bénéfice d'une nature quelconque sur la vente des produits pharmaceutiques que ceux-ci peuvent prescrire.

Le décret-loi antérieur avait suscité bien des controverses, car en même temps que les conventions immorales, il annulait du même coup les contrats parfaitement honorables par lesquels un médecin tirait légitime profit de ses inventions scientifiques. Il faut considérer ce texte comme abrogé. En va-t-il de même de la réponse faite sur cette question par le ministre de la Santé au secrétaire de la Confédération le 12 décembre 1938 (*Médecin de France*, 1er janvier 1939) et d'après laquelle « l'invention d'un médicament ou appareil qui touche des droits d'auteur sur son invention ne saurait tomber sous le coup de la loi dès lors qu'il ne prescrit pas lui-même son produit. Si cependant il est amené dans l'exercice normal de sa profession, à prescrire en conscience le médicament ou l'appareil dont il est l'inventeur, il va de soi que cette prescription accidentelle ne saurait suffire à constituer le délit ». Nous posons à nouveau la question au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, car il ne faudrait tout de même pas que la *défense de la propriété scientifique médicale* soit purement et simplement assimilée au compérage.

Conclusions

L'étude de cette organisation professionnelle est intéressante en ce qu'elle nous éclaire sur la doctrine corporative du Secrétariat à la Famille et à la Santé. Or contrairement à l'assertion prometteuse du rapport préliminaire, ce n'est point « à la profession elle-même que l'on remet ses destinées », c'est, en réalité, aux préfets et aux directeurs régionaux de la Santé. Puissent les textes ne point trahir ainsi, pour la profession médicale la saine doctrine des rapports et des communiqués, et ne point transformer en étatisme le pur corporatisme que les voix les plus hautes et les plus autorisées nous ont fait entrevoir.

Jean Mignon.

ESSAIS PSYCHOLOGIQUES

QUELQUES PRINCIPES PSYCHOLOGIQUES INDISPENSABLES A L'ÉQUILIBRE INDIVIDUEL ET SOCIAL

Par le Docteur Marcel Viard

« Chacun de nous doit contribuer au relèvement rapide de la France ».

En guise de conclusion aux chapitres sur « Le Capital humain », l' « Elite », et les « Chefs », qu'il nous soit permis d'énoncer quelques principes essentiels dont la méconnaissance et la transgression obstinées ne nous apporteront que déboires, déceptions et découragement.

Un gros effort semble être fait pour l'amélioration de la race au point de vue physique, et l'on pense que des progrès dans ce sens suffiront à renforcer toutes les qualités morales de la nouvelle génération. C'est vrai en partie, car il existe toujours un rapport entre l'activité physique et l'activité morale.

Mais une mauvaise orientation de pensée chronique neutralise, au point de vue moral, les bons effets d'une culture physique bien comprise. En outre, il n'y a pas que des jeunes gens dans un pays, on compte aussi des enfants, des personnes d'âge mûr, et des vieillards qui, en raison de leur âge, de leur profession ou de leurs infirmités, ne peuvent se livrer aux exercices physiques d'une façon régulière. Aussi faut-il prévoir une éthique où, à côté de la culture physique, on trouvera les moyens qui agiront directement sur les pensées et sur les sentiments.

Principe n° 1. — *Il existe toujours un rapport étroit entre le physique et le moral.*

Applications.
- *L'hygiène* : L'hygiène du corps en général. L'hygiène alimentaire.
- *Les sports* : Les compétitions pour les athlètes. La culture physique pour la masse.

Dans ce domaine, nous semblons prendre modèle sur nos voisins qui sont forts et harmonieusement développés, grâce à une culture physique imposée et généralisée.

Mais où les Français sont au-dessous de tout, c'est en psychologie ! Il semble même que les plus instruits soient, en général, les plus ignorants en cette matière.

Tant que nous confondrons instruction avec culture, jugement avec mémoire, désir avec volonté, nous ne ferons aucun progrès.

Principe n° 2. — *Chaque individu doit jouer dans la société, le rôle que précisent sa constitution, son tempérament et son caractère*

Applications.
- Déterminer chez chaque individu : sa constitution (morphologie).
- Déterminer chez chaque individu : son tempérament (physiologie).
- Déterminer chez chaque individu : son caractère (psychisme).

La psychologie clinique objective nous en donne les moyens. Nous avons écrit suffisamment sur ce sujet important pour que nous n'ayons plus à y revenir.

Ajoutons seulement que, grâce à cette méthode objective, il est actuellement possible de déceler, en moins d'une demi-heure, et sans poser une seule question au sujet examiné, une trentaine de qualités qui permettent de l'orienter au quadruple point de vue physique, mental, moral et professionnel et, de ce fait, de lui indiquer exactement la place qu'il doit occuper dans la Société ainsi que les corrections à apporter dans son comportement quand celui-ci est défectueux.

Principe n° 3. — *Le principe de la hiérarchie* (concernant la Masse, l'Elite et les Chefs) *est une Loi universelle*

Applications
- La hiérarchie peut s'effectuer grâce à une méthode empirique c'est-à-dire par l'expérience.
- Ou grâce à une méthode scientifique
  - Psychologie objective.
  - Psychotechnique (Tests et laboratoire).

Certains ont pensé qu'on pouvait faire de la psychologie appliquée uniquement avec des instruments de laboratoire. Nous le répétons, comme en médecine, le laboratoire peut apporter des précisions dans les diagnostics, des indications pour les traitements à instituer, mais il est parfaitement impuissant, à lui seul, à renseigner le praticien dans tous les cas possibles. En particulier les tests et le laboratoire sont incapables de déceler la volonté, la maîtrise de soi, l'objectivité, la subjectivité, l'impulsivité, les tendances réalisatrices, l'aptitude au commandement, etc., etc.

La psychologie objective donne tous ces renseignements d'une façon précise.

PRINCIPE N° 4. — *On ne combat pas le mal, mais on lui substitue le bien.* (On ne jette pas l'obscurité dehors, on fait la lumière).

Applications
- Remplacer un mot négatif par un mot positif.
- Remplacer un sentiment négatif par un sentiment positif.
- Remplacer une action destructrice par une action constructrice.
- Neutraliser un virus moral par un sérum moral.

Il n'y a de véritable élite que celle qui comprend et qui se conforme à ces vérités premières.

Celle qui combat le mal sans lui substituer le bien, qui entretient la haine, qui dresse les hommes contre d'autres hommes est une fausse élite.

PRINCIPE N° 5. — *La connaissance et la maîtrise de soi-même sont indispensables au bonheur*

Applications
- La connaissance de soi-même grâce au diagnostic psychologique.
- La maîtrise de soi-même grâce au respect des lois universelles, aux auto-suggestions *bien faites*, aux actes conscients, à la dérivation mentale, à la sublimation, etc.

Il existe d'excellentes méthodes dans ces deux domaines. Elles sont malheureusement trop peu connues des médecins et du public.

PRINCIPE N° 6. — *Une tête bien faite vaut mieux qu'une tête bien pleine.*

Applications
- Développer d'une façon rationnelle : l'attention, le jugement, le raisonnement, la mémoire logique, la clarté de l'esprit, la facilité d'expression, grâce à une gymnatique mentale pratiquée quotidiennement.

Cette gymnastique mentale, essentiellement basée sur le jeu des cinq sens et sur la méthode des rapports de Pick et de Rollin, devrait être *obligatoire* dans toutes les écoles. Or, presque tous les professeurs l'ignorent ! !

PRINCIPE N° 7 — *Il n'y a de véritable joie que dans l'action et dans la création.*

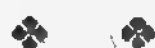
Applications
- Favoriser la naissance de beaux enfants.
- Au point de vue intellectuel, favoriser l'esprit d'initiative en vue de réalisations utiles.
- Au point de vue moral, créer et développer de nobles sentiments, des émotions toniques, des désirs louables, l'optimisme, l'enthousiasme.
- Favoriser la création d'œuvres artistiques.

Ce qui précède constitue les grandes lignes d'un vaste programme qui, suivi scrupuleusement, donnerait de surprenants résultats. Mais nous n'en sommes pas encore là ! Il faudrait lutter de nombreuses années contre la routine, le mandarinat, l'incompréhension, le parti-pris, le laisser-aller, et cent autres défauts de l'esprit et du cœur.

Notre insouciance et notre inclairvoyance sont à l'origine de notre chute ainsi qu'à l'origine des nouvelles secousses sociales qui se préparent.

Hygiène



NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER L'HABITATION RURALE

Dans un récent article relevé par *Le Temps* du 22 juillet 1941, M. Henri POURAT a écrit en parlant de l'adduction de l'eau pure dans les campagnes qui, à notre avis, est la première mesure d'hygiène rurale à prendre ;

« Certains paysans ont renoncé à l'eau canalisée qu'on leur avait fournie parce qu'ils ont cru voir qu'elle rendait leurs bêtes tuberculeuses ».

« Cette eau était pure, mais précisément trop pure. L'eau la meilleure pour les bœufs reste celle de la mare, que rafraîchit un courant et que réchauffe le soleil, un peu trouble, chargée de molécules, d'animalcules, elle est véritablement nourrissante et vivifiante ».

Nous laissons aux vétérinaires le soin d'apprécier les qualités de l'eau croupie pour le bétail, mais pour l'homme, la question est jugée sans appel.

En tout cas, M. Henri Pourat met à l'ordre du jour la question de l'hygiène et de l'habitation rurale, qui doit être au premier chef une des préoccupations du gouvernement.

***

Un de nos maîtres, revenant des pays Scandinaves et de Hollande, nous faisait part de la pénible impression qu'il avait eue en entrant en France. Il venait d'admirer de coquets villages dont les maisons aux façades blanches, les fenêtres récemment peintes et fréquemment lavées, les intérieurs aux meubles et aux parquets cirés, respiraient la propreté et l'aisance, tandis qu'en France les chaumières aux façades lépreuses, les murs décrépits, les fenêtres poussiéreuses, les intérieurs malpropres et sordides, aux meubles encrassés, les ruelles tortueuses, encombrées de détritus et de fumier, donnaient l'apparence du dénument, de l'abandon et de la misère. Le Docteur Laure, faisant en 1936 une enquête en Saintonge, au nom de *l'Union des paysans suisses* s'étonnait au retour des véritables taudis qu'habitaient les paysans français. Cependant il ne saurait être question de misère ; la fertilité du sol, le soin avec lequel les cultivateurs exploitent leurs petites propriétés démontrent que l'aisance, sinon la richesse, règne dans la plupart des régions en France. A part quelques pays assez limités dans le Nord et l'Est où depuis la guerre de 1914 des villages entièrement détruits ont été reconstruits, à part quelques coins privilégiés en Bourgogne, en Normandie, notamment dans le pays de Caux, ou quelques riches vallées de Touraine, toutes les agglomérations françaises surtout dans le Massif Central, l'Ouest et le Midi témoignent du souverain mépris des habitants, nous ne dirons pas pour le confort, mais pour l'hygiène la plus sommaire et même la simple propreté.

La cause de cet état d'esprit est la routine et les mœurs archaïques de notre population rurale. Le paysan songe avant tout à l'épargne. Il enfouit dans son bas de laine les écus économisés provenant de son travail acharné et ne songe pas à l'amélioration de ses conditions d'existence et partant son habitation.

Qu'on n'accuse pas notre législation. Depuis que l'on a aboli la stupide loi imposant les portes et les fenêtres qui incitait les Français à se priver d'air et de lumière, le législateur a multiplié les lois favorisant la construction de logements ruraux confortables ; citons la loi Ribot du 10 avril 1908, la loi Loucheur, la loi sur le crédit agricole du 5 août 1920, la loi du 30 juillet 1929 ayant trait au logement des travailleurs agricoles, etc... Mais une fois de plus est démontrée l'impuissance des lois quand les mœurs ne sont pas modifiées, et les mœurs ne se modifient que par l'éducation et le bon exemple.

Aussi l'amélioration de l'habitation rurale est le devoir de nos gouvernants d'aujourd'hui qui font un effort méritoire pour e retour à la terre. Les villageois qui ont déserté la campagne, attirés par l'attrait de la sécurité des fonctions publiques et des hauts salaires de l'industrie des villes, ne se doutaient pas qu'ils payaient très cher des avantages apparents. Mais après avoir comparé les appartements des maisons à bon marché qui leur sont destinés à la ville aux misérables taudis des chaumières familiales, ils n'ont aucune tendance à regagner le pays natal. Il convient donc de faire porter le principal effort de la rénovation de la France sur l'amélioration de l'habitation rurale. Encore là faut-il agir avec discernement et ne pas appliquer un plan uniforme.

L'habitation doit varier avec les régions et il ne faut pas faire *absolument* table rase du passé. L'Est froid, la Normandie pluvieuse, la Bretagne brumeuse, la Provence sèche et ensoleillée, les plaines, les vallées, les montagnes, exigent de la part des architectes une technique diffé-

rente s'adaptant au climat et au milieu extérieur. Il ne faut pas de Paris dicter des mesures élaborées dans son cabinet par un savant hygiéniste. Nous avons assisté, il y a une quarantaine d'années, à une conférence où notre éminent Maître et ami, le Docteur Mosny, racontait qu'étant envoyé en mission en Bretagne par le Professeur Proust, alors grand hygiéniste de France, pour combattre à son début une épidémie de choléra, il avait reçu les instructions suivantes : laver les planchers avec une solution de chlorure de chaux ou à l'eau de Javel, désinfecter les selles, blanchir à la chaux les murs, mettre les lits au milieu des chambres etc....

Or, en Bretagne, dans l'habitation rurale, les lits sont encastrés dans les murs et les planchers ne pouvaient être lavés, car ils étaient en terre battue. Quant à la désinfection des selles, elle a donné lieu à un quiproquo si comique qu'il paraît invraisemblable ; un officier de cavalerie qui faisait des manœuvres dans la région, ayant eu connaissance des instructions contre le choléra, envoya son ordonnance porter sa sellerie pour être désinfectée.

Il n'est rien de plus choquant que de voir construire dans le Nord, en Normandie, ou dans les montagnes du Massif Central, des châlets basques ou des villas avec pergolas ; de même sur la Côte d'Azur, des manoirs normands.

Il y a quelques mois lors de l'exode des Alsaciens dans le Berry et le Périgord, certains ne cachèrent pas leur déconvenue. Ils avaient quitté leurs demeures propres, gaies et confortables, et on les parquait dans de véritables taudis ruraux. On organisa alors des équipes volantes de réparation qui se portèrent dans les villages donnant asile aux réfugiés. Ces équipes posèrent des carrelages sur le sol, blanchirent les façades et les murs, appliquèrent une couche de peinture claire sur les fenêtres, percèrent même des fenêtres quand cela fut possible. Ils nettoyèrent et aménagèrent sur la rue le devant des portes, creusèrent des canalisations pour évacuer les eaux de pluie, créèrent au milieu des villages des salles de réunions. Ce fut un bon exemple pour les autochtones ébahis, mais ce serait actuellement absolument insuffisant.

L'hygiène rurale ne doit pas se borner à blanchir les façades et à peindre les fenêtres ; il y a plus à faire. Il faut élever des habitations bien exposées dont les façades seront ensoleillées plusieurs heures par jour, les construire avec des matériaux qui mettent les habitants à l'abri du froid et surtout de l'humidité. Il faut songer, lors de la construction, à l'aération des pièces. Un ingénieur et hygiéniste belge M. A. Knapen a ingénieusement résolu ces problèmes par les constructions de murs avec des blocs athermanes, l'emploi de siphons atmosphériques monobranches et l'établissement de l'aération horizontale différentielle, procédés qui ont fait depuis bien des années leur preuve et que nous avons décrits ici, il y a quelques mois.

L'habitation rurale ayant été hygiéniquement construite et séparée des étables et des installations agricoles, on devra évacuer les eaux usées, les ordures ménagères, songer à l'installation des fosses à purin et à fumier qui devront être suffisamment éloignées de l'habitation, être étanches de façon à ne pas permettre d'infiltrations capables de souiller l'eau des puits ou des sources. Si les égouts suffisants ne peuvent être construits, on aura recours aux septictanks ou à la pratique réduite et prudente de l'épandage.

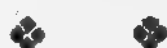
Le premier souci de l'administration locale devra être de procurer aux habitations une eau d'alimentation saine à l'abri de toute contamination ; d'assurer la distribution électrique, qui, outre l'éclairage, met à la disposition de l'artisanat rural et de l'exploitation agricole, la force motrice nécessaire. Lorsque l'habitation rurale ne pourra être pourvue de bonne eau de source, il faudra nettoyer les puits et les citernes, en les vidant, en enlevant la vase, en y faisant séjourner du lait de chaux à 80 % ou du permanganate de potasse (5 gr. par m. c.) ; au besoin on javellisera l'eau d'alimentation ou on aura recours aux nombreux procédés de stérilisation pour rendre inoffensive l'eau de boisson suspecte. Il y aura une foule de précautions et d'améliorations à faire tant dans l'habitation rurale isolée que dans le village, lavoirs, W. C., installation de lieu de réunion, écoles, cimetières, etc...

Surtout dans le Midi, les maisons des villages sont groupées autour d'un château-fort ruiné, d'une église ou d'une abbaye. Le souci de la sécurité pendant les guerres féodales, la guerre de Cent ans, les guerres de religion, a obligé pendant des siècles les villageois à s'entasser dans l'enceinte restreinte des remparts, dans des ruelles étroites et obscures qui ont persisté jusqu'à nos jours, où elles ont perdu leur raison d'être. Il faudra remédier peu à peu à cet état de choses et tâcher que petit à petit l'habitation rurale devienne digne de la France, alors qu'elle présente trop souvent actuellement l'aspect misérable que les peintres Le Nain ont donné à leurs intérieurs de paysans du XVII[e] siècle.

J. Noir.

CHRONIQUE DE LA CORPORATION SANITAIRE



LES ARCHITECTES ET LA POLITIQUE DU LOGEMENT

Le Comité sanitaire de la région parisienne réunit, on le sait, dans son sein, médecins, pharmaciens, vétérinaires, auxiliaires médicaux, en somme tous ceux qui jouent un rôle dans la « tenue » sanitaire d'une collectivité.

Mais si ces différentes professions comprennent les sanitaires « à temps plein », pourrait-on dire, il ne s'ensuit pas qu'elles monopolisent les préoccupations d'hygiène collective. Un ingénieur, un architecte, un urbaniste, certains fonctionnaires d'une administration municipale ou départementale peuvent être des sanitaires « partiels » en ce que, à certains moments, ils ont à envisager des problèmes sanitaires précis. Un architecte contemporain, par exemple, ne peut plus étudier les plans, même d'une usine, même d'un immeuble commercial ou administratif, et *a fortiori*, d'un immeuble d'habitation, sans se soucier des conditions de vie qu'offriront ces bâtiments à ceux qui y travailleront ou y logeront.

C'est ce qu'exprimait, dans une réunion récente, M. Dervaux, architecte. Il convenait que l'hygiène de l'habitation est assez souvent sacrifiée en France et qu'on pourrait être tenté d'incriminer architectes et urbanistes français. Mais les réalisations étrangères d'habitation ouvrières et de cités-jardins qu'il a pu visiter offrent, en cette matière, plus d'apparence que de réalité, et il arrive souvent que des dehors plaisants masquent de graves manquements fondamentaux.

En réalité, bâtir des logements de série, bien construits, sains et à bon marché n'est pas une tâche aisée. Qu'il s'agisse d'appartements bourgeois ou de logements ouvriers, le gros œuvre (fondations, murs, escaliers, toiture) est sensiblement le même et ce n'est pas la décoration intérieure qui affecte beaucoup le prix de revient. C'est pourquoi, du reste, la formule : immeuble à nombreux étages reste, en matière de logements à bon marché, plus économique que la formule : pavillons séparés ou même accotés deux à deux. Et pourtant l'hygiène souhaiterait des centres de population moins denses avec des espaces libres et des jardins familiaux, c'est-à-dire la solution coûteuse.

C'est en cela (et M. Dervaux revient ainsi sur une question déjà exposée au Comité sanitaire par M. Kula et dont il a été rendu compte ici) que la politique de l'habitation, en ces dernières années, a été funeste. L'investissement de capitaux en bâtisse est devenu, de par les lois successives sur les loyers, une très mauvaise opération financière dont l'initiative privée s'est détournée de plus en plus.

Il se révèle que la loi Loucheur n'a pas porté tous les fruits qu'on espérait d'elle : l'exemple a été désastreux de petits propriétaires réduits à suspendre après un certain temps leurs versements, soit par la maladie, soit par un changement de leur situation et perdant, de ce fait, tout leur avoir. En outre, s'ils étaient hospitalisés, ils avaient à payer l'hôpital parce que « propriétaires », véritable pénalisation de la prévoyance et de l'épargne.

Certaines œuvres charitables, telles que la Ligue nationale contre le taudis, se sont fait un devoir d'édifier des logements ouvriers sains, confortables et bon marché. La fondation d'Orly, qui répond à cette préoccupation, fait peser sur les finances de l'œuvre un déficit important chaque année. La preuve est ainsi faite qu'un particulier ne peut songer à faire construire des maisons ouvrières.

Le Docteur Renaudeaux, secrétaire général de « Médecine et Famille », apporte ici une documentation particulièrement suggestive et issue des études qu'a faites son groupement. A l'étranger, et particulièrement dans les pays du Nord, l'ouvrier consent pour son logement une somme qui va jusqu'à 20 et 25 % de son salaire annuel. En France, il est accoutumé à y consacrer entre 5 et 8 %, et cela avec l'approbation des lois.

Il y a donc une véritable œuvre d'éducation à accomplir en cette matière, éducation du peuple afin de lui démontrer l'importance d'une habitation saine et plaisante, et qu'il vaut la peine de la payer son prix. Education du législateur, afin de lui faire comprendre que ce n'est pas par la solution simpliste des lois taxant les loyers que l'on résoudra le problème du logement pour les familles nombreuses.

Rien n'est dangereux comme les courtes vues et la politique au jour le jour dans les questions comme celle-ci qui engagent l'avenir de la race.

G. L.

AUTARCIE ET JARDIN DE CURÉ

Ce n'est pas un paradoxe d'affirmer que l'agriculture est à la base de la médecine : sans elle pas d'hygiène (vêtements et nourriture), pas d'opothérapie, une phytothérapie réduite aux ressources naturelles.

***

Tant d'articles pour ou contre l'autarcie, toute une littérature sur notre dénuement actuel ramènent irrésistiblement mes pensées vers cette vieille fortune de pauvre : le jardin de Curé.

Sans doute, l'Esprit prééminent créait l'harmonie d'une allée de tilleuls, méditait à la charmille ou priait devant les statuettes et chapelles minuscules, il communiait à la beauté des fleurs ou des eaux. Mais le corps devait la santé aux aliments du potager, tracé droit, à la française ; ses desserts il les trouvait au rucher, au verger ; ce pré-verger nourrissait aussi le cheval et la vache, un porc y folâtrait parfois, les déchets de cuisine et du jardin achevaient de l'engraisser, concurremment avec la volaille et les lapins. Pour le corps malade, le petit coin des simples était abondamment pourvu.

Cette plate-bande des « herbes », c'est la nôtre ; de nouveau, il faut en tirer les médicaments qui commencent à nous faire défaut. Mais on ne relève pas une friche en un jour : il faudra nous informer, — expérimenter, — cultiver, — enfin préparer, conserver et utiliser notre récolte.

***

Un organisme d'informations devra répondre à ces questions :

Quelles substances médicamenteuses demandons-nous à l'étranger et peuvent nous manquer ? Quelle est la quantité des produits indigènes ? — Leur qualité ? — Que pouvons-nous trouver à l'état sauvage ? — Quelles matières de remplacement, jusqu'ici négligées, peuvent être tirées de cultures existantes ? (Ce disant, je pense au raisin, ses pépins et son marc nous fournissent de l'huile et du tartre ; de l'huile encore et un principe vermifuge sont à extraire des semences de citrouilles ; les queues de cerise (dont nous importions des tonnes) ne se trouvent pas seulement dans les confitureries industrielles, mais dans tout établissement un peu important qui traite des fruits : (hospices, pensionnats, restaurants, pensions de familles, pâtisseries, confiseries, etc.) Se donne-t-on la peine de récolter la végétation spontanée ? N'y a-t-il pas lieu d'en répandre davantage la connaissance dans le public ? (Il est anormal de ne plus trouver d'écorces de bourdaine en pharmacie, alors que tous les talus en sont garnis). Ne faut-il pas encourager davantage la cueillette traditionnelle par les petits rentiers, les écoliers, l'étendre aux patronages et camps de jeunesse ? Connaissons-nous bien toutes nos ressources « en puissance » ? Il y aurait intérêt à dresser le bilan de chaque végétal en chacune de ses parties. Quelles plantes officinales sont dès à présent cultivées ici ? Pouvons-nous en produire ou acclimater d'autres espèces ? Que faut-il (et comment) améliorer ? Par exemple, n'y a-t-il vraiment aucun moyen d'obtenir de la digitale pourpre (cultivée dans certains sols, avec certains engrais ou amendements, sous certains climats) une teneur en glucosides égale ou supérieure à celle des congénères sauvages ?

Sans doute, nous préférons le lapin de garenne au lapin de chou, mais si nous voulons un civet nous ne pouvons toujours perdre une journée à la chasse ; le même raisonnement est valable pour la végétation spontanée et son adaptation à des besoins réguliers (par la culture).

De telles informations ne peuvent être fournies, c'est évident, que par les coopératives pharmaceutiques, les grands laboratoires de spécialités, les grossistes de la droguerie, de l'herboristerie, collaborant avec les professeurs de botanique (Facultés de médecine et de pharmacie, des sciences, écoles d'agriculture et d'horticulture, musées, cours et sociétés ou jardins botaniques et d'acclimatation, etc.) Il existe d'ailleurs un précédent de la grande guerre et des années suivantes :

Le Comité interministériel des plantes médicinales et à essence (alors, 12, avenue du Maine, et présidé par le Professeur Perrot).

En tout état de cause, l'organisme ainsi créé ne doit pas être éphémère : son maintien est indispensable à toute époque, guerre ou paix, crises diverses, pour proportionner constamment l'offre à la demande.

***

Ces personnages informés vont-ils immédiatement s'aboucher avec les paysans ? La réponse ne fait guère de doute : « Nous ne savons pas où trouver des graines, des plants. Nous ne sommes pas habitués à ces travaux. Et surtout la récolte payera-t-elle ? Bien beau si elle ne nous reste pas sur les bras ! »

Oui, il faut essayer, risquer les sourires du voisin ; cela n'est pas dans la nature du paysan. Par contre le médecin et le pharmacien sont formés à la méthode expérimentale. En outre, beaucoup d'entr'eux sont amateurs de jardins ou propriétaires ruraux.

Il existe des sociétés qui groupent ces amateurs, on peut leur demander leurs directives. En effet, ici comme ailleurs, un seul homme ne peut prétendre étudier tout par lui-même ; d'autre part, si l'on veut avoir une récolte homogène assez abondante tant pour l'analyse que pour la vente, il est nécessaire de se limiter à quelques variétés, trois ou quatre essences médicinales (une par saison à peu près), c'est bien assez pour chaque chercheur. Pour réaliser une synthèse, un groupement est donc indispensable.

Conseillé par une association, l'expérimentateur s'orientera selon ses goûts et la nature de son sol (climat, structure géologique, proximité de la mer ou d'un cours d'eau, etc.) Il faut aussi tenir compte des possibilités pécuniaires, des locaux nécessaires au séchage, à la préparation des récoltes et à leur conservation.

La même société fera analyser les échantillons de terre par des chimistes compétents ; elle se mettra en rapports avec les fournisseurs de graines et plants pour les transmettre à ses adhérents ; à ceux-ci seront prodigués les conseils pour préparer le terrain, l'ensemencer ou planter, le maintenir en bon état, procéder de façon convenable à la cueillette et à la manipulation.

L'amateur notera au cours de la végétation les particularités dignes d'intérêt, les façons qui lui paraîtront les plus judicieuses, l'emploi le plus rationnel des outils ou machines ; il consignera les observations faites par des commissions de techniciens visitant périodiquement les cultures. Il pourra se livrer à des essais comparatifs d'engrais ou d'amendements en vue de connaître leur influence sur le rendement en principes actifs. Des études pleines d'intérêt pourront encore se faire sur la sélection, l'hybridation, les mutations spontanées. Toutes ces notes seront condensées en un rapport annuel, à discuter en Congrès et comparer avec ceux des confrères de toutes régions.

A ces mêmes assemblées seront soumis les résultats d'analyses des échantillons prélevés dans chaque station d'essai ; analyses nécessairement contradictoires, j'insiste sur ce point ; on a vu si souvent les minotiers et les agriculteurs incapables de s'accorder sur les qualités d'un même blé, les sélectionneurs de sauvagines et les fourreurs émettre des opinions divergentes sur un même animal. L'écueil — fait d'intérêts commerciaux opposés — sera le même certainement pour les simples : une analyse devra donc être faite pour les producteurs par les laboratoires agricoles départementaux, une autre par les acheteurs (laboratoires pharmaceutiques).

Si leurs résultats proclamés sont discordants, les prélèvements moyens d'échantillons devront être refaits, les analyses reprises par des arbitres impartiaux : professeurs de matière médicale, de chimie analytique, etc.

C'est seulement en de telles réunions, embrassant l'ensemble des tentatives du territoire national entier que pourra se faire le choix définitif des meilleures plantes pour chaque sol, compte tenu de la qualité obtenue, du prix de revient, de la demande régionale et nationale, des facilités locales de préparation et de transports. En somme, il suffit d'imiter les efforts heureux des producteurs français de fruits.

Enfin, ces sociétés surveilleront les sélections, conserveront les généalogies, étudieront la pathologie végétale, organiseront des jardins d'écoles pour attirer les enfants à leurs recherches. Bref, elles feront pour l'amélioration des plantes officinales ce qui se fit avec succès pour les pommes de terre et les fleurs en Hollande, pour les céréales et les betteraves dans le Nord et la région parisienne, pour certains fourrages, dit-on, chez les Scandinaves.

Dès lors, les meilleures conditions seront obtenues pour procurer à la grande culture les seuls plants et graines satisfaisants et pour lui conseiller les méthodes les plus rationnelles.

***

Voilà donc la besogne préparatoire accomplie, besogne de laboratoire en quelque sorte et digne de retenir les efforts de médecins ou de pharmaciens. Ce stade de grande culture enfin atteint, est-il possible d'espérer convaincre le paysan toujours si prudent. Aux chambres régionales d'agricultures, aux professeurs départementaux, à ceux de nos confrères qui possèdent de vastes domaines, nous demanderons de faire pression sur les fermiers pour les premiers essais en plein champ. L'exemple donné, les premières récoltes monnayées, les autres villageois marcheront comme ils ont marché pour les petits pois ou le tabac.

Toujours valables seront les utiles directives des Congrès et associations, qui fourniront semences et plants convenables ; chaque exploitation se bornera à un petit nombre de variétés pour présenter des lots homogènes et abondants, d'écoulement plus facile, ces variétés auront été naturellement adoptées en tenant le plus grand compte du climat, du sol et des possibilités de manutention.

Nous voici maintenant en présence d'un problème qui a sans doute freiné jusqu'ici l'extension des cultures médicinales dans notre

pays : la main-d'œuvre doit être abondante pour le mondage, le séchage, l'emballage, le transport des plantes officinales et ces dernières doivent être traitées sans retard après la cueillette.

Mais ce qui ne pouvait se faire hier est possible aujourd'hui : que la campagne produise et que la ville façonne. Si l'on avait demandé aux paysannes d'égrener leurs petits pois sur place, on attendrait encore les conserves ! Heureusement, elles se bornent à la cueillette et l'égrenage se fait en usine. De même, que le fermier plante et cultive les simples, en fasse la récolte avec ses proches, mais que toute sa production brute soit immédiatement dirigée sur les ateliers les plus voisins.

Il s'agit de denrées rapidement périssables, c'est vrai, mais toute ville, même petite, rayonne sur trente à quarante kilomètres (soit trente à quarante minutes de camionnage automobile et les grandes cités étendent leur influence à cent ou deux cents kilomètres.

Est-ce difficile de rouler en hâte des racines, des feuillages verts ou des sommités fleuries, bagage encombrant mais léger ? L'est-ce plus que de porter des abats endocriniens de la Villette à un laboratoire de grande banlieue, ou la sardine fraîche de la Turballe jusqu'à Nantes ?

On peut d'ailleurs envisager la création d'ateliers (saisonniers ou permanents) dans de gros cantons, des communes importantes, toujours à l'exemple des conserveries alimentaires, avec un personnel recruté sur place ou amené des villes voisines.

Ainsi la paysannerie s'occuperait uniquement des choses de son métier : production et récolte en vrac ; ramassage, transports, mondage, séchage, conservation, stockage, emballage ne concerneraient que l'industrie et le commerce de droguerie et de pharmacie, terminant ainsi les préparatifs avant notre prescription des médicaments à nos malades.

***

L'exemple des simples intéresse directement la médecine, privée déjà de certains remèdes ; je l'ai donc choisi.

Si l'on veut élargir la perspective, on imagine aisément que de telles possibilités s'ouvrent encore à l'agriculture, — *mutatis mutandis*, — dans ses rapports avec les Chambres de Commerce et les organismes industriels, concernant l'offre et la demande des matières ouvrables (chaque jour plus nombreuses) issues du sol : betteraves ou maïs destinés à la distillation industrielle, plantes et sous-produits oléagineux ou gras, ou transformables par la chimie, bois et pâtes de bois, tanins, denrées offertes à la minoterie, aux fabriques de pâtes, à la biscuiterie, la confiserie, et généralement tous produits alimentaires, textiles, etc.

Le Commerce est par essence conservateur de stocks ; c'est encore en accord avec lui et en profitant de son expérience que l'agriculture devra étudier la question de la conservation des produits ; peut-on oublier les destructions invraisemblables de richesses faites au cours des dernières années, volontairement ; si nos méthodes de stockage étaient plus parfaites, l'argent gaspillé en primes de toute espèce aurait pu être consacré par un Etat prévoyant à des achats avantageux, les cours auraient été maintenus par des procédés moins artificiels... et nous serions sans doute moins privés en cette période de vaches maigres.

Dans une certaine mesure, des conversations seraient utiles avec les Ponts et Chaussées : les ingénieurs se lamentent de voir envasés ports et cours d'eau ; un exemple pourrait les inspirer : celui des producteurs fruitiers qui plantent leurs vergers sur les limons fertiles arrachés au Rhône. A la marine marchande et à l'armement de pêche ne pourrait-on demander un plus grand apport d'engrais et d'amendements végétaux, animaux ou minéraux tirés de la mer, cette autre richesse inépuisable et négligée (c'est au Japon cette fois qu'il faudrait demander des maîtres).

Une liaison constante devrait encore être assurée entre les travailleurs du sol et les détenteurs de devises. L'exemple est quotidien du propriétaire qui possède sa terre pour seul bien, son fermier détenant tout juste un médiocre cheptel mort et vif ; ni l'un, ni l'autre ne peuvent constituer un fonds de roulement ; comment donc moderniser l'exploitation (entretien, outillage adapté aux nouveaux besoins, achats massifs d'engrais, d'animaux racés, de semences sélectionnées) ? Si l'on n'obtient aucun rendement élevé — seule source de vrai bénéfice —, ce n'est pas faute de travail, ni d'idées, mais faute d'argent. Je n'hésite pas à écrire : plus encore que les bras, l'argent manque à la terre de France, et cette plaie peut être mortelle contrairement à tous les proverbes.

Cependant, les petits rentiers se jettent à corps perdu et fonds également dans de « stavisqueuses » affaires, alors que le moindre placement d'engrais dans nos champs paye des intérêts inconnus en banque, incroyables pour qui n'en a pas l'expérience.

Ces lamentables rendements alignés sur les statistiques officielles, on peut les relever, les doubler en quelques années, j'en suis convaincu, mais il faut verser à cette œuvre tout le capital disponible. Les caisses rurales ne suffiraient pas, Assurances sociales, Caisses d'Epargne, établissements de crédit et rentiers de tous calibres trouveraient là le meilleur placement, con-

trôlable chaque jour par chacun, plus que de lointains gisements pétrolifères ou diamantifères.

Enfin et surtout la terre a grand besoin de voir penchés sur elle de grands esprits, les plus grands, d'être analysée pierre à pierre, graine à graine, feuille à feuille, racine par racine : combien de végétaux, de minéraux, chaque jour touchés du pied, auxquels jamais pendant les siècles nul n'a demandé : « à quoi pourrais-tu servir en l'une ou l'autre de tes parties ? Es-tu aliment ou remède ? Peut-on te travailler de quelque façon ? » Vous me répondrez que les Sciences n'ont jamais eu d'autre objet ; certes, mais le plus souvent en ordre dispersé, sans esprit encyclopédique (qui ne peut être le fait d'un homme ou d'une équipe, mais peut l'être de l'ensemble savant des diverses nations).

Les Soviets, que je n'admire pas par ailleurs, avaient eu, je crois, l'idée d'une semblable enquête généralisée systématiquement. Illimitées sont les richesses que la terre garde encore pour les savants qui tous associés feront en commun cet inventaire détaillé. Travail de géant, soit, mais combien passionnante serait cette « agriculture expérimentale » dont les méthodes s'apparenteraient à celles de notre médecine expérimentale.

***

Avant de clore cette étude, reviendrai-je sur un point si souvent mis en lumière ? L'autarcie peut être discutée dans bien des pays où la production des richesses doit s'obtenir artificiellement et à grands frais. Ici, la diversité providentielle de nos climats nous met dans une situation à peu près unique. Veillons donc toujours à la mise en valeur de ce patrimoine, ne demandons jamais à l'extérieur ce que nous trouvons ici ; et si nous devons plus tard abandonner telle ou telle ressource nationale pour recevoir un gage non moindre de l'étranger, sachons utiliser ce pion sur l'échiquier diplomatique : « do ut des ».

Dr A. CORLAY

VALEUR ALIMENTAIRE DES ŒUFS

Les quatre protéines de l'albumine contiennent tous les amino-acides essentiels à notre nutrition et les deux protéines du jaune sont aussi douées d'une haute valeur biologique. L'œuf contient du fer, du calcium, du phosphore, du cuivre ; on y trouve en outre les vitamines A, B_1, le complexe B_2 et D. La vitamine C en est pratiquement absente.

On peut faire monter la teneur en vitamines en modifiant le régime de la poule.

Les protéines de l'œuf sont complémentaires de celles fournies par les céréales.

La Société anglaise de l'industrie chimique, ayant mis au programme de son congrès de 1940 le rôle des œufs dans l'alimentation en temps de guerre, a établi que l'œuf est un aliment qui coûte cher.

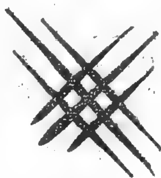
Etant donnés les prix du moment, il fut prouvé que l'œuf, considéré comme source de lipides coûtait trois fois et demie plus que le lait ; comme source de protéines : le double ; comme fournisseur de calcium, 14 fois plus ; pour le phosphore, 4 fois plus ; pour la vitamine B_1, 13 fois .

C'est seulement comme fournisseur de vitamines A et D que l'œuf est moins cher que le lait.

Mais le fromage fournit la vitamine A à un prix douze fois moins élevé que les œufs, et le saumon en boîte la vitamine D à un prix dix fois inférieur.

En conclusion, l'on peut dire que l'œuf est un aliment de luxe (1).

(1) *Annali d'igiene*, juin 1940.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

Le régime fiscal des plus-values à la cession des clientèles et des cliniques

Aux termes de la loi du 20 juillet 1934, art. 7 de la codification, les plus-values des divers éléments de l'actif réalisées à l'occasion de la cession d'une entreprise industrielle ou commerciale doivent, en principe, être considérées comme bénéfices imposables avec ceux du dernier exercice.

La loi du 13 janvier 1941, art. 79, soumet à l'impôt cédulaire les plus-values réalisées, après le 1er janvier 1941, à l'occasion de la cession d'une charge, d'un office ou du transfert de la clientèle d'une profession non commerciale en tenant compte de toutes les indemnités reçues.

Nous allons examiner comment ces articles s'appliquent aux cabinets médicaux, aux cliniques et aux maisons de santé.

Cabinets médicaux

La loi du 13 janvier 1941, a incorporé dans le bénéfice imposable lors de la cession de l'exercice de la profession toutes les indemnités reçues en contre-partie de la cessation ou du transfert de la clientèle.

Bien entendu l'administration n'a incorporé dans le bénéfice imposable que les plus-values comprises dans ces indemnités et acquises depuis l'application de la loi du 13 janvier 1941, c'est-à-dire depuis le 1er janvier 1941.

On détermine la fraction imposable de la plus-value en retranchant du prix de vente ou de l'indemnité reçue par le cédant, le chiffre obtenu en appliquant à ce prix ou à cette indemnité le rapport entre le montant global des recettes réalisées par le cédant, d'une part au cours des années 1936, 1937 et 1938 et d'autre part au cours des trois années ayant précédé la cession, à l'exception des années 1939 et 1940 considérées comme anormales du fait de la guerre.

Il en est résulté, pour les cessions intervenues en 1941, qu'aucune fraction de la plus-value ainsi calculée n'est imposable puisque les trois années précédant la date d'application de la loi et celles précédant la date de la cession sont les mêmes : 1936, 1937, 1938.

Pour bien faire saisir l'application du principe que nous venons d'exposer, calculons la plus-value pour une cession qui sera réalisée en 1942.

Indemnité versée par le cessionnaire au cédant le 1er janvier 1942, 100.000 francs.

Chiffre global des recettes de 1936, 1937 et 1938, 400.000 francs.

Chiffre global des recettes réalisées en 1937, 1938 et 1941, 500.000 francs.

Valeur au 1er janvier 1941, 100.000 × 400.000 : 500.000 = 80.000 francs.

Plus-value imposable 100.000 — 80.000 = 20.000 francs.

La loi du 30 janvier 1941 complétée par celle du 30 juin suivant, institue des prélèvements temporaires sur les excédents de bénéfices.

Le peu de place dont nous disposons ici ne nous permet pas de traiter aujourd'hui cette importante question.

En attendant que nous puissions publier un commentaire desdites lois, nous répondrons aux questions qui seront posées par les lecteurs du *Concours Médical*.

Cliniques et maisons de santé

Il y a lieu de distinguer :

1° Les éléments corporels et les brevets, pour lesquels la plus-value imposable est constituée par la différence entre le prix de cession et le prix d'achat diminué des amortissements réalisés avant la cession et admis en déduction des bénéfices imposables.

2° Les éléments d'actif incorporels autres que les brevets (1) dont les variations de valeur restaient, en principe, sans influence sur l'établissement de l'impôt cédulaire avant l'application de la loi du 20 juillet 1934 et qu'il est logique de ne taxer que sur la partie acquise postérieurement au 1er janvier 1935, date de l'application de la loi.

a) Pour les fonds créés ou acquis postérieurement au 1er janvier 1935, il suffit de retrancher du prix de cession celui de l'achat diminué des amortissements, s'il y en avait eu d'effectués et admis en déduction des bénéfices imposables.

b) Pour les fonds acquis ou créés avant le 1er janvier 1935, c'est la valeur réelle des éléments incorporels, autres que les brevets à la date du 1er janvier 1935 qui devra être retranchée de leur prix de vente, à moins que leur prix de revient ou leur valeur comptable ne soit supérieur.

La valeur réelle est déterminée soit par son estimation dans un inventaire, un contrat de mariage ou autre acte public, à une date rapprochée du 1er janvier 1935.

A défaut de ces renseignements précis l'évaluation sera déterminée par l'application au prix de vente du rapport constaté entre les chiffres d'affaires globaux de chacune des périodes de trois ans ayant précédé respectivement d'une part la date de l'ouverture de l'exercice en cours le 1er janvier 1935, d'autre part la date d'ouverture de l'exercice commercial pendant lequel la vente a eu lieu.

Pour un fonds vendu le 1er mars 1941, dont l'exercice est clos le 31 octobre, les périodes de trois ans dont les chiffres d'affaires doivent être comparés iront du 1er novembre 1931 au 31 octobre 1934 et du 1er novembre 1937 au 31 octobre 1940.

Exemple :

Chiffres d'affaires globaux du 1er novembre 1931 au 31 octobre 1934, 4.000.000 francs.

Chiffres d'affaires globaux du 1er novembre 1937 au 31 octobre 1940, 5.000.000 francs.

Prix de vente des éléments incorporels autres que les brevets, 1.000.000 francs.

Valeur au 1er janvier 1935, 1.000.000 × 4.000.000 : 5.000.000 = 800.000 francs.

Plus-value imposable 1.000.000 — 800.000 = 200.000 francs.

S'il y avait moins-value elle serait à retrancher du bénéfice imposable.

A. et S. Martinot
Conseillers fiscaux.

(1) Nom, enseigne, clientèle, etc...

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La déclaration des causes de décès et la légalité. — Secret professionnel, contrôle et Assurances sociales. — Application du Code du travail dans les professions libérales.

On nous dira sans doute que nous sommes têtus : nous avons lu avec intérêt le persuasif article publié par la *Presse médicale* du 13 septembre dernier, sur les bienfaits de la déclaration obligatoire des causes de décès, et nous ne sommes point convaincus.

Certes, nous comprenons fort bien qu'il soit regrettable pour la défense sanitaire de ne posséder de statistiques que pour 50 % des décès. Nous partageons les préoccupations de M. Moine et des Ministres successifs de la Santé publique qui ont voulu lui permettre de travailler utilement. Et même nous rendons hommage à l'ingéniosité du système et du modèle présenté qui empêche toute fuite jusqu'à l'échelon de l'inspection départementale de la Santé.

Mais c'est là que tout se gâte. Jusqu'ici on nous a parlé des faits. Si nous parlions un peu des lois ?

Oublie-t-on que l'inspecteur de la Santé, loin d'être lié par le secret professionnel, peut être tenu de signaler au Procureur de la République, un décès suspect en vertu de l'art. 29 du Code d'instruction criminelle ? Oublie-t-on que le médecin traitant qui aura permis cette dénonciation « paiera les pots cassés » ? Ceci est impossible en pratique, nous répond-on : voyez le certificat, il ne contient pas de noms. Cette objection est puérile, car le nom de la commune et la date du décès suffira dans la majorité des cas à faire repérer le décédé.

Et puis sur quoi fonder l'obligation d'établir un certificat à l'occasion de chaque décès ? Certainement pas sur les articles 77 et 78 du Code civil, qui ne prévoient que la *constatation* des décès par l'officier d'état civil, ou par son mandataire médecin d'état civil là où il existe. On nous dit que le coût du certificat sera à la charge de la famille. Mais si celle-ci refuse, ce ne sera point l'affirmation de M. Poix qui résoudra le problème, car elle ne serait guère de poids (sans jeu de mot) devant les tribunaux.

Certes l'auteur ne méconnaît pas ces objections. Il s'en tire élégamment par une référence à Montesquieu dont nous nions d'ailleurs la validité. S'il est bon de ne point légiférer lorsque les mœurs suffisent, il est bien mauvais d'engager les mœurs à violer les lois alors même qu'on les juge désuètes. Ceci ne peut qu'affaiblir le principe de légalité, fondement pourtant essentiel de l'ordre public, et ce n'est point notre actuel Garde des Sceaux qui nous contredira.

Si les faits exigent impérieusement cette statistique des causes de décès, que l'on se décide à retailler les lois à leur mesure. La réforme est simple, nous en avons déjà tracé les bornes. Qu'elle intervienne et le médecin pourra sans réticences donner le certificat qu'on lui demande.

***

A la suite de nos articles sur le secret professionnel, nous avons reçu une lettre fort courtoise du médecin contrôleur d'une Union régionale de Caisses d'assurances sociales qui, malicieusement, essaye de mettre en défaut notre thèse, en invoquant les deux faits suivants :

— le médecin traitant d'un pensionné de guerre, porteur d'un carnet avec diagnostic à en-tête inscrit par un employé de préfecture, ne se retranche pas derrière le secret professionnel ;

— le médecin traitant d'un assuré social refuse le diagnostic au médecin conseil agissant en cette qualité, et le lui révèle quelques jours après au sein d'une Commission technique (maladie ou invalidité).

Nous lui avons répondu, et tenons à dire ici même, que ces deux faits ne nous gênent pas. Et nous allons le prouver :

Tout d'abord, en effet, ce que le médecin traitant doit refuser de révéler au médecin conseil, qui, légalement, reste un tiers à son égard, ce sont aux termes de la jurisprudence de la Cour de Cassation (arrêt du 13 juillet 1936), les faits secrets de leur nature, c'est-à-dire ceux dont la divulgation serait susceptible de porter atteinte aux intérêts matériels ou moraux du malade. On ne peut sérieusement soutenir que la maladie d'un pensionné de guerre soigné au titre de l'art. 64 de la loi des pensions soit secrète de sa nature à l'égard de l'Administration, puisqu'elle ne donne droit aux soins gratuits que si elle est une conséquence du motif de réforme, lequel est connu, patent et presque public. Il n'en va pas de même en matière d'Assurances sociales, régime extrêmement général à l'inverse du précédent, dont relèvent toutes les maladies qu'elles qu'en soient la nature ou l'origine, même les plus secrètes.

***

Quant au second argument, il va nous permettre de toucher du doigt ce qui manque à l'organisation actuelle du contrôle, et de montrer ce que la réforme en cours peut faire pour y remédier.

Si le médecin traitant *doit* se retrancher derrière le secret professionnel à l'égard du médecin-conseil agissant en cette qualité c'est que, *en droit* (non en fait nous nous empressons de le dire), rien ne lui garantit que le fait révélé ne serait pas ultérieurement divulgué. S'il en allait par malheur ainsi, la responsabilité pénale et civile du médecin traitant, et la sienne seule, serait juridiquement engagée, et aucune excuse valable ne pourrait être invoquée par lui devant ses juges.

Bien au contraire, le médecin conseil, membre d'une Commission technique, c'est-à-dire d'une juridiction prévue par la loi des Assurances sociales, est en cette qualité, soumis à l'art. 378 du Code pénal. Le médecin traitant peut alors parler à cœur ou plutôt à dossier ouvert en toute tranquillité.

***

Que conclure de là ? C'est qu'au moment où M. Serge Huard songe à donner, en exécution de la loi du 29 mai sur les Assurances sociales, un nouveau statut aux médecins contrôleurs, ne leur assurant une grande indépendance à l'égard des Caisses, il serait souhaitable qu'il parachève sa réforme en incluant par une loi le médecin contrôleur dans le cercle du secret.

Ainsi la collaboration entre médecin traitant et médecin conseil pourrait être à la fois fructueuse, ce qu'elle est déjà, et légale, ce qu'elle n'est pas encore.

***

On sait qu'une loi du 24 mars 1941 a étendu aux salariés des professions libérales un certain nombre de dispositions du Code du travail (âge, durée du travail, emploi des femmes et des enfants, hygiène et sécurité des travailleurs).

Une loi du 5 septembre, parue au *Journal Officiel* du 7, a complété ces mesures en soumettant aux règles édictées par le Code du travail les apprentis des professions libérales apprenant un métier pour lequel les services de l'enseignement technique ont prévu un certificat d'aptitude. Il en va notamment ainsi des mécaniciens-dentistes.

***

Nous avons omis de signaler que la conférence de M. Huard, dont nous avons parlé dans nos derniers échos, s'était déroulé à Aix-en-Provence.



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4280. — Frais et honoraires d'expertise en matière d'accidents du travail

Dans une affaire de révision d'accident du travail, le différend est porté devant le Tribunal civil qui commet trois médecins experts pour déterminer le taux actuel de l'incapacité permanente partielle que con erve le blessé.

Les trois experts procèdent à leur mission mais refusent de déposer leur rapport avant que la Société d'assurances garantissant l'employeur ait versé le montant des honoraires d'expertise.

La Société d'assurances s'y refuse en soutenant qu'elle n'a pas à faire l'avance de frais d'exper ise avant de connaître la décision du Tribunal qui peut fort bien condamner la victime.

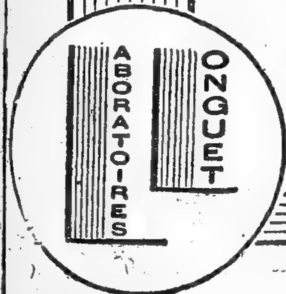
Le receveur de l'Enregistrement soutient qu'il ne peut avancer les frais d'expertise que dans le cas où la révision est demandée par l'accidenté.

Les médecins experts défendent la thèse que : « La Compagnie d'assurances doit être, en dernier ressort, appelée à faire les frais de l'expertise ».

Personnellement, nous pensons que lorsqu'un médecin expert est commis en conciliation, c'est à l'a sureur d'avancer les frais, mais que lorsque l'expert est commis par jugement, il ne saurait être question de faire supporter ces frais, à l'avance, par l'assureur. J. C.

Réponse

Il faut à notre avis distinguer deux quesfions bien distinctes :



1° *De la provision en matière d'expertise.*

Les experts ne sont pas fondés légalement à demander, préalablement à la mise en œuvre de leurs opérations, la consignation du montant de leurs frais et honoraires qui doivent être taxés par le Tribunal, donc postérieurement au dépôt de leur rapport.

La pratique judiciaire leur reconnaît néanmoins le droit de réclamer au demandeur ou à la partie qui diligente l'expertise, la consignation d'une provision raisonnable couvrant leurs débours (Bordeaux, 15 décembre 1909, D. P., 1913.2.192).

De même, la doctrine (Carré et Chauveau, tome VIII, n° 75, Garsonnet et César-Bru, tome II, n° 353...) est unanime à reconnaître aux experts le droit de se faire verser, préalablement à la mise en œuvre ou à l'achèvement de leur mission, une somme suffisante pour les couvrir de leurs débours (frais de transport, recherches, examens, papier timbré, frais de justice et de greffe...).

Nous pensons, quant à nous, que les médecins-experts, au même titre que les experts en général, sont fondés à demander la consignation d'une provision raisonnable avant de procéder à leur mission ou de déposer leur rapport.

2° *A qui incombe le paiement des frais d'expertise.*

Lorsqu'une provision est réclamée au cours des opérations, c'est sans aucun doute possible la personne qui a introduit l'instance ouqui diligente l'expertise qui doit en faire l'avance.

Une fois déposé leur rapport, les experts n'ont pas à attendre la fin du procès pour obtenir le paiement de leurs frais et honoraires. L'art. 319 du Code de procédure civile leur reconnaît, en effet, le droit de faire taxer immédiatement leurs états, et de se faire délivrer un exécutoire de taxes contre « la partie qui aura requis l'expertise ou qui l'aura poursuivie si elle est ordonnée d'office ».

L'Administration de l'Enregistrement a donc raison lorsqu'elle répond qu'elle n'a à faire l'avance des frais d'expertise que lorsque cette mesure est sollicitée par l'accidenté.

En vertu de ces principes, il résulte donc que les Compagnies d'assurances sont toujours amenées à faire l'avance de ces frais, sauf à les récupérer par la suite sur l'accidenté s'il est condamné aux dépens par le jugement définitif.

Cette manière de procéder nous paraît d'ailleurs logique puisque les révisions de rente, en matière d'accidents du travail, lorsqu'elles sont accordées, bénéficient aux Compagnies.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

4184. — Visite de contrôle et fixation de l'incapacité permanente partielle. Fournitures pharmaceutiques

1° Quels honoraires demander pour contre-visite d'un blessé accidenté du travail (en présence du

médecin traitant) et rédaction d'un rapport sans fixation d'invalidité permanente partielle.

2° N'étant pas pro-pharmacien ai-je le droit de compter sur ma note d'honoraires « une ampoule sérum antitétanique, prix..... ».

Il arrive en effet que pour de tous petits accidents je ne fais qu'une seule visite et fais dans ce cas un pansement d'urgence ou une injection. (Mêmes remarques pour la fourniture du coton et de la bande qui me servent au pansement). Je demande à l'accidenté de me restituer en nature gaze, bande et coton qu'il devrait se procurer chez un pharmacien d'après une ordonnance que je lui remets, mais souvent je ne revois jamais ni client ni sérum ni objets de pansements. Suis-je répréhensible, pour exercice illégal de la pharmacie en demandant sur ma note restitution en argent de ces produits. Il va de soi que je ne fais aucun commerce ni bénéfice et ne nuis pas à l'unique pharmacien du pays en achetant tous les produits chez lui au tarif accident du travail.

Dr G.

Réponse

1° Si vous êtes médecin patronal, le prix de la visite de contrôle, et du rapport éventuel établi par vous, dépend de votre convention préalable avec le patron ou son assureur substitué. Si médecin traitant, le prix est fixé à l'art. 3 *b*), soit le prix de la visite simple, majoré de 50 %.

Quant à la fixation de l'incapacité permanente partielle, ce n'est pas au médecin traitant à l'établir pour le patron, sauf si celui-ci le demande expressément par écrit, auquel cas c'est une « expertise » qui doit être honorée comme telle ;

2° N'étant pas propharmacien, vous n'avez pas le droit de « fournir » quoi que ce soit, mais de faire une ordonnance qu'exécutera un pharmacien, lequel ensuite pourra se faire payer d'après votre ordonnance elle-même.

D'habitude, j'ai toujours chez moi à l'avance quelques « fournitures », y compris sérum antitétanique, et je fais une ordonnance pour reconstituer mon stock à chaque accidenté. C'est, je crois, le plus pratique.

Dr F. Decourt.

4227. — Autohémo — « Tentative » d'intervention — Appareillage provisoire

Membre du Sou Médical je vous serais très obligé de bien vouloir demander au Docteur Decourt le renseignement suivant : en raison de réactions sériques particulièrement importantes survenues à l'occasion d'une injection antérieure de sérum antitétanique j'ai pratiqué pour une nouvelle injection de sérum antitétanique nécessitée par une blessure suspecte la méthode suivante en vue d'éviter le retour de manifestations sériques inquiétantes — prise de sang de 10 c. c. au pli du coude, réinjection à la fesse avec addition de sérum antitétanique. Ce procédé doit-il être assimilé à la méthode de Besredka ou doit-il compter autrement.

Voulez-vous également demander au Docteur Decourt ce que l'on doit compter pour (tarif accident du travail) :

Tentatives de réduction (Kocher) d'une luxation antéro-interne de l'épaule (le chirurgien ne put réussir que par anesthésie générale).

Pose d'une écharpe de Mayor pour permettre le transport en clinique.

Dr C.

Réponse

1° C'est l'intervention semblable au traitement par autohémothérapie, qui se compose d'une injection intraveineuse (tarifée 30 francs), plus une injection intramusculaire, non tarifée spécialement.

C'est donc, en somme, 30 francs à compter, avec explications techniques pour le médecin de l'assurance ;

2° Une « tentative » d'intervention n'est pas l'objet d'une tarification spéciale ;

3° La pose d'une écharpe de Mayor (je ne sais pour quelle intervention puisque vous ne le précisez pas) ne me paraît pas, en tous cas, pouvoir être comptée « appareillage provisoire d'un membre : 100 francs ».

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

4.141. — Les prestations spéciales de deux ans

Je donne actuellement mes soins à un malade tuberculeux dont la treizième feuille (représentant six moins de soins) est arrivée à expiration. La première constatation date du 1er octobre 1940.

Ce malade a dû interrompre son travail du 15 février au 10 mai 1941, soit pendant une période d'environ trois mois. Depuis le 11 mai, il a repris son travail normalement.

Ayant été avisé par la Caisse que la période des six mois de soins, à laquelle il avait droit, était terminée, il a demandé à bénéficier des prestations spéciales prévues par l'article 6, paragraphe 16 pour ses malades n'interrompant pas leur travail.

La Caisse (caisse départementale) lui répond : « Comme suite à votre lettre et après examen de votre dossier, nous vous informons que vous ne pouvez bénéficier des prestations spéciales prévues à l'article 6, paragraphe 16 du décret-loi du 28 octobre 1935, étant donné que vous avez interrompu votre travail au cours de la période des six mois de soins. »

Par conséquent, d'après la Caisse, si ce malade n'avait pas présenté une période d'aggravation, pendant laquelle il a dû interrompre son travail, en un mot, s'il avait été moins souffrant, il serait susceptible de bénéficier de ces prestations spéciales pendant deux ans, alors que dans son état, qui réclame encore de longs soins, continuant à travailler, il n'aurait droit à rien. Ceci paraît inconcevable.

Réponse

La question de savoir si les prestations spéciales de deux ans, prévues par l'art. 6, parag. 16 du décret-loi sur les Assurances sociales au bénéfice des assurés atteints d'une maladie ne comportant pas cessation du travail constitue un droit pour les assurés ou seulement une faculté pour les Caisses est controversée en doctrine et en jurisprudence.

D'après une circulaire ministérielle du 27 janvier 1938, lesdites prestations ne rentrent pas dans la catégorie des avantages supplémentaires que les Caisses peuvent dispenser sur leur boni. Elles n'ont pas, d'autre part, le caractère de prestations obligatoires.

Aussi, si les Caisses ont l'obligation de prévoir ces prestations dans leur règlement, leur appartient-il de déterminer la mesure de leur intervention, d'énumérer les différents cas justifiant cette intervention et d'apprécier dans chaque cas d'espèce si elles doivent ou non intervenir en tenant compte pour leur décision de leur situation financière.

La Cour de cassation, saisie de cette question à différentes reprises, a décidé, dans un arrêt de de sa Chambre sociale en date du 25 janvier 1940, que « c'est à bon droit que le jugement attaqué « déclare que les prestations litigieuses (presta- « tions spéciales de deux ans) ne sont pas obli- « gatoires pour les Caisses qui, si elles doivent « les prévoir dans leur réglement, sont libres de » les accorder ou de les refuser selon les circons- « tances ».

Dans ces conditions, nous ne saurions engager votre client à se pourvoir devant la Commission d'arrondissement contre le refus qui lui a été opposé par la Caisse dont il dépend. Il ne suit pas de là qu'il soit dépourvu de tout droit à l'égard des Assurances sociales.

Il pourrait invoquer en effet, en l'espèce, l'art. 33, parag. 1er du règlement d'administration publique du 11 juillet 1939, aux termes duquel lorsqu'à la fin du délai de six mois l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des 2/3 sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurance-invalidité, peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs, les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pendant un nouveau délai de six mois au maximum.

Certes il ne s'agit point encore d'un véritable droit de l'assuré contre la Caisse, mais bien plutôt d'une faculté accordée par la loi à cette dernière, mais nous pensons que l'esprit de cette disposition ne peut être méconnu par une Caisse véritablement soucieuse de son rôle social et qu'elle s'efforcera, en dispensant des soins préventifs, d'éviter l'aggravation d'un état pouvant entraîner pour elle la lourde charge d'une pension d'invalidité.

AUTOMOBILISME

Déshydratation de l'Alcool par la chaux vive

Abonné du *Concours* depuis 1909 ou 1910, j'ai suivi les articles de M. Petit concernant les carburants et la déshydratation de l'alcool. Ayant une toute petite quantité d'alcool et en principe plus d'essence (20 litres ou 25 litres pour le mois d'août et je l'attends toujours) je voudrais l'utiliser — le carbure étant introuvable, la déshydratation doit pouvoir s'effectuer avec de la chaux. Je voudrais donc savoir et ceci pourrait servir à d'autres, quelle est la quantité de chaux nécessaire pour la déshydratation d'un litre d'alcool. M. Petit avec sa com-

pétence habituelle pourrait nous renseigner à ce sujet et nous l'en remercions vivement.

Cet alcool déshydraté peut être utilisé sans modification de la voiture mais alors il serait intéressant de savoir quelle huile et quelle quantité est nécessaire pour 5 litres d'alcool (huile de vaseline, Ricin).

Dr A. R.

Réponse

La déshydratation par la chaux vive est possible mais est toujours incomplète quand on opère à froid. Ce procédé a été l'un des premiers qui ait été utilisé entièrement, mais on l'a vite abandonné parce qu'il provoque des pertes considérables d'alcool.

Il se forme en effet des alcoolates de chaux qu'on ne peut que récupérer difficilement.

La quantité de chaux vive nécessaire théoriquement pour déshydrater un litre d'alcool à 95° serait de 185 grammes, pour un litre d'alcool à 90°, le double soit 370 grammes. Je crois que la méthode n'est vraiment pas conseillable.

Vous pourriez toujours essayer sur une petite quantité d'alcool pour vous rendre compte.

L'alcool déshydraté ne peut pas être utilisé à la place de l'essence sans aucune modification de la voiture : il faut, au minimum, réchauffer fortement la tuyauterie d'aspiration. Voyez d'ailleurs, l'article paru sur l'emploi de l'alcool dans le *Concours Médical.*

Quant à la possibilité d'y ajouter de l'huile, elle n'existe que pour les huiles végétales (huile de ricin ou autres), mais les huiles minérales, telle l'huile de vaseline, sont insolubles dans l'alcool.

H. Petit.

QUESTIONS DIVERSES

3.749. — Allocation supplémentaire de salaire

J'ai comme employé, un homme à toutes mains, son salaire avant la guerre était de 850 francs par mois.

Avec la loi passée en juin 1941 a-t-il droit à une augmentation, quel taux ? J'habite une commune de 1.400 habitants.

Réponse

La loi du 23 mai 1941 accorde à tous les salariés assurés sociaux obligatoires du commerce, de l'industrie et des professions libérales une allocation supplémentaire mensuelle de salaire, égale à:

200 francs pour Paris, la Seine ;

175 francs pour les villes de plus de 100.000 habitants et leur banlieue industrielle ;

156 francs pour les villes de plus de 20.000 habitants ;

130 francs pour les villes de plus de 5.000 habitants ;

86 francs pour les autres localités.

Cette allocation n'est pas allouée au personnel des services domestiques, en raison notamment de ce qu'ils sont nourris et logés.

En ce qui concerne votre employé, l'allocation ne pourrait lui être due que dans le cas où vous ne le nourririez pas et où il se logerait à ses frais.

O O O

Soixante-troisième année — N° 41 — 12 Octobre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants 80 fr.

Le Numéro 4 fr.

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche).

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : *6 francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 291. — Electro-radiologue Nord-Est, recherc. assist. au court. radiothérapie et ts traitements électro-thérapie. Ec. Dr Boissel, 48 cours Briand, Charleville (Ardennes).

N° 292. — On dem. gouvernante pr enfant 5 a. et téléphone. Ec. Docteur Bourdichon, Albert (Somme).

N° 293. — A céd. de suite, cause santé pet. poste Centre-Ouest, c. l. de canton. Légère indemn. en retour pour mais. et client. Ec. Dr J. Desaux à Argenton-Chateau (Deux-Sèvres).

N° 294. — A céd. mobilier médic. et droit au bail. Légère indemn. Ec. Dr Testart à Royan (Chte-Mme.)

N° 295. — Médecin 4 ann. de pratique av.-guer. cherc. remplac. ville de préfér. ds tte la zone oc. sauf zone interd. Dr R. Dentier Orainville par Neufchatel s/Aisne (Aisne).

N° 296. — J. doct. cherc. à Paris, ou banlieue imméd. appartemt bien placé pour s'instal. ou reprendr. appartemt de confr. replié. Ecr. avec dét. M. Paul Ribeyre 5 rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 297. — Client. à céd. à bon condit. dans le Lot non loin de Cahors. Facilit. pour la cess. et le log. Ecr. à M. P. Ribeyre 5 rue Auguste-Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 298. — Sud-Ouest, zone lib. à céd. rais. de santé, tr. bon post. Médec. génér. en plein rapp. médec. S. N. C. F. avec tte l'installat. Ecr. M. P. Ribeyre 5 r. Auguste Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 299. — Cause départ pressé et forcé à vendre bonnes conditions, clientèle campagne, 2 heures de Paris. Ecrire Gendron, 26 avenue Jean-Jaurès. Le Bourget.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Deux-Sèvres. — Propharmacien. Gros rapport. Prix moitié. Petite habitation.

Indre-et-Loire. — Propharmacien. Bon rapport. Prix modéré. Grande habitation.

Calvados. — Seul médecin. Pas de pharmacien. Grande maison. Loyer 2.500 francs. Rapport moyen Prix 20.000 francs.

Gironde. — Gros bourg. Grande maison. Bon rapport. Prix moitié.

Seine-et-Marne. — Deux médecins. Dix pièces. Loyer 5.500 francs. Très bon rapport. Prix modéré.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille.** — Soucieux d'utiliser sur place les loisirs de vacances, quelques professeurs de la Faculté libre de médecine de Lille ont organisé, cette année, une série de conférences, en août et septembre. Prenant la parole deux fois par semaine, ils ont exposé quelques questions d'actualité, devant un nombreux public de médecins et d'étudiants.

Le vif succès remporté par ces causeries ne sera pas sans lendemain. Les professeurs de la Faculté libre de médecine de Lille se proposent, en effet, de continuer cet enseignement pendant le semestre d'hiver.

Voici quelques-uns des titres de conférences du cours de vacances : Prof. BERNARD : Applications pratiques des récentes découvertes en endocrinologie ; Prof. DELATTRE : Les métropathies d'origine ovarienne ; Prof. DELATTRE : Mécanisme des infarctus viscéraux ; Prof. BERNARD : Les sédatifs en pathologie cardio-vasculaire ; Prof. LE GRAND : Les vitamines (trois leçons) ; Prof. BERNARD : Faits expérimentaux et cliniques sur l'hypertension ; Prof. COURTY : Le traitement moderne des brûlures étendues ; Prof. VINCENT : Quelques données pratiques sur l'anatomie du sympathique (deux leçons) ; Prof. D'HALLUIN : Pensons aux ressources appréciables que nous offre l'exploitation d'un climat solaire quand le combustible devient rare ; Prof. LEPOUTRE : Quelques données récentes sur la pathogénie et sur le traitement des accidents de l'occlusion intestinale.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours des prix de l'internat.* — Les concours des prix de l'internat (année 1941-1942) auront lieu : le 15 janvier 1942 (*concours de chirurgie et d'accouchement*), et le 19 janvier 1942 (*concours de médecine*). Les inscriptions sont reçues au bureau du service de santé de l'Administration de l'assistance publique, du 4 au 15 novembre 1941. Les mémoires prescrits comme épreuves de ces concours devront être déposés au plus tard le 15 novembre 1941.

— *Concours de l'internat. Jury.* — Liste des membres du jury des épreuves d'admissibilité du concours de l'internat 1941 (*ordre du tirage au sort*) : MM. Clément Launay, Lenègre, Hautant, Sureau, Redon, Gueullette, Gandy, Decourt, Maurice Renaud, Banzet, Guimbellot, Brocq.

— **Le Docteur Max Jayle grièvement blessé.** — Par suite de l'explosion d'une cornue, au cours d'une expérience qu'il faisait au laboratoire de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, à Paris, le Docteur Max Jayle, professeur agrégé de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris, a été blessé grièvement au visage.

Plusieurs éclats de verre ont atteint la région des yeux entraînant la perte de l'un d'eux.

Le Docteur Max Jayle est le fils du Docteur F. Jayle, le gynécologue parisien bien connu.

— **Académie de Paris.** — M. Gilbert Gidel, professeur à la Faculté de droit de Paris et à l'Ecole des sciences politiques, est délégué dans les fonctions de Recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Maurain, Doyen de la Faculté des Sciences de Paris, nommé Recteur honoraire et admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— **Académie française.** *Prix Aubril.* — La « Ligue contre la surdité » vient de recevoir le Prix Aubril, de l'Académie française, en témoignage de son action bienfaisante depuis dix-sept ans. La Ligue (secrétariat : 70, route de Bellet, Nice) comprend dans son Conseil d'administration Auguste Lumière, les colonels Meyrialle et Grépinet, et les Docteurs Robert Morche, Foveaude Courmelles, Georges Martinaud et Constantin.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — *Cours de service social antivénérien, pour les infirmières, les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes;* Vingt-quatrième session ; du 10 au 15 novembre 1941, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques Paris (XIVe), avant le 1er novembre 1941. Droit d'inscription : 10 francs.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une Ecole de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

Un certificat est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

— **Association de la Presse Médicale Française.** — L'Association de la Presse Médicale française tiendra son assemblée générale le 21 octobre prochain à la Faculté de Médecine, à 16 heures 30.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Roger Colletas sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Pierre*. Le 13 août 1941.

Creil (Oise).

— Louis Dauptain a la joie de vous annonecr la naissance de sa petite sœur *Marguerite*. Le 9 septembre 1941.

Docteur R. Dauptain, Mauves-sur-Loire (Loire-Inférieure).

— **Mariages.** — Le Docteur F.-M. Cuvier a l'honneur de vous faire part de son mariage avec Mademoiselle Madeleine Chevallier.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 20 août 1941, en l'Eglise Saint-Honoré-d'Eylau.

Saint-Christophe-sur-le-Nais (Indre-et-Loire).

— Le Docteur et Madame Henri Meunier ont l'honneur de vous faire part du mariage de Mademoiselle Françoise Meunier, leur fille et belle-fille, avec Monsieur Louis Desouches, ingénieur des Arts et Manufactures.

Pau, 31, rue Bayard.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS.

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué

Au cours de sa Xe session, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a d'abord créé des licences de remplacement pour les étudiants en médecine qui seront soumis à la juridiction de l'Ordre pendant la durée de leur remplacement, et donné des instructions précises aux Conseils départementaux à ce sujet.

Parmi de nombreuses autres questions, le Consei, supérieur a étudié l'organisation de la chirurgiel le statut-type des contrats avec les collectivités, le projet de loi créant la Caisse d'entr'aide et de prévoyance pour le Corps médical.

Enfin, le Conseil supérieur a pris connaissance des questions étudiées à la réunion d'Aix-les-Bains, des Présidents et Secrétaires des Conseils départementaux de la zone non occupée et, en particulier, des demandes de relèvement de tarifs.

Le Livre d'Or du Corps Médical français

Tombé au champ d'honneur :

Chaumeix (Pierre), *médecin auxiliaire au 2e bataillon du 2e régiment d'infanterie* :

Tué en juin 1940 aux environs de Nesles-la-Montagne (Aisne).

***

LÉGION D'HONNEUR

Est nommé à titre posthume au grade de chevalier :

FROMAGET (Georges-Marcel-Joseph), *médecin lieutenant*, (91e groupe de reconnaissance de division d'infanterie).

Jeune médecin militaire qui s'est fait remarquer par son courage et son mépris du danger. Mortellement blessé, le 16 mai 1940, à Anor a fait l'admiration de tous par son abnégation et son sentiment élevé du devoir, nepensant qu'à sa famille et sa patrie pour lesquelles il faisait le sacrifice de sa vie. A été cité.

(*J. O.* du 9 septembre 1941).

Sont inscrits aux tableaux spéciaux pour chevalier :

SALLET (Jean), *médecin lieutenant au* 106e *rég. d'artillerie :*

Médecin de grande valeur et d'une haute conscience professionnelle. Pris sous un violent bombardement aérien, le 20 mai 1940, pendant qu'il remplissait les devoirs de sa fonction, a été très grièvement blessé par éclats de bombe.

(*J. O.* du 12 septembre 1941),

JANDOT dit DANJOU (Raymond), *médecin lieutenant au* 134e *rég. d'infanterie* :

Médecin d'une haute conscience professionnelle. A été grièvement atteint de blessures multiples par l'éclatement d'une mine, le 17 juin 1940, aux environs de La Chaux, dans l'accomplissement de son devoir. Mutilé de la face.

(*J. O.* du 5 septembre 1941).

***

(Pour prendre rang du 8 juillet 1941)

OTT (Raymond-Joseph-Justin), *médecin commandant au* 6e *rég. étranger d'infanterie* :

Médecin de groupement, toujours en première ligne et partout où on pourrait avoir besoin de lui. Du 17 au 26 juin 1941, devant Djezzine, a prodigué ses soins aux blessés sous les plus violents bombardements avec un dévouement et un mépris du danger qui ont fait l'admiration de tous. A été gravement atteint par éclat d'obus, le 8 juillet 1941, à la cote 560, devant Kafer-Mata, alors qu'il soignait un légionnaire blessé.

(*J. O.* du 16 septembre 1941).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Accidents du travail

Loi du 11 *septembre* 1941 *relative à l'appareillage des mutilés du travail*

Art. 1er. — Le second alinéa de l'article 16 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par la loi du 1er juillet 1938, est modifié comme il suit :

« En cas d'accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président qui en donne acte en indiquant, sous peine de nullité, le salaire annuel effectif, le salaire de base, le taux d'incapacité dans les conditions visées à l'article 3 et le montant de la rente. »

Art. 2. — Les dispositions suivantes sont ajoutées après le dernier alinéa de l'article 16 de la loi susvisée :

« Le droit de la victime à l'appareillage est fixé : soit par l'ordonnance du président prévue au second alinéa du présent article en cas d'accord entre les parties, soit par la décision judiciaire attribuant la rente en cas de renvoi devant le tribunal, soit par une décision judiciaire intervenant avant la décision attributive de rente, s'il y a urgence à pourvoir d'un appareil de prothèse le blessé dont l'accident présente un caractère professionnel indiscuté. »

(*J. O.*, 27 septembre 1941).

Direction régionale de la Santé

Circonscriptions des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance

Par arrêtés du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé en date du 15 septembre 1941, les directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance dont les noms suivent ont été affectés aux régions sanitaires définies ci-après :

1° M. Serge Gas, en résidence à Paris : départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne ;

2° M. le Docteur Lelong, en résidence à Besançon : départements de la Côte-d'Or, de l'Yonne, de la Nièvre, de la Haute-Saône, du Doubs, du Jura (partie occupée), de Saône-et-Loire (partie occupée), de l'Allier (partie occupée), de l'Ain (partie occupée) de la Haute-Savoie (partie occupée), et du territoire de Belfort ;

3° M. le Docteur Vieilledent, en résidence à Lille : départements du Nord et du Pas-de-Calais ;

4° M. le Docteur Albertin, en résidence à Bordeaux : départements de la Gironde (partie occupée), des Landes (partie occupée) et des Basses-Pyrénées (partie occupée) ;

5° M. le Docteur Merle, en résidence à Poitiers : départements des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Charente-Inférieure, de la Vienne (partie occupée), de la Charente (partie occupée), de la Dordogne (partie occupée) ;

6° M. le Docteur Bianquis, en résidence à Rennes : départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord du Finistère et du Morbihan ;

7° M. Lanquetin, en résidence à Orléans : département du Loiret, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, de l'Indre (partie occupée) et du Cher (partie occupée) ;

8° M. Jouany, en résidence à Toulouse : départements de la Haute-Garonne, de Tarn-et-Garonne, du Lot, de Lot-et-Garonne, de l'Ariège, du Gers, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées (partie non occupée), des Landes (partie non occupée) et de la Gironde (partie non occupée) ;

9° M. le Docteur Lamy, en résidence à Limoges : départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Creuse, de la Dordogne (partie non occupée), de l'Indre (partie non occupée), de la Vienne (partie non occupée), de la Charente (partie non occupée), d'Indre-et-Loire (partie non occupée) ;

10° M. le Docteur Schneider, en résidence à Châlons-sur-Marne : départements de la Marne, de la Haute-Marne et de l'Aube ;

11° M. le Docteur Cleret, en résidence à Clermont-Ferrand : départements du Puy-de-Dôme, du Cantal, de l'Allier (partie non occupée) et du Cher (partie non occupée) ;

12° M. le Docteur Grenoilleau, en résidence à Montpellier : départements de l'Hérault, du Gard, de la Lozère, de l'Aveyron, du Tarn, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales ;

13° M. le Docteur Goulley, en résidence à Marseille : départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse, de l'Ardèche, de la Drôme, du Var, des Alpes-

Maritimes, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes et de la Corse ;

14° M. le Docteur Clavelin, en résidence à Lyon : départements du Rhône, de la Loire, de la Haute-Loire, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère, de Saône-et-Loire (partie non occupée) et du Jura (partie non occupée) ;

15° M. le Docteur Melnotte, en résidence à Nancy : départements de Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et des Vosges ;

16° M. le Docteur Vidal, en résidence à Laon : départements de l'Aisne, des Ardennes, de l'Oise et de la Somme ;

17° M. Haag, en résidence à Rouen : départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure, du Calvados, de la Manche et de l'Orne ;

13° M. le Docteur Triollet, en résidence à Angers départements de Maine-et-Loire, de la Loire-Inférieure, de la Mayenne, de la Sarthe et d'Indre-et-Loire (partie occupée) ;

19° M. le Docteur Boulangier, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, est adjoint à M. le Docteur Clavelin, directeur régional de la Santé et de l'Assistance pour la région de Lyon.

M. le Docteur Boulangier exercera plus spécialement ses fonctions dans les départements de la Haute-Savoie, de la Savoie, de l'Isère, de l'Ain (partie non occupée). Il résidera à Grenoble.

(*J. O.*, 24 septembre 1941).

Enseignement

Arrêté du 8 septembre 1941 sur la nomination des professeurs des facultés de médecine

Art. 1er. — Les professeurs titulaires des facultés de médecine sont répartis, pour l'application de l'article 5 de la loi du 15 juillet 1941, en six groupes ci-après définis :

I. — Sciences anatomiques (anatomie, histologie embryologie).

II. — Sciences physiologiques (physiologie, chimie physiologique et physique médicale).

III. — Pathologie médicale (pathologie interne, tuberculose, pathologie digestive, dermatologie, pathologie vénérienne, pathologie exotique, neuro-psychiatrie et neurochirurgie, pédiatrie, maladies infectieuses, clinique du cancer).

IV. — Pathologie chirurgicale (pathologie externe, chirurgie gynécologique, infantile, urologique ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, pathologie obstétricale).

V. — Sciences paramédicales (bactériologie, parasitologie, médecine expérimentale, anatomie pathologique).

VI. — Pratique médicale (hydrologie, hygiène, médecine légale, médecine sociale, pharmacologie, thérapeutique, électroradiologie).

Art. 2. — Les professeurs titulaires des facultés de médecine (section pharmacie) sont répartis pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en deux groupes ci-après définis :

I. — Histoire naturelle pharmaceutique.

II. — Pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.

Art. 3. — Quelle que soit la nature de la chaire qu'ils occupent, les professeurs sont placés dans le groupe correspondant à l'agrégation dont ils ont subi les épreuves. Toutefois, les professeurs non agrégés sont placés dans le groupe auquel ressortit normalement la chaire dont ils sont titulaires.

Art. 4. — Les professeurs placés dans un même groupe sont consultés par écrit lors de toutes les nominations visées aux articles 3, 4, 6, 7 et 9 de la

loi du 15 juillet 1941. A cet effet, leur sont communiqués les noms des candidats qui se sont déclarés après l'avis de vacance de chaire.

Chaque professeur présente deux noms placés dans l'ordre de la préférence.

Art. 5. — Le présent arrêté entrera en application à la date du 1er janvier 1942.

(*J. O.*, 24 septembre 1941).

Nomination de professeur

Par arrêté en date du 6 septembre 1941, M. de Leobardy, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges est nommé, pour trois ans, à compter du 1er octobre 1941, directeur de cette Ecole, en remplacement de M. Marcland, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 26 septembre 1941).

Inspection de la Santé

Décret du 21 *septembre* 1941 *nommant l'inspecteur général de la Santé et de l'Assistance*

Art. 1er. — M. le Docteur Aujaleu (Eugène-Jean-Yves), professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, en remplacement de M. le Docteur Aublant, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 24 septembre 1941).

Victimes civiles de la guerre

Loi du 26 *juillet* 1941 *sur les réparations aux victimes civiles de la guerre*

(Extraits)

Art. 1er. — Les dispositions de la loi du 24 juin 1919, modifiée par la loi du 28 juillet 1921, sont, sous réserve des dispositions prévues par le présent décret, applicables aux victimes civiles de la guerre et à leurs ayants cause, de nationalité française, non bénéficiaires d'un régime spécial de réparation, en ce qui concerne les infirmités et le décès provenant de blessures reçues ou d'accidents survenus dans les conditions prévues au premier et deuxième paragraphe de l'article 2 de la loi du 24 juin 1919.

Art. 2. — Il n'y a lieu à concession de pension que si les infirmités contractées dans les conditions définies à l'article précédent entraînent un degré d'invalidité égal ou supérieur à 10 %.

Art. 3. — Le décès de la victime civile ouvre droit à pension à ses ayants cause si elle avait atteint l'âge de 15 ans.

Art. 5. — Les requis et engagés civils de la défense passive visés aux alinéas *a*, *b* et *c* de l'article 11 de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre et leurs ayants cause ont droit à une pension dans les conditions prévues par le présent décret.

Le même droit à pension est ouvert aux personnels visés au paragraphe précédent du présent article au titre des infirmités ou du décès résultant d'accidents survenus au cours d'exercice de défense passive auxquels ils ont été régulièrement convoqués.

Art. 7. — Des décrets détermineront, s'il y a lieu les conditions d'application du présent décret à l'Algérie, aux Colonies, aux pays de protectorat et aux territoires sous mandat.

(*J. O.*, 28 septembre 1941).

Voir la suite page XLIII-1787

PROPOS DU JOUR

UN DANGER DE TOUTE ACTUALITÉ : LES EMPOISONNEMENTS PAR LES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX

Les restrictions alimentaires portent la population à utiliser toutes les substances animales et surtout végétales qui ont une valeur nutritive. Parmi ces substances les champignons doivent être classés au premier rang. Non seulement ils sont un met délicat et de tous temps appréciés par les gourmets, mais ils sont en outre un aliment complet au point de mériter le nom de « *viande végétale* ». Cependant la médaille a son revers. En regard des avantages que présentent les champignons comestibles, nous devons mettre les terribles accidents toxiques des champignons vénéneux. DAMÉE dans son *Nouvel Atlas des Champignons* évalue à 8.000 (d'autres disent 10.000) les victimes annuelles que feraient les champignons toxiques. La vente des champignons est sérieusement surveillée dans les villes. A Paris, aux Halles Centrales, où le commerce des champignons surveillés porte sur 3 millions de kilogrammes (la plupart champignons cultivés de couche), les accidents toxiques sont rares, mais à la campagne où tout le monde se livre à leur cueillette, souvent sans pouvoir distinguer les mauvais des bons, les empoisonnements sont fréquents et actuellement les journaux relatent constamment la mort de familles entières, victimes de l'ingestion de champignons vénéneux.

Il vaut mieux prévenir que tâcher de guérir. Le meilleur moyen prophylactique des empoisonnements par l'ingestion de champignons serait de s'abstenir d'en manger. Mais pourquoi se priver, surtout à l'heure actuelle, d'aliments de choix si on peut distinguer facilement les bons des mauvais. Un mycologue distingué, M. Camille FAUVEL, nous en fournit les moyens dans un très intéressant petit livre illustré de nombreux dessins de l'auteur, intitulé *Le Champignon qui tue* (1).

Pour M. FAUVEL, il n'y a qu'une seule sorte de champignons qui sont mortels, ce sont les *Amanites phalloïdes* (*d'Amanos*, montagne de Cilicie, connue des Anciens pour l'abondance des champignons qui y poussaient). A l'Amanite phalloïde, le plus répandu, il convient d'ajouter trois ou quatre variétés très voisines, affectant à peu de chose près les mêmes caractères morphologiques, tels que *l'Amanita verna*, *l'Amanita citrina*, *l'Amanita virosa*, *etc.*

Ces Amanites phalloïdes mortelles sont des champignons de forme élégante, présentant des lamelles blanches, un anneau sur sa tige audessous du chapeau et une vulve à son pied. 95 pour 100 des morts par empoisonnements leur seraient attribuées. Ainsi donc trois particularités caractérisent ces champignons vénéneux : les *lamelles blanches*, *l'anneau* et surtout la *vulve*. La vulve qui affecte tout à fait au pied du cryptogame la forme d'un étui ou d'un renflement est le débris d'un corps sphérique que PLINE L'ANCIEN avait comparé à un œuf, et qui contiendrait le champignon à son origine.

Le seul procédé pour se préserver des intoxications est de bien connaître les caractères des cryptogames vénéneux ; tous les autres moyens (noircissement de l'or et de l'argent, de l'oignon, de l'ail, de la moëlle de sureau, changement de couleur quand on les brise, suc laiteux qui sourd de leur cassure, etc., etc.) sont des dangereux préjugés, ainsi que les procédés de désintoxication : macération dans le vinaigre, dans l'eau salée, dessication, etc.

Trois sortes d'empoisonnements seraient dus aux champignons.

1° *L'empoisonnement phallinien*, le plus fréquent, le seul qui soit vraiment mortel, dû à une toxine la *phalloïdine*. L'allemand KOBERT avait isolé, il y a longtemps, la *phalline*, mais elle est détruite par la cuisson à une température de 70° et ne pourrait expliquer les intoxications par champignons cuits dans l'huile bouillante.

2° *L'empoisonnement muscarinien*, dû à une toxine, la *muscarine*, qui siège surtout dans la fausse oronge (*Amanita muscaria*). Cet empoisonnement n'est pas mortel chez un individu sain. Des expériences de ROCH (*Bull. de la Soc. de Botanique de Genève*, 1913), il faudrait faire

(1) *Editions classiques Fouraut*, 47, rue Saint-André-des-Arts, Paris.

◆◆

absorber 4 kilogrammes de fausse oronge à un homme pesant 75 kilogrammes pour déterminer la mort.

3º Enfin *l'empoisonnement lividien*, dû à l'acide helvellique, à l'aglutine, à des substances résinoïdes, à la névrine, décomposition de la choline. Cet empoisonnement serait provoqué par l'ingestion de champignons altérés ou crus, parfois chez des personnes sujettes à une idiosyncrasie. L'acide helvellique serait décomposé par une température dépassant 200º.

L'empoisonnement phalloïdien ne produirait ses effets que 10 heures, 16 heures, 20 heures, ou même 30 heures après l'ingestion. Les premiers symptômes seraient des éblouissements, des douleurs gastralgiques (crampes et brûlures d'estomac) ; puis surviennent la soif intense avec sensation d'étranglement, des sueurs froides ; la région hépatique est tuméfiée et douloureuse ; des coliques se manifestent avec de la diarrhée fétide et dysentériforme. Des périodes d'accalmie donnent quelques répits aux souffrances très vives du malade.

Peu à peu le pouls baisse, parfois les quatre membres paraissent paralysés, le malade est couché en chien de fusil, et le cœur s'arrête. La mort survient cinq à dix jours après le début. L'intelligence et la mémoire restent intactes jusqu'à la fin Dans son *Traité de Toxicologie générale*, le Professeur Orfila a donné l'observation détaillée de l'empoisonnement phallinien dont furent victimes les dames Boyer, belle-fille et petite-fille du baron Boyer, le célèbre chirurgien du début du XIXe siècle.

Tout autre est l'empoisonnement muscarinien ; il détermine une sorte d'ivresse très peu de temps après l'ingestion. L'excitation cérébrale est telle qu'elle provoque des accès de folie furieuse (cris, sauts, danses, etc.) ; puis le sommeil survient et lorsque le malade se réveille, il a complètement oublié ce qui lui est survenu. La muscarine s'élimine par les urines. Les Samoyèdes et les habitants du Kamtchaka préparent avec *l'Amanite tue-mouche* un breuvage qui donne l'ivresse muscarinienne et, relate Fauvel, comme l'Amanite est rare dans leur pays, ils prolongent leur ivresse en buvant leur urine émise durant la crise. L'empoisonnement lividien présente les symptômes d'une violente indigestion.

Le traitement de l'empoisonnement par les champignons a été résumé dans une causerie faite par le Professeur G. Nicolas, de la Faculté des Sciences de Toulouse, le 19 août 1941, à *Radio-Toulouse.*

Le 12 juin 1923, le Docteur Dujarric de la Riviere présenta à *l'Académie des Sciences* les résultats obtenus avec un sérum antiphalloïdien ; il avait immunisé un cheval avec la toxine de l'Amanite phalloïde. Son sérum est à la fois curatif et préventif mais il ne donne de bons résultats que lorsqu'il est fraîchement préparé.

Le Docteur Limousin (de Clermont-Ferrand) a annihilé l'action de la toxine phalloïdienne en faisant absorber sept cervelles et trois estomacs non lavés de lapins, enrobés dans du sucre ou de la confiture. Il est difficile de faire avaler au malade ce mélange, qui souvent, provoque des vomissements. M. Travers en conclut qu'il n'y a pas de remède efficace.

La phalloïdine passe de l'estomac et de l'intestin dans le sang plus de dix heures après l'ingestion, ce qui explique l'inefficacité de l'absorption de charbon et des lavages d'estomac. Le Docteur Binet et M. Marek constatèrent dans le sang de l'hypoglycémie, de l'hypochlorémie et de l'azotémie. Cela les porta à préconiser des injections intraveineuses de sérum glucosé à 30 à 40 grammes pour 1.000 c. c., quatre à cinq fois par jour.

Le Docteur Le Calvé (de Redon) obtint de bons résultats en faisant absorber de l'eau salée froide (10 grammes de sel par 120 c. c.) par petites gorgées à courts intervalles jusqu'à l'ingestion d'un demi-litre.

Ces deux derniers procédés combinés paraissent avoir une action favorable.

Les empoisonnements muscariniens et lividiens relèvent du même traitement, en y ajoutant quelques calmants et des injections d'huile camphrée et d'éther. Le sulfate d'atropine, préconisé autrefois, paraît contrindiqué.

Voilà à l'heure actuelle ce que nous savons sur les empoisonnements par les champignons vénéneux. La meilleure méthode pour les com battre est prophylactique ; c'est celle que préconise M. Camille Fauvel ; bien connaître les champignons les plus dangereux : les amanites phalloïdes. Nous ne croyons pas qu'il soit prudent de donner cet enseignement dans les écoles, du moins aux élèves trop jeunes ; nous craindrions de les inciter à faire des cueillettes qui pourraient avec un discernement insuffisant devenir fatales.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA HERNIE INGUINALE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le Docteur Robineau
Chirurgien honoraire des hôpitaux

Les très intéressants articles sur la hernie, naguère qualifiée accident de travail, parus dans le *Concours médical* des 4 mai et 15 juin 1941, m'incitent à soumettre ici quelques réflexions. J'ai quelque expérience de la question ; pendant vingt ans, j'ai été expert au Tribunal de la Seine ; puis, presque aussi longtemps, j'ai compulsé des dossiers d'accidents de travail; et, c'est alors que la confrontation des rapports d'expertise avec les décisions de justice m'a fait reconnaître les causes d'un désaccord possible entre la doctrine médicale et le libellé des jugements.

Le Professeur Hardouin fait allusion à ce désaccord à propos des hernies ; à vrai dire, la mésentente est en voie d'apaisement par suite des efforts de bon nombre de nos confrères ; un peu d'énergie de la part des médecins la ferait disparaître complètement.

Dans son article, M. Hardouin note d'après la jurisprudence que :

« Du seul fait que la lésion constatée est révé-
« lée pendant le travail ou sur le lieu du travail
« on doit admettre une relation de cause à effet
« indiscutable ».

Pareille interprétation de la loi serait en effet « singulière » et « contraire à l'équité la plus évidente », comme dit M. Hardouin. Il ne faut donc pas la laisser s'implanter dans l'esprit des médecins.

La constatation d'une lésion, quand elle s'est produite à l'heure et au lieu du travail, oblige les magistrats à dire qu'il y a *présomption d'accident de travail* (Voir Cass. Civ., 13 juillet 1932) ; et c'est tout. La relation entre l'accident et la lésion, question d'ordre scientifique et médical reste *toujours discutable* ; elle n'est pas de la compétence des juges ; c'est pourquoi, ils demandent le concours d'un médecin-expert.

Si cette relation devait être admise obligatoirement par les juges, *a priori* et sans discussion possible, pourquoi nommeraient-ils un expert dont le besoin ne se ferait nullement sentir ? A quoi servirait l'expertise ? Uniquement à fixer le taux de l'incapacité ? Cela arrive, mais exceptionnellement, et j'expliquerai comment. Je constate au contraire que les missions habituelles demandent à l'expert de dire « s'il y a une « relation de cause à effet entre l'accident et la lésion », ou encore « si, par suite de l'accident, le blessé est atteint d'incapacité permanente ». Ces missions, même sous la seconde forme quelque peu imparfaite, laissent aux experts *toute liberté de discussion et d'appréciation* en ce qui concerne la relation de l'accident avec la lésion.

Tel ne semble pas cependant avoir été l'avis du Professeur Imbert. En effet, dans l'édition 1939 de son Traité, parlant de la hernie, il dit :

« Il est contraire au bon sens d'en mettre les
« conséquences à la charge du patron, sous pré-
« texte qu'elle a eu la mauvaise idée de se mani-
« fester pendant que l'ouvrier était à son servi-
« ce ». Puis l'analyse de la jurisprudence l'amène à la déduction suivante :

« Puisque les magistrats sont ainsi liés par l'in-
« terprétation définitive de la loi, ne serait-ce
« pas faire œuvre vaine pour un expert, pour un
« médecin, que de conclure dans un sens opposé ?
« Médecins et experts doivent donc s'incliner
« comme l'ont fait les magistrats eux-mêmes ».

Eh bien, non ; les médecins n'ont pas à s'avouer impuissants et vaincus d'avance dans une question purement scientifique ; et ils ne feront pas œuvre vaine s'ils affirment hautement leur opinion médicale. La preuve m'en a été donnée par de nombreuses décisions de Tribunaux et de Cours d'appel, par plusieurs arrêts de Cassation qui, *s'appuyant sur les rapports d'experts*, ont débouté les porteurs d'une hernie prétendue par accident. Et je suis loin de connaître toutes les décisions judiciaires, surtout quand le litige n'a pas dépassé l'audience des conciliations.

Il faudrait donc montrer aux médecins qu'ils ont là une œuvre utile à accomplir, *œuvre purement médicale et non pas juridique* ; il faudrait leur dire qu'ils pourront toujours faire triompher auprès des juges leur opinion scientifique, à condition d'observer quelques préceptes très simples. L'expert doit tout d'abord se bien pénétrer du rôle qu'il lui faut remplir ; ce rôle a été parfaitement défini :

« La mission de l'homme de l'art consiste uniquement dans *des constatations et des apprécia-*
« *tions d'ordre exclusivement technique* » (Cour de Paris, 18 avril 1931). Cette mission a pour but d'éclairer les magistrats sur des faits scientifiques échappant à leur compétence ; elle ne limite en rien l'indépendance de l'expert, ni sa liberté d'opinion dans le domaine technique.

Si la Cour de Cassation a imposé certaines formules aux magistrats chargés d'appliquer les lois, les médecins-experts ne sont soumis à aucune obligation spéciale dans l'accomplissement de leur mission, à part quelques règles de forme comme le serment, l'audition des parties, la reproduction intégrale des dires, etc. Leur rôle d'auxiliaires de la justice ne leur donne pas le droit de faire figure de juges, ni même de juristes.

***

Comme le dit M. Hardouin, la carence des experts aboutirait à cet étonnant résultat pratique :

« Tout malade porteur d'une hernie et se « livrant à un travail quelconque, peut toujours, « s'il le veut, se faire indemniser par la loi. C'est « là une injustice criante... ».

Certes, M. Hardouin a mille fois raison de protester contre pareil abus du droit ; mais est-il vraiment possible si le défendeur sait et veut se défendre ? Je ne le crois pas. Comme l'a rappelé le *Concours Médical* dans sa Note de la Rédaction, sous l'article de M. Hardouin la présomption d'origine dont bénéficie tout accidenté du travail tombe devant *la preuve contraire* :

« Si toute lésion dont le travail, même normal, « a été la cause ou l'occasion doit être considérée « comme un accident de travail, cette présomp- « tion ne vaut que jusqu'à preuve du contraire ». (Cass. Civ., 27 juillet 1937).

Cet arrêt reproduit avec plus de précision celui rendu par les Chambres réunies de la Cour de Cassation le 7 avril 1921 :

« Toute lésion qui se produit dans un accident « survenu par le fait du travail, ou à l'occasion « du travail, doit être considérée, sauf preuve « contraire, comme résultant de cet accident ».

Il appartient au patron et à son assureur de faire *cette preuve contraire*, car ils sont défendeurs dans la cause. Leur droit est formel ; l'article 317 du Code de procédure civile leur donne les moyens de le faire valoir. Où peuvent-ils trouver les éléments de la preuve contraire ? Dans les constatations techniques du rapport d'expertise. Ainsi apparaît le rôle capital du médecin-expert qui, arbitre dans la question, doit respecter également les droits de l'une et de l'autre partie.

Comment se présente sa tâche ? Il a une hernie à examiner, et cette lésion est présumée survenue par le fait ou à l'occasion du travail ; mais si son examen lui démontre qu'il n'en est rien, il doit donner les motifs sur lesquels se base son opinion, et de telle manière que les juges puissent dire que « la lésion est uniquement due à l'état « morbide du blessé, abstraction faite de toute « cause extérieure, ce qui est exclusif de tout « accident » (Cass. civ., 19 octobre 1932), donc que *la preuve contraire a été rapportée*. En employant cette formule dans ses conclusions, l'expert ne laisserait subsister aucun doute dans l'esprit des magistrats ; son opinion scientifique s'imposerait d'elle-même, et le hernieux serait inéluctablement débouté de ses prétentions.

Tout cela est si simple et si connu qu'il semblerait inutile d'en parler. Cependant l'abus signalé par M. Hardouin existe ; il n'est donc pas superflu d'en chercher les causes. La faute en est souvent aux Compagnies d'assurance qui sont négligentes et se défendent très mal ; c'est leur affaire, et je passe. De leur côté, les experts ne sont pas toujours exempts de reproches ; la lecture de leurs rapports m'a montré pour quelles raisons un antagonisme devient possible entre la doctrine médicale et la décision des juges. Je citerai principalement :

1° Une connaissance insuffisante des notions de physiologie et de clinique actuellement admises en matière de hernie ;

2° Le défaut de clarté et de rigueur des rapports d'expertise, qui ne tiennent pas assez compte de la terminologie jurisprudentielle ;

3° L'erreur des médecins à se croire liés par une jurisprudence, qui leur a été mal présentée et pas du tout expliquée.

***

1° Les médecins sont encore les prisonniers de conceptions fausses et routinières en ce qui concerne les hernies. Cependant l'étude physio-pathologique de la hernie a été très poussée ces dernières années, et les saines notions cliniques d'autrefois ont été remises en mémoire. Leur ensemble est trop bien exposé par le Professeur Hardouin et par le Docteur Arnould pour y revenir, et je me borne à un résumé sommaire.

La hernie n'est pas une maladie ; c'est une *infirmité* (Paul Berger).

Elle ne peut pas se produire s'il n'y a pas préalablement une malformation ancienne de la paroi abdominale, remontant à la naissance ou à la première enfance (état constitutionnel).

Les caractéristiques essentielles de cette malformation sont :

a) Au point de vue anatomique, l'élargissement du canal inguinal et l'écartement de ses piliers ; l'affaiblissement des muscles et aponévroses de la région avec ou sans persistance du canal vagino-péritonéal ;

b) Au point de vue clinique, les déformations du ventre (type Malgaigne, en besace, en tablier, etc.) ; la bilatéralité de l'élargissement des canaux inguinaux ; la bilatéralité ou la multiplicité des hernies.

Le sac herniaire ne se constitue jamais d'un seul coup ; le développement d'une hernie est très lent, insidieux, insensiblement progressif.

L'amorce et l'accroissement d'une hernie sont la conséquence des efforts internes (toux, défécation, rire, etc.), efforts de la vie courante qui, tous, augmentent la pression abdominale et impriment une impulsion sur la hernie.

Les efforts externes, efforts du travail, font contracter les muscles de la paroi abdominale, resserrent les parois du canal inguinal et n'accroissent pas la pression abdominale, quelle que soit la position du corps ou celle des membres inférieurs ; n'imprimant pas d'impulsion sur la hernie, ils n'ont pas d'influence sur son développement. Mais la constriction du canal inguinal peut pincer un sac herniaire déjà extériorisé et peut provoquer une douleur.

La douleur inguinale au cours d'un effort externe, loin de caractériser l'apparition soudaine d'une hernie comme on l'avait cru, est la preuve de la préexistence de la hernie.

Tels sont les points principaux de la doctrine médicale établie d'après nos connaissances actuelles sur les hernies ; ces notions n'ont pas encore pénétré auprès de tous les médecins, puisque j'en vois qui émettent des affirmations diamétralement opposées, et qui arrivent ainsi à faire allouer une rente à des hernieux qui n'y ont certainement pas droit.

***

2° Nous voyons parfois un expert conclure à l'origine constitutionnelle, non traumatique, de la hernie ; le juge admet cependant la relation de cause à effet avec l'accident et accorde la rente. Les médecins sont alors tentés de dire que le jugement est contraire à l'équité et au bon sens.

Le juge n'a pas toujours tort. Il a puisé dans le rapport d'expertise les éléments de son appréciation souveraine sur une question médicale, qui lui échappe complètement. Si sa décision n'est pas conforme à l'opinion du médecin, le responsable du désaccord, c'est l'expert. Je le déclare tout net et sans hésiter ; car si l'expert est fautif, c'est sans s'en rendre compte. En voici des exemples.

J'ai lu des rapports où l'expert disait clairement et démontrait que la hernie était congénitale, ou qu'elle résultait de l'affaiblissement ancien de la paroi abdominale. Le juge a alloué une rente parce que l'expert avait oublié de spécifier que l'effort incriminé n'avait eu aucune répercussion sur la hernie ; cette omission a entraîné la décision du juge, *la preuve contraire n'étant pas rapportée.*

Plus souvent, l'expert a employé dans son rapport une expression qui n'a pas le même sens pour un médecin et pour un juge ; la plus fréquente est le mot « révéler » : « La hernie a été révélée par l'accident ». Par ces termes, le médecin veut dire que l'ouvrier a appris à l'occasion de l'examen médical nécessité par l'accident qu'il était porteur d'une hernie, alors qu'il l'ignorait auparavant ; cette perception psychique n'implique aucune répercussion matérielle du fait qualifié accident sur la hernie qui est restée après, telle qu'elle était avant. Pour le juge, la révélation par accident équivaut à une relation de cause à effet (nombreux arrêts de cassation en ce sens). Il en est ainsi, mais nous pouvons espérer que l'erreur commise sur le sens français du mot révéler frappera un jour prochain la magistrature.

D'autres mots donnent également lieu à des interprétations divergentes : La hernie — s'est « manifestée » — s'est « déclarée » — est « apparue » — à l'occasion de l'accident. L'expert veut indiquer dans quelles circonstances le diagnostic a été fait, comment l'ouvrier a pris connaissance de son infirmité. Le juge trouve dans ces mots l'idée d'une relation de cause à effet. Il faudrait donc éviter leur emploi.

Un expert a déclaré : « La hernie n'est pas « d'origine traumatique ; il s'agit d'une hernie « congénitale. Sur cette hernie préexistante, « l'effort a déterminé un pincement douloureux « réalisant ce qu'on appelle une hernie trauma- « tisée... ». Le juge a retenu qu'il y avait eu *traumatisme* sur la hernie, donc accident matériel, et il a conclu à la relation. Est-ce à cette conclusion que l'expert voulait aboutir ? Evidemment non ; mais le juge n'a pas compris.

Je trouve infiniment regrettable qu'un défaut d'entente sur la valeur et la signification des mots nous fasse assister à de pareils conflits d'opinion. Nous ne pouvons pas initier les magistrats à la terminologie médicale ; que les médecins se plient donc à la terminologie juridique s'ils veulent être compris ; et qu'ils s'abstiennent de toute expression risquant d'être interprétée avec un sens que la médecine ne lui attribue pas. Ce n'est pas bien difficile.

D'autre part, les experts ne devraient pas laisser place à l'équivoque ; ils devraient affirmer leur opinion, à condition qu'ils en aient une. Comment un juge peut-il se faire une conviction quand se trouve des contradictions flagrantes dans un rapport ? ou quand il lit : « Il est douteux » — « possible » — « vraisemblable » — « probable » — « il ne semble pas » — que l'effort ait eu (ou n'ait pas eu) une répercussion sur la hernie. Le juge aura tendance à dire que la preuve contraire n'a pas été rapportée, et il accordera la rente. Ce n'est pas parce que le doute doit profiter à l'ouvrier ; un accidenté du travail n'est pas un inculpé objet de poursuites; il est demandeur dans l'affaire. C'est parce que l'expert n'a pas su ou voulu affirmer catégoriquement son opinion.

***

3° Le Professeur Hardouin, expert des plus distingués, nous dit que les médecins n'ont plus à



tenir compte, depuis 1904, des prédispositions individuelles qui constituent la hernie de faiblesse. Il s'appuie sur l'ancien arrêt de cassation disant : « Les juges qui constatent que la hernie « est survenue par le fait du travail ne peuvent, « sans violer l'art. 3 de la loi de 98, tenir compte « de l'état antérieur ». Remarquons que ceci s'adresse aux juges et non aux médecins.

Pour comprendre cet arrêt et d'autres semblables, il faut se reporter à l'époque. En présence d'une lésion ancienne d'origine morbide, empirée à la suite d'un accident, des médecins avaient tenu le raisonnement suivant : Avant l'accident l'ouvrier avait une tare pathologique qui réduisait sa capacité de travail ; par suite de l'accident cette capacité de travail est encore plus diminuée ; il est juste de faire la part de chacun de ces deux facteurs d'incapacité, la part de l'accident donnant seule droit à une indemnité.

Ce raisonnement est conforme aux travaux préparatoires de la loi de 1898, à la logique, au bon sens ; et il s'est trouvé des juges pour l'adopter. Leurs jugements ont été cassés.

On a dit : La loi de 98 est une loi forfaitaire ; elle ne répare pas intégralement le dommage causé par un accident ; elle prend en considération uniquement le salaire gagné par un ouvrier, *valide ou non*, avant l'accident ; elle accorde une rente proportionnelle à *la diminution théorique de l'aptitude à gagner ce salaire* et calculée d'après des règles spéciales. Pour fixer le montant de l'indemnité forfaitaire, l'état pathologique antérieur ne peut pas intervenir, puisque le salaire était touché par l'ouvrier malgré son état pathologique ; on ne peut avoir l'assurance que ce salaire ne se trouve pas déjà réduit du fait de l'état antérieur, par comparaison avec le salaire d'un ouvrier entièrement valide.

Les médecins savent tous aujourd'hui qu'un partage de responsabilité entre l'état pathologique ancien et l'accident n'est pas admis par les magistrats. Mais cela n'entraîne pas pour eux l'interdiction d'étudier, au point de vue médical, l'état morbide antérieur d'un ouvrier, ni de rechercher les répercussions de cet état pathologique sur l'origine ou le développement d'une lésion présumée d'ordre accidentel. Ils y sont au contraire invités, obligés, comme vous l'avez rappelé et comme l'ont expressément indiqué nombre d'arrêts de cassation.

La prescription imposée aux magistrats en ce qui concerne le salaire et l'indemnisation ne s'oppose nullement à l'étude médicale des prédispositions constitutionnelles morbides, avec toutes les conséquences que comporte cette étude. La Cour de Cassation a confirmé le 27 octobre 1936 un arrêt de la Cour de Lyon déboutant le porteur d'une hernie congénitale, liée à la constitution du blessé, sans relation avec l'accident, chez lequel l'apparition d'une hernie du côté opposé, avec les mêmes caractères, était la signature évidente de la malformation.

***

Un mot enfin du cas assez rare où le juge donne mission à l'expert de fixer le taux d'incapacité permanente partielle, mais ne lui demande pas s'il y a relation de cause à effet. L'explication est simple : le greffier a employé par routine la formule d'usage quand l'accident n'est pas contesté; ou bien, il a omis de lui substituer la mission requise par le défendeur.

L'expert peut redresser l'erreur. Dans toute expertise, même si ce n'est pas spécifié, il doit s'entourer de tous renseignements utiles, procéder à toutes investigations, recevoir les dires et réquisitions du défendeur. Si l'examen médical lui apporte la certitude que la hernie est uniquement due à la constitution de l'ouvrier et que l'effort incriminé n'a eu aucune influence sur son apparition, puisqu'elle existait auparavant, ni sur son développement, qu'il le dise dans son rapport.

Supposons que les juges ne tiennent pas compte de cet avis ; l'expert a donné aux défendeurs une base solide qu'ils utiliseront pour faire triompher leur droit devant une juridiction supérieure. De toute manière, l'expert a rempli impartialement son devoir de médecin ; la suite ne le regarde plus.

***

Je conclus. Du temps où j'étais expert, j'ai commis les erreurs que je signale ; personne ne m'en a averti. C'est pourquoi je me fais un devoir de mettre à la disposition de mes confrères les fruits de mon expérience acquise avec les années.

Aujourd'hui, je suis convaincu qu'un médecin informé arrivera toujours à imposer son opinion scientifique ; il lui suffira de l'affirmer catégoriquement, dans un style qui ne prête pas à ambiguïté, en s'appuyant sur des faits solidement établis et non pas sur des hypothèses toujours contestables. En expertise, les produits de l'imagination devraient être bannis; ce ne sont pas des arguments scientifiques.

Je sais combien est ardue la tâche des experts ; un travail considérable leur est souvent demandé. Ils constituent une élite parmi les médecins et leur responsabilité morale est lourde. Qu'ils remplissent exactement leur rôle, et les juges prendront des décisions équitables, aussi bien au nom de la médecine que de la justice.

Grâce aux médecins, le nombre des hernies prétendues par accident, qui se présentent au prétoire, a considérablement diminué depuis deux ans ; la persistance de leurs efforts ne laissera bientôt plus rien subsister d'un vieux préjugé, aujourd'hui désuet.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Tuberculose et terrain :

SUR L'INFLUENCE DES HORMONES SEXUELLES CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES

Dans notre précédent article sur le même sujet « Tuberculose et terrain », nous avons exposé l'influence néfaste qu'exerçaient, sur la fréquence actuelle de la tuberculose, le surmenage, les chocs moraux, et la carence alimentaire. Aujourd'hui, nous nous rapportons au travail de M. DUBET (1), pour exposer le rôle qui peut être attribué aux hormones sexuelles dans l'évolution de la tuberculose chez la femme. Cette question fait partie également du vaste problème des qualités ou des défaillances foncières de l'organisme, capables d'expliquer la susceptibilité différente de chaque individu à l'égard du germe tuberculeux, exception faite, bien entendu, des notions d'allergie et d'anergie.

Quelques faits d'observation

De longue date, on savait la fréquence des troubles menstruels et l'influence néfaste des épisodes de la vie génitale chez les tuberculeuses.

Il est actuellement établi que toute révolution physiologique ou toute perturbation pathologique des hormones sexuelles coïncide avec une activité renaissante, parfois durable, des lésions pulmonaires.

Un exemple péremptoire est fourni par l'étude de la tuberculose de la *puberté*. Tous les auteurs s'accordent sur la fréquence et sur la gravité des atteintes pulmonaires à cette époque de la vie. Non seulement l'enfant parvenu au seuil de l'adolescence est devenu plus sensible à la tuberculose-infection, comme l'indique le brusque accroissement du taux des réactions cutanées à la tuberculine, mais, encore et surtout, il est plus réceptif à la tuberculose-maladie. Cette constatation est d'autant plus frappante que, dans la deuxième enfance, la tuberculose pulmonaire reste relativement rare, et dans l'ensemble bénigne ; les courbes de fréquence sont, avec de petites variations, parallèles dans les deux sexes. Or, il n'est pas sans intérêt de remarquer que la seconde enfance est justement , par excellence, l'époque du sommeil génital. Dès que la puberté intervient, tout change. Chez les filles, on observe vers 11 ans une brusque élévation, qui atteint à 15 ans son summum. Chez les garçons, la courbe ne s'élève que plus tard, de 14 à 15 ans, mais sans atteindre le même degré que chez les filles. La tuberculose de la puberté n'est pas seulement fréquente ; elle est également grave.

Pourquoi la tuberculose a-t-elle ainsi changé ? On ne peut s'empêcher de rapprocher deux faits contemporains : d'une part, une maladie rare qui d'un coup devient si fréquente que tous les auteurs s'accordent à souligner la poussée tuberculeuse brusque de l'adolescence ; d'autre part, une révolution, qui, dans le même temps, transforme l'organisme. D'un côté, une infection peu sévère, souvent latente, qui devient à une certaine heure d'une sévérité rigoureuse ; de l'autre, un organe inactif depuis la naissance et qui, à la même heure, commence brusquement, fréquemment par à-coups, son activité sécrétoire. Ce rapprochement doit suffire pour emporter une conviction unanime sur l'importance des facteurs hormono-sexuels, modifiant le terrain à cet âge de la vie.

A l'autre pôle de la vie, la *ménopause* nous donne d'aussi riches enseignements. On a noté, en effet, entre 45 et 60 ans, un second maximum de fréquence de la tuberculose pulmonaire ; celui-ci est dû non pas tant à des causes banales telles que la contagion, la misère, la sous-nutrition, mais surtout à l'ensemble des modifications foncières du terrain organique, qui caractérisent l'âge pré-sénile et au premier rang desquelles se placent indubitablement les perturbations hormonales profondes, spéciales au retour d'âge. Dans l'extrême vieillesse, si la tuberculose devient plus rare, c'est qu'après une phase plus ou moins durable de déséquilibre endocrinien, l'organisme finit par retrouver une stabilité nouvelle, et par là même des circonstances plus favorables à sa lutte contre la maladie.

Si l'on envisage maintenant les relations entre le *cycle menstruel de la femme adulte* et le destin des lésions pulmonaires, on sait qu'il existe des phtisiques, chez qui chaque période cataméniale est l'occasion d'une poussée évolutive nouvelle, traduite par des hémoptysies, une aggravation des désordres locaux, une déchéance rapide de l'état général. Malgré la collapsothérapie et la stricte observance des principes habituels du

(1) Les indications et la pratique du traitement par les hormones sexuelles chez les tuberculeuses pulmonaires. (*Revue de médecine*, mars-avril 1941).

traitement, l'affection progresse trop souvent de façon inexorable jusqu'à la mort.

Il s'en faut évidemment que l'influence pernicieuse du cycle menstruel s'affirme toujours avec une pareille évidence. A côté des cas, où le dérèglement hormonal conditionne l'expression clinique de la maladie avant même d'en conditionner la gravité, il y a place pour tous ceux où le retentissement porte, non pas sur le tableau clinique, qui est un tableau de tuberculose pulmonaire banal, mais sur le pronostic, en particulier sur la tendance des lésions à ne pas se stabiliser, ou à récidiver, ou à se bilatéraliser, quand bien même un pneumothorax institué précocement a paru entraîner un collapsus efficace.

D'autre part, tantôt le déséquilibre sexuel s'affirme par des anomalies plus ou moins évidentes ou discrètes des fonctions menstruelles, et, de ce point de vue l'aménorrhée, même bien supportée en apparence, n'a pas moins de valeur que la dysménorrhée ou les ménorragies. Tantôt l'enquête ne permet pas, à première vue, d'incriminer le moindre trouble clinique. Mais on sait à présent que bien des règles ont une apparence normale qui, en réalité, sont troublées : bouffées de chaleur, sensation de lourdeur dans le bas-ventre ; congestion mammaire ; modifications du caractère. Il y a, en effet, bien des hyperfolliculinies frustes ou plutôt cachées, qu'il faut savoir dépister, car elles sont responsables, au même titre que les formes classiques, de maintes poussées évolutives. Les règles une fois rétablies dans leur cours normal, les poumons échappent aux désordres cycliques précédemment constatés.

Les déductions thérapeutiques

A priori, une hormonothérapie bien réglée doit être capable d'éviter bien des accidents chez les tuberculeuses pulmonaires ; mais il faut aussi savoir que, si les lésions spécifiques de la tuberculose ne subissent pas ainsi une amélioration rapide et frappante, c'est que le traitement hormonal s'adresse, non à la maladie considérée en elle-même, mais au *terrain*, sur lequel cette maladie évolue. Dans la mesure où l'organisme récupèrera ses qualités de résistance à l'infection bacillaire et sera soustrait aux circonstances déclenchantes de la fluxion, le pronostic de la tuberculose se trouvera éclairci. Ainsi s'explique qu'après un délai plus ou moins long, les foyers proprement tuberculeux puissent régresser et même disparaître.

Une observation particulièrement démonstrative est celle de Payie (1936) ; elle a trait à une femme de 29 ans, chez qui chaque période menstruelle déterminait à la fois une poussée fébrile importante et un syndrome de rétention des sécrétions cavitaires dans une volumineuse caverne du lobe supérieur gauche. L'administration de folliculine dans les jours précédant les règles permit d'obtenir, outre une régularisation de la courbe thermique, une évacuation normale et complète de la cavité sécrétante.

Cependant, si encourageants qu'aient été certains succès, il apparut bientôt que ni la folliculine, ni l'hormone du corps jaune, ni la testostérone en tant qu'antagoniste physiologique de la folliculine, ne pouvaient être considérés comme des agents thérapeutiques infaillibles.

On doit donc se garder d'une attitude systématique ; les améliorations comme les insuccès ne sont l'apanage d'aucune des hormones sexuelles, et il est nécessaire de rechercher, pour chaque cas, celle qui corrige le mieux le déséquilibre ovarien, générateur des accidents constatés. Enfin, ce sont les formes évolutives, inflammatoires, troublées par les périodes cataméniales, qui doivent bénéficier largement de cette thérapeutique ; et il en est de même de la tuberculose de la ménopause.

On doit aussi savoir que l'excès est nuisible comme en toutes choses. Des femmes, améliorées d'abord par l'emploi d'une hormone, ont vu leurs accidents pulmonaires menstruels reparaître à la suite d'un traitement trop longtemps prolongé, pour céder à nouveau sous l'influence de l'hormone antagoniste, primitivement inefficace ou nuisible. En somme, on améliore le terrain d'une tuberculeuse quand on fait d'une hyperfolliculinique une femme à sécrétion normale ; on l'aggrave quand, à force de poursuivre le traitement, on fait de cette malade artificiellement équilibrée une hypofolliculinique, et *vice-versa*. Le facteur nocif n'est donc pas telle ou telle hormone, mais le déséquilibre hormonal lui-même, quels que soient le type de la sécrétion, qui se trouve perturbée et le sens, suivant lequel s'exerce cette perturbation.

Comment donc reconnaître à coup sûr le trouble hormonal responsable dans chaque cas ? Aucun test chimique ou biologique ne nous le permet actuellement ; seule la clinique nous renseignera.

Certaines manifestations anormales, et surtout la date précise à laquelle elles surviennent dans le cycle menstruel, constitueront d'excellents repères. Le syndrome hyperfolliculinique paraît très fréquent dans le cours de la vie génitale, comme à ses dates extrêmes : la puberté et la ménopause. Il s'agit de femmes en général nerveuses, irritables, qui, vers le quatorzième jour après le début des règles précédentes, se plaignent brusquement de malaises multiples : l'émotivité s'exagère, les seins deviennent lourds, sensibles, douloureux, à la pression ; parfois surviennent pendant quarante-huit heures des pertes glaireuses ; plus souvent le ventre est gros,

ballonné, et la palpation permet de localiser une douleur ovarienne très précise. Le paroxysme dure quatre jours environ, puis les troubles s'amendent spontanément pour reparaître avec la même intensité à l'approche immédiate des règles, qui suivent. Quel que soit le caractère de ces règles dans leur abondance et leur durée, le seul critère constant que leur donne l'*hyperfolliculine* est la *douleur*, qui recommence avec une intensité généralement très vive dès l'apparition du flux, et qui frappe avec la même intensité le bas-ventre et les seins. Ce syndrome cesse brusquement, parfois au bout d'un seul jour ; mais la sédation n'est qu'une trève, et les troubles reparaissent quatorze jours plus tard. Ce diagnostic est assez facile, si l'on a soin de noter avec précision les dates du début et de la fin des accidents.

Faute de ce critère, on risque de confondre l'hyperfolliculinie avec un déséquilibre lutéinique ou même une insuffisance folliculinique. Si donc ces manifestations surviennent au moins dix jours avant la période menstruelle, on peut presque à coup sûr accuser l'hyperfolliculinie ; si, au contraire, elles apparaissent entre le huitième et le deuxième jour, elles traduiraient plutôt un trouble de la sécrétion du corps jaune ou une insuffisance ovarienne vraie.

Schématiquement, à l'hyperfolliculinie, il convient d'opposer l'hormone antagoniste de la folliculine, c'est-à-dire la testostérone ou encore la progestérone. Mais, lorsque l'hyperfolliculinie semble devoir être mise hors de cause, c'est soit la folliculine, soit la progestérone qui doit être employée, et cela surtout en synchronisme avec la date d'apparition des manifestations anormales au cours du cycle menstruel : folliculine au moment de la maturation folliculaire, c'est-à-dire jusqu'au quatorzième jour après le début des règles ; progestérone de cette date à la veille des règles suivantes, c'est-à-dire de la rupture du follicule à l'apparition du flux menstruel, coïncidant avec la desquamation de la muqueuse.

Se rappeler cependant que toute schématisation excessive se heurte à l'épreuve des faits : seul compte le résultat du traitement entrepris.

Si le premier essai ne réussit, ne pas hésiter à essayer l'effet de l'hormone contraire.

Le meilleur mode d'introduction des hormones dans l'organisme est la voie parentérale : 10 et 25 milligr. de testostérone (acétate ou propionate) paraissent être les doses optima. Dans les cas habituels, injecter par la voie intra-musculaire une ampoule de 10 milligr. trois fois par semaine pendant quinze jours, soit une série mensuelle de 60 milligr. Dans les états congestifs graves, dans les hémoptysies abondantes, il n'y a aucun inconvénient à augmenter soit la dose, soit le nombre des injections.

La forme la plus active de la folliculine est le benzoate de di-hydro-folliculine. Les injections intra-musculaires peuvent être de 1 milligr. (10.000 M. I.) ou de 5 milligr. (50.000 M. I.). La dose de 1 milligr., la plus généralement employée, est administrée par séries mensuelles de 5 à 6 piqûres à deux ou trois jours d'intervalle l'une de l'autre. La dose massive de 5 milligr. convient mieux lorsque la régularité des piqûres ne peut être assurée, ou lorsqu'on veut obtenir un effet rapide et important ; elle est répétée, suivant les cas, au bout de cinq à dix jours.

La progestérone enfin est utilisée en injections de 5 ou 10 milligr. à raison de quatre à six injections mensuelles, bi- ou tri-hebdomadaires, comme les hormones précédentes.

Par voie buccale, ces produits sont moins actifs ; cette voie d'introduction ne paraît utile que pour maintenir les résultats obtenus par les injections, une fois que les troubles initiaux se sont amendés.

Combien de temps faut-il prolonger le traitement ? C'est là une question d'espèce ou plutôt de malades. Parfois, en deux ou trois mois, le résultat cherché est obtenu de façon définitive ou tout au moins durable. En tous cas, il ne saurait être question d'opposer cette hormonothérapie, facteur secondaire qui améliore le terrain, aux méthodes classiques du traitement de la tuberculose pulmonaire, spécialement à la cure hygiéno-diététique et la collapsothérapie, qui visent les lésions locales.

G. Fischer.

La morbidité tuberculeuse en 1941 comparée avec celle de 1939

Par le Docteur Jean Quivy,
Assistant d'électro-radiologie des Hôpitaux

La très intéressante discussion du 30 mai dernier à la Société Médicale des Hôpitaux, sur la fréquence actuelle de la tuberculose pulmonaire, a montré l'opinion unanime des participants concernant l'augmentation actuelle de la morbidité, et la fréquence accrue des formes graves.

Qu'il nous soit permis d'apporter à ce débat l'appui d'une statistique, qui, bien que basée sur un nombre modeste d'observations, donne



des chiffres assez nets pour confirmer cette impression générale, et y ajouter une notion importante et grave, *le tribut particulièrement lourd que paye l'adolescence* dans cette recrudescence du fléau.

Nous avons comparé les résultats, donnés par 229 examens radiographiques, pratiqués en juin-juillet 1941 dans un dispensaire mutualiste d'assurés sociaux, avec ceux d'un nombre équivalent de clichés, effectués au même dispensaire dans la période correspondante de 1939. Les résultats sont les suivants (dans chaque colonne, le premier chiffre se rapporte à 1939, le deuxième à 1941) :

Age des sujets	0 à 10	11 à 20	21 à 30	Plus de 30	Ensemble
Nombre d'examens	61-57	51-61	27-27	90-84	229-229
Résultats positifs	20-25	14-26	7-9	16-21	57-81
Cas bénins	20-22	11-19	3-5	6-6	40-52
Cas graves d'emblée	0-3	2-5	3-2	7-5	12-15
Réveils	0-0	1-2	1-2	3-10	5-14
Résultats négatifs	41-32	37-35	20-18	74-63	172-148
Images normales	25-21	20-25	14-9	28-21	87-76
Images cicatricielles	16-11	17-10	6-9	46-42	85-72
% des cas positifs par rapport aux examens	33-44	27-43	26-33	18-25	25-35
% des formes graves par rapport aux positifs	0-12	21-27	57-44	62-71	30-36
% des cas positifs de chaque âge par rapport à l'ensemble des positifs	35-31	25-32	12-11	28-26	— —

Avant d'interpréter ces chiffres, on peut se demander si la statistique ne peut pas être faussée par des conditions démographiques, différentes en 1939 et 1941. En fait, les variations de la natalité ont été négligeables, et, quant à l'absence actuelle d'un certain nombre d'hommes jeunes prisonniers, cette absence importe peu, puisqu'ils ne représentent pas 4 % de l'ensemble de la population, et que, présents, ils auraient une certaine proportion de malades.

La statistique ne donne pas, et ne peut donner aucun renseignement sur une variation possible de l'ensemble de la morbidité, puisqu'il s'agit d'une statistique partielle. On remarque seulement que la proportion de résultats positifs par rapport au nombre d'examens pratiqués est passée de 25 à 35 %, soit un accroissement de 40 %. Mais il est très probable que ce fait tient simplement aux conditions économiques actuelles, qui font qu'on recourt moins facilement aux examens coûteux. Au reste, l'activité actuelle du service est à peine la moitié de celle d'avant-guerre , ce qui ne prouve pas non plus que la morbidité a diminué, mais que le dépistage se fait plus que jadis dans les hôpitaux et dispensaires gratuits, pour les mêmes raisons. On remarquera cependant que l'augmentation de la proportion des résultats positifs est relativement beaucoup plus importante chez les sujets de 11 à 20 ans, où elle atteint 85 %.

L'examen des chiffres relatifs à la proportion des cas graves est beaucoup plus intéressant : sur 100 dépistages, on trouve trente-six formes graves au lieu de trente, soit un accroissement de 20 %. Cet accroissement est dû surtout à l'augmentation des cas graves d'emblée chez les sujets de moins de 20 ans, et des réveils chez les sujets de plus de 30 ans ; toutefois, les chiffres relatifs à ces proportions sont d'une valeur absolue trop faible pour qu'on puisse en tirer une valeur suffisante.

Mais le plus gros intérêt de cette statistique réside dans la comparaison des taux de morbidité aux différents âges ; on y trouve en effet, une divergence remarquable des chiffres relatifs aux sujets de 11 à 20 ans. Sur cent tuberculeux de tous âges dépistés avant guerre, on trouvait 25 adolescents ; on en trouve maintenant 32, soit 30 % de plus. Si donc, on suppose stationnaire la morbidité des autres âges, celle de l'adolescence a subi un accroissement relatif de 44 %.

On ne saurait trop insister sur ce fait que c'est de beaucoup l'adolescence, qui souffre le plus des restrictions actuelles, quand il s'agit de la génération montante, à laquelle doit incomber un si grand rôle dans le relèvement du pays.

Serait-il impossible de prendre tout de suite les mesures les plus énergiques, dont l'augmentation des rations des jeunes semble être la principale, pour lutter contre cette menace ?

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos de cinq observations de pyélonéphrite gravidique à forme toxique

Les pyélonéphrites constituent une affection fréquente au cours de la grossesse (10 à 15 pour 1.000). D'une manière générale, avec les ressources thérapeutiques actuelles, le pronostic immédiat en est relativement bénin, malgré quelques épisodes bruyants et des rechutes fréquentes. Cependant, en dehors de ces formes cliniques courantes, dont quelques-unes sont pourtant sérieuses, il est des formes graves à allure toxique, infiniment plus rares ; c'est sur celles-ci que porte le travail de MM. P. Balard et G. Péry.

Ces formes toxiques risquent même à tout instant de venir insidieusement compliquer une pyélonéphrite banale, et sans doute y a-t-il des formes de transition entre les pyélonéphrites suppuratives habituelles et les formes éminemment graves et toxiques. Dans ces formes graves, on ne peut que déplorer l'insuffisance du traitement médical courant. L'interruption de la gestation se pose alors après l'échec de cette thérapeutique comme une nécessité, à laquelle les idées classiques — qui se réfèrent, il est vrai, aux formes habituelles de la pyélonéphrite, ne nous ont pas suffisamment préparés.

L'interruption de la gestation pourra se faire par voie basse chez les multipares ; mais chez les primipares, qui sont le plus souvent atteintes par ces formes toxiques, la césarienne basse, à l'anesthésie locale, paraît la méthode la plus rapide et la plus sûre, tant pour la mère que pour l'enfant. (*Revue française de Gynécologie*, mai-juin 1941.)

Le traitement de la kératite interstitielle

Le Docteur G. Milian rappelle tout d'abord que la kératite interstitielle est une maladie primitive, véritablement idiopathique, qu'il faut distinguer des opacités dues à des affections diverses de la cornée : ophtalmie purulente, traumatismes, etc. On la rattache généralement à la syphilis héréditaire. Parfois unilatérale, elle est le plus souvent bilatérale ; de là, des cécités totales.

Cependant, malgré des opinions contraires, cette affection est curable, si le nécessaire est fait : diagnostic précoce, traitement précoce. Les erreurs de diagnostic clinique et étiologique ne sont pas rares ; les renseignements fournis sont plus ou moins confus, et l'opacification de la cornée peut être prise pour le résultat d'une conjonctivite purulente blennorragique, ou encore attribuée à quelque vague traumatisme, à quelque infection « gourmeuse », etc. Le traitement doit être prolongé pour deux raisons : la première, que les récidives sont fréquentes ; la seconde, que les kératites, qui ne sont pas soignées dès le début, et qui ont déjà de l'ancienneté, sont rebelles, résistantes au traitement. La réaction de Bordet-Wassermann est d'un grand secours ; l'auteur n'a pas encore vu de kératite interstitielle avec une sérologie négative. Il est de toute nécessité de traiter ces malades tant que la réaction reste positive, totalement et même partiellement ; il y a souvent là l'annonce d'une récidive imminente.

Les taies cornéennes les plus épaisses, empêchant complètement ou presque complètement la vision peuvent guérir ; il faut évidemment des mois et des années, mais il s'agit d'une lésion syphilitique directe par action du tréponème, et non d'un trouble trophique secondaire.

Le bismuth, dans ces cas, est une excellente médication, car il est possible de la poursuivre jusqu'à des chiffres fort élevés de piqûres, à la condition de veiller à l'entretien des dents (stomatite) et d'examiner régulièrement les urines (albuminurie bismuthique) ; le cyanure de mercure, par contre, n'est pas d'une activité suffisante, si on l'emploie aux doses habituelles, qui sont plutôt réactivantes lorsqu'elles sont faites d'une manière intermittente. (*Paris Médical*, 10 juillet 1941).

Syndrome cholérique des petits enfants et rhino-pharyngites, otites, oto-mastoïdites

Le syndrome cholérique des petits enfants, le choléra asiatique mis à part, a été attribué pendant longtemps à un processus initialement entéral, lié à l'alimentation avec du lait de vache. Le Professeur Nobécourt démontre qu'il est souvent causé par des infections parentérales ; les plus communes sont les infections du rhino-pharynx, de l'oreille, de la mastoïde.

Cette notion est très importante. En présence d'un bébé atteint d'un syndrome cholérique, il faut toujours examiner le rhino-pharynx, l'oreille, la mastoïde ; il faut répéter les examens, car les rhino-pharyngites, les otites, les oto-mastoïdites sont, le plus souvent, occultes ou discrètes et passent facilement inaperçues. (*La Presse Médicale*, 24 mai 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sulfamidothérapie et bronchectasie

(MM. F. BEZANÇON, P. AMEUILLE et Gérard GUIOT ; 1-7-1941)

Si l'on peut considérer comme établie la valeur thérapeutique des sulfamides dans les affections aiguës pulmonaires du type pneumonie franche, les résultats se sont montrés beaucoup plus inconstants dans les autres affections des voies respiratoires, dans la broncho-pneumonie et les abcès du poumon.

Pour ce qui concerne la dilatation des bronches, congénitale ou acquise, étant donné les lésions indélébiles qu'elle comporte, il semble que la sulfamidothérapie ne puisse trouver là son application. Mais la bronchectasie s'accompagne bien des fois d'infection surajoutée, responsable pour une grande part des symptômes si pénibles de la maladie, la toux et l'expectoration. Or, on peut espérer avec les sulfamides agir sur les phénomènes infectieux en question.

M. Cordey a obtenu, dans deux cas de dilatation des bronches, une amélioration des symptômes par le traitement sulfamidé. MM. Bezançon, Ameuille et Guiot ont eu également l'occasion de traiter une jeune femme de 26 ans atteinte de bronchectasie avec expectoration abondante, fièvre, amaigrissement. Chez elle, la sulfamidothérapie a amené, chaque fois qu'elle était employée, la cessation presque complète des symptômes pénibles et la chute de la température. La malade, comme une toxicomane, réclamait à grand cris son médicament, qui ne pouvait toutefois lui être administré que d'une façon intermittente, l'examen du sang, après quelques jours de cure, révélant une certaine leucopénie. Grâce à la surveillance hématologique, la médication a pu être continuée longtemps, en l'interrompant généralement après une semaine d'emploi.

Dans six autres cas de bronchectasie, M. Bezançon a appliqué le même traitement avec des succès inégaux. Une étude plus étendue est indispensable avant de formuler des conclusions. Il faudra tenir compte de la diversité des formes cliniques de la dilatation des bronches, et de la nature des germes bactériens rencontrés. Tenir compte aussi des notions générales de sulfamidothérapie. L'action des sulfamides est d'autant plus appréciable qu'il s'agit de réactions inflammatoires franches, comme dans la pneumonie ou la blennorragie, sans lésions profondes des tissus sous-jacents. Dans les blessures de guerre, le nettoyage préalable de la plaie s'impose. Dans la dilatation des bronches, le drainage concomitant du foyer malade devra être assuré par la cure de posture, la broncho-aspiration, ou même l'intervention chirurgicale.

— M. Noël FIESSINGER applaudit au « prodige thérapeutique » réalisé par MM. Bezançon et Ameuille, qui malgré une agranulocytose légère, sont parvenus à poursuivre un an la cure sulfamidée. Les syndromes de sidération médullaire que constituent l'anémie progressive, l'aleucie et l'agranulocytose peuvent en effet être alors d'une certaine gravité. M. Fiessinger a pu en réunir 37 cas avec 13 morts, prouvant que dans ces intoxications, plus prolongées que massives, il n'est pas absolument exceptionnel de voir se développer, soit une anémie hémolytique aiguë, soit une agranulocytose, soit une aleucie hémorragique. C'est moins la masse médicamenteuse qui compte pour engendrer lesdits syndromes sanguins que la durée prolongée du traitement. C'est le temps et les reprises qui épuisent la moelle osseuse. Le médecin doit être prévenu des dangers possibles des traitements sulfamidés prolongés et savoir recourir à l'examen hématologique à la moindre alerte anémique ou hémorragique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Maladie du col vésical chez le nourrisson et l'enfant

(MM. BOPPE et MARCEL ; 4-6-1941)

Les affections vésicales du nourrisson et du jeune enfant sont encore assez mal connues dans notre pays. Les troubles de la miction font trop souvent porter le diagnostic banal d'énurésie. En cas de pyurie concomitante, après avoir éliminé la lithiase et la bacillose, on accepte trop facilement le diagnostic de pyélite ou pyélonéphrite.

MM. Boppe et Marcel attirent l'attention sur les malfaçons et dysfonctionnements du col chez l'enfant, affections beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, comme le montrent les grosses statistiques américaines. Il faut y penser ; le diagnostic ne pourra naturellement être affirmé qu'après examens neurologique et urologique complets. Tout enfant énurésique ou prétendu tel, disent-ils, qui, au bout de quelques mois de traitement médical et de traitement de rééducation n'est pas guéri ou très amélioré, doit être soumis à une exploration complète de l'appareil urinaire ; tout enfant ou nourrisson pyurique doit être confié à un urologue.

P. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mai 1941

La limitation de l'expansion pulmonaire par la compression méthodique du thorax chez les tuberculeux

M. J.-C. BAYLE rappelle les travaux de Jaquerod, de Leysin, sur la compression thoracique en remplacement du pneumothorax chez les tuberculeux.

Si la méthode, à ce moment, ne s'est pas imposée, c'est parce que les malades supportent une ceinture rigide très difficilement.

Bayle apporte une technique qui rend la méthode pratique et précise, et présente son appareil.

Cet appareil pneumatique, muni d'un manomètre, donne, lorsque la pression atteint six centimètres de mercure, degré toujours bien toléré, une réduction de plus d'un tiers de la capacité respiratoire, réalisant un repos pulmonaire d'autant plus efficace qu'il est continu. Permettant la compression thoracique bilatérale et unilatérale, il est susceptible de remplacer le pneumothorax dans un assez grand nombre de cas.

Traitement des septicémies chirurgicales

M. Louis SAUVÉ développe la thèse déjà soutenue par MM. Gastinel et Reilly, en 1927, à savoir que le diagnostic précoce de ces septicémies, base de traitement précoce, peut être fait par des moyens cliniques à la portée de tout praticien. Les moyens de laboratoire sont au début infidèles, ils ne donnent des résultats précis que tardivement.

Le diagnostic peut être posé avec probabilité par l'observation des clochers thermiques ; la température doit être prise toutes les trois heures et ainsi apparaissent des clochers inaperçus dans les courbes matutino-vespérales. On peut même établir la forme très spéciale des clochers thermiques par température prise de demi heure en demi heure. Seule, la disparition de toute source de clochers thermiques annonce la guérison.

D'autre part, la ponction même sèche, quand elle donne des ensemencements constants du même germe, permet de poser le diagnostic précoce du germe, car les foyers de septicémies chirurgicales sont généralement accessibles.

La thérapeutique doit donc être faite très tôt, avant les résultats de l'hémoculture. Elle portera d'abord sur le foyer initial, soit par l'acte chirurgical, soit par la radiothérapie. Sur le milieu sanguin, l'auteur montre l'action incertaine et illogique des vaccins. Il préconise la sérothérapie contre les streptococcémies, le bactériophage intraveineux contre les staphylococcémies.

La thérapeutique chimique a été transformée par l'emploi des sulfamides. Ils ont une action préventive beaucoup plus que curative. Ils exigent, s'ils sont prolongés, un contrôle journalier de la formule sanguine.

Enfin, le vieil abcès de fixation de Fochier est toujours sans danger et parfois utile.

En résumé, contre les septicémies, il faut utiliser toutes armes et surtout ne pas être l'homme d'une seule thérapeutique.

Discussion. — M. BÉCART signale l'importance que présente l'étude de la leucocytose et insiste sur les bienfaits de l'abcès de fixation.

Il a des défenseurs et des détracteurs, mais une chose est certaine : un abcès qui prend = guérison ; un abcès qui ne prend pas = pronostic fatal.

A ces deux propositions classiques on peut ajouter la suivante : La transfusion du sang fait souvent mûrir un abcès qui ne prend pas.

L'emploi rationnel des venins dans la thérapeutique moderne

Madame PHISALIX expose les résultats et les indications de l'emploi rationnel des venins en thérapeutique.

L'auteur rappelle que c'est à leur venin que les espèces venimeuses doivent la haute immunité qu'ils manifestent vis-à-vis de leur propre venin, de celui d'autres espèces, d'un grand nombre de poisons, de toxines bactériennes et du virus rabique.

Les mécanismes par lesquels apparaît l'immunité chez ces espèces sont applicables à l'acquisition de l'immunité par les espèces sensibles ; autrement dit, les animaux venimeux qui nous fournissent le poison nous donnent en même temps le moyen de l'employer comme remède.

Les venins, en effet, s'apparentent, d'une part aux toxines microbiennes par leurs antigènes, qui, n'étant pas toxiques, sont utilisables à toutes doses pour faire apparaître l'immunité chez les espèces sensibles, servant ainsi à la vaccination et à son corollaire, la sérothérapie. Ils s'apparentent également à des poisons végétaux (digitaline, strychnine, etc...), et même à des toxiques tels que l'acide cyanhydrique.

Ces poisons, à action directe ou quelquefois catalytique, sont presque tous utilisables, à la condition de les employer à très petites doses infra-mortelles, en dilutions très étendues, dans un but thérapeutique.

Employés dans un but criminel, ils sont compromettants par leur symptomatologie caractéristique,

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs

Cl. OLIVIER et L. LÉGER, Prosecteurs à la Faculté de Paris. — **Les thrombo-phlébites dites « par effort » du membre supérieur.** Préface du Professeur Mondor. Un vol. de la collection « Médecine et chirurgie. Recherches et applications », n° 28, 210 p. Prix : 40 francs.

Un œdème unilatéral du membre supérieur, dû à une phlébite, sous-clavière, axillaire ou humérale, n'était pas jusqu'ici toujours rattaché à sa véritable cause. La maladie était, en effet, peu connue.

Les auteurs mettent en évidence la nature presque constamment infectieuse de ces agressions veineuses. L'effort — trop souvent considéré comme déterminant — n'y joue qu'un rôle révélateur. La nature de l'affection, malgré les apparences, est semblable à celle des phlegmatia du membre inférieur.

C'est dire l'intérêt très général qui s'attache aux tentatives chirurgicales dont, depuis les travaux du Professeur Mondor, ces oblitérations veineuses du membre supérieur ont été l'objet. Les auteurs, à l'aide de plusieurs observations inédites, montrent la supériorité de la résection veineuse sur les méthodes de thérapeutique conservatrice longtemps classiques.

LIBRAIRIE MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

J. TARNEAUD. — **Traité pratique de phonologie et de phoniatrie.** LA VOIX. LA PAROLE. LE CHANT, avec la collaboration de S. BOREL-MAISONNY. Un vol., 480 pages, 115 figures et un index. Prix broché : 160 francs.

Toutes les connaissances acquises sur la Voix, la Parole et le Chant, d'ordre acoustique, phonétique, physiologique et psychologique, sont relatées dans ce livre.

Le Docteur Tarneaud développe avec la compétence qui lui est reconnue, les matières se rapportant à la voix et au chant.

Il a fait appel à Mme Borel-Maisonny, chef du service de rééducation de la parole à l'hôpital des Enfants-Assistés, pour rédiger, en collaboration, les chapitres ayant trait à la parole.

Les affections de la voix parlée et chantée sont présentées par le Docteur Tarneaud de façon rationnelle, et leur traitement est précisé en de nombreux chapitres originaux.

La correction des troubles de l'articulation, du langage et du bégaiement est exposée par Mme Borel-Maisonny, qui apporte les résultats de sa grande expérience.

Les faits théoriques sont notés dans la mesure où ils sont indispensables au lecteur, parce que cet ouvrage est écrit avec le souci constant de lui faire connaître les techniques nouvelles de traitement et les règles fondamentales de la pédagogie vocale.

Les illustrations constituent une riche documentation. Un index permet au lecteur d'obtenir rapidement tout renseignement.

LIBRAIRIE MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

M. E. BINET. — Les hépatiques. Préface du Professeur Chiray. Un volume, 302 pages. Prix : 40 francs.

Dans cet ouvrage, le Docteur M. E. Binet trace non pas seulement le tableau des multiples affections du foie, mais aussi les traits des sujets qui en sont porteurs. Il souligne en quoi, pourquoi, comment, un « hépatique » ne se présente pas de la même façon dans l'enfance que dans l'âge mûr ou dans la vieillesse. Il insiste également sur cette notion que l'hérédité hépatique entache des générations successives.

Une partie originale de ce livre est celle où l'auteur expose ses vues sur le syndrome qu'il a appelé « syndrome hépato-endocrinien ». Pour lui, le foie, sur le plan clinique comme sur le plan physiologique, fait partie intégrante du système glandulaire ; glande hépatique et ovaire en particulier, fonctionnent parallèlement. On ne saurait, en effet, trouver une autre explication plausible au fait clinique que la très grande majorité des sujets atteints d'affections hépato-biliaires appartiennent au sexe féminin.

Le Docteur M. E. Binet, sur le chapitre du traitement des maladies du foie et des voies biliaires, s'en tient surtout à son expérience personnelle thermale.

Chacun sait, plus empiriquement peut-être que scientifiquement, que les eaux de Vichy fournissent des résultats incontestables chez les « hépatiques ». L'auteur nous expose les motifs de leur action et nous fait toucher du doigt le mécanisme qui préside à leur efficacité.

L'hydrologie est, en effet, entrée dès à présent dans la voie de l'expérimentation. Elle deviendra de plus en plus une science. Les travaux ne manquent déjà pas, lesquels nous permettent de comprendre et de mesurer l'action des eaux de Vichy sur le fonctionnement du foie.



PARTIE PROFESSIONNELLE

L'IMPORTANTE CONFÉRENCE D'AIX

Le 14 septembre dernier, à Aix-les-Bains, s'est tenue sous la présidence du Professeur Leriche la deuxième réunion des présidents et délégués des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Y assistaient 97 personnalités représentant 42 départements de zone non occupée.

A la prière du Professeur Leriche, le Dr Serge Huard avait accepté d'assister à cette réunion et d'y exposer certaines réalisations en cours. Le texte de son discours sera publié dans le prochain numéro du *Bulletin de l'Ordre*. Mais dès maintenant, et sans vouloir en rien déflorer les déclarations du Secrétaire d'Etat, le Professeur Leriche a tenu à en souligner aux lecteurs du *Concours médical*, la primordiale importance.

« Des tractations en cours, nous a dit M. le Président du Conseil supérieur, la position du Corps médical par rapport aux Caisses d'assurances sociales sortira transformée et grandement améliorée ».

A ce propos, le Professeur Leriche a regretté que, sur la foi d'un communiqué sans doute officiel, mais néanmoins tendancieux et non conforme à la réalité, le Corps médical se fût prononcé avec autant de passion.

« Pourquoi admettre aussi facilement que les représentants des médecins seront partout et en toute occasion plus bêtes que les autres et joués par ces autres ».

Un proche avenir démontrera qu'il n'en a pas été ainsi, que les intérêts des médecins ont été réellement et vigoureusement défendus (et sauvegardés !), que l'Ordre a ici joué son rôle.

Mais dès maintenant, le Professeur Leriche a mieux à offrir que des protestations et des promesses. Une action est en cours visant au relèvement des tarifs de tous les tiers-payants.

« Les représentants du Conseil supérieur ont admis les tarifs suivants pour la convention à passer avec l'autorité militaire pour les soins à donner aux familles des militaires, soit :

20 francs pour les consultations au cabinet.
25 francs pour les visites de jour.
50 francs pour les visites de nuit.
Indemnité kilométrique : 3 francs. »

Un rehaussement d'une ampleur analogue est demandé au ministère des Pensions pour les soins donnés aux réformés de guerre.

Ces deux tarifs seront valables pour toute la France. En ce qui concerne l'A. M. G., il est apparu qu'une telle tarification uniforme n'était pas souhaitable et qu'il convenait de tenir compte des conditions économiques locales.

En conséquence, les Conseils départementaux ont été avisés d'avoir à se concerter avec les Préfectures sur les rehaussements qui leur apparaîtront justifiés par la situation actuelle et soumettre leurs propositions au Conseil supérieur.

Il est entendu qu'une variation notable du coût de la vie légitimera une demande en révision des nouveaux tarifs et que ceux-ci ne sauraient être considérés comme immuables dans une époque où le prix des denrées de première nécessité est sujet à d'incessants changements.

Le Professeur Leriche a admis sans ambages que l'action de l'Ordre, telle qu'elle avait été menée jusqu'à présent, avait pu soulever de légitimes suspicions. Il a manifesté l'intention d'adopter une méthode nouvelle, d'ouvrir les fenêtres et de tenir les médecins au courant de ce qui est fait pour eux, afin qu'ils ne l'interprètent pas comme étant fait contre eux.

Telles sont les importantes déclarations que le Président du Conseil supérieur a bien voulu faire au *Concours médical* et que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs.

Si l'ère est close des grands secrets et des impénétrables mystères, l'atmosphère professionnelle va, de ce simple fait, être purgée de certains miasmes fort déplaisants à renifler. Savoir où l'on va et pourquoi l'on y va est déjà une satisfaction d'esprit à laquelle le Corps médical sera certainement très sensible. Il lui pesait d'être mené comme un troupeau. Le Conseil supérieur s'est rendu compte de toutes les fermentations malsaines que suscitait sa diplomatie occulte et de la perte d'altitude dont il était victime.

Par la bouche de son président, il offre aux médecins le présage d'un peu plus d'abandon et de confiance envers ses confrères.

C'est précisément ce que nous souhaitions ici même il y a quelques semaines et ce souhait avait recueilli l'adhésion de nombreux lecteurs.

A ceux-ci le *Concours médical* est heureux d'apporter aujourd'hui les précieuses informations que nous avons recueillies pour eux et dont le retentissement sera certainement grand.

Quant au relèvement des tarifs de tiers-payants, le Professeur Leriche se porte garant qu'il sera substantiel et de nature à satisfaire les praticiens.

Il ne restera plus aux Conseils départementaux qu'à établir les nouveaux tarifs de clientèle libre, chacun dans sa sphère ; ainsi un premier pas, mais un grand, aura été fait pour dissiper le funeste «malaise» dont les rumeurs allaient grandissant et menaçaient d'aboutir à quelque éclat.

Prenons acte, confrères, et attendons puisque le délai demandé doit être de courte durée.

G. LAVALÉE.

UNE SEULE FAÇON DE FAIRE DÉMARRER LA RETRAITE : RELEVER LES TARIFS (1)

Voici deux lettres reçues récemment :

Les médecins de campagne sont inquiets. Depuis un an nous voyons ce que nous avons perdu et nous n'apercevons pas ce que nous avons gagné. Nous avons patienté un an et comme sœur Anne ne voyons rien venir.

Il y a pour nous la question si importante des tarifs et surtout l'Indemnité kilométrique. Or voici trois tarifs qui nous sont imposés.

1° Accidents du travail : pour la visite 1.50 K.

2° Article 64 : 1.24 !!

3° A M G. : En Vendée 1.50 K.

Pour une visite à 5 kilomètres cela fait :

Pour les Accidents : 32 francs.

Pour l'Art. 64 : 25 francs (car on ne paye pas les centimes).

Pour l'A. M. G. : 27 francs.

Vous remarquerez en passant que les Mutilés sont traités au même tarif que les indigents, je veux bien croire qu'il n'y a là que simple coïncidence et que ceux qui ont donné leur sang pour la Patrie ne sont pas considérés comme des miséreux.

Mais il résulte de cela que pour faire une visite à 5 kilomètres le médecin a un minimum de frais de 15 à 18 francs ; il lui reste donc une moyenne de 14 francs pour les Accidents du travail et, dérision, 10 à 11 francs pour les Mutilés et A. M. G.

Quel est le manœuvre qui voudrait faire 5 kilomètres aller et 5 kilomètres retour pour 11 francs ?

Dr Guittard (La Châtaigneraie).

J'ai lu sans étonnement votre très intéressant article le « relèvement des tarifs » dans le *Concours* du 21 septembre 1941, et comme tous, je suis effrayé de l'insuffisance des tarifs actuels, qui ne correspondent plus à rien.

J'ai créé, après la démobilisation un poste médical, n'ayant pas les moyens d'acheter une succession à un des prix invraisemblables qu'on me proposait un peu partout.

(Entre autres, on m'a proposé, et cher, un poste qui *n'existait plus* depuis 4 ans, en Seine-et-Oise).

Après de patients efforts, durant mes 9 premiers mois je suis arrivé, et je n'ai pas lieu de m'en plaindre, à créer un noyau de clientèle qui *devrait* me permettre de vivre de façon très « satisfaisante » !

Je suis célibataire, je n'ai ni domestique, ni charge de famille, je mène la vie la plus modeste, je fais mes visites à pied, en vélo, ou avec une petite voiture qui consomme assez peu d'essence.

Je suis donc parmi ceux qu, théoriquement, ont le moins à se plaindre.

Mais, n'ayant aucune fortune personnelle ni avance d'argent (je suis orphelin de père depuis la guerre de 1914), je résume cependant les conditions de pas mal de jeunes, qui ont soutenu leur thèse juste avant cette dernière guerre, et à qui on a commencé d'abord par interdire de s'installer, puis à qui l'on a permis par faveur (*sic*) de créer un poste.

Immédiatement, nous avons été assaillis par les frais que vous savez : affiliation obligatoire à l'Ordre, puis aux Caisses d'allocations familiales.

Celles-ci, en particulier, ont doublé le prix mensuel de nos cotisations, sous prétexte que la caisse est en déficit du fait de la négligence de pas mal de confrères (Je conserve certain document à ce sujet). Ce qui est à vous dégoûter d'être de bonne volonté

De plus, comment permettre aux jeunes de se marier, d'avoir des enfants, si, dès le début de leur carrière, on les écrase de contributions. Veut-on les obliger, pour réhausser le niveau moral de la médecine française, au « mariage d'argent » systématique, qui déshonore notre profession ?

Je ne suis nullement hostile à mes devoirs de solidarité, mais ne pourrait-on pas, en haut lieu, admettre que le médecin qui s'installe n'est pas toujours riche ? Et n'imposer les diverses contributions qu'à ceux, qui, après un certain nombre d'années d'exercice, resteraient célibataires ? Quitte, à ce moment, à leur faire un rappel.

Quant aux tarifs proprement dits, l'Ordre local s'en est occupé : voici sa réponse, par lettre circulaire du 18 août 1941.

« 1° Le tarif kilométrique est orté à 3 francs le kilomètre parcouru. Ce tarif est obligatoire. »

Or pour les malades bénéficiant d'un tiers payant, et ils sont nombreux dans notre région :

Réfugiés, A. M. G., Assurés assistés, Art. 64, Accidents du travail, Pupilles de l'Assistance,

le tarif n'est pas changé, et l'essence vaut 45 fr. 50 le bidon de 5 litres.

Consulté sur cette question, l'Ordre m'a répondu, textuellement :

1° « Pour ce qui est des catégories de malades dont le risque est couvert par un tiers, ce n'est pas au Conseil départemental qu'il appartient de décider du relèvement des tarifs. »

Qui donc s'en occupera ? Moi, débutant ? Chaque praticien, maintenant isolé ?

Les promesses, les discours ne suffisent pas, il faut payer le boulanger chaque jour, et l'essence, et les contributions, avec de l'argent.

Nous ne demandons pas à faire fortune, mais à vivre honnêtement de notre travail.

2° a répondu l'Ordre « En tenant compte de l'augmentation du coût de la vie et du fait que certaines professions n'ont pas encore bénéficié des hausses de salaires correspondantes, il a été décidé que les *tarifs minima* seraient les suivants :

— Pour les petits salariés (à l'exception des salaires agricoles) 25 francs la visite, 20 francs la consultation.

— Pour les autres catégories, c'est-à-dire les non salariés plus les salariés agricoles ; 30 francs la visite 25 francs la consultation ».

Comment voulez-vous appliquer cela, demander à chacun ce qu'il gagne, créer une différence, humilier l'un, faire sourire l'autre ?

Et pour les agricoles, à quoi cela correspond-il ?

On m'a échangé une consultation pour 1 kilo de cerises à 20 francs ; nous allons à 4 kilomètres d'urgence, pour 27 francs (tarif des réfugiés anciens assurés sociaux) ! Et vous connaissez comme moi, à ce tarif, la valeur d'achat ou d'échange, d'une consultation.

Je ne pense pas que la profession médicale soit favorisée, et, parmi les confrères, on parle beaucoup de la retraite, mais je suppose qu'avant d'y arriver,

(1) Cet article, on s'en rendra compte, était écrit et composé avant que nous eussions recueilli les déclarations ci-dessus du Prof. Leriche. Il illustre l'actualité de celles-ci ; il témoigne que l'Ordre a pris conscience des soucis qui tourmentent la profession et de l'apaisement qu'il peut leur apporter. Le voici dans le terre-à-terre de son rôle et notablement plus proche de nous.

nous serons, les jeunes, morts de faim ou en prison pour dettes.

Peut-on trouver digne qu'un malade paie son médecin, qui l'envoie opérer le lendemain, avec une poignée de cerises, où une livre de beurre, au prix de la taxe ?

Je m'excuse, mon cher confrère, de cette longue et aigre diatribe, mais je pense résumer la situation de bien des jeunes, abordant seuls la profession médicale, qui les passionne pourtant. Ne pourrait-on pas les aider, mieux que par des promesses, des discours, des monceaux de paperasses, et des impôts supplémentaires ?

Je serais heureux que cette lettre puisse atteindre mes jeunes camarades qui ont été démobilisés après cette malheureuse guerre, où ils ont servi comme adjudants, et ceux surtout qui ont perdu leur foyer; leurs parents, mais non le goût de l'effort, de la probité, le goût de la vie.

Et surtout que nos camarades prisonniers trouvent, en rentrant, ils le méritent bien, un état de chose moins anarchique.

Dr Th. Courtois (Saint-Maixent)

Si, depuis quelques temps, nous publions avec une fréquence particulière des lettres de jeunes médecins, c'est qu'elles posent crûment, impérativement, l'un des problèmes primordiaux, et peut-être l'essentiel, que la profession va avoir à résoudre au plus vite.

Les questions de doctrine, la plus ou moins grande faveur à accorder à l'Ordre et à son Code de déontologie, les exposés de principes à propos du secret professionnel, les tournois sur le statut futur de la médecine sont des spéculations pour gens assurés du nécessaire et qui peuvent prendre le loisir de s'enlever de terre. Ce n'est pas à dire, loin de là, qu'elles soient sans intérêt, et la place qu'elles tiennent dans nos colonnes exprime assez celle qu'elles occupent dans notre esprit.

Mais il y a dans tout programme de travaux un ordre d'urgence et la question de s'assurer le pain du lendemain ne peut souffrir un délai de huit jours. Pour les jeunes, c'est cela qui compte : aurai-je à manger demain? Tel est le cri d'inquiétude que poussent toutes leurs lettres ; ce serait d'un égoïsme révoltant de ne pas y prêter l'oreille. Si nous voulons un jour pouvoir leur tracer d'un ton ferme leurs devoirs, il faut commencer, nous, par faire en sorte qu'ils n'aient pas à nous rappeler les nôtres.

***

Sur un jeune médecin sans fortune qui s'installe, s'abat, et pour des années, la plus pressante, la plus humble et je dirai même la plus sordide obsession : équilibrer ses dépenses et ses recettes. Et comme le propre des recettes d'un médecin, c'est d'être inconnues et incertaines, le jeune gueux qui a décidé témérairement de se colleter avec la vie doit demeurer en permanence prêt à se refuser une largesse escomptée, quand ce n'est pas un rosbif trop onéreux. Il dépend de lui, certes, mais il dépend aussi de la clientèle, c'est-à-dire du caprice des gens et du hasard que les difficultés des premiers temps cèdent peu à peu, comme une étreinte autour du cou qui se lasse de serrer. Et les soirs d'hiver où l'on rentre un peu fiévreux et courbatu, ce n'est pas pour sa peau que l'on craint mais parce qu'un chômage de seulement quinze jours serait un grand désastre.

J'ai connu ces affres-là, mes jeunes amis impécunieux ; et si elles sont les vôtres aujourd'hui il suffirait de me rajeunir d'une vingtaine d'années pour être de plein pied avec vous. C'est bien pourquoi vos lettres me remuent toujours et pourquoi j'écris en ce moment cet article de médiocre économie domestique.

J'avais, et je le reconnais, un avantage sur vous, un avantage énorme. En 1919, nous sortions victorieux de la guerre ; la France était affaiblie mais elle rayonnait de gloire et de prestige. Ses mers étaient ouvertes et l'univers entier tenait à honneur de lui offrir selon ses besoins.

Nous rentrions harassés mais avec le goût de vivre, satisfaits de troquer la fatigue inepte des batailles contre l'effort fructueux du travail. Et en quelques années était réparé tout ce qui, du moins, était réparable.

Aujourd'hui... nous sommes en suspens, et vous plus que quiconque. Vous dépensez, comme nous dépensons, plus qu'il ne conviendrait et seulement pour assurer votre strict nécessaire. Dans ce monde appauvri et accablé, il faut lésiner partout où on le peut ; et comme on peut lésiner sur la maladie, les clients ne vous appellent que s'ils sont vraiment inquiets. Seuls n'ont rien changé à leurs habitudes d'antan les indigents ; ils peuvent, eux, se faire soigner confortablement parce que l'on paye pour eux et que, pour la plupart, ils n'ont pas de pudeur.

Aussi criez-vous au secours. Vous avez raison, et c'est à vos aînés d'intervenir. S'ils se libéraient de cette responsabilité, vous seriez en droit de leur dire : vous qui voulez reconstruire la France, sur quelle jeunesse comptez-vous donc quand, après les sacrifices sanglants, vous exigez encore une autre immolation : la misère ?

***

Tous, jeunes amis, vous répétez la même antienne : On nous accueille à notre retour comme des gêneurs ; on nous suscite des difficultés. Il faut nous débattre et, pour un peu, nous battre. Se souvient-on d'où nous revenons ?

Cela aussi me rappelle quelque chose. Nous disions les mêmes mots en 1919, et avec les mêmes raisons. Car les revenants ne sont jamais reçus à bras ouverts, et dans une profession moins que partout ailleurs. — Mais là encore vous êtes défavorisés par rapport à nous. Du moins ne nous

demandait-on que de tenir le moins de place possible. A vous, sitôt rentrés, l'on tend des feuilles de comptes et l'on notifie des cotisations à payer. Il a manqué dans nos aréopages un de vos représentants, quelqu'un qui pût dire à ceux qui légiféraient dans les nues : Avant de verser de l'argent, il faut commencer par en gagner. Il y y des lapalissades qui sont bonnes à dire en certains cas.

Le plus probable, c'est que personne n'a pensé à cette méprisable contingence : Au moins ont-ils de quoi payer, et cette cotisation que nous estimons raisonnable ne risque-t-elle pas d'être pour eux exorbitante ?

Et c'est ainsi que, par une vénielle distraction, qui, pour vous tourne à une sorte de défi, l'on a superposé à la cotisation de l'Ordre celle des allocations familiales et qu'un de ces jours interviendra la clef de voûte de l'édifice, la cotisation à la retraite. Soit dit entre nous, cette clef de voûte si artistement ouvragée sera pour vous le vulgaire pavé de l'ours : comme le notait avec humour un de nos correspondants récents, pour vous donner du pain dans quarante ans on vous aura ôté celui du mois prochain.

***

Il faut donc rehausser les tarifs pour permettre aux jeunes de vivre et de faire honneur à leurs obligations. Ou bien ils déclareront forfait et l'on ne peut pas, à ce jour, peigner un diable qui n'a pas de cheveux.

Mais un autre point de vue est encore à faire valoir ; l'on répète un peu partout que la retraite se fera au début à la fois par répartition et par capitalisation ; et que la répartition, se modelant sur les tarifs d'honoraires, permettra de servir une retraite en rapport avec le coût de la vie et de gagner une époque où les conditions économiques seront plus stables. Voire !

La quotité de cotisation-répartition étant une fois calculée, débattue, le produit n'en variera plus que selon les fluctuations des tarifs médicaux. Or, de mémoire d'homme ceux-ci n'ont suivi qu'à très longue échéance les variations du coût de la vie. Si la retraite-répartition avait été instituée il y a cinq ou six ans, elle donnerait aujourd'hui exactement le même produit qu'à l'origine, les tarifs n'ayant pas changé. Il ne pourrait être question d'élever la cotisation sous peine de pressurer odieusement les cotisants, d'augmenter les difficultés où ils se débattent et de fomenter la rébellion. Resterait donc aux retraités la seule faculté de se restreindre de plus en plus, de serrer leur ceinture d'un cran tous les jours, et de se mettre en somme à l'école des rentiers.

Que seraient devenus les mirifiques avantages de la répartition ?

Il faut conclure : l'Ordre ne peut continuer à construire des châteaux dans l'empyrée. Il lui faut revenir sur terre et consentir à s'occuper de notre vie quotidienne d'hommes qui mangent, qui se logent, qui se vêtent et qui, ENSUITE, payent, le cas échéant, des cotisations (encore ne sera-ce qu'après avoir acquitté leurs impôts).

Qu'il fasse rehausser les tarifs, tous les tarifs, de tiers-payants comme de clientèle libre. Qu'il fasse adopter, en ces temps de hausse incessante des prix, l'échelle mobile, de façon qu'avec un retardement minimum les tarifs soient mis en concordance avec les exigences de nos fournisseurs.

Malgré tout, il se produira des à-coups : un certain délai interviendra entre l'ascension du coût de la vie et le remaniement des tarifs ; un autre délai inéluctable entre la perception des cotisations et le versement des retraites. Un an, six mois de décalage et, si nous devons revoir les montées en flèche de 1926, ce sera pour les retraités la gêne, peut être la misère.

On n'aperçoit ici qu'un seul recours : les œuvres de prévoyance médicale déjà existantes. Elles ont des réserves que, *en tout état de cause*, l'Ordre ne pourrait s'approprier, car elles sont la propriété des adhérents, mais dont les administrateurs de ces Sociétés peuvent user au mieux des intérêts d'une masse compacte d'adhérents anciens et nouveaux. Ces réserves constitueront un volant qui permettra peut-être de franchir la passe dangereuse et d'entrer en eau calme. Si, par une adversité obstinée et prolongée, ces œuvres ne parvenaient pas à éviter au Corps médical certaines détresses du moins en auraient-elles auparavant évité beaucoup d'autres.

En définitive...

Que l'Ordre, malgré qu'il y répugne, mette au premier rang de ses préoccupations actuelles la question des tarifs. Elle entre, du reste, dans ses prérogatives et la loi qui institue l'Ordre des médecins lui confie sans ambages autant nos intérêts matériels que nos intérêts moraux.

En un mot qu'il pourvoie, et même un peu âprement, s'il le faut, à nos finances.

Sinon qu'il renonce à la retraite !

G. LAVALÉE.

POUR LE PRESTIGE DES ELECTRO-RADIOLOGISTES

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE

Ancien Professeur d'Electro-radiologie à l'Université de Montréal

Les électroradiologistes ont été, je l'ai déjà fait remarquer, considérés jusqu'ici un peu trop comme des parents pauvres et pourtant que serait le diagnostic sans les rayons X ? que serait la thérapie d'un grand nombre d'affections sans l'électro-rœntgen-curiethérapie ? Pourquoi traiter cette science en « *art mineur* » et doit-on craindre que la réorganisation de la profession continue cette injustice à notre égard ? En tous cas, le Conseil national de l'Ordre ne comprend personne qui nous représente, ce qui justifie cette crainte.

Il semble qu'il serait juste de : *a*) nous assurer une place parmi les dirigeants ; *b*) de créer un enseignement obligatoire de notre spécialité afin de relever son prestige aux yeux des étudiants.

a) *Représentation des électroradiologistes dans les organismes régissant la profession.*

Notre spécialité est d'intérêt général et s'étend à toutes les branches de la médecine. Pour s'en rendre compte il suffit de remarquer la place que tiennent dans les hôpitaux modernes le service central d'électroradiologie et les postes accessoires de radiologie disséminés en médecine et en chirurgie. A ce titre elle mérite de pouvoir faire entendre sa voix.

D'autre part, elle est une science neuve qui malheureusement est quelquefois, mais cependant trop souvent, exploitée par des médecins dont la seule capacité est d'avoir possédé les fonds nécessaires à l'acquisition du matériel. Ces indésirables ont une instruction technique tout à fait insuffisante et quelques-un manquent parfois de conscience. Les conséquences de leurs pratiques ne sont pas sans inconvénients pour la santé publique et pour le bon renom du Corps médical.

J'ai insisté sur ce point dans un précédent article, je ne puis que signaler encore une fois que le radiodiagnostic fait par un incompétent conduit aux erreurs les plus préjudiciables, que les ultraviolets sont capables de réveiller une tuberculose pulmonaire, que la diathermie a causé des accidents graves (Cour de Rennes, Cour de Nîmes, Cour de Toulouse), que la radiothérapie et la radiumthérapie à doses insuffisantes sont inefficaces et peuvent être dangereuses et qu'à doses trop fortes elles ont déterminé des réactions graves, quelquefois mortelles.

Pour toutes ces raisons et dans l'intérêt supérieur des malades, il semble indispensable que nous soyons représentés au Conseil, non pas seulement pour qu'il entende notre opinion ou nos réclamations, mais surtout afin qu'il puisse surveiller les pseudo-spécialistes et mettre uniquement entre des mains qualifiées et diplômées une spécialité dont l'apprentissage est difficile et qui est actuellement livrée à tout venant.

Le Conseil actuellement se compose de quatre chirurgiens, cinq médecins, un bactériologiste, un ophtalmologiste et un oto-rhino-laryngologiste. Or il faut remarquer que les électro-radiologistes sont probablement plus nombreux que les ophtalmologistes ou que les oto-rhino-laryngologistes, ce qui devrait leur mériter une représentation, et que d'autre part, en province, les ophtalmologistes sont très souvent en même temps oto-rhino ; ces confrères se trouvent donc avoir deux mandataires alors que nous n'en possédons aucun.

Pour l'instant, il est difficile de réclamer une modification, le Conseil n'ayant pas été constitué par le Corps médical. Tout au plus pourrait-on faire au Président, l'éminent professeur Leriche, la suggestion suivante : qu'il se considère comme comptant en sus des douze membres et qu'il appelle un é ectro-radiologiste. Si, ce qui est possible, il n'a pas les pouvoirs nécessaires pour prendre une telle mesure, qui est non seulement juste mais indispensable, nous n'en garderons aucune rancune et nous n'en continuerons pas moins à contribuer de toutes nos forces au succès de la nouvelle organisation.

Seulement, il importe qu'à l'avenir, puisque doit venir un moment où le Conseil sera élu par les médecins, s'établisse un système qui assure à chacun sa place.

L'union intersyndicale des spécialistes, où j'ai été plusieurs années le délégué de mes collègues, avait adopté un dispositif qui assurait la représentation équitable des diverses spécialités à l'Union des Syndicats. Il y aura lieu de s'en souvenir quand le moment sera venu.

Dès à présent, si je suis bien renseigné, les mandataires des diverses spécialités ont voté une motion demandant que l'élection des représentants du Corps médical à la future Chambre des Corporations se fasse de telle sorte que :

1° Chaque spécialité soit représentée ;

2 Le nombre des représentants de chacune soit au prorata des membres qui y sont inscrits ;

3° Que chaque spécialité élise ses représentants.

Cette motion me parait comporter un correctif. Le nombre total des délégués du Corps médical peut être trop faible pour que toutes les spécialités puissent avoir un délégué ; il y aurait lieu alors que toutes ces spécialités s'entendent pour nommer des délégués les représentant en totalité, ces délégués étant choisis par roulement, successivement, dans chacune des spécialités. Si mes souvenirs sont exacts, c'est ainsi que nous procédions vis-à-vis de l'Union des Syndicats médicaux.

Pour le recrutement du Conseil national de l'Ordre et des Conseils régionaux, il n'y a pas à envisager la même réduction du nombre des membres, et nous devons réclamer de posséder un représentant des électroradiologistes.

C'est seulement ainsi que ces organismes seront vraiment l'émanation véritable du corps médical dans son ensemble et que l'état d'infériorité de certaines catégories cessera.

b) *Enseignement de l'électroradiologie à tous les étudiants.*

Une des raisons pour lesquelles nos confrères ne nous considèrent pas assez est qu'au cours de leurs études ils ont constaté que l'électroradiologie n'était l'objet d'aucun enseignement spécial. Ils en tirent inconsciemment la conclusion qu'il s'agit d'une science accessoire qui ne nécessite pas de connaissances particulières, peut être exercée par tout médecin et ne mérite par conséquent pas le nom de spécialité.

Bien que le moi soit toujours haïssable, je voudrais à ce propos citer des souvenirs personnels, car au fond, ce que nous connaissons le moins mal est ce qui nous touche de près.

J'ai été appelé à Montréal parce que l'hôpital Notre-Dame qui venait de s'agrandir considérablement fondait un très vaste service consacré à l'électroradiologie, mais aussi, accessoirement, parce que le Collège des médecins avait exprimé le désir que la Faculté organise sérieusement l'enseignement de cette spécialité.

Comme on ne pouvait, à mon arrivée, bouleverser les programmes et les horaires et comme mes amis les Docteurs Panneton et Léo Pariseau étaient chargés de quelques leçons théoriques, je débutai en faisant seulement des causeries cliniques aux stagiaires de l'hôpital.

Dans ces causeries, que j'ai continuées jusqu'à mon départ à raison d'une par semaine de septembre à mai, je présentais les radiographies ou les feuilles de traitement physiothérapiques de malades que les élèves avaient vus dans les salles (j'ai publié dans le *Concours* au moins deux de ces leçons). J'exposais l'utilité de nos méthodes, leurs difficultés et la nécessité de les bien connaître avant de les appliquer. J'insistais sur l'importance de l'examen clinique et sur les rapports étroits de la clinique et de la spécialité.

Par la suite, je pus commencer un cours théorique : durant mes trois dernières années, ce cours comportait trente leçons d'une heure et se terminait par un examen écrit, les étudiants ayant deux heures pour la rédaction de leur copie. Mon programme comportait toute la physiothérapie : électrothérapie, radiothérapie, radiumthérapie, ultra-violet, infra-rouge, héliothérapie, cure d'air, hydrothérapie, massage, mécanothérapie, neige carbonique, l'électro-diagnostic et le radio-diagnostic.

Je ne cherchais pas à donner à mes auditeurs l'impression que désormais ils connaîtraient la spécialité, car je disposais de trop peu de temps pour un sujet aussi vaste. Je me contentais de leur expliquer quels étaient nos procédés, de leur donner les principales notions de physique et de physiologie justifiant leurs emplois divers et surtout de leur faire comprendre les indications et les contrindications de façon à ce qu'ils puissent conseiller utilement leurs malades et au besoin les détourner des charlatans.

En somme, je complétais l'enseignement traditionnel de la Faculté d'une façon que les autres professeurs considéraient comme très utile.

Je voudrais voir organiser en France un enseignement du même genre conçu dans le même esprit.

Si l'omnipraticien a besoin d'être instruit de la matière médicale pharmaceutique, il doit posséder au moins des notions de la matière médicale physiothérapique, même s'il ne doit jamais faire les applications lui-même. On ne lui demande d'être très versé ni dans le manuel opératoire de telle intervention chirurgicale, ni dans la posologie exacte de telle cure hydrominérale, mais il lui est indispensable d'être à même d'indiquer que l'opération est nécessaire, ou de quelle station son client est justiciable. Il est nécessaire qu'il soit de même capable de conseiller ou de déconseiller un traitement physique. En ce qui concerne la radiologie, s'il n'a pas l'entraînement nécessaire pour faire lui-même un diagnostic, il faut qu'il soit suffisamment averti pour ne pas avoir l'air d'un ignorant devant le client qui lui présente un cliché, ou pour ne pas envoyer ce client demander un examen par les rayons X dans une affection où ce procédé d'investigation ne donne pas de renseignement.

Evidemment, dans les différents cours de la Faculté et dans les cliniques des hôpitaux, le futur médecin a l'occasion d'acquérir les notions nécessaires. Seulement, il est bon de remarquer que, lui étant ainsi fournies d'une façon fragmentaire et décousue, elles risquent de ne pas attirer son attention. Aussi un enseignement spécial paraît devoir être créé : une série, même brève, de leçons, lui donnerait une vue d'ensemble cohérente, préciserait ses connaissances, et lui rendrait la compréhension plus facile. Puis

la nécessité de répondre à un examen l'obligerait à classer dans son esprit les données acquises.

Cette suggestion n'a pas, elle non plus, la prétention d'être originale, ou plutôt sa seule originalité consiste dans la création d'un examen sanctionnant ce supplément d'études. En effet, il y a de bien longues années que le regretté Professeur Bergonié a fondé à la Faculté de Bordeaux un enseignement (continué depuis sa mort par mon ami, le Professeur Réchou), dont la valeur et l'importance ne sont pas discutées ; la Faculté de Paris possède depuis vingt ans une chaire consacrée aux rayons X dont il est bien regrettable, soit dit en passant, que le chargé de cours ne soit pas titularisé.

Les milieux universitaires reconnaissent donc que l'enseignement que je préconise est un besoin. Il est temps qu'on se décide à rendre cet enseignement obligatoire.

Je souhaite que le Conseil de l'Ordre comprenne que les étudiants ont besoin, pour que leur instruction soit complète, d'être initiés par un cours au moins sommaire à l'électro-radiologie, cette spécialité si importante.

Mais je voudrais aussi que ce Conseil se persuade que la France jouit d'un grand prestige dans le domaine de l'application médicale des courants et des rayons. Les étrangers qui venaient s'instruire chez nous étaient ahuris quand ils apprenaient que le maître à la réputation mondiale, qu'était Béclère, n'était titulaire d'aucune chaire et que la Faculté de Paris ne parlait officiellement des radiations de Rœntgen qu'à l'occasion du cours de physique.

Si ceux qui ont pour rôle de réglementer la profession ne sont pas comme moi animés du désir de relever la considération de la spécialité, le souci de la réputation scientifique des Facultés françaises ne mérite-t-il pas d'attirer leur attention ?

L'électro-radiologie n'est parmi les différentes branches de la médecine ni accessoire, ni inférieure ; elle a le droit d'être professée au même titre que les autres. Messieurs les membres du Conseil de l'Ordre, imitez l'exemple de l'Université canadienne française de Montréal, en instituant l'enseignement obligatoire de notre spécialité (1) !

LES CARACTÉRISTIQUES DU « BON CONSEILLER »

Le Docteur M..., héritier d'un nom qui évoque les fastes anciens du *Concours*, nous adresse des réflexions qui rejoignent et expriment heureusement celles de nombreux confrères.

En vieux praticien, il discerne les qualités particulières qu'il faut au médecin chargé à un degré quelconque des affaires professionnelles, celles en conséquence que nous souhaitons trouver chez nos actuels conseillers de l'Ordre.

Je ne prétends pas que les Conseils nouveaux soient composés de confrères indignes ; mais on peut affirmer que le plus grand nombre de nos conseillers départementaux ont été choisis parmi des médecins ayant une trop grande activité professionnelle et qu'il y a parmi eux beaucoup trop de « spécialistes » et de « consultants » ayant moins d'indépendance que les autres puisqu'ils ont à ménager leurs « rabatteurs » et que dès qu'un mauvais confrère, un métèque, se sent menacé, il devient « rabatteur ». Ces confrères d'autant plus occupés en ce moment que les difficultés de circulation sont grandes se réunissent trop peu souvent. La plupart d'entre eux flattés dans leur amour-propre, étaient au début, pleins de bonne volonté et d'enthousiasme. Mais ils se sont trouvés dans un milieu tellement inexpérimenté en raison de l'élimination des confrères frappés de la « tare indélébile du syndicalisme », que beaucoup d'entre eux sont maintenant découragés et se réunissent le moins souvent possible.

Concluons : Le Corps médical ne se sent pas défendu. Il ne conteste pas la bonne volonté de la troupe de jeunes recrues chargée de représenter ses intérêts, mais il préférerait beaucoup que l'on mette aux postes de commande, au lieu de ces néophytes de six mois, des hommes expérimentés qui connaissent toutes ces questions depuis de longues années.

Il ne suffit pas d'être un savant ou tout simplement un bon médecin consciencieux et honnête pour faire un conseiller de l'Ordre des médecins. Par expérience, nous savons que les confrères qui se sont rendus les plus utiles dans nos associations, sont dotés d'un tempérament spécial. Il faut qu'ils soient un peu « chiens Terre-Neuve » enclins à sacrifier un peu leur clientèle aux intérêts de la profession. Il est préférable qu'ils aient du temps à perdre, la patience de supporter bien des « palabres » souvent inutiles et fatigants ; avoir le « goût » de ces discussions. Bien des confrères (dont je suis, je l'avoue bien humblement) n'ont pas la patience et le tempérament nécessaires pour assumer le rôle de bon conseiller patient et dévoué. Par contre, nous connaissons tous certains de nos collègues qui faisaient profession de mépris pour nos discussions médicales, accablant de sarcasme les « parlottes » de nos syndicats et qui n'ont jamais eu le courage de sacrifier un seul de leurs dimanches pour assister à une réunion médicale. Depuis, certains de ces confrères ont été nommés au Conseil de l'Ordre et font de piètres conseillers.

Dr M. M.

---

(1) Tout en signalant à ceux qui ne me connaissent pas que j'ai notablement dépassé l'âge où on peut briguer une chaire, je préviens mes lecteurs que j'ai l'intention dans un article ultérieur d'exposer ce que doit être l'enseignement réservé à ceux qui veulent exercer la spécialité.

VARIATIONS SUR L'ARTICLE 378

Par M. le Docteur C. LIMECOQ

Principe préliminaire : l'exercice de la médecine serait impossible si le secret professionnel cessait d'être respecté.

Ce n'est que depuis le 22 février 1810 que la violation de ce secret est considérée comme un délit et punie d'amendes et de prison. Avant Napoléon, le secret professionnel n'existait pas officiellement et les observations publiées dans les ouvrages médicaux donnaient toujours le nom et souvent l'adresse des malades — nous pourrions ainsi facilement retrouver des preuves que le spirochète par exemple vit en symbiose depuis le XVIII[e] ou XVII[e] siècle avec les hématies qui coulent dans des veines modernes illustres.

C'est grâce à ce retard législatif et aux indiscrétions de l'histoire que le regretté Cabanès a pu édifier son œuvre magnifique sur les morts et les malades célèbres.

Si l'on peut regretter ce temps passé, au point de vue curiosité et érudition, il faut considérer comme un progrès considérable dans l'organisation de la défense de l'individu la décision prise par Napoléon.

Ce grand homme pouvait-il prévoir qu'il serait lui-même une victime lamentable de l'indiscrétion médicale : dès le lycée nous avons su qu'il était galeux et épileptique, ce qui nous dégoûtait fort. Les documents copieux oubliés à l'envi par les médecins qui le soignèrent à Sainte-Hélène n'ajoutent rien à sa gloire, pas plus d'ailleurs qu'à celle de tous les Antommarchi qui se disputèrent sa dépouille. On se la dispute encore : on cherche et on cherchera toujours à établir d'après la description de l'autopsie la vraie cause de sa mort. Chaque auteur a son opinion basée sur sa spécialisation (cancer, malaria, etc.), ou sur ses tendances politiques (il y a des causes de mort plus honorables, plus flatteuses ou plus fâcheuses les unes que les autres) ou sur ses sentiments concernant l'Angleterre (quelle est sa responsabilité ? Minime si cancer, complète si affection coloniale).

Personne ne sait comment meurent les vieux lions ? Ils disparaissent, seuls, dans le mystère et complètement : c'est la mort qu'aurait peut-être souhaitée Napoléon.

Cet anonymat de la cause de la mort, garanti maintenant, permet de compléter la formule *habeas corpus* en y ajoutant *perinde ac cadaver*. Nous restons cependant très curieux de savoir de quoi sont décédés non seulement nos contemporains illustres, mais aussi nos amis et connaissances. La première phrase que nous échangeons à un enterrement est toujours celle-ci : « Savez-vous de quoi il est mort ? ». Les médecins traitants font bien de s'abstenir en général d'assister aux funérailles de leurs clients : ils y seraient assaillis de questions aussi insidieuses qu'amicales. Leur discrétion serait mal interprétée : « il ne veut rien dire, c'est que le pauvre *de cujus* est mort d'une maladie inavouable ». Ou bien « c'est qu'il n'a pas réussi à le sauver ». Toutes choses bien désagréables pour un honorable praticien.

Il n'y a pas que les amis et connaissances qui voudraient savoir la cause des décès. Il y a aussi l'autorité sanitaire qui adore les statistiques. C'est toujours l'éternelle lutte entre l'intérêt de l'individu que défend le médecin individuel et l'intérêt commun que défend le représentant sanitaire de la communauté. Il est certain que ces deux intérêts sont aussi respectables que difficiles à concilier.

Cette difficulté ne sera peut-être pas toujours insoluble. Il y a évidemment pour l'hygiène générale un intérêt scientifique à pouvoir méditer sur un tableau complet et détaillé des causes de décès. La lutte contre certains fléaux, le cancer, la tuberculose, le rhumatisme, en serait facilitée. Des essais partiels ont été tentés avec un succès appréciable : on sait qu'une nomenclature numérotée a même été organisée sur le plan international. Cahin caha, les municipalités arrivaient jusqu'ici à établir des feuilles mensuelles avec 70 à 90 % de certificats de décès numérotés et les statisticiens spécialisés, avec le distingué M. Moine en tête, en tiraient des renseignements précieux pour l'hygiène générale. Leur carrière vient d'être brusquement et prématurément interrompue par l'article 48 du Code de déontologie de l'Ordre des médecins : « Tout médecin doit refu- « ser de mentionner, sur un certificat de décès, « le nom de la maladie ou une indication quel- « conque sur sa nature, même en cas de demande « faite par *une Administration ou une Compagnie* « *d'assurances* » (souligné dans le texte).

Toute statistique sanitaire devient donc impossible pour le moment. Cela ne nous console pas de savoir que les intérêts des assureurs sur la vie se trouvent à peu près sauvegardés. Leurs contrats comportent en général la réserve du suicide, car il y a des héros qui sont capables de se supprimer délibérément pour enrichir leur famille. Or, l'article 53 du même Code prévoit que « tout médecin appelé à constater une mort « dont l'origine ne lui paraît pas naturelle (sui- « cide, etc.), doit refuser de signer le certificat de « décès. La suite est du ressort de la justice ... » Tout refus de signer veut dire que le défunt s'est

suicidé ou a été supprimé par ses héritiers et voilà les assureurs rassurés...

L'article 378 est la borne de granit qui défend le domaine de l'individualisme contre les assauts des intérêts collectifs. Ces assauts ont réussi cependant à effriter sérieusement le dur granit. L'effritement est amorcé par un plan de clivage, dû à cette phrase du Code pénal : « hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs... », la justice s'est ainsi d'abord insinuée elle-même dans nos secrets, faisant étaler devant elle et devant le public toutes les particularités physiologiques des accusés et de leurs victimes. Puis l'hygiène est arrivée à la rescousse en 1902 avec la déclaration obligatoire de dix-huit maladies contagieuses et facultative de sept autres (pénalité : art. 471 du Code pénal), cette liste peut être modifiée par décret (décret-loi du 30 octobre 1935). Le médecin est ainsi autorisé maintenant à déclarer la tuberculose à l'autorité sanitaire. Plus récemment, il a été autorisé à dénoncer les vénériens (29 novembre 1939) et les avortements (29 juillet 1939).

Le Conseil supérieur de l'Ordre, qui, si résolument se pose en défenseur de l'article 378, espère cependant l'effriter pour lui-même en un point. Il s'exprime en effet ainsi à l'art. 41 « il est à désirer que le médecin puisse être relevé du secret « professionnel vis-à-vis du Conseil de l'Ordre... « il y a lieu de prévoir que cette liberté de témoignage encore illégale et interdite sera bientôt « possible ».

Cette réserve exprimée par le Code est intéressante, car elle indique, contrairement à l'opinion de beaucoup d'entre nous, que le secret professionnel existe entre médecins ; on doit donc entendre qu'il n'est aboli qu'entre médecins soignant le même malade et seulement à cette occasion. Nous n'avons pas le droit d'échanger des confidences sur nos clients respectifs. On connaît l'histoire cuisante à plusieurs points de vue arrivée à un praticien parisien : il reçoit un de ses anciens camarades d'études établi en province ; il le traite de son mieux, l'emmène dans un cabaret de luxe. A leur entrée, une femme très appétissante vient leur dire bonjour comme à de vieilles connaissances et s'asseoit à leur table. Le provincial ébloui s'emballe, la belle l'encourage. Le parisien paraît très mal à l'aise et cherche à remettre son camarade dans le chemin de la vertu. L'autre s'étonne, croit marcher sur des brisées; on le détrompe; alors libéré d'un scrupule, il se lève et veut emmener sa conquête ; finalement le parisien éclate, déclare que la conquête est sa cliente et qu'elle est contagieuse. Tumulte ! Le provincial passe outre et fut poivré. Quant au parisien il fut... salé par le tribunal que la fine mouche, bien conseillée, actionna au nom de l'art. 378. Il ne put arguer que le secret professionnel n'existait pas entre médecins. Tous les praticiens risquent de se trouver dans des cas analogues. Quelle conduite tenir quand nous apprenons qu'un client syphilitique se dispose à épouser une fille pleine de santé ? Le dogme est absolu : si ledit client malgré toute notre éloquence et notre insistance veut passer outre, nous devons laisser commettre le crime. Telle est la théorie que la corporation médicale considère et proclame inflexible ; cette corporation est composée d'hommes qui ont chacun leur personnalité. Ils chantent cependant en chœur le même air, mais, seuls devant leur conscience, pensent-ils tous exactement de la même façon ? Nous avons eu des confidences : « Si je savais de par « ma profession que la fille d'un parent ou d'un « ami doit allier sa belle santé et son avenir bio- « logique à un syphilitique contagieux ou à un « tuberculeux évolutif, ma conscience d'honnête « homme tout court combattrait ma conscience « de médecin. C'est la première qui gagnerait. « J'en serais quitte pour 1.000 francs d'amende « et trois mois de prison : je préférerais ce sacri- « fice au remords cuisant d'avoir laissé accom- « plir un crime plus abominable qu'un meurtre « direct. Note bien que je te dis ceci à l'oreille. « Ne le répète pas aux copains qui crieraient « haro sur le baudet ! » Or, il est facile de se rendre compte que beaucoup de copains ont le même état d'esprit. Quand on épluche les lois et décrets, on se rend compte que si le médecin a la faculté (non l'obligation) de déclarer la tuberculose ouverte et les maladies vénériennes contagieuses ; il ne peut le faire qu'à l'autorité sanitaire. Que peut celle-ci, liée elle-même par le secret professionnel ? La carte qui dénonce par un numéro ou une lettre la maladie dangereuse ne peut annoncer en même temps que le client veut se marier malgré tout. L'inspecteur de la Santé ne peut saisir la police, il ne s'agit pas d'un cas de prostitution : tout au plus enverra-t-il une visiteuse aussi polyvalente que possible ; si elle est reçue, ce qui sera miracle, elle ne pourra que répéter l'argumentation du médecin traitant et faire une enquête stérile. Le pauvre médecin traitant en est donc réduit à violer le serment d'Hippocrate et à aller trouver le futur beau-père. Il sauvera ainsi une belle-fille et la race qu'elle doit créer. Quant au client, il se considèrera évidemment comme lésé : en effet, il perd soit une dot appelée à établir ses affaires, soit l'objet d'un grand amour sincère (tout est possible). Il hésitera peut-être à recourir à la peu discrète justice, mais il pourra toujours espérer une vengeance en s'adressant au Conseil de l'Ordre, lié solidement par le secret. Comment celui-ci jugera-t-il le cas ? Dans l'art. 54 de son Code, il dit : « Le médecin n'est pas tenu au secret lorsqu'il constate qu'un crime est commis au « préjudice de la vie ou de la santé d'un de ses malades (empoisonnement. etc.). *Il ne doit pas se faire le complice d'un crime* »

Jugera-t-il *crime* le fait de fonder une famille avec un chancre induré comme premier cadeau de noces ? ou au contraire déclarera-t-il, comme à l'art. 45 (révélation aux parents d'un mineur de la syphilis de celui-ci) : « que s'il n'encourt pas de « poursuite devant les tribunaux, il n'en est pas « moins blâmable de son imprudence, qui met en « jeu sa responsabilité disciplinaire et est suscepti- « ble d'être condamné par le Conseil de l'Ordre ».

Le mot imprudence est ici inattendu.

Le problème que nous avons imaginé est un des plus graves qui puissent se poser, mais il en est beaucoup d'autres qui nécessitent méditation. Sans vouloir ressusciter le suffrage universel, il semble que le Conseil supérieur de l'Ordre aurait avantage à recueillir les réflexions individuelles que la lecture de la première édition de son Code a pu susciter : il y trouverait peut-être matière à variantes pour ses éditions à venir.

Si tous les médecins considèrent le secret professionnel comme une nécessité indiscutable, ils ne le voient pas tous sous le même angle. Quelques-uns en font un dogme farouche qu'ils invoquent avec raideur, surtout vis-à-vis des administrations : ce sont les adversaires irréductibles des statistiques médicales quelles que soient les précautions prises pour en garantir l'anonymat.

Ils refusent tous certificats même ceux que prévoit l'art. 42 du Code : « Il n'y a pas de secret « de la part du médecin pour son client en ce qui « concerne celui-ci. Le médecin peut donc lui dé- « *livrer un certificat relatant* son état de santé « avec ou sans diagnostic ; mais il doit le dater et « faire précéder sa propre signature d'une note « signée par le client et ainsi rédigée : certificat « remis à M. X... en mains propres sur sa « demande », et c'est avec hésitation qu'ils formulent même leurs ordonnances : si le pharmacien allait deviner le diagnostic !

Le secret médical ne doit pourtant pas être assimilé au secret de la confession qui, lui, est vraiment dogmatique. Il y a des prêtres qui ont subi le martyre plutôt que de révéler ce secret sacré. Nos confrères les plus fermes n'iraient jamais jusque-là. Ils n'iraient pas non plus jusqu'à accepter le célibat et la continence que l'Eglise impose à ses ministres, dans le but, entre autres raisons, de faciliter le respect du secret de la confession. Elle sait combien la douce intimité de l'oreiller et les grands élans de la passion amoureuse prédisposent aux confidences extrêmes. A l'opposite des farouches défenseurs du secret professionnel, on trouve des confrères moins absolus : le secret n'est pas rompu, pensent-ils, quand il n'est déversé que dans une seule oreille, oreille inspirant une confiance complète. Ces bons vivants trop loquaces, surtout entre confrères, commettent certainement quelques péchés véniels contre le secret, mais on peut dire que le péché mortel, celui qui vraiment est capable de nuire au malade, est universellement évité. S'il y a des fuites, elles sont dues aux malades eux-mêmes qui ont le besoin de décrire leurs maux passés et présents. Echappés à une grave maladie, ils aiment à la raconter comme une prouesse et à louer ou critiquer le praticien qui les a tirés d'affaire. Les moindres paroles de celui-ci sont gravées dans leur mémoire et répétées à satiété. Le soussigné se rappelle s'être trouvé un jour coincé dans le métro depuis l'Etoile jusqu'à la Bastille entre deux dames qui causaient tout haut de leurs petites affaires. Il apprit ainsi sans le vouloir leurs noms, leurs adresses, l'âge et la profession de leurs maris, le nombre de leurs enfants et de leurs fausses-couches, les particularités de leur dernier accouchement, le nom de l'accoucheur, la maladie d'estomac d'un des maris, les remèdes qu'il prenait, le nom de son médecin, une description assez minutieuse du cas pour permettre de diagnostiquer des crises gastriques chez un tabétique, etc... L'occasion se présenta peu de temps après d'intriguer le médecin traitant, abasourdi par la précision des détails « Ah ! tu soignes donc ce malade ! Qu'en « penses-tu ? tu es bien de mon avis, qu'aurais-tu « fait d'autre ? » quand il a su la vérité, il s'est « esclaffé « le pauvre diable qui tenait tant à ce « qu'on ignore les conséquences d'un péché de « jeunesse qu'il expie si durement !... ».

Bref, entre les médecins austères qui se taisent à outrance et les médecins tant mieux qui parlent quelquefois un peu trop, on peut trouver tous les types intermédiaires. Le Conseil de l'Ordre s'en est ému et vient de mettre au point un Code nécessaire, réglementation de sauvegarde, assez souple pour ménager tous les intérêts en présence, assez étanche pour éviter toute fuite capable d'amorcer la faillite du secret médical. Car répétons-le encore, celui-ci est indispensable à l'exercice de la profession. Il y aurait lieu cependant de revoir et de préciser d'une façon plus serrée encore, ses limites, de façon à mieux protéger l'un et l'autre des intérêts antagonistes : celui de l'individu et de la collectivité, qui paraît peut-être un peu sacrifiée.

Post-Scriptum. — Depuis la rédaction de cet article, il est survenu un fait nouveau. Le Secrétaire général à la Santé, ému de la détresse des statisticiens, a obtenu du Conseil supérieur de l'Ordre que l'article 48 de son Code soit modifié. Tout médecin traitant devient *ipso facto* médecin de l'Etat civil quand il remplit le certificat imprimé réglementaire. (Voir circulaire du 1er juillet 1941, reproduite à ce moment là dans le *Concours médical*). Les médecins sont donc *invités* à remplir le dit certificat.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

L'IMPORTANTE CONFÉRENCE D'AIX : L'ORDRE, — CE QU'IL EST. — L'ÉTATISME. — LES ASSURANCES SOCIALES. — LA MÉDECINE COLLECTIVE.

INCOMPATIBILITÉ DES FONCTIONS DE MÉDECIN CONTRÔLEUR ET DE MÉDECIN TRAITANT.

Un de nos correspondants de passage à Paris a pu nous donner sur l'importante conférence faite à Aix-les-Bains le 14 septembre dernier par M. Serge Huard, devant les représentants des Ordres départementaux de la région, quelques indications sommaires que nous sommes heureux de pouvoir leur communiquer, avant qu'ils n'en lisent le texte intégral dans un prochain *Bulletin* de l'Ordre.

***

Retraçant le tableau de la vie professionnelle d'avant guerre le Docteur Huard rappelle les difficultés matérielles auxquelles se trouvait aux prises le jeune médecin, les abus des collectivités en matière de médecine sociale, la faute commise par le Corps médical en prenant parti contre elle, le caractère trop souvent théorique des libertés que le médecin croyait avoir.

L'exode, la défaite, le malheur posent tout à coup de nouveaux problèmes (médecins réfugiés, médecins sinistrés, médecins prisonniers, jeunes démobilisés) qu'il faut résoudre sans tarder.

Alors l'Ordre est créé. Quels en sont les principes ? En premier lieu, il maintient la discipline intérieure. Pour cela, il dispose du tableau *auquel l'inscription est un droit*, sous réserve toutefois de l'application du *numerus clausus* départemental.

***

L'Ordre possède un pouvoir judiciaire et pourtant ses Conseils ne sont composés que de médecins. Ces Conseils ont codifié les règles traditionnelles de la profession. Ce Code sera soumis au Conseil d'Etat qui en fera une loi sur l'exercice de la profession.

Mais l'Ordre a aussi la garde des intérêts matériels de la communauté médicale.

Les *tarifs* seront fixés de manière à éviter une hausse actuelle des prix, mais les *frais de déplacement* seront adaptés aux nouvelles et si difficiles conditions d'exercice. Dans ce domaine aussi, l'Ordre empêchera toute exploitation des médecins par les collectivités auxquelles ils sont liés par contrat.

Enfin, il faut aider les confrères malheureux, les familles, les jeunes à s'installer, les vieux à *se retirer* dignement.

***

L'Ordre représente la profession dans tous domaines. Tous les pouvoirs publics doivent coo-

pérer avec lui. Mais on ne saurait pousser à bout cette idée corporative et donner à l'Ordre la propriété du métier (répartition des cabinets, tarifs, hôpitaux publics, etc.). L'*Ordre ne peut être un syndicat de patrons à monopole.* Mais les médecins de l'Ordre seront représentés à l'avenir dans toutes les Commissions administratives hospitalières et l'Ordre pourra orienter les installations nouvelles et les cessions de cabinets.

A cette occasion le Docteur Huard rend hommage aux conseillers de l'Ordre qui ont eu à faire face à toutes les difficultés inhérentes à la période de mise en route et remplissent gratuitement leur fonction.

***

Il aborde ensuite le délicat problème de l'opposition à laquelle il est reproché de semer le trouble sur deux terrains : l'*étatisme* et les *Assurances sociales.*

L'étatisme nous menaçait, car il fallait contrôler l'exercice de la profession, mais ce contrôle on a voulu qu'il soit fait par le Corps médical lui-même auquel furent remises ses destinées (Pas de commissaire du gouvernement — admission au tableau — code de déontologie — juridiction professionnelle, etc...) C'est évidemment au Préfet que revient en définitive le pouvoir de police. Enfin le recours en Conseil d'Etat est une sauvegarde contre l'arbitraire.

Rappelons-nous d'autre part que par la faute du Corps médical les Assurances sociales ont été édifiées contre lui. Il *faut aboutir à une entente sans réticences* en ce domaine. Des tarifs minima ont remplacé les anciens tarifs maxima. Les coefficients vont être revisés. Mais avant d'augmenter massivement leurs tarifs les Caisses veulent avoir la certitude que l'assuré en aura un soulagement réel. D'où le principe d'accords qu'il appartiendra aux Conseils départementaux de discuter avec les Unions, en vue d'actes limités et pour une période d'un an. Alors seulement l'on détournera l'assuré social du dispensaire. Enfin un *corps de contrôle* dont le recrutement sera organisé avec toutes les garanties, dont celle de l'Ordre, remplacera les contrôleurs actuels.

***

A l'occasion des Assurances sociales, le Docteur Huard met en garde le Corps médical *contre une obstruction systématique à l'évolution sociale,* dont les lois ne sont que la résultante et non la cause.

Une telle attitude ne peut que diminuer la place occupée par le Corps médical dans la nation. Or, de nouveaux problèmes sociaux se posent : la prévention des maladies (tuberculose, maladies vénériennes), le contrôle de la jeunesse, le contrôle des travailleurs, la régénération de la famille. Il faut que le Corps médical suive, canalise, ordonne le courant et s'y intègre.

L'Hygiène, la Santé, l'Assistance, tels sont les trois domaines qui s'offrent à son activité.

• •

L'article 62 du Code de déontologie dispose que nul ne peut être à la fois médecin contrôleur et

médecin traitant d'un même malade et de la famille de celui-ci. Excellente mesure destinée à remédier aux abus commis autrefois par certains médecins assermentés.

Nous apprenons toutefois que certains Conseils départementaux entendent donner à la règle prescrite par le Conseil supérieur une portée nettement excessive. N'est-il pas question d'interdire au médecin contrôleur d'une compagnie d'assurances contre les accidents du travail d'être médecin traitant d'accidentés du travail dans sa clientèle privée ? Que l'on refuse au médecin contrôleur de telle Compagnie d'assurances le droit de donner ses soins aux blessés du travail relevant de cette Compagnie, et à leur famille, nous applaudissons. Mais pourquoi renchérir, alors que le Code de déontologie a pris soin de préciser qu'il interdit «au médecin d'une collectivité... de faire acte de médecin traitant des *membres de cette collectivité*...» mais rien de plus.

Si une mesure telle que celle que nous indiquons devait être appliquée, il serait difficile aux compagnies d'assurances, surtout en province, de trouver des médecins contrôleurs. A notre connaissance, en effet, une telle fonction n'est pas tellement rémunératrice que le médecin qui en est investi puisse se permettre de renoncer à la clientèle des blessés du travail.



CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

4222. — On ne peut rien changer de soi-même au tarif légal des soins aux accidentés du travail

Je viens vous exposer un cas d'accident *du travail* que la Compagnie X... vient de me régler en me diminuant des honoraires de 637 francs à 417 francs.

Le dimanche 9 février on m'amenait un blessé qui présentait une plaie ouverte de l'arcade sourcilière gauche nécessitant la pose de trois agrafes, un hématome frontal, des contusions de la cuisse. et de l'épaule gauche nécessitant des pansements

En outre j'ai fait une piqûre antitétanique en fournissant moi-même le sérum.

J'ai par la suite fait cinq visites au blessé distant de chez moi de 40 kilomètres (aller et retour).

J'ai délivré deux certificats initiaux (Compagnie et Mairie) et un de guérison.

J'ai réclamé en tout 637 francs, chaque visite tarifée 100 francs. Je vous envoie ci-joint la réponse de la Compagnie (que vous voudrez bien me retourner). Que dois-je faire ? Il m'est impossible, l'essence coûtant 6 à 9 francs le litre parfois plus, de continuer à compter 1 fr. 50 du kilomètre et le coût de la vie ne permet plus les visites à 17-18 francs — le Conseil de l'Ordre du département vient de décider 20-25 francs pour la clientèle normale — et de demander le relèvement des tarifs Assistance médi-

cale gratuite à 10 et 15 francs et 2 francs du kilomètre.

Comment dois-je faire pour récupérer ce que je pense m'être justement dû ? Dans d'autres cas analogues également comment devrai-je opérer ?

Dr M.

Réponse

La Compagnie est dans son droit pour les trois réclamations qu'elle vous a faites. Quant au prix du déplacement, il est fixé par l'art. 2 du Tarif officiel concernant les soins aux accidentés du travail, et vous n'avez pas le droit d'y rien changer, puisque c'est le tarif de responsabilité patronale, et que le patron (ou son assureur substitué) est seul responsable des frais de traitement (art. 5 de la loi du 1er juillet 1938).

Donc, vous ne pouvez (comme suivant l'ancienne loi du 9 avril 1898) vous retourner au besoin contre l'ouvrier pour un supplément quelconque.

J'ajoute que la Compagnie accepte de vous payer votre déplacement sur une distance de 40 kilomètres (soit 40 kil. de déplacement) sans s'enquérir si vous êtes, ou non, le médecin « le plus proche » de l'accidenté, et que peut-être (je ne sais ?) vous auriez pu avoir une réduction s'il y a un confrère plus proche.

En résumé, je ne vous conseille nullement de porter l'affaire en justice.

Dr F. Decourt.

4.408. — 1° Tarif pharmaceutique 2° Visites de divers blessés sur un même parcours

Comme abonné du *Concours Médical* et membre du Sou Médical, je me permets de venir vous demander les quelques renseignements suivants :

1° Le tarif pharmacie pour les accidents du travail, tarif 1938, a-t-il été modifié ? Quel est le prix des bandes de gaze et crêpe, compresses stériles, coton, crins de Florence et catgut ?

2° Appelé chez divers malades, dans des villages différents mais sur le même parcours, puis-je compter à chacun le déplacement kilométrique de ma résidence à la sienne ou simplement le déplacement réel effectué pour chacun ?

3° Appelé il y a quelques jours pour un accouchement que je n'ai pu terminer chez une assurée sociale, que puis-je demander ? J'ai dû conduire à l'hôpital la femme qui sous anesthésie générale, a été accouchée au forceps ? J'ai passé auprès d'elle quelques heures de surveillance jusqu'à dilatation complète.

Dr M.

Réponse

1° Le tarif pharmaceutique pour les accidents du travail est le tarif interministériel pour les accidents du travail, les Assurances sociales, les pensionnés de guerre, etc., qui peut être modifié tous les trois mois, suivant les fluctuations des prix. Tous les pharmaciens le possèdent en général ; vous pourrez vous renseigner auprès de l'un d'eux ;

2° En matière d'accident du travail en cas de visites de plusieurs malades dans un même par-

cours en des villages différents, vous avez à vous baser sur l'avant-dernier alinéa de l'art. 2 chaque malade n'entraînant plus que « la moitié de l'indemnité kilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché » ;

3° En cas d'accouchement d'une assurée sociale, la Caisse intéressée verse une indemnité forfaitaire, que l'accouchement ait été fait par une sage-femme, un médecin ou plusieurs, ou transportée à l'hôpital. La seule majoration possible est en cas de dystocie : forceps, version, etc., suivant le tarif établi à ce sujet.

Dr F. DECOURT.

4.512. — Fracture du calcanéum

Je ne trouve rien sur le tarif accident de travail pour le traitement de la fracture du calcanéum. On préconise, en dehors du traitement sanglant, la réduction orthopédique en vue de rendre au calcanéum sa forme normale.

A votre avis que doit-on compter pour cette réduction orthopédique avec plâtre ?

Dr L.

Réponse

« J'ai déjà proposé (et ce fut accepté des deux parties) pour une réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture du calcanéum, la somme de 110 francs, par analogie avec fracture de l'extrémité inférieure du radius (art. 18). »

Dr F. DECOURT.

b) Assistance médicale gratuite

4.380. — Ablation d'ongle en A. M. G.

J'ai enlevé à l'anesthésie locale un ongle incarné à une réfugiée bénéficiant de l'Assistance médicale gratuite à ce titre. Les tarifs de la préfecture donnent pour toutes interventions celui des accidents du travail diminué de 20 %. Or je n'en trouve pas mention dans le tarif des accidents du travail mais seulement dans celui des assurances sociales qui porte K 20.

Comment établir ma note d'honoraires ?

Dr C.

Réponse

L'ablation d'un ongle n'est pas tarifée en matière d'accidents du travail. Ceci nous fut refusé à la Commission du Tarif parce que « en accident du travail » on n'enlève que les ongles déjà semi détachés par le traumatisme » (*sic*). S'il s'agit d'une cure radicale d'ongle incarné — ce qui est une toute autre histoire et cela en matière d'Assistance médicale gratuite dont le tarif est d'ordre départemental — il y aurait lieu d'écrire au « médecin-inspecteur départemental de la Santé » du département pour lui demander de fixer le prix de cette intervention, en accord ce me semble avec le Conseil départemental de l'Ordre. Ainsi la jurisprudence serait fixée et cette lacune comblée.

Dans ce dernier cas, nous vous serions obligés de nous renseigner sur la suite donnée.

Dr F. DECOURT.

c) Assurances sociales

4207. — Annotations à porter en cas de pluralité de médecins

Lors de la modification de la Nomenclature d'Assurances sociales parue le 1er avril 1940 il a été prévu P C 6 pour l'assistance du médecin traitant à l'intervention (pour les interventions de coefficient au moins égal à 40).

a) Est-ce que rien n'est changé à ce sujet, depuis le 1er juillet 1941 par suite de la suppression de répartition des honoraires chirurgicaux, ou bien est-ce qu'il est prévu une nouvelle annotation correspondant à l'assistance à l'opération du médecin traitant, et aux soins consécutifs donnés par le médecin de famille pendant les vingt jours que dure l'acte global ?

b) Est-ce le chirurgien ou le client qui doit demander au médecin de famille de porter cette annotation PC 6 sur la feuille de soins chirurgicaux valable pendant les vingt jours que dure l'acte global ?

Autrement dit le chirurgien, après avoir noté sur la feuille de soins spéciaux le K. x. CHIR correspondant à l'intervention doit-il ou non noter PC 6 dans la colonne des actes, en laissant en blanc les colonnes de prestation et de paiement de ce PC 6 où le médecin de famille apposerait ses signatures ?

c) Comment doivent-etre rémunérés les aides ou l'anesthésiste dans le cas d'acte global en Assurances sociales. Le chirurgien doit-il continuer à faire l'acte global comme il est prévu dans la nomenclature d'Assurances sociales ou bien doit-il faire comme pour les accidents du travail, c'est-à-dire ne réclamer que es honoraires, et laisser aux aides le soin de réclamer les leurs ; dans ce dernier cas que faut-il marquer sur la feuille d'Assurances sociales de façon à justifier cette réclamation d'honoraires des aides, vis-à-vis du client et de la Caisse ?

Dr D.

Réponse

1° *a*) Le médecin traitant, pour assistance à une intervention de coefficient de 40 et au-dessus, a droit à demander PC.6.

Quant aux soins consécutifs, ils sont compris pendant vingt jours dans le prix du coefficient K.x ;

b) Chaque médecin porte sur la feuille l'annotation qui le concerne, suivie de sa signature (ou paraphe plus le nom bien lisible) ;

c) En cas d'acte global, marqué donc en K., il est dit nettement dans l'Instruction préalable, page VII : « Le prix global comporte la rémunération des aides, y compris l'anesthésiste... ».

Dr F. Decourt.

4243. — Insufflation avec radioscopie

Je me permets de vous poser deux questions toutes deux relatives au pneumothorax en matière d'Assurances sociales et d'Assistance médicale gratuite.

1° L'Assistance médicale gratuite locale m'accorde un examen radioscopique par mois, pour un pneumo difficile avec brides, liquide, etc. J'ignore les difficultés de paiement de l'Assistance médicale gratuite mais je crois que celle-ci ignore encore plus qu'un pneumo bien entretenu comporte en règle générale une radio par insufflation. Que dois-je faire ?

2° En matière d'Assurances sociales et dans les mêmes conditions, scopie plus pneumo le chiffre K 4 admis pour les insufflations me paraît notamment insuffisant quand il y a scopie associée.

Dois-je marquer (K 5 (scopie) + $\frac{K}{24}$ insufflation = K 7. ou toute autre chose.

Dr W.

Réponse

1° En matière d'Assistance médicale gratuite, la question est d'ordre départemental (et non national comme en accident du travail ou en Assurances sociales). Je ne puis donc vous donner un avis ferme, bien que vous ayez comme analogie la réponse suivante en matière d'Assurances sociales ;

2° En matière d'Assurances sociales, il est dit à K.4 : « l'examen radioscopique compris s'il est nécessaire ». Vous ne pouvez donc compter insufflation plus scopie.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

4.820. — Usage de l'acétone

Vos articles du *Concours Médical* sur l'automobile m'intéressent beaucoup.

Pouvez-vous me faire savoir par la voie du journal, ou directement, si l'acétone présente les mêmes inconvénients que l'alcool : érosion du métal, nécessité du superhuilage, et avec quelle huile, minérale ou végétale, réchauffage du carburateur, etc.

Je puis trouver de l'acétone ; l'ingénieur affirme, que je peux faire avec l'essence un mélange à 50 % l'acétone étant un « solvant » homogénise le mélange me dit-il avec l'essence alcoolisée qui nous est livrée aujourd'hui, et même avec l'huile. Je veux bien le croire mais voudrais être rassuré et ne pas me trouver, après 5 ou 6.000 kilomètres devant un moteur bousillé.

Dr C.

Réponse

L'acétone peut être utilisé avec beaucoup moins de précaution que l'alcool : ses propriétés physiques se rapprochent, en effet, davantage de celles de l'essence et, en particulier, la facilité d'évaporation.

Vous pourriez donc l'utiliser, je crois, sans changement sur votre moteur, surtout si vous la mélangez à 50 % d'essence. Il est exact que l'acétone constitue un tiers solvant excellent entre l'alcool et l'essence.

Quant à la détérioration du moteur par l'utilisation de l'alcool, elle est due uniquement à une mauvaise adaptation. Quand un moteur est convenablement adapté, il ne s'use pas plus (et même plutôt moins) avec l'alcool qu'avec l'essence. J'en ai l'expérience personnelle sur plusieurs voitures, et en particulier sur une Simca-Huit avec laquelle j'ai fait 12.000 kil. à l'alcool et dont les pistons et cylindres ne présentent que le jeu normal d'usure.

L'usure du moteur qui est toujours parallèle

à un excès de consommation, provient d'un mauvais réchauffage de l'alcool qui brûle mal en donnant des produits corrosifs, tel l'acide acétique.

H. PETIT.

4.473. — Peut-on utiliser l'alcool à brûler?

Votre conseiller automobile peut-il me faire savoir :

— Si je puis rouler avec de l'alcool à brûler (en employant un dispositif spécial pour l'alcool).

— S'il est préférable que je mélange cet alcool à de l'essence, tout en conservant le dispositif alcool.

Dr L. P.

Réponse

Il est administrativement interdit d'utiliser l'alcool à brûler pour l'alimentation des moteurs d'automobiles. Afin de pouvoir faire respecter cette interdiction, le Service des alcools colore l'alcool à brûler et rend ainsi possible une vérification dans le réservoir d'une voiture.

D'autre part, en plus du dénaturant normal, l'alcool à brûler contiendrait, paraît-il, une petite quantité de silicate d'éthyle qui, lors de la combustion dans les cylindres, laisse précipiter la silice ; cette silice, extrêmement abrasive, aurait pour effet d'user très rapidement les cylindres et les pistons.

Je n'ai pu vérifier par moi-même si le silicate d'éthyle était effectivement mis dans l'alcool.

Du point de vue technique, l'alcool à brûler ne diffère en rien de l'alcool livré à la carburation. Il titre, en général, 95° et, compte tenu des réserves ci-dessus, peut être utilisé sans inconvénient à condition bien entendu de faire subir au moteur les transformations et adjonctions nécessaires.

L'alcool à 95° ne se mélange qu'en faible proportion à l'essence. Pour obtenir le mélange, il faut introduire un tiers solvant, éther, benzine ou acétone, dans une proportion qu'il est facile de déterminer par un essai préalable. Si on peut utiliser un pourcentage d'essence d'au moins 70 %, on peut marcher à la rigueur sans dispositif de réchauffage. Avec une proportion moindre d'essence, le réchauffage est indispensable.

Henri PETIT.

4.819. — Bicyclette à remorque électrique

Le journal *La Nature* dans un numéro de cette année a signalé que l'on construisait une remorque « électrique » motrice qui s'accrochait derrière un vélo qu'elle propulsait. Si vous avez des précisions sur cet engin cela intéresserait sans doute les lecteurs du *Concours* : prix de revient, faut-il pédaler pour monter les côtes, quel kilométrage peut-on faire sans recharge.

Quant à la vitesse c'est à mon avis un détail secondaire. Espérant lire un article intéressant je vous en remercie d'avance.

DrB.

Réponse

Je connais bien la remorque électrique motrice. J'ai publié une description de cet engin dans *La Vie automobile*, ainsi qu'un compte rendu d'un essai sommaire que j'en ai fait.

J'estime que ce dispositif est très intéressant

et voici les résultats que j'ai observés au cours de l'essai :

On peut monter jusqu'à 10 % sans pédaler. Sans pédaler, on peut parcourir sans recharge environ 70 kilomètres à une vitesse de 18 à l'heure environ. On peut aller plus vite et plus loin en pédalant.

Malheureusement, la remorque que j'ai vue et dont il a été question est un prototype qui n'a pu être construit en série en raison des restrictions sur l'utilisation du cuivre. Elle ne se trouve donc pas dans le commerce.

H. PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

4290. — Statut des inspecteurs adjoints de la santé

1º Quelles sont les conditions à remplir pour postuler à un emploi dans l'inspection de la santé ?

2º Y a-t-il des conditions d'âge, est-ce un concours sur titres ou sur épreuves. Quelles sont les titres demandés.

L'on m'assure qu'au diplôme d'hygiène il existe des équivalences. Pourriez-vous me dire quelles sont ces équivalences ? Dr M.

Réponse

Le statut des inspecteurs-adjoints de la Santé a été défini par un décret du 7 octobre 1940.

Les candidats doivent, aux termes de l'art. 3, remplir les conditions suivantes :

— Etre Français, comme nés de père français ;

— Etre âgés de 35 ans au plus au 1er janvier de l'année du concours, compte non tenu du temps des services militaires ;

— Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897 (aucune équivalence n'est admise).

Les nominations sont faites, après concours.

Toutefois, en vertu des dispositions d'un décret du 18 septembre 1940, le Sêcrétaire d'Etat à la Santé est autorisé jusqu'au 18 septembre 1941 à recruter sur titres et sans conditions particulières, tous candidats lui paraissant susceptibles de remplir les fonctions d'inspecteurs-adjoints à la Santé.

Il faudrait donc que vous fassiez le plus rapidement possible acte de candidature, par lettre recommandée adressée à la Direction du personnel du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille, 7, rue de Tilsitt, Paris (VIIe).

3.816. — Diplôme d'infirmière. Études. Écoles qui y préparent

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner quelques renseignements sur le cas suivant. Une dame de ma connaissance désirerait suivre les cours d'infirmière. A quelle école de Paris ou de province pourrait-elle s'adresser ? Quelles sont les conditions d'admission — comme âge et comme limite d'âge et comme indemnité d'études ? La

personne doit-elle être interne dans une école quelconque ou rester libre ?

Vous seriez bien aimable de me fixer si pos ible sur ces divers points.

Réponse

A la suite de votre lettre du 18 juillet, nous avons demandé des renseignements au service central des infirmières, et nous vous communiquons ci-dessous les différents points pouvant vous intéresser.

Durée des études : Deux ans pour les infirmières hospitalières, trois ans pour les assistantes sociales.

Ces études comprennent des cours théoriques et des stages pratiques qui occupent les élèves toute la journée chaque jour.

Conditions d'admission : Les candidates, non titulaires du baccalauréat, du brevet supérieur ou du diplôme de fin d'études secondaires, doivent passer un examen d'entrée. L'âge d'admission varie entre 19 et 35 ans.

Coût des études : Les frais d'études sont variables dans chaque école, selon que l'institution possède ou non un internat.

Les candidates peuvent effectuer leurs études au pair dans les établissements d'enseignement relevant des hospices de Saint-Germain-en-Laye, Bordeaux (Le Tondu), Nîmes et Béziers.

Dans les autres écoles, les élèves peuvent présenter, par l'intermédiaire des directrices, des demandes d'attribution de bourse d'Etat si elles sont âgées de moins de 30 ans.

Aptitudes requises : Bonne santé physique (examen médical obligatoire à l'entrée). Bonne instruction générale. Solides connaissances ménagères. Prudence. Discrétion. Tact. Fermeté. Calme. Vocation professionnelle.

Ecoles : Il y a beaucoup d'écoles d'infirmières à Paris. Les principales sont les suivantes : Ecole d'infirmières de la S. S. B. M., 8, place des Peupliers, Paris ; Ecole d'infirmières de l' A. D. F., 93, rue Michel-Ange, Paris ; Ecole N.-D. de Bonsecours, 20, rue Gironano (Bruno, Paris) ; Ecole Saint-Joseph de Cluny ; hôpital Pasteur, 213, rue de Vaugirard, Paris ; Ecole des Diaconesses, 95, rue de Reuilly, Paris ; Maison-Ecole d'infirmières privées, 2, place de la Porte-de-Vanves, Paris ; Ecole d'infirmières de l'hôpital communal, 36, boulevard Bourdon, Neuilly (Seine) ; Ecole d'infirmières hospitalières, 12, rue de la Montagne, Courbevoie (Seine) ; Ecole d'infirmières de l'Institut Lannelongue, 29, rue Diderot, Vanves (Seine) ; Ecole d'infirmières de l'U. F. F. « Suzanne Pérouse », 102, boulevard Malesherbes, Paris ; Hôpital-école Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris ; Ecole d'infirmières de l'Œuvre de la Croix Saint-Simon (S. S. B. M.), 18, rue Croix-Saint-Simon, Paris ; Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine, 26, boulevard Brune, Paris.

En Seine-et-Oise, deux écoles : Ecole régionale des hospices civils, à Versailles ; Ecole d'infirmières des hospices civils, à Saint-Germain-en-Laye.



Soixante-troisième année N° 42 19 Octobre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants .... 80 fr.

***Le Numéro*..... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertiou, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 300. — Clinique dem. collaborat. docteur en médec. anc. ext. des hôpit. de préfér. ayant assuré service obstétrical. Visit. en ville. Nécessité habiter cliniq. Situat. intéress. téléph. Gob. 68.06. Centre Médico-Chirurgical 29, rue Sarrette, Paris.

Nº 301. — Préparateur en pharmac. 20 a. de service dem. emploi. Hadizynski 40 r. Barbusse. Bohain (Aisne).

Nº 302. — Suis vendeur d'une boite compl. (état neuf) s. verres pr ophtalmologiste. prix demandé 2.800 fs. Dr Gautier 59 cours Gambetta, à Lyon.

Nº 303. — Chirurgien recom. infirmière 34 a. dactylo, dipl. Etat, ttes spéc. chirurg. s. d'op. téril. anesth. a fait guerre comme inf. s. d'op. amb. chir. lourde 428. demande direction rétribuée de s. d'op. ds clin. ou disp. de préf. ville montagne ou Côte d'Azur. Irait Afrique du Nord. Mlle Faucon, 11, r. Bodin, Périgueux.

Nº 304. Cause départ pressé et forcé à prendre bon. conditions clientèle campagne. 2 h. de Paris. Ecr. Gendron, 26 av. J.-Jaurès, Le Bourget, Seine.

Nº 305. — Désire acheter app. à transfus. bon état et app. radioscopie-graphie moderne et de marque connue. Dr Loisance, 47, rue St-Hélier, à Rennes.

Nº 306. — Suis vendeur 1 appar. rayon infra-rouge, 1 appar. diathermie Duflos, 1 tab. opérat. métallique. Divers instrum. médicaux. Dr Lepers Marcq-en-Baroeul (Nord).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Client. mélang. de quart. tenue 40 ans, titul. se retire, bon rendem. actuel. Prix : 60.000 à débat.

Paris. Près Bois de Boulogne. — Belle client. méd. gén. sans acc. Très bel appart. 7 p. Indemn. 55.000, 35.000 comptant.

A deux heures Paris. Chef-lieu canton, intéres. client. industrielle et agricole. Habitat. très agréable et conf. Loyer 4.500. Indemn. 55.000, 30.000 compt.

Normandie. — Belle rég. à 80 kil. Paris. Poste rural à céd. d'urgence, 15.000 comptant.

90 kil. Paris. Propharmacien, très gros rapp. actuel propriété gr. conf. Indemn. 110.000, 1/2 comptant.

Indre-et-Loire. Urgent. Gros poste rural, seul, prix et compt. à déb.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'ABSORPTION PERLINGUALE. Donnez donc du manganèse sous forme de Tablettes de **Mangaïne**, dans les dyspepsies par auto-intoxication, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Les adhérents du « Sou médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois, il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une Circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux Paris 182.81.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Institut régional de puériculture et d'hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — *Enseignement* 1941-1942. — Encouragée par le succès de ses cours de juillet et août derniers, la Fédération des Œuvres girondines de protection de l'enfance organise une nouvelle série de cours pour l'année 1941-1942.

Cet enseignement est réalisé en accord avec l'Ordre

des médecins de la Gironde et l'Office départemental d'hygiène sociale ; il est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité.

Il comprend trois sections : puériculture anténatale (novembre-décembre 1941). Puériculture postnatale (janvier-février-mars 1942). Hygiène scolaire (avril-mai-juin 1942).

Il comporte des leçons théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées anté- et post-natales, des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile et dans des établissements scolaires.

Un certificat sanctionnera l'assiduité à chacune des trois séries de cours et ces certificats pourront ultérieurement servir à des praticiens ne possédant aucun titre spécial en vue de leur désignation comme médecins rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons que l'Office départemental d'hygiène sociale se propose d'organiser dans le département, comme aussi pour l'inspection médicale scolaire.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 100 francs.

Inscriptions au Centre de protection de l'enfance hôpital des enfants, 168, Cours de l'Argonne, Bordeaux.

— **Médaille du Professeur Petges.** — A l'occasion de l'honorariat de M. le Professeur G. Petges, de Bordeaux, ses collègues, ses élèves et ses amis ont pensé lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au maître bordelais Chrétien.

Les souscriptions sont reçues : par chèque postal au Docteur Mougneau, compte de chèques postaux 21.844, Bordeaux, 17, Cours de Verdun, ou au Laboratoire de la Clinique dermatologique à l'hôpital Saint-André.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. La date de la remise de la médaille sera fixée ultérieurement.

— **Comité national de l'Enfance.** — *Une enquête sur l'état actuel des enfants.* — A la demande du Secrétariat général à la Santé publique, le Comité national de l'Enfance a recueilli des précisions sur les constatations, les impressions des médecins et les données biologiques qui pourraient venir à l'appui de celles-ci.

Les points qui ont retenu l'attention des médecins ont été : *a*) la mortalité et la morbidité en général ; *b*) la santé des sujets en période de croissance ; *c*) les incidences de l'état actuel sur la nutrition en général, les carences ; *d*) la fréquence et l'évolution de la tuberculose et les primo-infections tuberculeuses.

Dès que l'étude de ces différents rapports aura été faite par les Services du ministère et le Comité national de l'Enfance, des communications seront présentées aux Sociétés savantes

— **Prix littéraire.** — Le Docteur J.-M. Eylaud, déjà lauréat de l'Académie française, vient d'obtenir de l'Institut le prix Marcelin Guérin pour son récent ouvrage : « Négoce, Amour, Philosophie à Bordeaux

au temps de Montesquieu », comédie régionaliste en trois actes, éditée par un éditeur bordelais. (Chez l'auteur, 119, rue Frère, Bordeaux, 17 francs franco).

— Centre-Ecole : « Toute l'enfance en plein air ».— Ce Centre est transféré de l'Ex-Bastion 42 au Château de l'Hermitière-Sainte-Même (Loire-Inférieure). Enseignement aux infirmières sociales pour les spécialisations suivantes : *a)* Jardins d'enfants ; *b)* Loisirs (section enfance et adolescence).

— Naissances. — Madame et Monsieur Paul Ribeyre ont la joie de vous faire part de la naissance de leur second fils, *Jean-Paul*.

M. Paul Ribeyre est notre distingué correspondant à Vals-les-Bains. Nous lui adressons nos plus sincères compliments pour cet heureux évènement.

— Charles, Marie-Rose, Pierre, Georges Brissy, ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petite sœur *Françoise*. Le 28 septembre 1941.

Docteur Brissy, Nouvion-en-Ponthieu (Somme).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Maurice Marcille, chirurgien des hôpitaux de Paris : il fut, pendant la guerre 1914-18, le créateur de l'auto-chir. ; du Docteur Louis-Charles Bailleul, ancien chirurgien de l'hôpital Bon-Secours, chirurgien de l'hôpital américain de Neuilly, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre 1914 et 1939 ; du Docteur Bouvet, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux.



Achille KNAPEN

INGÉNIEUR-HYGIÉNISTE

Nous apprenons le décès à l'âge de 87 ans de l'ingénieur belge Achille Knapen, qui a rendu les plus grands services à l'hygiène de l'habitation. Il a passé sa longue vie à étudier le comportement de la vapeur d'eau dans l'atmosphère et il a tiré de ses études une invention de premier ordre, le siphon monobranche, qui permet d'assécher les murs. De nombreux monuments et principalement le château de Versailles et l'abbaye de la Chaise-Dieu ont dû leur résurrection à cette méthode d'assainissement. Sous l'influence de ce mode d'aération, les murs perdent leur humidité, leur gale noire, et cessent de s'effriter.

Il a, d'après les mêmes principes, conçu l'établissement des puits aériens destinés à recueillir l'eau de rosée dans les pays tropicaux. A 80 ans passés, il a fait le voyage de Jérusalem pour surveiller la construction d'un de ses premiers modèles. Il a étudié aussi les courants qui parcourent les milieux confinés suivant la répartition de la chaleur et en a déduit les principes de l'aération différentielle horizontale qui purifie l'atmosphère des locaux, principalement applicable dans les écoles et les restaurants. Enfin, il a inventé un matériau de construction, moulé en béton, assurant, outre la rapidité d'exécution, un isolement parfait des appartements contre la chaleur, le froid, l'humidité et le bruit : le bloc athermane.

Tous ceux qui ont entendu ce grand enthousiaste faire des conférences dans nos congrès, ou devant des auditoires d'architectes, d'ingénieurs et de médecins, apprendront avec regret la disparition de cet inventeur fécond. Il se distingua à Bruxelles pendant la guerre de 1914-1918 et se fixa ensuite en France (à Trans-en-Provence) où il ne cessa de travailler jusqu'à son dernier jour.

Dr E. Briau.

Mutualité Familiale du Corps Médical Français

RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU 3 OCTOBRE 1941

Présents : Docteurs O'Followell, Vimont, et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier-adjoint ; Bayard, Massart et M. Mignon, administrateurs.

Excusé : Docteur Chevallier.

La séance est ouverte à 17 heures.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté.

Ratifications d'admission

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 8 juillet dernier, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes :

Enfant Godichoux-Chantal.

Admissions provisoires

MM. Basse-Parton (Char.-Inf.), Douvion (Indre-et-Loire), Havret (Seine), et Mme Havret (Seine).

Le Secrétaire général rend compte au Conseil du montant atteint par les majorations aux indemnités votées par la dernière Assemblée générale et portant sur les trois premiers trimestres 1941. Il demande au Conseil de les maintenir pour l'exercice 1942.

Après intervention de M. J. Mignon, trésorier adjoint, et un échange de vues, le maintien de ces majorations pour l'an prochain est voté.

Rappelons qu'elles atteignent :

10 % pour les indemnités maladie journalières,
30 % pour les indemnités chroniques,
et une majoration forfaitaire de 400 francs aux veuves.

Le Docteur O'Followell, vice-président, tient ensuite le Conseil au courant des contacts pris avec les autres œuvres de prévoyance médicale à propos du projet d'institution d'une Caisse de prévoyance par l'Ordre des médecins.

Le Conseil se livre à un examen prolongé de la question et est d'avis, étant donné l'urgence, que cette question soit une nouvelle fois reprise et exposée au Corps médical en termes succincts et précis.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire général :
G. LAVALÉE.

Fédération des Associations amicales de Médecins du Front

Communiqué

I. — Le bureau de la Fédération des Associations amicales de médecins du front est heureux de porter à la connaissance des confrères intéressés qu'après plusieurs mois de négociations, une *relève individuelle concernant les médecins prisonniers* âgés, pères de famille nombreuse, malades ou anciens combattants de la guerre 1914-18, est devenue possible et pourra intervenir à bref délai.

Le personnel prévu pour cette relève sera prélevé sur la *réserve de personnel* comprenant des médecins militaires d'active et de réserve, libérés par les auto-

rités allemandes mais maintenus, suivant les instructions de ces autorités, à la disposition du Service de santé militaire français en territoire occupé et en Allemagne.

Cette réserve de personnel pourra être renforcée par des médecins de la zone non ocupée et de la zone occupée appartenant aux catégories :

1° Médecins du cadre militaire, dans la mesure où le permettront les nécessités de l'encadrement de l'armée ;

2° Médecins du futur Corps civil de Santé, sous la même réserve ;

3° Médecins actuellement en congé d'armistice et qui seraient rappelés ;

4° Médecins de réserve démobilisés, qui seront engagés par contrat spécial.

Pour assurer ce renforcement, il sera fait appel, dans la plus large mesure possible, à des *volontaires*. A défaut de volontaires, il sera procédé, dans les trois premières catégories, à des désignations d'office.

Des *avantages pécuniaires très importants* seront consentis à tous.

II. — Le bureau a obtenu du Groupement intersyndical des représentants de spécialités pharmaceutiques, la mise à sa disposition de *colis de médicaments pour tous les lazaretts et camps de prisonniers*. Il a chargé la Croix-Rouge française d'obtenir des autorités allemandes la permission de les expédier pour être mis à la disposition du service médical français des prisonniers. Cette autorisation a été très aisément accordée et, dès maintenant, chaque mois un colis de 25 kilos de spécialités, composé des plus utiles, est envoyé à chaque commandant de camp, ou à chaque médecin chef de lazarett. Le don des fabricants est considérable ; il représente le volume de près de trois tonnes par mois. Il importait que le Corps médical connût la générosité des Laboratoires qui se défendent de vouloir faire en l'occurrence œuvre de publicité quelconque. Néanmoins, il est apparu au bureau qu'il était juste de faire connaître les noms des donateurs dont la liste sera produite ultérieurement.

III. L'envoi de livres, de périodiques et de brochures médicales continue à s'effectuer.

AVIS D'UN VIEUX PRATICIEN

Qu'on veuille bien permettre à un vieux praticien, du reste à peu près désintéressé en l'affaire, d'exprimer ici au Docteur Raphaël Massart ses plus vives et sincères félicitations pour son article du *Concours* du 31 août « la Défense des intérêts médicaux », article que pour ma part j'attendais tous les jours. C'est le bon sens même. Comment ! voilà des hommes qui, depuis des années avec une ténacité et un courage méritoires et malgré les critiques les plus passionnées et souvent les plus injustes, n'ont cessé d'étudier et de chercher à résoudre toutes les questions intéressant le Corps médical et la Santé publique, qui nous ont rendu des services inestimables en élaborant peu à peu une charte cohérente et, du reste, toujours perfectible, qui sont, en un mot, des techniciens avertis et expérimentés et, d'un geste, on les écarte pour les remplacer par d'autres, certes très estimables et souvent fort distingués, mais qui, malgré cela, ne sont en rien préparés à leur nouveau rôle ! Le résultat ne s'est pas fait attendre : recul sur toute la ligne et danger de perdre des avantages si péniblement acquis. Il n'est que temps de réagir.

Caveant consules ! Est-il interdit d'espérer que les nouveaux membres de l'Ordre, se pénétrant des hautes et sages conceptions de notre vénéré Maréchal, ne trouvent le moyen officiel ou officieux d'appeler à eux les confrères que leur travail et leur compétence antérieurs a désignés pour mettre au point notre nouveau statut. Souhaitons qu'il ne soit pas trop tard pour ce retour au bon sens.

Dr C. (en Champagne).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 17 septembre 1941, M. le Docteur Masson, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, est nommé, à titre définitif, en qualité de médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron.

(*J. O.*, 2 ctobore 1914.)

Inspection de la Santé

Par arrêté en date du 30 septembre 1941, est acceptée la démission de M. le Docteur Pelissier, inspecteur général de la Santé, qui est nommé inspecteur général honoraire de la Santé.

Par arrêté en date du 30 septembre 1941, M. le Docteur Leclainche, inspecteur général de la Santé, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, est réintégré dans les fonctions d'inspecteur général de la Santé, en remplacement de M. le Docteur Pelissier, démissionnaire.

Par arrêtés du 1er octobre 1941, sont affectés :

Au département du Rhône, M. le Docteur Schmutz, inspecteur de Saône-et-Loire.

Au département des Bouches-du-Rhône, M. le Docteur Petit, inspecteur de l'Ardèche.

(*J. O.*, 3 octobre 1941.)

Médaille d'honneur du Service de santé

Par décision du 4 septembre 1941, prise en application des dispositions du décret et de l'arrêté du 27 juin 1931, la Médaille d'honneur du Service de santé a été décernée aux personnes ci-après désignées qui se sont particulièrement distinguées dans les formations hospitalières de la région de Paris en juin 1940.

Médaille de vermeil

M. Sauvé (Louis-de Gonzague-Marie-Josep), médecin colonel de réserve, chirurgien.

M. Sureau (Maurice), professeur agrégé, médecin chef de l'hôpital de Créteil.

Médaille d'argent

M. Lhomme (Louis), médecin colonel de réserve, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Vielle (Jean-Raymond-Georges), médecin colonel, médecin chef de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé.

M. Lorentz (Georges-Charles), médecin colonel de réserve, médecin chef de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles.

M. Paoli (Antoine-Gabriel), médecin lieutenant-colonel de réserve, médecin chef de l'hôpital complémentaire Lakanal à Sceaux.

M. Monod (Raoul-Jean), médecin commandant de réserve, hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles.

M. Gentil (Alexandre-Félix-Auguste), médecin commandant, hôpital complémentaire Foch, à Suresnes.

M. Leroy (Maxime), médecin capitaine de réserve, hôpital militaire Percy à Clamart.

M. Bécart (Auguste-Félix-Louis), médecin capitaine de réserve, hôpital complémentaire Foch, à Suresnes.

M. Seguy (Jean-Hippolyte), médecin capitaine de réserve, hôpital complémentaire du Foyer des postes, télégraphes et téléphones à Cachan.

Médaille de bronze

M. Grimault (René-Edmond), médecin lieutenant de réserve, de l'hôpital complémentaire Lakanal à Sceaux.

M. Caput (Jean-Henri-Célestin), médecin lieutenant de réserve.

M. Louis (Roger-Lucien-Léon), médecin lieutenant de réserve.

M. Tolstoï (Serge), médecin auxiliaire de l'hôpital complémentaire Foch à Suresnes.

(*J. O.*, 1er octobre 1941.)

Pensions militaires

N° 3.885. — *Loi du 9 septembre 1941 modifiant la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions militaires fondées sur l'invalidité ou le décès.*

Art. 1er. — Les articles 3 et 4 de la loi du 31 mars 1919, modifiée par le décret du 20 janvier 1940, sont modifiés comme suit, avec effet du 2 septembre 1939 :

« *Art.* 3. — A. — Ouvrent droit à pension :

« 1° Les infirmités résultant de blessures reçues par suite d'événements de guerre ou d'accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service ;

« 2° Les infirmités résultant de maladies contractées par le fait ou à l'occasion du service ;

« 3° L'aggravation par le fait ou à l'occasion du service d'infirmités étrangères au service.

« B. — Lorsqu'il n'est pas possible d'administrer ni la preuve que l'infirmité ou l'aggravation résulte de l'une des causes précitées ni la preuve contraire, la présomption d'imputabilité au service bénéficie à l'intéressé à condition :

« 1° S'il s'agit de blessure, qu'elle ait été constatée avant le renvoi du militaire dans ses foyers;

« 2° S'il s'agit de malade, qu'elle n'ait été constatée qu'après le quatre-vingt-dixième jour de service effectif et avant le trentième jour suivant le retour du militaire dans ses foyers ;

« 3° En tout état de cause, que soit établie, médicalement, la filiation entre la blessure ou la maladie ayant fait l'objet de la constatation et l'infirmité invoquée.

« En cas d'interruption de service d'une durée supérieure à quatre-vingt-dix jours, la présomption ne joue qu'après le quatre-vingt-dixième jour suivant la reprise du service actif.

Voir la suite page XLIII-1831

PROPOS DU JOUR

RÉFLEXIONS

Depuis plusieurs semaines, j'ai eu l'occasion de parcourir diverses régions de la France non occupée et de parler librement des réformes médicales avec des amis, avec des confrères que je connais de longue date, avec d'autres dont j'ai suivi les études alors que j'étais interne ou chef de clinique, avec d'anciens dirigeants syndicalistes et surtout avec des praticiens de campagne ou de petites villes vivant loin du soleil.

J'ai pu ainsi recueillir bien des confidences, entendre bien des doléances, recevoir bien des suggestions et c'est en toute franchise que je veux dire à ceux qui actuellement nous dirigent que l'organisation de l'Ordre des médecins n'est pas au point, qu'au bout d'un an d'exercice, malgré tous les efforts de ses membres, il ne répond plus à l'enthousiasme qui a entouré son avènement et qu'il est indispensable pour conserver son prestige, son autorité morale et son action utile, de lui apporter des modifications. On comprend d'ailleurs qu'une organisation aussi nouvelle ne sorte pas parfaite des cerveaux de ses créateurs et qu'elle profite de l'expérience acquise pour se modifier. Loin de moi l'idée d'une critique vaine et stérile, je lui préfère l'exposé sincère de réflexions qui m'ont été faites ou que moi-même j'ai pu faire.

Les modifications à apporter au fonctionnement actuel portent surtout sur des détails, détails d'importance cependant, puisqu'ils portent sur la manière dont il faut envisager les rapports de l'Ordre avec l'ensemble du Corps des médecins et sur la manière dont beaucoup de Conseils départementaux comprennent leur rôle.

***

La composition des Conseils n'a pas toujours été heureuse, il faut le comprendre, l'excuser, la modifier.

En pénétrant les processus qui ont présidé aux nominations, il faut regretter que l'influence de l'Administration préfectorale ait prévalu.

Le Conseil départemental de l'Ordre souffre de cette influence et on sent trop qu'on a voulu dans la représentation médicale respecter le cadre de l'arrondissement, nommer un médecin pour chaque arrondissement dut-on pour faire place à ce représentant, éliminer un confrère de valeur en surnombre. Ainsi le médecin arrondissementier est déjà devenu un simple rouage administratif transmettant les directives de l'autorité supérieure, répartissant les bons d'essence, et croyant qu'il sert suffisamment l'Ordre, en accomplissant de petites besognes qui relèveraient plutôt d'un secrétariat bien organisé.

Le Conseil départemental au lieu de grouper uniquement quelques médecins qui, par leur situation, leur expérience, leur autorité, les services rendus antérieurement paraissent les plus dignes de constituer l'élite chargée de réorganiser la profession, ce Conseil s'alourdit de membres que rien, *sauf leur habitat dans une Sous-Préfecture* , ne désignait pour le rôle difficile de conseillers de l'Ordre nouveau.

Ces médecins honorables dont la vie professionnelle et le passé médical n'avaient point été des préparations suffisantes à des fonctions aussi lourdes considèrent que leur nomination est la consécration de leur carrière ; ils en tirent une certaine vanité, sans réaliser qu'ils ont accepté une tâche écrasante avec toutes les obligations qui en sont la conséquence.

J'en connais qui, fiers de leur nouveau titre, n'assistent même pas à toutes les réunions du Conseil départemental, soit parce que, trop âgés, ils hésitent à se déplacer le soir ou que, pris par une clientèle nombreuse, ils ne veulent pas sacrifier leur activité professionnelle à l'intérêt général.

L'assiduité aux réunions devrait constituer une obligation *formelle*, car l'expérience montre que, dans les Conseils administrant n'importe quelle affaire, seuls les assidus sont au courant de tout ce qui se passe, font œuvre utile et s'imposent par l'influence que leur donne la connaissance des questions ; les autres, par leur présence irrégulière, sont peu écoutés, parlent quelquefois à tort et à travers et toujours sans une documentation suffisante.

Dans la composition des Conseils départementaux, je ne crois pas comme d'aucuns le prétendent que les démarches et l'intrigue aient beaucoup influencé sur les nominations, mais il est infiniment regrettable que, dans certains départements, on ait éliminé pour des raisons que je n'ai pu découvrir, des hommes de valeur qui avaient déjà fait leurs preuves.

Sans citer de noms, il me vient à l'esprit celui d'un confrère qui a rendu de grands services là où il exerce, en créant et en mettant au point des organisations dont profite tout le Corps médical, c'est un confrère intelligent à l'esprit ouvert, entreprenant, il est actif, capable de réalisations nouvelles et il l'a prouvé.

Pourquoi se priver de telles collaborations alors que nous devons grouper tous les hommes de valeur, dévoués, ne demandant qu'à servir ? C'est plus qu'une erreur, c'est une faute que nous aimerions voir réparer.

Les Administrations préfectorales sont bien souvent mal documentées pour désigner ceux qui peuvent être utilement choisis pour composer les Conseils de l'Ordre ; il faut craindre que les noms des médecins qui ont occupé une fonction élective, maires, conseillers généraux, municipaux, soient considérés comme particulièrement aptes à composer les Conseils de l'Ordre.

Ainsi du point de vue de leur composition, il



y aurait des modifications à apporter aux Conseils existants, pour réaliser des groupements d'une valeur supérieure à celle que pourrait donner l'élection.

En dotant les médecins de l'Ordre, on a voulu leur faire connaître le principe d'une autorité supérieure, à laquelle ils devaient se soumettre.

Cette autorité est quoiqu'on fasse plus apparente que réelle, c'est une remarque que, dans ce journal, nous avons souvent faite et que la réalité des faits et les constatations journalières confirment chaque jour un peu plus.

L'autorité du Conseil de l'Ordre doit être avant tout une autorité morale, elle sera ce que les Conseils le feront, et à ce point de vue, on peut reprocher à beaucoup d'entre eux de n'avoir pas suffisamment, pris contact avec tont le Corps médical, et de s'être enfermés dans des formules administratives ; ils ont souvent manqué d'initiative se bornant à suivre les indications qui leur venaient d'une autorité supérieure (Préfet ou Conseil supérieur de l'Ordre).

La cérémonie spectaculaire du serment est loin d'apparaître comme une base suffisante, pour asseoir cette autorité ; il est permis de croire qu'il y avait plus à faire.

Dans la plupart des petites villes, le Corps médical est divisé, ces rivalités sont utilement exploitées pour obtenir des tarifs au rabais, ces haines habilement entretenues rendent toujours impossibles des actions efficaces prises dans l'intérêt général et, de ce fait, toute action d'ensemble est vouée à l'échec.

C'est dans de pareilles villes que l'action du Conseil de l'Ordre, doit se faire sentir, c'est là qu'en agissant, il affirmera son autorité et apportera avec la concorde tous les bienfaits de la bonne entente.

J'aurais imaginé le Président du Conseil départemental allant de temps à autre dans les villes de son ressort, choisies particulièrement parmi celles où les médecins sont le plus divisés, je le voyais leur demandant pour sa venue de venir tous au rendez-vous et d'oublier pour ce jour toutes leurs rivalités ; je le vois réunissant tous les confrères, déjeunant avec eux tous, leur parlant, écoutant les griefs de chacun, leur faisant sentir la nécessité actuelle de s'entendre et je reste persuadé que de telles visites auraient été fécondes.

Ainsi par son action, personnelle et usant de l'autorité que lui confère sa présidence, le chef départemental recevait de ceux-là même qu'il était chargé de diriger par ordre, une investiture qui renforçait encore ses possibilités d'action.

Aux vieilles querelles, il pouvait opposer les bienfaits d'une liquidation définitive, par un arbitrage librement accepté et créer un climat nouveau chez ceux-là même qui paraissaient les plus irréductibles.

Sans doute, une telle action demande beaucoup de temps, beaucoup de réflexion, beaucoup d'initiative, mais à qui fera-t-on croire qu'il est possible de faire aboutir des réformes aussi importantes que celles qu'exige la réorganisation du Corps médical, sans se donner beaucoup de peine ?

Croyez-vous qu'il soit possible de présider à la direction des affaires médicales d'un département, sans y consacrer de longues heures chaque jour ? Qui a pu croire que ce n'était là qu'une marque honorifique, que ce n'était point une charge écrasante, obligeant à tout visiter, à tout connaître, à enquêter et à s'informer continuellement ?

Sans vouloir critiquer ce qui se fait depuis un an, il est permis de croire que la formule actuelle, avec les conseillers arrondissementiers, paraît une solution de facilité, elle semble dispenser les présidents de toute action personnelle. Or, toutes les institutions ne valent que par les hommes qui les dirigent et les Conseils de l'Ordre ne vaudront que par leurs présidents, par l'autorité qu'ils auront su prendre et par l'estime dont ils seront entourés.

Ainsi pour bien des questions et faute de sanctions prévues par la loi, c'est leur action personnelle qui suppléera à cette carence. Il suffira que le président dise un mot pour faire comprendre au confrère qui continue à pratiquer une dichotomie plus clandestine que jamais, pour lui faire comprendre que nul n'ignore ses agissements et que même si les preuves nécessaires sont insuffisantes pour le faire traduire devant le Conseil, il a tout intérêt à cesser une pratique qui lui est interdite.

Il lui suffira de réunir chez lui deux confrères ennemis pour les amener à exposer franchement leurs griefs et faire cesser bien des malentendus En toutes circonstances imaginables, où des intérêts sont opposés, où des rivalités s'exercent l'action personnelle du Président du Conseil de l'Ordre devra se faire sentir.

Depuis un an qu'il existe le nouvel Ordre s'est tenu trop loin du praticien, il a trop usé de formules administratives, il a trop publié d'ukases, de circulaires de Défense de..... sans parfois même se soucier de leur exécution.

De toutes les conversations que j'ai eues, de toutes les confidences que j'ai reçues, j'ai compris que le représentant du principe d'autorité aurait intérêt à se rapprocher plus souvent, à être un peu plus populaire.

Notre grand Maréchal n'hésite pas, si populaire qu'il soit, à aller de ville en ville, à parler à chacun, à essayer de voir, car lui-même, il sait que pour un chef, c'est la meilleure des formules. Je reste persuadé que c'est celle qui doit particulièrement réussir dans un milieu comme le nôtre où nous avons une même formation de l'esprit, où nous parlons tous la même langue et où dans tout ce qui sépare, il existe toujours une communauté d'idées et de sentiments.

Devant le malaise général qui n'épargne aucune des créations nouvelles, j'ai essayé de découvrir ce qui pouvait atteindre les Conseils de l'Ordre et je livre ces réflexions que j'ai pu faire en parlant simplement avec quelques médecins, aux méditations de chacun de vous.

Dr Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ANOXÉMIE ET LE BESOIN D'OXYGÈNE

par L. Béthoux

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Grenoble

Le terme d'anoxémie signifie littéralement défaut ou manque d'oxygène dans le sang. C'est Jourdanet, médecin français vivant au Mexique qui, en 1861, employa pour la première fois cette expression, pour indiquer le caractère du sang au cours des malaises dus au mal des montagnes, et pour en expliquer la pathogénie.

Cette diminution de la quantité d'oxygène du sang est due à l'abaissement de la tension partielle de ce gaz dans le milieu ambiant raréfié. Ce fait fut confirmé plus tard par Paul Bert, qui consacra d'importants travaux à cette question. L'état anoxémique ainsi défini, constaté d'abord au cours des accidents survenant aux hautes altitudes chez les alpinistes, les aéronautes, etc....., fut observé ultérieurement dans de nombreux états pathologiques. C'est par l'étude plus approfondie de la respiration, en particulier des échanges gazeux d'oxygène et d'anhydride carbonique entre l'atmosphère et le sang, puis entre le sang et les tissus, que l'on découvrit la fréquence et l'importance de ce trouble sanguin.

Par la respiration, les êtres vivants absorbent de l'oxygène et rejettent de l'anhydride carbonique.

Lavoisier à la fin du XVIIIe siècle « Exp. sur la Respiration, Académie des Sciences 1777), par une clairvoyance géniale, assimila cet acte biologique à une combustion chimique, c'est-à-dire à une oxydation.

C'est au niveau des poumons que l'oxygène est absorbé et l'anhydride carbonique exhalé, mais pour atteindre les tissus, siège des combustions profondes ou pour en sortir, ces deux gaz sont véhiculés par un « tissu liquide » le sang.

En contact avec le sang, ils entrent en dissolution dans le plasma, mais ils entrent aussi en combinaison, l'oxygène avec l'hémoglobine des hématies pour faire de l'oxyhémoglobine, l'anhydride carbonique avec les sels du plasma, notamment avec les sels de sodium, pour faire du bicarbonate de soude ; ces combinaisons sont instables prêtes à se dissocier dès que la tension de ces gaz diminue, se reconstituant au contraire dès que cette tension augmente : différence de tension de CO^2 et de O^2 entre l'air des alvéoles et le sang des capillaires pulmonaires, c'est là le mécanisme principal de la respiration pulmonaire. Les échanges gazeux entre le sang et les tissus sont certainement plus complexes, des phénomènes physico-chimiques mal connus interviennent : catalyse peroxydasique, oxydo-réductions, etc., mais les tensions de vapeur des deux gaz jouent là encore un rôle prépondérant comme au niveau de l'épithélium pulmonaire.

L'oxygène est peu diffusible et peu soluble dans le plasma, l'air atmosphérique n'en contient que 21 %, le plasma est donc peu utile pour le transport de l'oxygène, mais il est nécessaire pour la respiration profonde tissulaire, les cellules ne pouvant fixer l'oxygène que lorsqu'il est libéré de sa combinaison oxyhémoglobiné et dissous à l'état libre dans le plasma, par contre ce gaz a une grande affinité pour l'hémoglobine. Il y a donc dans le sang très peu d'oxygène dissous (0,3 volume p. 100) et beaucoup de combiné sous forme d'oxyhémoglobine (18 volumes p. 100). L'hémoglobine joue donc dans l'économie le rôle de *réservoir d'oxygène* pour l'activité cellulaire des tissus.

Le sang véhicule également l'anhydride carbonique produit des combustions internes ; comme pour l'oxygène, il contient de l'anhydride carbonique CO^2 dissous sous forme d'acide carbonique CO^3H^2, et de l'acide carbonique combiné sous forme de bicarbonate de soude CO^3NaH ; là aussi les pressions gazeuses interviennent : plus la tension de CO^2 est forte, plus le sang contient de CO^2 combiné ou CO^3NaH, et inversement. Il s'en suit que les quantités respectives de bicarbonate ou *réserve alcaline* et d'acide carbonique contenues dans le sang sont susceptibles de varier constamment ; or ces variations influencent directement les centres nerveux respiratoire et circulatoire (vaso-moteur et cardio-modérateur), mais ce qui importe à l'organisme c'est moins la quantité absolue de ces deux corps contenue dans le sang que leur rapport, ce rapport acidobasique est le suivant :

$$\frac{\text{acide}}{\text{base}} = \frac{\text{acide carbonique libre}}{\text{acide carbonique combiné}} = \frac{CO^3H^2}{CO^3NaH} = \frac{1}{20}, \text{ ou } 5\,\%$$

C'est le cœfficient de L.-J. Henderson qui règle pour la plus grande part l'activité de ces deux centres.

A l'état physiologique normal, il a une valeur fixe égale à 1/20 soit 5 %, cette stabilité se maintient grâce à l'intervention de plusieurs mécanismes régulateurs, qui tendent à corriger les variations pathologiques de l'équilibre ionique. Il correspond à un degré d'acidité actuelle, c'est-à-dire de concentration en ions hydrogène déterminé ; cette concentration représentée par le symbole (H +) est liée à ce rapport par la formule :

$$\left[H^+\right] = K\frac{CO^3H^2}{CO^3NaH}$$

ou K est une constante.

Hasselbach a mis cette équation de L.-J. Henderson sous une forme logarithmique pour la commodité des calculs, le symbole pH désigne le logarithme de l'inverse de [H +]. Dans cette nomenclature, le chiffre 7 exprime la neutralité; l'alcalinité du milieu s'étend de 7 à 14 et l'acidité de 7 à 0. Normalement la concentration en ions hydrogène du sang, correspondant à une quantité adéquate d'acide carbonique libre, est telle que son pH se maintient fixe aux environs de 7,35 ; le sang est donc légèrement alcalin.

Toute perturbation de l'équilibre acido-basique du milieu intérieur peut donc modifier ce rapport, et partant le pH.

Sans vouloir entrer dans le détail des variations du coefficient de L.-J. Henderson, nous dirons cependant que son augmentation produit *l'acidose* et sa diminution *l'alcalose*.

Dans le premier cas la concentration en ions hydrogène [H+] s'élève et le pH s'abaisse au-dessous de 7,35 ; dans le second cas [H+] s'abaisse et le pH s'élève au-dessus de 7,35. L'acidose et l'alcalose peuvent être *gazeuses* ou *non gazeuses*, comme il ressort des travaux de J.-B.-S. Haldane publiés dès 1921.

L'acidose gazeuse ou *hypercapnie* apparaît quand l'élévation du rapport est dûe à une augmentation primitive du numérateur, c'est-à-dire de l'acide carbonique libre CO^3H^2 ; toutes les causes qui entravent l'élimination de CO^2 dans l'air alvéolaire (affections pulmonaires aiguës ou chroniques : bronchopneumonie, congestion, emphysème, tuberculose avancée, etc.) entraînent de l'acidose. La respiration en air chargé de CO^2 produit le même résultat.

L'acidose non gazeuse se produit quand il y a un abaissement primitif du dénominateur CO^3NaH, c'est-à-dire une chute des bicarbonates ou réserve alcaline ; l'ingestion d'un acide fort, le travail musculaire violent, qui libère de l'acide lactique, déterminent cet état. Ces acides déplacent CO^2 de ses combinaisons alcalines, ils en augmentent le taux dans le plasma et réduisent par contre coup la réserve alcaline.

L'alcalose gazeuse ou acapnie s'observe lorsque le numérateur CO^3H^2 s'abaisse en premier lieu et qu'il y a diminution de l'acide carbonique libre ; elle répond à l'hyperventilation pulmonaire volontaire ou pathologique expulsant beaucoup de CO^2 dissous ; on la rencontre en particulier au cours des accidents provoqués par l'altitude, dans l'asphyxie provoquée par l'oxyde de carbone, dans l'œdème pulmonaire massif qui réduit brusquement le champ d'hématose.

L'alcalose non gazeuse provient de l'augmentation primitive du dénominateur CO^3NaH, c'est-à-dire de l'élévation rapide de la réserve alcaline; c'est ce que l'on voit, par exemple, à la suite de l'ingestion de bicarbonate de soude.

Cette classification n'a pas qu'un intérêt didactique ou théorique, elle montre l'importance de l'appareil pulmonaire ou plus exactement du centre respiratoire dans le maintien de l'équilibre acide-base du sang ; d'ailleurs son action est renforcée par le jeu de deux autres mécanismes régulateurs très sensibles, tout d'abord l'influence des « substances tampons » du sang ; sels alcalins des protéines du plasma et des globules rouges, qui se combinent au CO^2 en excès pour augmenter la quantité de bicarbonate, et aussi par les reins qui jouissent de la propriété de séparer les acides du sang, normalement alcalin, pour les faire passer dans l'urine, normalement acide ; cette élimination s'effectue en partie à l'état d'acides libres, ou neutralisés pour une forte proportion par l'ammoniaque sécrété au niveau du parenchyme rénal. L'organisme peut ainsi « compenser », jusqu'à un certain point, l'acidose et l'alcalose, si ces limites de défense sont dépassées on dit que ces états sont « décompensés ».

Comme on le voit le rôle de l'acide carbonique dans l'économie est multiple et complexe, non seulement il intervient dans la régulation acido-basique du sang, mais il règle également l'activité des centres respiratoire et circulatoire (Yandel-Henderson, Bouckaert, Dautrebande, Heymans, etc...) ; si le taux sanguin de CO^2 diminue ils réduisent leur activité, s'il augmente ils l'accroissent. On peut dire que l'acide carbonique est une véritable *hormone respiratoire*.

Toutefois cette sensibilité des centres nerveux au CO^2 est elle-même soumise au degré de concentration de l'oxygène dans le sang, *l'anoxémie abaisse le seuil d'excitation du CO^2*, c'est-à-dire que le défaut d'oxygène permet aux centres respiratoire et circulatoire de réagir en présence d'un taux de CO^2 normalement trop faible pour les exciter.

Ces centres sont très sensibles à toutes les modifications survenant dans la teneur du sang en oxygène et en acide carbonique ; la composition du sang agira donc par l'intermédiaire du centre respiratoire et des nerfs respiratoires sur les mouvements thoraciques, et par le centre

circulatoire (cardio-modérateur, cardio-accélérateur, vaso-moteur) sur les mouvements du cœur et la vaso-motricité des vaisseaux.

Il existe donc une interdépendance étroite non seulement entre les divers domaines de la respiration, mais aussi entre la respiration et la circulation, les deux fonctions étant solidaires et pouvant agir l'une sur l'autre.

Telle est *l'anoxémie* dans toute sa complexité. Cet état implique nécessairement le *besoin d'oxygène* et par conséquent *l'oxygénothérapie.*

Le besoin d'oxygène d'après ce qui précède, apparaît comme très général. L'oxygène puisé par l'organisme dans l'air ambiant pour atteindre les tissus passe successivement à travers les alvéoles pulmonaires, se fixe sur le sang qui le véhicule par les artères jusqu'aux capillaires et aux cellules, où il est utilisé.

A tous les relais de ce long parcours il peut y avoir « défaut d'oxygène » ou *anoxémie.*

On comprend dès lors que le besoin d'oxygène puisse provenir, soit d'une pression insuffisante d'oxygène dans le poumon (besoin d'oxygène anoxémique de Dautrebande), soit d'un véhicule hémoglobiné défectueux ou insuffisant, soit d'une mauvaise distribution du gaz par perturbation circulatoire, soit enfin d'une mauvaise utilisation de l'oxygène par les tissus.

On peut donc diviser les besoins en oxygène de l'organisme en quatre catégories, suivant en cela la classification de Dautrebande. En réalité en ce qui concerne la première, c'est-à-dire le besoin d'oxygène anoxémique de cet auteur, il y a lieu de distinguer l'anoxémie due à une chute de la pression de l'oxygène dans l'atmosphère ambiante (accidents des grandes altitudes, des mines, etc.), de l'anoxémie par insuffisance de la ventilation pulmonaire, que l'on observe dans la plupart des affections pulmonaires (emphysème, tuberculose pulmonaire avancée, obstruction broncho-alvéolaire, etc.) Du point de vue clinique la distinction s'impose : dans le premier cas l'anoxémie est d'origine extra-pulmonaire, dans le second elle est strictement pulmonaire.

On voit combien le besoin d'oxygène peut être varié, et l'on conçoit que les indications de l'oxygénothérapie, considérées comme réduites jusqu'à présent, soient étendues à des domaines de la pathologie jusque là insoupçonnés.

Nous nous proposons dans un prochain article d'indiquer les techniques les plus simples de l'oxygénothérapie, d'en préciser les applications les plus courantes, d'étudier les indications peu connues et qui méritent de l'être, cela pour le plus grand bien des malades.

(*A suivre.*)

SUR LA POSOLOGIE DE LA TESTOSTÉRONE

La posologie de la testostérone a fait l'objet d'une intéressante discussion à la Société française de gynécologie.

M. Douay note que, dans les fibromes de l'utérus et la mammite kystique du sein (maladie de Reclus), la testostérone agit seulement sur l'élément congestif surajouté et que l'amélioration ne survit guère à la cessation du traitement. A son avis, les doses faibles sont aussi efficaces que les doses fortes : il fait une ou deux injections de 10 à 20 milligr. par mois, au cas de phénomènes congestifs ; le double dans les affections utérines. Dans les troubles de la castration ou de la ménopause, il associe volontiers 1 milligr. de folliculine à 10 milligr. de testostérone.

M. Maurice Fabre a recours aux doses suivantes : par mois, 10-20 milligr., dans les mastopathies douloureuses ; 50-100 milligr. dans les troubles fonctionnels ; 100 milligr. dans les fibromes ; 300 milligr. dans les hémorragies préménopausiques avec ou sans fibrome.

M. Palmer n'emploie les fortes doses que dans les métropathies hyperplasiques. Dans un cas de très gros ovaire polykystique douloureux, avec métrorrhagies abondantes, il a pu constater en quinze jours de traitement une régression de l'ovaire à son volume normal, puis le retour d'une fonction ovarienne normale. Il a observé, deux fois, chez des prédisposées, des œdèmes du type œdème de Quincke.

M. Claude Béclère, dans les hémorragies utérines, utilise généralement la dose de 25 milligr., une fois par semaine d'abord, puis une fois ou deux par mois, de préférence juste avant l'hémorragie ou à son début.

M. Turpault considère que la posologie de la testostérone doit être proportionnée à l'importance de l'hyperfolliculinisme en cause. Les dosages de la folliculine urinaire sont dans ces conditions très désirables, mais le facteur récepteur doit également être pris en considération. Suivant les cas, il fait, ou une injection deux à cinq jours avant le trouble à corriger, ou une imprégnation de l'organisme par des injections hebdomadaires. Il emploie aussi la voie intracervicale et même les ovules vaginaux. Doses fortes (30 milligr. par jour la première semaine, ensuite 20 milligr. une fois par semaine) dans les fibromes. Dans les cancers inopérables du sein, il va jusqu'à 50 milligr. par jour pendant deux semaines. Le zinc renforcerait la testostérone ; l'acide palmitique ralentirait, par contre, sa résorption.

P. L.



CONJONCTIVITE ET ECZÉMA PALPÉBRAL ATROPINIQUE

Par le Docteur Etienne GINESTOUS (Bordeaux)

L'atropine, si souvent utilisée en ophtalmologie, soit pour faciliter — par la mydriase qu'elle détermine —l'examen du fond de l'œil, soit dans un but thérapeutique, provoque parfois des réactions inflammatoires conjonctivales et cutanées, qui en restreignent et même peuvent en empêcher l'emploi.

Le fait est depuis très longtemps connu et signalé par les auteurs. Quelques années après que l'atropine eut été isolée de la jusquiame et de la belladone par Rouge (1810) et Brandey (1819), Graefe (1) attirait l'attention, en 1855-1864, sur ces conjonctivites atropiniques.

Galezowski (2) dit que :

« Dans certains yeux l'atropine provoque une « telle irritation qu'il s'ensuit une conjonctivite « plus ou moins intense, accompagnée d'un déve« loppement très marqué des papilles et consti« tuant de fausses granulations qui peuvent « quelquefois être confondues avec des néopla« siques ».

Badal (3) fait les mêmes constatations, et il ajoute :

« Chez quelques sujets, cette intolérance pour « *l'atropine atteint* les proportions d'une véri« table idiosyncrasie. Il suffit d'une goutte de « collyre pour produire une blepharo-conjonc« tivite intense, accompagnée d'eczéma des pau« pières, et j'ai connu un malade opéré successi« vement des deux yeux par deux chirurgiens « et chez lequel les opérations ont complètement « échoué à la suite d'ophtalmies violentes sur« venues dans ces conditions... »

De Wecker (4) Panas (5) tout en disant ces réactions assez rares, les ont cependant observées, et font ressortir, lorsqu'elles se produisent, leurs inconvénients.

Fuchs (6) dit même que :

« Chez beaucoup de personnes il suffit de l'ins« tillation d'une seule goutte d'atropine pour « provoquer une forte injection et de la tumé« faction des paupières ressemblant à un érysi« pèle ».

L'eczéma palpébral atropinique est également mentionné par Scrini (1).

La question à été reprise, dans ces dernières années, par Henri Lagrange et Delthil (2) qui ont étudié les allergies conjonctivales dans leurs causes les plus générales, surtout par Koutseff (de Strasbourg) (3).

Dans une série de travaux parus depuis 1933, Koutseff a rapporté plusieurs cas d'allergie oculaire et cutanée à l'atropine recueillis à la Clinique ophtalmologique de Strasbourg, du Professeur Weill. Il en a précisé les symptômes et les moyens de diagnostic, recherché les causes.

Depuis plusieurs années, il nous a été donné d'observer nous-même plusieurs cas de conjonctivite atropinique, le dernier en date avec eczéma des paupières ; et notre but, en les publiant, est seulement de faire ressortir la gêne, qui résulte pour le praticien de ces réactions inflammatoires, de nature à empêcher l'utilisation d'une action médicamenteuse si souvent essentielle.

Le premier de ces cas est celui d'un jeune enfant de cinq ans, qui nous fut conduit en 1905 pour strabisme convergent. Suivant la méthode classique, nous conseillâmes, à la fois pour préciser la réfraction et dans un but thérapeutique, l'instillation de collyre d'atropine à 1 /2 pour 100. Dès la première instillation, il se produisit une réaction inflammatoire conjonctivale et palpébrale violente... La famille en fut effrayée et ne pardonna pas au jeune débutant que nous étions, c'était en 1905, sa dangereuse imprudence et s'adressa à un maître plus expérimenté, qui, nous l'avons su par la suite, éprouva les mêmes déboires... Il fallut, chez ce jeune enfant, abandonner la médication atropinique, cependant d'indication si courante dans la cure du strabisme.

La deuxième observation se rapporte à une

(1) GRAEFE. — *Arch. fur Opht.*, 1855, t. 1-2, p. 219 ; *Teudh fur Opht.*, 1864, t. X-2, page 191.

(2) GALEZOWSKI. — Le traité des maladies des yeux, page 366, 1875.

(3) BADAL. — Leçons sur l'opération de la cataracte, 8e leçon, page 270, 1879.

(4) DE WECKER. — Traité complet d'ophtalmologie, t. III, p. 303, 1889.

(5) PANAS. — Traité des maladies des yeux, t. I, p. 318, 1894.

(6) FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie, p. 302, 1897.

(1) SCRINI. — Précis de thérapeutique oculaire, p. 54, 1904.

(2) Henri LAGRANGE et DELTHIL. — Les réactions allergiques de la conjonctive oculaire. *Ann. d'ocul.*, 1933, t. CLXX, p. 1009.

(3) André KOUTSEFF. — Des conjonctivites médicamenteuses. *Bull. Soc. Opht. de Paris*, 1933. *Soc. d'Opht. de l'Est de la Franée*, 28 mai 1933, Allergie oculaire et cutanée à l'atropine, *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, février 1934, p. 206. — Les conjonctivites allergiques non infectieuses. *Ann. d'ocul.*, juin 1935, p. 473.

personne de 54 ans : Mme Elvina J... qui, le 6 mars 1926, vint nous consulter pour cataracte double plus avancée à gauche. L'opacification cristallinienne ne présentant pas les caractères indicatifs de l'intervention, la malade fut mise en observation. L'évolution fut lente, et au cours de nombreux examens il fut fait des instillations fréquentes de collyre à l'atropine sans qu'il en résultat le moindre inconvénient. Le 15 janvier 1932, après une évolution qui avait duré cinq années, nous avons procédé à l'extraction de la cataracte de l'œil gauche avec iridectomie. Suivant la technique post-opératoire courante, dès le troisième jour il fut instillé dans l'œil opéré trois gouttes de collyre au sulfate d'atropine : 0,05 centigr. p. 10 gr. Tout d'abord, rien d'anormal ne se produisuit ; mais le sixième jour, après trois jours d'atropinisation, la conjonctive devint rouge, très injectée, avec des follicules dans le cul de sac inférieur ; œdème intense des paupières sur leur face externe et empiétant sur le côté gauche de la racine du nez, sur la région temporale et la partie supérieure de la joue, nous notions une vaste zone érythémateuse en lunette à contour net, infiltrée, suintante ; l'épiderme érodé était parsemé de minuscules pores eczématiques. En présence de ces réactions conjonctivo-palpébrales on aurait pu craindre des complications infectieuses si, par contraste, la plaie cornéenne n'avait été déjà coaptée en voie de cicatrisation.

Malgré leur indication post-opératoire, nous fûmes, à cause de cette réaction inflammatoire, dans l'obligation d'abandonner les instillations atropiniques. Par des pansements chauds humides, au bout de deux jours l'injection conjonctivale et l'œdème palpébral avaient disparu. Nous essayâmes alors des applications de pommades mydriatiques composées de succédanés de l'atropine. La réaction fut tout aussi, même plus violente qu'avec les collyres aqueux, et nous dûmes également les abandonner.

Malgré cette gêne dans les soins ordinaires post-opératoires, qui commandent l'atropinisation, le résultat final fut très satisfaisant.

Deux mois après l'intervention avec :

15° + 4-9, l'acuité visuelle était de 8 /10.

Malgré les ennuis qu'avait provoqués sa sensibilité médicamenteuse, Mme Elvina... voulut bien se confier à nous pour l'intervention de son œil gauche, dont la cataracte avait évolué. Avant l'opération l'instillation de collyre au sulfate d'atropine ne provoqua qu'une réaction conjonctivale minime. L'extraction fut faite dans les meilleures conditions, toujours avec iridectomie, et au troisième jour, avec une prudence que commandaient les incidents antérieurs, nous tentâmes des instillations d'un faible collyre au sulfate d'atropine dans l'œil opéré. La réaction fut violente, à tel point impressionnante que la malade, dont les paupières, la joue, étaient gonflées, œdématiées, refusa qu'on continuât les instillations. Il fallut les abandonner et laisser sans mydriase provoquée la cicatrisation se faire. Le résultat ne fut pas aussi satisafisant que pour l'œil gauche, premier opéré. Il persista dans l'orifice pupillaire une légère bride de cataracte secondaire.

Avec + 9, l'acuité visuelle était de 3 /10.

Nous avons, depuis, tenté chez cette malade des instillations de collyres mydriatiques. Chaque fois, la réaction qui s'est produite le jour même nous a averti qu'il ne pouvait en être fait usage.

Désarmé par cette intolérance médicamenteuse, nous avons été obligé de renoncer à une intervention complémentaire de cataracte secondaire, qui eût donné une meilleure vision.

Notons, comme antécédents, que Mme E... est de nature arthritique. Elle a eu, à plusieurs reprises, des manifestations rhumatismales au genou et aux épaules.

Le troisième fait que nous avons observé est plus récent.

Roger B..., 35 ans, mécanicien, à la suite d'un accident de travail, le 22 septembre 1939, fut atteint, à l'œil gauche, d'un corps étranger intraoculaire, que nous avons extrait quelques heures après à l'électro-aimant. Les suites opératoires immédiates furent bonnes et le 19 octobre l'acuité visuelle était égale à 6 / 10 avec 15°-3.

Dans les premiers mois de 1940, la vision de cet œil diminua, et, à l'ophtalmoscope, on constatait que le cristallin s'opacifiait. La cataracte devint complète et, le 28 février 1941, nous avons procédé à son extraction. Il était nécessaire, comme il est indiqué en pareil cas, pour assurer la résorption des masses molles, de soumettre l'œil opéré à l'action de l'atropine. Des instillations de collyre de cet alcaloïde à 1 /2 p. 100 provoquèrent, dès les premiers jours, des réactions inflammatoires vives sur la conjonctive qui devint hyperémiée avec chemosis, et surtout sur la paupière inférieure et la joue sur lesquelles se développa un véritable eczéma, qui céda en quelques jours à des applications d'inotyol. L'atropinisation dut être abandonnée. Tout essai nouveau de cette médication, aussi bien sous forme de pommades que de collyres, qu'ils soient ou ne soient pas isotoniques, provoqua les mêmes complications. L'homatropine ne fut pas mieux supportée. Il fallait cependant, de toute nécessité, favoriser par la mydriase la résorption desmasses cristalliniennes restantes. Nous eûmes alors l'idée de recourir à une vieille formule trop délaissée : Collyre aux feuilles fraîches de belladone. Nous eûmes l'agréable satisfaction de pouvoir en continuer l'usage sans qu'il provoquât de réactions...

et d'obtenir par lui le résultat post-opératoire que nous attendions,

avec : +9 l'acuité visuelle est égale à 4/10.

Pour être complet et ne rien omettre, disons cependant qu'après dix-huit jours de cette médication locale belladonée, il se produisit une légère hyperémie conjonctivale sans aucune manifestation cutanée. Pourquoi ? Comment expliquer cette sensibilité à l'atropine et cette indifférence à la belladone dont la première est extraite ?... Nous ne savons.

Comme antécédents, M. B... n'a jamais eu aucune manifestation arthritique ni cutanée.

***

De ces trois cas, qui s'ajoutent aux nombreux faits dont nous trouvons la mention aussi bien dans les ouvrages classiques que dans la littérature, nous voulons simplement tirer des conclusions d'ordre essentiellement pratique.

Cette sursensibilité anormale à l'atropine, qui constitue une idiosyncrasie, suivant le terme plus moderne une allergie, peut placer le praticien le plus consciencieux dans une situation des plus difficiles. Elle risque de compromettre, par les complications qu'elle provoque, le résultat d'opérations les mieux réussies.

Il est d'autant plus difficile de l'éviter par des précautions préventives, que cette sursensibilité est *généralement imprévisible*. Elle se produit, dit-on, surtout chez des prédisposés arthritiques, indication bien fallacieuse, que contredisent les observations les plus fouillées.

Pour la déceler, on a proposé un certain nombre de tests, dont le plus connu est celui d'intradermoréaction de Bruno Bloch ; il consiste à appliquer une compresse imbibée d'une solution d'antigène ou enduite d'une pommade à étudier sur la peau intacte ; on maintient cette compresse sous une toile imperméable pendant vingt-quatre heures : suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas réaction, l'épreuve est positive ou négative.

On a proposé également la cutiréaction, l'ophtalmo-réaction, même la recherche des anticorps dans le sang (réaction de Prausnitz-Kustner). Sans vouloir discuter la valeur diagnostique de ces procédés, nous ferons remarquer qu'utilisables dans un service hospitalier, ils ne le sont guère dans la clientèle privée dont il faut ménager les craintes et les susceptibilités.

Si nous sommes désarmés comme médication préventive, que pouvons-nous comme thérapeutique curative ? Les auteurs préconisent tous la substitution à l'atropine d'autres alcaloïdes, homatropine, duboisine etc... (Fuchs, Badal, Panas...). Il est des sujets aussi réfractaires à l'un qu'à l'autre des médicaments. Chez l'un de nos malades, (Obs. III) la belladone a réussi — pourquoi, nous ne savons — là où l'alcaloïde atropine, qui en est cependant extrait, a échoué.

En réalité, nous sommes encore peu fixés sur la cause vraie de ces sensibilités médicamenteuses. Koutseff, dont l'étude sur la question est la plus complète, aboutit à cette conclusion générale :

« Espérons que les progrès de l'allergologie « nous indiqueront la façon sûre de désensibili- « ser des malades allergiques ».

NOTES SUR LA CONSERVATION ET LES ALTÉRATIONS DES ALIMENTS

(Glucides, graisses, protéines animales) (1)

Les aliments riches en glucides se conservent, à l'état sec, très longtemps. A l'état frais, ils subissent des fermentations et deviennent acides, mais sans acquérir de ce fait de nocivité.

Les graisses, exposées à l'air, sont partiellement saponifiées sous l'action de micro-organismes (*penicillium*) et rancissent. Le rancissement donne aux graisses un goût désagréable, nullement nuisible toutefois.

Les protéines animales, à l'état cru, sont d'une conservation difficile. Les manipulations courantes des viandes ont pour conséquence leur ensemencement par des germes divers, entraînant des phénomènes de putréfaction avec production de substances toxiques, de diamines aliphatiques : putrescéine, cadavérine (ptomaïnes d'Armand Gautier), ce qui explique le danger de la consommation des viandes « faisandées ».

Dans certains pays, on observe assez souvent une maladie connue sous le nom de botulisme, due à l'ingestion de conserves ou de charcuterie ensemencées par le *Bacillus botulinus*, dont la toxine provoque chez l'homme des troubles graves. Ce bacille, sensible à la chaleur, est détruit par la cuisson. Le botulisme ne se rencontre, dans ces conditions, que chez les personnes consommant des conserves de viandes crues.

(1) D'après le livre : *Eléments de Biochimie médicale*, par Michel POLONOVSKI, P. BOULANGER, P. CRISTOL, G. FLORENCE, A. GIBERTON, M. MACHEBŒUF, H. ROBERT, J. ROCHE et C. SANNIÉ, 1941. Masson et Cie, édit.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ENTORSE

Un exposé de Professeur Leriche

On connaît la conception physio-pathologique de Leriche sur l'entorse. Pour Leriche, l'entorse *simple* est une maladie purement vaso-motrice, dont le processus part d'une excitation des terminaisons sensitives des ligaments articulaires, dépendante de la torsion de ceux-ci. Conséquence de cette pathogénie : l'anesthésie locale par infiltration des ligaments lésés doit amener, dans ces conditions, une guérison rapide des troubles de l'entorse.

Les idées de Leriche ont profondément modifié la thérapeutique de l'entorse et le traitement de cette affection « par la seringue » est maintenant utilisé de tous côtés ; pas toujours, il est vrai, avec un discernement suffisant. L'injection novocaïnique anesthésiante n'est indiquée, bien entendu, à titre curatif, que s'il y a entorse simple et non fracture ou grosse lésion ligamentaire. A l'Académie de chirurgie, M. Mondor, M. Ameline, M. Pierre Duval, M. Sénèque, M. Champeau ont produit des faits où, avec une apparence banale, l'entorse s'accompagnait de déchirures, de ruptures, de lésions ligamentaires notables, vérifiées à l'opération. A plusieurs reprises, M. Mondor est revenu sur la question. M. André Sicard a rapporté 5 cas d'entorses du genou, et MM. Merle d'Aubigné et Cauchois 17 cas, d'entorses du genou également, ayant comporté des lésions de la capsule, des arrachements et ruptures ligamentaires, constatés à l'opération.

Tout récemment, M. Leriche a présenté à l'Académie de chirurgie, une étude dans laquelle, après un historique de sa méthode, il fait un intéressant exposé de ses idées sur ce sujet. C'est cet exposé que nous reproduisons ci-après.

***

M'étant attaché, dit M. Leriche, à l'observation des petites entorses, des entorses banales, courantes, « je les ai étudiées aussi près que possible de l'accident, avant le stade de l'épanchement, alors qu'il n'y avait que chaleur locale, œdème, douleur et impotence fonctionnelle. En les regardant, je fus frappé de voir que ces quatre symptômes, toujours associés, apparaissaient très rapidement et qu'ils étaient au complet en quelques minutes. J'ai souvenir, notamment, d'un gros œdème avec forte hyperthermie locale qui existait moins d'un quart d'heure après l'accident, alors que l'évolution montra ultérieurement qu'il n'y avait eu ni rupture ligamentaire, ni arrachement osseux. Il était évident que trois au moins de ces symptômes banaux étaient des phénomènes vaso-moteurs, des états fonctionnels existant indépendamment de tout désordre anatomique important.

Le problème était de savoir comment et pourquoi il en était ainsi.

Depuis 1917, je savais que tout traumatisme, même peu important, s'accompagnait de réactions vasomotrices. L'oscillométrie et les mesures de la température locale me l'avaient montré. Albert, en 1924, Fontaine, en 1927, avaient vu qu'expérimentalement les excitations ligamentaires produisaient immédiatement une vasodilatation qu'on lisait aisément sur les courbes. Je fis donc l'hypothèse que, dans l'entorse banale, c'était peut-être le traumatisme ligamentaire qui était responsable de la symptomatologie. Cela me fit chercher ce que les histologistes disaient de l'innervation ligamentaire. J'exhumai les vieilles constatations de Rauber, de Sappey et les magnifiques descriptions de Regaud. J'y vis que, suivant le mot de Sappey, les ligaments articulaires sont aussi riches en terminaisons nerveuses que la peau des doigts et des orteils.

Il était donc permis de supposer que, quand un traumatisme tord ou étire les ligaments, les éléments d'innervation centripètes sont violemment sollicités, que leur excitation se réfléchit sur les vaso-moteurs à la périphérie sous forme d'une vaso-dilatation qui, comme toutes les réactions vaso-motrices, dépasse le territoire où naît l'excitation et s'étend à toute une région. Je pensais tenir ainsi la clef de la vaso-dilatation immédiate qui me paraissait le fait essentiel de l'entorse.

Il restait à en faire la preuve. Pour cela, je commençai par étudier l'état oscillométrique des membres ayant subi une injure par distorsion. Je notai une sensible augmentation des oscillations, très rapidement installée. La circulation était donc augmentée. Je matérialisai le fait en faisant mettre les deux pieds d'accidentés par entorse dans un bain chaud, dès les premiers moments de l'accident. Du côté traumatisé, les veines devenaient énormes et la peau y devenait rouge.

Voulant avoir des preuves plus péremptoires encore, dans un cas bien choisi, je fis une sympathectomie périfémorale à un malade atteint d'entorse tibio-tarsienne. Les phénomènes vaso-moteurs disparurent en quelques heures et ne revinrent pas. Mon idée prenait corps. Et c'est



alors que je songeai à couper le réflexe à son origine par l'anesthésie ligamentaire : l'effet en fut presque immédiat. Un de mes premiers cas fut, en 1929, celui d'un médecin qui se fit une entorse tibio-tarsienne dans la cour de la Clinique un peu avant midi. Je le vis un quart d'heure après. Le pied était chaud, douloureux ; globalement, la région était déjà œdémateuse et l'impotence complète. J'anesthésiai les deux ligaments latéraux. Toute la symptomatologie disparut en quelques instants. Il ne resta qu'un peu d'œdème. L'accidenté repartit sur ses jambes, sans boiter. Le lendemain, il n'y avait plus qu'un peu d'œdème. La maladie entorse n'avait duré qu'une demi-heure. Dès ce moment, j'eus l'intuition que ce qui n'était qu'une méthode d'analyse pourrait devenir une méthode thérapeutique s'inscrivant dans l'ordre général de ce que j'ai appelé, en 1925, la chirurgie physiologique.

Mais je voulus poursuivre ma démonstration plus loin. Je voulus voir si j'aurais le même effet en m'adressant à la partie motrice du réflexe et dans un cas convenablement choisi d'entorse du genou, je fis l'infiltration du sympathique lombaire. L'effet fut identique à celui de l'anesthésie ligamentaire. Il me parut alors que je pourvais conclure.

.....Quand, en 1934, je vins soumettre la synthèse de six ans d'observation, j'étais sûr de la vérité du fait physiopathologique que j'énonçais... Toutefois, je n'ai jamais méconnu la possibilité pour un mécanisme de distorsion d'aller au-delà de la réaction vaso-motrice. Mais je demeure persuadé que je ne me suis pas trompé quand j'ai dit que l'entorse en soi, dans son essence même, est une maladie purement vasomotrice, ce qui ne veut pas dire qu'au-delà d'un certain degré d'injure il n'y ait pas, dans l'entorse, des lésions anatomiques surajoutées, mais ce ne sont pas elles qui sont l'essentiel de la maladie envisagée dans son histoire naturelle. Les idées que j'ai sur l'entorse se situent dans un tout, dans cette orientation nouvelle que j'ai essayé de donner à la recherche chirurgicale, avec l'espoir qu'il en sortirait, par surcroît, des améliorations thérapeutiques. Pour l'entorse, je crois que cet espoir n'a pas été trompé.

...Je continue d'infiltrer les entorses habituelles, par torsion de la jambe et du pied, mais j'essaie de faire d'abord un diagnostic lésionnel. »

***

Ces extraits de l'importante communication du Professeur Leriche sont, en résumé, une mise au point actuelle de ses idées sur l'entorse. Sa conception de l'entorse *simple* conserve toute sa valeur, entraînant des déductions thérapeutiques aujourd'hui bien établies. La méthode de traitement des entorses créée par Leriche reste précieuse et ses beaux résultats ne sont contestés par personne, s'appuyant d'ailleurs sur un ensemble de travaux du savant maître qui font le plus grand honneur à la médecine française. Il restera à préciser avec netteté, dans la mesure où la clinique et les techniques d'examen le permettent, les limites de ce traitement qui, comme le dit M. Leriche lui-même, ne saurait s'étendre évidemment aux lésions articulaires ou ligamentaires qui dépassent par trop la torsion.

P. Lacroix.

L' « INTERVALLE LIBRE » DANS LA STÉNOSE PYLORIQUE DU NOURRISSON

L' « intervalle libre », un des huit symptômes cardinaux du syndrome de la maladie pylorique du nourrisson, désigne — dans cette affection — le temps qui s'écoule entre la naissance de l'enfant et l'apparition des vomissements. Classiquement, sa durée est de 15 à 20 jours. Il peut toutefois être beaucoup plus réduit, puisqu'on a signalé des vomissements dès la naissance, ou s'étendre et atteindre une durée de 30, 40, 50 jours et plus. A la Société médicale des hôpitaux de Lyon, MM. Mouriquand, L. Weill et G. Wenger viennent de rapporter un cas de sténose pylorique du nourrisson où les vomissements se montrèrent le 60e jour après la naissance. C'est la date la plus tardive que M. Mouriquand ait relevée dans la littérature médicale.

Dans la statistique de Javois, les vomissements ont débuté 15 fois sur 17 au cours de la deuxième quinzaine de la vie. Dans la statistique de M. Mouriquand, qui atteint actuellement 49 cas, le début a eu lieu 36 fois du 10e au 30e jour.

La durée anormale de l' « intervalle libre », qui modifie un des meilleurs signes de la maladie pylorique du nourrisson, peut faire hésiter le diagnostic. Il importe donc de connaître ces « intervalles libres », réduits ou allongés, qui sont rares mais non absolument exceptionnels.

P. L.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR



« L'enfant des Rayons X » : Un microcéphale avec arriération mentale

D'après les Docteurs PAULY, CANTORNÉ et BENTÉGEAT (1)

SON ATTEINTE INTRA-UTÉRINE, SON DEVENIR

La mère, une fois enceinte, aura été soumise à la radiothérapie pour une affection génitale (fibromyome utérin, cancer du col) ou extra-génitale. L'expérimentation et l'observation prouvent que les méfaits des rayons X seront d'autant plus constants et plus graves que l'irradiation aura été plus précoce. C'est avant la seizième semaine que l'action des rayons occasionnerait les troubles les plus sérieux; même à faible dose, elle modifie le devenir des cellules jeunes, des cellules embryonnaires; par conséquent, appliquée à des fœtus *in utero,* elle peut entraîner des lésions ou des anomalies de développement, spécialement dans les tissus d'origine ectodermique. En pareille occurrence, on ne s'étonnera donc pas, si l'avortement n'a pas lieu au bout de trois à quatre semaines, d'obtenir un microcéphale.

Bien que la grossesse soit souvent menée à terme, la petitesse des « enfants des rayons » rend bien rares les chances de dystocie. La taille a pu varier parfois entre 41 et 43 centimètres ; le poids entre 1.600 et 1.950 grammes. Ce retard de croissance semble persister longtemps. Les enfants sont avant tout des enfants « miniature ». Ce sont aussi des enfants disproportionnés.

La *microcéphalie* constitue un stigmate essentiel ; il s'agit d'une lésion par agénésie. Le crâne, régulièrement arrondi, est peu développé, son périmètre ne dépasse pas 27 à 35 centimètres à la naissance. Le front, étroit, est peu élevé. Cette microcéphalie s'accompagne toujours de *microphtalmie.* Les yeux sont enfoncés dans des paupières étroites ; on observe parfois une bride mongolienne au niveau du grand angle de l'œil. D'autres lésions, beaucoup plus graves, peuvent s'ajouter à l'atrophie du globe : opalescence du cristallin, chorio-rétinite, atrophie ou même aplasie optique.

A la microcéphalie et à la microphtalmie, il faut ajouter comme stigmate quasi-constant des *taches pigmentaires* plus ou moins nombreuses disséminées à la surface et dues à la radiodermite.

D'autres anomalies peuvent s'observer : hypospadias, absence de prépuce ou de pénis, état minuscule des testicules, plus rarement ectopie. Par contre, on ne signale pas de malformations viscérales.

Enfin, *l'arriération intellectuelle* est constante chez les microcéphales : elle confine souvent à l'idiotie.

Quel est le devenir de ces enfants ? Ils se développent mal ; dans certains cas, la nourriture solide est difficilement acceptée ou mal tolérée ; la taille reste en général petite, le poids au-dessous de la normale ; l'ossification peut être retardée ; il en est de même pour la dentition. Les stigmates ne s'atténuent guère, le retard somatique et mental persiste.

Ces enfants restent des êtres fragiles, qui ne semblent pas atteindre une grande longévité (7 ans-13 ans). Le sujet, dont les auteurs ont rapporté l'observation, mourut à l'âge de 3 ans d'une atteinte rénale.



SUR LES DANGERS DE LA RADIOTHÉRAPIE AU COURS DE LA GROSSESSE

A ce point de vue, clinique et expérimentation sont d'accord. Murphy aurait observé sur un total approximatif de 50 grossesses irradiées et arrivées à terme, 25 enfants anormaux à la naissance, certains d'entr'eux succombant rapidement ; d'autre part, le pourcentage des avortements s'élèverait à 40 p. 100. D'heureuses exceptions pourraient être notées pour une irradiation après les troisième et quatrième mois.

Expérimentalement, les effets des rayons X paraissent se prolonger à distance, si bien que les enfants, nés de grossesses ultérieures, seraient souvent atteints de débilité congénitale. Sur 230 grossesses survenues postérieurement à une irradiation, il y aurait 21 p. 100 d'avortements. D'autre part, 15 p. 100 des enfants nés à terme se développeraient mal (Murphy) ; mais ici, rien de comparable avec le

(1) *Journal de médecine de Bordeaux,* 25 juin 1941

groupe des enfants irradiés pendant la grossesse. Encore, doit-on retenir que la fréquence des avortements peut être en rapport avec les troubles ovariens, qui avaient justifié les irradiations. Il convient donc d'être prudent dans l'appréciation de ce facteur à échéance.

La curiethérapie offre-t-elle les mêmes dangers que la radiothérapie au cours de la grossesse ? Estienny a réuni de nombreux cas de cancers du col traités par curiethérapie au cours de la grossesse. La fréquence des avortements n'a pas dépassé celle que l'on observe dans les cancers non traités. Les enfants nés à terme étaient absolument normaux. Ce même auteur distingue très judicieusement l'action nocive de la radiothérapie généralisée de l'utérus, et l'électivité de la curiethérapie au contact de la tumeur ; en conclusion, il dit : on connaît des « enfants des rayons X », non des « enfants du radium ».

Il est certain que l'action des rayons X s'oppose pratiquement à celle du radium, peu dangereuse pour le fœtus.

Conclusions pratiques

La radiothérapie est formellement proscrite en cas de grossesse. Sa principale indication, les ménorragies du fibromyome utérin, disparaît d'ailleurs en pareil cas. Tous les accoucheurs, tous les radiologistes, étant actuellement d'accord sur les dangers de la radiothérapie chez la femme enceinte il faut s'assurer avec soin qu'il n'existe pas une grossesse au début : sa méconnaissance serait d'autant plus grave que l'embryon serait plus jeune, donc plus radio-sensible. Les diagnostics biologiques, en cas de doute, pourront servir avec profit.

La curiethérapie, au contraire, garde toutes ses indications en cas de cancer. Son action localisée semble épargner le fœtus, condamné si la tumeur évolue ou si le chirurgien intervient.

On ne manquera jamais, chez la femme jeune, *de protéger les ovaires,* lorsque la radiothérapie s'imposera pour une affection gynécologique ou non. Les irradiations ovariennes seront réservées à des indications très précises et vraiment impérieuses.

G. Fischer

LA SCIATIQUE DITE « RHUMATISMALE « A-T-ELLE VÉCU ?

Telle est la question que MM. P. Coste et M. Gaucher ont cru devoir se poser aujourd'hui que des publications récentes ont mis en vedette la sciatique discale, et ils ont attiré aussitôt l'attention sur l'arthrose lombo-sacrée, facteur non vertébral des sciatiques. Ainsi, ils ont pensé mettre en garde ceux qui, sur la foi des récentes publications, se figureraient que la sciatique banale est devenue ou va devenir une affection avant tout chirurgicale.

Tout d'abord, on ne doit pas oublier que l'étiologie exacte des sciatiques reste complexe et souvent difficile à pénétrer ; chaque malade réclame une étude attentive, qui n'aboutit pas toujours à un diagnostic.

Dans un petit nombre de faits, un traumatisme peut, à lui seul, rendre compte de la sciatique, qui est alors le plus souvent une sciatique discale ; c'est le cas des gros traumas entraînant une hernie du nucléus ou des lésions ligamentaires importantes, un hématome, qui compriment directement racines ou funicules. On y retrouve le pincement d'un disque isolé (L4-L5 généralement) ; l'encochage ou arrêt et les déformations diverses de la bile lipiodolée à l'épreuve de Sicard ; la disparition fréquente (90 p. 100) de la lordose lombaire ; cette sciatique présente, en outre, un caractère récidivant et rebelle.

Beaucoup plus souvent, plusieurs facteurs s'associent : 1° un *terrain* soit général (facteurs toxiques, infectieux, allergiques), soit local (troubles statiques ; malformation congénitales, brides, adhérences, exiguité des trous, etc. ; lésions locales préexistantes, arthroses somatiques et interapophysaires ; facteurs méningés) ; 2° un facteur déclenchant, lequel peut être un traumatisme, ou même le froid, une infection, etc., bref tout agent capable d'engendrer localement un trouble vaso-moteur paroxystique, amorce de la fluxion congestive des nerfs et de l'atmosphère périnerveuse. Quelle que soit la valeur du mot « rhumatisme », mieux vaut le conserver pour désigner ce complexe étiologique, que d'enterrer sommairement la « sciatique rhumatismale » au profit d'une sciatique discale », assurément beaucoup moins répandue qu'elle.

Au total, dans quelle mesure la connaissance des sciatiques discales modifie-t-elle notre conduite antérieure ? 1° Elle nous mènera à faire opérer quelques malades, voués naguère à l'impotence ; 2° Quant aux autres, c'est-à-dire au lot commun des sciatiques rhumatismales, elle précise, pour un nombre appréciable d'entr'elles, la notion de microtraumatisme local et sa localisation. Elle confirme l'utilité du repos horizontal en attitude favorable et suggère de rechercher un traitement direct de l'entorse discale, parfois responsable des troubles, sans négliger la thérapeutique des facteurs non microtraumatiques (1).

G. F.

(1) *La Presse Médicale,* 24 septembre 1941.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'administration des médicaments par la voie pulmonaire

R. Tiffeneau montre les progrès obtenus, dans l'administration des agents médicamenteux, au moyen de la voie pulmonaire, par l'étude et la réalisation des microbrouillards ou aérosols. Il s'agissait de réaliser la dispersion des médicaments en gouttelettes assez fines pour être absorbées par la muqueuse pulmonaire, et de doser exactement les produits ainsi utilisés.

L'aérosol est constitué par un brouillard à peine visible à l'œil nu, ne mouillant pas une feuille de papier placée dans le courant gazeux, et relativement stable. Le diamètre des gouttelettes du microbrouillard varie de 0,2 à 3 microns. On a pu vérifier que cet aérosol était entraîné jusqu'au fond des alvéoles pulmonaires, et qu'il pénétrait ensuite dans le courant sanguin suivant les réactions, d'ailleurs assez variables, de la muqueuse : œdème et gonflement cellulaire. Les substances absorbées par voie transpulmonaire, ont une activité renforcée par rapport à la voie intraveineuse ; mais il faut s'assurer que la solution médicamenteuse utilisée ne détermine pas d'effet broncho-constricteur important, ni de réactions de l'épithélium pulmonaire. (*Paris-Médical*, 20 juin 1941).

Contre l'abus des anesthésies locales

Le Professeur Fiolle démontre que l'engouement actuel pour l'anesthésie locale n'impose pas seulement à d'innombrables opérés un surcroit de souffrances physiques et morales ; il crée dans le public des préventions ; il pèse sur les décisions des juges, parfois enclins à admettre que l'insensibilisation par piqûres est toujours inoffensive, et qu'en conséquence tel chirurgien est coupable d'avoir usé de l'anesthésie générale, alors que cette anesthésie, disent-ils, aurait pu être « localisée ». Or, il n'en est pas toujours ainsi, sans compter que bien souvent, il faut compléter l'anesthésie locale du début par une anesthésie générale, même réduite. S'il existe des régions médiocrement sensibles : crâne, cou, thyroïde, mieux indiquées pour la locale, l'emploi de celle-ci devient plus contestable dans certaines actions chirurgicales : opérations abdominales, traitement des panaris, réduction des luxations et des fractures, etc., etc. D'autre part, la discussion n'a plus d'objet, quand un obstacle précis s'oppose, sous peine de catastrophe, à l'anesthésie générale, comme par exemple dans certaines pleurésies purulentes.

D'une manière générale l'abus de l'anesthésie locale doit être réprouvé, parce que celle-ci ne s'avère pas innocente à tous coups, surtout au point de vue de l'épreuve morale qu'elle inflige, et que l'action néfaste de l'anesthésie générale ne se manifeste pas de façon évidente : il faut la repousser notamment dans toutes les occasions où elle apparaît inhumaine. (*Journal des Praticiens*, 21 juin 1941).

Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle

Le Professeur R. Leriche rappelle tout d'abord que, depuis une dizaine d'années, l'expérience chirurgicale, en de nombreux pays, a montré que toute une série d'hypertensions artérielles, celles où il n'y a pas d'élément rénal visible, réagissent favorablement à des méthodes chirurgicales. D'autre part, on note, dans certaines circonstances d'émotion, d'effort intellectuel, des variations tensionnelles. Or, il est bien difficile de ne pas voir là une indication d'origine de la maladie hypertension, qui s'accorde mal avec l'idée d'un mécanisme rénal ; ceci d'autant mieux que l'expérimentation prouve que tout ce qui est expression des émotions dépend du sympathique et des surrénales.

L'auteur a obtenu d'heureux effets sur l'hypertension en enlevant une surrénale chez les hypertendus ; cependant ces effets n'étaient que passagers. Puis il a pratiqué, dans les mêmes cas, la surrénalectomie d'un côté et la section des splanchniques de l'autre ; c'est là dit-il, une très bonne formule, qui permte d'entrevoir quelques possibilités de traitement efficace dans une maladie jusqu'ici fatalement progressive et terriblement créatrice d'infirmité. Néanmoins la section uni ou bilatérale des splanchniques est plus simple, chirurgicalement efficace, et par suite semble préférable. Cette intervention change beaucoup le fonctionnement pathologique de la glande : la tension baisse et les symptômes subjectifs s'atténuent ou disparaissent. Et même la simple anesthésie du splanchnique d'un seul côté fait baisser la tension ; celle-ci, pratiquée pendant plusieurs jours de suite avant l'opération, sert utilement de test. (*Le Progrès Médical*, 19 juillet 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les états de précarence en période de restrictions alimentaires

(MM. LAMBRET, BOULANGER, SWYNGEDAUW et DRIESSENS. — Présentation par M. POLONOVSKI; 1-7-1941)

M. Lambret et ses collaborateurs ont fait une enquête sur les états de précarence en vitamines observés dans la population lilloise pendant la période de janvier à avril 1941. Les plus répandues de ces précarences, révélées par les éliminations urinaires, par l'héméralopie latente, etc., ont été celles en vitamines C et A. L'adjonction au régime d'aliments riches en ces vitamines pourra remédier aux insuffisances vitaminiques en question.

Une nouvelle formule de vaccin triple associé, antidiphtérique, anti-tétanique, antityphoparatyphoidique

(MM. RAMON, BOIVIN, LOISEAU, LAFFAILLE et LEMÉTAYER ; 8-7-1941)

Un procédé de vaccination étant solidement établi *dans sa base et consacré par l'usage*, dit M. Ramon, l'immunologiste qui l'a mis au point doit se préoccuper de le perfectionner pour en accroître l'efficacité et rendre son emploi plus commode.

Le vaccin triple associé, antidiphtérique, antitétanique, antityphoparatyphoïdique offre le grand avantage de vacciner contre un groupe de maladies sans pour cela provoquer de réactions plus fortes que le seul T. A. B. Partant du principe indiqué ci-dessus, néanmoins, M. Ramon a recherché et établi une nouvelle formule de ce vaccin triple associé donnant des réactions plus faibles encore et d'application plus pratique par cela même. Les caractéristiques de cette nouvelle formule sont l'introduction du formol dans la préparation et la diminution des proportions de germes typhiques et paratyphiques entrant dans sa composition.

Le vaccin de formule nouvelle a été employé, en premier lieu, chez l'enfant. Plusieurs milliers d'injections ont été pratiquées dans un groupe scolaire sans réactions graves ou incidents sérieux. L'application en a été faite ensuite chez des adolescents, dans des camps de jeunesse, puis chez les élèves de l'Ecole d'infirmières de l'Assistance publique de Paris. Parmi ces dernières, 50 ont reçu, à quinze jours d'intervalle, trois injections (1 c. c., 2 c. c., 2 c. c.) de vaccins associés. Les réactions locales ont été pratiquement négligeables (douleurs fugaces, gêne légère à la région injectée). Des réactions générales, seules ont été retenues celles que traduisent des températures dépassant 38°, les distinguant en réactions moyennes de (38° à 39°) et en réactions fortes, dépassant 39°. L'élévation thermique, qui atteint généralement son maximum entre la 6e et la 12e heure, est fugace, la température redevenant normale le plus souvent dès la 24e heure. De l'ensemble de leurs constatations, portant à l'heure actuelle sur une dizaine de milliers d'injections de vaccin triple associé de nouvelle formule, M. Ramon et ses collaborateurs peuvent conclure que les réactions faisant suite à ces injections ont été relativement rares et bénignes, tant chez l'enfant que chez l'adolescent et l'adulte. L'action immunisante ne s'est trouvée, d'autre part, en rien diminuée.

Le diagnostic de l'épilepsie par l'électro-encéphalographie

(M. A. BAUDOUIN ; 1-7-1941)

Au cours de ces dernières années, une série d'auteurs ont porté leur attention sur l'examen électro-encéphalographique des épileptiques. De l'ensemble des travaux consacrés à cette question il résulte que les manifestations électriques de l'épilepsie peuvent être « cliniques », ou « infra-cliniques ». Les premières sont celles qui s'associent aux crises paroxystiques de grand mal ou de petit mal. Les secondes en sont indépendantes et surviennent dans les périodes intercalaires.

Pour le diagnostic de l'épilepsie, les deux groupes de manifestations peuvent donner des renseignements utiles, mais les tracés infra-cliniques offrent un intérêt particulier, intervenant dans une période où il n'y a pas de crises convulsives révélatrices.

M. Baudouin, s'appuyant sur des examens encéphalographiques pratiqués chez 74 épileptiques, résume ainsi ses observations :

Un tracé électro-encéphalographique franchement positif, recueilli à l'état infra-clinique, ou un tracé typique recueilli pendant une crise de petit mal donnent une certitude absolue : il s'agit d'un sujet atteint de mal comitial.

Un tracé négatif, obtenu dans les heures qui suivent une crise ayant l'allure du grand mal, chez un sujet jeune (au-dessous de 30 à 35 ans) doit inspirer de fort doutes sur le diagnostic d'épilepsie. Cette règle ne s'applique pas aux épilepsies symptomatiques.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES LIBERTÉS REQUISES POUR LA MÉDECINE HUMAINE

Suite (IV)

Les réflexions antérieures (1) faisaient apparaître de plus en plus nettement que c'est un trait essentiel de la profession médcale, que cela caractérise sa nature même, que d'être qualifiée du mot de «libérale », pour bien marquer à la fois qu'elle exige beaucoup de liberté, mais aussi qu'elle n'est pas praticable sans un certain détachement vis-à-vis de l'argent (2).

Un sacerdoce, disait-on volontiers, et le mot devrait être perpétué ; mais surtout, sous le mot, la réalité. Sacerdoce, parce que soigner des corps qu'anime un esprit, c'est faire plus que de toucher un vase sacré, un reliquaire vivant, c'est en quelque manière agir sur l'âme elle-même et qu'il y faudrait des mains aussi pures et un cœur aussi charitable que celui du prêtre.

Recevant les médecins qui participaient au Congrès international d'histoire de la médecine en 1930, Pie XI leur disait :

« Encore une fois de plus, chers fils, vous êtes les bienvenus parce que Nous avons toujours vu et aimé à voir un certain rapport particulier entre Notre œuvre à Nous, et l'œuvre des médecins. Dans le Ministère sacerdotal, — (qui demeure toujours substantiellement le même qu'au premier jour de Notre sacerdoce, encore que la divine Providence ait voulu depuis en élargir formidablement les responsabilités), Nous avons toujours expérimenté cette affinité qui provient de l'indivisibilité (*inscidibilita*) du composé humain, en vertu de laquelle le Ministère sacerdotal qui va aux âmes ne peut manquer de tenir compte aussi du corps ; tandis que le Ministère du médecin, tout en visant directement le corps, ne peut éviter d'atteindre en quelque manière jusqu'aux âmes ».

Mais si le prêtre est autorisé à vivre de l'autel, il faut bien que le médecin aussi vive de son sacerdoce médical, et il est impossible d'imaginer que seuls accèdent à la profession les privilégiés de la fortune. Il est donc naturel et légitime que le médecin demande et reçoive de ses clients des honoraires qui assurent sa subsistance et celle de sa famille, et même ce qu'on peut encore espérer de prévoyance dans notre monde moderne.

Il faut cependant, pour que soit sauvegardé le caractère libéral de la profession, pour qu'elle ait pleinement son aspect sacré, il faut que le médecin, quand il le juge nécessaire, puisse donner ses conseils, et même prodiguer ses soins sans demander d'honoraires et simplement pour honorer lui-même en autrui l'image du Christ souffrant.

Mais voici que les complexités des investigations médicales ont modifié radicalement les conditions d'installation technique du médecin, accru démesurément ses frais généraux d'appareillage, transformé son art, tout de conseil et de prudence, en une entreprise industrielle au petit pied (1).

Alors le problème du budget à équilibrer est devenu plus angoissant chez le médecin lui aussi.

Comme, parallèlement, il voyait un très grand nombre de ses clients possibles lui échapper, et aller demander des conseils et des soins gratuits au dispensaire, à l'hôpital, il s'est senti menacé.

Il faut dire, parce que cela est vrai, que le législateur qui édifiait l'ensemble des lois destinées à faciliter pour la grande masse des citoyens les soins de leur santé, songeait peu que c'était bien souvent avec la bourse du médecin que l'Etat faisait la charité.

Il a fallu que le médecin défende ses droits, cette défense a été assurée par les Syndicats médicaux avec beaucoup de zèle ; le grand public lui-même sait quelle part active les Syndicats ont prise à l'élaboration de la loi sur les Assurances sociales et obtenu que soient fixés des taux d'honoraires méritant ce nom.

---

(1) Voir *Concours médical* des 17 août, 14 septembre et 5 octobre.

(2) Cf. Okinczyc. — « Humanisme et Médecine ». Paris, Labergerie, 1936.

(1) Cf. R. Biot. — « L'évolution des mœurs médicales au regard de la morale chrétienne ». In *La Vie intellectuelle,* 25 novembre et 10 décembre 1936.

Et les Syndicats ont mené cette défense des intérêts matériels du praticien contre tout ce qui les menaçait, contre tout ce qui aurait avili les prix... voici le mot lâché, voici révélé par le mot la tendance. On risque — qu'on veuille bien peser le mot : je dis on risque — d'aboutir à voir dans le malade possible un client éventuel, un payeur souhaitable et, au lieu que ce soient les médecins qui vouent leur vie au service des malades, la clientèle deviendrait une marchandise dont on suppute la valeur, que l'on ne veut pas laisser déprécier.

Dans une conception étroitement mercantile de la médecine, — je dis bien étroitement — le praticien charitable et riche qui aurait le moyen de donner son temps et sa science au soin des malades, de les donner, pour rien, n'est pas un héros de dévouement, c'est un concurrent déloyal contre lequel il faut prononcer des exclusions.

Guettée par un Etat qui semble souvent tendre à la fonctionnarisation des médecins ou en tout cas qui établit des barèmes d'honoraires et suspecte d'autre part à ses collègues, la liberté de désintéressement du médecin risque de passer par une crise.

Je ne prends pas ici, nul n'en doute, la défense du médecin rabaisien, j'ausculte le Corps médical, et je vois s'insinuer en lui une tendance à considérer la clientèle comme un fonds de commerce... Je vois des exclusions confraternelles (?) aller jusqu'à l'interdiction de rencontrer en consultation la « brebis galeuse »... Et j'ai peur que, en poussant les choses à l'extrême on arrive à des cas dramatiques où ces peines d s-ciplinaires priveraient le malade de soins nécessaires et où ce serait la santé du patient qui serait compromise.

Et je ne puis pas ne pas dire que si les organisations professionnelles venaient à une telle conception de la défense des droits du porte-monnaie des médecins, c'est qu'elles auraient oublié totalement que notre vocation est en son essence un service, un office ; et même s'il le fallait — (et ne le faut-il pas tous les jours ?) un sacrifice.

Le problème est d'ailleurs infiniment complexe.

L'Etat soucieux du bien commun interdit à quiconque n'est pas médecin ou à qui n'a pas le diplôme officiel d'auxiliaires de médecin le droit de faire acte médical. Et c'est sagesse. Mais pour peu que l'on s'avance plus loin sur la voie où l'on est engagé, on va en arriver à refuser à quiconque n'est pas infirmier ou infirmière le droit de rendre visite à son voisin malade.

N'écoutons pas les humoristes qui font croire aux mères de famille que l'Etat va leur interdire demain de prendre la température de leur enfant malade. Mais retenons que le mouvement si naturel à l'homme et spécialement au chrétien de panser le blessé tombé sur le chemin de Jérusalem à Jéricho, est de moins en moins licite.

Que l'accidenté que vous avez secouru, à qui vous avez donné les premiers soins d'urgence que dicte le bon sens, ait des complications ultérieures, je ne suis pas sûr qu'il ne trouvera pas un conseiller qui l'engage à vous intenter une demande en dommages.

Ne dit-on pas que l'automobiliste qui voit sur la route, abandonnée, la victime d'un écrasement causé par une voiture qui l'a précédé, risque les pires ennuis s'il s'arrête, s'il fait œuvre de charité. Il n'est pas dit qu'on ne le tiendra pas pour le responsable de l'accident.

Tout ne serait pas parfait dans une société où l'acte de charité ne serait possible que s'il s'accomplissait dans un cadre légalement prévu et fixé.

(A suivre). **Dr René Biot.**

CHOSES D'AMÉRIQUE

La Gérontoiatrie

C'est, paraît-il, une spécialité médicale nouvelle qui commence à faire florès en Amérique du Nord. Par gérontoiâtrie (le mot n'est pas très euphonique), on désigne le médecin qui soigne exclusivement les vieillards et fait usage de ses connaissances générales pour identifier leurs réactions particulières aux agents morbides et mieux connaître la pathologie spéciale du grand âge.

Cette spécialité nouvelle est née du fait que la durée moyenne de la vie augmentant, la proportion des vieillards croît dans la population.

Un autre symptôme de ce fait démographique et des préoccupations qu'il suscite, c'est le grand nombre de publications qui sont actuellement consacrées à la pathologie de la vieillesse.

La population des Etats-Unis

Suivant les résultats préliminaires du dernier recensement, la population des Etats-Unis, au début d'avril 1940, était de 131.409.881 habitants, contre 122.775.046 en 1930.

Soit un accroissement de 7 % ; il avait été de 16.1 pour 100 de 1920 à 1930.

C'est une proportion moins de moitié moindre de ce qui avait été enregistré depuis 1790, date du premier recensement. Et ce phénomène est dû tant à la dénatalité qu'à l'arrêt presque complet de l'immigration.

(*Medicina Espanola*, mai 1941).

ACCIDENTS DU TRAVAIL

LA QUESTION DES RADIOSCOPIES POUR RÉDUCTION DE FRACTURES

Par le Docteur Fernand DECOURT

Dans le Tarif de 1938 (comme dans celui de 1933) on pouvait lire : ART. 27. *Examens radioscopiques divers* : *a*) Pour intervention, réduction de fracture, repérage de corps étrangers, injection de substance opaque ou gazeuse : 200 fr. ». Par contre, dans le Tarif de 1939 (le seul en cours actuellement), on lit *ibidem* : « *a*) Pour repérage de corps étrangers, injection de substance opaque ou gazeuse : 200 francs ». De la comparaison de ces deux textes successifs, on voit qu'il n'y a plus, dans le dernier tarif, de prix indiqué « pour intervention ou réduction de fracture ». Et si le chirurgien éprouve le sentiment qu'une *radioscopie* est indispensable dans un cas quelconque de fracture, il ne peut la faire qu'à titre *gratuit*, en payant de sa poche les frais causés. Et cela est indéniable puisque, d'une part, le Tiers-payant (patron ou assureur substitué) n'a qu'à se retrancher derrière son Tarif de responsabilité » mais ne rien payer — et que, d'autre part, le chirurgien ne peut même pas se retourner vers le blessé d'après les termes de la Loi du 1er juillet 1938 où il est dit, art. 5 : « ... Le chef d'entreprise est SEUL tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, etc... ».

Lorsque cette modification de texte fut décidée à la Commission du Tarif, ce fut à la suite de la constatation d'une série d'*abus* qui nous fut présentée et impressionna évidemment la plupart des membres de la Commission. Mais s'il y eut des abus, il est regrettable évidemment que — là encore — « les bons paient pour... *les autres* » parmi lesquels il convient de placer non seulement le chirurgien, mais aussi le blessé qui est, après tout, le principal intéressé à ce que la fracture soit l'objet d'une réduction et d'une contention impeccables, *qualités contrôlables pendant l'appareillage même*, alors que les progrès de la science en donnent maintenant la possibilité.

Que faire alors ? C'est une question que je me suis déjà posée plusieurs fois depuis la modification ci-dessus rappelée... Personnellement, j'opinerais pour le retour au *statu quo ante* et pour le faciliter, je pense qu'on pourrait établir une tarification moins élevée que celle précédente de 200 francs, alors qu'il s'agit de simples radioscopies, comparables, en somme, au « *coup d'écran* » qu'emploient couramment les phtisiologues...

***

Or, voici que précisément je viens de recevoir du Docteur GEISZ, chirurgien de l'Hôpital de Pont-Audemer, une lettre dans laquelle il me rapporte une judicieuse réponse qu'il a cru devoir faire à un directeur d'assurances.

La question y est nettement posée sous ses diverses faces. Je me fais donc un devoir de mettre ces explications sous les yeux de nos confrères du *Concours*.

« .... en matière de fractures, les radiographies, si nombreuses soient-elles, permettent seulement de voir, *avec beaucoup de retard*, le travail fait à l'aveuglette.

Par contre, la radioscopie au cours de la réduction permet — et permet seule — de suivre « *de visu* » sur les fragments osseux, l'effet des forces réductrices, d'en modifier au mieux, jusqu'à réduction, le point d'application et la direction, de vérifier sans déplacement du blessé, le maintien de la réduction pendant et après l'application de l'appareil plâtré.

La radioscopie permet de voir ce que l'on fait, pendant qu'on le fait, pour le plus grand bien du blessé — et ce n'est pas une raison parce qu'il est « du travail » pour qu'un accidenté soit privé d'un procédé d'investigation, utilisé journellement en pratique courante, procédé irremplaçable....... et c'est légitimement que le chirurgien qui a cru devoir l'utiliser réclame les honoraires qui lui sont dus pour cet examen qui, s'il ne figure pas au tarif, n'est pas non plus prohibé.

« Toutes les dépenses nécessitées par le traitement de la victime d'un accident du travail doivent demeurer à la charge du chef d'entreprise, et il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant *lorsqu'elles ne sont pas prévues au tarif* établi par les arrêtés ministériels. Cass. 6 mai 1911 ».

Faute donc pour vous, de me payer en plus des honoraires qui me sont dus pour la réduction de la fracture, ceux que je réclame pour l'examen radioscopique grâce auquel j'ai pu obtenir rapidement et sans fausse manœuvre une excellente réduction, dont vous êtes directement bénéficiaire, je soumettrai notre différend à la juridiction compétente et « le juge du fond fixera souverainement le montant » de ce qui m'est dû pour un acte médical non abusif, réel, classique, utile, irremplaçable, mais imprévu au tarif.

Agréez, etc... SIGNÉ : Dr Pierre GEISZ.

***

N'était-il pas aussi intéressant qu'utile de publier cette lettre aux arguments véritablement troublants ?...

Il apparaît évident qu'il y a là quelque chose

à modifier et que cette « carence » du Droit, pour le chirurgien, à s'entourer de tous moyens d'investigation qu'il désire, ne saurait se perpétuer.

Abus ? Nombreux abus ?... D'abord, il faudrait bien établir qu'ils sont vraiment « nombreux ». Mais, soit ! Supposons-le. Est-ce une raison pour que les blessés du travail ne puissent profiter comme tous autres blessés — des progrès journaliers de la science ?

Je connais à l'avance la réponse de mes collègues, patronaux ou assureurs, de la Commission du Tarif : « Ne rien, absolument rien négliger pour que leurs blessés soient soignés au mieux ».

Que soit donc, à nouveau, tarifée dorénavant la « *radioscopie pour fracture* », mais, si l'on veut, avec un « *calque* » à remettre au Tiers-payant et suivant une tarification qui serait non plus celle fixée uniformément à 200 francs mais qui pourrait être *variable*, suivant l'importance technique de la fracture, et, par exemple, pourrait être celle de la *radiographie* de la même région minorée de 50 %.

C'est là une simple suggestion personnelle, dans mon désir de faire aboutir une modification au tarif qui me paraît s'imposer. Et qu'il me soit permis, en terminant, de demander que les *chirurgiens traitants* des accidentés du travail ainsi que les *chirurgiens conseils* des patrons et assureurs, veuillent bien, à leur tour, apporter leurs suggestions personnelles.

Dr Fernand DECOURT.

LE RISQUE TUBERCULEUX CHEZ L'INDIVIDU, DANS LA FAMILLE ET DANS LA SOCIÉTÉ

Ces considérations sur l'aspect social et économique de la tuberculose en fonction de l'habitation et de la profession (1) ont pour but de déterminer le but à atteindre dans la lutte contre la tuberculose et faire le point de la situation.

E. Burnet a dit que la statistique était la pierre de touche de la lutte antituberculeuse. Voici donc l'étude statistique du risque tuberculeux au point de vue individuel, familial et collectif.

Vers le début du siècle, 220 décès pour 100.000 habitants étaient annuellement attribuables à la tuberculose ; de 20 à 40 ans, stade de la plus grande activité professionnelle, elle était responsable de la moitié des décès. Après avoir fait un saut jusqu'à 270 en 1917 et 280 en 1918 (incidence de la guerre), cette proportion est peu à peu tombée et aujourd'hui 50.000 existences échappent chaque année à la mort qui les aurait fauchées il y a 20 ans. Ce sont les enfants et les adultes de moins de 40 ans qui ont le plus bénéficié de cette victoire.

La femme est plus vulnérable à l'âge de la puberté et de la maternité (de 10 à 25 ans), l'homme de 35 à 55 ans.

Les ruraux atteints meurent plus vite que les citadins.

La densité de la population d'un centre urbain ne confère pas obligatoirement une plus grande fréquence à la tuberculose, bien qu'elle ait tendance à favoriser son apparition ; le facteur le plus efficient est d'ordre économique ; là où le paupérisme est le plus marqué, les coefficients de mortalité sont inéluctablement les plus élevés.

Parmi les jeunes gens de 20 ans, les étudiants sont les plus sévèrement atteints, cinq fois plus que les ouvriers d'usines, quatre fois plus que les cultivateurs.

Si l'on considère le taux de mortalité relativement à la profession, recherches qui ont surtout été faites en Angleterre, on vérifie une fois de plus que la tuberculose est une maladie de la misère, ce taux s'élevant au fur et à mesure que s'abaisse le niveau de vie.

Les fonctionnaires ont, jusqu'à 55 ans, la plus faible mortalité générale ; viennent ensuite les professeurs (sauf ceux de musique), les cultivateurs, les ingénieurs, les juges et avocats, les médecins, chirurgiens et dentistes. Ainsi parmi ces classes privilégiés, le Corps médical est, *en mortalité générale*, le plus touché jusqu'à 65 ans.

Par contre, en ce qui concerne la tuberculose les médecins jouissent d'une situation favorable : leur taux de mortalité par tuberculose est très proche du tiers des indices établis pour les hommes de 25 à 44 ans et de la moitié des indices de 45 à 64 ans.

Comprenne qui pourra ; il semble pourtant, si la tuberculose est vraiment contagieuse, que les médecins devraient être contagionnés plus que quiconque.

Seuls les fonctionnaires ont un taux de mortalité tuberculeuse inférieur à celui des médecins et qui confirme leur faible taux de mortalité générale. Il faut voir vraisemblablement dans ce privilège la conséquence heureuse de la sécurité et du travail peu astreignant dont jouissent les fonctionnaires.

Pour 100 décès par tuberculose de médecins, chirurgiens et dentistes, il s'en produit 168 chez les distillateurs, 245 chez les ouvriers non spécialisés, 278 chez les ouvriers en chaussures, 353 chez les dockers et, records peu enviables, 538 chez les tenanciers de bars.

G. L.

(1) *Bulletin de documentation de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Région parisienne*, 1er juin 1941. Marcel Moine.

QUELQUES RÉFLEXIONS RELATIVES AU CODE DE DÉONTOLOGIE

L'Ordre des médecins vient de publier un Code de Déontologie.

Nous nous garderons bien de le critiquer et cela pour deux raisons. C'est défendu et il nous paraît concorder avec les nécessités actuelles.

Nous devrons connaître notre métier et les bornes de notre compétence. Nous serons corrects et dignes. Nous proportionnerons le nombre de nos interventions et leur nature à la gravité de la maladie. Nos honoraires seront en rapport avec la situation du malade et avec le service rendu.

Nous refuserons tout profit plus ou moins dissimulé ou ne se rapportant pas à des actes auxquels nous n'aurons pas contribué personnellement. Si plusieurs d'entre nous ont collaboré, soit à l'établissement d'un diagnostic, soit à un traitement, la part de chacun sera proportionnelle à l'emploi tenu.

Nos prescriptions ne seront guidées par aucun intérêt personnel et nous refuserons tout concours à l'exercice illégal.

Il semble que la grande majorité d'entre nous n'ait pas attendu ces invitations pour se conformer à leur esprit, mais que, pour d'autres, les pratiques défendues soient nées de motifs que le Code laisse dans l'ombre.

Il semble également que, si l'on charge toujours l'un des plateaux d'une balance, on ne peut prévoir qu'une rupture d'équilibre.

C'est pourquoi, beaucoup verraient avec plaisir, la création d'un « Ordre des malades » leur fixant les règles de probité qui seraient la contre partie de ce qu'à juste titre, on exige des médecins.

Ne citons que pour mémoire les cas trop nombreux où les payeurs de mauvaise foi obtiennent des Tribunaux des réductions souvent injustifiées, mais précisons que si l'on veut un médecin exerçant son art avec dignité, il faut qu'il ait les moyens d'être digne. Aussi, le Conseil de l'Ordre ne nous fera pas trop attendre, espérons-le, une règlementation de ce qu'on pourrait appeler l'exercice abusif de la clientèle médicale.

Nous ne pouvons prétendre qu'à ce qui nous est légitimement dû, mais, par contre, nous devons pouvoir compter sur tout ce à quoi nous avons droit.

Quand nous aurons prêté le serment auquel nous serons astreints, nous serons tous des médecins assermentés et les privilèges dont quelques-uns ont bénéficié à ce titre jusqu'à présent devraient être abrogés.

Il semble aussi que nous ayons le droit de voir disparaître les abus qui se commettent quotidiennement sous le couvert des Hôpitaux, des Dispensaires, des Offices et d'autres Institutions analogues.

Il est bien entendu que les malades privés de ressources doivent être soignés gratuitement et que les « économiquement faibles » ne doivent payer qu'en proportion de leurs moyens. Nous voudrions même que tout médecin puisse avoir l'honneur de consacrer gratuitement une partie de son temps aux soins à donner aux indigents.

Par contre, si le médecin ne peut éluder l'obligation d'être le client du boulanger, de l'épicier ou du boucher, il ne faudrait pas que ces mêmes commerçants et toutes les personnes dont les revenus permettent le paiement d'honoraires, aient la possibilité de frustrer le médecin de ses moyens d'existence.

Nous espérons donc que l'Ordre des médecins réglementera le fonctionnement des organismes où le premier venu peut être examiné ou traité soit gratuitement, soit moyennant une somme qui n'a de rapport ni avec le service rendu, ni avec la notoriété de celui qui le rend, ni avec les ressources réelles du malade.

Ces derniers points sont les bases déontologiques et pratiques de l'exercice de la profession médicale et les facteurs de la dignité des médecins. Si les règlements qu'ils appellent ne sont pas publiés et observés, l'équilibre de la profession médicale ne sera jamais qu'une façade et, malgré tous les édits, le médecin ne pouvant trouver ses moyens d'existence là où il est en droit de les chercher, sera tenté de les prendre là où il les trouvera.

Les pauvres sont assez nombreux, hélas, pour permettre aux étudiants de s'instruire ; c'est la raison pour laquelle les hôpitaux ne doivent pas être encombrés des gens qui n'y sont pas à leur place et dont la présence nuit aux véritables ayant droit et aux Finances publiques.

On ne se contente pas d'admettre tout le monde, on fait de la publicité. Cette réclame est gratuite pour beaucoup, elle est onéreuse pour d'autres, elle est productive pour tous. Pendant que la presse vante à tort et à travers les vertus des « guérit tout », les portes des hôpitaux comme les vespasiennes sont ornées de panneaux tentateurs.

Tandis que des organismes de soins à vil prix grèvent le budget de l'Etat, le médecin ne peut se soustraire à des impôts dont une partie sert à faire fonctionner des établissements qui nous privent des ressources auxquelles notre diplôme nous donne droit.

Que diraient les boulangers (dispensateurs

d'une denrée de première nécessité, tout comme les médecins) si on les obligeait à subir une taxe destinée à distribuer gratuitement ou presque, à une clientèle susceptible de payer au prix normal, du pain fabriqué *hors* de leurs fournils ?

Ce qu'on exige de nous est cependant analogue.

Sans parler des resquilleurs professionnels, nous connaissons tous de multiples exemples de cas où des malades qui n'y songeaient pas ont été drainés vers des organismes de soins à prix réduits. L'abus est d'autant plus criant que certains de ces établissement ne peuvent étaler leur statistique qu'en recrutant le tout venant par tous les moyens et que d'autres font double emploi avec les hôpitaux et dispensaires d'utilité publique.

Afin qu'il n'y ait aucune confusion, nous tenons à rendre hommage aux Maîtres des hôpitaux dont beaucoup, semble-t-il, déplorent cette situation.

Nous perdrions notre temps à gémir davantage et à prêcher des convaincus. Essayons plutôt de suggérer un projet de règlement, fort imparfait certes, mais qui serait peut être cent fois préférable aux demi-mesures actuelles, surtout s'il était appliqué avec le tact et la modération toujours nécessaires, mais avec la ferme autorité sans laquelle il ne peut y avoir aucun équilibre dans l'Ordre social.

ART. 1er. — Les hôpitaux, dispensaires, offices et autres établissements analogues destinées à l'examen et au traitement des malades sont réservés aux personnes dépourvues de ressources.

ART. 2. — Nul ne peut y être examiné ou traité en dehors de l'une des conditions suivantes :

a) Urgence absolue et imprévisible (cas assimilables à un accident). Dès que le traitement d'urgence aura été dispensé et dès que le malade sera transportable, il recevra une fiche d'observation et sera prié de s'adresser au médecin de son choix à moins qu'il ne satisfasse à l'une des autres conditions ;

b) Après enquête concluant à l'indigence ou à un état pratiquement voisin de l'indigence. Cette enquête portera sur le domicile *réel*, le genre de vie de l'intéressé, sur ses ressources, sur ses charges de famille et sur tous points susceptibles d'établir ses capacités de paiement.

Les auteurs de faux renseignements destinés à faciliter une admission frauduleuse, seront, de même que les bénéficiaires, poursuivis pour faux témoignage et seront civilement et solidairement responsables ;

c) Après demande écrite du médecin traitant spécifiant :

a Les symptômes observés ;

b) L'impossibilité *apparente* pour l'intéressé de faire face aux frais à prévoir pour la précision du diagnostic ou pour la durée probable du traitement.

Dans ce cas, le malade devra quitter l'établissement dès que le résultat de l'hospitalisation aura été atteint.

La situation pécuniaire du malade sera soumise à enquête comme dans le cas précédent.

Au cas où les enquêtes auraient conclu à la possibilité pour le malade d'atteindre les buts visés autrement que par un établissement hospitalier, il serait mis dans l'obligation de payer, en plus des frais hospitaliers, des honoraires pour soins reçus suivant un tarif établi par l'Ordre départemental des médecins et cela au bénéfice d'une œuvre médicale à désigner par celui-ci.

ART. 3. — Tout médecin collaborant à des organismes de soins ne se conformant pas aux règles spécifiées à l'article 2, sera rayé du tableau de l'Ordre des médecins pour un délai qui ne sera jamais inférieur à deux ans.

ART. 4. — Les Etablissements privés ne recevant aucune subvention budgétaire devront se conformer aux mêmes règles que les Etablissements publics. S'ils ne les observaient pas, les médecins qui leur seraient attachés seraient passibles de la peine stipulée à l'article 3.

Un recensement des Etablissements pratiquant des examens de malades ou des traitements, soit gratuitement, soit moyennant une rétribution inférieure aux tarifs de clientèle courante, homologués par l'Ordre départemental des médecins, sera effectué dans les trois mois qui suivront le premier semestre d'application des présentes dispositions.

Tous ceux dont les services rendus n'auraient pas été en rapport avec les dépenses qu'ils occasionnent aux collectivités (valeur locative, amortissement du matériel et évaluation d'impôts compris) seront supprimés, de même que ceux qui font double emploi.

Les Etablissements privés seront en règle avec les présentes dispositions s'ils se conforment aux principes fixés pour les organismes officiels ou s'ils font rétribuer leurs soins suivant le tarif fixé par l'Ordre départemental des médecins.

ART. 5. — Les différentes vaccinations et autres mesures prophylactiques obligatoires contre les affections transmissibles pourront être pratiquées gratuitement pour tous les assujettis dans les Etablissements désignés à cet effet. Elles n'y seront jamais l'occasion de thérapeutiques dans les formes interdites aux articles précédents.

Les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre pourront pratiquer toutes les vaccinations et prescrire toutes les mesures prophylactiques obligatoires ou facultatives et délivrer tous certifi-

cats afférents suivant leur tarif d'honoraires habituel.

Art. 6. — Toutes les publicités, toutes les communications relatives à l'examen ou au traitement des malades sont interdites à moins qu'elles ne soient adressées personnellement à des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre.

Art. 7. — Les Etablissements chargés du dépistage des fléaux sociaux ne pourront en effectuer le traitement que suivant les règles fixées aux précédents articles, le § 1 de l'article 3 pourra être applicable.

Les malades qui ne seraient pas susceptibles d'être traités dans des Etablissements ou dans des formations hospitalières seront confiés au médecin de leur choix qui aura le devoir de prescrire les mesures de prophylaxie nécessaires et d'en surveiller l'exécution et de rendre compte aux services de lutte contre ces fléaux. Il agira de concert avec les agents de ces services qui n'auront qu'une mission d'exécution.

En cas de carence du médecin traitant, celui-ci sera passible de sanctions prises par le Conseil de l'Ordre par analogie avec les fautes lourdes.

Si la faute incombe au malade, celui-ci pourra être placé à ses frais dans l'un des Etablissements désignés à cet effet où il pourra continuer à recevoir les soins du médecin de son choix.

Art. 8. — Toute infraction aux dispositions ci-dessus sera assimilée suivant le cas, soit au délit d'exercice illégal de la médecine, soit à celui de coups et blessures par imprudence.

Art. 9. — Les dispositions conférant certains droits et privilèges aux médecins assermentés sont abrogées.

Tout médecin inscrit au Tableau de l'Ordre et ayant prêté le serment exigé par le Conseil de l'Ordre est habilité pour délivrer tous certificats d'ordre public.

Tout certificat ne sera valable que s'il indique les motifs servant de bases aux conclusions.

Tout certificat délivré frauduleusement ou dont les conclusions ne seraient pas en rapport avec les faits constatés réellement pourra motiver, pour son auteur, la radiation du Tableau de l'Ordre, soit à temps, soit à perpétuité.

Les certificats établis par les médecins praticiens ne seront jamais envoyés directement aux autorités, mais ils seront remis aux intéressés qui en authentifieront la délivrance par l'apposition de leur signature sur l'original et sur le double conservé par le médecin.

Les intéressés feront des certificats l'usage qu'ils jugeront utile.

Dans le libellé des certificats, les expressions habituellement connues des seuls médecins et ne figurant pas dans les dictionnaires usuels, mais ne prêtant pas à équivoque pourront être employées.

G. Julien.

DOCUMENTATION PRATIQUE

OBLIGATIONS DES MÉDECINS CHARGÉS DES VACCINATIONS ANTIDIPHTÉRIQUE, ANTITÉTANIQUE, ANTITYPHOPARATYPHOIDIQUE

1° Arrêté ministériel du 10 septembre 1941

TITRE Ier

Dispositions générales

Art. 1er. — La distribution des vaccins aux médecins vaccinateurs prévus par le décret du 20 août 1941 est assurée dans chaque département par le service des vaccinations. Le chef du service inscrit sur un registre les numéros d'ordre des ampoules distribuées à chaque médecin, leur nombre et la date de leur remise.

Art. 2. — Les mineurs ou adultes à vacciner sont l'objet d'un examen médical préalable pratiqué immédiatement avant la séance, soit par le médecin vaccinateur, soit par un médecin désigné à cet effet par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé. Sauf le cas prévu à l'article 10 du décret du 20 août 1941, ils peuvent être dispensés de cet examen, s'ils sont porteurs d'un certificat médical datant de moins de quarante-huit heures, concluant ou non à l'aptitude de la vaccination.

Art. 3. — Si l'examen médical mentionné à l'article 2 conclut à l'inaptitude à la vaccination, le certificat médical précisera le caractère définitif ou temporaire de la contre-indication et, dans ce dernier cas, la durée de celle-ci, qui ne devra pas dépasser un an.

Les sujets pour qui la vaccination aura été différée feront l'objet de séances spéciales de vaccination, à moins qu'une séance ordinaire ne se tienne avant la fin de l'année dans la commune intéressée.

Art. 4. — Le séances de vaccination collectives doivent être tenues dans des locaux propres, suffisamment spacieux, bien éclairés, bien aérés, convenablement chauffés et ne recevant habituellement que des personnes saines ; ces locaux ne doivent pas être encombrés. Leur surveillance appartient aux médecins inspecteurs ou médecins inspecteurs adjoints de la Santé et aux médecins vaccinateurs.

Art. 5. — Il est recommandé en général de prati-

quer les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse. Mais quel que soit le lieu de l'injection, celle-ci doit être considérée comme une intervention à pratiquer avec des précautions rigoureuses d'asepsie chirurgicale.

Art. 6. — Lorsque des accidents viennent à se produire au cours ou à la suite des vaccinations, le médecin vaccinateur en informe immédiatement le chef du service des vaccinations qui en rend compte d'urgence au directeur régional.

Art. 7. — A la fin de la série des injections vaccinales, la nature du vaccin, les doses et les dates des injections pratiquées seront mentionnées sur le carnet de vaccination prévu à l'article 8 du décret du 20 août 1941 ou sur le carnet de santé individuel.

Art. 8. — En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 20 août 1941, soit par le présent arrêté, les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le comité consultatif d'hygiène de France. Lesdites instructions sont remises à chacun de ces médecins par les soins de l'administration.

TITRE II

Dispositions spéciales

1° *Vaccination antidiphtérique-antitétanique*
(Loi du 24 novembre 1940)

Art. 9. — La vaccination antidiphtérique-antitétanique est pratiquée à l'aide d'un mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique. L'une et l'autre doivent avoir une valeur immunisante d'au moins trente unités anatoxiques par centimètre cube, pour la première, et d'au moins vingt unités pour la seconde ; elles auront été contrôlées notamment au point de vue de leur pureté, de leur innocuité, de leur teneur en unités anatoxiques et de leur stabilité par les laboratoires de contrôle du secrétariat général de la Santé et de l'Académie de médecine.

La vaccination comporte une série de trois injections sous-cutanées, espacées de quinze jours, et une injection dite de rappel qui est faite au cours de la troisième année qui suit la première série.

Art. 10. — Les listes des assujettis annuels à la vaccination antidiphtérique et antitétanique sont établies par le maire suivant des modèles, l'un servant à la série des trois premières injections, et l'autre à l'injection de rappel.

La liste du premier modèle comprend les noms des enfants ayant au moins un an et au plus trois ans à la date du 15 mars et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu les trois premières injections.

La liste du deuxième modèle comprend les noms des enfants ayant au moins 5 ans et au plus 6 ans à la date du 15 mars et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu l'injection de rappel.

Art. 11. — Un enfant n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série des trois premières injections et l'injection de rappel. Cependant l'admission dans une collectivité d'enfants ne peut être refusée à l'enfant qui, ayant été soumis à la première série d'injections ne se trouve pas dans les limites d'âge fixées par les articles 9 et 13 pour recevoir l'injection de rappel.

Art. 12. — En cas de menace d'épidémie de diphtérie, une nouvelle injection de vaccin antidiphtérique-antitétanique pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral, sur proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Art. 13. — A titre transitoire, pendant l'année 1942, les enfants ayant atteint au cours de cette année un âge compris entre un an et quatorze ans recevront la série des trois premières injections prévues à l'article 9. Ils subiront l'injection de rappel un an après les premières injections, sauf ceux de moins de cinq ans qui y seront soumis ultérieurement au cours de leur sixième année.

2° *Vaccination antityphoparatyphoïdique*
(Loi du 25 novembre 1940, art. 2)

Art. 14. — La vaccination antityphoparatyphoïdique est pratiquée à l'aide d'un des vaccins T. A. B dont la préparation et la mise en vente ont été autorisées dans les conditions de la loi du 14 juin 1934.

Elle comporte une série d'injections dont le nombre variable suivant le vaccin employé est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin. Les injections se suivront à intervalles de sept à dix jours.

Art. 15. — Les listes des assujettis à la vaccination antityphoparatyphoïdique comprennent les noms des personnes domiciliées dans la commune intéressée ou y résidant, qui sont âgées de dix ans au moins et de trente ans au plus à la date d'établissement des listes.

Art. 16. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales. Les dates et les doses des injections ainsi que la nature du vaccin sont mentionnées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé individuel.

Art. 17. — En cas d'épidémie d'affections typhoïdiques une injection de rappel pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral pris sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

3° *Vaccination triple associée*
(Loi du 24 novembre 1940, art. 3)

Art. 18. — La vaccination associée antidiphtérique-antitétanique-antityphoparatyphoïdique ou vaccination triple associée consiste à vacciner à la fois contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques au moyen d'un mélange, en proportions convenables, d'anatoxine diphtérique, d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoparatyphoïdique.

La vaccination triple associée, comporte pour les sujets qui y sont légalement assujettis une série d'injections dont le nombre, variable suivant le vaccin employé, est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin ; les injections sont pratiquées à intervalles de quinze à vingt et un jours.

Art. 19. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales, attestée par l'inscription, sur le carnet de vaccination, des dates et des doses des injections ainsi que de la nature du vaccin.

2° Instructions annexes

Les vaccinations prescrites par les lois des 24 et 25 novembre 1940 (vaccination antidiphtérique et antitétanique, vaccination antityphoparatyphoïdique, vaccinations antidiphtérique, antitétanique et

antityphoparatyphoïdique associées ou vaccination triple associée) étant toutes des vaccinations par injections, utilisant une technique générale qui leur est commune et des techniques spéciales qui leur sont propres.

I. — TECHNIQUE GÉNÉRALE

Elle comporte des indications concernant :

a) Les vaccins ;
b) Les sujets à vacciner ;
c) La pratique générale des vaccinations ;
d) Les suites de la vaccination.

a) *Vaccins*

Les vaccins sont délivrés en ampoules de un centimètre cube à deux centimètres cubes (par boîtes de 2 ou 3) pour vaccinations individuelles, et en ampoules de 10 centimètres cubes et 20 centimètres cubes pour vaccina ions collectives (par boîtes de 10). L'étiquette de chaque boîte porte un numéro d'ordre correspondant à la série de préparation et une date limite extrême d'utilisation. Pour les vaccins de l'Institut Pasteur, le numéro de série figure également sur une étiquette collée au fond de l'ampoule. Ce numéro doit être noté au moment de la distribution du vaccin et de son utilisation.

Les vaccins doivent être conservés à l'abri de la lumière et de la chaleur. Avant de les utiliser, le médecin vaccinateur doit s'assurer de l'intégrité de l'ampoule. Toute ampoule fissurée doit être rejetée. Toute ampoule ouverte doit être utilisée sans délai.

b) *Sujets à vacciner*

La vaccination peut créer des réactions. Aussi un examen médical préalable doit-il être pratiqué. Il sera effectué, soit immédiatement avant la vaccination, soit dans les quarante-huit heures qui la précèdent, par le médecin de famille ou un médecin désigné à cet effet par le Préfet, sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Cet examen détaillé doit obligatoirement comporter une analyse d'urines (recherche d'albumine et de glycose, éventuellement d'urobiline et de sels biliaires). Cette analyse sera renouvelée avant chaque nouvelle injection.

Cet examen permettra de poser les contre-indications possibles à la vaccination : elles sont temporaires ou définitives.

Les contre-indications *temporaires* font ajourner la vaccination ; leur durée, qui ne peut excéder un an, doit être mentionnée. Elles s'appliquent aux convalescents d'affection aiguë récente, aux sujets fébriles ou présentant une maladie aiguë, aux porteurs de pyodermites ou d'eczéma, et aux femmes en période menstruelle.

Les contre-indications *permanentes* éliminent définitivement de la vaccination les sujets atteints de troubles fonctionnels ou de maladies chroniques de l'appareil respiratoire (tbuerculose pulmonaire, bronchite chronique, asthme) ; de l'appareil circulatoire (endocardite chronique, myocardite, hypertension) ; de l'appareil rénal (albuminurie, néphrite subaiguë ou chronique) ; de l'appareil digestif (cirrhose, hépatite chronique, subictère, lithiase biliaire) ; de l'appareil endocrinien (diabète, maladie de Basedow, etc.) ou de toutes maladies organiques graves, tels que le cancer et la syphilis en évolution.

La contre-indication doit être attestée par le médecin qui a pratiqué l'examen et qui signe un certificat concluant à son caractère temporaire ou permanent. Ce certificat devra être présenté par l'intéressé ou son représentant à la séance de vaccination, à moins qu'il n'ait été remis à la mairie avant la séance.

La veille de la vaccination, le sujet à vacciner sera mis au repos et soumis à une alimentation légère, surtout au repas du soir.

c) *Pratique des vaccinations*

1° Dispositions techniques

Matériel. — Les injections vaccinales doivent être pratiquées avec une asepsie rigoureuse. Seringues et aiguilles seront soigneusement stérilisées, soit par ébullition prolongée pendant dix minutes dans une solution de borate de soude à 2 p. 100, soit à sec.

Les seringues utilisées seront de préférence des seringues de 2 à 3 centimètres cubes ; l'emploi de seringues de 10 centimètres cubes et de 20 centimètres cubes est interdit.

Les aiguilles seront courtes ; un jeu assez important sera prévu, en calculant sur la base d'une aiguille pour quatre sujets.

Seringues et aiguilles seront, après stérilisation, placées dans l'alcool à 90 degrés pendant la séance. Les aiguilles seront changées pour chaque sujet et fixées à la seringue uniquement à l'aide d'une pince stérile. Toute aiguille utilisée est placée dans l'alcool à 90 degrés, où elle doit séjourner cinq minutes au minimum avant d'être utilisée à nouveau.

Technique. — 1° Badigeonner avec de la teinture d'iode l'ampoule de vaccin au niveau de son col ; briser celui-ci en traçant un trait de lime et en donnant un coup sec sur l'extrémité effilée à l'aide de ciseaux ou d'une clef ;

2° Placer l'ampoule sur un support ;

3° Aspirer directement le vaccin à l'aide de la seringue montée avec de strictes précautions d'asepsie. Il est interdit de verser le contenu de l'ampoule dans un autre récipient (verre de montre ou récipient à large ouverture) ;

4° Le lieu classique de l'injection est la région externe de la fosse sous-épineuse ou encore la région qui avoisine le bord externe de l'omoplate. L'asepsie de la peau sera assurée par une couche de teinture d'iode appliquée quelques minutes avant l'injection ;

5° Le sujet sera vacciné *assis*. Enfoncer l'aiguille de 2 centimètres environ en s'assurant par sa mobilité qu'elle a dépassé le derme et qu'elle n'a pas pénétré dans le muscle. Vérifier qu'il ne s'écoule pas de sang ;

6° Pousser l'injection très lentement. Retirer l'aiguille. Ne pas masser la région et badigeonner le lieu d'injection à la teinture d'iode ;

7° De temps en temps, l'opérateur passera sur ses doigts un tampon de gaze stérile imbibé d'alcool à 90 degrés ;

8° Les heures les plus favorables pour la vaccination sont le matin de dix heures à douze heures et l'après-midi de quinze heuresà dix-sept heures.

2° Dispositions administratives

Le médecin vaccinateur devra mentionner sur les deux exemplaires des listes d'assujettis qui lui sont remis par le maire à la séance de vaccination, en regard de chaque nom, soit la contre-indication permanente, soit la contre-indication temporaire en fixant sa durée, soit la mention d'aptitude à la vaccination, les unes ou l'autre prononcées après examen médical préalable. Il sera obligatoirement inscrit les indications suivantes : nature du vaccin, doses dates et injections. Ces dernières mentions seront également portées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé.

Le carnet de vaccination ne sera délivré et signé le carnet de santé ne sera signé qu'une fois la première série des injections vaccinales complètement terminée.

Les exemplaires des listes ainsi complétées seront

remis au maire qui en adressera un au Préfet (service des vaccinations) et utilisera l'autre pour mettre à jour le fichier des vaccinations.

d) *Suites de la vaccination*

Le sujet vacciné devra, le jour et le lendemain de l'injection, être mis au repos et éviter toute fatigue. Son alimentation sera légère, lacto-végétarienne pendant ces deux jours ; il prendra des boissons abondantes, mais toute boisson alcoolisée lui sera interdite. Il ne devra, en aucune façon, s'exposer au froid.

Les réactions vaccinales peuvent être locales ou générales. Les réactions locales : douleurs, œdème, rougeur au point d'injection seront traitées par les pansements umides chauds ; les réactions générales par le repos au lit, la diète lactée, les toni-cardiaques.

Toute réaction anormale et tout accident de vaccination seront immédiatement signalés par le médecin vaccinateur ou le médecin traitant au chef du service des vaccinations.

II. — Techniques spéciales

A. — *Vaccination antitétanique-antidiphtérique*

(Loi du 24 novembre 1940, art. 1er et 2)

a) *Vaccin.* — Vaccin mixte antidiphtérique-antitétanique de l'Institut Pasteur présenté en boîtes de trois ampoules de 2 centimètres cubes (vaccinations individuelles) et en boîtes de dix ampoutes de 10 centimètres cubes ou de 20 centimètres cubes (vaccinations collectives .

Vérifier d'une façon particulière la limpidité du contenu (toute ampoule trouble doit être rejetée).

b) *Technique de la vaccination.* — Trois injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes chacun à quinze jours d'intervalle. Employer des aiguilles fines (6 /10 mill.).

Si, pour une raison quelconque, la série des injections vaccinales a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

Le vaccin antidiphtérique-antitétanique ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

La vaccination n'est complète qu'après une injection de rappel de 2 centimètres cubes pratiquée au cours de la sixième année d'âge.

B. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 2)

a) *Vaccin.* — Divers vaccins peuvent être utilisés dont le choix est laissé à l'approbation du directeur régional de la Famille e t de la Santé.

Les ampoules doivent être soigneusement agitées avant l'emploi.

b) *Technique de la vaccination.* — Elle varie suivant l'âge des sujets à vacciner :

1° Enfants au-dessous de quinze ans : trois injections successives avec un intervalle de sept à dix jours :

Première injection : 1 /4 centimètre cube.
Deuxième injection : 1 /2 centimètre cube.
Troisième injection : 1 centimètre cube.
Injection de rappel : 1 centimètre cube.

2° Les enfants au-dessus de quinze ans et adultes, trois injections successives avec un intervalle de sept à dix jours :

Première injection : 3 /4 centimètre cube.
Deuxième injection : 1 centimètre cube.
Troisième injection : 1 centimètre cube 5.
Injection de rappel : 1 centimètre cube 5.:

Les injections seront pratiquées avec des aigui les fines.

La technique décrite ci-dessus s'applique au vaccin T. A. B. chauffé n° 2 de l'Institut Pasteur. Dans les cas où l'on emploierait d'autres vaccins injectables, on se conformera aux indications données par l'instruction livrée avec chaque boîte.

C. — *Vaccination triple associée.*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 3)

a) Vaccin. — La vaccination triple associée (contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques) est réalisée au moyen d'un vaccin mixte (vaccin D + T + T. A. B. de l'Institut Pasteur), mélange en proportions convenables d'anatoxine diphtérique (12 unités par centimètre cube), d'anatoxine tétanique (6 unités par centimètre cube) et de vaccin T. A. B. 1.050 millions de bacilles typhiques, 700 millions de bacilles paratyphiques A et 700 millions de paratyphiques B par centimètre cube).

Il est délivré en boîtes de quatre ampoules de 2 centimètres cubes pour les enfants au-dessous de douze ans, de trois ampoules de 2 centimètres cubes pour les enfants de douze ans (vaccinations individuelles) et en boîtes de dix ampoules de 10 centimètres cubes ou de 20 centimètres cubes (vaccinations collectives). Agitez l'ampoule avant de l'ouvrir.

b) *Technique de la vaccination.* — Elle varie selon l'âge :

1° Au-dessous de douze ans, quatre injections à vingt et un jours d'intervalle :

La première de 1 /2 centimètre cube.
La deuxième de 1 centimètre cube.
La troisième de 1 centimètre cube 5.
La quatrième de 1 centimètre cube 5.:
Injection de rappel : 1 centimètre cube 5.

2° Au-dessus de douze ans, trois injections à vingt et un jours d'intervalle :

La première de 1 centimètre cube.
La deuxième de 2 centimètres cubes.
La troisième de 2 centimètres cubes.
Injection de rappel : 2 centimètres cubes.

Le vaccin mixte ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

Les injections seront poussées très lentement et avec une aiguille fine. Si la série des injections ai été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

(*J. O.*, 2 octobre 1941.)

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

« La présomption définie au présent article s'applique exclusivement aux constatations faites soit pendant le service, accompli avant le 1er octobre 1940 au cours de la guerre 1939-1940, soit au cours d'une expédition déclarée campagne de guerre, compte tenu des délais prévus aux précédents alinéas.

« Toutefois, la présomption bénéficie aux prisonniers de guerre et internés à l'étranger, à condition, s'il s'agit de blessure, qu'elle ait été régulièrement constatée dans les quinze jours et, s'il s'agit de maladie, dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'arrivée en France.

« Les bénéficiaires de la présomption ne peuvent prétendre qu'à pension temporaire et revisable quant au taux et à l'origine.

« *Art.* 4. — Les pensions sont établies d'après le degré d'invalidité.

« Sont prises en considération les infirmités entraînant une invalidité égale ou supérieure à 10 p. 100.

« Il est concédé une pension :

« 1° Au titre des infirmités résultant de blessures, si le degré d'invalidité qu'elles entraînent atteint ou dépasse 10 p. 100 ;

« 2° Au titre d'infirmités résultant de maladies associées à des infirmités résultant de blessures, si le degré total d'invalidité atteint ou dépasse 30 p. 100 ;

« 3° Au titre d'infirmités résultant exclusivement de maladie, si le degré d'invalidité qu'elles entrainent atteint ou dépasse :

« 30 p. 100 en cas d'infirmité unique ;

« 40 p. 100 en cas d'infirmités multiples.

« En cas d'aggravation par le fait ou à l'occasion du service d'une infirmité étrangère à celui-ci, cette aggravation seule est prise en considération, dans les conditions définies aux paragraphes précédents du présent article.

« Toutefois, si le pourcentage total de l'infirmité ainsi aggravée est égal ou supérieur à 60 p. 100, la pension est établie sur ce pourcentage ».

Art. 2. — Les deux derniers paragraphes de l'article 9 de la loi du 31 mars 1919 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les postulants à pension ont le droit de produire devant le centre de réforme chargé d'instruire leur demande des certificats médicaux qui sont annexés et, s'il y a lieu, sommairement discutés au procès-verbal d'expertise. »

Art. 3. — L'article 11 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit, avec effet du 2 septembre 1939 :

« Tous les calculs d'infirmités multiples prévus par la présente loi, les barèmes et textes d'application doivent être établis conformément aux dispositions du paragraphe 1er du présent article.

« Seules, les amputations du membre inférieur, lorsqu'elles ne permettent aucunement le port d'un appareil de prothèse, ouvrent droit à une majoration de 5 p. 100 qui, par exception, s'ajoute arithmétiquement au degré d'invalidité correspondant à l'amputation ».

Art. 4. — L'article 14 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 23 mars 1928, est complété comme suit :

« Cessent d'avoir droit à pension les veuves qui, postérieurement à la publication de la présente loi contractent un nouveau mariage ou vivent en état de concubinage notoire.

« Les droits qui leur appartenaient ou qui leur auraient appartenu passent aux enfants mineurs

du défunt selon les règles établies par les lois en vigueur en matière de pension ».

Art. 5. — L'article 33 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 9 décembre 1927, est modifié comme suit :

« *Art.* 33. — Les droits des ascendants du premier degré sont ouverts à toute personne qui justifie avoir élevé et entretenu l'enfant orphelin ou abandonné par ses parents et avoir durablement remplacé ceux-ci ou l'un d'eux auprès de lui jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de quinze ans.

« La disposition ci-dessus ne joue qu'en faveur d'une seule personne. Elle entraîne extinction du droit à pension et éventuellement annulation de la pension concédée à tous ascendants, à moins que l'un ou l'autre d'entre eux ne justifie qu'il n'a pas abandonné l'enfant, auquel cas il y a lieu à annulation de la pension accordée au titre du paragraphe 1er du présent article et à concession ou maintien de la pension audit ascendant. Les annulations visées au présent paragraphe sont prononcées conformément aux dispositions de l'article 67 de la loi du 31 mars 1919, modifié par le décret du 20 janvier 1940. Le tribunal qui prononce la requête introduite au titre du premier paragraphe du présent article est compétent pour connaître selon la même procédure du recours exercé par les ascendants ».



ÉCHOS & COMMENTAIRES

Licence de remplacement. — Insigne des voitures médicales. — La densité médicale. — Modification de la loi sur les médecins étrangers.

Conformément aux termes de l'art. 3 de la loi du 26 mai 1941 modifiant celles des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine, les étudiants avant d'effectuer des remplacements doivent solliciter une autorisation préfectorale.

Une Circulaire du secrétariat d'Etat à la Santé ajoutait à cette première formalité celle de l'agrément par le Conseil départemental de l'Ordre.

Nous nous étions, à l'époque, élevés contre les lenteurs qu'entraînerait ce formalisme excessif, et avions suggéré au Conseil supérieur de réglementer d'une manière plus simple la pratique des remplacements qui, par nature, sont généralement urgents.

Notre souhait a été exaucé.

En effet, le Conseil supérieur vient d'instituer une *licence de remplacement* dont la souplesse de fonctionnement paraît devoir donner toute satisfaction.

Tout étudiant désirant effectuer des remplace-

ments s'adressera au Président du Conseil de l'Ordre du département du siège de la Faculté ou de l'Ecole de plein exercice à laquelle il est inscrit, qui lui délivrera, après vérification de ses inscriptions et de sa moralité, une *licence de remplacement.*

Muni de ce titre, l'étudiant pourra effectuer des remplacements sur toute l'étendue du territoire métropolitain, sans autre formalité que l'enregistrement de sa licence au Secrétariat du Conseil de l'Ordre du département dans lequel il remplacera un médecin.

Pendant la durée du remplacement, l'étudiant est soumis à la juridiction de l'Ordre, il s'engage à respecter le Code de Déontologie, et s'interdit spécialement de s'installer à moins de 20 kilomètres du domicile du médecin remplacé.

***

A la suite des différentes protestations qu'avait soulevé l'emploi, par les médecins de la Croix-Rouge sur fond blanc, le Conseil supérieur de l'Ordre avait d'accord avec les Services publics étudié le choix d'un insigne distinctif assurant la priorité aux voitures médicales.

Il avait tout d'abord pensé à l'apposition sur le pare-brise des voitures de médecins de l'inscription « Service médical » en lettres rouges sur fond blanc.

Devant les objections qu'il a reçues, le Conseil supérieur vient de décider de choisir comme insigne définitif un caducée, stylisé afin d'être plus facilement reconnu, portant les mots : *Ordre des médecins.*

Cet insigne imprimé sur papier gommé transparent devra être collé sur le pare-brise en dessous du permis de circuler. Il portera obligatoirement le cachet du Conseil départ mental de l'Ordre.

Le Conseil supérieur est en train de faire imprimer ces insignes qui seront adressés aux Conseils départementaux où les médecins pourront se les procurer dans un avenir prochain.

***

Le Conseil supérieur de l'Ordre avait, au cours de sa session de juin dernier, fixé pour 32 départements le chiffre maximum de médecins admis à y exercer.

A la suite de nombreuses lettres de nos lecteurs nous précisons à nouveau que ces chiffres n'ont été donnés qu'à titre indicatif, et que les limites qu'ils fixaient ne seront rendues applicables qu'ultérieurement.

Les chiffres donnés ne peuvent donc à l'heure actuelle servir de base légale au refus d'une installation.

Il est d'ailleurs vraisemblable que les chiffres actuels seront révisés et ne seront définitivement déterminés qu'au jour où le Conseil Supérieur aura rassemblé les renseignements nécessaires pour pouvoir le faire pour l'ensemble des départements.

***

La loi du 16 août 1940 sur l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de la chirurgie dentaire par des praticiens étrangers avait, dès sa promulgationt soulevé bien des objections et bien des critiques. Sa mise en application et son fonctionnement s'étaien,

révélés délicats en raison de l'imprécision de ses termes.

De nombreux décrets, arrêtés, circulaires, sans oublier les rectificatifs s'enchevêtrant ou s'annulant, n'avaient pas rendu la loi plus compréhensible et plus facile à appliquer.

Les décisions d'interdiction restaient lettre morte car le législateur avait simplement oublié de sanctionner la loi.

Les premiers décrets de dérogation proposés à la signature du Ministre compétent, en février 1941, viennent seulement d'être signés ; il faut attendre maintenant la publication.

Bref, ceux qui étaient chargés d'appliquer la loi comme ceux qui la subissaient, souhaitaient sa refonte et la promulgation d'un nouveau texte clair, précis et complet.

L'ébauche en avait été tracée depuis fort longtemps. Après diverses péripéties, la nouvelle loi va vraisemblablement voir le jour. Son texte ferait, paraît-il, justice des critiques antérieures.

On ferait une discrimination de base entre les praticiens ayant la nationalité française, par suite de naturalisation et ceux qui ont gardé leur nationalité d'origine. Désormais, seuls les premiers pourraient prétendre au bénéfice d'une dérogation, à condition toutefois d'avoir rendu des services exceptionnels à la France, ou d'avoir la qualité de combattant aux yeux soit de la loi du 1er juillet 1930, soit de celle du 27 décembre 1940.

Pour les femmes, les titres de leur mari seraient pris en considération, à condition évidemment que le mariage soit antérieur à la promulgation de la loi.

Chose nouvelle, les postulants ayant la nationalité française, mais ne pouvant exciper d'aucune des exceptions prévues, pourraient être habilités à titre tout à fait exceptionnel à exercer la médecine, la pharmacie ou l'art dentaire, soit en France, soit aux Colonies.

Les conventions diplomatiques assurant la réciprocité aux ressortissants français seraient respectées, mais les postulants devraient néanmoins recevoir du secrétaire d'Etat à la Santé, l'autorisation d'exercer en France.

Enfin, tous les médecins ayant été interdits en vertu de la loi du 16 août, qui serait abrogée, pourraient faire une nouvelle demande au titre de la nouvelle loi.

Les principes dont s'inspireraient le futur texte paraissent devoir permettre une solution rapide et définitive à la question des médecins étrangers ou fils d'étrangers exerçant en France. Il est, en effet indispensable que cette question soit réglée dans un avenir très prochain, et ce, dans l'intérêt de tous.

On nous rapporte enfin que le Conseil supérieur de l'Ordre aurait acquiescé au vœu émis par le secrétariat d'Etat à la Santé publique. L'administration, dans un but d'humanité, envisagerait, en effet d'accorder des sursis exceptionnels aux médecins étrangers tombant sous l'application de la loi et ayant épousé une femme française, dont ils ont eu des enfants français. Ces sursis pourraient être renouvelés jusqu'au jour où l'ouverture des frontières permettraient à ces praticiens de regagner leur pays d'origine. Mais toute faute relevée par les Conseils départementaux de l'Ordre contre les bénéficiaires entraînerait le retrait immédiat de l'autorisation par le Préfet.

Tels seraient les projets. Attendons de connaître le texte définitif pour le juger.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

4333. — Accident de droit commun Responsabilité des honoraires

Je vous serais obligé de bien vouloir m'éclairer sur le cas que voici : récemment, j'ai reçu et soigné dans mon cabinet une personne qui venait de tomber dans un grand magasin de la ville et s'était blessée assez sérieusement. Pansement simple. Cette femme pouvant marcher devait regagner son village le soir-même ; de fait, je ne l'ai plus revue. Or, le magasin en question est assuré pour les accidents pouvant survenir à sa clientèle ; il m'a donc demandé de lui fournir deux certificats détaillés concernant la malade et sa blessure ; je les ai fournis.

A qui faut-il que j'adresse mes honoraires ? A la Compagnie ou au Magasin ? Quel tarif appliquer ? Sans doute le tarif syndical pour le pansement ; mais que demander pour les deux certificats (rédigés sur papier libre) ?

Dr G.

Réponse

L'accident qui fait l'objet de votre lettre ne relève pas de la législation sur les accidents du travail.

Par ailleurs, il n'est pas certain, suivant les principes du droit commun, que le magasin où il s'est produit en soit responsable.

En tous cas, en ce qui vous concerne, dès lors que vous n'avez pas été mis en œuvre par le représentant qualifié du magasin, c'est votre cliente, et votre cliente seule, qui se trouve débitrice de vos honoraires que vous devez calculer suivant le tarif que vous appliquez en clientèle ordinaire. Vous remettrez ensuite à votre cliente un reçu acquitté qui lui permettra s'il y a lieu de faire valoir ses droits à remboursement auprès de la direction du magasin, ou de la Compagnie d'assurance, mais sans que vous ayez personnellement à vous immiscer dans ce règlement.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

4.517. — Brûlures des deux mains

J'ai soigné un brûlé des deux mains : brûlure du deuxième degré et par endroit du troisième.

A chaque doigt j'ai été obligé de faire un pansement. Puis, pansement global de la main : Quelle tarification dois-je employer ?

Dr M.

Réponse

Il faut compter, en cas de pansements de brûlures, la « superficie totale » des « surfaces additionnées » (note 3 de l'art. 16) et la comparer aux brûlures clairement tarifées.

Ici, il s'agit d'une superficie comparable à une « brûlure de deux segments de membre ou surface équivalente : 30 francs », par séance de pansement (puisque brûlure des deux mains, donc

d'un segment de membre supérieur droit et *idem* de gauche).

Evidemment, ce n'est pas un cas « favorable » au médecin traitant.

Dr F. DECOURT.

4.594. — Luxation radio-cubitale

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir l'avis du Docteur Decourt sur la façon dont je dois tarifer une réduction de luxation radio-cubitale supérieure (accidents de travail).

Il s'agissait d'un blessé présentant une impotence du coude avec gonflement. La pro-supination était impossible. Elle fut rendue possible par la manœuvre de réduction classique qu'on pratique chez les enfants, après perception du ressaut caractéristique. Mais le chiffre de 110 francs indiqué pour la réduction d'une luxation du coude me paraît exagéré, vu la simplicité de la manœuvre.

Dr D.

Réponse

Une luxation radio-cubitale ne peut être classée dans le tarif autre part que comme luxation du coude, qui est tarifée 110 francs.

Evidemment, c'est un cas « favorable » pour le médecin traitant, mais cela compense certains cas où la tarification n'est pas très élevée par rapport à la valeur technique de l'intervention.

Dr F. DECOURT.

4.622.— 1°) Fracture des deux os de l'avant-bras. 2°) Radios doubles pour contrôle

J'ai recours à votre obligeance pour une tarification d'accident de patinage pour lequel doit intervenir une compagnie d'Assurances au tarif accident du travail.

L'enfant était atteint d'une fracture des deux os de l'avant-bras, fracture basse du radius, au quart inférieur, mais nettement plus haut que la fracture classique de Pouteau et fracture très basse du cubitus. Doit-on considérer cette fracture comme : fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, à 110 francs ou comme fracture des deux os de l'avant-bras : 165 francs ?

D'autre part, étant donné la gravité de ces fractures au point de vue fonctionnel, j'ai pratiqué, comme je le fais toujours en clientèle ordinaire :

1° Une radiographie face et profil avant réduction.

2° Une radiographie de l'avant-bras, face et profil — pour plâtre — pour contrôle de la réduction.

Que compter pour cette deuxième radiographie ? tarif entier ou demi-tarif (article 10), soit 125 francs ou seulement 62 fr. 50 ?

Dr L.

Réponse

a) Puisqu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, vous n'êtes nullement obligé de vous baser sur ce tarif.

Ce cas relève plutôt du tarif de clientèle courante ;

b) Si vous acceptez de vous baser sur le tarif accident du travail, dans le cas que vous présen-

tez, il me paraît *a priori* s'agir d'une fracture de l'extrémité inférieure des deux os (110 francs).

Celle dite « des deux os » (marquée 165 francs) est plus tarifée à cause des mauvaises réductions à craindre par anastomoses vicieuses à la partie médiane de l'avant-bras entre les deux os. Voyez vous-même s'il y avait ce cas spécial ou non, car je n'ai parlé ci-dessus qu'*a priori*, et n'ai pas évidemment donné un avis ferme ;

c) Vous pourriez vous baser, par analogie, pour vos deux radios successives, sur l'art. 27 : Observations, 2e alinéa : « Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 % du prix d'une seule pose ».

Evidemment, ce n'est pas « dans une autre position », mais avant et après réduction.

Ce pourrait donc être une analogie justifiable

Dr F. DECOURT.

4.736. — Location d'appareil pour radio à domicile

J'ai l'honneur de vous demander le tarif à appliquer pour une radiographie au domicile du malade en accidents du travail à 4 kilomètres de mon cabinet.

Il doit falloir compter :

1° Radiographie cuisse (f. et p.) 200 francs.
2° Prix de location, etc ?
3° 4 kilomètres aller, 12 francs.

Comme l'appareil m'appartient quel prix de location demander ? Pourriez-vous me l'indiquer ou me dire ce que je dois compter ?

Dr D.

Réponse

Je comprends votre embarras pour le prix de location d'un appareil dont vous êtes propriétaire ; on me le demande assez souvent.

Le mieux est de s'adresser au fabricant de l'appareil, en lui fournissant le « type » que vous possédez, et de lui demander « à l'époque de l'examen » quel était le prix de location.

C'est le conseil que j'ai déjà donné plusieurs fois, et je ne vois pas d'autre solution, étant donné le texte du tarif.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

4.345. — Pneumo et radioscopie différée

Abonné au *Concours Médical*, permettez-moi de recourir à votre obligeance pour vous demander s'il est régulier que sur une feuille d'assuré social j'inscrive par exemple le 20 août K 4, et le 24 août ER 7, pour une insufflation de pneumothorax faite le 20 août au domicile du malade et un examen radioscopique de contrôle fait le 24 août chez moi. Etant au début du traitement, le malade ne pouvant pas pour le moment venir faire faire ses insufflations chez moi, de sorte que l'insufflation et la radioscopie forment deux actes nettement séparés que je tarifie au malade.

Dr L.

Réponse

On lit en K.4 « Pneumothorax, chaque insufflation (sauf la première) y compris examen radioscopique s'il est nécessaire. »

Vous ne pouvez donc compter l'un plus l'autre, même en ne les faisant pas le même jour. Vous pourriez être accusé de distancer les deux actes pour pouvoir les cumuler : je n'oserai donc vous conseiller d'agir ainsi.

Dr F. Decourt.

4.405. — Epluchage de plaie grave de membre

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer le tarif Assurances sociales et le prix d'une intervention telle que celle-ci.

Plaie contuse profonde de l'avant-bras droit. Suture *artère* cubitale. Suture long supinateur, trois tendons fléchisseurs et cubital antérieur. Epluchage, régularisation, fermeture de la peau.

1° Quel est le K ?

2° Quelle somme est remboursée à l'assuré social ?

Dr A.

Réponse

a) On lit, en K.20. « Chi. : plaies, régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres... pouvant entraîner des ligatures des gros vaisseaux, des sutures tendineuses profondes ou des sutures nerveuses ». C'est dans ce K que rentre votre intervention ;

b) Ce qui sera remboursé à l'assuré dépend de la valeur de K dans votre département, valeur qui varie de 15 à 25 francs suivant les Caisses, moins les 20 % de ticket modérateur.

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

4.166. — Entretien des accumulateurs

Je désirerais, cette fois, avoir recours aux lumières de notre conseiller technique automobile sur la question accumulateurs :

Ma batterie étant arrivée à bout de souffle, je vais avoir à m'en procurer une nouvelle et je voudrais savoir la meilleure ligne de conduite à adopter pour l'entretenir en bon état avec les conditions particulières actuelles de la circulation automobile, conditions caractérisées par la forte diminution du service des voitures.

Le bon entretien d'une batterie exige-t-il qu'elle soit chargée et déchargée alternativement ? Pratiquement, pour une voiture qui circule peu (300 à 350 kilomètres en moyenne par mois) et qui, par conséquent, charge peu sa batterie, vaut-il mieux se servir du démarreur ou vaut-il mieux l'employer que la manivelle pour les départs, la décharge spontanée de la batterie étant suffisante ?

En dehors du maintien des plaques dans le liquide et du nettoyage des bornes, notre conseil technique aurait-il d'autres directives à donner ?

Dr E.

Réponse

Votre batterie se conservera bien si elle est

toujours entretenue bien chargée. Si votre voiture ne parcourt que 300 ou 350 kilomètres par mois, il sera bon de donner de temps en temps une charge à domicile au moyend d'un appareil chargeur dont on trouve de nombreux modèles dans le commerce. Vous pourrez, dans ces conditions, utiliser votre démarreur sans aucun inconvénient.

Si vous ne rechargez pas votre batterie au garage, je crois qu'elle en souffrira, même si vous ne l'utilisez pas pour démarrer. La décharge lente d'une batterie qui ne travaille pas oblige, en effet, à effectuer une recharge ê,mplète au moins une fois par mois et, comme vous le pensez, ce n'est pas un parcours aussi bref qui suffira pour cette opération.

Pas d'autre conseil à donner que d'entretenir la batterie dans le plus grand état de propreté et de surveiller de temps en temps le niveau de l'électrolyte.

H. PETIT.

SECRET PROFESSIONNEL

4221. — Le secret professionnel à l'hôpital

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer s'il est légal pour un directeur d'hôpital de demander aux médecins de celui-ci d'inscrire les diagnostics sur les bulletins d'entrée qui passent entre les mains de tous les employés du bureau.

Dr C.

Réponse

Il est assez difficile de répondre de façon catégorique à la question que vous nous posez.

Une chose en effet doit être notée tout d'abord, c'est que les employés d'un hôpital et notamment les employés du bureau des entrées sont tenus au secret professionnel. L'art. 378 du Code pénal s'exprime en effet en ces termes : « les médecins, chirurgiens... et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession, par fonctions temporaires ou permanentes des secrets qu'on leur confie... seront punies, etc... »

Par conséquent, si les employés du bureau peuvent connaître le diagnostic écrit, soit sur le certificat, soit sur le bulletin d'entrée, ils sont, en raison de cela et en raison de leur profession, tenus au secret professionnel et la connaissance par eux de tels faits peut ne pas être inquiétante. Une décision du Comité consultatif de l'Assistance publique du 15 février 1902 (*Annales d'hygiène publique*, tome 48, 1908, page 77) confirme bien que tout le personnel d'un hôpital est soumis aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal.

Toutefois, il est certain qu'il vaut mieux éviter la dissémination des secrets des patients, en raison de ce fait même que plus est grand le nombre de ceux qui détiennent le secret, plus est grand aussi le risque de divulgation. Il faut blâmer notamment la pratique suivie par trop d'hôpitaux de faire mention d'indications d'ordre clinique et thérapeutique sur les feuilles de température ou sur les pancartes nominatives

affichées à la tête ou aux pieds du lit des patients.

Le règlement modèle des hospices et hôpitaux publié par arrêté ministériel du 31 mars 1926 prescrit en son art. 12 la tenue d'un registre *ad hoc* sur lequel les médecins de l'hôpital doivent consigner leurs observations individuelles sur les personnes traitées dans leur service.

Il en résulte que peut être accusé de violer le secret professionnel le médecin d'hôpital qui inscrit ou laisse inscrire des diagnostics sur ces pancartes. La Commission administrative de l'établissement doit veiller à ce que de pareilles erreurs ne soient pas commises.

En ce qui concerne plus précisément les certificats ou bulletins d'entrée, l'art. 30 du règlement modèle cité plus haut dispose que l'admission des malades, hospitalisés en vertu de la loi du 7 août 1851, n'est accordée, hors les cas d'urgence que sur la présentation... d'un certificat d'un médecin connu dans la localité. Ce certificat doit indiquer la nature de la maladie. Dans le cas où un certificat n'aurait pas été donné par le médecin de l'établissement, l'état du malade sera vérifié dans les vingt-quatre heures par ce praticien.

Par contre, l'art. 31 dispose que l'admission des malades, hospitalisés en vertu de la loi du 15 juillet 1898, est accordée, hors les cas d'urgence, sur la présentation d'un certificat médical délivré par le médecin de l'Assistance à domicile et attestant la nécessité d'un traitement hospitalier. Dans ce second cas, vous remarquerez que le règlement ne prévoit pas la mention de la maladie sur le certificat. Que faut-il en déduire pour le cas qui vous occupe ?

A notre avis qu'il est souhaitable que le bulletin d'entrée que vous délivrez (et que vous ne devriez délivrer qu'exceptionnellement) ne porte pas l'indication du diagnostic.

Toutefois, il semble qu'étant donné les termes de l'art. 30, il n'y aurait pas faute lourde à mentionner sur le bulletin que vous délivrez la nature de la maladie.

On peut prétendre que si le règlement exige l'indication de la nature de la maladie sur le certificat dressé par le médecin traitant extérieur à l'établissement, c'est pour permettre plus aisément le contrôle du médecin hospitalier, mais que pareille indication n'est plus utile sur un bulletin qui n'est en sorte qu'une pièce administrative intérieure à l'établissement et n'intéressant plus que des non médecins. Cet argument serait en faveur de la non mention sur le bulletin de la nature de la maladie. Nous croyons qu'il est pertinent, mais, nous vous répétons que, somme toute, la Commission administrative de votre hôpital ne paraît pas commettre de faute lourde en admettant l'indication du diagnostic sur le bulletin d'entrée.

Une question comme celle-là vaudrait d'ailleurs la peine d'être soumise à la juridiction compétente. Toutefois, nous pensons que vous ns désirez pas, pour ne pas vous attirer d'ennui avec la Commission administrative, prendre l'initiative d'une procédure dans ce but.

Soixante-troisième année N° 43 26 Octobre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, **120 fr.** — Etudiants .... **80 fr.**

Le Numéro .... **4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.
Elles doivent comporter une adresse.
Prix des insertions : *6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).
Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 307. — Méd. non juif, 30 a. marié, enfant, ne pouvant apr. libérat. rejoindre client. Pas-de-Calais recherc. poste ou empl. médical zone non occ. Dr Wintrebert, Hôtel Europe, Bourg. (Ain).

Nº 308. — Cherc. à reprend. client. médec. génér. banlieue parisien. Prendre adres. chez Mme Bertheuil 173 r. Bagnolet, Paris (XXe) ou télép. de 1 h. à 4 h. Grav. 18.73.

Nº 309. — Savoie. Poste propharmacie client. therm. et rurale à céd. cause spécialisation. Loyer 2.500, garage, jard. situat. idéale. Chif. intéress. faible indemn. Ecr. M. P. Ribeyre 5 r. A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 310. — Client. de 34 a. à céder raison de santé. Paris (XVIe).)Bel immeuble. Dr Nogier 80, av. Paul-Doumer, Paris.

Nº 311. — Méd. pet. ville centre cherche pr collabor. et cess. évent. jeune méd. célibat. tr. sér. apt. chirurg. Ecr. Mme L. Bernard, 91, av. J.-Jaurès, Rosny-s-Bois.

Nº 312. — Jeune médec. fr. 28 a. célibat. cherc. poste assist. aupr. confrère âgé ou malade, ou remplacement médec. génér. de préfér. région Centre-Ouest. Dr H.-J. Perrin, rue Condorcet, Poitiers (Vienne).

Nº 313. — Nord, bon post. médec. propharmac. à céd. condit. avantageuses sans versem. imméd. de capital. Ecr. E. Materne 37 r. de St-Amand, Marchiennes (Nord).

Nº 314. — Méd. exerc. plus consacrer. plus heur. p. semaine œuvre bienfais. Ecr. Mme Rouveroux, 10 r. Hôtel-de-Ville, Neuilly-sur-Seine.

Nº 315. — On recherc. un oculaire aplanetique, 4 ou 6, pr photomicrographie : « Homal » ou « Periplan » de Leitz Dr Mahé Tracy-sur-Mer par Arromanches (Calvados).

Nº 316. — A céd. suite déc. Meubles, livr. O. R. L., et ophtalmo. Province s'absten. S'ad. Me Chevalier, 36, rue de Fleurus de 1 h. 30 à 4 h. 30.

Nº 317. — Suis vendeur 1 appar. rayon infra-rouge, 1 appar. diathermie Duflos, 1 tabl. opérat. métallique. Divers instrum. médicaux. Dr Lepers, Florin, av. Abbé Lemire, Marcq-en-Baroeul (Nord).

Cabinet GALLET
47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

— Banlieue. Ophtalmologiste âgé cède cabinet ancien. très bon rapport ou doublement avec O R L.

— Haute-Saône. Gros bourg loyer 4.000 fr. cabinet ancien très bon rapport prix 50.000 fr.

— Indre-et-Loire. Seul propharmacien. bon rapport. facilités de paiement.

— Paris. Cabinet quartier populaire repris en 1910, 4 pièces, loyer 5.000 fr. rapport moyen, prix modéré.

— Paris. Voies urinaires, cabinet sérieux à céder avec appareillage.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer les tablettes de **Mangaïne** c'est saliver abondamment, une salive digestive antiseptique et agréable, 71, rue Sainte-Anne.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Professeur Leriche, à Paris.** — Nous apprenons que le Professeur Leriche, président du Conseil supérieur de l'Ordre, tout en conservant ses fonctions de professeur au Collège de France, prend la direction chirurgicale de l'hôpital Léopold-Bellan et du service qu'assurait le regretté de Martel. Tous nos vœux, associés à la joie sincère qu'est la nôtre de voir ce chef d'Ecole, dont la juste renommée dépasse les frontières de notre pays, consacrer son talent et sa bienfaisante activité à Paris et au Collège de France.

J. DE FOURMESTRAUX.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de clinique gynécologique.* (Hôpital Broca, 111, rue Broca). *Cours supérieur de gynécologie.* — M. le Professeur Pierre MOCQUOT, assisté de M.-R. C. MONOD, chirurgien des hôpitaux ; M. R. PALMER, chef des travaux de gynécologie ; M. R. MORICARD, chef du laboratoire ; MM. MAZINGARBE et ORSONI, chefs de clinique ; M. P. LEJEUNE, ancien chef de clinique obstétricale ; M. PULSFORD, assistant d'électro-radiologie ; Mlle GOTHIE, préparatrice, fera ce cours du 3 au 29 novembre 1941. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du cours. Droit d'inscription : 500 francs.

Ce cours supérieur de gynécologie sera suivi, du 1er au 11 décembre 1941, d'un cours de biologie expérimentale appliquée à la gynécologie, organisé par M. MORICARD et Mlle GOTHIE. Une série de confé-

rences relatives à leurs recherches personnelles seront faites par M. Caridroit, MM. les Professeurs Chouard et Courrier, M. Girard, M. le Professeur Giroud et Mme Randoin. Consulter l'affiche spéciale.

S'inscrire à la Faculté de médecine, au secrétariat (guichet n° 4), tous les matins de 10 heures à midi et les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— *Clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin.* (Professeur : M. Ch. Lenormant). — M. le Professeur Ch. Lenormant a commencé son cours de clinique chirurgicale le 21 octobre 1941, à 10 heures, à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— *Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte de l'hôpital Cochin* (Professeur : Paul Mathieu). — M. le Professeur Mathieu a commencé son cours le 23 octobre 1941, à 11 heures, à l'hôpital Cochin (amphithéâtre Dieulafoy) et le continuera les vendredis, mardis et mercredis suivants.

Programme d'enseignement : Lundi : Leçon de clinique élémentaire par MM. les assistants et les chefs de clinique à 9 h. 30. Opérations à 10 heures (pavillon Lister). Mardi : Policlinique à la consultation externe à 10 heures. Mercredi : Appareillage. Consultation à 9 h. 30. Opérations à 10 heures (pavillon Lister). Jeudi : Opérations à 9 h. 30 (pavillon Lister) ; leçon clinique à l'amphithéâtre Dieulafoy à 11 heures. Vendredi : Policlinique à la consultation externe à 10 heures. Samedi : Opérations à 9 h. 30 (pavillon Lister).

— **Hôpital des Enfants-Malades.** *Les adieux du Professeur Ombrédanne.* — Après trente-deux années d'enseignement et d'activité hospitalière, le Professeur Ombrédanne quitte la chaire de clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades pour prendre sa retraite. Le 30 septembre dernier, dans l'amphithéâtre de la clinique, entouré de ses élèves et de ses amis, l'éminent Maître a rappelé les nombreux et importants travaux sortis de son service et a fait une large esquisse des progrès réalisés, au cours de son enseignement, en chirurgie infantile et en orthopédie chirurgicale.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Epreuve écrite ; *Question d'anatomie sortie* : N° 2. *Anatomie macroscopique et rapports du duodénum.*

Questions restées dans l'urne : N° 1 Nerf sciatique poplité externe et ses branches, sans sa physiologie ; N° 3 Nerf récurrent droit sans physiologie, sans embryologie et sans histologie ; N° 4 Nerf grand hypoglosse à partir de son origine apparente avec ses branches et avec sa physiologie ; N° 5 La glande sous-maxillaire avec son canal excréteur sans physiologie et sans histologie ; N° 6 Tronc du nerf radial avec ses branches et sa physiologie ; N° 7 Artère utérine ; N° 8 Articulation tibio-tarsienne avec sa physiologie ; n° 9 Tronc de l'artère carotide externe et origines de ses branches.

Jury (composition définitive) : MM. Gandy, Hautant, Guimbellot, Gouverneur, Decourt, Banzet, Chevalley, Gueullette, Redon, Sureau, Launay, Lenègre.

Nombre de places : 60.

— **Courrier littéraire.** — Paul VIALAR, qui obtint le prix Fémina 39 avec *la Rose de la Mer*, va faire dans quelques jours sa rentrée dans les lettres avec un nouveau roman : *La Maison sous la Mer.* Un livre admirable, dit Danoël, son éditeur, tout différent du dernier : l'aventure n'est plus cette fois dans les faits, elle est dans les âmes.

Un début. — Lucien FRANÇOIS, directeur de *Votre Beauté*, publie son premier roman : *Remise à neuf.* C'est, sans doute, avec le roman de René Benjamin, le premier livre dont l'action se déroule durant l'exode.

— **Naissances.** — Madame et le Docteur J. N. COURVOISIER, de Vesoul, ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fils, *Pierre.* 26 septembre 1941.

— Joseph, Catherine, Dominique et Bernard (au ciel) PIGNAL, sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petite sœur *Brigitte.*

Le 5 octobre 1941. Docteur Pignal, Digoin (Saône-et-Loire).

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage, célébré dans la plus stricte intimité, en raison d'un deuil récent, de M. Maurice LE SOURD, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Anne-Marie LABOURET.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée en la chapelle de l'archevêché par S. E. le Cardinal Suhard.

M. Maurice Le Sourd est le fils du Docteur Louis Le Sourd, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, et le neveu du Docteur François Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux.*

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur AIGROT, de Lons-le-Saulnier, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil Départemental de la Seine

Communiqué

On nous communique de la Préfecture de Police :

..... « Obligation pour le 31 octobre courant, de ramener le nombre *total* des voitures « touristes » autorisées à circuler à 3.000, quel que soit le moyen de propulsion de ces véhicules, quelle que soit la catégorie d'usagers auxquels elles appartiennent ».

« La transformation des touristes pour l'utilisation du carburant de remplacement est désormais interdite ».

Application de cette Circulaire pour le corps sanitaire.

« Dans ces conditions, le nombre des permis à retirer correspondant à 66 % ou deux tiers des permis actuels je vous serais obligé de bien vouloir me faire parvenir avant le 20 courant des propositions de retrait des deux tiers des permis de circulation attribués à des voitures touristes appartenant à des membres du corps sanitaire soumis à votre administration.

Questions de santé publique

Sur l'invitation de la Propagandastaffel, le *Concours médical* s'était fait représenter à la conférence de presse donnée le 8 octobre dernier par Oberstabsarzt, Dr Bluemm.

L'orateur exposa quelle fut la tâche des autorités sanitaires allemandes en France occupée depuis l'armistice.

Cette tâche consiste essentiellement à : 1o rétablir les services sanitaires existant antérieurement ; 2o envisager les problèmes nés de l'invasion ; 3o prendre en charge les intérêts de l'armée d'occupation.

Il faut se souvenir, pour estimer l'importance de cette tâche, que, jusqu'au XXe siècle, les armées en campagne avaient plus à souffrir des épidémies que des combats.

Les médecins allemands eurent à pourvoir aux besoins sanitaires et de leurs troupes et de la population civile.

Il s'agissait en premier lieu de nettoyer les zônes de destruction. Des villages entiers, des quartiers entiers dans les villes étaient détruits ; les décombres et les ordures s'y amoncelaient. Les cadavres d'animaux en putréfaction empuantissaient l'air. Dans les fermes abandonnées, dans les maisons pullulaient les mouches, porteuses de germes dangereux.

A cette besogne de nettoyage devait s'adjoindre sans retard le rétablissement des installations d'eau et d'électricité ou détruites ou mises hors de service.

Du matériel sanitaire, des médicaments laissés à l'abandon dans les hôpitaux ou les pharmacies avaient à être récupérés et mis en sûreté.

Le bétail errant fut rassemblé, abrité et nourri.

En outre se posa le problème du rapatriement des réfugiés qui, à un moment, atteignirent le chiffre de 8 millions.

La lutte préventive contre les épidémies fut entreprise. Elle consista à remanier les institutions françaises pour les adapter à l'organisation allemande, à mettre les médecins français au courant de celles-ci.

La population civile des départements du Nord et de l'Est était au début dépourvue de soins médicaux. Ce furent d'abord des médecins allemands qui furent chargés de les leur fournir, puis les médecins français prisonniers sur place, enfin les médecins locaux rapatriés soit d'Allemagne lorsqu'ils étaient prisonniers, soit de zone libre. Le rapatriement de ces derniers et de leurs proches parents est encore actuellement en cours.

Des pharmaciens ont aussi été rapatriés.

Dans les hôpitaux, les lits furent répartis entre l'armée d'occupation et la population civile ; les autorités sanitaires allemandes s'efforcèrent de réserver les hôpitaux pour les malades.

Elles portèrent leur attention sur le marché des médicaments et des pansements et s'efforcèrent de substituer aux produits manquants des produits de remplacement de même valeur thérapeutique.

Une bienveillance particulière fut, en raison de son rôle éminent, témoignée à l'Institut Pasteur.

Enfin, des examens sanitaires furent créés pour les ouvriers disposés à aller travailler en Allemagne ; ils avaient particulièrement en vue le dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes, et aussi d'envoyer en Allemagne des non-valeurs.

Ces ouvriers, par un accord entre l'Ordre national des médecins français et les Caisses d'assurances sociales allemandes, purent bénéficier des avantages dont jouissent les ouvriers allemands.

C'est, par cette série de mesures que, en pleine guerre, fut préservée la situation sanitaire de la zone occupée.

En terminant, l'orateur remercie de leur collaboration, les administrations sanitaires et les médecins français qui ont joué un rôle dans cette œuvre de préservation.

G. L.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Annulation d'un concours

Par arrêté du 29 septembre 1941, l'arrêté du 30 août 1941 portant ouverture d'un concours pour un emploi de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts est rapporté.

(*J. O.*, 10 octobre 1941).

Assurances sociales

Arrêté ministériel du 29 *septembre* 1941 *modifiant le tarif national de réassurance en matière d'hospitalisation.*

Art. 1er. — L'article 1er (chap. 2, parag. 1er, alinéa 2) de l'arrêté du 7 octobre 1938, fixant le tarif limite des caisses d'assurances sociales, est modifié comme suit :

2. *Honoraires médicaux*

« *a*) Dans les hôpitaux publics des villes centres d'enseignement médecine (par journée d'hospitalisation) : 4 francs.

« Chirurgie : 4 francs par journée d'hospitalisation.

« Lorsque l'intervention est effectuée par un chirurgien (ou un spécialiste), chef de service, par un chirurgien (ou spécialiste), titulaire ou adjoint des hôpitaux, nommé au concours, appartenant au service ou remplaçant régulièrement le chef de service, les honoraires sont établis d'après l'acte professionnel accompli avec application des chiffres-clés 3 fr. 50

et 7 francs aux coefficients de la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités, le chiffre-clé de 3 fr. 50 s'appliquant lorsque le coefficient est inférieur à 24, et le chiffre-clé de 7 francs lorsque le coefficient est égal ou supérieur à 24 ».

b) Le reste sans changement.

(*J. O.*, 14 octobre 1941).

Avis de vacances de chaires

Par arrêté en date du 7 octobre 1941, sont déclarées vacantes :

1° La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de l'université de Bordeaux ;

2° La chaire de clinique des maladies nerveuses et mentales de la faculté de médecine de l'université de Bordeaux.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Par arrêté en date du 7 octobre 1941, sont déclarées vacantes à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon :

1° La chaire de clinique obstétricale (dernier titulaire : M. Voron) ;

2° La chaire de pathologie générale et thérapeutique (dernier titulaire : M. Cade).

Un délai de vingt jours, à compter de la publication du présent arrêté au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Par arrêté en date du 7 octobre 1941, la chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 9 octobre 1941).

Centres régionaux d'éducation sanitaire

Par arrêté du 6 septembre 1941, des centres régionaux d'éducation sanitaire sont créés à Bordeaux, à Lyon et à Marseille, sous l'autorité des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

Par arrêté du 6 septembre 1941, ont été nommés directeurs des centres régionaux d'Education sanitaire :

A Bordeaux, M. le Docteur Ferdinand Piechaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A Lyon, M. le Docteur Pierre Delore, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A Marseille, M. le Docteur Jacques Sautet, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(*J. O.*, 5 octobre 1941).

Directions régionales de la santé et de l'assistance (zone non occupée)

Arrêté du 1er octobre 1941 modifiant les limites de régions sanitaires

Art. 1er. — L'article 1er de l'arrêté du 15 septembre 1941, portant délimitation de la région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Clavelin, directeur régional de la santé et de l'Assistance, exerce ses fonctions, est modifié comme suit :

« La région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Clavelin, directeur régional de la santé et de l'assistance, exercera ses fonctions, comprend les dépar-

tements du Rhône, de la Loire, de l'Ain (partie non occupée), de Saône-et-Loire (partie non occupée), du Jura (partie non occupée), de l'Ardèche, de la Drôme, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère ».

Art. 2. — L'article 2 de l'arrêté du 15 septembre 1941, portant délimitation de la région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Goulley, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions, est modifié comme suit :

« La région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Goulley, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions, comprend les départements des Bouches-du-Rhône, du Gard, du Vaucluse, du Var, des Alpes-Maritimes, des Hautes-Alpes des Basses-Alpes, de la Corse ».

Art. 3. — L'arrêté du 15 septvmbre 1941, portant délimitation de la région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Grenoilleau, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exerce ses fonctions, est modifié comme suit :

« La région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Grenoilleau, directeur de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions, comprend les départements de l'Hérault, de la Lozère, de l'Aveyron, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales ».

Art. 4. — L'arrêté du 15 septembre 1941, portant délimitation de la région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Cleret, directeur régional de la santé et de l'Assistance, exerce ses fonctions, est modifié comme suit :

« La région sanitaire dans laquelle M. le Docteur Cléret, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions, comprend les départements du Puy-de-Dôme, du Cantal, de la Haute-Loire, de l'Allier (partie non occupée) ».

Art. 5. — L'arrêté du 15 septembre 1941, portant délimitation de la région sanitaire dans laquelle M. Jouany, directeur régional de la Santé et de l'Assistance exerce ses fonctions, est modifié comme suit :

« La région sanitaire dans laquelle M. Jouany, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions, comprend les départements de la Haute-Garonne, du Tarn, de Tarn-et-Garonne, du Lot, de Lot-et-Garonne, de l'Ariège, du Gers, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées (partie non occupée), des Landes (partie non occupée), de laG ironde (partie non occupée) ».

(*J. O.*, 12 octobre 1941.)

Enseignement

Arrêté du 4 octobre 1491 supprimant la sixième année d'études en faveur de certaines catégories d'étudiants en médecine

Article unique. — L'article 1er de l'arrêté du 4 août 1941 est modifié et complété comme suit :

« Ne sont pas applicables aux catégories d'étudiants ci-dessous énumérées les dispositions de l'article 1er de l'arrêté du 9 mars 1934 susvisé, sous réserve que, du fait de leur présence sous les drapeaux, ils aient été retardés de plus d'une année scolaire dans leurs études :

« *a*) Les étudiants réservistes ayant accompli en temps de paix leur service militaire et rappelés sous les drapeaux du fait de la guerre ;

« *b*) Les étudiants accomplissant leur service militaire à la date du 3 septembre 1939 et maintenus sous les drapeaux du fait de la guerre ;

Voir la suite page LI-1883

PROPOS DU JOUR

DE DÉROUTEMENT EN DÉRAILLEMENT

Tous nos confrères doivent maintenant avoir pris connaissance du discours prononcé par le Docteur Serge Huard à la Conférence d'Aix. Ce discours a été publié dans le dernier numéro du *Bulletin de l'Ordre*, tables de la loi du médecin français.

C'est une allocution d'anniversaire, l'Ordre, à quelques jours près, ayant un an d'âge. Comme de coutume en pareille circonstance, l'orateur a évoqué le passé, et même un passé reculé jusqu'aux temps où le nouveau-né était encore dans le chou ; et il a préfiguré son avenir. Nous avons vécu ce passé ; sauf accident, nous vivrons cet avenir. C'est dire que, pas une ligne de cette pièce d'éloquence ne nous est indifférente et pas un sujet d'actualité ne saurait nous fournir matière à si palpitante conversation.

Le Docteur Huard a brossé un tableau vigoureux et assez juste de l'avant-guerre au sein du Corps professionnel. Son « climat », il faut en convenir, devenait de jour en jour plus malsain par le néfaste foisonnement des mercantis et des « m'as-tu vu ». Très sourcilleux sur le caractère libéral de sa profession, le médecin veillait jalousement à ce que le mot figurât noir sur blanc dans sa charte ; par contre, il passait volontiers condamnation sur de minces mais multiples chaînes dont on l'entravait avec une sournoise et diabolique dextérité.

« Sur un arbre perché il tenait dans son bec un fromage »..... et le laissait choir dans la gueule du premier renard coiffé qui venait lui proposer un « fixe ». La caractéristique aventureuse et quelque peu héroïque de sa profession étant le risque, l'incertitude du lendemain, le médecin français s'en paraît à juste raison comme d'un titre de noblesse ; mais sitôt qu'il le pouvait, il prenait une assurance contre ce risque en troquant un peu de liberté contre un peu de sécurité.

Les collectivités, aussi bien publiques que privées, l'achetaient au plus juste prix et l'enrôlaient dans le prolétariat de leurs salariés. Ces trente dernières années ne firent qu'accentuer sa domestication ; les médecins français la répudiaient aussi longtemps qu'ils étaient en groupe. Chacun, ou peu s'en faut, s'y pliait sitôt qu'il se retrouvait seul. Et les syndicats ne purent rien contre ce servage volontaire parce que leur discipline, étant librement consentie, était tout aussi librement violable.

Tout cela, le Docteur Huard l'a rappelé et nul d'entre nous ne peut s'inscrire en faux contre ses dires.

Pour résoudre, poursuit-il, les nombreux problèmes sanitaires nés de la défaite, de l'état précaire du pays, un geste s'imposait à lui : regrouper les médecins. Il eut la pensée de créer l'Ordre, « groupement de tous les médecins dirigé par des médecins, où ceux-ci font leur loi et l'appliquent sans contrôleur, sans commissaire du Gouvernement ».

Nous connaissions le mot : il sortait à peine de l'actualité et évoquait à nos yeux un projet précis ; il évoquait aussi le déchaînement furieux de controverses juchées sur des pointes d'épingles. « Va donc pour l'Ordre », disions-nous, « le pays ayant besoin de se ressaisir, *il lui faut avant tout une discipline* : ce sera la nôtre », faite spécifiquement pour nous et par des nôtres ».

Mais, dans le même temps, le Gouvernement ayant proclamé avec force sa volonté d'instaurer le régime des corporations, une seule incertitude nous intriguait : Cet Ordre est-ce la corporation elle-même ? En est-ce seulement l'organe disciplinaire ? On pouvait s'y méprendre, un projet girondin que nous avons longuement analysé dans le journal attribuant aux deux mots le même sens. La loi du 7 octobre était assez sibylline en son texte pour qu'on y trouvât, comme on dit, à boire et à manger : d'une part (art. 4), le Conseil supérieur de l'Ordre « maintenait la discipline intérieure et générale de l'Ordre » ; mais, d'autre part « il avait la garde de son honneur, de sa morale et de *ses intérêts* ». Et d'autre part encore les Conseils départementaux (art. 7) « sur toute l'étendue de leur ressort *surveillaient l'exercice de la médecine* ». Expression assez large pour qu'on en pût déduire tout ce qu'on voulait. Et les conjectures prirent aussitôt leur vol. Mais de toute façon, puisque l'Etat se déclarait si ouvertement corporatiste, nous attendions de voir se préciser la corporation médicale ou, peut-être, la corporation sanitaire.

Un premier texte vient nous assombrir et nous faire humer le vent avec appréhension. Je veux parler de cette loi du 15 octobre 1940 qui définissait les attributions des directeurs régionaux à

→→

la Famille et à la Santé. De tels pouvoirs étaient dévolus à ces hauts et même altissimes fonctionnaires qu'ils devenaient, en fait, des dictateurs régnant sur les services sanitaires de la région ; chefs des services d'hygiène publique et sociale, chefs des services départementaux d'assistance, grands maîtres de tous les établissements hospitaliers, tant privés que publics, ils nomment ou agréent les médecins et chirurgiens des hôpitaux publics ou privés et des dispensaires. Première dépossession, et d'importance, au détriment de l'Ordre-corporation. En tout état de cause, il apparaissait que celui-ci ne serait pas l'organisateur responsable du statut sanitaire de la nation, ce qu'un corporatisme réel devait faire de lui.

« Il n'est pas possible, s'écrie le Docteur Huard, que 29.000 médecins disposent souverainement, dans un domaine aussi essentiel que la Santé, de 42 millions de Français ».

D'accord ! aussi n'avait-il jamais été question de leur impartir ce pouvoir exorbitant et la souveraineté de l'Etat en régime corporatif était toujours réservée sous les espèces d'un droit de contrôle et de veto.

Mais l'on aperçoit le glissement opéré : de directeur responsable et contrôlé des services sanitaires que nous comprenions qu'il dût être, l'Ordre devenait un délégué qui, suivant les expressions même du Docteur Huard, formule des « avis », des « propositions », des « vœux ». Il « s'entremet », il « représente », il « interprète », *mais il ne réglemente pas, ou du moins s'il commande et dispose avec autorité, c'est seulement dans son sein*. En d'autres termes, l'Ordre est un maître pour les médecins (et cela, il l'a montré à maintes reprises et parfois non sans âpreté) et un simple conseiller technique pour l'Etat. Ce n'est pas ainsi que nous l'entendions, ni que le prévoyait la doctrine corporatiste. Que l'Etat eût barre et autorité sur l'Ordre, rien de mieux, puisque l'Etat, fondé de pouvoir de la collectivité, doit faire prévaloir sur tous autres les intérêts de cette collectivité. Mais nous comprenions que l'Ordre aurait les commandes en main avec devoir de rendre compte de ses projets et de sa conduite à son supérieur hiérarchique. Dans le glissement qui s'est opéré les positions respectives des deux personnalités en cause n'ont pas varié, mais voici l'Ordre refoulé dans la situation subalterne bien qu'honorifique de conseiller : il soupire des vœux.

Alerté par cette première déconvenue, le Corps médical avait parfaitement compris qu'on se méfiait de lui comme d'un « syndicat de patrons » visant à l' « exploitation d'un monopole ». Mais il avait compris aussi qu'il était exagérément optimiste de dire « En tous domaines, souverainement, la profession elle-même, l'Ordre, délibère, règlemente, juge, décide. Et aucun lien, aucune servitude, ne le rattache à la Puissance publique. »

***

A cet optimisme, en effet, la loi du 29 mai 1941 est venue donner un cinglant démenti.

Des taux maxima de remboursement en matière d'Assurances sociales, elle a fait des minima et en conséquence, dit-on, rehaussé substantiellement ces taux. Il faut pourtant se rappeler que depuis 1938 et pour de nombreuses Caisses, le tarif maximum dit de réassurance était devenu le tarif même de remboursement. Si donc ce tarif maximum n'était pas rehaussé, rien ne serait changé que son qualificatif. Ce rehaussement, on nous le promet, et même substantiel. Mais de combien exactement sera-t-il ? nous l'ignorons. Et en échange de cette promesse vague, on nous demande l'engagement de limiter nos honoraires au taux de remboursement ainsi obtenu « pour des actes médicaux et chirurgicaux nettement définis ... et pour un temps limité ».

Ces actes médicaux comporteront-ils la simple consultation et la visite ? Cela semble probable, car ces deux actes représentent à coup sûr le motif de beaucoup le plus fréquent à remboursement, les actes chirurgicaux et de spécialiste étant, par rapport à eux, l'exception. Les assurés sociaux seraient peu intéressés par une réforme qui n'engloberait pas ce qui constitue leur consommation quotidienne.

Or, le tarif de réassurance actuel, pour les villes de 100.000 habitants par exemple, étant de 22 fr. 50, le tarif syndical minimum est de 30 fr. Si le rehaussement envisagé n'atteint pas 7 fr. 50 les médecins y perdent ; s'il atteint 7 fr. 50, c'est-à-dire 33 %, ils ne gagnent rien. Les Caisses iront-elles au-delà ? On le souhaite, mais il est permis d'en douter. Et ce serait ainsi pour les médecins, fut-ce pour un temps limité, une stabilisation ou une baisse des prix dans le moment où le coût de la vie monte en flèche. N'est-ce pas de quoi s'émouvoir quelque peu ? L'entente directe du médecin avec son malade n'est-elle pas brutalement brouillée par l'intrusion de l'Etat entre eux deux ? Et que devient en tout ceci l'aménagement du service médical de la Nation par la profession médicale elle-même organisée en corporation ?

En définitive, nous attendions la corporation ; elle ne vient pas. Nous sommes sur le quai nous préparant à monter dans le train, puisque c'est le « train » du jour. Mais de malencontreuses aiguilles l'ont détourné de sa voie et maintenant il est... on ne sait plus où. Relégué sur une voie de garage ? Déraillé et mal en point sur le ballast ?

Qui nous le dira ?

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE BESOIN D'OXYGÈNE, L'OXYGÉNOTHÉRAPIE ET LA CARBOXYGÉNOTHÉRAPIE

par le Docteur L. BÉTHOUX

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Grenoble

LE BESOIN D'OXYGÈNE

Nous avons vu dans un précédent article combien l'anoxémie et le besoin d'oxygène étaient fréquents en pathologie (1).

L'oxygène puisé par l'organisme dans l'air ambiant pour atteindre les tissus passe successivement à travers les alvéoles pulmonaires, se fixe sur le sang qui le véhicule par les artères jusqu'aux capillaires et aux cellules où il est utilisé. A tous les relais de ce long parcours il peut y avoir *défaut d'oxygène* ou *anoxémie*. On comprend dès lors que le besoin d'oxygène puisse provenir, soit d'une pression insuffisante d'oxygène dans le poumon, c'est le besoin d'oxygène anoxémique de Dautrebande, qui peut être dû à une chute de la pression de l'oxygène dans l'air ambiant (accidents des grandes altitudes, des mines, etc...), ou à une insuffisance de la ventilation pulmonaire comme dans la plupart des affections pulmonaires aiguës ou chroniques ; soit par une réduction anormale de l'hémoglobine (anémie, hémorragie, intoxication par l'oxyde de carbone), soit d'une mauvaise distribution du gaz par perturbation circulatoire au cours des cardiopathies décompensées ; soit enfin d'une mauvaise utilisation de l'oxygène par les tissus soumis à un toxique (cyanure, alcool, etc...)

Il s'agit là d'une classification physio-pathologique claire, complète, indiquant bien l'origine de l'anoxémie, mais qui place sur le même plan les cas exceptionnels ou mal connus et les faits d'observation plus courante, aussi croyons-nous qu'il est préférable, du point de vue thérapeutique, d'envisager successivement le besoin d'oxygène au cours des affections médicales et chirurgicales.

DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE MODERNE on a recours très souvent à l'oxygénothérapie pour lutter contre la dyspnée du *pneumothorax ouvert traumatique ou opératoire* ; c'est là une indication majeure qui, en traumatologie, ne doit pas être méconnue, chez ces sujets l'inhalation permanente d'oxygène maintient la respiration normale plusieurs heures, quelle que soit la taille de l'ouverture pleurale (Dautrebande).

Les complications pulmonaires post-opératoires, les manifestations respiratoires des grands blessés shokés, des blessés gazés s'accompagnent également d'anoxémie justiciable de l'oxygénothérapie. Il en est de même des *grandes hémorragies* qui, par diminution brutale de l'hémoglobine, provoquent une déficience d'oxygène accentuée ; en pareil cas il faut compléter systématiquement la transfusion sanguine par l'inhalation d'oxygène.

Au cours de *l'anesthésie*, l'anoxémie est de règle (Léon Binet et M. V. Strumza), aussi l'usage de l'oxygène associé à l'anesthésique se répand-il de plus en plus, notamment lorsque ce dernier est un gaz tel que le protoxyde d'azote, l'éthylène ou le cyclopropane ; l'adjonction d'une certaine proportion de CO^2 paraît renforcer l'action du gaz vital, cette pratique donne des narcoses très régulières avec un danger syncopal réduit.

EN PATHOLOGIE MÉDICALE l'anoxémie est beaucoup plus fréquente et les indications de l'oxygénothérapie plus nombreuses.

C'est avant tout au cours des *affections respiratoires et cardiovasculaires* que le mal d'oxygène se fait sentir, il se manifeste par de la dyspnée ou de la cyanose ou par les deux à la fois.

Dans les *maladies pulmonaires aiguës*, le besoin d'oxygène est rapide, aussi ne faut-il pas attendre l'apparition de la cyanose ou d'une dyspnée trop vive pour administrer l'oxygène, on doit le donner dès les premières phases de l'affection, on empêche ainsi l'anoxémie de se développer et l'on facilite les défenses naturelles de l'organisme.

Cette remarque s'applique notamment à la *bronchopneumonie, la pneumonie massive, la bronchite capillaire, à l'œdème aigu du poumon* ; dans ces pneumopathies il y a anoxémie par insuffisance d'aération pulmonaire, les alvéoles encombrées ne laissent passer ni l'oxygène, ni l'acide carbonique, l'anoxémie se complique d'hypercapnie avec acidose gazeuse ; l'oxygénothérapie doit être précoce, continue et prolongée, en particulier en ce qui concerne les *bron-*

(1) L. BÉTHOUX. L'anoxémie et le besoin d'oxygène. (*Le Concours Médical*, n° 42 du 19 octobre 1941.)

chopneumonies de l'enfant et du vieillard, le séjour prolongé de plusieurs heures, plusieurs jours même dans une atmosphère suroxygénée telle que la réalise la tente à oxygène, provoque souvent de véritables résurrections ; un débit de quatre litres par minute permet en général une proportion de 50 à 60 % d'oxygène dans l'air respiré.

Ce gaz ne semble pas agir comme un agent spécifique, il permet simplement à l'organisme de se mieux défendre vis-à-vis du processus pathogène, il n'exclut pas la thérapeutique classique, bien au contraire, il en renforce les effets.

D'autres affections aiguës du poumon entraînent également le besoin d'oxygène mais à un degré moindre, ce sont : les *congestions pulmonaires* variées, les *abcès du poumon* volumineux, la *gangrène pulmonaire à forme pneumonique*, les *embolies pulmonaires*, le *pneumothorax suffocant*, la *coqueluche* dans ses formes graves ; toutes sont également justiciables de l'oxygénothérapie. En ce qui concerne *l'asthme bronchique* il convient de distinguer avec J.-C. Meakins, *l'asthme catarrhal* avec hypersécrétion bronchique, râles nombreux, cyanose pourpre, qui entraîne de l'anoxémie avec hypercapnie et acidose gazeuse par rétention de CO^2 ; de *l'asthme sec* sans bruits adventices, avec *cyanose gris ardoisé*, ou l'hyperventilation pulmonaire excitée par l'anoxémie expulse le CO^2 malgré le spasme bronchique, créant ainsi un état d'acapnie avec alcalose gazeuse. Dans le premier cas l'oxygène seul est indiqué, dans le second l'adjonction de 6 à 7 % de CO^2 donnerait de meilleurs résultats (Campell et Poulton).

Parmi les *affections pulmonaires chroniques, l'emphysème avec bronchite chronique* et la *tuberculose pulmonaire ulcéro et fibro-caséeuse* s'accompagnent d'un besoin d'oxygène très marqué, il résulte d'une anoxémie par modification de la texture bronchio-alvéolaire et s'accompagne toujours d'hypercapnie avec acidose gazeuse plus ou moins bien compensée. La chronicité même de ces affections ne permet pas d'envisager l'oxygénothérapie comme médication de fond, mais elle peut rendre de grands services soit au cours des poussées de bronchite aiguë, si fréquentes au cours de la bronchite chronique emphysémateuse ; soit dans les crises dyspnéiques asthmatiformes des tuberculeux fibreux ; soit encore dans la dyspnée persistante des phtisiques avancés, mais ici il faut un pourcentage réduit d'oxygène 30 à 40 % au plus, afin d'éviter l'action congestionnante du gaz pur, qui pourrait provoquer des hémoptysies.

Les maladies cardio-vasculaires, dans certaines conditions, provoquent une perturbation dans le transport de l'oxygène, par vitesse circulatoire réduite ou encombrement de la circulation de retour, il s'en suit une anoxémie circulatoire avec accumulation de CO^2 à la périphérie et diminution de l'oxygène dans le sang capillaire, il y a également dyspnée et cyanose comme au cours des affections pulmonaires, mais les améliorations sont moins régulières, aussi ne doit-on considérer ce traitement que comme un adjuvant des médications toni-cardiaques et diurétiques classiques.

Les auteurs américains, Barach et Richards notamment, ont appliqué, depuis longtemps déjà, cette thérapeutique tant aux *petits cardiaques* qu'aux *grands asystoliques* ; chez les premiers, ils ont obtenu des résultats sans l'adjonction des toni-cardiaques habituels ; chez les seconds, cette médication est nécessaire ; combinée au séjour sous la tente à oxygène ils ont constaté au bout de quelques heures une amélioration fonctionnelle réelle portant surtout sur la dyspnée, après trois à six jours, dans les cas favorables, la diurèse s'établit et les œdèmes diminuent, chez certains cardiaques avancés l'oxygénothérapie aurait rétabli la diurèse et réduit les œdèmes même après échec de la digitale et des diurétiques mercuriels.

L'angine de poitrine qui, pour Lewis, s'accompagne toujours d'un défaut d'oxygène au niveau du muscle cardiaque par rétrécissement des artères coronaires est justiciable de l'oxygénothérapie, en particulier en cas de crises répétées.

Dans *l'infarctus du myocarde*, pour les mêmes raisons, l'oxygène en réduisant l'anoxémie du myocarde améliore rapidement les symptômes subjectifs (Barach).

Laubry et ses collaborateurs ont confirmé en partie ces travaux (1) ; cependant à côté d'excellents résultats, ils ont observé des échecs partiels ou complets et même quelques accidents heureusement très rares, notamment au cours des cyanoses acquises avec dyspnée, gros cœur, artère pulmonaire dilatée ; il s'agit d'accidents psychiques : confusion mentale, céphalée, incoordination, etc... pouvant entraîner la mort. Barach attribue ces accidents au changement brutal de la tension de l'oxygène dans les tissus.

On se rend compte par cet aperçu succinct que l'oxygénothérapie, tout au moins au cours de l'anoxémie circulatoire, n'est pas une méthode anodine, il faut en surveiller l'application, maintenir le débit et le taux de l'oxygène dans des limites fixes, car il subsiste encore beaucoup de données inconnues dans le mécanisme d'action du gaz vital.

Les pneumopathies par les gaz de combat et certaines intoxications sont également améliorées par l'oxygène.

(1) Ch. LAUBRY, Fr. JOLY et Ch. GUILLAUMIN. Indications et technique de l'oxygénothérapie dans les affections cardio-vasculaires. (*La Presse Médicale*, nos 44-45, 15 et 18 mai 1940, p. 489-492).

Les principaux gaz de guerre sont anoxémiants par action directe sur les poumons ou les tissus. Les *suffocants (phosgène)* provoquent de la bronchite congestive et de l'œdème pulmonaire aigu ; les *vésicants (ypérite)* agissent sur les voies respiratoires supérieures et s'accompagnent souvent de bronchopneumonies secondaires ; les *arsines vésicantes et suffocantes (lewisites)* entraînent un afflux leucocytaire dans les alvéoles avec action toxique sur les tissus ; tous créent un mal d'oxygène grave qui est amélioré par l'oxygène. L'adjonction de CO^2 préconisée par quelques auteurs est nettement contre-indiquée en pareil cas, car d'après Magne et D. Cordier il existe déjà chez ces « gazés » un acidose gazeuse par hypercapnie, il est donc inutile d'augmenter encore le taux sanguin d'acide carbonique qui est déjà trop élevé.

Par contre dans *l'intoxication par l'oxyde de carbone* fréquemment observée dans la pratique civile et plus encore dans la guerre moderne (obus incendiaires, casemates à mitrailleuses, déflagration d'obus, etc...), l'adjonction à l'oxygène de 7 % de CO^2 (carbogène), suivant la méthode préconisée par Yandel Henderson, donne d'excellents résultats, surtout combinée à la respiration artificielle ; on lutte ainsi très efficacement contre l'anoxémie et l'hypocapnie par stimulation du centre respiratoire.

D'autres produits toxiques, tels que les *cyanures, l'alcool*, etc., véritables poisons histologiques empêchent l'utilisation de l'oxygène par les tissus et créent ainsi une anoxémie tissulaire ; l'oxygénothérapie là encore est un précieux adjuvant des médications antitoxiques appropriées.

Il nous reste à dire un mot sur le *mal des montagnes* et sur les *accidents des aviateurs*. Il s'agit ici de l'anoxémie de Jourdanet, bien étudiée par Paul Bert, elle est due à une chute de la pression d'oxygène dans l'air inspiré produite par la dépression barométrique. L'oxygène alvéolaire en raison de la chute de cette pression passe de 100 millimètres de Hg (niveau de la mer) à 53 millimètres de moyenne à 4.300 mètres; le sang artériel saturé à 95 % en moyenne dans la plaine, n'accuse plus à cette altitude que 86 %, cette anoxémie excite le centre respiratoire d'où hyperpnée et rapidement acapnie, il s'en suit des malaises variés avec céphalée, obnubilation, incoordination et syncope.

Ce besoin d'oxygène à l'altitude offre un intérêt tout spécial en aviation, tous les appareils actuels sont munis d'un réservoir d'oxygène comprimé avec débitmètre, communiquant avec les masques individuels à prise d'air libre munis d'un appareil électrique de réchauffement ; jusqu'à 3.000 mètres, le besoin d'oxygène peut passer inaperçu ; néanmoins des vols prolongés à cette altitude, et à plus forte raison au-dessus, impliquent le port continu du masque.

L'OXYGÉNOTHÉRAPIE ET SA TECHNIQUE

« La vertu de l'oxygénothérapie tient toute entière dans sa technique et si pendant longtemps ses bienfaits ne sont pas apparus, il faut en accuser la méconnaissance où l'on se trouvait de ses lois ». C'est ainsi que s'exprime Dautrebande (1).

Pendant très longtemps, d'une façon empirique, on préconisa les injections sous-cutanées d'oxygène et de nombreux appareils furent préconisés à la suite de l'oxygénateur de R. Bayeux (1911), notamment ceux de Lian et Navarre, de R. Giroux, etc... Comme le font remarquer H. Magne et D. Cordier, le raisonnement suffit pour prévoir le peu d'effet de cette thérapeutique : l'homme au repos consomme 300 c. c. d'oxygène par minute environ, l'insufflation sous la peau de 500 à 600 c. c. d'oxygène, qui ne se résorbent qu'en plus d'une heure, ne peut donc modifier en rien l'oxygénation du sang (2). Pour Dautrebande ces améliorations s'expliqueraient par une action stimulante centripète réflexe provoquée par la distension douloureuse des tissus et peut-être aussi par un facteur psychique ? D'après le mécanisme de la respiration on conçoit qu'il n'y ait qu'un moyen pour augmenter le taux de l'oxygène combiné à l'hémoglobine et de l'oxygène dissous, c'est d'élever la pression et par conséquent le taux de l'oxygène dans l'air inhalé, en créant une atmosphère suroxygénée.

La voie respiratoire est donc la seule voie d'introduction logique et efficace. Il faut abandonner définitivement le classique « ballon d'oxygène » de capacité et de pression insuffisante, et le remplacer par le « tube d'oxygène » métallique contenant de 2.000 à 3.000 litres de gaz sous pression. Ces « obus » utilisés pour la soudure autogène se trouvent facilement dans le commerce ; ils sont lourds et de manipulation difficile, il est utile d'avoir un porte-tube mobile à roues caoutchoutées pour les déplacer. Il faut les munir d'un manodétendeur débitmètre, comportant un manomètre de part et d'autre de la chambre de détente, l'un indiquant la pression d'oxygène dans le tube, c'est-à-dire la provision d'oxygène, l'autre renseignant sur la quantité de gaz qui s'échappe du réservoir et que l'on peut graduer à volonté ; *le débit de 6 à 8 litres à la minute est le plus couramment employé.*

On peut administrer l'oxygène d'une façon discontinue ou continue ; dans le premier cas on utilise un *masque*, dans le second la *chambre* ou la *tente à oxygène*.

Le masque à inhalation est certainement le

(1) DAUTREBANDE. Oxygénothérapie et carbothérapie. (Masson, édit. 1937, p. 180).

(2) H. MAGNE et D. CORDIER. Les gaz de combat. (Baillière et fils, édit. 1936, p. 108).

dispositif le plus simple, le plus économique pour administrer l'oxygène, c'est par excellence le procédé du praticien. Il existe divers modèles que l'on peut classer en deux catégories : 1° les masques étanches à soupape inspiratoire et expiratoire s'appliquant hermétiquement sur le nez et la bouche du sujet ; ils réduisent au maximum l'espace mort respiratoire, ils permettent une forte concentration et une économie d'oxygène, mais ils ne sont que difficilement tolérés par les malades dyspnéiques et par les enfants ; les plus connus sont ceux de Legendre et Nicloux, de Cot, de Héderer et André, etc... ; 2° les autres sont ouverts à l'air, faciles à supporter, mais dispendieux entraînant une perte d'oxygène ; un des plus simples est celui de Léon Binet et Madeleine Bochet : chez un sujet normal, avec un débit de 8 litres à la minute, il donne une concentration en oxygène de 60 à 65 % et 1,4 % de CO^2 (1). L'oxygénothérapie avec un tel masque répond vraiment à toutes les indications de la médecine d'urgence.

Malheureusement on ne peut prolonger très longtemps le port du masque, même pour les appareils « ouverts » ; d'autre part, l'expérience actuelle montre que dans beaucoup de cas l'oxygénothérapie pour être efficace doit être non seulement *précoce* et *abondante*, mais *continue* et *prolongée* ; il faut que le malade « vive » jour et nuit dans une enceinte suroxygénée : pour cela on a conçu la *chambre* et la *tente à oxygène*.

Nous ne parlerons que pour mémoire des *chambres à oxygène*, elles sont annexées à certains hôpitaux, leur prix de revient est tel qu'il en réduit l'usage.

Plus simples, moins onéreuses sont les *tentes à oxygène* individuelles, elles sont transportables et peuvent être installées directement sur le lit du malade. Il s'agit d'une enceinte pliante en tissu imperméable, avec larges fenêtres transparentes, qui se limitent en général à la partie supérieure du corps du patient, elle est accompagnée de deux récipients annexes : l'un contenant de la glace, l'autre de la chaux sodée ; un moteur permet de faire circuler l'air enrichi d'oxygène, de le faire passer régulièrement sur la glace, pour le refroidir et précipiter la vapeur d'eau, et sur la chaux sodée pour absorber le CO^2.

L'oxygène est distribué au moyen d'un obus avec manodétendeur et débitmètre.

En France J. Duffour un des premiers a équipé une tente à oxygène (2). Il existe actuellement des modèles très simples qui n'utilisent pas de moteur, celle du Docteur Arnulf (1) et celle de Léon Binet et Madeleine Bochet plus simple encore puisqu'elle évite l'emploi de la chaux sodée (2). Avec cette tente l'analyse de l'atmosphère à l'eudiomètre de Plantefol a donné pour un débit d'oxygène de 81 litres après vingt minutes : 56 % d'oxygène et 1,45 % de CO^2. On peut faire varier le débit à volonté, en moyenne il doit être de 4 à 8 litres par minute suivant les cas. Signalons qu'il existe des « cloches » ou « incubateurs » pour nourrissons qui avec un débit de 3 litres par minute permettent d'obtenir une concentration de 50 à 60 % d'oxygène.

Carboxygénothérapie

Parfois l'adjonction à l'oxygène d'une proportion de 5 à 7 % d'acide carbonique, augmente l'effet du gaz vital. C'est le « *carbogène* ». Nous avons envisagé il y a quelques années, dans ce journal, les applications du carbogène, que l'on a voulu étendre considérablement (3). En réalité depuis que les techniques de l'oxygénothérapie se sont perfectionnées, surtout depuis l'usage plus répandu des masques ouverts et des tentes à oxygène, ce gaz semble prendre le pas sur le carbogène. Néanmoins ce mélange gazeux a des indications précises, notamment lorsqu'il faut exciter le centre respiratoire : au cours de *l'intoxication par l'oxyde de carbone* et de diverses *asphyxies accidentelles* ; au début de *l'anesthésie* ou au cours des *syncopes anesthésiques* ; dans les *complications pulmonaires post-opératoires* ; dans la *mort apparente du nouveau-né*, etc... Enfin certains auteurs en préconisent l'emploi de préférence à l'oxygène pur dans la *pneumonie lobaire* (Coryllos et Birnbaum) ; dans *l'asthme bronchique sec* (Campell et Poulton) ; dans *l'angine de poitrine* et *l'infarctus du myocarde* (Yandel Henderson).

Des dispositifs transportables très pratiques, avec obus d'oxygène et d'acide carbonique permettent de pratiquer indistinctement l'oxygénothérapie, la carbothérapie ou la carboxygénothérapie, en faisant varier à volonté le taux de CO^2 ajouté à l'oxygène ; c'est en particulier le pulmo-ventilateur de Héderer (4), l'appareil à carbothérapie et carbogénothérapie du Docteur Cot (5). On peut également se procurer des obus de carbogène comprimé avec nécessaire d'inhalation (6).

(1) Léon Binet et Mlle Madeleine Bochet. Dispositifs pour la pratique de l'oxygénothérapie. (*La Presse Médicale*, nos 44-45, 15-18 mai 1940.)

(2) J. Duffour. L'oxygénothérapie; ses bases physiologiques et physiopathologiques. (Thèse, Bordeaux, 1923).

(1) J. et G. Lépine, Constructeurs, 14, place de Terreaux à Lyon.

(2) Rainal. Mobilier chirurgical, 236, rue Saint-Denis, Paris.

(3) L. Béthoux. Le carbogène doit-il remplacer l'oxygène dans la pratique médicale courante ? (*Le Concours Médical*, n° 6, 7 février 1937.)

(4) E. Splengler, Constructeur, 16, rue de l'Odéon, Paris-VIe.

(5) Société générale d'applications thérapeutiques, 98, rue de Sèvres, Paris-VIIe.

(6) Société de l'Oxhydrique français, 8, avenue Jules-Ferry, Malakoff (Seine).

LES PRURITS VULVAIRES ET LEURS TRAITEMENTS

Par Raoul PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie à la Faculté

Le prurit vulvaire peut n'être qu'un élément épisodique d'un état prurigineux généralisé. Nous n'étudierons que les prurits qui restent localisés à la vulve, ou qui, étendus aux régions voisines (périnée, anus, face interne des cuisses) prédominent à la vulve.

Il faut distinguer le prurit des douleurs cuisantes qui peuvent accompagner le vaginisme, les algies génitales, certaines vulvo-vaginites, en particulier mycosiques : il peut d'ailleurs leur être associé.

Ce qui le caractérise, comme tout prurit, c'est le besoin impérieux de gratter et le soulagement transitoire que procure le grattage.

C'est là un syndrome très fréquent (10 p. 100 des consultantes si on y comprend les cas légers, que les malades ne signalent pas spontanément, souvent par pudeur, pensant en trouver soulagement en même temps que des autres troubles), par contre, les prurits graves et rebelles sont assez rares, un cas sur vingt environ.

Etude clinique

Le prurit vulvaire peut survenir à tout âge, mais plus particulièrement pendant la gestation et à la ménopause.

Son début est le plus souvent discret pendant plus ou moins longtemps. Il survient généralement *par crises*, souvent à heure fixe, et durant de quelques minutes à une heure et davantage. Ces crises sont habituellement provoquées par une cause insignifiante en apparence écart de régime, digestion, chaleur du lit ; elles sont souvent particulièrement intenses au moment des règles.

La femme ressent une sensation de démangeaison vulvaire si intense, qu'elle est souvent obligée de s'isoler aussitôt pour se gratter ; parfois la main ou le doigt ne suffisent pas, et elle se sert de ses ongles ou même d'une brosse dure.

Le grattage énergique donne un soulagement transitoire ; les applications froides ont parfois le même effet.

Les grattages répétés entraînent des lésions secondaires de la peau, avec eczématisation et lichénification plus ou moins étendues, et, d'autre part, une irritation nerveuse avec insomnie ; l'onanisme est aussi une conséquence assez fréquente ; parfois des troubles psychiques graves peuvent survenir, surtout chez les prédisposées ; le suicide n'est pas exceptionnel.

Diagnostic étiologique

Les causes de prurit vulvaire sont multiples, locales, régionales, hormonales ou générales, et il semble bien que souvent plusieurs de ces causes soient associées dans la production du prurit.

C'est pourquoi, en présence de tout prurit vulvaire, nous estimons qu'il y a lieu de rechercher systématiquement : 1° l'existence d'une lésion locale ou régionale ; 2° l'état du terrain humoral, nerveux et psychique ; 3° l'occasion déclanchante des crises et leur mécanisme probable.

Recherche de la lésion locale ou régionale

I. — On commencera par une *inspection minutieuse de la région vulvo-périnéale.*

Parfois on trouvera une *vulvo-vaginite évidente*, avec sécrétions muco-purulentes, et nous verrons plus loin les examens nécessaires pour en préciser la nature.

D'autres fois, l'*irritation est plus discrète*, et on pourrait la considérer aussi bien comme secondaire au grattage qu'à l'origine de celui-ci. Il faut alors examiner minutieusement toute la région, en faisant indiquer les zones les plus prurigènes, en les précisant au besoin à l'aide de frôlements légers.

L'examen de la peau pubienne et vulvaire peut démontrer une phtiriase, une acariose, de l'eczéma, des infections banales cocciennes ou une épidermomycose.

L'examen de la muqueuse vulvaire peut montrer de petits foyers inflammatoires au niveau des glandes de Skene ou de Bartholin ou d'une des nombreuses kryptes vulvaires.

Parfois enfin, c'est l'anus qui paraît particulièrement irrité, et l'on songera au rôle possible des hémorroïdes et des oxyures (dont on fera au besoin chercher les œufs par un examen microscopique des selles).

Parfois l'irritation vulvaire paraît liée à un manque de soins de propreté, d'autres fois, au contraire, il y aura lieu d'incriminer des soins excessifs, l'emploi de savons ou de produits antiseptique ou anticonceptionnels irritants.

Enfin, chez les femmes ménopausées, parfois plus tôt, on pourra trouver des *lésions atrophiques de la vulve*, avec muqueuse mince, sèche, luisante et hypersensible ; souvent sur celle-ci tranchent des taches blanchâtres de leucoplasie, qui paraissent le point de départ des sensations pruritiques ; parfois, il s'y surajoute des rétractions kraurosiques.

II. — On prélèvera ensuite avec une spatule un peu de *sécrétion vaginale* pour en rechercher

le pH (à l'aide du réactif acidimétrique de Guillaumin) pour faire un examen à frais (recherche du trichomonas, découvert par la mobilité de ses flagelles) et des frottis (recherche de monilia albicans, du gonocoque, etc.).

On introduira ensuite un petit speculum, avec lequel on inspectera les culs-de-sac vaginaux et le col ; toujours on fera l'expression de celui-ci à l'aide des valves du speculum pour déceler une endocervicite, et une pulvérisation de lugol, le test de Schiller pouvant déceler des leucoplasies ou une involution précoce du col.

III. — Le *toucher vaginal*, combiné au palper, pourra déceler une lésion utérine (fibrome) ou annexielle (salpingite) ; on recherchera toujours l'état de la mobilité utérine, car il semble que ce soit surtout la paramétrite et la douglassite qui puissent être génératrices de prurit (R. Bernard).

Etude du terrain

La plupart des affections locales que nous avons citées peuvent exister sans prurit. Il semble que le prurit n'apparaisse que s'il y a en même temps un terrain spécial, humoral, nerveux ou psychique.

C'est pourquoi on recherchera toujours s'il n'y a pas d'intoxication exogène, ou plus souvent endogène, notamment diabète, et plus rarement insuffisance hépatique ou rénale. La constipation agit probablement plutôt dans le déclanchement des crises, en favorisant la congestion pelvienne.

Parfois l'on décèle, comme dans les autres prurits, un état de sensibilisation (intolérance, anaphylaxie) et d'instabilité humorale.

Parfois, c'est une lésion du système nerveux (tabes), très souvent, c'est une *nervosité générale*, avec déséquilibre neuro-végétatif, souvent à tendance sympathicotonique, que l'on trouve chez ces sujets. Il semble que celle-ci ait préexisté au prurit, mais s'aggrave toujours à mesure que celui-ci dure, et constitue un facteur non négligeable de la persistance indéfinie du syndrome.

Occasion déclanchante des crises et mécanisme probable

Parmi les occasions déclanchantes de la crise, dont nous avons déjà cité une partie, il semble qu'on puisse faire deux groupes principaux :

— les unes sont des causes de *congestion pelvienne* (chaleur du lit, digestion, écarts de régime, etc.) et tout ce qui entretient la congestion pelvienne tend à favoriser le retour des crises de prurit ;

— les autres sont d'ordre psychique, et tout médecin en comprendra la possibilité s'il se rappelle les sensations de prurit ressenties par lui aux consultations de gale par exemple. Chez la femme, l'appareil génital représente une cause de préoccupations si fréquentes, pour les raisons les plus variées, qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si celles-ci, s'extériorisent assez souvent par un prurit vulvaire en partie parfois entièrement *psychogène*.

Au total

Il est habituel qu'on décèle à la fois plusieurs des causes que nous avons ainsi passées en revue, mais, si l'on recherche la *dominante étiologique*, on trouve quatre variétés étio-pathogéniques principales :

1° *Les prurits vulvaires par vulvo-vaginites* à trichomonas, à monilia, à gonocoques ou à germes banaux ; forme fréquente ; mais habituellement peu intense, et guérissant facilement par le traitement de l'infection causale ;

2° *Les prurits vulvaires par atrophie vulvo-vaginale*, généralement liés à la carence folliculinique de la ménopause naturelle et surtout de la ménopause artificielle, mais survenant parfois avant la ménopause, souvent chez des femmes peu ou mal réglées, ou traduisant peut-être un trouble de réceptivité vulvaire aux hormones ovariennes ou un trouble de son innervation sympathique.

3° Les prurits vulvaires *psychogènes*, tantôt purs, tantôt mixtes à part psychique prédominante, et qui posent des problèmes particuliers.

4° Quant aux *prurits vulvaires gravidiques*, ils sont manifestement favorisés par la congestion et la leucorrhée vaginale gravidique, mais sont dus suivant les cas au trichomonas, au muguet vaginal (monilia albicans) à la glycosurie ou à la toxémie gravidique ; ils sont fréquents surtout dans les quatre derniers mois de la grossesse.

Traitement

Le traitement devra avant tout être *étiologique* s'adressant aux lésions locales et au terrain. Toutefois, le traitement *symptomatique* pourra être indiqué, soit en attendant que le traitement étiologique ait agi, soit en cas d'échec de celui-ci ou d'échec de l'enquête étiologique (prurits dits essentiels, de plus en plus rares).

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Traitement de la lésion locale ou régionale

1° *Prurit vulvaire par vulvo-vaginites.*

La vaginite à trichomonas sera traitée par des comprimés vaginaux de stovarsol ; les vaginites à monilia ou à germes banaux par le nitrate d'argent à 1 pour 2.000 (une cuillerée à soupe d'une solution mère à 10 grammes de nitrate pour 150 grammes d'eau distillée dans deux litres d'eau filtrée bouillie) et des badigeonnages vagino-vulvaires au nitrate d'argent à 1 pour 20 ou au violet de gentiane à 1 pour 100. S'il existe des foyers vulvaires persistants, on les détruira par électrocoagulation. Si l'irritation est entretenue par une cervicite, on traitera celle-ci d'abord par les sulfamides, ensuite par la diathermie et les

vaccins, enfin par une électrocoagulation. On traitera par les moyens appropriés les lésions cutanées de voisinage, les lésions de l'anus, les oxyures, etc...

2° *Prurit vulvaire par atrophie vulvo-vaginale.*

Le prurit vulvaire atrophique, par carence folliculinique ménopausique sera traité par la folliculine à fortes doses (Schockaert) : il faut injecter 5 milligr. de benzoate d'œstradiol une ou même deux fois par semaine pendant un ou même deux mois ; parfois cependant des doses plus faibles suffisent, surtout si l'on y associe l'emploi local de pommade à la folliculine. La testostérone a également une action nette sur un certain nombre de ces prurits, probablement par suite de son action biologiquement identique sur le plexus sympathique hypogastrique (Moricard). La folliculine fait souvent disparaître également les taches leucoplasiques, mais n'agit pas toujours sur la rétraction kraurosique ;

3° Prurit vulvaire *par lésions pelviennes de voisinage*.

Si les traitements médicaux ont échoué, il faudra parfois recourir à la laparotomie (R. Bernard) pour traiter un fibrome, un prolapsus utérin, une douglassite, etc. Il semble indiqué de faire dans ces cas en même temps, la résection du nerf présacré.

Traitement du terrain

Naturellement, on traitera comme il convient un diabète, une insuffisance rénale ou hépatique, etc...

Si on soupçonne un état de sensibilisation et d'instabilité humorale, on appliquera les thérapeutiques habituelles de *désensibilisation* autohémothérapie, hyposulfite de soude, injections d'extrait désalbuminé de rate de porc, protéinothérapie, etc.).

En cas de *nervosité* générale excessive, conseiller les bromures, la valériane et même les opiacés (Muret) s'il n'y a pas moyen d'obtenir autrement le sommeil et la cessation du grattage. On corrigera le dérèglement neurovégétatif par les médications correspondantes, et, en cas d'élément thyroïdien associé, on donnera de la diiodotyrosine ou de l'hématoéthyroïdine. L'hydrothérapie, des exercic physiques bien dosés, des conseils sur le mode de vie et l'hygiène compléteront ce traitement du terrain.

Dans les prurits vulvaires à part *psychogène* prédominante, il faut déceler et dénoncer les mécanismes psychiques qui entraînent le grattage et le prurit. C'est là une question de perspicacité et de tact, mais parfois particulièrement efficace. Il peut arriver cependant que le prurit psychogène soit suffisamment rebelle pour justifier un isolement de quelques semaines.

Traitement symptomatique

Parmi les innombrables applications locales qui ont été recommandées dans les prurits vulvaires, nous retiendrons seulement, avec Vayssières :

— les bains de siège froids, acidulés et courts, suivis de séchage et de poudrage au talc salicylé ;

— les lotions vulvaires à l'hydrate de chloral — acide phénique ;

— les badigeonnages vulvaires au nitrate d'argent à 1 pour 20 ou au violet de gentiane à 1 pour 100 ;

— les effluvations à l'électrode à vide de Mac Intyre pendant 5 à 10 minutes.

Pour les cas rebelles, on peut :

— ou bien pratiquer des injections locales sous-cutanées de quinine-urée (Vignes) .

— ou bien s'adresser à la radiothérapie dite sympathique (Gouin, Delherm) : 50 à 120 r. par séance, filtrés sur 2 mm. d'aluminium, séances tous les deux jours, dose totale 500 à 800 r.

Enfin, en cas d'échec des autres moyens, on aura recours à la *chirurgie* :

— soit résection limitée d'une petite lésion vulvaire prurigène, leucoplasie notamment (d'autant que celle-ci représente toujours un risque de cancer ultérieur) ;

— soit section des nerfs honteux internes (Rochet, Wertheimer), qui a l'inconvénient de provoquer une insensibilité clitoridienne, et doit donc être évitée chez la femme jeune (la section de la seule branche périnéale pourrait être tentée si le clitoris ne participe pas au prurit) ;

— soit résection du nerf présacré (Cotte en a obtenu une guérison, deux améliorations et un échec, réparé ultérieurement par section des nerfs honteux) ;

— soit vulvectomie plus ou moins étendue, mais dépassant nettement les zones prurigènes, et sacrifiant le clitoris si celui-ci participe au prurit. Ces vulvectomies donnent, même en cas de kraurosis, à condition de n'opérer qu'en tissu cutané sain, des cicatrices parfaitement souples (Muret).

BIBLIOGRAPHIE

COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, 1931.

SCHOCKAERT. — *Bruxelles médical*, 13 septembre 1936.

Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Paris, 1937 *in* : Gynécologie et Obstétrique, 1937 ; Rapports de VAYSSIERE et COTTE ; Communications de LABHARDT, R. BERNARD, KREIS, JEANNENEY, MORICARD, MURET, DELHERM.

GOUGEROT. — *Concours médical*, 20 mars 1938.



TRAITEMENT DES RECTITES

Le traitement des rectites comporte : 1° l'emploi de médications générales variables avec l'étiologie (émétine, sulfamides, arsenicaux, etc.) ; 2° des thérapeutiques particulières lorsqu'un état causal précis intervient : rectites de causes vénériennes (syphilis, blennorragie, chancrelle), rectites traumatiques (sodomie), anorectite tuberculeuse, rectite de la maladie de Nicolas-Favre, rectites par affections locales (hémorrhoïdes, fistules, polypes, parasitoses, etc.) ; 3° des traitements locaux qui sont dans bien des cas les plus importants, l'étiologie des rectites restant en effet assez souvent indéterminée.

Voici, d'après la thèse du Docteur Cossart (1), un résumé de ces traitements locaux.

Les procédés les plus utilisés sont : pour l'ampoule rectale, les lavages et les pansements ; pour le canal anal, les pommades et les suppositoires.

Les lavages s'adressent aux rectites purulentes. Ils doivent être donnés à faible pression, avec une canule à double courant si possible. On emploie l'eau bouillie, le sérum physiologique, les mélanges huileux auxquels on ajoute du bleu de méthylène (1 %), de la gonacrine (1 p. 2000) du violet de gentiane (2 %). Souvent mal tolérés, il est vrai, on leur préfère généralement les lavements à garder, que l'on peut, s'il est utile, laudaniser et qui ne comportent qu'une petite quantité de liquide (60 à 100 c. c.). Rachet et Busson ont signalé l'action cicatrisante sur la muqueuse rectale des lavements de vitamine A en préparation huileuse.

Les formes hémorragiques demandent des petits lavements chauds, à 38°-40°, auxquels on pourra adjoindre les médicaments coagulants et, dans les formes graves, un traitement général approprié. Contre les formes douloureuses, prescrire les petits lavements à l'huile goménolée à 2 %, au liniment oléo-calcaire, à l'eau bismuthée. Dans les rectites purulentes, lavements antiseptiques. On peut encore utiliser, sous contrôle rectoscopique, les insufflations de poudres inertes (sous-gallate de bismuth, oxyde de zinc), mais ce procédé, ainsi que les badigeonnages, ne donne qu'un contact peu prolongé des médicaments et de la muqueuse.

Les suppositoires et pommades s'adressent aux rectites basses. Il est bon d'indiquer aux malades les détails suivants d'application qu'ils ignorent habituellement : pour les suppositoires, les introduire lentement jusqu'aux trois quarts, les maintenir ainsi quelques minutes et les faire pénétrer, en totalité, seulement lorsqu'ils auront commencé à fondre ; pour les pommades, se servir d'une canule mousse, à gros orifice. Appuyer sur le tube en retirant progressivement et lentement.

Dans les rectites aiguës, le repos au lit ou sur une chaise-longue est à conseiller pour calmer les douleurs, ainsi que les compresses humides chaudes sur le périnée et les bains de siège chauds. L'extrait thébaïque, le laudanum, les calmants sont parfois nécessaires. Pour régulariser le transit intestinal, les laxatifs irritants seront prohibés car ils augmentent le spasme et la douleur. S'adresser à l'huile de paraffine et aux mucilages. Les petits lavements d'huile d'olive ou de décoction de guimauve ou de camomille seront quelquefois tolérés.

Dans les rectites chroniques, surveiller aussi le fonctionnement intestinal. Le sous-nitrate de bismuth, utilisé par Bensaude, est laxatif à forte dose et constipant à petite dose. C'est un excellent désinfectant de la muqueuse. Outre les traitement locaux, recommander un régime alimentaire pauvre en déchets grossiers, évitant les légumes à grosses fibres cellulosiques, les condiments, les épices, les boissons alcoolisées. Une vie régulière, sans excès ni surmenage, avec sommeil nocturne suffisant, est un élément de guérison à ne pas négliger.

La diathermie, l'intervention chirurgicale trouveront quelquefois leur indication, dans les sténoses ou les néoformations en particulier.

M. Cossart rappelle enfin quelques données fondamentales qu'il faut connaître pour bien conduire un traitement de ce genre : 1° le rectum infecté est d'une grande fragilité et particulièrement intolérant ; on devra donc éviter toute manœuvre irritante ; 2° les lésions rectales sont longues à guérir et parfois rebelles, du fait d'infections secondaires incessantes par les matières fécales ; 3° il est difficile de maintenir les médicaments au contact de la muqueuse. Intervenir, dès lors, avec patience et douceur.

P. LACROIX.

(1) Docteur René COSSART, ancien interne des hôpitaux de Paris : — Classification des rectites et leurs traitements. (Thèse de Paris, 1940).

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

Sur le traitement de la kératite interstitielle

D'après le Docteur G. MILIAN (1)

DANS QUELLES CONDITIONS CETTE KÉRATITE EST CURABLE

On sait que la kératite interstitielle est constituée par une altération primitive de la cornée, qui se traduit par une opacification diffuse de cet organe, allant depuis le plus léger trouble jusqu'à la transformation laiteuse complète, empêchant entièrement la vision. Si elle est bilatérale, il en résulte une cécité totale, qui fait du porteur un véritable infirme.

Or, on ne réalise pas assez que la kératite interstitielle est une *maladie primitive*, véritablement idiopathique. Il ne faut pas la confondre avec des opacités consécutives à des affections diverses de la cornée : ophtalmie purulente, traumatismes, etc. Autant elle est fréquente dans la *syphilis héréditaire*, autant elle est rare dans la syphilis acquise.

L'attention des praticiens mérite d'être attirée sur son évolution, car cette affection est curable, si le nécessaire est fait ; l'observation clinique et l'expérimentation en font foi. Malheureusement, il arrive souvent que le découragement gagne les malades et les médecins eux-mêmes, parce que la nature de la maladie a été méconnue, parce qu'aussi les traitements, même syphilitiques, n'ont pas donné les résultats attendus en raison de leur déficience.

Le *traitement* de la kératite interstitielle *doit être précoce* ; il est alors rapidement suivi d'effet, tandis que les kératites anciennes résistent indéfiniment. Cette condition exige naturellement de faire un *diagnostic précoce*. Un organe aussi important qu'un œil ne doit pas être examiné superficiellement. Les ressources thérapeutiques en matière de kératite syphilitique sont si grandes qu'il ne faut pas hésiter à faire toutes les enquêtes désirables pour établir la possibilité d'une syphilis congénitale.

Le *traitement doit être prolongé*, parce que les récidives sont usuelles. Si l'on cesse le médicament spécifique dès qu'il y a amélioration ou même guérison apparente, la rechute est pour ainsi dire fatale à brève échéance après quelques mois, plus souvent quelques semaines. Parfois même, c'est l'autre œil, qui se prend à son tour.

A ce point de vue, la *réaction de Bordet-Wassermann* est d'un grand secours ; il n'y a pas de kératite interstitielle avec une sérologie négative. Il est donc de toute nécessité de traiter ces malades tant que la réaction reste positive, totalement ou même partiellement ; si l'on voit, après guérison d'une kératite et obtention d'une sérologie négative, la réaction devenir positive, c'est l'annonce d'une récidive imminente, et, dès lors, l'indication formelle d'une reprise du traitement. Les kératites interstitielles résistent avec ténacité aux cures souvent les mieux ordonnées ; il est donc nécessaire de les combattre avec une égale ténacité. Un point capital : les taies cornéennes les plus épaisses, empêchant complètement ou presque complètement la vision, peuvent guérir. Pas de découragement ni de la part du malade, ni de celle du médecin. Il faut une foi d'apôtre pour continuer de tels traitements, et surtout convaincre ceux à qui ils s'adressent de leur nécessité. Il faut des mois, il faut des années pour réduire les formes rebelles de la kératite syphilitique. Il s'agit, non d'un trouble trophique, c'est-à-dire secondairement syphilitique, mais d'une lésion syphilitique active, produite directement par le tréponème, et qui est dès lors modifiable par le traitement.

COMMENT DIRIGER LE TRAITEMENT DE CET ACCIDENT RÉSISTANT

Il faut le soigner par les méthodes les plus actives, les plus soutenues et les plus diverses. Un traitement de plusieurs mois est nécessaire en employant, comme traitement d'attaque, tous les médicaments antisyphilitiques connus : c'est-à-dire une cure de bismuth, immédiatement suivie d'une cure de 914, suivie elle-même d'une cure mercurielle, suivie comme terminaison d'une nouvelle cure arsenicale ; le tout sans interruption, entre les cures.

Chaque cure doit être elle-même administrée à dose maxima pour chaque prescription et pour le nombre total de celles-ci, par exemple, 0 gr. 10 à 0 gr. 12 de bismuth métal par piqûre et 16 à 18

(1) *Paris Médical*, 10 juillet 1941.

piqûres pour une cure, une injection deux fois par semaine ; puis le 914 à 0 gr. 015 par kilogramme d'individu ou, mieux, 0 gr. 02 par kilogramme ; pour un enfant de 40 kilogrammes, la série suivante de 914 à deux par semaine : 0,20, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,75, 0,75 ; et, comme mercure, huile grise : une injection de 0,08 tous les six jours pour un adulte, jusqu'à un total de 8 à 9 injections.

Ces doses sont très bien supportées: et il est certain qu'on verra progressivement se réduire la kératite jusqu'à guérison s'il s'agit d'une kératite récente, jusqu'à presque guérison s'il s'agit d'une kératite ancienne.

Dans le cas de guérison, la sérologie sera le *guide* convenable pour la conduite ultérieure. Si elle est négative, on pourra se contenter d'attendre les évènements en suivant de très près les yeux, et en refaisant tous les mois une séro-réaction par les divers procédés connus. Au moindre retour offensif, recommencer une nouvelle cure qui, cette fois, pourrait être moins importante, se réduisant à 14 bismuth, une cure de 914 identique à la première et une cure d'huile grise. Après quoi, nouvelle surveillance, et ainsi de suite, parce que la récidive guette le malade dans la plupart des cas et qu'il faut prévenir la récidive.

S'il n'y a pas eu guérison totale, mais seulement *amélioration*, un traitement buccal, iodure *(3 à 6 grammes par jour) ; mercure, calomel de* 0,02 à 0,06 ; proto-iodure, 0,05 à 0,10, etc., intercalés, quitte à reprendre une cure massive comme la première, si la guérison tarde, et elle peut tarder.

Cette thérapeutique *massive et soutenue* doit être dirigée si l'on veut obtenir un résultat sérieux ; les traitements intermittents ou *timides* ne donnent rien. (biiodures, cacodylate, friction, sirop de Gibert).

Remarques : 1° Malgré le traitement, *bien des cas résistent* à la cure, si celle-ci est entreprise tardivement, et lorsque la cornée est très opaque. Il ne faut pas se lasser. Il faut continuer la cure longtemps et avec patience pendant des années. Le bismuth, dans ces cas, est une excellente médication, car il est possible de la poursuivre jusqu'à des chiffres fort élevés de piqûres ; mais il faut, pour cela, mettre les dents en bon état, et prendre tous soins voulus pour enrayer toute velléité de stomatite. Il faut également examiner systématiquement et régulièrement les urines, afin de dépister une albuminurie bismuthique, qui pourrait s'accompagner de résultats fâcheux.

2° *Le cyanure de mercure* est, certes, un mercuriel actif ; mais l'huile grise, par exemple, agit aussi bien, sinon mieux et à moins de frais. Le grand avantage du cyanure est sa tolérance et son indolorité. Quand les dents et l'intestin sont en bon état ou mis en cette forme, le cyanure peut être toléré pour ainsi dire indéfiniment. C'est cette prolongation de la cure, qui en fait la principale vertu. Dix ou douze injections de cyanure constituent un traitement médiocre et même un appel de réactivation, surtout si elles sont intermittentes. Aussi faut-il continuer sans interruption 40 injections, 60 ou davantage, de cyanure de mercure à 1 centigramme par jour. C'est ainsi qu'il faudrait l'employer dans la kératite interstitielle ; mais il y a peu de patients, à moins qu'ils ne soient hospitalisés ou dans une maison de santé, qui peuvent recevoir si longtemps la visite quotidienne du médecin. A noter d'ailleurs que, malgré certaines opinions contraires, le cyanure ne sclérose pas les veines, si les injections sont bien faites, c'est-à-dire si elles sont exactement intraveineuses, sans qu'un peu de liquide fuse dans les parois pour les disséquer, ou soit déposé à côté de la veine.

Traitement local

Le traitement général prime tout dans cette affection ; d'ailleurs l'application locale est difficile ; la pommade à l'oxyde jaune sur le globe oculaire, sous la paupière, est douloureuse de même que les collyres à l'oxycyanure. Mieux vaut un traitement juxtalocal, c'est-à-dire les frictions quotidiennes sur la tempe correspondante, à l'onguent napolitain. Ce peut être un bon adjuvant pendant les périodes de traitement arsenical.

Par contre, la période douloureuse de la kératite réclame quelques soins particuliers. Un voile noir flottant, pendu devant l'œil malade, est un excellent moyen de protection contre les agressions lumineuses. Un collyre à l'atropine (0,10 p. 10) calme la douleur, en même temps qu'il dilate la pupille et prévient les synéchies qu'une iritis concomitante pourrait occasionner.

Si, malgré tout, on se trouve devant un leucome localisé irréductible, une iridectomie, en ouvrant un jour à la lumière, pourra paraître indiquée.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La position médico-chirurgicale actuelle du cancer de l'estomac en pratique

Ces réflexions sont suggérées au Professeur Papin tant par 235 opérations personnelles pour cancer gastrique que par les récents travaux parus à ce sujet. Le cancer de l'estomac est le plus fréquent de tous ; il frappe trop souvent un adulte en pleine activité. Or la gravité opératoire vient d'abord de ce que les cancéreux de l'estomac représentent assurément un mauvais terrain ; ce sont des malades particulièrement fragiles. Mais il y a aussi des facteurs techniques locaux ; spécialement dans la gastrectomie pour cancer, il faut éviter la brutalité des manœuvres, poursuivre le fini des sutures et de l'hémostase, exclure l'à-peu-près. D'autre part, comme les investigations scientifiques ne seront jamais mises en œuvre que sur des symptômes cliniques d'alerte, on doit s'efforcer de perfectionner le diagnostic précoce de ce cancer. Le cancer gastrique, s'il est surpris tout au début, laisse le temps d'observer ; cette notion est capitale. Ainsi son diagnostic précoce ne doit pas s'identifier avec une constatation radiographique tellement évidente qu'elle impose immédiatement l'intervention ; il doit être, au contraire, le résultat de l'observation à plusieurs reprises, pendant une période suffisante pour éviter l'erreur, de lésions radiographiques très discrètes, qui ne rétrocèdent pas ou qui augmentent.

A côté de l'importance clinique des symptômes d'alerte et de la radiographie surtout, de la gastroscopie peut-être, qu'ils doivent déclencher, les autres explorations ne comptent pas pour un diagnostic précoce. (*La Presse médicale*, 24 mai 1941).

Injection intraveineuse d'hémoglobine

L'administration par voie intraveineuse d'une solution d'hémoglobine peut-elle remplacer une transfusion de sang total ? Telle est la question que cherchent à résoudre les Professeurs A. Aubertin, A. Lacoste et R. Castagnon.

L'hémoglobine, qu'elle provienne d'un animal de même espèce ou d'espèce différente, est physiologiquement active, quand elle est en circulation dans le plasma, à tel point qu'une injection intraveineuse à doses thérapeutiques d'hémoglobine de cheval, par exemple, à un chien en état d'anémie aiguë par saignée, exerce des effets sensiblement du même ordre que ceux d'une transfusion de sang total de chien.

A la condition d'utiliser des solutions rigoureusement pures, la présence d'hémoglobine, même hétérogène, dans le système circulatoire est parfaitement tolérée ; mais le pigment ne reste dans le plasma qu'un temps assez court. Une partie reflue au niveau des reins, qui sont susceptibles de présenter, de ce fait, des altérations graves, à moins que le titre de la solution d'hémoglobine injectée ne soit de 6,5 à 7 p. 100, ce qui lui donne des propriétés physiques, et notamment une pression colloïdale osmotique, voisines de celles du plasma sanguin. Avec de telles préparations, l'atteinte des reins est modérée, mais non négligeable. Au surplus, si le système spléno-hépatique draine, sans grand dommage pour lui, une autre partie de l'hémoglobine plasmatique, une notable quantité de ce pigment est également déversée dans les poumons, qui présentent, quel que soit le titre de la solution employée, une réaction inflammatoire persistante des parois alvéolaires, se trouvant en rapport avec la rétention prolongée et la transformation lente sur place du pigment et de ses dérivés.

En définitive, l'expérimentation *démontre* la susceptibilité des reins et des poumons vis-à-vis de l'hémoglobine en circulation, dans le plasma ; il ne convient donc pas d'envisager l'éventualité d'une hémoglobinothérapie par voie veineuse chez l'homme. (*Paris médical*, 30 juin 1941).

Difficultés cliniques et radiologiques dans le diagnostic du cancer de l'intestin grêle haut situé

Le Docteur K. Schmitt expose ce point particulier à l'occasion de trois observations personnelles. Les localisations du cancer sur l'intestin grêle comptent parmi les plus rares, étant entendu que c'est le duodénum, qui se trouve le plus souvent atteint. En pareil cas, les anamnestiques n'offrent rien de caractéristique : douleurs abdominales vagues, avec irradiation vers la région lombaire, parfois vomissements ou signes de sténose. Les difficultés cliniques sont d'autant plus sérieuses, que l'état général reste bon, et qu'il n'existe pas de cachexie. Cependant la découverte du sang dans les selles constitue un signe constant.

Quant à l'examen radiologique, il ne vient en général, confirmer le diagnostic que secondairement ; il y aurait donc lieu de conseiller des examens plus fréquents de la région duodénale aux rayons X, dès que les signes cliniques observés éveillent de ce côté l'attention du praticien. (*Munch. Mediz. Wochenschrift*, 9 mai 1941).



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le diphénylhydantoïnate de sodium dans l'épilepsie

(MM. A. BAUDOUIN et R. HAZARD ; 8-7-1941)

Le diphénylhydantoïnate de sodium, spécialisé sous le nom de « dilantin » en Amérique et d' « épanutin » en Europe, a été proposé en 1938 par Merritt et Putnam dans le traitement de l'épilepsie.

Il y a quelques mois, M. Baudouin rapportait les résultats intéressants obtenus par lui avec différents diphénylhydantoïnates. Tous ces produits ont été utilisés jusqu'ici uniquement par la voie buccale.

La toxicité, faible par cette voie, paraît s'élever considérablement quand on s'adresse à la voie intraveineuse. Injectés au chien dans la veine, la diphénylhydantoïne et le diphénylhydantoïnate de sodium exercent, en effet, une forte action cardio-inhibitrice et hypotensive. Ces phénomènes sont, pour les doses faibles, passagers ; mais ils semblent assez marqués pour que l'emploi de ces produits en injection intraveineuse soit, chez l'homme, entièrement à proscrire.

L'oto-radiogrammétrie

(M. C. CHAUSSÉ ; 8-7-1941)

Avec l'appareil (compas restituteur radio-lumineux), *présenté par lui l'an dernier à l'Académie* de médecine, l'auteur envisage une radiogrammétrie de l'oreille ou oto-radiogrammétrie. La facilité qu'apporterait cette méthode à l'analyse radiographique de l'oreille serait une raison de plus pour incorporer la radiographie à l'otologie.

Quinze ans de lutte anti-tuberculeuse en Haute-Marne

(M. GRÉHANT ; 8-7-1941)

S'appuyant sur l'expérience acquise par quinze ans de lutte anti-tuberculeuse en Haute-Marne, M. Gréhant pense que la tuberculose pourrait être considérablement réduite en France par des diagnostics et des traitements précoces de cette maladie. Il conseille, à cet effet, le maintien des dispensaires, en collaboration avec les praticiens, la généralisation du B G C, le dépistage à l'école, la généralisation des pneumothorax précoces, etc.

Le glutathion dans le sang en pathologie

(M. Léon BINET ; 22-7-1941)

Depuis plusieurs années, M. Léon Binet s'est attaché à l'étude du glutathion, tripeptide constitué par une molécule de cystéine liée à une molécule d'acide glutamique et à une molécule de glycine. Avec M. Weller, il a envisagé le rôle du foie et de la cortico-surrénale dans la formation de ce corps, et discuté sur sa participation dans les phénomènes de croissance et sur son pouvoir antitoxique.

Poursuivant ses recherches sur le terrain pathologique, M. Binet a étudié les variations du glutathion dans le sang, chez divers malades, addisoniens, hépatiques et cancéreux en particulier. Ce corps qui, on le sait, est fixé sur les éléments figurés du sang, a été trouvé abaissé dans la maladie d'Addison et les affections hépatiques, et relevé, quant à son taux par rapport au nombre des globules rouges, dans le cancer.

Rôle de la cortico-surrénale dans l'hypertension essentielle

(MM. A. GIROUD, DESCLAUX et Magd. MARTINET ; 22-7-1941)

L'expérimentation et la clinique ont révélé qu'il peut exister des hypertensions de causes diverses : origine rénale, rôle de l'hypertensine (Goldblatt), de la tyramine (Loeper), rôle des glandes à sécrétion interne, de la surrénale en particulier.

Vaquez et Gaillard ont fait intervenir, pour ce qui concerne cette dernière, l'hyperactivité du cortex surrénal. Par contre, Wiesel et Goldzieher ont accordé une plus grande importance à la médul*laire. Des précisions* sur le rôle de l'hormone corticale dans la genèse de l'hypertension ont pu être fournies lorsqu'on a eu en mains l'hormone synthétique. Avec la désoxycorticostérone à dose suffisante et sous forme prolongée, en effet, non seulement on voit l'hypotension disparaître chez l'addisonien, mais on voit aussi se développer une hypertension qui peut devenir dangereuse.

M. Giroud, pour établir le degré d'activité de la surrénale au cours de l'hypertension, a eu recours au dosage de l'hormone corticale dans les urines. Une élévation anormale de l'élimination de cette hormone a été constatée dans l'hypertension essentielle, chez tous les hypertendus sans lésion rénale ou vasculaire décelable qu'il a pu examiner. Inversement, d'après les données recueillies chez des hypotendus, l'élimination de l'hormone corticale s'est montrée faible.

En résumé, les faits paraissent indiquer que la sécrétion d'une ou des hormones cortico-surrénales est augmentée dans l'hypertension essentielle et qu'elle est au contraire diminuée dans le cas inverse. On peut donc admettre que le cortex surrénal intervient dans le déterminisme de l'hypertension permanente comme dans celui de l'hypotension. C'est une notion sur laquelle peut s'appuyer la thérapeutique.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les effets de l'acétate de désoxycorticostérone dans un cas de maladie d'Addison

(MM. E. DONZELOT, L. JUSTIN-BESANÇON, A. CACHERA et P. BARBIER ; 6-6-1941)

Des essais thérapeutiques, pratiqués par les auteurs, il résulte qu'au cours de la maladie d'Addison, l'acétate de désoxycorticostérone exerce une action particulièrement puissante sur le poids, la pression artérielle et l'équilibre minéral. Celle-ci s'oppose d'une façon élective, et dans une certaine mesure indépendamment des mouvements du chlore, à la déperdition urinaire de sodium, qui caractérise l'insuffisance surrénale. Cette action sur la teneur hydro-saline de l'organisme est si prédominante, que les propriétés de l'hormone synthétique apparaissent véritablement dissociées. C'est ainsi que d'autres manifestations de l'insuffisance surrénale, comme les troubles du métabolisme hydrocarboné, n'ont été nullement influencées dans le cas étudié. Cependant la question des doses à utiliser peut offrir dans certains cas quelques difficultés : insuffisance des doses moyennes usuelles, danger des doses élevées.

Les infarctus du myocarde, consécutifs à des embolies pulmonaires

(M. E. DONZELOT ; 6-6-1941)

Jusqu'à présent on ne connaissait guère que les infarctus macroscopiques du myocarde, spécialement l'infarctus d'ordre ischémique, à tendance nécrotique, lésion provoquée par une oblitération coronarienne. Or, à côté de cet infarctus, il en est d'autres, qui se produisent le plus souvent en dehors de toute occlusion coronarienne et se présentent : soit sous la forme de petits foyers à tendance nécrotique, soit sous la forme de simples raptus hémorragiques nombreux et fréquemment d'ordre microscopique. Fait capital, ces différentes modalités anatomiques d'infarcissement myocardique se traduisent par le même syndrome clinique et électrique.

L'infarctus myocardique consécutif à une embolie pulmonaire constitue un exemple particulièrement net de ces infarcissements sans oblitération coronarienne. L'accident myocardique se produit quelques jours ou quelques semaines après l'embolie pulmonaire, alors que les signes cliniques dus à l'infarctus pulmonaire se sont estompés ou ont disparu. On conçoit néanmoins la difficulté du diagnostic de l'accident myocardique dans ces conditions. Quand on voit réapparaître chez le malade une douleur thoracique avec réaction fébrile, on est tout naturellement porté à penser à une récidive de l'accident pulmonaire. Il y a heureusement les modifications de l'électrocardiogramme.

Ces accidents myocardiques peuvent être provoqués par une excitation du système neuro-végétatif, ainsi qu'il en est de l'apparition de raptus hémorragiques dans les différents viscères. Cliniquement, les réflexes qui déclenchent la crise vaso-motrice myocardique prennent assurément, en règle générale, leur point de départ dans les lésions mêmes de l'appareil aortico-coronarien. Toutefois ils peuvent, dans certaines conditions, naître en dehors de cette zone, et notamment, dans l'appareil pulmonaire, ou encore dans l'encéphale, dans le mésentère.

En ce qui concerne le traitement, si cette pathogénie est exacte, nos efforts doivent tendre — aussi bien médicalement que chirurgicalement — non pas tant à améliorer la circulation coronarienne qu'à supprimer les réflexes qui provoquent la crise vasomotrice directement responsable des accidents myocardiques.

Urticaire hyperfolliculinique de la puberté

(MM. Robert CLÉMENT et J. RIANT ; 13-6-1941)

Depuis longtemps on a remarqué la sensibilité particulière, que semble acquérir la peau au moment des règles : herpès, eczéma, urticaires cataméniaux apparaissant brusquement à la puberté, disparaissant fréquemment à la ménopause, avec action suspensive de la grossesse dans leur évolution. Ces troubles étaient attribués d'une façon assez vague à l'insuffisance ovarienne. Aujourd'hui, l'urticaire hyperfolliculinique de la puberté mérite d'être mieux connue, en raison des indications thérapeutiques précises qu'elle comporte et des beaux résultats obtenus avec l'opothérapie antagoniste par l'hormone mâle.

Les manifestations tardives de la gonococcie du nouveau-né

(M. RIBADEAU-DUMAS, Mlle RIST et Mme BOUILLÉ ; 4-7-1941)

Il y a intérêt à considérer que, même quelque temps après la naissance, on puisse observer des manifestations de la gonococcie. Celles-ci apparaissent plusieurs jours ou semaines après la naissance, déterminant des conjonctivites, des rhino-pharyngites, des arthrites, dans lesquelles on retrouve le gonocoque. Ces infections sont susceptibles d'expliquer des retards de croissance, des troubles digestifs et de provoquer des accidents graves, quand on en méconnaît la nature. Les sulfamides agissent, en effet, chez le nourrisson, aussi bien que chez l'adulte, et font obtenir des guérisons rapides et complètes, là où auparavant le succès n'était dû qu'à des traitements prolongés et pénibles.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 juillet 1941

Grossesse extra-utérine

M. BOVIER présente deux cas assez rares de cet accident. Dans le premier, il s'agissait d'une rupture de grossesse ectopique développée probablement dans une corne et ayant progressivement érodé tout le fond de l'utérus pour venir se rompre finalement dans le ventre à trois mois et demi. Elle fut traitée d'urgence par hystérectomie subtotale qui mit fin à l'hémorragie et la malade guérit.

Dans l'autre cas, le diagnostic de grossesse extra-utérine fut posé et l'intervention montra une tumeur molle, grosse comme une noix, de la corne droite, empiétant sur le fond très aminci et prêt à se rompre. L'incision de ce noyau permit d'en extraire un œuf avec ses villosités. L'utérus fut refermé et drainé après dilatation.

Occlusion intestinale par sténose du grêle, suite de hernie étranglée

M. LAURENT présente, au nom de M. RODIER l'observation d'une malade de 78 ans qui, trente-cinq jours après une intervention pour hernie étranglée, présenta des signes d'occlusion. A l'opération on trouva, à 20 centimètres de l'angle iléo-cæcal, une portion du grêle complètement sténosée présentant, en plus, au même niveau, une *perforation bouchée* par des adhérences. Résection de 6 centimètres et anastomose bout à bout. Douze jours plus tard, nouveaux signes d'occlusion et réintervention. Il s'agit cette fois d'un abcès entre l'épiploon et la paroi. Il est incisé et une fistulisation du grêle pratiquée. Cette dernière se referme d'elle-même au bout de six semaines et la malade est guérie. Il s'agissait d'un rétrécissement annulaire intrinsèque, la perforation pouvant être attribuée à un défaut de vascularisation de l'intestin d'apparence pourtant saine, chez une femme âgée.

Perforation typhique du grêle chez un enfant de neuf ans. Suture. Guérison

M. J. LAÑOS rapporte une observation de M. P. RODIER où le diagnostic d'appendicite aiguë avait été posé. A l'opération, on trouve un appendice rouge qui est enlevé et du pus dans l'abdomen. L'examen de la fin du grêle montre une perforation lenticulaire de l'iléon sur son bord libre à 20 centimètres de l'angle iléo-cæcal. Cette perforation est fermée par deux plans de sutures et l'abdomen drainé. Au vingt-et-unième jour l'enfant sort guéri et un mois et demi après il avait repris son travail scolaire. La recherche des antécédents montre que cet enfant n'avait souffert depuis quelques jours que de céphalées. Pas d'épistaxis. La température n'avait pas été prise. Un séro-diagnostic pratiqué après l'opération fut positif, confirmant le diagnostic de cette typhoïde fruste, ambulatoire, dont la bénignité explique peut-être la guérison extrêmement simple de cette redoutable complication.

Iléus biliaire. Lavages gastriques répétés et expulsion du calcul. Considérations cliniques et thérapeutiques

M. BEAUSSENAT présente l'observation d'un malade de 56 ans, obèse et diabétique, qui fut pris brusquement de vomissements avec arrêt des matières et des gaz et chez lequel fut porté le diagnostic d'occlusion haute, probablement iléus biliaire. Il est traité par les lavages répétés d'estomac toutes les trois heures, lavages qui le soulagent et arrêtent chaque fois les vomissements. Ce traitement est continué pendant dix jours durant lesquels le ventre reste souple, l'état général bon et au bout desquels il y a émission de gaz. Le treizième jour, au moment où on allait se décider à intervenir par suite de l'apparition de distension abdominale et de contractions péristaltiques, le malade expulse un calcul de 40 grammes, mesurant 6 centimètres sur 4. Beaussenat discute le diagnostic de cette affection et les raisons qui l'ont poussé à ne pas intervenir. Il note qu'à deux reprises, l'examen radiologique sans préparation n'a montré ni calcul, ni niveaux liquidiens. Il fait enfin remarquer que cette observation date du début de 1937, c'est-à-dire d'une époque où les heureux résultats de l'aspiration gastro-duodénale n'étaient pas connus.

Arthroplastie pour hallux-valgus

M. F. MASMONTEIL, frappé par la période d'adaptation fonctionnelle souvent longue après la résection simple de la tête du métatarsien, a apporté un certain nombre de modifications à sa technique. Elles consistent surtout en un modelage très soigné de la tête du métatarsien à l'aide de la scie coutellaire, de râpes et de limes. Grâce à cela, on obtient un ajustage des surfaces articulaires qui sont maintenues en bon équilibre par des sutures bien dirigées. Le malade peut faire fonctionner son orteil sans douleur dès les premiers jours qui suivent l'intervention, et la marche peut être reprise progressivement dès le troisième jour. La période d'immobilisation complète du malade est de cette façon réduite au minimum.

Considérations sur la fracture du col fémoral en coxa valga

M. ROEDERER, à propos de cette fracture sur un col dont l'anatomie préalable détermina la superposition des fragments, de telle façon qu'un certain temps de marche fut possible, et qu'une « impaction » naturelle se produisit, se demande si l'on ne doit pas tenir compte davantage qu'on ne le fait habituellement (et toutes choses égales d'ailleurs) du degré de l'angle d'incidence dans le pronostic de certaines fractures de hanche et même dans les indications du traitement.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Un cas de gliome du chiasma

MM. Deshons et Viallefont rapportent l'observation d'un jeune homme de 15 ans qui souffrit plusieurs années de céphalées, puis présenta des troubles psychiques, de l'amaigrissement, des crises d'épilepsie généralisée et une hémianopsie homonyme sans lésion du fond d'œil. La ventriculographie montra des ventricules dilatés avec amputation de la partie antérieure du III[e] ventricule. Il n'y avait pas de signe de maladie de Recklinghausen. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un gliome du chiasma avec kyste hématique voisin. Le malade malgré un traitement radiothérapique mourut quelques mois plus tard. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic dans leur cas particulier.

Agénésie partielle congénitale du cubitus avec luxation de la tête radiale. Maladie de Bessel-Hagen associée à une neurofibromatose

MM. Aimes, J.-M. Bert et Serre. — Cette malformation est considérée comme une des plus rares de l'avant-bras. Elle coïncide en général avec de gros troubles du développement de la main correspondante. Dans le cas rapporté par les auteurs, la main était morphologiquement et fonctionnellement normale. La diaphyse cubitale était réduite à une mince traînée fibreuse à demi calcifiée. Il existait en outre une neurofibromatose très typique réalisant une polydystrophie vraisemblablement en rapport avec des malformations multiples et étendues de feuillets embryonnaires.

Toulouse

Société de chirurgie

Plastie cranienne

(*Présentation de malade*)

M. P. Dambrin présente une malade opérée par lui de plastie cranienne selon la technique de Sicard et Dambrin, qui utilise une plaque d'os mort stérilisé prélevé sur un crâne humain dans la même région.

Il présente les radiographies pratiquées après la trépanation pour fracture du crâne, et les radiographies pratiquées après la plastie. La palpation ne révèle aucune trace de la trépanation antérieure.

Il insiste sur le double rôle de la plaque qui constitue le moule exactement façonné, grâce auquel le tissu conjonctif va remanier à son compte le tissu osseux mort et faire, sur place, du tissu osseux de nouvelle constitution : rôle morphologique, rôle biochimique.

Il insiste également sur la nécessité qu'il y a, lors de la préparation de la plaque, à éroder complètement la table compacte interne de celle-ci, de façon à mettre à nu sur toute sa surface le tissu spongieux du diploé.

Forme algique du tétanos

R. Dieulafé rapporte l'observation d'un blessé de guerre qui, après une irritation minime de sa plaie trois semaines environ après sa blessure, a été emporté en quarante-huit heures par un syndrome hyperalgique caractérisé par des crises paroxystiques subintrantes, par leur siège au niveau de la plaie et par de l'hyperthermie.

Quelques contractures, bien qu'atténuées, lui permettent de penser qu'il s'agit d'une forme clinique du tétanos.

Elle paraît devoir être classée avec le type de tétanos partiel décrit par Laffey et par Follin. Cette forme s'observe ordinairement au niveau des membres.

Cependant, Simon (1940) a décrit sous le nom de « tétanos de guerre » une forme algique de cette toxi-infection où le blessé « meurt de douleur » ; ses observations concernent des blessés de l'épaule qu'il a pu soulager par des infiltrations de la chaîne sympathique.

R. Dieulafé se demande si cette forme ne tire pas sa gravité, et peut-être aussi les douleurs qui la caractérisent, de la localisation de la blessure non loin de l'axe médullaire (région des muscles des gouttières latéro-vertébrales dans son cas).

Synovite tuberculeuse pseudo-sarcomateuse de l'annulaire droit chez un jeune vacher

G. Lazorthes et F. Tabarly présentent un cas de synovite tuberculeuse ulcérée, pour lequel avait été porté, avant son entrée au C. R. A. C., le diagnostic de sarcome des gaines, cela en raison de son aspect sarcomatoïde.

La biopsie, l'examen anatomo-pathologique et bactériologique de la pièce opératoire ont, par la suite, montré qu'il s'agissait d'une atteinte tuberculeuse de la gaine de l'annulaire, d'une synovite fongueuse sans doute, mais d'une synovite de forme anormale dont il a été cherché en vain un cas analogue dans la littérature médicale.

G. Lazorthes et F. Tabarly se demandent si cet aspect n'est pas dû, soit à l'association au bacille de Koch de spores du type blastomyces qui ont été trouvées dans la pièce, soit au bacille bovin, ceci en raison du fait que leur jeune malade est un vacher.

Les nodules tuberculeux des trayeurs sont classiques et, il y a peu de temps, Saenz et Morel Fatio (Société de Biologie, 30 avril 1938) ont décrit deux cas de synovite tuberculeuse à bacille bovin.

Une enquête faite auprès du vétérinaire des bovidés du malade a été sans résultat, et les auteurs, signalant les difficultés techniques de la différenciation des bacilles humain et bovin, irréalisable en dehors des centres spécialisés, présentent donc cette hypothèse sans pouvoir conclure.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

M. POLONOVSKI, P. BOULANGER, P. CRISTOL, G. FLORENCE, A. GIBERTON, M. MACHEBŒUF, H. ROBERT, J. ROCHE, C. SANNIÉ, professeurs et agrégés de chimie biologique des Facultés de médecine. — **Eléments de biochimie médicale**. Un vol. de 694 pages avec 57 figures.

Ce nouvel ouvrage ne doit pas être confondu avec celui publié en 1934 par MM. Polonovski et Lespagnol sous le titre « Eléments de chimie organique biologique » et dont une deuxième édition refondue vient de paraître en 1941.

Si le précédent ouvrage est destiné aux savants, aux laboratoires, les « Eléments de biochimie médicale » envisagent sous un plan nouveau l'ensemble de la biochimie.

Se modelant sur l'enseignement de la chimie médicale réparti sur les deux premières années d'études, ce petit traité comporte deux parties, divisées elles-mêmes en quelques grands chapitres.

L'étude des principaux constituants de l'organisme prélude à celle de leur métabolisme et n'est poursuivie qu'en tant qu'elle est indispensable à en pénétrer le mécanisme. Le problème des réactions diastasiques qui éclaire tout le métabolisme intermédiaire a été posé et traité dans toute son ampleur, bien que sous une forme accessible au lecteur le moins spécialisé.

Un tableau d'ensemble de l'alimentation complète enfin cette œuvre qui ne vise qu'à donner des vues précises et justes sur la biochimie normale et pathologique, tout en se limitant aux données physiologiques indispensables au diagnostic et à l'art de guérir.

Cet ouvrage didactique, conçu et réalisé comme un travail d'équipe, se présente sous un aspect entièrement homogène, où l'apport de chaque collaborateur a été fondu dans l'ensembre du Traité. Groupés autour de M. Polonovski, tous les professeurs de chimie biologique de nos Facultés de médecine ont contribué à réaliser cette belle synthèse de nos connaissances chimiques sur la matière vivante. Ces éléments de biochimie médicale forment la somme de ce que tout médecin doit connaître aujourd'hui pour comprendre le mécanisme des réactions cellulaires normales et pathologiques.

MASSON ET CIE, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

L'année thérapeutique. MÉDICATIONS ET PROCÉDÉS NOUVEAUX, par A. RAVINA. Quinzième année, 1940. Un vol. de 194 pages, 1941, 34 francs.

Comme les années précédentes, *l'Année thérapeutique* groupe et résume les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1940.

L'auteur étudie des traitements nouveaux se rapportant à 26 affections (agranulocytose, anurie, brûlures, charbon, emboliespulmonaires, épilepsie, gale, etc.), les méthodes et techniques thérapeutiques (7 sujets traités) et les médications nouvelles de l'année (21 études).

Les Thèses

P. — Dr R. COUESPEL. — **Les bruits de souffle dans la sténose mitrale** (Thèse 1941).

Dans le rétrécissement mitral, au lieu des bruits habituels de roulement, bruits de basse fréquence, on entend parfois à la diastole et à la présystole un souffle plus ou moins intense.

Le souffle diastolique du rétrécissement mitral peut prêter à confusion avec les souffles d'insuffisance aortique et pulmonaire.

Dans le rétrécissement mitral, il n'est pas exceptionnel d'observer un souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Il est à distinguer du souffle systolique organique qui accompagne les bruits diastolique et présystolique dans la maladie mitrale.

P. — Dr Claude-Henri CARRON. — **L'ankylostomose à Saint-Domingue** (1941).

P. — Dr Raymond BERTOLINI. — **Contribution à la sulfamidothérapie de l'urétrite masculine gonococcique** (1941).

P. — Dr Eva FORTINEAU. — **Contribution à l'étude du spasme de torsion chez l'enfant** (1941).

P. — Dr ANGE TANGUY. — **Considérations sur les procédés d'amputation de jambe dite au lieu d'élection** (1941).

P. — Dr Renée LE MAREC. — **Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie dans les affections cutanées** (1941).

P. — Dr André GUNY. — **Technique de l'anastomose cholédoco-duodénale par implantation** (1940).

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE PROBLÈME DE LA DÉNATALITÉ

PROJET D'ORGANISATION DE LA LUTTE DU CORPS MÉDICAL CONTRE L'AVORTEMENT (1)

Par le Docteur V. Le Lorier

Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Professeur accoucheur en chef honoraire à la Maternité

Il se perpètre en France chaque année au moins 500.000 avortements criminels. L'effroyable masse de ces avortements est pour la France ce que peut être une hémorragie continue pour un organisme sain.

Les cinq cent mille germes ainsi assassinés chaque année auraient, si la vie leur avait été laissée,

1° Porté à plus de 450.000 l'excédent des naissances sur les décès.

2° Assuré ainsi un accroissement triennal de plus d'un million à la population française actuellement si clairsemée sur le plus riche des territoires.

3° Assuré le rajeunissement de cette population présentement surchargée de vieillards.

4° Evité le recours à l'incorporation massive et hâtive d'éléments étrangers, plus ou moins assimilables, dont certains franchement indésirables, donc conservé à la nation française ses caractères propres, et accru à la fois sa prospérité et sa sécurité.

Véritable maladie sociale, l'avortement criminel est la plus grave de toutes ; c'est une maladie mortelle mais par bonheur curable, des exemples pris chez nos voisins le prouvent. Il suffit de s'y attaquer immédiatement, sans faiblesse, fut-ce au prix de mesures exceptionnelles ; c'est la vie de la France qui est en jeu. De tous les problèmes de reconstruction, il n'y en a pas de plus urgent à résoudre, il est le problème fondamental, car s'il n'est pas résolu, tout le reste est frappé de précarité.

Dans la lutte contre l'avortement criminel le Corps médical a un rôle de haute importance à jouer, ses auxiliaires naturels, les sages-femmes, les infirmières doivent être largement associées à ce combat, elles aideront à le gagner. A côté de lui, sur un plan différent la police, la justice ont leur mot à dire.

C'est cette coalition contre l'avortement, vue par un médecin, que je vais exposer.

La redoutable diffusion de l'avortement criminel infecte toutes les classes sociales; aucune n'y échappe. La catégorie la plus atteinte comprend les jeunes filles et les femmes pour lesquelles la reproduction est illicite, filles, divorcées, veuves, femmes dont le mari a quitté le foyer ou se trouve retenu au loin. L'autre, la moins nombreuse, se compose de femmes mariées qui se refusent à toute grossesse momentanément ou définitivement, par la volonté de leur mari ou leur volonté propre ; la dernière assez répandue comprend les femmes mariées ayant déjà un ou plusieurs enfants mais n'en voulant pas d'autres, ou qui subissent la volonté de leur mari.

Les mobiles de l'avortement sont donc les suivants : Une certaine faiblesse de caractère, la crainte du déshonneur, la honte, la réprobation et le rejaillissement de cette réprobation sur l'enfant, les responsabilités, la crainte de sévices familiaux, voilà pour le plan moral ; sur le plan matériel, la misère, la gêne, la perte du gagne-pain, la difficulté du placement, l'entrave au mariage, la crainte d'un avenir lourd de charges et de responsabilités sans partages.

Tous ces mobiles correspondent à un certain niveau d'élévation morale. Ils sont les tremplins dont se servaient les avocats pour émouvoir les jurés et emporter l'acquittement, à l'époque où les débats se déroulaient à la cour d'assise. En les faisant vibrer avec quelque talent, il est facile d'obtenir l'acquittement.

Mais il est d'autres motifs moins avouables, les considérations esthétiques ou de soi-disant hygiène, la fuite devant la grossesse et l'accouchement, de basses questions d'intérêt, d'héritages, de partage, etc. ; soulignons aussi la lourde part de responsabilité de beaucoup d'hommes dans la décision prise par la femme.

Cette responsabilité se manifeste avec éclat : 1° dans l'abandon de la femme rendue mère ; 2° dans la pression exercée sur la femme pour qu'elle accepte l'avortement ; 3° dans les démarches faites par l'homme pour procurer l'avortement ; 4° parfois dans la prise délibérée du rôle d'avorteur par le père lui-même.

---

(1) Nous recevons ce rapport de M. le Docteur Le Lorier que nous croyons utile de publier.

L'avortement une fois décidé, il faut s'en procurer les moyens. Ici nous voyons apparaître les intermédiaires les plus inattendus et de toutes les catégories sociales ; quelques-uns sont poussés par l'appât du gain, par les intérêts les plus bas, d'autres par un certain besoin de procurer à autrui ce qu'on a utilisé pour soi-même dans un esprit de basse solidarité ou pour trouver dans l'abondance des imitateurs une sorte d'excuse vis-à-vis de soi-même, ou encore pour se couvrir par la complicité d'autrui ; certains enfin agissent par esprit doctrinaire ou politique ou philosophique, d'autres par une sorte de sadisme malthusien. Ajoutons-y les officines et les rayons d'hygiène de certains magasins où l'on a vu vendre du matériel d'avortement avec indication de la manière de s'en servir.

Que de responsabilités sans excuse dans ce groupe sordide.

Et d'étape en étape nous arrivons à l'assassin : médecin, pharmacien, sage-femme, infirmière, masseur, dentiste, guérisseur, tireuse de cartes, amateur. Nous voici au sommet de la responsabilité car c'est bien là que je voulais en venir. Il existe une échelle de la culpabilité : en bas il y a l'intéressée, au milieu les intermédiaires de tout poil, en haut ceux qui vivent de l'avortement comme des asticots dans la charogne.

Nous médecins, pesant tout cela avec le souci de guérir le mal, nous en tirons les conclusions suivantes, il faut :

1° Apporter à l'intéressée tous les moyens possible pour l'amener à accepter allègrement sa grossesse, ne la condamner que si elle s'avorte elle-même, si elle récidive ou si elle possédait des ressources suffisantes pour élever son enfant.

2° Traquer la pègre des intermédiaires et leur faire payer cher leur responsabilité.

3° Sévir sans pitié contre les opérateurs.

Développons les différents points de ce programme.

1° Desiderata du Corps médical vis-à-vis de la femme en quête d'avortement.

Les médecins doivent souhaiter avant toute chose que l'Etat prenne sous sa protection la plus étendue la femme enceinte et cela le plus près possible du début de la grossesse.

Cette protection implique :

a) La recherche de la paternité ou la création de mesures attribuant une paternité d'office par voie légale comme cela existe dans d'autres pays.

b) La recherche de moyens rendant plus efficaces la loi sur l'abandon de famille par le père.

c) La création de sortes de « curatrices au ventre » qu'il y aurait lieu de recruter parmi des femmes.

Tout cela suppose une déclaration de grossesse de caractère à la fois officiel et éventuellement secret, déclaration facultative pour les grossesses probables, obligatoire pour les grossesses confirmées. En cas d'avortement la déclaration préalable faite au moins dix jours avant, créera un préjugé favorable, la non déclaration un préjugé défavorable.

L'agent le plus qualifié pour recevoir ce genre de déclarations serait une sage-femme assermentée, qui aurait à (1) :

Enregistrer la déclaration ;

S'assurer de l'état de grossesse ;

Faire une enquête discrète, mais complète et fraternelle sur les besoins de la femme, l'ambiance où elle vit, compléter cette enquête si possible par une visite à domicile ;

La renseigner sur tout ce qui peut l'aider à se loger, à se nourrir, à se procurer le nécessaire, à recevoir les secours et allocations auxquels elle a droit ;

A cacher sa grossesse, à pourvoir aux besoins du futur enfant qui devrait non seulement ne pas être une charge pour elle, mais lui assurer un sursalaire, à tâcher de ramener le père à une meilleure compréhension, ainsi que la famille.

Quant aux avorteurs et à leurs misérables intermédiaires, la peine qui les frappera devra toujours être beaucoup plus forte que celle de leur victime et comme l'expérience montre combien il est difficile de les démasquer, nous proposons d'admettre ce que l'on a appelé l'excuse absolutoire (2) pour les avortées qui dénonceront les coupables, car dans l'état présent de la législation, l'identité des peines crée une solidarité hermétique entre l'avortée et l'avorteur, solidarité qu'il faut absolument briser si l'on veut démasquer les vrais coupables.

Toutefois, il faut prévoir que la dénonciation peut être faite contre un innocent par vengeance ou artifice, aussi ne faudrait-il enquêter qu'avec beaucoup de prudence et ne pas poursuivre avant une deuxième dénonciation venant d'une autre source (3).

Peut-être y aurait-il lieu d'adresser à la personne dénoncée un avertissement l'informant qu'en cas de deuxième dénonciation une instruction serait ouverte. Ce serait pour le coupable d'un effet salutaire. Mais l'excuse absolutoire n'entraînera sans doute que des résultats incomplets. Il y a donc lieu de recourir à deux autres ressources d'information, à savoir : 1° La statistique des avortements qui n'existe pas ; 2° La création d'une police spéciale féminine.

La statistique serait demandée obligatoirement : 1° A tous les médecins ou sages-femmes

---

(1) Elle aurait donc une fonction importante d'assistance sociale nécessitant des études spéciales.

(2) Ou grâce amnistiante.

(3) Toutes les fois que la dénonciation visera un médecin une enquête préalable sera faite par le Conseil de l'Ordre des médecins qui aura à donner son avis au cours de l'instruction ultérieure.

qui auraient à déclarer tous les avortements quel que soit l'âge de la grossesse, pour lesquels leurs soins auraient été requis ; 2° A toutes les maisons de santé médicales, chirurgicales et obstétricales; à tous les hôpitaux privés ou publics.

En outre tout médecin appelé en second par un confrère ou une sage-femme pour soigner un cas d'avortement devra faire lui aussi une déclaration avec la mention appelé par le docteur ou Madame Un Tel, pour éviter le double emploi au point de vue statistique.

Ces déclarations ne porteront aucune indication de nom, ni d'adresse de l'avortée, mais seulement celle de la commune où elle réside, à la campagne, d'un quartier sanitaire ou administratif existant ou à créer dans les villes de moyenne et grande importance; elles seraient adressées non pas à l'autorité administrative, sauf pour les hôpitaux publics, mais à l'ordre départemental des médecins et extraites d'un carnet à souche pour le médecin comme pour la sage-femme, et dans ce cas envoyées au jour le jour comme pour une maladie infectieuse.

Pour les cliniques et hôpitaux, il y aurait tenue obligatoire d'un registre spécial, coté et paraphé, constamment à la disposition du Conseil de l'Ordre départemental et des inspecteurs administratifs d'hygiène ou de police.

Tout cas d'avortement suivi de mort entraînera *ipso facto* : 1° Une déclaration spéciale supplémentaire ; 2° Une enquête du Conseil de l'Ordre qui convoquera le ou les médecins ou sages-femmes appelés auprès de l'avortée décédée. Sans préjudice de l'action judiciaire déclenchée par le refus du permis d'inhumer qui sera de règle en pareil cas.

Quant à l'organisation d'une brigade féminine de police secrète contre l'avortement, elle aurait certainement une très grande efficacité.

Telles sont les propositions qui me paraissent constituer l'ossature d'un appareil propre à faire disparaître l'avortement. Elles trouveront une efficacité accrue par l'organisation d'une aide toujours plus large à la famille française.

Du projet si intéressant et de conception si neuve du Professeur Le Lorier il nous semble opportun de rapprocher, puisqu'il tend finalement au même but, celui du Professeur Vaudescal résumé ci-dessous.

La lutte contre la dénatalité n'envisagera jamais trop de moyens pour arriver vite à des résultats effectifs.

POUR UNE AIDE AUX FILLES-MÈRES

Il naît annuellement en France, suivant les calculs de la statistique générale, 40.000 enfants illégitimes. Sur le chiffre, 80 % sont reconnus par la mère et demeurent à sa seule charge. Quelques-uns sont reconnus par le père et la mère, un petit nombre par le père seul, le reste, abandonné, tombe à la charge de la collectivité.

Cet exposé, sec et inexorable comme seuls savent l'être les chiffres, énonce une série de révoltantes iniquités qui ne peuvent manquer d'émouvoir les honnêtes gens. Le grand exploiteur est l'homme, le grand exploité l'enfant, et l'autre victime, pitoyable bien que coupable victime : la femme.

Les chiffres de la statistique générale ont été établis en temps de paix. La guerre et toutes ses conséquences, éloignement prolongé des mobilisés et maintenant des prisonniers, disparition définitive des tués, occupation du territoire par des armées étrangères, favorisent singulièrement les liaisons passagères et les naissances illégitimes.

Le problème est donc en passe de prendre une acuité nouvelle. Il faut considérer que le mal est fait et même qu'il continue de se faire chaque jour ; il appelle un remède d'urgence et à effet rapide en attendant que puisse agir, dans un avenir malheureusement imprévisible et sans doute lointain, le véritable et spécifique remède : le redressement des mœurs, la confrontation de la jeunesse avec ses propres responsabilités.

Aux 30.000 filles-mères abandonnées chaque année, une aide réelle et d'effet immédiat doit être apportée.

Jusqu'à présent, cette aide n'est offerte que par un certain nombre d'institutions d'assistance (1), les unes publiques, les autres privées.

Pour la région parisienne les plus connues sont : la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice (reçoit surtout les femmes après leur accouchement), la Maison maternelle de Châtillon, l'Asile municipal Michelet (femmes enceintes) ; l'Asile Ledru-Rollin, l'Asile de convalescence pour mères nourrices de l'allaitement maternel et femmes enceintes à partir du septième mois. A côté d'Institutions municipales comme l'Asile Pauline-Roland, l'Asile George-Sand, il faut citer des œuvres privées telles que l'Œuvre Sainte-Madeleine, la Nouvelle Etoile des enfants de France, l'Œuvre de Saint-Raphaël, enfin l'Abri maternel (reçoit des mères allaitant jusqu'au sevrage).

Ces œuvres étaient insuffisantes pour le nom-

(1) R. Vaudescal, *Archives hospitalières*, janvier 1941.

bre de filles mères à secourir ; de par les circonstances actuelles un certain nombre d'entre elles n'ont pu rouvrir leurs portes alors que la tâche va probablement s'accroître.

La situation est telle à Paris. Que se fait-il en province ? Il est à craindre qu'elle ne soit pas plus favorable.

C'est donc, d'un point de vue élargi et national qu'il faut envisager le problème.

« La solution, dit Vaudescal, pourrait être obtenue par la création de Maisons maternelles comme il en existe dans les provinces de Québec et de Montréal, au Canada. Ces établissements sont réservés aux filles-mères, qui y sont admises dès que leur état de grossesse devient évident ; elles y sont hospitalisées jusqu'au moment de leur accouchement, y font leurs couches et ne le quittent que complètement remises. Malheureusement, la réprobation générale qui entoure les filles-mères est telle, au Canada, que ces jeunes femmes n'osent rentrer dans leur village avec un enfant et que, le plus souvent, elles l'abandonnent à la sortie de l'Asile. Et à côté de la Maison maternelle, il existe, à Québec, un Asile d'enfants abandonnés. Est-ce en raison de tares congénitales ou de la suppression de l'allaitement maternel ou de l'absence des soins et des attentions que seule une mère peut donner ? il est certain que ces enfants, cependant bien tenus, ont un aspect chétif et misérable qui frappe le visiteur. Les adoptions y sont rares et la plupart de ces enfants restent à la charge de l'Etat jusqu'à leur majorité. De plus, la discipline de la Maison maternelle s'inspire plus de la faute commise par ces filles-mères que de leur malheureuse condition, et l'impression ressentie au cours de la visite est des plus pénibles.

« L'esprit dans lequel de pareilles institutions pourraient être créées en France devrait être tout différent. On les imagine volontiers comme des *établissements d'assistance par le travail*, suffisamment nombreux pour répondre aux besoins de chaque région, installés en pleine campagne, mais à proximité d'une grande ville. Toute femme enceinte, sans ressource, fille-mère, veuve ou divorcée, pourrait y être admise dès que sa grossesse serait reconnue, et à la seule condition de s'engager à y rester jusqu'à la cessation de l'allaitement (sauf le cas où l'union libre serait légalisée au cours du séjour à l'Asile). Le personnel de l'Etablissement pourrait être des plus restreints, les femmes enceintes assurant elles-mêmes la plus grande partie de l'entretien de la maison (lingerie, économat, pouponnière, buanderie, cuisine, basse-cour, et même jardin). Des ateliers, destinés aux plus habiles ou aux moins vigoureuses, permettraient des travaux variés, tels que confection, couture, dentelles, cartonnage, conditionnement, reliure, tapisserie, etc., etc., qui pourraient constituer des ressources assez importantes pour la maison. La direction essentiellement féminine, pourrait avoir à sa tête une sorte de superintendante dont les premiers titres devraient être la bonté, l'indulgence et la compréhension, ce qui n'exclut nullement la fermeté ; de même, le personnel stable de la maison devrait avoir donné des preuves incontestables d'une parfaite charité — il pourrait être constitué par des religieuses, peut-être, dans certains centres, par d'anciennes pensionnaires, surtout en qualité de directrices des travaux.

« La discipline de la maison, indispensable dans un milieu assez disparate, devrait être ferme, mais maternelle. Le travail quotidien, toujours proportionné à l'état physique des femmes enceintes et à l'époque de leur grossesse, comporterait de longs repos. Les distractions devraient y être suffisantes pour rendre agréable le séjour à l'Asile (promenades, conférences, projections cinématographiques, représentations théâtrales). Des sorties même pourraient être accordées sous certaines conditions.

« L'Etablissement comprendrait naturellement une maternité suffisante pour assurer les soins au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches, et la présence à demeure de plusieurs sages-femmes. De même, une infirmière pour les femmes et une pour les enfants. La surveillance médicale serait assurée par un accoucheur qui, en dehors des examens au cours de la grossesse, pourrait intervenir en cas de complications au moment de l'accouchement et surveiller les nourrissons.

« Enfin, un conseil juridique serait à la disposition des filles-mères et pourrait les diriger dans toutes les instances en recherche de paternité, ou en reconnaissance ou légitimation d'enfants.

« Un tel établissement, pour fonctionner d'une manière satisfaisante et avec un minimum de frais, devrait être d'une certaine importance et comporter la présence de 500 femmes environ, dont un tiers seraient enceintes et deux tiers allaiteraient leur enfant. Une de ses préoccupations essentielles serait d'assurer l'avenir de la jeune mère, à la sortie de la maison, en lui apprenant un métier, en assurant son placement dans la mesure du possible et en lui fournissant toutes facilités pour continuer à prendre soin de son enfant.

« Au point de vue budgétaire, il serait logique d'affecter à ces établissements une partie des taxes spéciales qui seront désormais perçues sur les célibataires, en particulier les célibataires mâles, et les ménages sans enfant. »

TOUS LES MÉDECINS DOIVENT-ILS AUJOURD'HUI ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME ASSERMENTÉS ?

Plusieurs de nos correspondants ont soulevé à nouveau la vieille question des médecins assermentés. Nos lecteurs n'auront pas oublié les études si nombreuses et approfondies que le regretté secrétaire général du Sou Médical, le Docteur Paul Boudin, a consacré à ce sujet dans nos colonnes. Celui-ci s'était fait l'écho des doléances, souvent justifiées, que provoquait cette institution ; il avait lui-même formulé à son encontre des critiques précises ; il avait préconisé enfin des mesures destinées à remédier à un état de choses défectueux. Hélas ! aucune solution n'a jamais pu être adoptée parce que, au temps des syndicats, quelles que fussent la bonne volonté et l'activité des dirigeants, il manquait, pour les soutenir et aboutir, la coopération *unanime* des médecins. Aujourd'hui, l'Ordre pouvant imposer *à tous* une discipline commune et pouvant parler *au nom de tous* avec les personnalités et organismes en relation avec les médecins, il nous paraît opportun de souligner quelles utiles répercussions la création de l'Ordre peut avoir, dans un domaine où les polémiques entre assermentés et non assermentés ont été parfois si vives. Au préalable, par un court rappel historique et juridique de l'évolution de la question, nous voudrions en même temps que faire comprendre comment elle se pose à l'heure actuelle, remettre en lumière les suggestions qui avaient été faites pour apaiser les esprits.

Historique de l'institution

Le texte qui a institué les médecins assermentés est le décret du 9 novembre 1853, sur les pensions civiles, qui dans ses articles 30 et 35, imposait au fonctionnaire frappé *d'invalidité physique* ou *d'infirmité*, la production d'une « attestation d'un médecin désigné par l'administration et assermenté, pour pouvoir invoquer ses droits *à la retraite.* »

Un arrêté ministériel du 25 avril 1854 a étendu au cas de *maladie* entraînant un *congé* cette formalité à la charge du fonctionnaire.

Le décret du 7 octobre 1921, modifié par le décret du 8 mars 1928, dispose, dans son article 5, que les *congés de maladie* demandés par les *auxiliaires temporaires des services des régions libérées* ne peuvent être accordés que sur la production d'un certificat de l'un des médecins assermentés de l'administration intéressée.

La loi du 14 avril 1924 *sur les pensions civiles et militaires*, porte, dans son article 20, que les fonctionnaires demandant leur *mise à la retraite* pour *cause d'invalidité*, doivent la faire constater par une Commission de réforme comprenant « un médecin assermenté de l'administration ».

L'article 3 du décret du 10 décembre 1929, modifié par les décrets des 4 décembre 1932 et 11 juin 1933, dispose que le *fonctionnaire atteint de tuberculose ouverte* doit subir une contrevisite par un médecin phtisiologue assermenté de l'administration. L'article 18 du même décret subordonne l'admission de *tout candidat à un emploi administratif* de l'Etat à *l'examen d'un médecin phtisiologue* assermenté, désigné par l'administration.

Enfin, tout récemment, l'article 1er du décret du 3 juillet 1941, sur l'indemnisation des *agents de la défense passive* en cas *d'incapacité temporaire de travail,* prévoit, à la base de la constatation du droit de l'intéressé, *un certificat* délivré par un médecin «*accrédité* auprès de l'administration préfectorale». Ce changement de terminologie est d'ailleurs symptomatique.

Cette énumération de textes démontre que le rôle des médecins assermentés est *légalement limité* à la contrevisite en cas de demande de mise à la retraite pour invalidité formulée par un fonctionnaire (loi du 14 avril 1924) ; à la contrevisite en cas de demande de congé de longue durée pour tuberculose ouverte (décret du 10 décembre 1929, art. 3) ; à l'examen du candidat à un emploi administratif de l'Etat (art. 18 du même décret) ; à l'examen de l'agent de la défense passive atteint d'incapacité temporaire de travail (décret du 3 juillet 1941). Le décret du 7 octobre 1921, sur les fonctionnaires des régions libérées, a perdu toute actualité. Quant au décret du 9 novembre 1853 et à l'arrêté ministériel du 25 avril 1854, ils ne sont plus en vigueur. (Conclusions du Commissaire du Gouvernement devant le Conseil d'Etat, le 10 décembre 1937.)

En même temps que le domaine d'activité du médecin assermenté se trouve ainsi délimité, le *fondement légal de cette institution* apparaît établi, car, contrairement à ce que l'on croit généralement, l'existence des médecins assermentés repose sur une *base légale, dans tous les cas où l'intervention d'un tel médecin* est prévue *par une disposition d'un décret spécial* ; un décret ayant au point de vue coercitif les mêmes effets qu'une loi, s'il diffère de celle-ci au point de vue formel.

Ce qui n'est pas légalement établi, c'est *le mode de nomination* de cette classe privilégiée de médecins. Seule en effet une circulaire du ministre des Finances en date du 31 août 1854 donne aux

Préfets le droit de désigner les médecins assermentés, mais seulement pour l'exécution des dispositions du décret du 9 novembre 1853 et de l'arrêté du 25 avril 1854 cités plus haut. Cette circulaire précisait en outre devant quelle autorité devait être effectuée la prestation de serment : en principe entre les mains du préfet, ou du sous-préfet, selon les localités ; exceptionnellement entre les mains du juge de Paix.

On observera : 1° qu'une circulaire n'est pas une loi et n'a en conséquence qu'une valeur purement indicative ; 2° que cette circulaire a un domaine très précisément limité ; 3° que, destinée à assurer l'exécution de textes qui ne sont plus en vigueur, elle n'a plus elle-même aucune valeur.

Les vices de l'institution

L'imprécision du statut des médecins assermentés explique les nombreux abus qui ont passionné l'opinion médicale. La responsabilité d'une partie d'entre eux incombe aux administrations ; quant aux autres, ce sont les médecins eux-mêmes qui les commettent consciemment ou inconsciemment.

La désignation de ces confrères est faite par les préfets... ou les chefs d'administrations avec l'arbitraire le plus complet : bien souvent la faveur y a plus de part que le mérite.

Le nombre des médecins assermentés et leur rôle sont sans aucun rapport avec ce qu'ils devraient être si l'on n'avait recours à eux que dans les cas expressément énumérés par des textes législatifs. Mais, chaque administration, aussi spécialisée et aussi locale soit-elle, veut avoir son médecin assermenté (P. T. T., Chemins de fer, Mines, Métro, T. C. R. P., etc...). D'autre part, certains fonctionnaires, intempestivement zélés, prennent sur eux d'exiger un certificat de médecin assermenté, là où les règlements ne prévoient qu'un certificat médical, sans autre précision.

Les heureux bénéficiaires du titre s'en parent avec ostentation et, dans l'esprit du public, jouissent d'une considération spéciale qui peut n'être justifiée par aucun mérite particulier. Ils s'assurent, par voie de conséquence, un privilège de fait d'autant plus solide que les certificats délivrés par eux sont exempts de timbre.

Enfin, et surtout, dans bien des cas, le médecin assermenté accepte d'être à la fois l'expert de l'administration qui le mandate et le médecin traitant des employés de cette administration. Il est donc exposé, par la force des choses, à violer fréquemment le secret professionnel, et à accaparer à son profit une clientèle qui s'adresse à lui de préférence aux autres confrères, parce qu'elle espère obtenir plus facilement, en cas de besoin, le certificat exigé.

Les réformes proposées jadis

Les solutions proposées pour remédier à ces abus ont été jusqu'à présent de trois sortes. Une première, radicale, préconisée notamment par le Docteur Boudin, était la suppression pure et simple des médecins assermentés, comme étant une caste privilégiée dont les actes portent atteinte au libre choix du médecin par le malade et au respect de l'obligation au secret professionnel.

Non moins catégorique, mais en sens opposé, une autre thèse soutenait qu'il y avait lieu de rendre le serment obligatoire pour tous les médecins, en instaurant ainsi entre eux, mais par une autre voie, l'égalité absolue.

La troisième était plus nuancée et tenait compte surtout du droit strict pour les administrations de choisir leurs médecins experts et contrôleurs. Elle est résumée dans le texte d'un avant-projet de proposition de loi, préparé par l'ex-Confédération des syndicats médicaux et publié dans le *Médecin de France* de mai 1938. Ce projet exigeait que les administrations fissent leur choix sur des listes annuelles dressées par les syndicats et portant les noms de tous les praticiens du département en ayant fait la demande ; il interdisait au médecin contrôleur, (assermenté ou non) d'être le médecin traitant du personnel de l'administration auprès de laquelle il est agréé.

Ce que devrait être l'action de l'Ordre

Aujourd'hui que le statut de la médecine a été modifié profondément par la création de l'Ordre, une solution satisfaisante de la question des médecins assermentés peut et doit être adoptée. Elle devra concilier les idées directrices des différents systèmes analysés plus haut.

Constatons tout d'abord qu'aujourd'hui tous les médecins prêtent le serment de se conformer aux prescriptions du Code de déontologie et que ce Code contient un article 12 interdisant de délivrer des certificats de complaisance. Moins que jamais par conséquent on doit admettre que soit accordé réglementairement aux certificats des uns un crédit moindre qu'à ceux établis par d'autres. *Tous les médecins sont aujourd'hui assermentés.*

—Vous n'empêcherez jamais certaines administrations publiques ou privées de choisir leur médecin expert ou contrôleur, nous objectera-t-on, et de témoigner aux conclusions de celui-ci, parce qu'il leur est connu et en raison justement de ce choix, une confiance plus grande qu'à celles de n'importe quel autre médecin. Le facteur « confiance » joue de toute évidence dans le domaine de la médecine de contrôle un rôle

aussi grand que dans celui de la médecine de famille.

D'accord. Mais le criterium de la distinction étant dorénavant le choix et non plus le serment, le médecin intéressé ne devra plus porter le titre de médecin assermenté, mais seulement celui de médecin accrédité ou agréé près telle compagnie ou administration. Il y aura une grosse nuance quant à l'effet de prestige sur le public.

L'Ordre peut donc et doit obtenir des Pouvoirs publics la suppression du titre « médecin assermenté » dans tous les textes réglementaires. N'y a-t-il pas déjà un pas fait dans cette voie, par le décret du 3 juillet 1941 que nous avons cité plus haut ? En outre, une circulaire ministérielle du 26 avril 1941, publiée dans notre numéro du 7 septembre est venue préciser que l'intervention d'un médecin assermenté n'était pas nécessaire pour la délivrance des certificats de supplément alimentaire, ce qui était primitivement prévu.

L'Ordre doit aussi obtenir des administrations publiques que ne soit fait appel aux services d'un médecin accrédité que dans les cas strictement prévus par un texte spécial.

Ce que nous demandons encore à l'Ordre, c'est d'interdire à ce médecin « accrédité » d'être le médecin traitant du personnel de l'administration ou des administrations auprès desquelles il est agréé. Nous savons que l'article 62 du Code de Déontologie interdit d'être à la fois médecin contrôleur et médecin traitant d'un malade ainsi que de soigner la famille de ce malade, habitant sous le même toit que lui. Mais le terme « médecin contrôleur » est trop vague et ceci d'autant plus que l'article 62 contient un développement, restrictif selon nous, de la portée de cette défense : « Il est interdit au médecin d'une collectivité, rémunéré par l'employeur ». Or, il arrive souvent que les médecins « agréés » ne soient pas ou soient très rarement rémunérés par l'administration, mais seulement par le personnel lorsqu'il a recours aux offices de ces médecins. Beaucoup parmi ceux-ci pourraient donc prétendre que cette disposition du Code de Déontologie ne les concerne pas. Que l'Ordre veuille donc bien préciser les termes de l'article 62. Nous savons d'ailleurs que le Conseil départemental de la Seine a pris des mesures un peu draconiennes au reste, pour interdire le cumul des fonctions de médecin contrôleur et de médecin traitant.

Enfin, l'Ordre devrait, par des démarches auprès des autorités compétentes, obtenir que l'inégalité fiscale signalée ci-dessous cesse entre médecins accrédités ou non.

Sur quoi se fonde cette inégalité ? Sur l'article 16 de la loi du 13 brumaire an VII qui excepte « du droit et de la formalité du timbre 1er extraits, copies ou expéditions qui s'expédient ou se délivrent par une administration publique ou un *fonctionnaire public* à une autre administration publique ou à un *fonctionnaire public, lorsqu'il est fait mention de cette destination.* » On assimilait donc le « médecin assermenté » à un fonctionnaire public. Cette assimilation était-elle bien fondée ? Oui, d'après la conception extensive de la fonction publique. Non, d'après la conception restrictive. En tous cas, s'agissant d'un fonctionnaire autre qu' « à temps plein », le seul lien entre l'administration et lui est le serment. Supprimez le serment, la subordination disparaît. Pour quelle raison maintenir dans l'avenir une différence aussi importante, basée sur d'aussi faibles raisons ? Si le certificat fait mention de sa destination, ne peut-on le faire bénéficier de l'exemption du timbre, qu'il soit établi par tel médecin ou par tel autre ? Pour étayer ses revendications, l'Ordre pourrait alléguer l'article 291 du Code du Timbre qui excepte du droit de timbre les certificats de médecin non assermenté quand ces documents concernent des agents accomplissant un *service actif* de l'Etat. Il obtiendrait, semble-t-il, assez aisément l'extension de cette dérogation au cas où les certificats auraient trait à des agents des *services sédentaires.*

***

Par cette triple action, l'Ordre résoudrait au mieux des intérêts de tous cette épineuse question : l'égalité entre tous les médecins se trouverait établie quant au titre, au prestige, aux avantages fiscaux ; le risque de violation du secret professionnel annulé ; supprimé aussi, l'accaparement de la clientèle fonctionnaire par le médecin agréé.

Mais il faut que, sur ce point comme sur tant d'autres, l'Ordre se pénètre de cette idée, que sa destination est d'*intervenir auprès des Pouvoirs publics* pour obtenir des réformes nécessaires. Qu'il se souvienne de n'être pas seulement un organisme disciplinaire chargé de faire la police intérieure de la profession, mais le représentant des médecins à qui incombe surtout la défense de leurs intérêts, l'amélioration de leurs conditions d'exercice. Nous savons que l'Ordre ne voit pas d'un bon œil la survie de la caste des médecins assermentés. Il ne suffit pas de les ignorer pour en obtenir la disparition. C'est par une action positive qu'il parviendra à un résultat. L'Ordre a en mains tous les atouts pour gagner.

Pierre Douriez.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Mon dernier article sur ce sujet m'a valu un certain nombre de lettres où chacun esquissait sa propre conception de l'enseignement médical. La plupart de mes correspondants étaient des praticiens chevronnés qui, embrassant d'un regard d'ensemble le champ qu'ils explorent chaque jour, s'ingéniaient à y discerner sereinement les grandes routes, les carrefours essentiels, les points culminants et méditaient sur le meilleur itinéraire à proposer aux Eliacins qui en sont au début du voyage.

Et la lecture de cette correspondance me donnait à penser que, pour aboutir à une réforme substantielle et opportune des études médicales, un concile de praticiens confrontant leurs vues d'un simple souci pragmatique serait peut-être plus désirable qu'une commission universitaire plus ou moins assujettie aux disciplines anciennes.

Entre toutes ces correspondances m'a paru trancher la lettre suivante ; elle émane d'un jeune médecin non encore installé qui, en 1938, se destinait à une carrière de recherches scientifiques. Certains évènements internationaux lui ont valu à ce moment d'autres occupations et ne lui ont pas permis jusqu'à présent de reprendre son projet.

Ce jeune médecin défend avec fougue sa conception de la médecine et des études médicales. D'aucuns le trouveront trop entier : C'est signe qu'il aime sa profession. Et puis un réformateur qui ne serait pas excessif (dans ses plans tout au moins) ne ferait guère d'adeptes car il manquerait d'enthousiasme.

Nous qui fumes formés selon des méthodes manifestement désuètes puisque l'on s'inquiète de les remplacer par d'autres, nous aurons, semble-t-il, intérêt à écouter la voix d'un cadet qui nous donne ses impressions toutes fraîches sur un domaine ou nos yeux ont pris leurs habitudes et ne savent peut-être plus regarder avec autant d'ingénuité.

G. L.

« Nous sommes au siècle du dynamisme et de la technique. Dynamisme dans les idées, les concepts ; triomphe de la technique dans les réalisations. Or que se passe-t-il chez nous : les programmes de l'enseignement datent à peu près d'un demi-siècle ! Le médecin est flatté d'être appelé homme de science dans le grand public ; toutefois il est chagrin du fait que sa profession — libérale — soit bien un art. Voyons, un peu de sincérité : s'il s'agit d'un art analogue à celui de l'ingénieur, alors oui, vous êtes un homme de science. Si au contraire vous êtes décidé à tout faire pour que votre profession — libérale — soit sœur de celle de l'avocat ou du notaire, alors vous commettez tout simplement un abus de confiance en vous laissant considérer comme un savant.

« Il faut lâcher le plus souvent qu'on le pourra le scalpel — qui a fait largement son temps — et même le microscope — qui dans trop de mains n'est même plus un instrument de mesure, mais une occasion commode à des descriptions histologiques dont l'imagination et les facteurs d'équation personnelle constituent les erreurs — pour les tubes à essai et les appareils enregistreurs ; ou si vous le voulez bien les instruments de mesure.

« On ne conçoit bien que ce que l'on énonce par des chiffres » disait Lord Kelvin. Il est certain que quiconque prétend venir en aide à la détresse du malade doit tenter sincèrement et avec foi de tendre vers la guérison (et non pas l'amélioration trompeuse) ; donc pour que sa tentative ait quelque chance de succès il doit essayer d'approcher au maximum de la connaissance des phénomènes vitaux. Les sciences biologiques doivent donc dicter notre discipline et ce sont, en allant du simple au complexe et n'en déplaise à certains : la physique et plus particulièrement la physico-chimie appliquées à la biologie, la chimie biologique, la physiologie ; et aussi dans un domaine plus spécial la microbiologie (ce qui ne veut pas dire « microscopie ») qui fait d'ailleurs appel aux trois sciences précédentes. Ces trois sciences d'ailleurs fondamentales pour le biologiste, doivent le devenir pour le médecin. Quant à l'anatomie, l'histologie et leurs « conséquences », elles vont devenir adjuvantes pour ne pas dire accessoires, comme certains aiment encore si bien à qualifier les trois sciences fondamentales de la biologie.

Comme tout ceci nous laisse loin de l'anatomie macroscopique ou microscopique (histologie et anatomie pathologique) désormais aussi « sciences » morphologiques. A la vérité ce ne sont pas des sciences mais bien des classifications. Elles sont absolument impuissantes à nous éclairer même très médiocrement sur les phénomènes vitaux, car elles ne mesurent rien ! Nous ne voulons pas ignorer la part importante de l'anatomie dans l'art chirurgical. Toutefois malgré sa grande importance et son prestige nous remarquerons que cet art ne constitue qu'une spécialisation. Nous laissons donc bien volontiers les chirurgiens seuls juges en la matière bien que nous soyons persuadé que beaucoup

d'entre eux ont renoncé aux fâtras de détails dont est farci l'enseignement de l'anatomie. Bien mieux, il en est des plus qualifiés qui n'hésitent pas à affirmer la prépondérance de la physiologie sur l'anatomie en chirurgie. Quant à la pathologie elle est toujours pour l'instant le reflet de la même discipline morphologique. Elle subira progressivement l'influence dynamique des sciences biologiques avec le temps, mais à la condition que celles-ci prennent l'importance qu'elles méritent.

Quoiqu'il en soit, notre formation, et ce qui est plus grave nos concours officiels (donc le recrutement des élites) est dominé par l'esprit de classification et de description, c'est-à-dire par des disciplines qui font avant tout appel à la mémoire, moyennement à l'observation, peu à la déduction et jamais ou si peu à l'induction. A ce titre on doit avouer que si la formation scientifique du médecin est terriblement insuffisante, il est un fait bien plus grave : l'esprit même des concours officiels apparaît presque anti-scientifique ! D'une façon générale on peut d'ailleurs observer le peu d'enthousiasme affiché par les jeunes pour les carrières de chercheurs (il est vrai qu'il y a d'autres causes, telles que par exemple les « traitements de famine » et la volonté bien arrêtée du jeune actif à « se faire une situation ! ») ; mais on peut observer aussi le dédain manifeste affiché par beaucoup pour tout ce qui n'est pas spécifiquement clinique. Aussi n'est-il pas étonnant de constater que la plupart des grandes découvertes médicales ont été faites par des non-médecins. N'insistons pas sur l'histoire pourtant si magnifique du grand Pasteur (qui était encore plus un physicien qu'un chimiste) et citons pour mémoire la découverte et l'expérimentation des arsénobenzènes en 1911 par le chimiste Erhlich ; celles de l'insuline en 1922 par deux jeunes biochimistes : Best et Bauting ; et tout récemment celles des sulfamides par un autre chimiste Domagk (1935), etc... Que ne pourrait-on pas espérer d'une autre discipline !

Bien que le problème soit général et non pas spécifiquement français, il est très regrettable de constater que ces notions ont déjà fait un bon chemin dans différents grands pays (U. S. A. et Allemagne par exemple), mais qu'en France on en soit encore à une conception clinicienne qui fut sans doute très brillante sous les Dieulafoy et les Trousseau, mais qui date maintenant. Donc, dans ces pays et tout au moins depuis ces dernières années, on demande au futur médecin une solide formation scientifique avant de franchir le seuil de la salle de malades. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, l'enseignement de la clinique, donc l'entrée de l'hôpital, n'est permis qu'après la troisième année. Auparavant on a largement et presque uniquement enseigné à l'étudiant les sciences biologiques fondamentales. On reproche volontiers à ce système de former des médecins ayant un sens clinique peu aiguisé (?) et insuffisamment praticiens ! En tout cas ces futurs médecins (qui feront tous un ou deux ans d'internat obligatoire une fois le cycle des études totalement accompli) abordent leur premier malade avec une culture et une idée du malade et de la maladie autrement sérieuses que celles de nos étudiants. Et ceci nous console peu de notre conception de « P. C. Bards » frais émoulus qui fréquentent les services alors qu'ils en sont à leur première dissection et qui — ce qui n'est pas rare — dès la deuxième année seront déjà des « docteurs » car ils auront la blouse blanche et leur titre d'externe. Tout cela est parait-il très bon pour le sens clinique, l'habileté manuelle, mais certainement très préjudiciable à la formation scientifique et pourquoi ne pas le dire, en définitive aux malades.

Sait-on suffisamment qu'il y a encore à peine un demi-siècle la thérapeutique ne constituait même pas un enseignement officiel à la Faculté ; elle s'apprenait au lit du malade, aux hasards des leçons magistrales. Dès et surtout les premières années d'étudiant chacun de nous a été frappé (plus ou moins suivant sa sensibilité) par la solennelle impuissance de notre thérapeutique dans de trop nombreux cas. Après une magnifique description clinique, un « beau diagnostic »,... une conclusion thérapeutique illusoire. Il est vrai que nous masquons souvent notre impuissance par une solennelle quoique assez pédante logomachie qui a peut-être sa raison d'être pour l'heure, mais qui n'en apparaîtra pas moins ridicule sinon odieuse à nos descendants que les diafoyrades molièresques apparaissent à nous-mêmes. Et nous savons très bien que celles-ci n'étaient pas seulement théâtrales. Nous sommes ici entre médecins et il serait malséant de rappeler la terrible détresse morale du malade, surtout du « grand malade » qui « comprend » et auquel on ment beaucoup moins facilement que certains ne le croient. N'oublions jamais que notre malade dans la mesure de son intelligence, de son intuition, de sa culture et de son éventuelle résignation, s'accroche désespérément à la science — oui, la science — de son médecin !

Il est parait-il de mauvais goût de vouloir séparer clinique et laboratoire et il est d'ailleurs une phrase « lapidaire » qui bien que connue de tous peut être rappelée ici : « Celui qui essaie de séparer la clinique du laboratoire, n'a rien compris ni à la clinique ni au laboratoire. » Malgré ce terrain assez dangereux, nous nous devons d'émettre ici quelques réflexions. Tout d'abord il faudrait s'entendre sur le mot laboratoire dont il a été fait un abus si regrettable. Mises à

part les grandes firmes de produits pharmaceutiques — qui elles, possèdent bien leurs propres laboratoires de recherches — il ne peut évidemment s'agir de ces trop nombreuses et vagues officines pharmaceutiques qui prennent avec un ensemble touchant le titre de laboratoires (au pluriel encore) parce qu'elles mettent en flacons quelques solutions plus ou moins goménolées contre le coryza, ou autres produits assez inoffensifs d'usage courant. Sur un terrain plus médical, il ne peut davantage s'agir par exemple du centre d'électroradiologie d'un hôpital qu'on qualifie immanquablement — tout au moins à Paris — du titre de laboratoire. Il ne peut non plus s'agir du petit local — trop petit malheureusement — du grand service de clinique où la laborantine se livre au travail pourtant si riche d'enseignements de la pratique courante du « laboratoire appliqué à la clinique » (numération globulaire, formules leucocytaires, dosage d'albumine, sucre, Bordet-Wassermann, etc...) Le terme laboratoire, dans son expression la plus pure, ne peut évidemment s'appliquer qu'aux lieux de recherches.

Toujours est-il que si le prestige médical est assez invariablement accordé au clinicien — qui a le privilège d'approcher continuellement le malade — il y aurait mauvaise grâce à voir dans le chercheur, un froid logicien qui..... « fait avancer la science » mais qui dans le fond ne fait pas de médecine ! Pourtant l'un comme l'autre cherchent sincèrement « à faire le bien » (comme si en pareil cas on pouvait imaginer faire autre chose que le bien), mais n'en déplaise aux ardents défenseurs de la sentence citée plus haut, ils sont animés l'un et l'autre par des disciplines différentes sinon antagonistes. En effet, le clinicien est jusqu'alors et dans la majorité des cas, le produit d'une discipline anatomiste, à l'esprit descriptif donc statique. Sa « façon de voir » lui est plus ou moins imposée par la forme des examens ou des concours qu'il a dû subir (anatomie, pathologie externe et interne). Le chercheur du laboratoire est lui, bien davantage animé — ne serait-ce que parce qu'il doit mesurer — de l'esprit dynamique des sciences biologiques ; ses conclusions auront en définitive des applications thérapeutiques — qui seront expérimentées par le clinicien mais seulement dans la mesure où celui-ci par sa formation y trouvera de l'intérêt ; elles seront le *primum movens* du progrès.

Cette division que nous n'aurions pas voulu faire est la conséquence de deux disciplines différentes ; des réalités trop manifestes l'imposent. Par une analogie qui sera peut-être targuée d'esprit primaire, le chercheur du laboratoire est en quelque sorte l'ingénieur du bureau d'études et le clinicien l'ingénieur de l'atelier ou du chantier. Ce sont deux ingénieurs qui auraient des formations de base absolument différentes ; ce qui n'a fort heureusement pas lieu dans le domaine de l'industrie et ce pour le plus grand bien des applications techniques. Supposons donc, si vous le voulez bien, que l'on forme des ingénieurs n'ignorant rien de la technologie, des finesses d'usinage, d'atelier ou de bureau de dessin, mais ignorant tout ou à peu près du calcul différentiel et intégral, de la mécanique rationnelle et des sciences expérimentales. Il est évident qu'on aboutirait vite à une *technique* peut-être élégante mais *fixée* ! Dans une certaine mesure et toutes choses égales d'ailleurs, c'est pourtant malheureusement ce qui se passe chez nous où notre formation est absolument insuffisante en ce qui concerne la part accordée aux sciences fondamentales de la biologie.

Une réforme hardie des études médicales s'impose. Bon nombre d'esprits distingués sont d'avis que sous l'influence de la technique, la médecine va s'industrialiser (au sens philosophique du mot comme l'entendait d'ailleurs le regretté Docteur Martinet) ; et la carrière du médecin subira toutes choses égales d'ailleurs des influences relativement analogues à celles qui déterminèrent la formation et le recrutement des ingénieurs au début et au cours de l'évolution de la technique industrielle au XIX[e] siècle.

Si on veut bien admettre que les sciences biologiques (dont l'anatomie et ses « conséquences » ne font pas partie) sont les bases de la médecine (comme les mathématiques sont celles de l'art de l'ingénieur), il faut donc imposer un *concours à l'entrée* des Facultés (ou des futures grandes Ecoles de médecine), concours *basé sur les connaissances et la tournure d'esprit demandées par les dites sciences.* Nous voilà donc loin des conceptions conformistes — et égoïstes — d'une septième année d'études ajoutée à un cycle déjà si long ou de je ne sais quelles formules de succession pour « mettre de l'ordre dans notre profession ».

Mais surtout qu'on ne revienne plus sur les qualités morales et de compréhension du malade que doit avoir tout médecin. La culture classique ou la scientifique n'ont absolument rien à y voir. Aussi bien de petites infirmières laïques très primaires ou de braves sœurs de charité donnèrent et donneront encore beaucoup de leçons à bon nombre d'entre nous.

Dr Bricout (Caudry).



DU PALUDISME AUTOCHTONE A 13 KILOMÈTRES DE NOTRE-DAME !

Une Prophylaxie... « originale »

Nous avons appris l'existence de paludisme autochtone dans la banlieue immédiate de Paris, fort loin de France.

C'est à Gatun (C.-R.), près de ce Canal de Panama, si plein d'enseignements pour le Français passant là-bas, en regardant le planisphère des points impaludés du globe, que nous sauta aux yeux le rond sanglant englobant notre capitale.

Notre surprise fut grande et, à notre demande d'explications, réponse nous fut faite, avec références à l'appui, de l'existence à Bonneuil, et de marais, et d'anophèles et de paludisme sur place sans dénégation possible.

Nous nous rappelâmes alors, qu'en effet, lors de nos études à l'I. M. C., nous étions allés chercher des anophèles dans ces marais, sous la direction du sympathique et distingué chef de travaux du Professeur Brumpt : M. Langeron.

Cependant, cette tache rouge sur Paris, nous restait sur le cœur et nous nous promîmes de contrôler l'affirmation américaine, si péremptoire fut-elle.

Nous ne pouvions penser, à ce moment, que ce contrôle serait aussi complet, aussi exhaustif quelques années plus tard.

Pour répondre plus pleinement au grand devoir individuel de l'homme : Famille-Enfants, nous décidons de revenir dans la mère-patrie, de nous installer en France. La rencontre d'un admirable compagnon de guerre, retrouvé curé à Bonneuil, nous fixe dans cette commune.

Ce ne fut pas long ; nous y étions à peine depuis six mois que, cliniquement, le paludisme s'imposait à nous et d'une façon particulièrement typique chez un cultivateur n'ayant jamais quitté le pays, n'ayant pas été mobilisé. Moins d'un an après, nous avions la chance de mettre l'hématozoaire en évidence dans le sang de ce malade, levant ainsi tout doute.

Six autres cas absolument pathognomoniques viennent s'ajouter très rapidement, confirmant le résultat remarquable de la quinine contre toute fièvre brusque dans la région, où ce « fébrifuge », uniquement et spécifiquement fébrifuge dans la malaria, réussit dans 25 % des cas avec une netteté indiscutable.

Le 22 septembre 1932, nous faisions à ce sujet un rapport au Conseil municipal : Les marais de Bonneuil et la Santé publique (1) d'où un vœu demandant l'assèchement de ces marais ; ce vœu fut appuyé par des vœux des Anciens Combattants, de la Confédération des Syndicats médicaux français (1er juillet 1934) et eut, même, un écho dans *Le Matin*, qui s'honora d'une belle campagne pour la destruction des moustiques dans une suite d'articles, signés Jean d'Orsay, parus cette même année 1934 (1).

Rien n'y fit ; la réaction du principal propriétaire de ces marais, l'emporta, fort vertement condensée dans un énergique : « Qu'on f... la paix à mes canards ! »

La campagne électorale du parti actuellement au pouvoir (2) au Conseil municipal de Bonneuil roula, pourtant, grandement sur ces marais et leur suppression était un des principaux points du programme. Il est probable que le succès unanime rencontré à leur sujet, lors des dernières élections, a fait qu'on n'a eu garde d'y toucher pour réserver, pour les campagnes ultérieures, ce si magnifique tremplin électoral qui fait l'union sacrée toutes les fois qu'on en parle...

Pour nous, humble praticien rural, qui avons une horreur profonde de la politique, nous ne fûmes pas très étonné, mais, en revanche, nous avons eu, avouons-le, quelques espoirs dans l'enquête faite pour le plan d'aménagement de la région parisienne (loi du 14 mai 1932), et, le 26 octobre 1935, nous couchions, à la mairie, sur le registre encore vierge consacré à cette enquête, de longues remarques qui furent très aimablement reproduites, *in extenso*, dans la regrettée *Tribune de l'Est*, en son numéro du 8 novembre 1935, où elles occupaient une colonne entière, grand format.

Hélas, trois fois hélas, malgré le dévouement et la compétence du commissaire-enquêteur : M. Lajotte, tout cela doit dormir en quelques cartons verts. Les marais continuent à montrer leur aspect engageant, les canards ont toujours la paix royale... Heureux canards ! Les moustiques continuent, ils prolifèrent et surprolifèrent et cependant, malgré l'augmentation des habitants, le paludisme recule, grâce à une prophylaxie aussi magnifique qu'originale.

Depuis un lustre environ, les marais de Bonneuil reçoivent les eaux usées de l'Hospice de

(1) Voir ce rapport dans le *Médecin de famille*, N° 5, mars 1935, franco contre 5 francs au siège social des « Amis de la Médecine française », 16, rue de Sucy, à Bonneuil-sur-Marne (Seine), c.c. postal : 717.05, Paris.

(1) En 1935, deux vœux sur ce sujet : Union nationale des Combattants, C. R. P. du 21 mars, et Parti social de la Santé publique, le 1er avril.

(2) Ces lignes furent écrites avant la nouvelle guerre qui a fait dissoudre le Conseil municipal de cette commune.

Brévannes. Un coup d'œil à l'endroit où la canalisation devient à ciel ouvert, se jetant dans ce marais, suffit pour vous convaincre avec quel admirable scrupule est accompli le cahier des charges qui stipule que ces eaux ne seront déversées que stérilisées et clarifiées ! ! !

Et, depuis, les anophèlesdisparaissent,disparition tout à l'honneur de ces derniers, qui prouve bien leur amour pour l'eau claire, calme, propre et tranquille ; eux qui pullulaient dans le grand canal, ne se trouvent plus qu'avec peine dans le coin le plus éloigné de l'abouchement des eaux de l'hospice.

Malheureusement pour notre repos, nos anophèles, fervents d'hygiène, ont été remplacés par des culex, en quantité... industrielle.

Le culex est d'ailleurs fort joli dans la région, grâce à la station d'épuration ! du Mont-Mesly, qui (fonctionnant, du reste, à l'inverse de son principe !) réussit un élevage de cousins de toute beauté : taille, force, tout y est ! Les femelles (et des mâles !) splendides, hors concours, battant en vol tous les records de distance, durée et hauteur, et fournissant au médecin soussigné un contingent, fort appréciable, d'abcès et de phlegmons !

Nous sommes donc particulièrement heureux d'exposer, aujourd'hui, cette situation trop peu connue (1) aux lecteurs de cette remarquable *Revue de paludisme*, dont nous sommes heureux de saluer bien cordialement la naissance, pleine d'espérance, en face de la plus formidable endémie du globe.

Les marais de Bonneuil sont un scandale à faire cesser, un scandale et un danger : qui peut prédire qu'il ne viendra pas un moment où des conditions climatériques exceptionnelles (comme celles qui permirent aux stégomyas, pourtant si fragiles au froid, de créer à Saint-Nazaire les terribles épidémies de fièvre jaune de juillet 1861 et de septembre 1908) ne viendront pas, brusquement, favoriser un réveil du paludisme terrible avec la densité d'habitants de maintenant.

Les marais de Bonneuil doivent disparaître ; ils le doivent d'autant plus que les Romains, en cette région aimée de l'empereur Julien, les avaient déjà fait disparaître, grâce à un drainage et à des plans d'eau réguliers que les rois de France firent entretenir.

Les marais de Bonneuil peuvent très facilement être assainis ; nous nous contenterons d'esquisser deux façons dont cet assainissement et cette disparition peuvent être réalisés :

a) Par la constitution d'un vaste plan d'eau pour hydravions, qui serait là, avec la cote de ces marais, d'une création particulièrement économique puisque, aussi bien, ce plan d'eau doit être fait pour les grands appareils transatlantiques.

b) Par le comblement, grâce à la méthode du dépôt contrôlé qui a fait ses preuves en Angleterre, et fournirait, aux portes de Paris, une réserve boisée, saine et agréable, des plus salutaires. Cette réalisation, à deux pas de la capitale, serait d'une facilité et d'une rapidité extraordinaires.

Nous finirons en rappelant les si justes lignes qu'écrivait, en 1900, pour célébrer leur assèchement, Gelin, dans les marais de la Sèvre-Niortaise :

« Le marais poitevin est une de ces conquêtes dont l'homme a le droit d'être fier, car elles n'ont coûté ni larmes, ni sang et ont apporté la santé et la fortune où croupissaient misérablement de rares peuplades anémiées par des émanations putrides ».

Il ne tient qu'à un peu d'énergie des Pouvoirs publics, dans l'accomplissement strict d'un de leurs devoirs élémentaires, pour que semblable conquête, pacifique et bienfaisante, se fasse aux portes de Paris.

Nous faisons appel aux médecins pour que cette conquête soit réalisée sans retard.

Docteur Fougerat.

(1) Notre confrère, collègue et ami, le Docteur Gallais, ne la signale pas dans sa belle thèse « Le paludisme en France » (1925) ; en revanche, le Docteur Eugène Ferval, également dans sa thèse (1936) : « Contribution à l'histoire du paludisme dans la région parisienne », l'indique et, pages 78 et 79, donne de nos observations. Nous y renvoyons les lecteurs que cette question intéresse.

Bibliographie

Presses Universitaires de France
108, boulevard Saint-Germain, Paris

Votre médecin, par Etienne de Véricourt.

La substance de « Votre médecin » se résume heureusement dans ces deux lignes de sous-titre : « Ce que vous pouvez pour lui ; Ce qu'il peut pour vous »

L'auteur, médecin avisé et indulgent aux ignorances de la foule, s'efforce de préciser pour celle-ci quelques idées simples et essentielles sur la médecine et les médecins.

C'est une louable entreprise qui favorise l'entente entre les hommes. Puisse la collection « Bibliothèque du peuple » obtenir quelques résultats dans ce sens !

G. L.

Chronique automobile

❖ ❖

GARAGE MORT

Par M. H. Petit

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique
Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Cette bizarre expression de « garage mort » s'est répandue dans le grand public automobile depuis la guerre. Que signifie exactement « mettre sa voiture en garage mort » ? Cela veut dire que l'on gare sa voiture avec l'intention de la laisser immobilisée dans les meilleures conditions de conservation possibles, mais sans espoir d'utilisation immédiate.

Il existe un autre cas assez fréquent : c'est celui où l'on ne compte pas utiliser sa voiture, mais cependant on tient à la tenir prête à toute éventualité pour qu'elle puisse partir, sinon au premier coup de démarreur, tout au moins après un délai de l'ordre d'une demi-heure ou au maximum d'une heure.

Se rattachant à ce deuxième cas, il y a celui où l'on ne fait de son véhicule qu'un usage intermittent et espacé, les temps de repos étant beaucoup plus longs que les temps d'activité.

Nous allons examiner successivement ces trois cas, en disant chaque fois ce qu'il convient de faire pour la meilleure conservation possible de la voiture.

Avant toute chose, et s'appliquant aux trois cas que nous avons énumérés, une prescription s'impose : ne jamais remiser la voiture pour une durée un peu longue sans l'avoir lavée ; la peinture souffre d'être en contact trop prolongé avec la boue séchée, les vernis se ternissent, et la voiture se trouve ainsi dépréciée. Le lavage peut être remplacé, quand la voiture rentre presque propre, par un simple dépoussiérage, suivi autant que possible d'un passage à l'encaustique de tout l'extérieur.

Garage mort. — Commencer, nous l'avons dit, par un nettoyage général, non seulement de la carrosserie, mais encore de la mécanique : gratter la boue partout où on peut la découvrir, et si l'on a un peu de pétrole ou de gas-oil, dégraisser tous les coins du chassis.

En ce qui concerne la mécanique proprement dite, examinons successivement le chassis et ses organes, les pneus, l'équipement électrique.

Chassis et ses organes. — Vidanger tous les carters (moteur, boite de vitesses, pont), exécuter un rinçage de chacun d'eux avec de l'huile fluide en petite quantité : un bon moyen de rincer, c'est de rouler pendant une dizaine de kilomètres à petite allure avec l'huile de nettoyage. Vidanger de nouveau, et laisser les carters vides. On peut d'ailleurs sans inconvénient, les regarnir d'huile fraiche. En aucun cas il ne faut les laver au pétrole.

Vidanger l'eau de circulation en ayant soin, quand elle ne coule plus, de faire tourner le moteur à vide pendant quelques instants.

Injecter un peu d'huile fluide dans chacun des cylindres par les trous des bougies, et faire tourner le moteur sans allumage pendant quelques tours.

On aura intérêt à enlever les bougies pour les conserver dans un lieu sec. On les remplacera par des bouchons en liège ou en caoutchouc que l'on vissera à leur place.

Rien de particulier pour l'embrayage, la boite de vitesses ou le pont, que ce que nous avons dit plus haut.

Si la voiture a des freins hydrauliques, laisser en place la petite provision de liquide. En l'enlevant on risquerait, en effet, s'il y avait quelques fuites dans les canalisations, de laisser pénétrer de l'air dans les cylindres de freins, ce qui entraînerait la nécessité d'une purge au moment de la remise en service.

Roues et pneus. — Démonter les pneus, les brosser soigneusement intérieurement et extérieurement et emballer les enveloppes dans du papier épais comme sont emballées les enveloppes neuves ; remiser les pneus dans un endroit obscur, sec et frais (une bonne cave, par exemple).

Quant aux chambres à air, les talquer abondamment et les emmagasiner dans une boite en bois fermant bien. En aucun cas ne les laisser à la lumière.

On pourra profiter de l'occasion pour passer une couche de vernis à l'intérieur des jantes pour les empêcher de rouiller.

Equipement électrique. — C'est lui qui réclame le plus de soins. La batterie d'accumulateurs sera enlevée du chassis et chargée à fond ; on vidangera alors l'électrolyte qui sera

immédiatement remplacée par de l'eau distillée ou de l'eau de pluie. L'électrolyte sera mise en lieu sûr de façon à pouvoir resservir plus tard ; ce liquide ne craint pas la gelée.

Il n'en est pas de même de la batterie quand elle a été remplie d'eau distillée : il est essentiel de la conserver en un lieu où la température ne descend jamais au-dessous de zéro.

Avant de la remiser, on la nettoiera extérieurement, on enlèvera les sels grimpants, et on graissera à la vaseline les bornes et les connexions.

La tête d'allumage sera soigneusement nettoyée et très légèrement graissée à l'huile fluide afin de mettre les pièces métalliques qui sont à l'intérieur à l'abri de la rouille ; pour la remise en service, il faudra naturellement dégraisser les contacts.

Les lampes des phares ou de lanternes seront enlevées et mises à l'abri dans un lieu sec : à l'humidité, en effet, les culots ont tendance à se détacher des ampoules ; l'extérieur chromé des phares et, en général, toutes les parties chromées de la voiture, seront graissées avec de l'huile ou de la vaseline.

Carrosserie. — Un bon nettoyage extérieur, nous l'avons déjà dit, mais aussi un bon nettoyage intérieur, autant que possible avec un aspirateur. Quelques morceaux de naphtaline seront dispersés à l'intérieur de la caisse, dans *les poches et surtout dans les interstices* entre *les coussins* et les *accoudoirs*. N'oublions pas que les mites aiment le drap.

On sortira les tapis qui seront battus et brossés avant d'être remis en place. Il sera bon de placer une housse, ou tout au moins quelque tissu en tenant lieu, sur le drap des coussins et des dossiers.

Ceci fait, une housse recouvrira toute la voiture la mettant ainsi à l'abri du soleil et de la poussière.

Si l'on a le temps, on pourra de temps en temps jeter un coup d'œil sous la housse, et si l'on constate la présence de rouille sur certaines parties en acier, il faudra les graisser ou les vernir.

Garage en sommeil. — Voyons maintenant le cas où la voiture est garée pour un temps indéterminé, mais où l'on désire pouvoir la remettre en route sans perdre trop de temps.

Les carters seront maintenus pleins d'huile fraiche : ne jamais laisser d'huile trop vieille dans les carters d'une voiture immobilisée : les vieilles huiles contiennent, en effet, des produits plus ou moins acides qui peuvent avoir à la longue une action fâcheuse sur les métaux.

Si le radiateur est laissé plein, il sera indispensable d'ajouter à l'eau une quantité suffisante d'un bon anti-congelant. On trouve encore des liquides antigel qui sont tous à base d'éthyl glycol ; ils n'ont aucune action nocive sur les radiateurs ni les raccords de caoutchouc. Ces produits sont plus conseillables que la glycérine qui fait suinter tous les joints et, par suite, fait rouiller les parties en acier du moteur, et plus conseillables aussi que l'alcool qui a le défaut de s'évaporer en service.

Cependant, pour une voiture qui reste immobile, on peut utiliser l'alcool sans inconvénient.

On laissera les pneus montés sur les roues, mais une bonne précaution consistera à placer des cales sous les essieux de façon à éviter aux pneus le contact du sol. Leur taux de gonflement pourra être quelconque dans ces conditions.

Dans le cas où on laisserait la voiture reposer sur le sol par ses pneus, il faudrait d'abord bien nettoyer les parties du sol qui viennent en contact avec ceux-ci et enlever, en particulier, la graisse ou l'huile qui séjourne souvent sur le sol du garage. Les pneus devront rester gonflés au voisinage de leur taux normal, et dans tous les cas suffisamment pour qu'ils ne s'écrasent pas sous le poids de la voiture en formant un pli qui, à la longue, pourrait couper les toiles de l'enveloppe.

Pour l'équipement électrique, il n'est plus question d'enlever la batterie de la voiture.

On se contentera d'entretenir la batterie bien chargée en lui donnant périodiquement, soit à peu près tous les mois, une charge prolongée et à petit régime au moyen d'un chargeur fixe fonctionnant sur le secteur. Une charge au régime de 2 ampères prolongée pendant 24 ou 36 heures la maintiendra en excellent état. On vérifiera de temps en temps que l'électrolyte se maintient à son niveau, et on aura soin d'enlever périodiquement les sels grimpants.

Pour la carrosserie, mêmes soins que dans le cas précédent.

Enfin, dans le cas où on se sert de temps et temps de sa voiture, on se trouve sensiblement dans les conditions de ce que nous avons appelé « le garage en sommeil ».

Pour la charge des accumulateurs, si on utilise au moins une fois par mois la voiture pour des randonnées sur route à bonne allure et pendant un parcours suffisant, la charge donnée dans ces conditions par la dynamo pourra être considérée comme suffisante.

Directeur-Gérant : G. Lavalée

Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

« c) Les étudiants des classes 1938 et 1939 maintenus sous les drapeaux après l'armistice ;

« d) Les étudiants prisonniers de guerre ».

(*J. O.*, 7 octobre 1941.)

Hôpitaux psychiatriques

Loi du 21 *septembre* 1941 *relative à la limite d'âge des médecins attachés aux hôpitaux psychiatriques privés faisant fonctions d'hôpitaux psychiatriques publics*

Art. 1er. — Les médecins attachés aux hopitaux psychiatriques privés faisant fonctions d'hopitaux psychiatriques publics ne pourront en aucun cas être maintenus en fonctions au delà de l'âge de soixante-cinq ans.

Art. 2. — Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux médecins des hopitaux psychiatriques qui sont et demeurent régis par les dispositions de leur statut.

(*J. O.*, 11 octobre 1941.)

Inspection de la Santé

Par arrêté du 1er octobre 1941, les inspecteurs généraux en fonction au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé sont répartis ainsi qu'il suit (Ordre alphabét:que) :

a) *Corps de l'inspection de la Santé et de l'Assistance*,

MM. les Docteurs Aujaleu, Boide, Leclainche. MM. Debrun, Rauzy.

b) *Corps de l'inspection de la famille*

M. de Froissard.

Par arrêtés du 29 septembre 1941, sont affectés :

Au département de l'Ariège, M. le Docteur Dirat, médecin inspecteur des Hautes-Pyrénées.

Au département des Landes, Mlle le Docteur Guy, médecin inspecteur adjoint du Pas-de-Calais.

(*J. O.*, 10 octobre 1941.)

Par arrêté en date du 30 septembre 1941, l'arrêté du 19 août 1941 portant affectation dans le Loiret de M. le Docteur Robin, inspecteur du Rh ne, est rapporté.

(*J. O.*, 11 octobre 1941.)

Par arrêtés du 8 octobre 1941, sont affectés, sur leur demande .

Au département de la Marne, M. le Docteur Lucien Bernard, inspecteur adjoint de la Manche.

Au département de la Haute-Garonne, M. le Docteur Ollé, inspecteur adjoint de Tarn-et-Garonne.

(*J. O.*, 12 octobre 1941.)

Médaille d'honneur des épidémies

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes dont les noms suivent ;

Médaille d'argent

M. le Docteur Rieussec (Elie), médecin à Caunes-Minervois (Aude).

M. Dubsky (Jean), étudiant en médecine, stagiaire à l'hôpital Saint-Antoine à Paris (Seine).

M. le Docteur Coursières (Henri), assistant de chirurgie à l'hôpital Sadiki à Tunis (Tunisie).

Médaille de bronze

M. le Docteur Maksud (Paul), médecin à Bonneval (Eure-et-Loir).

M. le Docteur Ollet (Pierre), médecin à Montpellier (Hérault).

M. Bolo (Robert), interne à l'hôpital Trousseau (Seine).

M. Devimeux (Pierre), interne à l'hôpital Saint-Louis (Seine).

M. Enel (Jacques), externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine).

Mlle Florand (Colette), élève faisant fonctions d'externe à l'hôpital Boucicaut (Seine).

Mlle Lagroua (Marie), externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades (Seine).

M. Roisin (René), élève faisant fonctions d'externe à l'hôpital Bretonneau (Seine).

M. Bonnel (Roger), interne en médecine à l'hôpital civil d'Hyères (Var).

M. le Docteur Perrier (Etienne), médecin inspecteur de la Santé du Var à Draguignan (Var).

(*J. O.*, 7 octobre 1941.)

Nomination de Professeur

Par arrêté en date du 7 octobre 1941, la chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est transformée en chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie.

M. Piquet, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur titulaire de la chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

(*J. O.*, 9 octobre 1941.)

Secrétariat d'Etat à la famille et à la santé

Répartition des attributions entre les différents bureaux du secrétariat

La répartition des attributions entre les différents bureaux du secrétariat général de la santé est fixée comme suit :

Direction de la santé

1er bureau. — Professions médicales et para-médicales. Laboratoires, thermalisme.
2e bureau. — Hygiène publique et épidémiologie
3e bureau. — Hygiène sociale. Lutte antituberculeuse, antivénérienne et anticancéreuse, lutte contre l'alcoolisme.
4e bureau. — Protection maternelle et infantile.
5e bureau. — Hygiène de l'habitation. Lutte contre le taudis.

Section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières

Formation et coordination des assistantes médico-sociales et des infirmières.

Services de l'assistance

1er bureau. — Aliénés, aveugles, assistance aux vieillards, assistance médicale gratuite.
2e bureau. — Assistance à la maternité et à la naissance. Allocations militaires.
3e bureau. — Organisation et équipement hospitalier. Etablissements nationaux d'assistance. Bureaux de bienfaisance.
4e bureau. — Assistance aux enfants.

(*J. O.*, 4 octobre 1941.)



ÉCHOS & COMMENTAIRES

SUR LE NOUVEAU STATUT DE LA PHARMACIE ET DE LA PROPHARMACIE — PUBLICITÉ DU TABLEAU DE L'ORDRE — INSCRIPTION AU TABLEAU ET INSTALLATION — UNE NOUVELLE SPÉCIALITÉ

Depuis notre commentaire de la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie, nous avons pu recueillir de source autorisée quelques précisions sur l'esprit qui a présidé à son établissement et qui règlera son application.

Rassurons tout d'abord nos lecteurs propharmaciens. Le terme « consultation » figurant dans le texte légal doit s'entendre dans un sens large, et les médicaments pourront être délivrés aussi bien aux malades visités qu'aux consultants. La question méritait d'être posée, car il fallait que tout doute soit levé à ce sujet.

Tous les propharmaciens devront solliciter l'autorisation préfectorale prévue, avant le 21 mars 1942. Il semble que les postes de propharmaciens existant actuellement seront très généralement respectés. Le Conseil supérieur de la pharmacie serait seulement désireux de voir disparaître l'activité pharmaceutique des propharmaciens qui, en fait, n'a point de raison d'être par suite de la présence d'officine dans l'agglomération où habite le malade.

La liste des médicaments, simples ou composés, sera ultérieurement établie sur propositions du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et du Conseil supérieur de la pharmacie par les soins d'un service spécial de la pharmacie, rattaché au Ministère de la Santé publique.

La suppression du rôle de la prescription médicale dans la délivrance des médicaments non inscrits aux tableaux A, B et C, n'est pas le résultat d'un oubli. On a voulu consacrer ainsi la disparition d'une disposition légale tombée en fait en désuétude. Mais le Conseil supérieur de la pharmacie, auquel revient en dernière analyse le contrôle disciplinaire des pharmaciens d'officine et qui est présidé par l'un d'eux, se propose d'interdire effectivement toute forme réelle ou larvée d'exercice illégal de la médecine à l'occasion de la délivrance des médicaments au public.

Nous avions d'autre part regretté l'aspect peu corporatif du nouveau statut et le rôle simplement consultatif dévolu au Conseil supérieur. Une des personnalités les plus importantes de ce Conseil ne nous a pas caché qu'elle se faisait de son rôle une conception fort différente, d'accord en cela avec le secrétariat d'Etat à la Santé. L'union personnelle très étroite existant entre le Conseil supérieur et le Comité d'organisation de la pharmacie ne peut que renforcer d'ailleurs son autorité.

Nous croyons savoir en outre que, s'inspirant de cet esprit corporatif, le Conseil supérieur de la pharmacie serait favorable à une étroite collaboration avec le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. Cette collaboration éminemment souhaitable permettrait de régler heureusement toutes les difficultés qui ne manquent point de surgir dans les domaines frontières de ces deux professions connexes. La propharmacie en particulier gagnerait à être étudiée selon cette méthode. Nous sommes heureux par ailleurs de voir s'ébaucher ainsi spontanément cette vaste corporation de la santé à laquelle il faudra bien un jour faire la place et donner les responsabilités qui lui reviennent.

Notons enfin que le délai de six mois prévu par la loi à propos du visa dont toute spécialité pharmaceutique devra désormais être revêtue ne concerne que le dépôt de la demande, étant entendu que l'examen de cette demande pourra exiger, et exigera en fait, un beaucoup plus long délai, durant lequel la vente de la spécialité intéressée pourra continuer comme par le passé.

***

Les Conseils départementaux sont chargés, ainsi que nous le savons, de dresser le tableau public des praticiens remplissant les conditions légales d'exercice de la médecine et admis par lui à pratiquer leur art.

En quoi va consister la publicité de ce tableau ?

Il devra être affiché par les soins du Conseil départemental dans les locaux de la Préfecture, dans ceux des sous-préfectures, ainsi que dans les différentes mairies et pharmacies du département.

***

La phtisiologie serait officiellement classée parmi les spécialités reconnues par le Conseil supérieur de l'Ordre.

Toutefois, les phtisiologues seraient autorisés à faire de la médecine générale.

Quel est alors l'intérêt de cette classification parmi les spécialités ?

D'autre part, les praticiens se livrant à des investigations endoscopiques devraient être préalablement autorisés par les Conseils départementaux de l'Ordre.

Est-ce bien là leur rôle aux termes de la loi du 7 octobre 1940 ?

***

Nous avons déjà eu l'occasion de préciser la distinction qu'il convient de faire entre l'inscription au tableau de l'Ordre et l'installation.

L'inscription au tableau est une simple formalité, un droit même pour le praticien qui remplit les conditions imposées par la législation actuelle sur l'exercice de la médecine. Elle ne peut lui être refusée que pour de graves raisons de moralité.

L'installation est réglementée par la loi du 2 avril 1941 qui admet le principe de la liberté absolue, sauf dans les cas où le Conseil supérieur, sur avis du Conseil départemental, aurait fixé le maximum de praticiens admis à exercer leur art dans le cadre départemental.

Par son importante circulaire du 3 juin 1941, le secrétaire d'Etat à la Santé publique avait eu soin de spécifier que cette densité médicale est calculée sur l'ensemble du département, et que le médecin nouvellement inscrit au tableau garde le droit absolu de s'installer où il lui plaît sur tout le territoire du département, sous la seule réserve de respecter la clientèle des confrères prisonniers.

La question était donc bien nette.

Cependant, nous affirme-t-on, le Conseil supérieur de l'Ordre aurait émis le vœu qu'une addition à la loi du 2 avril 1941 permette aux Conseils départementaux, sous son contrôle, de régler les installations, tant des praticiens de médecine générale que des spécialistes, dans le cadre du canton, et de fixer les résidences dans le cadre de la commune.

Une telle limitation aux libertés d'installation ne nous paraît pas souhaitable. De telles limites risqueraient de créer des querelles de personnes, d'attiser les luttes d'influences locales dans le seul but de protéger certains fiefs médicaux.

N'oublions pas que la profession médicale, même organisée, doit rester avant tout une profession libérale.



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.479. — Libre choix et entente directe en matière d'accidents du travail

Un accidenté du travail se trouve-t-il privé du droit qu'a tout un chacun de se faire soigner en payant, où et par qui il l'entend ? Et ceci n'est point du domaine de la spéculation pure. Il est, souvent, des malades très « modestes » qui font de gros sacrifices, voire même des emprunts, pour user du droit qu'ils ont de choisir le chirurgien ou le médecin à qui ils confieront leur vie.

Cette atteinte, non seulement au « libre choix » mais bien à la liberté tout court, a quelque chose d'étrange au point de vue juridique..., la privation d'un droit n'est jamais un avantage, c'est bien au contraire une sanction.

Le blessé du travail est-il donc un coupable ?

Un ingénieur, accidenté du travail, accepte d'être traité dans ma clinique comme malade de droit commun :

1° L'entente directe étant interdite, si je suis poursuivi en « répétition de l'indû » dois-je restituer, dois-je me défendre ?

Un blessé se fait hospitaliser sans faire connaître sa qualité d'accidenté du travail et ne l'invoque qu'au moment du règlement de la note :

2° Comment réagir devant ce genre d'escroquerie ?

3° Comment en éviter le retour ?

4° A qui incombe la charge de la preuve ?

a) Au blessé, qui prétend avoir été hospitalisé au titre des accidentés du travail ?

b) Au chirurgien et à la clinique qui prétendent le contraire ?

L'argument du client modeste, ne pouvant pratiquement avoir recours à « l'illustre maître » tombe complètement à faux : d'abord, parce que l'accidenté du travail n'est pas obligatoirement modeste, ensuite parce que des malades, même authentiquement modestes, font parfois de gros sacrifices pour se faire soigner comme ils l'entendent, enfin, parce que il existe, hors des maîtres, quantité de praticiens éprouvés qui assurent gratuitement leur service hospitalier, mais qui entendent ne pratiquer chez eux aucune chirurgie « au rabais » ou « au tiers payant ».

La privation du droit à l'entente directe et au libre choix, a donc une portée générale et non pas restreinte.

Qu'il me soit permis de vous poser une dernière question.

5° Le fait d'être victime d'un accident du travail peut-il pratiquement entraîner la privation d'un droit ?

Dr G.

Réponse

Voici comment la question se présente au point de vue juridique.

Aux termes de l'art. 4, parag. 8 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 1er juillet 1938 sur les accidents du travail, le chef d'entreprise est seul tenu au paiement des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques taxés conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du Travail.

D'autre part, l'art. 30, parag. 1er de la même loi qui n'a pas été touché dans sa rédaction primitive par la réforme de 1938 stipule que « toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit ».

Cet article n'est que l'illustration du caractère d'ordre public de la législation sur les accidents du travail et plus généralement de toute la législation sur le travail. Il faut y voir le désir du législateur de protéger le salarié considéré comme mineur économique contre les conventions qui pourraient lui être imposées par les chefs d'entreprise ou par toute autre personne. C'est, dans cette mesure que le législateur a bien voulu, comme vous le remarquerez vous-même, limiter la liberté du salarié non point pour le punir ou le sanctionner, mais pour le défendre contre lui-même et contre les tiers dotés d'une puissance économique supérieure à la sienne.

Cet article 30, parag. 1er, peut-il être invoqué à l'égard des médecins ou, autrement dit, la disposition de l'art. 4, parag. 8 où le chef d'entreprise est seul tenu, a-t-elle ce caractère d'ordre public ?

La question est fort délicate à trancher, mais il est tout de même permis d'en douter. Nous avons, en effet, à ce sujet, un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation en date du 28 avril 1926 et obtenu à cette époque par le « Sou médical ».

A vrai dire, cet arrêt ne s'applique pas à une convention entre un salarié et un médecin, mais vise un contrat conclu entre un chef d'entreprise et un médecin. Il s'agissait en l'espèce d'une

Société anonyme qui avait fait entrer l'un de ses salariés accidenté dans une clinique privée et s'était engagée à l'égard du médecin propriétaire de cette clinique à payer les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux sur les bases du tarif du droit commun. La Société, de mauvaise foi, avait voulu ensuite contester lors du règlement, la validité de cet accord et avait invoqué le caractère d'ordre public de la loi.

La Cour de Cassation a répondu de la manière suivante : « Si les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail sont d'ordre public et si la liberté des conventions a été annulée par l'art. 30, cette prohibition doit se restreindre aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès ou d'infirmité permanente et aux règles de compétences et de procédures édictées par la loi. Elle est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques ».

Ainsi que vous le voyez, la thèse de la Cour suprême ne semble pas s'inspirer du caractère des parties en cause ; le principe qu'elle édicte paraît donc pouvoir s'étendre aux conventions conclues entre un salarié accidenté et un médecin.

En conséquence et sous réserve du maintien de cette jurisprudence, nous estimons qu'un médecin pourrait fort bien convenir avec un accidenté du travail jouissant d'une situation aisée, de ne le recevoir et de le soigner dans sa clinique qu'à son tarif de droit commun. Cette convention ne serait pas nulle de droit, mais il importerait, étant donné son caractère exorbitant, que le médecin soit en mesure d'en établir l'existence, non pas seulement par de simples présomptions, mais mieux encore par un écrit.

Pour schématiser notre pensée et répondre à vos diverses questions, voici comment se présente le problème :

Il appartient au malade hospitalisé dans une clinique qui invoque la loi sur les accidents du travail, d'établir que c'est bien sous ce régime qu'il a été hospitalisé et qu'il a contracté avec le propriétaire d'une clinique et son médecin.

Par contre, une fois établi que lors de l'entrée en clinique le médecin ou le directeur de la clinique étaient au courant du caractère « accident du travail » de l'accident, c'est au médecin ou au directeur de la clinique qu'il importe d'établir s'il désire bénéficier du tarif du droit commun qu'un accord exprès entre lui et le blessé est intervenu pour faire échec à l'art. 4, parag. 8 de la loi sur le risque professionnel.

Pour vous garantir contre toute surprise à cet égard, le mieux serait donc, lorsque vous avez affaire à des salariés de situation aisée, ou de bien leur faire reconnaître lors de l'entrée par écrit qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, ou bien, s'il s'agit d'un tel accident, qu'ils s'engagent par avance à vous régler sur la base du droit commun.

ALLOCATIONS FAMILIALES

4.916. — Allocations familiales. Exemptions de cotisations

Je viens de recevoir avis d'avoir à payer ma cotisation trimestrielle à la Caisse d'allocations familiales du Corps médical. J'apprends que certains confrères comme moi, sinistrés de guerre, ne la paient pas.

Quelles sont donc les conditions nécessaires pour être exempté de ce paiement.

En 1940, je n'ai exercé que quatre mois et ai perdu du fait de l'invasion tout mon mobilier de ménage et tout mon mobilier professionnel : rayons X, ultra-violets, ondes courtes, etc. J'ai dû réparer ma maison endommagée par les bombes. Mon revenu de 1940 est donc largement déficitaire. Il en sera de même de celui de 1941.

Je vous serais obligé de me renseigner sur mes droits et devoirs vis-à-vis de la Caisse d'allocations familiales.

Dr M.

Réponse

Aux termes de l'arrêté interministériel du 1er novembre 1940, sont dispensés, sur leur demande, du paiement de toutes cotisations de compensation, les travailleurs indépendants qui se trouvent dans l'un des deux cas suivants :

— revenu professionnel net de l'année précédente inférieur à la moitié du salaire moyen départemental applicable au domicile de l'intéressé. Il faudrait donc que vos gains professionnels nets, compte tenu de votre solde militaire, aient été inférieurs à la somme de 4.650 francs pour l'année 1940, puisque le salaire moyen mensuel pour votre département est de 775 francs ;

— avoir élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans.

Toutefois, le Conseil d'administration de la Caisse d'allocations familiales a accepté, à la suite d'une démarche faite par le Conseil supérieur de l'Ordre, d'examiner avec la plus grande bienveillance les demandes d'exonération présentées par des médecins particulièrement touchés par les événements de l'année dernière.

Si vous ne rentrez pas dans l'un des deux cas d'exemption légale, vous pourrez donc toujours tenter d'obtenir une telle décision.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4.571. — La nomenclature de pratique médicale courante

Je lis dans le dernier *Concours Médical* que les Assurances sociales admettent PC 6 pour les honoraires du médecin qui aide le chirurgien par une intervention au-dessus de K × 40.

Est-ce un projet ou est-ce déjà appliqué ?

Dans ce cas, supposons une appendicite soit K × 60.

J'inscris sur la feuille ce chiffre et je touche 60 × 20 = 1.200 francs au tarif minimum.

D'autre part le médecin qui m'aide a le droit d'inscrire sur une autre feuille PC 8 et de prendre au client 8 × 20 = 160 francs en plus de mes honoraires ? ?

C'est bien ainsi ?

Dr B.

Réponse

La nomenclature invoquée est celle de « pratique médicale courante », d'après l'arrêté du 10 mars 1940, paru au *Journal officiel* du 24 mars 1940, en vigueur depuis le 1er août 1940 et obligatoire depuis le 1er octobre 1940.

L'aide à un chirurgien est tarifée PC.6 pour toute intervention de coefficient au moins égal à K.40.

Dr F. DECOURT.

4.499. — 1°) Série d'interventions à tarif spécial. 2°) La valeur de K

Je traite actuellement un assuré social par rayons ultra-violets (grand appareil Boulitte à vapeurs de mercure) et j'inscris chaque fois sur la feuille de maladie : ER K2.

Or la caisse ne rembourse à mon malade que 12 fr. 80 par séance, ce qui me paraît très insuffisant.

Pourriez-vous me dire si je me trompe, et quelle est la valeur de la lettre K ?

Dr C.

Réponse

a) C'est DS.K.2 que vous avez à inscrire sur la feuille de maladie en cas de rayons ultra-violets.

Mais, s'il y a ainsi une série de « soins spéciaux », n'oubliez pas que l'assuré doit demander au préalable « l'acceptation de prise en charge » par la Caisse intéressée (art. 24 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses primaires, arrêté du 3 janvier 1937).

b) Quant au « tarif de remboursement » de la Caisse, il varie avec chaque Caisse (c'est son tarif de responsabilité diminué de 20 % ; vous pourriez en demander communication à la Caisse intéressée).

Les deux « nomenclatures » sont d'ordre national et obligatoire. Mais la valeur de K (qui est la base même du « tarif ») est d'ordre local et variable.

Dr F. DECOURT.

4.346. — Accouchement avec interventions successives de plusieurs accoucheurs

La sage-femme, occupée à donner ses soins à une parturiente, me fait appeler ; lenteur du travail, milieu peu propice. Après examen, je conseille le transport à la maternité, ce qui est fait.

Pour le règlement de ma visite et du déplacement, je demande une feuille, l'intéressée étant à l'Assurance sociale, art. 19, et l'adresse à la caisse. Celle-ci me répond : refus de prendre en charge en ce qui me concerne : consultation prénatale non remboursable ; se trouve comprise dans le forfait alloué par l'accouchement ». Le motif est-il légalement valable ? le forfait allant soit à la sage-femme, soit à la

maternité. Et moi ? Je vous le signale aussi bien au point de vue principe.

Dr G.

Réponse

Pour les assurés assistés, comme pour les assurés ordinaires, la Caisse verse une somme forfaitaire, à laquelle s'ajoute un supplément uniquement dans un cas de dystocie indiqué spécialement dans le tarif. Autrement, le forfait est seul payable par la Caisse, quitte aux intéressés à se partager les honoraires s'il y eut sage-femme et médecin par exemple. Ce qui est d'autant plus facile que le forfait est le même, qu'un accouchement soit fait par un médecin ou par une sage-femme.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

Les nouvelles conditions d'exercice de la propharmacie

Nous recevons la lettre suivante à propos de notre dernier article sur le nouveau statut de la pharmacie :

Au sujet de la loi sur l'exercice de la pro-pharmacie, vous signalez, dans votre commentaire : « que le pro-pharmacien ne pourra délivrer de remèdes qu'aux seuls consultants et non plus comme autrefois aux malades visités ».

L'article 29 dit : « aux personnes auxquelles il donne ses soins », et article 30 : « au cours de leur consultation ».

A mon avis, le terme consultation est un terme général qui doit comprendre l'acte de donner son avis au malade que le médecin voit, que ce soit dans son bureau, dans la maison du patient ou dans un champ. Le mot consultation, habituellement employé pour désigner l'acte médical ayant lieu chez le médecin, n'est qu'une tournure de langage à laquelle nous sommes habitués pour désigner plus rapidement que l'examen du malade a eu lieu chez le praticien.

Quand des médecins examinent ensemble un malade, on dit : « qu'il y a consultation et on ajoute, pour les indemnités supplémentaires, l'endroit où a eu lieu cette consultation : consultation à l'hôpital, à la clinique, au cabinet de tel ou tel confrère, au domicile du malade, etc., etc...

Je crois donc, qu'il y aurait intérêt à éclairer votre commentaire pour éviter l'affolement qu'il ne manquera pas de créer parmi les confrères pro-pharmaciens qui, comme moi, considèrent, à juste titre, vos avis comme l'expression du Droit.

Dr O.

La phrase qui nous est reprochée était interrogative et non affirmative. Nous avons eu l'intention de poser la question, non point de la résoudre. L'interprétation que donne notre lecteur nous paraît en effet conforme à la tradition médicale. Nous regrettons seulement que le texte légal n'ait pas pris exemple sur la précision de l'ancien texte de Germinal. Au reste nous renvoyons nos lecteurs, sur cette question à l'écho que nous consacrons dans ce même numéro, à la loi sur la pharmacie.



Soixante-troisième année — No 44 — 2 Novembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants 80 fr.

***Le Numéro* 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertiou, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 318. — Jeune doct. en médec. cherc. fixe dans associat. laborat. etc. Mme Lotte, 57, rue de Dunkerque, Paris (IXe).

N° 319. — Anc. ext. hôpit. Paris cherc. remplacem. médical. Ecr. M. P. Ribeyre, 5, rue A.-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 320. — Importante client. médec. génér. à céd. ds petite ville industriel. région marseillaise. Ecr. M. P. Ribeyre, 5. r. A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 321. — Médec. 35 ans ayant eu gros. client. médec. génér. et radiologie en zone interd. cherc. bon poste campag. avc. ou sans pro-pharmac. zone occ. ou non occ. Dubuis, 103, rue Blomet, Paris (XVe).

N° 322. — Nord, bon poste médec. propharmac. à céd. condit. avantag. sans versement immédiat de capital. Ecr. E. Materne, 37, rue de St-Amand, Marchiennes (Nord).

N° 323. — Savoie. Post. propharmac. client. therm. et rurale à céd. cause spécialisat. loyer 2.500. Garage. jard. situat. idéale. Chiff. intéres. faible indemn, Ecr. M. Paul Ribeyre, 5, rue A.-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 324. — Clientèle de 34 ans à céd. raison de santé. Paris XVIe. Bel immeuble. urgent. Dr A. Nogier, 80, av. Paul-Doumer, Paris.

N° 325. — Médec. non juif. 30 ans, marié. ne pouvant après libérat. rejoindre client. Pas-de-Calais, recherc. poste ou empl. médical zone non occ. Dr Wintrebert, Hôtel Europe, Bourg (Ain).

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Le Chewing-gum français, c'est la tablette de **Mangaïne** qui nettoie la langue des fumeurs, rafraichit le pharynx et aseptise la muqueuse stomacale.

Hôtel du Parc, Saujon (Charente-Marit.) Charmante organisation de repos et station de cure, pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Les adhérents du « Sou médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois, il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une Circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux Paris 182.81.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Nouveaux professeurs.* — Le Conseil de la Faculté, dans sa dernière séance, a procédé à l'élection de neuf nouveaux professeurs. L'élection s'est terminée par les désignations suivantes, qui seront proposées à la nomination du Secrétaire d'Etat à l'éducation nationale :

M. CADENAT, à la chaire de *clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine* (remplacement de M. Grégoire, admis à la retraite) ;

M. Brocq, à la chaire de *clinique thérapeutique chirurgicale* de l'hôpital de Vaugirard (remplacement de M. Pierre Duval, décédé) ;

M. Leveuf, à la chaire de *clinique chirurgicale infantile des Enfants-Malades* (remplacement de M. Ombrédanne, admis à la retraite) ;

M. Cathala, à la chaire de *clinique de la première enfance* (remplacement de M. Lereboullet, admis à la retraite) ;

M. Donzelot, à la chaire de *clinique cardiologique* (remplacement de M. Laubry, admis à la retraite) ;

M. Portes, à la chaire de *clinique obstétricale Tarnier* (remplacement de M. Jeannin, admis à la retraite) ;

M. Jean Quénu, à la chaire de *pathologie chirurgicale* (remplacement de M. Mondor) ;

M. Duvoir, à la chaire de *médecine légale* (remplacement de M. Balthazard, admis à la retraite) ;

M. Gastinel, à la chaire de *bactériologie* (remplacement de M. Debré).

Mutations. — M. Robert Debré prend la chaire de *clinique médicale infantile des Enfants-Malades* (remplacement de M. Nobécourt, admis à la retraite) ; M. Mondor prend la chaire de *clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu* (remplacement de M. Cunéo, admis à la retraite).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.* (Professeur : M. Henri Mondor.) — Leçons théoriques, démonstrations cliniques au lit du malade par le Professeur Mondor, les Professeurs agrégés P. Gauthier-Villars, A. Sicard ; les chirurgiens des hôpitaux, P. Huet, H. Welti ; le radiologiste des hôpitaux, P. Gibert ; les chirurgiens A. Tailhefer, M. Roux ; le médecin assistant E.-A. Perier ; les chefs de clinique : C. Olivier, L. Léger, J. Huguier ; les chefs de clinique suppléants : M. Champeaux, G. Laurence, C. Nardi.

Les leçons théoriques ont lieu tous les jours de 9 h. 30 à 10 heures ; les démonstrations cliniques de 10 heures à 11 h. 45. Le cours du professeur, le samedi à 10 h. 30.

— *Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.* — Le Professeur Laignel-Lavastine reprendra son cours le dimanche 9 novembre 1941, à 10 heures. Nous donnerons le programme de son enseignement dans notre prochain numéro.

— *Chaires d'anatomie pathologique et de clinique ophtalmologique* (Professeurs : MM. Roger Leroux et Edmond Velter). *Cours complémentaire de spécialité ophtalmologique.* — Ce cours commencera le lundi 24 novembre 1941, à 16 h. 30, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine (amphithéâtre d'anatomie pathologique, escalier B, 1er étage), et se poursuivra les jours suivants (sauf le samedi), jusqu'au vendredi 5 décembre 1941. Droits : 200 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — *Question de pathologie médicale sortie* : N° 9. Signes et diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Endocardite maligne à forme lente ; N° 2. Signes et diagnostic des dilatations des bronches ; N° 3. Œdème aigu du poumon ; N° 4. Symptômes, diagnostic et traitement du tétanos ; N° 5. Formes cliniques, diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë ; N° 6. Formes cliniques et diagnostic de la scarlatine ; N° 7. Symptômes, évolution et traitement du goître exophtalmique ; N° 8. Accidents pleuro-pulmonaires des cardiopathies sans l'anatomie pathologique.

Question de pathologie chirurgicale sortie : N° 6. Signes, diagnostic et traitement des calculs du cholédoque.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Les hémorragies de la grossesse extra-utérine ; N° 2. Hernie crurale étranglée ; N° 3. Signes et diagnostic du cancer iléo-pelvien ; N° 4. Signes et diagnostic du cancer du rein ; N° 5. Signes, diagnostic et indications opératoires de la perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre ; N° 7. Hémothorax traumatique ; N° 8. Fractures de Dupuytren récentes ; N° 9. Rupture traumatique de l'urètre chez l'homme.

Répartition des jurys en sections. — Anatomie : MM. Hautant, président ; Guimbellot, Redon, Launay.

Pathologie médicale. — MM. Gandy, président ; Decourt, Chevalley, Lenègre.

Pathologie chirurgicale. — MM. Gouverneur, président ; Banzet, Gueullette, Sureau.

— **Comité national de l'enfance**, 51, avenue Victor-Emmanuel-III. — La séance d'études du 5 novembre 1941, à 17 heures, sera consacrée à la question suivante : *Assistance à l'enfance anormale.* Rapport du Docteur Jacques Trivas.

— **Préfecture des Bouches-du-Rhône.** *Concours de médecin directeur de l'Institut départemental de bactériologie.* — Un concours sur titres et sur épreuves (une de bactériologie et une de biologie) s'ouvrira à la Préfecture des Bouches-du-Rhône, pour le recrutement d'un médecin-directeur de l'institut départemental de bactériologie, le 5 janvier 1942. Concours ouvert aux docteurs en médecine français âgés de 30 à 50 ans. Traitement des chefs de division de la Préfecture. Inscriptions jusqu'au 6 décembre 1941. Renseignements à l'Inspection de la Santé des Bouches-du-Rhône, 4, rue Edmond-Rostand, Marseille.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Jean ADNET, le Docteur et Madame André JACQUEMIN sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petite-fille et fille *Danielle*. Le 13 octobre 1941.

Saint-Mihiel (Meuse). Saint-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône).

— Monsieur et Madame Henri LE LOC'H ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Hervé*. Le 11 octobre 1941.

— **Mariage.** — Nous apprenons le récent mariage du Docteur Raymond GAUBE, d'Epernay, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Marie-Christine VOILLEMOT, fille du Docteur Léon Voillemot.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Charles-Pierre-Paul BOUCAUT, Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre 1914-1918, Maire d'Angerville (Seine-et-Oise), décédé dans sa soixantième année. L'inhumation a eu lieu dans le caveau de famille à Boulogne-sur-Seine, le 2 octobre 1941. Nous adressons à Madame Paul Boucaut, au Docteur Maurice Boucaut, au Docteur et à Madame Bellin, nos sincères condoléances.

— LE DOCTEUR LOBLIGEOIS. — Le Docteur Lobligeois, l'éminent radiologue, vient de mourir à l'hôpital Marmottan, victime de son dévouement à la science.

Il y a une dizaine d'années, étaient apparus chez lui les premiers symptômes de la maladie des rayons. Chef du service de radiologie à l'hôpital Bretonneau, il continua à soigner ses malades et ne voulut pas cesser ses travaux scientifiques. Successivement, il dût subir l'amputation des doigts de la main droite et du bras droit, puis des doigts de la main gauche. En août dernier, il était entré à l'hôpital Marmottan où l'amputation de son bras gauche fut pratiquée.

Grand officier de la Légion d'Honneur, le Docteur Lobligeois était conseiller municipal de la ville de Paris. Son nom vient s'ajouter à la liste déjà si longue des médecins victimes de leur dévouement à la science radiologique.



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué

Nous apprenons que des offres sont faites aux médecins pour les inscrire moyennant finances dans un Annuaire de nature commerciale et destiné à être mis en vente.

Le Conseil supérieur rappelle qu'aucune insertion de cette nature ne doit être faite en dehors des publications qu'il autorise, conformément à l'article 4 du Code de déontologie.

Ces sollicitations revêtent parfois une allure officielle à laquelle elles n'ont aucun droit.

Ordre des Médecins de la Seine

1° Commission régionale de la Région de Paris

En publiant le communiqué ci-dessous, nous sommes heureux d'exprimer nos vives félicitations aux Conseils départementaux de la Région parisienne. Ils ont pris conscience qu'ils n'étaient pas seulement des organes de transmission ou du moins qu'ils ne devaient pas l'être dans un seul sens et que les façons de voir de la masse des praticiens avaient droit aussi à accéder, par leur canal, aux autorités supérieures. Est-ce là un présage que les comités de coordination vont instaurer la coopération au sein du corps professionnel ? (N. D. L. R.).

La Commission régionale de l'Ordre des médecins de la Région sanitaire de Paris et le Comité de coordination des Conseils de l'Ordre des médecins de la Région parisienne (Assurances sociales) se sont réunis le 12 octobre 1941 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Les cinq départements de la Région parisienne étaient représentés à ces importantes réunions au cours desquelles les questions professionnelles à l'ordre du jour ont été examinées et discutées.

En ce qui concerne les Assurances sociales, le Comité de coordination a maintenu sa position d'indépendance vis-à-vis des Caisses, ne se refusant à aucune conversation, mais entendant conserver les légitimes garanties qui avaient jusqu'ici été accordées au Corps médical (libre choix, entente directe, etc.).

Le Comité de coordination a de nouveau insisté pour que la commission tripartite où le Corps médical peut faire utilement entendre sa voix, ne soit pas supprimée et se réunisse régulièrement.

Le Comité de coordination a enfin émis un vœu demandant que les Corporations qui sont actuellement en voie de constitution, n'empiètent pas sur le domaine de la corporation médicale en créant elles-mêmes ou par l'intermédiaire de caisses d'assurances sociales dépendant d'elles, des Services de soins à domicile, des dispensaires ou des maisons de santé.

De son côté, la Commission régionale a approuvé les termes d'un rapport concernant les modifications à apporter au régime de l'Assistance médicale gratuite dans le département de la Seine, et décidé de nouvelles démarches pour obtenir en particulier un relèvement d'honoraires pour les soins donnés aux assistés.

La Commission régionale a discuté également un rapport qui lui était présenté sur les Dispensaires. Ce rapport, après quelques retouches, sera présenté au Directeur régional de la Santé et de l'Assistance de la Région sanitaire de Paris.

Enfin, la Commission régionale, ayant pris connaissance des textes officiels relatifs à l'organisation du service des vaccinations associées antitétanique et antidiphtérique, a manifesté ses préférences pour une organisation qui encouragerait les vaccinations individuelles au cabinet du médecin plutôt que les vaccinations collectives dans des centres créés à cet effet.

Ajoutons qu'au cours de ces réunions, il a été donné connaissance de la décision du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine de fixer à partir du 1er novembre 1941, les honoraires minima pour la consultation et la visite respectivement à 35 francs et à 40 francs, la valeur du chiffre-clé restant fixée à 25 francs pour les actes de pratique médicale courante et à 20 francs pour les actes de chirurgie et de spécialités.

2° Communiqué

Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine tient à faire connaître la réponse aux démarches qu'il a entreprises pour l'attribution de la carte « T » aux médecins :

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE
Direction des Affaires économiques et sociales

Paris, le 6 août 1941.

Monsieur le secrétaire général,

Vous avez appelé mon attention sur l'opportunité de faire attribuer la carte « T » aux médecins et m'avez demandé d'appuyer leur requête auprès de l'autorité supérieure.

Je n'ai pas manqué de saisir M. le Secrétaire d'Etat au ravitaillement de cette question. En m'adressant sa réponse M. le Secrétaire d'Etat au ravitaillement s'est plu à reconnaître les conditions particulièrement difficiles dans lesquelles les médecins assurent leurs travaux dans les circonstances actuelles et le dévouement dont ils font preuve dans l'exercice de leurs fonctions.

Il m'a rappelé toutefois que la liste de classement en catégorie « T » établie par application de l'arrêté du 11 décembre 1940 ne prévoyait pas le classement des médecins dans cette catégorie. Cette liste a été dressée à la suite des travaux d'une Commission à laquelle étaient représentés les différents départements ministériels et où sont été examinées les situations comparées des différentes professions.

Dans l'état actuel des difficultés du ravitaillement il est donc impossible d'apporter des dérogations à la liste susvisée.

Une trop grande extension du bénéfice du classement en catégorie « T » ne pourrait au surplus que léser les autres catégories de consommateurs. Pour tous ces motifs, M. le Secrétaire d'Etat au ravitaillement conclut qu'il ne peut, à son très grand regret, réserver une suite favorable à votre demande.

Je joins mes regrets personnels et vous prie d'agréer, M. le Secrétaire général, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Préfet et par autorisation

Le directeur des affaires économiques et sociales

Signé : *Illisible.*

Comité Sanitaire de la Region Parisienne

Le Comité a repris ses séances hebdomadaires le mardi 7 octobre.

Après un compte-rendu fait par M. Dalby des travaux de l'année écoulée, M. Jullien a donné lecture d'un travail sur le dépistage systématique de la tuberculose dans les collectivités.

Un échange de vues a suivi, auquel ont pris part MM. Lesure, Thomas, Bezançon, Rouèche et Boyé.

Dans sa séance du 14 octobre, le Comité a entendu un exposé de M. Alexandre sur la loi récente régissant l'exercice de la pharmacie.

COURRIER LITTÉRAIRE

DEUX POÈTES ET UNE ROMANCIÈRE

C'est Apollinaire qui a reconnu le premier la vocation littéraire d'Antoinette PESKÉ qui publie chez Denoël son premier roman, intitulé *La Boite en os*. Le poète *d'Alcools* s'était enthousiasmé pour les écrits d'enfance de la future romancière.

Plus tard Jean Follain découvrit le manuscrit de *La Boite en os* et s'enthousiasma à son tour sans connaitre l'illustre parrainage dont bénéficiait déjà Antoinette Peské.

Deux poètes président aux débuts d'une romancière : voilà qui est d'un heureux présage.

L'ŒUVRE ET LA VIE

Une nouvelle collection va paraître chez Denoël, sous le titre « L'Œuvre et la Vie ». Deux titres sont

déjà annoncés : un *Lamennais* par René Bréhat et un *Mallarmé l'obscur*, par Charles Mauron. L'auteur de ce dernier ouvrage a réussi le curieux tour de force de donner un sens logique, irréfutable à tous les vers de Mallarmé. L'explication, fort simple le plus souvent, est tirée de la correspondance du poète ou d'un des évènements de sa vie.

Une collection nouvelle

Marie-Anne Desmarest avait été découverte et lancée par Marcel Prévost. Son premier roman : *Torrents* obtint le grand prix Max Barthou de l'Académie française. La jeune romancière va publier chez Denoël son second livre : *L'Autel renversé* qui paraîtra dans une collection nouvelle : *L'Arabesque*, spécialement destinée au public féminin.

Un romancier de la montagne

Jean Proal, auteur de *Tempête de printemps* et de *A hauteur d'homme* est receveur de l'enregistrement à Malaucène dans les Alpes. Ce n'est pas comme on pourrait le croire, un bureaucrate. A une certaine altitude le receveur se doit d'être sportif. Jean Proal est un skieur émérite, un amateur d'ascensions, et au surplus un excellent connaisseur de l'âme paysanne.

Son prochain livre intitulé *Les Arnaud* montre l'homme en lutte contre la montagne. C'est le roman de l'énergie paysanne, un livre magnifique de santé et de poésie, un livre qui vient à son heure.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Frais de justice criminelle

N° 4019. *Décret du 19 septembre 1941 modifiant le décret du 5 octobre 1920 fixant le tarif des frais de justice en matière pénale*

....

Art. 2. — Les chapitres 2 à 7 inclus du titre II du décret du 5 octobre 1920, modifié par le décret du 22 décembre 1927, sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

Titre II

Tarif des frais

Chapitre II

DES EXPERTS ET INTERPRETES

Section I. — *Des experts*

Honoraires et indemnités

A. — *Règles générales*

« *Art.* 17. — Les tarifs fixés par le présent décret en ce qui concerne les frais d'expertise doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ces tarifs.

« *Art.* 18. — Les prix des opérations non tarifées par le présent décret sont fixés, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'article 144 ci-après.

Voir la suite page XLIII-1927

PROPOS DU JOUR

APRÈS LE BACCALAURÉAT

L'avenir qu'offre au jeune étudiant la profession médicale

Le Journal *Le Temps* a entrepris une succession d'enquêtes pour éclairer la jeunesse intellectuelle sur les professions qu'elle peut aborder. Dans une série d'articles, sous la rubrique : *Le Bachelier au seuil des carrières*, sont examinées les possibilités qu'offrent les carrières industrielles, commerciales, juridiques au jeune diplômé. Dans le numéro du 7 août 1941, l'article est consacré aux *professions médicales.*

La possibilité du *numerus clausus* au début des études est envisagée pour remédier à l'encombrement.

Actuellement *sept ans d'études* (dont une année destinée à la préparation du *P. C. B.*) sont exigées pour obtenir le diplôme de docteur en médecine. La nationalité française seule permet d'acquérir le diplôme d'Etat qui donne le droit d'exercer.

Après la première année d'études à la Faculté, l'étudiant peut concourir pour l'externat des hôpitaux qui facilite les études cliniques, et permet de recevoir mensuellement de petites indemnités. L'externe peut aborder le concours plus difficile de l'internat. L'internat offre de plus nombreux avantages. D'abord l'interne est en contact plus intime avec le chef de service auquel il sert souvent d'assistant. Il est nourri, logé, éclairé, chauffé et blanchi. La première année, il touche une indemnité annuelle de 9.500 francs, la deuxième, 9.900 francs ; la troisième, 10.300 francs qui est portée 10.700 francs la quatrième année. (Nous croyons que pour ces avantages, le rédacteur du *Temps* a pris pour type l'internat des hôpitaux de Paris). Il faut ajouter à ces émoluements en quatrième année une indemnité résidentielle de 2.700 francs.

Tout le monde ne peut pas arriver interne des hôpitaux de l'Assistance publique dans une ville de Faculté, mais l'étudiant sérieux peut briguer une place d'interne dans un hôpital libre ou un hôpital important de province qui généralement font bénéficier leurs internes d'une indemnité mensuelle variant de 500 francs à 700 francs et leur donne un supplément quotidien de 22 à 27 francs pour leur nourriture.

Au cours de leurs études, les étudiants doivent se destiner à la médecine générale ou à une des spécialisations reconnues par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins qui sera mentionnée sur leur diplôme. Ces spécialisations sont les suivantes : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie générale, obstétrique, neuro-psychiatrie, dermato-vénéréologie, électro-radiologie et agents physiques, biologie (laboratoires).

L'achat d'une clientèle étant interdit, le jeune docteur choisira son poste en évitant de prendre celui d'un médecin prisonnier de guerre, ou de s'installer dans le voisinage d'un confrère qu'il aurait remplacé provisoirement. A part ces deux cas, le choix du lieu de l'installation est libre et le jeune docteur sollicitera du Conseil départemental de l'Ordre son inscription au tableau qui ne peut lui être refusée que pour motif d'immoralité. Il devra se plier aux exigences du Code de déontologie, respecter les tarifs qui fixe les honoraires des actes médicaux et ceux des indemnités de déplacement, élaborés par l'Ordre.

Pour multiplier les postes pour les jeunes praticiens, le Gouvernement et les Conseils de l'Ordre ont pris des mesures : d'abord l'interdiction de l'exercice de la médecine aux étrangers, puis la chasse aux cumuls, la suppression des cabinets multiples, la création des postes dans les régions deshéritées avec l'aide financière des municipalités. Ajoutons à ces mesures la vente des médicaments par le médecin traitant dans les communes privées de pharmacien telle que la tolère la nouvelle loi sur la pharmacie.

De concert avec le *Bureau universitaire de statistique.* créé il y a quelques années à la Sorbonne, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a créé le *Service d'aide pour l'installation des jeunes médecins* qui indique les postes vacants ou à créer dans les campagnes et gère une *Caisse de prêts d'honneur*, remboursables en dix ans. Le bénéficiaire du prêt doit prendre une assurance-vie capitalisation en faveur de la Caisse de prêts d'honneur et s'engager à rester cinq années au même poste. Des dérogations sont possibles, si le jeune praticien peut démontrer qu'il lui est impossible à ce poste de gagner sa vie.



En outre, le jeune médecin peut briguer des postes administratifs complets ou partiels. Nous passerons sous silence les postes d'enseignement médical en nombre restreint et qui se donnent au concours.

Les postes administratifs assez nombreux sont complets ou partiels. Les postes complets font du médecin un véritable fonctionnaire et sont incompatibles avec l'exercice de la médecine.

Nous croyons devoir reproduire la liste des postes administratifs telle que la publie *Le Temps* avec les indemnités et traitements qui leur sont attribués.

J. NOIR.

Education nationale : médecin inspecteur des écoles (poste obtenu après concours dans la plupart des grandes villes ; au choix parmi les médecins locaux pour les communes) ; cinq francs d'indemnité par écolier et par inspection.

Médecin à la surveillance sanitaire des internes (au choix, parmi les médecins locaux ou au concours sur titres ou sur épreuves) ; indemnité pour les lycées et collèges : 1.000 francs à 4.000 francs par an : pour les écoles normales d'enseignement primaire : 800 francs à 1.000 francs ; pour les écoles d'enseignement technique : 5.000 francs.

Préfecture de la Seine : médecin titulaire des circonscriptions du service médical (sur concours) ; indemnité variable suivant le nombre de visites. Médecin suppléant (concours) ; indemnité de 23 fr. 50 par séance, prélevée sur l'indemnité du titulaire, plus une indemnité de séance de 8 à 12 francs.

Médecin de l'Assistance publique à domicile (concours) ; peti traitement mensuel plus une indemnité annuelle de t6.000 à 11.000 francs.

Médecin des dispensaires de l'office public d'hygiène sociale (au choix) ; indemnité de 65 francs par séance.

Médecin assistant (concours) ; traitement de 28.000 à 30.000 francs.

Médecin inspecteur des établissements de l'office (concours) ; 45.000 francs plus indemnités *des fonctionnaires.*

Médecin des hôpitaux de Paris (concours) ; médecin assistant des hôpitaux de la Seine (concours) ; médecin-adjoint des hôpitaux de la Seine (concours) ; médecin des asiles de la Seine (concours) ; médecin des dispensaires de la Seine-et-Oise (concours), traitement approprié pour ces divers postes : 45.000 francs, plus indemnités diverses.

Préfecture de police : services de : l'infirmerie spéciale du dépôt ; dispensaire de salubrité ; identité judiciaire ; inspection des maisons de santé, d'accouchement ; inspection des épidémies. Traitements depuis 30.000 francs.

Santé publique : médecin-préparateur dans les laboratoires (concours) : 25.000 francs, plus indemnités.

Médecin-inspecteur d'hygiène (concours) : 37.000 francs, plus indemnités.

Médecin des asiles (concours) : 40.000 francs, plus indemnités et logement.

Médecin des sanatoria (concours) : 39.000 fr., plus indemnités et logement.

Médecin de la Santé et du Service sanitaire maritime (concours sur titres) : 6.750 à 11.500 francs, plus indemnités.

Ministère du travail. — Médecin-conseil des Assurances sociales (concours sur épreuves et sur titres) : 40.000 francs, plus de nombreuses indemnités de fonctionnaires et de déplacements ;

Médecin-contrôleur des Assurances sociales (concours sur épreuves et sur titres) : 60.000 francs, plus indemnités.

Ministère des colonies. — Médecin de l'Assistance médicale indigène (concours ou sur titres) en A. O. F., 40.000 francs, plus indemnités ; en Indochine, 24.000 francs, plus indemnités nombreuses et importantes ; versé au ministère des Colonies, 24.000 francs, plus indemnités.

Marine marchande. — Le médecin attaché à une compagnie de navigation est assimilable à un fonctionnaire ; son traitement est de 25.000 francs, plus des indemnités et des primes nombreuses allant jusqu'à 40.000 francs.

En outre, les médecins peuvent trouver des postes dans des administrations civiles, dans de grosses compagnies, des sociétés d'assurances, des établissements industriels ; la moyenne des traitements peut être évaluée mensuellement à 3.000 ou 3.500 francs.

Médecine militaire (*armée marine*). — Les officiers du Service de santé militaire se recrutent de plusieurs façons. Soit par concours spécial ouvert aux étudiants en médecine, ayant vingt inscriptions. Soit par concours normal entre des candidats ayant au moins leur P. C. B. ou ayant préparé l'école de Lyon (centres de préparation à Alger et à Lyon), soit par concours direct parmi les détenteurs du titre de docteur en médecine. Après un examen d'aptitude physique, les cours ont lieu à l'école de Lyon. Le candidat choisit entre les troupes métropolitaines ou les troupes coloniales.

Pour les troupes métropolitaines, le candidat est nommé médecin sous-lieutenant, après le diplôme et la thèse ; après un an à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, il passe avec le grade de lieutenant à l'école d'application du Val-de-Grâce où le stage est de 7 mois. Il est affecté ensuite à un corps de troupe.

Pour les troupes coloniales, les études ont lieu à l'école principale de Bordeaux (provisoirement fixée à Montpellier), puis à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Le recrutement du Service de santé de la marine est à peu près similaire. Des écoles annexes permettent aux titulaires du P. C. B. d'accomplir une première année d'études médicales avant le concours d'entrée à l'école principale de Bordeaux (aujourd'hui Montpellier). L'examen d'aptitude physique est relativement sévère. Les étudiants sont ensuite versés soit par option, soit d'office dans le Service de santé de la marine ou dans celui des troupes coloniales. Pour la marine, ils passent par l'école d'application de Toulon.

Les traitements sont : au début, de 18 à 23.000 francs ; et quatre ou cinq ans après, de 25 à 35000 francs, pouvant aller pour les postes les plus élevés, de 117 à 152.000 francs.

Les retraités ont la possibilité de s'établir et de faire de la clientèle. En Algérie, ils peuvent être nommés médecins de colonisation, s'ils sortent de l'école d'application des troupes coloniales.

(*Le Temps*, 7 août 1941).

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES ASPECTS CLINIQUES DES SEPTICO-PYOHÉMIES A BACILLUS FUNDULIFORMIS

Par M. CONTE

Chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris

Le bacillus funduliformis appartient au groupe des germes anaérobies saprophytes des cavités naturelles de l'homme. Il fut isolé pour la première fois dans la flore vaginale et les suppurations gangréneuses des voies génitales en 1898 par J. Hallé et dénommé « funduliformis » en raison de son aspect en longs filaments rappelant des chapelets de saucisses (« fundula »).

Les septicémies, dont il est l'agent, n'ont été reconnues que trente ans plus tard et étudiées depuis une dizaine d'années à l'hôpital Claude-Bernard, par J. Teissier, puis par notre maître A. Lemierre, avec une série de collaborateurs, en particulier J. Reilly, dans une suite de travaux, auxquels nous ferons de larges emprunts.

Une vingtaine de cas en ont été observés à l'hôpital Claude-Bernard depuis quinze ans, un nombre au moins égal ailleurs en France et un grand nombre à l'étranger. Les septicémies à funduliformis ne sont donc pas des maladies rares.

Leur aspect clinique et leurs conditions étiologiques apparaissent aujourd'hui assez caractéristiques pour qu'elles puissent souvent être affirmées cliniquement, avant même qu'on retrouve le germe dans le sang par l'hémoculture anaérobie.

Ces septicémies se rencontrent habituellement chez des sujets jeunes, de 15 à 35 ans, et même chez des enfants. Comme Claus et Kissling l'ont fait remarquer depuis longtemps, les cas se groupent parfois en petites épidémies qui posent la question d'une contagion possible.

Le plus souvent, les septicémies à funduliformis succèdent à une amygdalite d'apparence banale, érythémateuse ou pultacée, ulcéreuse parfois, plus rarement, phlegmoneuse, dont rien ne permet d'abord de prévoir qu'elle va être le point de départ d'accidents graves. Plus rarement, surtout chez l'enfant, le point de départ est une otite.

Le premier symptôme annonciateur de la septicémie est un grand accès fébrile, commençant par un frisson brutal, intense, prolongé ; la température monte à 40° ou 41°. Puis vient une défervescence avec sueurs profuses. Ce frisson apparaît tout d'un coup à la fin de la première semaine de l'angine, parfois plus tardivement encore, alors que celle-ci avait rétrocédé et semblait en voie de guérison, parfois aussi dès le début de l'angine.

Les frissons se renouvellent les jours suivants irrégulièrement, parfois si serrés qu'ils ne laissent aucun répit au patient, parfois espacés de quelques jours, chaque fois avec tremblement généralisé, claquements de dents, sensation de froid et de malaise, tels qu'ils sont justement redoutés du malade. Parfois même, pendant le frisson le pouls s'amenuise, les membres se refroidissent, le malade tombe dans une demi-inconscience avec collapsus, qui peut faire craindre une issue fatale immédiate.

La température se maintient autour de 39°, d'autant plus élevée que l'invasion microbienne est plus importante, marquée de crochets hyperthermiques succédant aux frissons. Dans les formes moins sévères, elle peut s'abaisser et prend alors un type irrégulier.

A ce syndrome infectieux grave s'ajoutent souvent des signes locaux : adénopathie sous-angulo-maxillaire du côté de l'amygdale atteinte, douleur à la pression au même point, empâtement œdémateux douloureux gênant les mouvements de la tête et s'étendant le long du sterno-mastoïdien jusqu'au creux sus-claviculaire, en rapport sans doute avec une inflammation des ganglions situés à la face superficielle du muscle sterno-mastoïdien.

Ramadier et Mollaret insistent sur le retour de la douleur à la déglutition et sur le signe de la « douleur traçante » : douleur provoquée strictement linéaire ne dépassant pas en largeur la pulpe de l'index qui longe, en répétant ses pressions, le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Ce signe témoignerait de la phlébite jugulaire,

Les localisations métastatiques du germe se dévoilent vite, parfois dès le deuxième ou troisième jour ; les plus habituelles comme les plus précoces sont les localisations pleuro-pulmonaires. Tout d'un coup, généralement au cours d'un accès fébrile paroxystique, le malade accuse une vive douleur thoracique, à la face antérieure ou latérale du thorax, avec polypnée. On perçoit, parfois déjà dès le lendemain, un frottement pleural antérieur du côté du point de côté, puis des râles sous-crépitants et des foyers de condensation pulmonaire disséminés et successifs témoignant de la répétition des infarctus pulmonaires,

avec de nouveaux points de côté. Il ne faut pas compter sur l'expectoration sanglante classique des infarctus, qui fait ici habituellement défaut.

En quelques jours se développent des épanchements pleuraux, rarement d'abord séro-fibrineux et aseptiques, généralement d'emblée purulents ou louches, contenant le bacillus funduliformis. Le liquide ne dégage aucune odeur ou seulement une légère fétidité, au contraire des épanchements contenant plusieurs espèces anaérobies.

Si l'état général ne s'altère pas trop vite et laisse aux manifestations pleuro-pulmonaires le temps d'évoluer, ces pleurésies se bilatéralisent ; elles s'ouvrent dans les bronches, si elles ne sont pas évacuées chirurgicalement à temps et réalisent un pyo-pneumothorax rapidement mortel.

Les ostéo-arthrites, presqu'aussi fréquentes que les localisations pulmonaires, souvent plus longues à se démasquer, sont surtout le fait des formes subaigües. Localisations articulaires et pleuro-pulmonaires s'intriquent et réalisent un ensemble clinique souvent très complexe.

Tout se borne parfois à des arthralgies, si fugaces et disséminées qu'elles font parler de rhumatisme articulaire aigu. Habituellement, la douleur se fixe sur une ou plusieurs jointures qui s'empâtent, en général très vite. Certaines arthrites se résorbent spontanément, tandis que d'autres évoluent vers la purulence.

Toutes les jointures peuvent être touchées, les grandes articulations des membres, les sterno-claviculaires et surtout les sacro-iliaques, que le funduliformis affectionne particulièrement (tout comme le mélitocoque). Le pus retiré par ponction articulaire a les mêmes caractères que le pus pleural ; vite, il distend l'article et a souvent tendance à fuser au dehors, en particulier des sacro-iliaques vers la région profonde de la fesse, où il peut apparaître tout d'abord.

A cette triade symptomatique de base : grands accès fébriles intermittents avec frissons, déterminations pleuro-pulmonaires et articulaires, viennent souvent s'ajouter d'autres atteintes viscérales qui témoignent de l'essaimage du germe dans tout l'organisme : ictère, en général peu marqué, traduisant une hépatite parenchymateuse diffuse, néphrite avec albuminurie ou hématurie et souvent élévation de l'urée sanguine, plus rarement péritonite, abcès du cerveau ou méningite terminale, thyroïdite suppurée. Notons l'absence de localisation endocarditique, à l'inverse de ce qu'on voit souvent au cours des septicémies streptococciques.

L'examen hématologique montre une hyperleucocytose de 13.000 à 20 ou 25.000 avec polynucléose neutrophile. Dans les formes n'évoluant pas trop vite apparaît une anémie parfois importante avec cachexie rapide.

Si les signes essentiels des septicémies à bacillus funduliformis restent à peu près les mêmes, il est des aspects évolutifs différents ; les septicémies post-otitiques de l'enfant, régulièrement mortelles, s'accompagnent parfois de thrombophlébite du sinus caverneux. Certaines formes suraigües tuent en quelques jours seulement, sans qu'aucune suppuration ait le temps de se dévoiler avant la mort. Plus souvent (un tiers des cas environ) le syndrome infectieux sévère se prolonge une ou deux semaines avant d'entraîner la mort : la température se maintient élevée entre 39° et 40°, des frissons secouent plusieurs fois par jour le malade, qui tombe dans une demi-inconscience s'accentuant progressivement jusqu'au coma. Il est exceptionnel que la conscience et la sensibilité restent intactes jusqu'au bout. Les hémocultures anaérobies montrent des colonies chaque fois plus nombreuses de bacillus funduliformis, qui témoignent du déversement continuel de ce germe dans la circulation. Le patient est trop prostré pour accuser des points de côté, mais l'auscultation permet d'entendre des foyers pulmonaires multiples et l'autopsie révèle des ostéo-arthrites passées inaperçues.

Plus souvent encore, les localisations viscérales ont le temps de se développer. Les premières sont, en général, les pleurésies purulentes, ou même seulement séro-fibrineuses, et les infarctus suppurés du poumon, graves généralement par leur multiplicité et la difficulté de leur drainage chirurgical. Les ostéo-arthrites surviennent plus tardivement ; des incisions chirurgicales multiples parviennent, en les drainant, à faire tomber passagèrement la fièvre, l'hémoculture devient négative, l'espoir renaît. Mais pour un temps seulement, car l'évolution reprend bientôt fatale. Ainsi, chez un jeune malade de Claude Bernard, une arthrite de la hanche aboutit à la formation d'un vaste abcès de la racine de la cuisse et de la région fessière ; l'incision de cet abcès n'ayant pas suffi, on réséqua la tête fémorale pour mieux drainer l'article. Mais en vain, car après une accalmie, les accès fébriles réapparurent, l'hémoculture redevint positive jusqu'à la mort dans le marasme deux mois après l'angine.

Certaines formes post-angineuses peuvent cependant guérir sans séquelles (environ 20 % des cas au moins). Soit qu'il s'agisse de formes d'abord identiques aux formes mortelles, mais qui tournent court et guérissent heureusement d'une manière inattendue après un début grave et des localisations métastatiques multiples ; soit qu'il s'agisse de formes donnant d'emblée une impression favorable par la conservation d'un bon état général, entre les accès fébriles, le non renouvellement des métastases suppurées, qui évoluent comme des manifestations purement locales et guérissent sans incident après leur évacuation chirurgicale. La phase septicémique est brève, ainsi que le montre l'absence de germes à

l'hémoculture après les premiers jours. La localisation suppurée métastatique, pulmonaire ou articulaire, peut manquer ou paraître primitive si on ne pense pas à rechercher par l'interrogatoire l'angine souvent restée inaperçue.

Il est des formes plus atténuées encore, mais dans lesquelles on retrouve, au moins ébauchés, tous les caractères des septicémies à funduliformis. Ainsi chez un jeune homme de 19 ans, entré à Claude-Bernard pour une rubéole bénigne avec rhino-pharyngite, surviennent successivement au cours de la convalescence un violent point de côté, un empâtement douloureux sous-angulo-maxillaire avec tuméfaction amygdalienne du même côté, puis un épanchement pleural séro-hémorragique stérile du côté du point de côté, une semaine plus tard une arthrite coxo-fémorale gauche, chacun de ces incidents marqué d'un simple crochet thermique à 38°, sans que l'hémoculture ait jamais permis de retrouver le germe en cause ; seule la réaction de floculation du sérum permit d'affirmer le rôle du funduliformis. Plus que de septicémie vraie, il s'est agi ici de bactériémie transitoire, et, il y a quelques années, nul n'aurait pensé à mettre en cause un microbe anaérobie d'aussi mauvaise réputation que le bacillus funduliformis.

Les septicémies à point de départ intestinal et plus précisément appendiculaire forment un groupe à part, car ici le germe, à partir de lésions veineuses péri-appendiculaires et péri-intestinales, remonte par le système porte jusqu'au filtre hépatique, où il détermine rapidement des abcès graves. C'est tout l'aspect de l'appendicite aigüe gangréneuse avec frissons et abcès nécrotiques gangréneux du foie, bien connu des classiques et qui relève sans doute le plus souvent du bacillus funduliformis.

Parfois même, dans des formes rapidement mortelles, le bacille dépasse la circulation porte pour essaimer dans la circulation générale, déterminant des abcès pulmonaires, ou comme dans une des premières observations de Teissier, une éruption cutanée vésiculo-pustuleuse et purpurique avec ictère et épistaxis et, à l'autopsie, dans le foie un semis d'abcès nécrotiques contenant du bacillus funduliformis.

Dixon et Deuterman ont observé, six fois après opération pour cancer rectal ou recto-sigmoïdien, dix à dix-huit jours après l'intervention, une infection grave avec grands accès fébriles, frissons et quatre fois sur six ictères plus ou moins foncé, abcès du foie et, aussi abcès pulmonaires. Chez un seul malade l'ictère manqua et l'évolution fut favorable.

Quelques cas de septicémies à point de départ utérin ou salpingien ont été signalés, mais il est paradoxal de constater que ce germe, isolé par Hallé précisément à partir de la flore vaginale, se montre si rarement l'agent d'infections d'origine génitale, alors qu'il détermine des septicémies après des infections du pharynx ou de l'appendice où il végète aussi à l'état saprophytique.

Le diagnostic des septicémies à funduliformis, déjà soupçonné cliniquement, peut être confirmé par trois procédés de laboratoire :

1° L'hémoculture en milieu anaérobie, dont la technique la meilleure nous semble être celle de la gélose demi-molle de Veillon. Si on ne pratique que l'hémoculture habituelle en milieu aérobie, on risque fort de laisser passer le funduliformis qui ne pousse qu'exceptionnellement sur un tel milieu. De plus, comme beaucoup d'anaérobies, le funduliformis s'associe volontiers à d'autres germes, anaérobies ou aérobies, streptocoque en particulier, ce qui rend son isolement parfois délicat. Parfois même ce germe second persiste isolément dans le sang, alors que le funduliformis y a disparu ; si bien qu'on a dû sans doute étiqueter parfois septicémie à streptocoque des infections, qui relevaient d'abord du bacille de Hallé.

L'hémoculture anaréobie devrait être pratiquée aussi systématiquement que l'hémoculture aérobie, et en même temps qu'elle dans toutes les infections générales. Sa technique, actuellement bien réglée, ne demande qu'un minimum de précautions. La numération approximative des germes a un certain intérêt pronostique, car il est habituel dans les formes graves de déceler par centimètre cube de sang ensemencé un nombre de germes important et croissant à chaque nouvelle hémoculture.

2° La recherche du bacillus funduliformis dans le pus ou la sérosité des localisations secondaires, pleurésies ou arthrites, est utile surtout quand on se trouve en face d'une suppuration d'apparence primitive et que la phase septicémique est terminée. Les bacilles apparaissent comme de fins et courts bâtonnets gram-négatifs, souvent centrés par une vacuole claire.

3° La réaction de floculation du sérum en présence d'un extrait alcoolique microbien, récemment établie par A. Laporte et Brocard dans le laboratoire de J. Reilly, se montre constamment négative avec le sérum d'individus normaux ou atteints d'infections diverses, pourvu qu'ils n'aient jamais présenté d'infections, même locales, à bacillus funduliformis. Elle apparaît comme spécifique et rend les plus grands services dans les formes frustes, pour lesquelles l'hémoculture refuse de livrer le germe et où aucune localisation suppurée accessible ne se produit. La réaction ne devient positive qu'après une période de dix à quinze jours, correspondant souvent précisément à celle, pendant laquelle l'hémoculture permet de retrouver le bacille, et paraît le rester ensuite pendant des années.

Cette réaction est souvent très positive chez

les convalescents de simples phlegmons de l'amygdale ou de petites suppurations fétides dentaires ou péri-dentaires, dans le pus desquels on retrouve, souvent associé à d'autres germes, le bacillus funduliformis ; ce microbe paraît donc jouer dans les suppurations buccales ou pharyngées un rôle non reconnu jusqu'ici.

Aujourd'hui le plus grand nombre des septicémies post-angineuses apparaît comme dû au bacillus funduliformis. Si on reprend les germes agents des diverses autres septicémies post-angineuses connues, le streptocoque est plus rarement en cause qu'on aurait pu le penser *a priori*, et ses septicémies réalisent un aspect clinique tout différent. Rarement on rencontre le pneumocoque ; le bacille de Pfeiffer, bien qu'exceptionnel, détermine souvent une laryngite avec œdème, puis des localisations pleuro-pulmonaires et articulaires. Mais le diagnostic bactériologique de ces germes aérobies avec le bacillus fundiliformis est aisé.

Il n'en est pas de même du bacillus fragilis, anaérobie, beaucoup plus rarement rencontré et dont les septicémies semblent moins graves ; mais on peut se demander si certaines septicémies décrites commes dues au bacillus fragilis ne relevaient pas en réalité du funduliformis, dont on ne connaissait pas encore le rôle pathogène important. Précisons encore que le pus à funduliformis n'est généralement pas putride, mais seulement un peu fétide. Son association avec un autre germe au moins paraît nécessaire pour qu'il y ait putridité et odeur sphacélique.

Il n'y a pas de traitement radical des septicémies post-angineuses à funduliformis. Il importe d'abord de calmer la douleur des infarctus pulmonaires et le malaise angoissant, parfois très pénible, qui accompagne les grands accès fébriles et les frissons. Notre maître Lemierre insiste sur la nécessité des injections de morphine ou l'usage des préparations opiacées, seules efficaces et permettant à ces malades un peu de repos.

Deux points du traitement sont encore à l'étude : l'effet des sulfamides, qui méritent d'être essayés, bien qu'employés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse encore juger de leur efficacité, qui paraît douteuse, et surtout la résection chirurgicale amygdalienne et jugulaire à chaud. Cette double intervention paraît logique, puisqu'elle vise à supprimer à la fois le point de départ de la septicémie, à savoir l'amygdale (dans laquelle on découvre souvent de petits abcès microscopiques) et la veine enflammée atteinte de phlébite, don tles parois bourrées de germes jettent dans le torrent circulatoire les embolies microbiennes, qui vont se fixer dans les viscères. Comme le font remarquer Ramadier et Mollaret, ce double acte chirurgical est l'équivalent de celui qu'on pratique régulièrement au cours des septicémies à point de départ auriculaire. A l'exemple des auteurs germaniques, ils conseillent la résection immédiate de la jugulaire et, dans la mesur edu possible, de ses branches d'origine pharyngée, quand existent le signe de la « douleur traçante » et le signe de Queckenstedt, révélateurs de la thrombose de la jugulaire. Même si la résection veineuse, comme dans leur cas, est dépassée en étendue par les lésions veineuses, ainsi que le montre l'examen histologique, elle « reste utile en réduisant d'une façon massive la mise en circulation des microbes, pour permettre aux moyens de défense de l'organisme de lutter victorieusement contre les décharges septiques de moindre importance, qui peuvent encore se produire ».

Quand ces signes manquent, ce qui est fréquent, l'intervention nous paraît beaucoup plus discutable. Elle peut être tentée cependant et découvrira parfois des lésions veineuses jugulaires ou pharyngées cliniquement latentes. En l'absence de lésions veineuses visibles à l'intervention, la ligature systématique de la veine jugulaire a été proposée, dans l'espoir de barrer la principale voie de dissémination microbienne. Cet espoir nous semble bien hypothétique, car le système veineux de l'amygdale, siège initial de l'infection, est complexe, ses voies de dérivation multiples et la jugulaire ne représente qu'une voie efférente parmi bien d'autres.

A l'hôpital Claude Bernard la ligature de la jugulaire n'a été pratiquée qu'une fois, sans influencer l'évolution ultérieure de la septicémie.

Il est encore trop tôt pour conclure et seules de nouvelles observations permettront de le faire.

Nous avons envisagé les divers aspects des septicémies à funduliformis, qui apparaissent aujourd'hui comme bien individualisées et relativement fréquentes. On peut même se demander si ce germe n'est pas plus souvent encore en cause et si certaines suppurations putrides, pulmonaires par exemple, primitives en apparence, ne relèvent pas de son passage par voie sanguine à partir d'un foyer bucco-pharyngé latent inaperçu. La réaction de floculation contribuera à débrouiller le groupe encore confus des infections à anaérobies non telluriques, parmi lesquels le funduliformis pourraif être un chef de file, attaquant et ouvrant la voie aux autres germes anaérobies.

A. Lemierre, A.-P. Guimaraes, J. Lemierre. — Les formes curables et frustes des septico-pyohémies post-angineuses à bacillus funduliformis. *Presse médicale*, 1940, 48, nos 10-11, 97-98.

J. Ramadier et P. Mollaret. — De la résection amygdalienne et jugulaire dans les septico-pyohémies post-angineuses. *La Presse médicale*, nos 72-73, 20-23 août 1941, 898-902.

A PROPOS DU LEVER PRÉCOCE DES OPÉRÉS

Docteur Georges Roux

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier

Pour lutter efficacement contre les conséquences des désordres tissulaires inhérents à l'opération, l'organisme a besoin d'une puissance accrue de toutes ses fonctions. C'est vraisemblablement à leur carence, favorisée par le décubitus, que l'opéré, même celui dont les suites opératoires sont normales, doit cet ensemble de petits troubles dont l'expression se lit sur le faciès, se traduit par une fonte rapide des masses musculaires et par une asthénie parfoisimpressionnante, qui ont transformé l'opéré en un malade dont la convalescence s'annonce longue. Il est probable que, par action complexe dont le mécanisme n'est pas actuellement précisé, le ralentissement physiologique général est responsable, beaucoup plus que la stase sanguine, explication par trop simpliste, des accidents vasculaires, cardiaques et pulmonaires qui en sont l'expression terminale.

Quoiqu'il en soit de la pathogénie de la « maladie post-opératoire », il a fallu l'heureuse campagne de Challier pour que nous nous rendions compte de l'action néfaste de la station allongée, dont nous portions volontiers les méfaits au passif de l'acte opératoire lui-même. Les bienfaits du lever précoce ont à ce point de vue transformé les suites des opérations abdominales.

Le lever est précoce, lorsqu'il a lieu avant le cinquième jour. En général, c'est au matin du troisième ou quatrième jour après l'opération que l'opéré est placé sur un fauteuil où il se transporte lui-même, après être resté quelques minutes assis les jambes pendantes au bord du lit. Il reste ainsi de vingt minutes à une heure. Le lendemain, l'exercice est répété, le matin et le soir, quelques pas sont essayés et le sixième jour l'opéré mange à table dans sa chambre. Ainsi, à partir du dixième jour, la sortie peut être autorisée, sans qu'elle constitue un effort ou un risque.

Cette méthode est réservée surtout aux opérations gynécologiques ; le type de son application est l'hystérectomie pour fibrome, après laquelle les accidents vasculaires sont surtout observés. Elle est à recommander après les opérations sur le tube digestif, en particulier après les gastrectomies et après les interventions de l'étage sus-mésocolique, dont on connaît l'action néfaste sur le jeu du diaphragme et ses conséquences pleuro-pulmonaires. En somme, les deux étages, supérieur (sus-mésocolique) et inférieur (pelvien), de l'abdomen relèvent du lever précoce post-opératoire. L'étage moyen (méso-cœliaque) comporte des interventions qui, à mon avis, nécessitent un séjour au lit plus prolongé. D'une façon générale, en effet, les opérations en milieu septique ou celles qui présentent un risque d'hémorragie, celles qui nécessitent un gros drainage ne relèvent pas du lever avant le cinquième jour.

La seule précaution à prendre consiste en un renforcement du surjet musculo-aponévrotique pariétal, qui doit être très soigné, affrontant par points rapprochés les plans sans interposition de tissu cellulo-adipeux, obturant méticuleusement les parties supérieures et inférieures et maintenant le tout par trois points en U en haut, en bas et au milieu. L'opéré peut être sanglé au moment du lever.

Le lever précoce n'est pas accepté par tous les chirurgiens. Certains ne lui reconnaissent aucun mérite, d'autres le présentent comme dangereux. On est même allé, dans le feu d'une discussion à la tribune d'une Société chirurgicale des plus écoutée, jusqu'à mettre en cause la responsabilité du chirurgien en cas d'accident.

Voici les circonstances d'un accident que j'ai observé, au cours duquel l'innocuité du lever précoce a failli être fortement compromise.

J'ai opéré, il y a quatre ans, une femme obèse de 62 ans, atteinte d'un cancer du corps de l'utérus : les résultats des recherches humorales et hématologiques sont normaux. Les ligaments larges sont ouverts au minimum pour une hystérectomie sub-totale très simple. La péritonisation est correcte, l'abdomen est refermé sans drainage. Les suites s'annoncent anodines et le lever est ordonné pour le matin du troisième jour, au moment où le personnel fait la chambre, c'est-à-dire entre 8 et 9 heures.

A 7 h. 30, la religieuse apporte à l'opérée une tasse de café qui est accueillie avec joie et, au moment où cette opérée tend la main pour saisir le récipient, elle est foudroyée par une mort subite.

Si cet accident avait été retardé d'une demi-heure et avait coïncidé avec le lever, j'aurais certainement accusé et condamné une pratique, dont je n'ai qu'à me louer depuis six ans.

Ce fait comporte surtout un enseignement d'ordre général : gardons-nous contre toute hâte à conclure à l'endroit d'une méthode thérapeutique et mesurons la difficulté de nos interprétations en matière de responsabilité encourue par le chirurgien.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOÛT DU JOUR



Chez une nouvelle accouchée comment interpréter les réactions péritonéales

d'après le Professeur C. JEANNIN (1)

TROUBLE FONCTIONNEL OU LÉSION PARA-PÉRITONÉALE, PEUT-ÊTRE PÉRITONITE

Dès l'abord, et quelle que soit l'éventualité, la très récente accouchée se présentera avec le *même* syndrome : ventre ballonné, légèrement douloureux au palper ; arrêt des matières et des gaz ; quelques nausées ; le tout s'accompagnant d'un état de légère angoisse.

S'agit-il d'un *simple trouble fonctionnel,* essentiellement transitoire, inquiétude d'un soir, que le matin dissipe ?

Une banale rétention d'urine ? on l'éliminera avant toute chose en sondant systématiquement les malades, et, dans ce cas, suivant le dire d'un ancien : « la péritonite s'écoule dans le bassin ».

Plus délicat est le diagnostic du péritonisme. Ici se rangent les cas où, à la suite d'un accouchement lent, diffcile, d'une brutale expression *abdominale, d'une intervention* quelconque, peut-être enfin d'une occlusion intestinale incomplète ou d'une crise d'aérophagie, on observe vers le deuxième jour des couches, du météorisme abdominal, du tympanisme, un arrêt du transit intestinal. Mais, le pouls reste bon ; l'état général est excellent, et au bout de 36 à 48 heures tout rentre dans l'ordre.

En cas de *lésions para-péritonéales,* il y a bien incontestablement un foyer de réaction, mais ce n'est pas la séreuse qui se trouve en cause, tout au moins au début. Dans ce groupe, se rangent la salpingite puerpérale, le phlegmon pelvien, la cellulite, l'appendicite.

Cette dernière mise à part et reconnaissable à son siège, toutes les autres ont comme point commun d'être des accidents tardifs et à lente évolution, de s'accompagner de *grosses réactions locales et d'un état fébrile, mais avec un pouls qui reste bon* et un état général satisfaisant. Rarement on se trompera ; en tout cas, l'évolution laisse le temps d'attendre.

Il convient de mentionner ici la *pelvipéritonite,* où, le grand péritoine n'étant pas en jeu, il n'y a pas péritonite à proprement parler : seul le péritoine pelvien réagit. Or, celui-ci accepte volontiers maintes compromissions, c'est dire qu'on sera essentiellement en présence d'une *infection locale,* en un mot d'une pelvite. Mais, le *début en est tardif* (au cours du deuxième septenaire), habituellement insidieux, la température montant peu à peu vers 39°, 39°5 ; elle va s'y maintenir avec de faibles oscillations, des petits frissons répétés. On observera en outre quelques signes d'irritation péritonéale, nausées, hoquet, vomissements. Le tableau sera dominé par ce qu'on peut appeler « *le syndrome des réservoirs pelviens* » : du côté de la vessie, dysurie, urines troubles, quelquefois légèrement sanglantes ; du côté du rectum, des épreintes, des évacuations fréquentes constituant la fausse dysentérie glaireuse. Regardons le ventre, il respire dans sa portion sus-ombilicale, mais il est immobile dans la région basse qui, au palper, montrera de la contracture douloureuse.

Au toucher, le col est reporté très haut et en avant ; l'utérus semble perdu dans une coulée de plâtre bétonnant le bassin ; le Douglas est plein et douloureux.

Trois évolutions possibles : ou bien la pelvite se généralise et donne lieu à une péritonite, éventualité heureusement très rare ; ou bien le magma se résorbe et tout rentre dans l'ordre au bout de longues semaines ; ou bien la suppuration s'établit, avec reprises thermiques, irradiations douloureuses, frissons, et finalement vomique rectale, avec fistulisation à traiter ultérieurement.

Voici maintenant les *lésions intrapéritonéales,* et enfin la vraie *péritonite puerpérale.* Parmi les premières, signalons l'hémorragie du Douglas (exceptionnelle), suite de rupture incomplète externe de l'utérus, puis les complications des tumeurs : torsion des fibromes et surtout des kystes ovariens (époque d'élection) ; inflammation d'un fibrome. Si l'on connaissait l'existence de pareille tumeur, c'est aussitôt de ce côté qu'il faudra chercher ; sinon, on croira à une péritonite généralisée, et une laparotomie tout d'abord exploratrice deviendra effectivement curative.

(1) Le *Progrès Médical,* 7 décembre 1940.

Il existe différents types de *péritonites puerpérales*.

Tout d'abord, celles qui sont dues à une infection générale : grippe ou, plus sournoisement, simple angine rouge ou banale rhino-pharyngite (il peut y avoir là un foyer de streptocoques, qui sera fatal). Il convient de les grouper sous le nom de *septicémie péritonéale*.

Pour d'autres, la contamination se fait par les voies génitales chez une femme, dont l'état général semblait parfait, qui peut-être même aura eu l'accouchement le plus simple. La péritonite sera secondaire soit à une solution de continuité (rupture ou perforation utérine), soit à la rupture d'un foyer purulent (abcès utérin ou pyosalpinx). Il s'agit ici de *péritonite purulente*.

Examinons en détails ces deux types.

La *septicémie péritonéale* se caractérise par un début très précoce, marqué par un frisson solennel, suivi d'une très haute élévation de température. Tout le tableau est dominé par la gravité de l'état général : polypnée, pouls rapide et bientôt misérable, faciès classique des septicémies. Il y a peu de vomissements, mais par contre une diarrhée profuse, putride, incoercible. L'hémoculture est presque toujours positive. En opposition, les symptômes et signes locaux se réduisent à presque rien ; sans doute, il y a du météorisme généralisé, mais le ventre n'est pas douloureux et bien des cliniciens se sont laissés égarer par cette indolence. La marche est foudroyante. On voit la malade anxieuse, les yeux excavés, la peau couverte d'une sueur qui semble visqueuse, grattant ses draps d'une main tremblante, en même temps qu'elle déclare se sentir très bien. La température n'est pas restée longtemps élevée ; la mort survient avec hypothermie au quatrième ou cinquième jour.

La *péritonite purulente* peut éclater d'emblée, comme accident primitif, ou bien, elle fait suite à une lésion, qui a évolué pour son propre compte. Dans la première éventualité, elle se manifeste d'emblée chez une accouchée de trois à quatre jours, rarement plus tard ; on voit la température s'élever brusquement vers 40° , accompagnée ou non d'un frisson, ce dernier accident étant d'ailleurs unique et nullement caractéristique d'une affection de la séreuse. En même temps, la femme ressent une vive douleur à l'épigastre. Une fois instauré, le syndrome rappelle de bien près la péritonite chirurgicale. Les symptômes généraux attirent d'abord l'attention : température et pouls parallèlement élevés ; état général mauvais, mais cependant pas aussi grave que dans la septicémie puerpérale. Cependant, ce qui domine le tableau clinique, ce sont les troubles fonctionnels : hoquet, nausées, puis vomissements douloureux et répétés ; arrêt des gaz et des matières, ensuite diarrhée fétide. Le plus important de ces symptômes est la douleur continue, avec siège au creux épigastrique et irradiations vers les cuisses. Le ventre est immobile ; la soufflerie abdominale ne joue pas, autrement dit le ventre ne respire pas. On voit en outre des ondes péristaltiques dessiner les anses intestinales sous la paroi, et on peut parfois percevoir des bruits hydroaériques. A relever que l'hémoculture est presque toujours négative.

Quant à l'évolution de cette forme, pendant un temps assez long, l'état général reste relativement bon, assez pour faire espérer la guérison ; mais bientôt les courbes du pouls et de la température se mettent en ciseaux, parceque celui-ci s'accélère tandis que celle-là s'effondre ; la gêne respiratoire devient plus nette, et vers le huitième ou le neuvième jour la mort survient en hypothermie, la malade gardant jusqu'au bout sa conscience.

Le diagnostic posé, ne pas opérer équivaut a un arrêt de mort, s'il y a péritonite

Et *déceler la péritonite* doit être le seul but à poursuivre, en présence des multiples réactions abdominales, que peut présenter la nouvelle accouchée. Aussitôt cette affection reconnue, nous n'aurons que très peu de temps pour nous décider, car la seule chance de succès est d'opérer très vite ; l'intervention doit être réduite au strict minimum : le pronostic, en effet, changera d'heure en heure.

Pour préparer l'intervention, le seul traitement à instituer est la transfusion sanguine, transfusion simple ou immuno-transfusion.

L'opération elle-même est différente, suivant la forme de péritonite. S'agit-il d'une septicémie péritonéale, l'opération est quasi désespérée. Sous anesthésie locale, on fait une simple ouverture péritonéale, soit par laparotomie, soit mieux encore par colpotomie.

Dans les péritonites purulentes, le traitement sera forcément différent s'il y a péritonite d'emblée, ou consécutive à quelque accident. En ce dernier cas, une laparotomie vous met en présence des lésions ; une rupture utérine entraînera l'hystérectomie ; un pyosalpinx, une salpingectomie ou une hystérectomie ; une tumeur infectée, son ablation. Pour une péritonite purulente vraie, d'emblée, non consécutive à un traumatisme capable de l'expliquer, on choisira la voie haute, ou mieux la voie basse ; en cette dernière occurence, abandonner totalement l'hystérectomie vaginale trop dangereuse, et faire une



colpotomie, opération idéale, simple, rapide, non traumatisante, mais parfois sans doute incomplète.

Après l'opération, soutenir l'organisme par des transfusions répétées, des tonicardiaques, et l'hydrater au moyen de grosses quantités de sérum artificiel ; lutter contre l'atonie intestinale par les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique. En outre, il faudra maintenir la malade assise, et localement verser des filtrats dans le péritoine par l'intermédiaire des drains et des mèches. En définitive, on sauvera un certain nombre de malades ; mais il faudra se méfier des guérisons apparentes, où la malade semble aller mieux pendant les deux premiers jours, pour retomber ensuite.

Les accidents intra-péritonéaux, *sans péritonite vraie*, comportent l'éventualité d'une hémorragie intra-péritonéale : si les signes sont légers, on met de la glace sur le ventre et on attend la résorption spontanée ; quand le cas est grave, on fait une laparotomie pour procéder à l'hémostase de ce qui saigne.

Ces hypothèses sont rares ; il est plus fréquent d'être en présence d'une complication de tumeur ; or, toute tumeur compliquée commande son ablation, qu'elle ait été, ou non, reconnue antérieurement.

Une pelvi-péritonite se traitera par colpotomie suivie d'un bon drainage, dès que le cul-de-sac de Douglas devient empâté, douloureux, œdématié.

Restent à envisager les cas, où *l'état général reste bon*, et où il ne faut pas se précipiter. En présence de simples troubles fonctionnels sans lésion véritable, d'abord on sonde la vessie ; puis on fait asseoir la malade, ou bien on la fait mettre sur le côté ; on glace largement l'abdomen. Pour calmer la douleur, on s'adresse à la spasmalgine, plutôt qu'à la morphine un peu brutale. Enfin, lorsqu'on est sûr qu'il ne s'agit ni de péritonite, ni d'appendicite, on évacue l'intestin en faisant appel à trois procédés : lavement huileux ou salé, piqûre de prostigmine, sérum hypertonique salé intraveineux.

S'agit-il de lésions para-péritonéales, l'état général restant également bon, savoir attendre ; l'évolution est toujours lente ; bien souvent, elle se fait spontanément vers la guérison.

Le traitement variera suivant que le pus ne sera pas encore formé, ou qu'il se forme. Avant la suppuration, mettre de la glace sur le ventre ou de l'eau chaude, si elle semble mieux réussir ; immobiliser la femme en position assise, et faire des injections de propidon. Lorsque la collection purulente est constituée, il faut inciser là où siège le pus. Lorsqu'il s'agit d'un phlegmon élevé, on fait une ouverture parallèle à l'arcade de Fallope. Si le pus est collecté dans le cul-de-sac de Douglas, on pratique une colpotomie. Ces incisions seront, bien entendu, suivies de drainage.

G. Fischer.

CORPS ÉTRANGERS DU TUBE DIGESTIF

Dans le *Concours* du 24 août nous avons lu un article du Docteur Belle, de Tours, à propos des corps étrangers de l'œsophage. Les conclusions de l'auteur, basées sur une cinquantaine de cas heureux où l'évacuation s'est faite normalement, semblent nous inspirer une confiance et un optimisme qui ne doivent pas nous faire oublier ces observations de corps étrangers fixés dans une portion quelconque du tube digestif.

En juillet dernier, un dimanche matin, un confrère amène à ma clinique un bébé de six mois qui vient d'avaler une broche. La scopie la montre dans l'estomac à midi. Le soir, elle se trouve dans la deuxième portion du duodénum. Pendant cinq jours, nous allons l'observer sous écran avec chaque fois l'espoir de découvrir le corps étranger cheminant dans le grêle. Elle apparaît au cinquième jour, exactement au même point que le dimanche soir, fixée dans la deuxième portion du duodénum, ouverte, la pointe en haut. De tiges d'asperges, il n'en est pas question, pas plus que de coton, étant donné l'âge du bébé.

Nous décidons d'intervenir au cinquième jour avec l'aide du Docteur Dosser, médecin traitant. Laparotomie médiane sus-ombilicale sous anesthésie au chloroforme. A bout de doigt, on sent la broche là où la baryte avait permis de la localiser. Incision transversale de l'intestin par une boutonnière de 5 mill. environ, extraction facile de la broche dont la pointe menaçait de perforer le grêle. Sutures en deux plans. Fermeture de la paroi par catguts et crins. Guérison. La broche, la pointe comprise, mesurait 6 centimètres ouverte.

Ceci pour modérer l'enthousiasme des confrères enclins, avec le Dr Belle, à penser que « dans de tels cas, il semble que l'on puisse être optimiste et rassurer la maman en lui prédisant presqu'à coup sûr que 48 heures suffisent pour la remettre de ses émotions ».

Dr Henri Loussot, Landivisiau (Finistère).

EXAMENS SYSTÉMATIQUES DE PRÉVENTION CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LES COLLECTIVITÉS ET SPÉCIALEMENT DANS LES ÉCOLES ET LES SOCIÉTÉS SPORTIVES

Actuellement, lalutte anti-tuberculeuse n'est pas limitée à l'examen et à la recherche d'une tuberculose existante, serait-ce même à ses débuts, mais elle va à la source même de l'infection tuberculeuse, c'est-à-dire au moment même de la contamination, moment qui n'est décelable souvent par aucun symptôme clinique, mais par le seul virage de la cuti-réaction.

Chez les adultes, on ne peut pas toujours tirer des conclusions très nettes d'une cuti-réaction positive.

Chez les adolescents et surtout chez les enfants, une cuti-réaction positive a une valeur déjà beaucoup plus marquée.

Mais surtout, les débats des plus passionnants d'ailleurs sur la cuti-réaction à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose n'ont pas mis en question la valeur du virage de la cuti-réaction qui reste très précise ; et le virage d'une cuti-réaction nettement négative à une cuti-réaction très positive et parfois vésiculeuse signifie primo-infection.

Comme conclusion pratique, l'enfant chez qui l'on observe une pareille manifestation, doit être surveillé d'une façon particulière surtout avec l'aide de la radioscopie, et l'on doit prendre les déterminations nécessitées par les symptômes qu'il présentera ultérieurement.

Intérêt donc pour l'enfant ; intérêt aussi pour la collectivité, car s'il y a par exemple dans une classe un nombre anormal de virages de cuti-réactions, il faut chercher la cause de la contamination dans la classe même, parmi les élèves ou parmi les professeurs.

Courcoux, un des phtisiologues qui, avec le plus de persévérance et de sens clinique, se sont occupés de la prophylaxie dela tuberculose chez l'écolier, dans les collectivités d'adolescents et dans certaines administrations revient sans cesse sur cette question.

Dans un article paru dans *Paris médical* sur les sources et la prophylaxie de la tuberculose chez l'écolier, il cite des faits navrants.

J'en cite un :

« Dans un petit Collège municipal, en 1938, un jeune homme de 17 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, qui reste floride pendant plusieurs mois, fait des accidents laryngés qui attirent enfin l'attention ; on découvre une tuberculose pulmonaire bilatérale largement excavée. Il meurt en quelques semaines, avec des accidents d'entérite bacillaire.

Un mois après le départ de ce malade, son plus proche voisin de classe est atteint d'une spléno-pneumonie grave ; quatre mois après, le voisin de dortoir du premier malade meurt de méningite tuberculeuse ; cinq mois après le départ du premier malade, un élève de la même classe meurt de broncho-pneumonie tuberculeuse à marche rapide. Soit trois morts et un malade sérieusement atteint. »

Je ne puis pas non plus m'empêcher de citer cette observation de Dufourt, Levrat et Villardt :

« Dans un pensionnat de jeunes filles du Sud-Est de la France, du mois de mars au mois de juillet 1940, dans un pensionnat où enseignait depuis cinq mois une institutrice tuberculeuse, huit élèves et une maîtresse furent contaminées. Sur ces neuf primo-infections, sept se révélèrent par un érythème noueux fébrile, une par une spléno-pneumonie fébrile, une par des troubles généraux et des signes radiologiques ».

C'est dire l'importance de la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles.

Un des sujets d'études du Congrès International de la Tuberculose, qui devait avoir lieu en septembre 1939 à Berlin, était : « Intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la tuberculose chez les sujets de plus de 15 ans ». Les co-rapporteurs étaient : Courcoux et Braun.

Qu'a-t-il été fait en France dans ce sens ?

L'idée n'est pas d'hier, puisque l'on peut lire dans l'un des derniers numéros de la *Presse Médicale* que L. Delherme et Thoyer-Rozat faisaient admettre par la Société de Radiologie de France, en février 1931, un vœu tendant à ce que :

1° L'examen radiologique systématique de tous les enfants des deux sexes soit pratiqué dans les lycées, collèges, écoles du territoire, et renouvelé chaque année ;

2° Que semblable examen soit effectué au moment du service militaire et, d'une manière générale, toutes les fois qu'un individu sera appelé à entrer dans une entreprise collective, administration, groupement industriel, etc.

Si l'idée persiste , c'est sans doute qu'on en sent l'utilité, sinon la nécessité.

Sous l'impulsion de Courcoux et de Rist, Roussy ex-recteur de l'Université de Paris étendit, en 1938-39, le dépistage de la tuberculose à toutes les classes d'examens et de concours de Paris, Versailles et Saint-Germain.

L'Université de Grenoble, sous l'impulsion du Docteur Douady, a été, après Paris, en 1936, une des premières à organiser un service de médecine préventive s'adressant aux élèves des écoles dans les hautes classes et aux étudiants de 1re année des Facultés.

Suivant quelles méthodes furent établis les examens systématiques ?

1° L'examen systématique eut lieu à l'école même, pour éviter tout dérangement, toute perte de temps, et toute entrave à la discipline scolaire ;

2° Seuls le médecin et l'assistance sociale connaissent l'identité des élèves malades. L'Administration n'intervient à aucun moment de la visite. La correspondance avec la famille est assurée par l'assistante, tenue au secret. Les fiches médicales sont conservées dans une armoire dont le médecin a la clef.

Le médecin se borne à signaler à la famille, ou éventuellement au médecin de la famille, les cas suspects ;

3° L'examen n'est pas obligatoire. Il est à souhaiter d'ailleurs vivement qu'il le devienne, car souvent ceux qui refusent cet examen sont les parents, dont les enfants sont ou ont été malades, et qui devraient le plus bénéficier de cette visite.

Les frais avaient été assurés par le Comité National de Défense contre la tuberculose et différents Conseil d'administration de grands lycées.

Plus tard, les Assurances sociales prirent en charge de pareils examens. Il semble que cela leur revienne de droit, car leur nom même d'assurances, et aussi leur intérêt, doivent les amener à diffuser de pareilles visites qui les libèreront dans l'avenir d'un poids formidable obérant chaque année leurs finances, et qui, pour le traitement des tuberculeux, se compte sans exagérer, par milliards.

Il serait à souhaiter que de tels examens soient établis dans tous les départements avec des modalités adaptées àchacun d'eux.

Dr Jean MARINET (Valence.)

LE PENDULE ET LES PENDULISANTS

Tel est le titre d'une communication faite, à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, par M. le Professeur MERCIER, doyen *de la Faculté des Sciences de cette ville.*

La question intéresse les médecins : on sait que les radiesthésistes ne se sont pas cantonnés dans la recherche des sources ; ils ont étendu le pendule à bien d'autres recherches, au diagnostic médical et à la thérapeutique en particulier.

Beaucoup d'entre nous, dit M. le Professeur Mercier, se refusant à accorder toute confiance à des gens qui affirment toujours et sont incapables de répéter à coup sûr l'expérience la plus simple, en sont arrivés à conclure que le « fait radiesthésique » n'existe pas, que la soi-disant sensibilité de l'organisme et la réaction du pendule ou de la baguette ne sont que des phénomènes de suggestion, les réussites et les échecs obéissant alors au simple calcul des probabilités. Les théories qu'imaginent les sourciers (ondes, radiations, fluides, radio-activité, etc.) sont d'ailleurs ou simplistes, ou extravagantes.

Cependant, faisant abstraction des non-sincères, le savant physicien veut bien essayer de se faire l'avocat des sourciers de bonne foi. Toute science, à ses débuts, a souvent du mal à s'affirmer. La météorologie, par exemple, n'en est encore qu'aux premiers résultats et cependant les météorologues sont des gens de laboratoires, ayant une grosse culture scientifique et disposant d'instruments de mesure perfectionnés. En matière de radiesthésie, où le seul appareil utilisé est notre système nerveux, les facteurs sont encore plus complexes et même inconnus. Il ne peut s'agir à l'origine que de l'influence d'éléments physiques, soit d'ordre électrique, soit d'ordre cinétique, sur l'organisme. La question apparaît du domaine de la physiologie et pose le problème de l'action des facteurs physiques sur l'organisme et de l'action physique de notre corps à l'extérieur. Il y a là, en tout cas, un sujet d'étude pour les physiologistes, ce qui ne préjuge en rien de la valeur du pendule.

Sur la proposition de M. JEANNENEY — qui, à juste titre, a qualifié cette question de bien nébuleuse encore — la Société de médecine de Bordeaux a nommé une Commission qui est chargée de mettre au point, dans la mesure du possible, le problème du pendule, dans ses parties physique et psycho-physiologique.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Hypertension artérielle solitaire et régime déchloruré

Pour étudier les effets de la déchloruration, MM. J. Decourt, Audry et Blanchard n'ont retenu que les cas où l'hypertension artérielle constituait toute la maladie, éliminant tous les sujets chez lesquels existait une altération rénale ou une insuffisance cardiaque, même discrètes. En pareil cas, la suppression du sel alimentaire abaisse la chlorémie et provoque une dilution du plasma, en même temps que la pression artérielle s'abaisse.

Inversement, avec la reprise du régime salé, la chlorémie s'élève à nouveau, le plasma se concentre, et la pression artérielle subit une nouvelle ascension. Quant aux effets de la déchloruration très prolongée, une observation semble bien confirmer que la privation de sel agit sur l'hypertension artérielle par un mécanisme plus profond que les simples variations de la masse sanguine ; c'est à une amélioration réelle de la maladie hypertensive elle-même, qu'elle nous fait assister.

Il ne faut cependant pas croire que ce régime doive être appliqué sans discernement. Lorsque l'hypertension artérielle s'accompagne d'hyperchlorémie, l'hésitation n'est pas permise ; il est d'ailleurs nécessaire de doser non seulement le chlore plasmatique, mais encore le chlore globulaire qui peut, seul, être élevé. S'il n'existe pas d'hyperchlorémie, il est indiqué de soumettre temporairement le malade au régime déchloruré à titre d'épreuve, en s'assurant si possible, par le dosage des chlorures dans l'urine, que le régime est bien suivi. Si la pression artérielle s'abaisse nettement, la prolongation du régime est indiquée.

Mais il est intéressant de faire la contre-épreuve en redonnant 8 ou 10 grammes de sel pendant quelques jours. Quoique désagréable pour le patient, ce régime ne doit pas être négligé, car son efficacité paraît démontrée, les malades finissant par s'y habituer, et il semble réellement capable de transformer radicalement le pronostic; la privation définitive de sel ne présente, en pareil cas, aucun inconvénient. Il ne paraît pas non plus qu'ici le régime déchloruré favorise l'azotémie, qui d'ailleurs, lorsqu'elle résulte du manque de sel, n'a aucune gravité réelle en dehors des néphrites aiguës.

Rappelons que le régime déchloruré ne paraît réellement trouver son indication que dans l'hypertension artérielle solitaire des sujets encore jeunes, au facies coloré, d'aspect pléthorique, lorsque l'élévation tensionnelle paraît réellement devenir menaçante. Il ne doit pas être imposé systématiquement et dans toute sa rigueur dans l'hypertension des vieillards athéromateux.

(*Paris médical*, 20 juillet 1941).

L'évolution dentaire. Conséquences pathologiques. Accidents de dentition

Le Docteur Marcel Rachet, dans une étude très documentée, envisage successivement : 1° l'évolution dentaire proprement dite, avec les rappels embryologiques, anatomiques et histologiques, indispensables ; 2° l'éruption dentaire ; 3° les accidents de dentition. Ces derniers intéressent plus particulièrement les praticiens. Ils sont régionaux (prurit dentaire, feux de dents, troubles sécrétoires ou oculaires, affections cutanées) ou généraux (fièvre, convulsions, nausées, vomissements, diarrhée, dyspnée paroxystique, toux trachéale).

La thérapeutique des accidents de dentition doit tendre à rétablir un équilibre rompu entre deux systèmes antagonistes : vague et sympathique. Impuissants à supprimer l'épine irritative, que constitue l'éruption dentaire et à calmer l'irritation par une thérapeutique locale, nous devons nous baser sur la symptomatologie et apprécier cliniquement le sens de la dystonie avant d'instituer un traitement.

Comme les observations quotidiennes nous révèlent, en général, une prédominance d'hypervagotonie, en principe notre thérapeutique sera le plus souvent aiguillée dans le sens d'une sédation du vague ; mais il sera prudent aussi d'essayer les médicaments du sympathique, étant donné la complexité du problème de l'interdépendance du système vago-sympathique. Finalement, on devra se rabattre sur les sédatifs usuels du système nerveux, et notamment le bromure de calcium, dont l'ion calcium constitue un excellent antispasmodique. (*L'Information dentaire*, 29 juin 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur le régime des adolescents et le déficit de calcium alimentaire

(Mme L. RANDOIN et M. Ch. RICHET ; 29-7-1941)

Récemment, M. Hinglais attirait l'attention sur le déficit en calcium de la ration alimentaire actuelle, pour le régime des adolescents surtout. La carte de rationnement J3 est nettement insuffisante à ce point de vue, même avec l'appoint du calcium apporté par l'eau, et offre, d'autre part, un déséquilibre phospho-calcique accusé.

Pour corriger ce déficit et ce déséquilibre, il faudrait relever la quantité de calcium et le rapport Ca-Phosphore. Le lait, les fromages, certains fruits (mandarine, orange, citron, datte, fraise, cerise, poire), certains légumes verts (cresson, choux), certaines racines (carotte, céleri-rave) permettraient d'obtenir ce résultat, mais il est à craindre qu'il soit difficile de se les procurer en quantités suffisantes. D'où la nécessité, disent Mme Randoin et M. Ch. Richet, d'envisager pour l'hiver et le printemps prochains, la distribution de calcium aux jeunes, sous une forme médicamenteuse et assimilable, de façon à éviter les conséquences (rachitisme, carie dentaire, tuberculose, etc.) de cette privation calcique. La forme médicamenteuse pourrait être une des suivantes : lactate, gluconate ou formiate de calcium, de préférence à la forme inorganique, néanmoins partiellement assimilable. Le glycérophosphate de chaux paraît moins indiqué, en raison du rapport Ca /Ph. L'assimilation du calcium nécessite la présence d'une certaine quantité de vitamine D (la ration actuelle n'en est pas très riche) ou une irradiation suffisante par la lumière solaire.

Un cas de syndrome adiposo-génital avec malformations congénitales

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT ; 29-7-1941)

MM. Laignel-Lavastine et H.-M. Gallot présentent une étude anatomo-clinique d'un cas de syndrome adiposo-génital observé par eux. Chez ce sujet, les troubles (syndrome adiposo-génital atypique, stigmates morphologiques particuliers, syndrome mental apparemment identique à la démence précoce) existaient depuis l'âge de 18 ans. Le patient succomba à l'âge de 27 ans, sans qu'aucune rémission se soit jamais manifestée. L'examen anatomique a permis de donner l'interprétation pathogénique suivante : syndrome adiposo-génital dû à l'atteinte hypophysaire, atteinte hypophysaire et troubles mentaux provoqués par l'hydrocéphalie ventriculaire qui résulte à son tour de l'hypertrophie villeuse des plexus choroïdes.

Les auteurs font ensuite une analyse critique du syndrome hypophysaire observé ici, qui est différent des syndromes classiques décrits jusqu'à ce jour (syndrome de Babinski-Froelich, et syndrome de Lawrence-Bardet-Bield).

Traitement par la testostérone d'un garçon de 22 ans présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme hypophysaire

(MM. Pierre NOBÉCOURT et SOTIRIOS BRISKAS ; 22-7-1941)

M. Nobécourt a traité un garçon de 22 ans pour hypotrophie staturale importante et infantilisme causés par une tumeur de la poche de Rathke. La thérapeutique, poursuivie pendant huit mois, a consisté en des injections intra-musculaires de propionate, puis d'acétate de testostérone. Les symptômes essentiels de l'infantilisme, qui relèvent de la carence des sécrétions endocrines des testicules, ont été favorablement influencés. Trois mois après le commencement du traitement, la puberté a débuté et évolué. Les caractères sexuels secondaires se manifestent, les organes sexuels se développent, des érections et des éjaculations se produisent. Dans le liquide éjaculé, on ne voit pas de spermatozoïdes. La testostérone a fait disparaître l'infantilisme, malgré la carence de l'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse.

Nouvelles recherches sur la toxicité de la dulcine

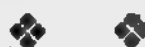
(MM. André KLING, D. BOVET et Mlle RUIZ ; 22-7-1941)

M. Kling a présenté en janvier dernier à l'Académie un travail sur la dulcine, concluant à la toxicité de ce produit, édulcorant proposé comme succédané du saccharose. L'auteur et ses collaborateurs exposent aujourd'hui les résultats de nouvelles recherches sur ce sujet, qui confirment d'ailleurs leur opinion première.

Chez des chiens et des cobayes, ils ont observé des phénomènes toxiques, des lésions rénales et des troubles cachexiques à la suite d'ingestion prolongée de dulcine. Les accidents ont été beaucoup plus accentués au cas d'administration par doses fractionnées répétées. La toxicité ne tient pas aux impuretés du produit, la dulcine purifiée ayant provoqué les mêmes accidents. M. Kling conclut à nouveau que l'usage de la dulcine, à titre d'édulcorant, doit être rigoureusement proscrit. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité



LA LUTTE PERLÉE CONTRE L'ALCOOLISME

Le Gouvernement affiche (qu'il en soit loué !) une résolution farouche de battre en brèche l'empire de l'alcool sur le peuple.

Cette résolution a-t-elle connu un fléchissement soudain ou bien la vertueuse candeur du Gouvernement a-t-elle été jouée par des gangsters habiles à s'infiltrer dans les conseils et à maquiller (ou faire maquiller !) les textes de lois ?

Toujours est-il que les alcoolisateurs de la Nation viennent de marquer un point. Ils gagnent une manche ; nous la perdons. Ce qui est dommage en cette aventure, c'est que la France la perde avec nous et qu'un certain malaise en résulte immanquablement dans notre civisme. Tant que cela, dira-t-on, pour une accessoire question de boissons ! D'abord la question des boissons n'est pas, pour la France actuelle, une question accessoire. On la dit même vitale, et l'on n'a pas tort. Ensuite... Mais que les lecteurs en jugent d'après les pièces du procès.

***

Peut-être se souviennent-ils que, dans un article intitulé « Les saboteurs de la défaite » et en date du 20 juillet dernier, je publiais les lignes suivantes en provenance d'un journal financier :

« Les nouvelles dispositions légales concernant la vente des apéritifs apparaissent à l'expérience un peu rigides et de nature à créer un malaise sérieux dans un certain nombre d'industries spécialisées ainsi que dans l'industrie viticole.

« En prohibant les apéritifs à base d'alcool et ceux à base de vin titrant plus de 16°, il semble que le législateur a eu la main un peu lourde. Aussi est-on en train de mettre sur pied un projet en vue de modifier la loi du 23 août 1940 et, notamment, de relever de 16 à 18° le titrage des apéritifs à base de vin.

« La distillerie de la X. (marque illustre d'apéritifs) est intéressée comme on pense au premier chef à cette modification car, ayant conservé une grosse partie de ses stocks d'apéritifs qu'elle aurait grand peine à constituer actuellement elle se trouvera bien placée pour les écouler dans des conditions satisfaisantes, en en abaissant légèrement le degré. Dans le cas où la modification en question n'interviendrait pas (ce qui est plus que douteux), la Société continuerait à utiliser ses stocks pour la fabrication de la liqueur X qui connaît un grand succès dans les restaurants et bars de luxe très fréquentés présentement ».

Cette cynique déclaration où les mercantis dissimulent à peine le pouvoir occulte dont ils pensent disposer et la foi qu'ils ont gardée dans leurs procédés ordinaires n'était pas imprimée à la légère par ce journal financier. La « loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 « contre l'alcoolisme » s'exprime en effet en ces termes (art. 4) (1).

« Sont interdites en France ainsi que sur tous les territoires relevant de l'autorité française, et sauf en vue de l'exportation, la fabrication, la détention et la circulation en vue de la vente, la mise en vente, la vente et l'offre à titre gratuit ainsi que la consommation :

« 1° De toutes les boissons dites apéritives à base d'alcool ;

« 2° Des boissons apéritives à base de vin qui titrent plus de 18 degrés d'alcool .... ».

Ainsi se vérifie que le journal financier était admirablement renseigné sur le projet de loi en cours ; le nécessaire avait bien été fait pour qu'un échec à la « modification » désirée fût, pour reprendre son expression même, « plus que douteux ».

Qu'une refonte d'une loi d'intérêt général dans un sens favorable à des intérêts particuliers puisse ainsi, trois mois à l'avance, être annoncée par les intéressés eux-mêmes et avec cette superbe certitude, n'est-ce pas triste ? N'est-ce pas démoralisant de constater de si irréfutable façon que la détresse publique ne commande encore pas, pour certains, respect ni pitié ; qu'il est, à l'heure présente, des gens, des Français de nom, pour appuyer de toutes leurs forces, de tout le poids de leurs sacs d'écus, sur la tête pitoyable qui s'efforce d'émerger et de venir

(1) *J. O.* du 8 octobre 1941.

respirer à la surface ? Il n'y a plus de patrie pour les distillateurs avides de débiter leurs drogues.

***

Le titre II de la loi est consacré à la « limitation du nombre des débits de boissons ». L'on aurait pu penser qu'un régime d'autorité, légiférant en pareille matière, édictât la mise en application pure et simple de dispositions antérieures jamais abolies, mais ignorées par le régime précédent.

La loi du 17 juillet 1880, en son article 9, donnait licence aux maires de :

« déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les café et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, de tous établissements d'instruction publique ».

Jamais aucun maire en France n'usa de ce droit.

La loi du 4 novembre 1940 transférait aux préfets ce pouvoir en l'élargissant encore et en comprenant, parmi les périmètres protégés, celui des :

« sanatoria, preventoria et des organismes publics créés en vue du développement physique de la jeunesse et de la protection de la Santé publique ».

La première mesure de salut public à prendre n'était-elle pas, dans la France actuelle, de tenir pour peu de chose les « droits acquis » des bistros au regard du droit fondamental de la collectivité à vivre, et d'inviter les préfets à user de leurs pouvoirs ?

Or, l'article 12 de la présente loi dispose avec une sévérité bien timide que :

« Nul ne pourra ouvrir un débit de boissons à consommer sur place de deuxième ou de troisième catégorie dans les communes où le total des établissements de cette nature et des établissements de quatrième catégorie atteint ou dépasse la proportion d'un débit par 450 habitants ».

Nul ne pourra ouvrir..., mais nul non plus ne devra fermer. C'est la consolidation du nombre actuel des débits de boissons. Peut-être même pourra-t-il s'accroître ici ou là. Mais en tout état de cause, aucune peine ne sera faite aux débitants installés.

Nous avons connu naguère de ces grands épouvantails législatifs qui commençaient en lions et finissaient en moutons. C'est même à les narguer que nous avions contracté l'habitude de l'anarchie. Mais on pouvait croire ces temps révolus.

***

L'indignation ayant ainsi explosé, il est juste de reconnaître que la loi du 24 septembre 1941, à côté de ces failles par où elle perdra la plus grande part de son efficacité, présente de bons côtés, de vertueuses intentions.

Elle supprime (sera-ce sans recours ?) la publicité murale ou par panneaux des boissons alcoolisées. Si nos sites touristiques les plus réputés sont ainsi débarrassés d'un injurieux bariolage on ne pourra que s'en réjouir.

Nul ne pourra (art. 23), sous réserve des droits acquis (!) posséder ni exploiter directement ou indirectement plus d'un débit de boissons à consommer sur place.

Il est interdit (art. 14) d'employer dans les débits des femmes de moins de vingt et un ans, à l'exception de celles appartenant à la famille du débitant. Ainsi espère-t-on que la prostitution se limitera aux dites personnes de la famille.

Et enfin, il est maintenant exigé, pour ouvrir un débit de boissons, de justifier de sa nationalité française. Tout comme pour être médecin. On ne sait laquelle des deux professions doit se sentir honorée de ce rapprochement inattendu.

Le pénultième article prévoit l'institution, auprès du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, d'une Commission permanente interministérielle dite « de la lutte contre l'alcoolisme ».

Excellente idée et qui portera des fruits pour peu que les commissaires soient pénétrés de leur mission et vigilants.

S'ils sont réellement tels, proposons-leur dès maintenant une tâche : préparer une loi pour modifier la loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 modifiant les lois antérieures contre l'alcoolisme.

Il y a beaucoup à faire dans ce sens.

G. Lavalée.

P. S. — Ce combat contre l'alcool que les pouvoirs publics hésitent ou sont impuissants à mener de façon efficace, il appartient aux médecins de le prendre à leur compte et d'agir avec décision.

Le Docteur Perrin, de Nantes, dont nous avons déjà analysé ici une brochure sur ce sujet nous adresse un appel à tous les médecins de France. Nous le publierons dans le prochain numéro. Mais dès aujourd'hui, nous voulons en prévenir nos lecteurs afin qu'ils aient le loisir de méditer sur le caractère d'urgence et de devoir national que présente une telle prise de position de notre part. Ce sera l'acte inaugural de la corporation.



COMMENT SAUVEGARDER EFFICACEMENT LES CLIENTÈLES DES MÉDECINS PRISONNIERS

Dans un écho de notre numéro du 28 septembre dernier, nous avons fait allusion aux difficultés rencontrées par deux médecins, retour de captivité, pour obtenir le départ de confrères installés pendant leur absence dans leur commune, au mépris de l'esprit, sinon de la lettre, des lois en vigueur. Nous voulons aujourd'hui étudier à fond le problème ainsi posé, et qui ne saurait trop retenir l'attention de tous les médecins et des autorités professionnelles.

Les lettres qui nous parviennent des camps nous expriment le plus souvent deux soucis : la crainte que la relève dont on a tant, puis moins, parlé, ne soit en fin de compte qu'une duperie ; l'angoisse de trouver au retour la clientèle dispersée, ou pire, aux mains d'un intrus sans scrupules. Comment ne pas être ému et ne pas faire, chacun dans notre sphère, tout ce que nous pouvons pour que l'une au moins de ces inquiétudes soit apaisée, et qu'aux affres de la captivité ne s'ajoute pas la peur de l'avenir ? C'est dans cet esprit que nous allons examiner ce que, dans l'état actuel de la législation, l'on peut faire pour défendre les deux médecins dont nous avons entretenu nos lecteurs.

Les textes

Rappelons les différents textes qui sont venus protéger les médecins mobilisés, puis prisonniers:

1° Le décret du 20 mai 1940 disposait « *la création ou l'extension de tout cabinet médical est subordonnée à une autorisation du préfet du département dans lequel la création ou l'extension est envisagée...* ».

L'article 2 ajoutait : « *Les cabinets créés depuis le début de la guerre et antérieurement à la date du* 20 *mai* 1940 *ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation du Préfet ; les intéressés ayant un délai de trois mois pour la solliciter.* » L'article 3 prévoyait pour les contrevenants de fortes peines d'amende. Ce décret qui avait pour but de défendre les médecins mobilisés s'est trouvé, après l'armistice, assurer la protection des médecins prisonniers. La Circulaire ministérielle du 2 août 1940 le rappelait expressément en prescrivant aux Préfets de ne donner d'autorisation d'installation « *que pour un an au maximum, les situations envisagées étant essentiellement provisoires* ».

2° La loi du 2 avril 1941 rétablit la liberté d'installation, tout en spécifiant dans son article 1er, § 3 « *qu'aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.* » Nous avons écrit, en son temps (1), que cette loi ne nous semblait pas parfaite, mais l'on pouvait penser que la protection des droits des prisonniers était chose acquise. L'interprétation qui en est faite tant par les Préfets que par le Conseil supérieur vient tout remettre en question. Consultons, pour nous éclairer, les Circulaires ministérielles des 9 mai et 3 juin 1941 qui ont traité de la loi du 2 avril. Tout ce que nous y trouvons est ceci : « *Les deux articles* 1 *et* 3 *réservent les droits des médecins prisonniers de guerre et des mobilisés. Ils ont un caractère temporaire et épisodique. Il n'y a pas lieu de s'attarder à leur étude* ». Tel n'est pas notre avis, et voici deux exemples.

Les Faits

Le Docteur G. est libéré en novembre 1940. A son retour à A..., il y trouve une concurrente Mlle R... installée sans autorisation. Plainte au Préfet qui enjoint à Mlle R... de regagner son ancien poste. Sur ces entrefaites, le Conseil départemental, malgré le dossier qui lui a été communiqué par le Préfet, autorise Mlle R... à s'installer à A. Appel de cette sentence par le Dr G. Le Conseil supérieur décide « que les intérêts de prisonnier du Docteur G... exigeaient que l'autorisation provisoire donnée à Mlle R. lui soit retirée ». Le Conseil départemental refuse de s'incliner, en invoquant la loi du 2 avril 1941 promulguée entre temps. Sur nouvel appel, le Conseil supérieur maintient sa décision.

Le Conseil départemental opposant la force d'inertie, le Docteur G. s'adresse au Préfet qui lui répond : « Je dois vous faire observer qu'en ce qui concerne votre situation personnelle, il a été fait une exacte application des dispositions de la loi du 2 avril 1941. En effet, pendant le temps de votre détention comme prisonnier de guerre, c'est seulement à titre provisoire que Mlle R. a été autorisée à s'installer à A. Actuellement, depuis votre retour, la situation du personnel médical à A. est une situation normale qui se trouve régie par les règles du droit commun. Aucune restriction ne peut donc être apportée à la libre installation d'un nouveau praticien à A. ». Autrement dit, l'autorisation de s'installer est provisoire pendant l'absence du prisonnier. A son retour, elle devient définitive ... ! !

(1) *Concours Médical*, 11 Mai 1941, p. 863.

Seconde affaire. Libéré fin septembre 1940, le Docteur N. trouve un vieux confrère, le Dr D. installé dans sa localité, sans autorisation. Après représentations infructueuses, plainte au Procureur de la République qui ordonne la fermeture du cabinet du Docteur D. Mais le Conseil départemental saisi, fait au Docteur N. des propositions fantaisistes tendant à maintenir en place le concurrent peu scrupuleux... jusqu'à l'instauration de la retraite !... Le Docteur N. en réfère au Conseil supérieur, lequel, faisant état de faits contestés d'ailleurs formellement, refuse d'accueillir la demande du Dr N. Celui-ci revient à la charge. Deuxième confirmation du Conseil supérieur. Troisième effort du Dr N. Il lui est répondu tout d'abord « que depuis la promulgation de la loi du 2 avril 1941, il n'existe aucun moyen légal pour interdire au Dr D. d'exercer là où il lui plaît ; le seul motif de limitation étant la protection des droits des prisonniers jusqu'à leur retour, ceci ne peut s'appliquer à votre cas puisque vous avez été libéré le 19 septembre 1940 ». Ensuite : « L'al. 3 de l'art. 1er de la loi du 2 avril 1941 n'étant pas rétroactif ne peut protéger que les intérêts des médecins encore prisonniers lors de la promulgation de celle-ci. Tel n'est pas votre cas. Le Conseil supérieur a estimé que les médecins qui n'avaient subi que quelques mois de captivité n'étaient pas visés par cette loi ».

Constatons que, dans deux cas identiques, le *Conseil supérieur* rend deux sentences contradictoires et, que par des raisonnements différents, le Préfet et le Conseil supérieur parviennent à un résultat commun : éluder les termes de la loi du 2 avril 1941. Indiquons tout de suite pour tranquilliser nos lecteurs et notamment ceux qui nous liront derrière les barbelés, que les deux affaires analysées plus haut n'en resteront pas là. Un recours gracieux auprès du Secrétaire d'Etat à la Santé permettra, nous l'espérons, de mettre d'accord entre elles et avec elles-mêmes les autorités administratives et professionnelles, et de donner le dernier mot à la loi.

Discussion

Ne pas oublier le décret du 20 mai

Le Préfet et le Conseil supérieur refusent d'interdire les deux installations litigieuses sous prétexte qu'elles ne sont pas en contradiction avec la loi du 2 avril.

Notons que les Docteurs D. et R. se sont installés avant le 2 avril 1941, c'est-à-dire sous l'empire du décret du 20 mai et en contradiction avec ses dispositions. En conséquence, même si la loi du 2 avril ne pouvait leur être appliquée, — ce que nous contestons — il faut assurer de la part des délinquants le respect du décret du 20 mai, à peine de démontrer qu'en France, on peut, de nos jours encore, impunément violer la loi. Une loi abrogée n'est pas en effet réputée n'avoir jamais existé. Elle est abrogée pour l'avenir, mais ses effets subsistent pour le passé pendant tout le temps qu'elle a été en vigueur. C'est ce que ne paraissent avoir compris ni les Conseils de l'Ordre, ni le Préfet.

« Le décret du 20 mai ayant été abrogé, vont-ils cependant nous objecter, les sanctions pénales dont il était assorti ne sont pas applicables aux contrevenants puisque la loi du 2 avril ne contient aucune sanction de ce genre et qu'un principe de droit solidement établi veut que l'abrogation d'une loi contenant des sanctions pénales ait un effet rétroactif si ces sanctions sont ou supprimées ou admises par la nouvelle loi. Nous sommes donc désarmés contre les installations en question ». Nous admettons bien volontiers qu'aucune *sanction pénale* ne peut *plus* être prononcée *directement* en application du décret du 20 mai. Mais ceci ne veut pas dire que les autorités administratives, judiciaires ou professionnelles aient toujours été et soient encore désarmées.

Remarquons d'abord qu'à l'époque du retour des prisonniers, les sanctions pénales prévues par le décret auraient bel et bien dû être appliquées, et regrettons qu'aucun des Conseils départementaux n'ait songé à les provoquer, ce qui était leur devoir.

Ajoutons que maintenant encore, des sanctions autres que les sanctions pénales peuvent être appliquées : 1° Le Préfet peut ordonner administrativement la fermeture des cabinets, et ceci soit spontanément, soit sur intervention des Conseils départementaux ; 2° Les tribunaux civils peuvent condamner les deux intrus à des dommages-intérêts envers les ex-prisonniers, mais il est nécessaire qu'au préalable, les autorités professionnelles aient déclaré de telles installations illégales ; 3° Enfin, ce qui aurait dû sauter aux yeux des Conseils de l'Ordre, en s'installant au mépris du décret-loi du 20 mai 1940, les Docteurs R. et D. ont commis une faute disciplinaire qui les rend passibles soit d'un refus d'inscription au tableau pour cause de moralité, soit, si l'inscription a été obtenue par surprise, d'une peine disciplinaire, pouvant aller jusqu'à la radiation du tableau. Continuant d'exercer malgré les peines ainsi prononcées, les médecins fautifs tomberaient alors sous le coup de l'article 26 de la loi du 30 novembre 1892 modifié par la loi du 26 mai 1941 sur l'exercice illégal.

Telles sont les mesures que les diverses autorités intéressées peuvent et doivent prendre en vertu du décret du 20 mai dans les deux affaires qui leur sont soumises.

Quel est le sens de la loi du 2 avril ?

Réfutons maintenant les allégations du Pré-

fet, comme des Conseils, quant à la portée de la loi du 2 avril.

Prenons d'abord la réponse du Préfet, sans trop nous y attarder, tant nous avons l'impression qu'elle émane d'un joyeux émule du « sapeur Camembert ».

Le 3e alinéa de l'art. 1er de la loi du 2 avril, ne peut avoir d'autre sens que celui-ci: aucun médecin ne peut exercer dans une localité desservie par un prisonnier de guerre qu'à titre provisoire. Au retour du prisonnier, il devra lui laisser la place. La liberté d'installation, chère au Préfet, n'existe que pour les médecins désirant s'installer dans la commune après le retour du prisonnier à la condition qu'ils n'aient pas exercé dans cette même commune pendant l'absence de celui-ci et que, par suite, ils se trouvent vis-à-vis du prisonnier dans la situation d'un débutant.

La thèse du Conseil supérieur est moins simpliste. Nous y répondons que rien dans le texte légal ne permet de faire une distinction entre les médecins prisonniers libérés ou non avant sa parution. C'est donc y ajouter que de dire, comme le Conseil supérieur, que ne doivent être protégés que les médecins ayant subi plus de quelques mois de captivité. En réalité, tout médecin qui a eu, en fait, la qualité de prisonnier de guerre doit bénéficier de la protection de la loi, quelle que soit la date de sa libération. Et ce n'est pas donner au texte un effet rétroactif que de l'appliquer dans ce sens. Le Conseil supérieur n'a d'ailleurs pas pris garde qu'en refusant d'appliquer des sanctions au Docteur D. sous le prétexte que la loi du 2 avril n'est pas rétroactive, et sans vouloir appliquer le décret du 20 mai, son attitude équivalait à donner précisément un effet rétroactif à l'abrogation du décret du 20 mai édictée par la loi du 2 avril.

Sans doute le Conseil supérieur a-t-il raison de dire que la loi du 2 avril ne peut empêcher, *pour l'avenir*, toute *installation* de confrères dans le ressort du prisonnier de retour. Mais toute installation *antérieure au retour* doit être rigoureusement supprimée.

Si l'article 1er devait recevoir l'interprétation proposée par le Conseil supérieur, on aboutirait à deux conclusions également inadmissibles : 1o les médecins s'étant installés sans autorisation depuis le 20 mai 1940, en contravention avec le décret et au détriment d'un prisonnier, seraient plus favorisés que ceux s'étant installés librement avant le 20 mai, sans nuire à aucun prisonnier, et qui doivent demander l'autorisation de continuer leur exercice dans les trois mois de la cessation des hostilités. (art. 3 de la loi du 2 avril) ; 2o Selon la date de l'installation de l'intrus, le prisonnier de retour ou serait désarmé si l'installation est postérieure au 20 mai 1940 et antérieure au 2 avril 1941 (sous réserve de l'application du décret du 20 mai étudiée plus haut) ou devrait supporter la présence du confrère à ses côtés jusqu'à l'expiration du délai de trois mois de la cessation des hostilités, si l'installation litigieuse a eu lieu avant le 20 mai (car, dans ce cas, le décret du 20 mai n'est évidemment pas applicable). Tout le monde admettra que ce n'est certainement pas cela qu'a voulu le législateur. La loi a dit : « Nul ne sera admis à *pratiquer son art* ». Elle n'a pas dit « *s'installer* ». Son sens est donc qu'une installation antérieure au retour du prisonnier doit être supprimée, si elle est postérieure au 20 mai.

On pourrait même admettre qu'elle peut conduire à supprimer les installations antérieures au 20 mai. Mais n'ayant pas clairement spécifié qu'elle avait un effet rétroactif, elle peut difficilement toucher aux droits acquis. Ce serait donc plus sur le terrain déontologique que sur le terrain légal que les droits du prisonnier devraient être utilement défendus, en attendant une réforme légale, en cas d'installations antérieures au 20 mai.

Conclusion

1o Le texte de la loi du 2 avril 1941 a besoin d'une refonte : le sens et la portée de l'al. 3, § 1er devraient être précisés. Le semblant de contradiction entre ce texte et l'article 3 devrait disparaître pour assurer dans tous les cas la protection du prisonnier. Cette réforme pourrait aussi comprendre la définition de ce qu'il faut entendre par « exercer aux lieu et et place » d'un confrère, expression trop vague et prêtant à discussion ; et le rétablissement des sanctions pénales particulières prévues par le décret du 20 mai et que la loi du 2 avril a fait disparaître. Il appartient au Conseil supérieur de demander instamment cette réforme.

2o Mais jusqu'à ce qu'elle ait été réalisée, il appartient aux Conseils départementaux : *a*) d'assurer le respect du décret du 20 mai dans tous les cas où il est applicable ; *b*) d'appliquer la loi du 2 avril dans tous les autres cas, selon son esprit et malgré les quelques obscurités de son texte ; *c*) de sanctionner disciplinairement tous les manquements aux règles de stricte correction qui s'imposent à ceux qui profitent même légalement de l'absence des prisonniers. Nous voulons espérer que les Conseils départementaux ne failliront pas à cette noble tâche.

Pierre Douriez.

LA RÉFORME MÉDICO-SOCIALE

Pour une refonte de la Mutualité
La création par l'Ordre et les Mutualités de Caisses mutualistes médico-chirurgicales

C'est inévitable ! La réorganisation en cours de notre pays aboutira à des conditions nouvelles d'exercice de la médecine. Un des premiers soucis des Corporations sera de procurer à leurs membres des avantages au point de vue médical. Car le médecin existe pour soigner les malades ; c'est un devoir pour lui, c'est un droit pour eux. Son intérêt particulier doit s'effacer devant l'intérêt général.

Or, le code de déontologie avec ses obligations de libre choix, de tarif, de paiement direct, de secret médical, etc., dans ces tractations va faire des médecins de perpétuels opposants ; car pour ces soins collectifs on leur demandera de contribuer à prix réduit ou forfaitairement au fonctionnement de dispensaires, d'hôpitaux corporatifs ou d'hôpitaux de caisses, on exigera d'eux des kilogs de certificats mentionnant la « nature de la maladie », etc. Devant les 27.696 médecins français se dresseront les 15 ou 20 millions de travailleurs groupés en associations puissantes pour discuter la question liberté, la question soins, la question tarif. Dans cette *lutte inégale où ils* auront socialement le mauvais rôle, même s'il n'y a aucun traître parmi eux, ce qui est plus que douteux, les médecins seront fatalement vaincus, et il ne restera à certains avant de périr que la satisfaction d'avoir été fidèles au serment donné à l'Ordre. De leur côté, les Français perdront encore une de leurs libertés, celle qui leur est la plus chère, la liberté de confier à qui ils veulent leur corps souffrant.

Tout cela parce que le médecin, encore à notre époque, vit sur la misère d'autrui. C'est un non-sens ! Réfléchissez. C'est justement à celui qui est malade, à celui qui ne peut momentanément gagner sa vie ou dont la maladie vient démolir l'équilibre du budget familial, qu'il réclame des honoraires ! Déjà le tiers payant, combien de fois imposé et accepté, à pas de géant vient atténuer cette monstruosité, que les assurances sociales ont été jusqu'ici incapables de corriger. Mais la maladie, d'une façon générale est encore une charge, et fatalement un jour ou l'autre la maladie ne sera plus, ne doit plus être une charge pour la famille. Cela se fera peut-être aux dépens des médecins si leurs règles professionnelles restent ce qu'elles sont : le résultat sera loin d'être parfait. Mais ce qui serait certainement mieux, c'est que cette réforme soit faite en plein accord avec eux, et même que ce soit eux, les médecins, qui prennent cette initiative. Ce sont eux qui devraient réorganiser l'exercice de leur profession au point de vue social en insistant sur ce qui en fait la grandeur : la science, le dévouement, la charité ! En laissant dans l'ombre les rivalités et les questions de gros sous ! Certes ils ne pourront seuls arriver à cette réforme ; tout au moins peuvent-ils la proposer et faire le premier pas. Ce ne serait pas difficile.

***

Il conviendrait, il *faut* que la maladie ne soit plus une charge pour une famille, et que dans l'organisation de la France nouvelle tout projet ayant cet aboutissant soit pris en considération.

Ceci parce que les moyens actuels de correction de cet état de chose sont insuffisants : *Les Assurances sociales, la Mutualité, l'Assistance publique.*

On nous en propose d'autres, ils ne sont pas meilleurs, que ce soit ou le *médecin fonctionnaire ou l'hôpital toutes classes* ! Une réforme médico-sociale est souhaitable.

La seule désirable, accordant malades, Etat et médecins, consiste essentiellement en la *refonte de la Mutualité.*

***

Il faut que l'Ordre départemental des médecins en collaboration de gré ou d'obligation avec l'Union Mutualiste de chaque département fonde dans chaque chef-lieu une *Caisse Mutualiste médico-chirurgicale unique.* Cette Caisse engloberait de droit toutes les S. S. M. existantes, soit médicales, soit chirurgicales ; toutes ces sociétés pourraient conserver leur existance propre et leurs cadres, mais adopteraient les statuts et règlements d'un modèle unique, les mêmes pour la France entière et les colonies. Les cotisations tomberaient dans la caisse commune. La gestion et l'administration de cette caisse seraient établies conformément à la loi du 1er avril 1898, modifiée. Feraient partie du Conseil d'administration de droit un délégué de la Santé publique, des membres du Conseil départemental de l'Ordre, des chirurgiens et spécialistes qualifiés des membres de l'Union mutualiste départementale, un représentant des Caisses d'Assurances sociales, et des représentants des Sociétés mutualistes composantes

et des groupements industriels, commerciaux et agricoles du pays, et, peu à peu, les représentants des Corporations.

Seraient membres participants de cette Société de secours mutuels départementale et unique :

1° D'abord tous ceux qui sont déjà mutualistes : ils en formeront le noyau ;

2° Tous les habitants dépendant d'un patron ou d'une administration : depuis la femme de ménage jusqu'à l'employé d'Etat ;

3° Tous les habitants libres, artisans, agriculteurs, profession libérale ou commerciale et tous les patrons quelle que soit leur fortune, ou leurs revenus.

En un mot tout le monde.

Pour ne pas écraser les finances de cette Société à son début, un examen médical bien fait permettrait de mettre provisoirement en exclusion de soins les maladies en cours dont le traitement garderait le *statu quo ante* (Assurances sociales, Assistance publique ou médecine libre). Il en serait de même pour toute affection survenant pendant les six premiers mois d'inscription (1 an pour les accouchements) afin de permettre à la caisse l'accumulation nécessaire des fonds de roulement (stage).

A leur *inscription*, les membres seront classés en deux catégories :

a) Ceux dont le revenu familial est égal ou inférieur au revenu exigé pour faire partie des Assurances sociales (groupe A).

b) Ceux dont le revenu familial est supérieur à ce chiffre (groupe B).

Chaque groupe délivrera à ses adhérents une carte de couleur spéciale connue des médecins.

Cette classification n'aura rien d'immuable et tous les cinq ans la situation sociale des adhérents sera examinée à nouveau, ou entre temps sur demande. Ceux qui ont changé de situation seront changés de catégorie.

Il est entendu que les membres ne pouvant ou ne voulant pas faire la preuve que leur revenu est égal ou inférieur au revenu exigé pour faire partie des Assurances sociales seront classés d'office dans la catégorie à revenu supérieur.

Ptar contre les familles nombreuses seront *de droit* classées dans le groupe A quels que soient leurs revenus.

Le sociétaire paiera une *cotisation*. Quelle sera-t-elle ? D'après les actuaires des Sociétés de Secours mutuels existantes, on pense que la cotisation individuelle maximum serait de 0 fr. 50 par jour ou 15 francs par mois. Il est évident que ce chiffre diminuerait en proportion inverse du nombre d'adhérents. Ce chiffre est acceptable même pour les familles nombreuses étant donné le taux actuel des allocations familiales. Enfin, rien n'empêcherait l'Etat de prendre à sa charge une partie de la cotisation des adhérents de la catégorie A sous forme de subventions.

Par exemple :

Catégorie A. — Cotisation mensuelle 15 francs dont 12 francs payés par l'adhérent et 3 francs (20 %) par l'Etat.

Catégorie B. — Cotisation mensuelle, 15 francs entièrement payée par l'adhérent.

Le taux de cette cotisation paraitra considérable aux vieux mutualistes habitués à des versements minimes, mais peu exigeants quant à la couverture qu'ils en retiraient. Les jeunes comprendront plus aisément qu'avec rien on a rien, et qu'une cotisation élevée est acceptable, si, au moment du besoin, elle leur permet des avantages sérieux et même la couverture intégrale du risque maladie.

Les sociétaires assurés sociaux paieraient une cotisation diminuée et calculée d'après le montant des risques laissés à leur charge par les Caisses en rapport avec les prestations complètes de la Société.

***

Quelles seront *les obligations de cette société envers ses sociétaires* ?

D'abord il est admis que le petit risque chirurgical et les frais de trois jours de maladie, à plus forte raison les honoraires d'une consultation isolée, peuvent être aisément supportées par l'intéressé. Dépenser 200 à 250 francs, même pour soigner un de ses membres principaux n'a jamais ruiné une famille ! Cela évitera de tomber dans l'erreur des Assurances sociales ou des Sociétés de secours mutuels pour lesquelles ce genre de couverture est très onéreux et dont la facilité incite le sociétaire à tenter chaque année de rattraper ainsi tout ou partie de sa cotisation.

Par contre le vrai risque chirurgical, la maladie longue et l'obstétrique seront couverts de telle sorte que le tarif de remboursement de ces actes médicaux offert par la Société soit égal au tarif minimum de clientèle courante fixé par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Ainsi la charge de la maladie pour les participants en catégorie A n'existera plus ou presque plus, le praticien, vu leur situation sociale indiquée par leur carte de couleur connue, ne leur demandant à l'instigation du Conseil de l'Ordre, que des honoraires très voisins du tarif minimum.

Par contre, les participants de la catégorie B règleront à leur médecin les honoraires demandés par lui mais ils trouveront dans ce système une aide efficace puisqu'une partie importante du montant de ces honoraires payés par eux à

leur médecin leur sera remboursée par la Société.

Nous pouvons, pour fixer les idées, et d'après la cotisation mensuelle de 15 francs, établir les bases de ce *tarif de remboursement* :

Chirurgie

Elimination du risque inférieur à K : 8. Puis : remboursement des actes chirurgicaux selon la nomenclature des Assurances sociales avec K = 25.

Remboursement des frais d'hospitalisation selon le barême moyen de durée de séjour à 60 francs par jour et 30 francs pour les prolongations admises après contrôle. Remboursement des frais de pharmacie et de salle d'opérations variable selon l'importance opératoire, et allant de 50 à 500 francs.

Suppléments prévus pour les suites opératoires salissantes.

Remboursement de radiographies et d'examens biologiques nécessaires à la thérapeutique chirurgicale au tarif des accidents du travail.

Médecine

Le sociétaire qui tombe malade devra obtenir de son médecin sur papier d'ordonnance à en-tête une simple attestation de première visite ainsi conçue : « M... (nom du malade, rue, N.) à *(ville) a été visité* par moi le (date de la première visite). Signature ». Le sociétaire ajoutera sur ce billet son numéro matricule et le fera mettre à la poste sous enveloppe timbrée à l'adresse du siège départemental ou cantonal de la Société. C'est le timbre de la poste qui comptera pour la date de début de la maladie. Il recevra en retour une feuille analogue à celle des Assurances sociales sur laquelle le médecin indiquera les divers actes médicaux au cours de la maladie s'il y a lieu, c'est-à-dire à partir du quatrième jour.

La Société remboursera au sociétaire :

Une visite par jour à 25 francs jusqu'au vingt-quatrième jour, puis : une visite tous les deux jours à 25 francs jusqu'au quarante-cinquième jour.

La nécessité des visites après quarante-cinq jours sera accordée par contrôle médical.

Entre le quatrième et le vingt-quatrième jour : une consultation à deux médecins à 150 francs.

Les radiographies, traitements électriques, examens biologiques, au tarif des accidents du travail.

La pratique médicale courante et petite chirurgie selon le coefficient 25.

Des modalités fixeront le remboursement des traitements ambulatoires ou thermaux.

Accouchement

Eutocique : 500 francs, y compris les visites consécutives pendant neuf jours.

Forceps ou version par manœuvres internes : en supplément de l'eutocique : 500 francs, y compris la délivrance artificielle et la périnéorraphie.

Délivrance artificielle ou périnéorraphie par médecin : 200 francs en plus de l'accouchement.

Pharmacie

Sur prescription médicale seulement.

Pour les maladies : l'ordonnance du quatrième jour : maximum 100 francs ; les autres ordonnances : maximum 20 francs.

Pour les accouchements : Eutocique : 60 francs ; dystocique : 60 plus 40 francs.

Ce qui permet la liberté absolue de thérapeutique.

***

Les assurés sociaux bénéficient du même taux de remboursement diminué du montant du remboursement exact de leur caisse d'Assurances sociales.

Naturellement tous les sociétaires ont le *libre choix* le plus absolu parmi les praticiens inscrits au tableau de l'ordre.

S'ils sont malades hors de leur département d'inscription, les mêmes règles sont applicables.

Dans tous les cas le malade *honore directement* son médecin.

Un système comptable permettrait des avances de la Caisse en cas de besoin.

Ces sociétés départementales organiseront leurs sections urbaines ou cantonales pour faciliter les demandes et attributions des prestations, et les inscriptions.

Un *contrôle médical* sévère en rapport avec le Conseil de l'Ordre et le Conseil d'Administration permettra de punir les abus tant du côté médical que du côté mutualiste.

Voilà, brièvement exposée dans ses grandes lignes cette réforme médico-sociale destinée, tout en sauvegardant la liberté du malade et du médecin, à décharger les familles des dépenses entraînées par la maladie, et à empêcher l'avilissement de la médecine française en permettant au médecin de vivre honorablement d'une clientèle basée sur son mérite professionnel.

Il nous reste, en guise de réfutation à des objections, à examiner les répercussions de cette réforme sur l'Etat, la Mutualité, les Assurances sociales, l'Assistance publique, l'Ordre des médecins et les Corporations naissantes, et à indiuer leur rôle. (*A suivre*).

Dr Vignoli (Salon-de-Provence).

LA VITAMINOMANIE

Le Vêtement et la Parure n'ont pas le monopole de la mode. L'Art aussi a ses caprices ; du préraphaëlisme au cubisme, de l'excès de la forme à celui de la lumière. La Littérature également, du romantisme au réalisme. Mais c'est encore la Médecine qui bat les records.

Nos grands pères prônaient l'antimoine, dont la pilule perpétuelle évoque un souvenir économe et nauséeux. Nos pères ont eu le camphre et la méthode de Raspail. Etant enfants, nous avons connu la bouteille où des clous rouillés macéraient dans une bouteille, et qu'on donnait à nos sœurs anémiques ; l'ère du quinquina, la folie de l'iode. Puis les régimes ont eu leur saison, chacun avait le sien.

Une caricature de l'époque, montrait une dame, entrant dans une soirée, et que tout le monde regardait.

— « Qu'a-t-elle donc cette femme, demandait un non-initié ?

— Comment ! vous ne savez pas ? C'est une femme qui peut manger tout ce qu'elle veut ».

Enfin, récemment, nous avons lancé l'ionisation, les mouvements browniens, la haute fréquence, le chlorure de magnésium, etc. Aujourd'hui ce sont les hormones, les sulfamides, les vitamines.

On appelle cela des progrès ; le mot serait exact, si la généralisation ne tenait pas plutôt de la mode que de la science.

Qu'importe ! Pendant que les vitamines guérissent, hâtons-nous d'en parler, avant qu'elles n'aient émigré, comme toutes les modes de Paris, aux plus extrêmes provinces, et de celles-ci à l'étranger. Car il en est, de nos modes médicales, comme de celles des toilettes.

Il y a quelque vingt ans, dans un train sanitaire, trônait un aimable pharmacien du Midi, dont la tenue confortable et la vie large prouvaient une solide aisance.

— « Vous êtes installé à Marseille, je crois ?

— Oh ! non, répondait-il avec un air dédaigneux, je n'exerce pas. J'ai une spécialité : les pilules de B. »

En creusant dans ma cervelle, je m'étais vaguement rappelé ce nom ; quant à dire quel était le sel de fer que contenaient ces pilules, j'étais fort embarrassé ; il est vrai qu'on n'en voyait plus guère, en France. Elles avaient passé de mode. Elles avaient émigré en Amérique du Sud, où le sympathique camarade en envoyait encore chaque année, une abondante cargaison.

Ainsi en sera-t-il plus tard de ces multiples préparations vitaminées, dont le marché médical est inondé depuis quelques mois.

En attendant, associons-nous à leur triomphe. Il a une raison ; le rationnement dû à la guerre, les maladies dues à des carences.

Mais est-il prouvé que, ayant moins à manger, nous absorbions moins de vitamines ? Cela est incertain. Si nous remplaçons la viande par des œufs et des légumes, ceux-ci contiennent plus de vitamines que la viande. Le pain sombre, qui remplace notre pain blanc, renferme également plus de vitamines B.

Quelles sont les quantités de vitamines nécessaires à notre vie ? Voici des chiffres.

Il faut 7 à 14 milligrammes de vitamines A par jour pour un enfant ; 14 à 28 pour un adulte, soit 1.200 à 4.880 unités par jour.

En vitamine B, nos besoins sont de 1 à 2 milligrammes. Ces besoins augmentent dans certains cas : grossesse, allaitement, infections, régimes pauvres en graisse.

En vitamine C. 1 milligramme par kilo et par jour.

En vitamine D. 2 à 4 milligrammes.

Donc, pour établir un régime alimentaire, concernant les vitamines nécessaires, il faudrait, en face de chaque aliment que nous absorbons, mettre le chiffre des vitamines qu'il contient. Cela n'est pas impossible, et je vois très bien le dîneur, consultant la carte, dans un restaurant, *scientifiquement organisé*, et faisant son petit calcul.

En Amérique, dans certains restaurants hygiéniques, il y avait sur la carte, à côté de chaque mets, deux chiffres : à droite, le prix ; à gauche, le nombre des calories. Connaissant les calories indispensables et les mets qui les contiennent, le consommateur se reportait à la colonne de gauche pour passer sa commande. S'il était momentanément distrait par la lecture de son journal — rite obligé de tout américain pendant son repas —, il s'écriait, tout à coup :

— « Aoh ! J'ai 360 calories en moins ».

Et il s'empressait de commander un supplément en matières grasses ou albuminoïdes.

Afin d'avoir une avance sur les Américains, hâtons-nous d'instituer la carte des vitamines. Un troisième chiffre dans la colonne gauche, un petit calcul de plus. On dînera, la fourchette d'une main et le crayon de l'autre.

Peut-être, — la science fait tellement de progrès ! — qu'on découvrira une formule, qu'il n'y aura qu'à puiser dans quelque table de logarithmes alimentaire, où la quantité de vitamines liposolubles, multipliée par le coefficient des lipides, des glucides, des protides (en ayant naturellement bien soin de doser les neuf acides aminés qui les composent), et dont on devra ensuite soustraire l'anhydride carbonique, l'eau et l'urée,

termes ultimes de la désintégration des matières, quisimplifiera les choses.

Ce calcul enfantin une fois effectué, et rapporté au métabolisme de base, le chiffre obtenu n'aura alors qu'à être multiplié par le poids de l'individu.

Si le mangeur présente quelque insuffisance hépatique, de l'hypersthénie ou de l'hyposthénie gastriques, il se reportera à une dixième colonne, prévoyant ces irrégularités, et le moyen d'y remédier.

Et un repas ne sera plus seulement alors un acte matériel et grossier, mais quelque chose de scientifique et d'élevé, honorant la nature humaine.

***

Cette vitominomanie, j'en ai eu un charmant exemple, lors du Congrès du jus de raisins, à Tunis. Il s'agissait de la préparation et de la conservation du jus de raisins.

Le mode de conservation par l'anhydride sulfureux, à la dose maxima de 350 milligrammes par litre, était vivement critiqué par les congressistes. La stérilisation avait ses adeptes. La pasteurisation, l'ultra-fixation avaient les leurs. Le procédé Tixier, par l'action des rayons ultraviolets, celui de M. Bonnet, par la stabilisation étaient discutés, presque dans une atmosphère de bataille.

Madame Randoin, qu'on peut considérer *comme la déesse scientifique des* vitamines et M. Barthe, *président du Congrès, auquel aucune* question vinicole n'est étrangère, s'efforçaient de calmer les propagandistes.

Quelqu'un dit timidement :

— « Pourquoi tenez-vous si énergiquement à garder toutes les vitamines dans votre jus de raisins ? Elles n'en sont pas l'élément principal. Contentez-vous de lui laisser son rôle d'aliment. Et si, dans l'alimentation journalière, il manque quelques vitamines, il sera facile de les obtenir avec un jus de citron dans la salade, un légume ou un fruit. »

Cette solution simpliste arrêta le combat.

***

Qui nous prouve d'ailleurs, que les vitamines préparées chimiquement aient les qualités des vitamines naturelles ? Peuvent-elles être vraiment dissociées des bases dans lesquelles on les rencontre ?

Un rapport de M. Hinglais à l'Académie de médecine, apporte des précisions substantielles sur ce point.

— « Le phosphore, le calcium et la vitamine D. forment, dit-il, un ensemble indissoluble où la vitamine D. ne peut d'aucune manière et à quelque dose que ce soit, se substituer à la fraction minérale et remplir son rôle, si la ration de base indispensable en phosphore et en calcium n'est pas elle-même amplement assurée ».

Donc les bonbons vitaminés, amplement distribués aux enfants, ne paraissent pas pouvoir remplacer les vitamines alimentaires ou celles associées à des substances chimiques.

Concluons que si certaines préparations vitaminées pharmaceutiques peuvent être utiles, elles ne sont pas la pierre philosophale de la médecine.

Cette conclusion, d'ailleurs, est celle d'un rapport présenté à l'Académie de médecine par MM. Lesné et Richet, qui assurent que : « Quelle que soit l'importance diététique de la quantité de vitamines ingérée quotidiennement, il convient de rappeler que celles-ci sont loin de constituer — comme le public a tendance à le croire — l'élément essentiel de la nutrition ».

Du même rapport, j'extrais cette simple note :

« Pour être actives, les vitamines hydrosolubles doivent être données quotidiennement, alors que les vitamines liposolubles ne peuvent l'être que d'une façon discontinue ».

Ceci nous met en face d'un nouveau problème, opposé aux carences, celui de l'excès des vitamines.

Si vraiment une quantité déterminée de vitamines est nécessaire, il est logique de penser qu'une quantité supérieure puisse être nuisible. Et nous connaîtrons bientôt les maladies par hypervitaminose.

Déjà, M. Javillier et Mme Emerique Blum, dans une communication faite à l'Académie des Sciences, ont signalé que « l'excès d'une des vitamines A et B provoque des troubles qui, à l'intensité près, rappellent les troubles causés par l'absence de l'autre ».

Les mêmes mésaventures ne sont elles pas arrivées pour toutes les autres inventions chirurgicales ou pharmaceutiques, lorsqu'on en a fait un abus ?

La castration féminine n'a-t-elle pas apporté certains déboires ? La résection systématique de tous les ulcères du duodénum n'a-t-elle pas été la cause de cancers ultérieurs ?

L'iode, les arsénobenzols ont eu leurs victimes. Les hormones aussi.

En tout, l'excès est un défaut, dit-on justement. En médecine, il est un danger.

Ce qui nous prouve qu'en ce qui concerne les vitamines, nous avons encore beaucoup à apprendre.

D'ailleurs, n'avons-nous pas aussi beaucoup à apprendre, en tout ce qui concerne notre art ?

Dr Georges BOURGEAU.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

« *Art.* 19. — Lorsque les experts se déplacent à plus de 4 kilomètres de la commune de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée ainsi qu'il suit :

« 1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, l'indemnité est égale au prix d'un billet de première classe calculé, s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour ;

« 2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un autre service de transport en commun, l'indemnité est égale au prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

« 3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 1 fr. 40 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

« 4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage, tant à l'aller qu'au retour.

« Les experts, titulaires de permis de circulation ou jouissant à titre personnel ou en raison de leur emploi de réductions de tarifs, n'ont pas droit au remboursement des frais de transport pour la partie correspondant à l'exonération dont ils bénéficient. Les demandes de remboursement de frais de transport doivent être obligatoirement accompagnées d'une déclaration des intéressés certifiant qu'ils ne bénéficient pas, à quelque titre que ce soit, d'avantages de tarifs ou, dans le cas contraire, qu'ils ne bénéficient pas d'autres avantages que ceux dont il est fait état dans la demande.

« *Art.* 20. — Il est alloué, en outre, aux experts, si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 10 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 30 francs et, si le lieu de transport est situé à une distance de plus de 50 kilomètres, une somme de 50 francs.

« Si les experts sont retenus en dehors de leur résidence soit par l'accomplissement de leur mission, soit en raison de la durée du déplacement, soit par un cas de force majeure dûment constaté, il leur est alloué, à compter du second jour, une indemnité de 50 francs par jour.

« *Art.* 21. — Lorsque les experts sont entendus soit devant des cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 francs, outre leurs frais de transport et de séjour, s'il y a lieu.

« *Art.* 22. — Lorsque les experts justifient qu'ils se sont trouvés, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, dans l'impossibilité de remplir leur mission, les magistrats commettants peuvent, par décision motivée, soumise à l'agrément du proc reur général, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour et autres débours, s'il y a lieu.

« *Art.* 23. — Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres débours reconnus indispensables.

B. — *Médecine légale*

« *Art.* 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

« Pour une visite judiciaire

« A Paris, 40 francs.

« Dans les autres localités, 35 francs ;

« 2° Pour autopsie avant inhumation :

« A Paris, 260 francs.

« Dans les autres localités, 220 francs ;

« 3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée :

« A Paris, 350 francs.

« Dans les autres localités, 300 francs ;

« 4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation :

« A Paris, 130 francs.

« Dans les autres localités, 110 francs ;

« 5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée :

« A Paris, 175 francs.

« Dans les autres localités, 150 francs ;

« 6° Pour examen au point de vue mental :

« A Paris, 150 francs.

« Dans les autres localités, 120 francs.

« Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, sous réserve de l'autorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 du présent décret, la taxe qui doit être allouée

C. — *Biologie*

« *Art.* 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques dans les cas simples :

« A Paris, 150 francs.

« Dans les autres localités, 125 francs ;

« Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, sous réserve de l'autorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 du présent décret, la taxe qui doit être allouée

D. — *Radiodiagnostic*

« *Art.* 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

« 1° Pour radiographie :

« De la main, du poignet, du pied, du cou-de-pied, 60 francs.

« De l'avant-bras, de la jambe, du coude, du genou, 80 francs.

« De l'épaule, de la hanche, de la cuisse, du bras, 100 francs.

« Du rachis cervical, dorsal ou lombaire, du crâne, 160 francs.

« Du thorax ou bassin, 200 francs.

« Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Toute autre radiographie de la même région prise le même jour sera comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose ;

« 2° Pour localisation de corps étranger :

« Dans un membre, 150 francs.

« Dans le crâne, le thorax ou le bassin, 225 francs ;

« 3° Pour radioscopie préalable (aorte, poumons, par exemple) :

« Pour le thorax, 100 francs.

« Pour les membres (recherches du corps étranger), 80 francs.

« Ce tarif est uniforme, quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

....

(*J. O.*, 16 octobre 1941.)

Pensionnés de la guerre 1939-1940

N° 3.897. *Loi du* 11 *septembre* 1941 *étendant aux pensionnés d'invalidité de la guerre* 1939-1940 *les dispositions de la loi du* 22 *mars* 1935.

Art. 1er. — Les dispositions de la loi du 22 mars 1935 fixant le statut des grands mutilés de guerre, modifiée et complétée par le décret du 17 juin 1938, sont applicables aux invalides titulaires de pensions militaires d'invalidité ou de pensions de victimes civiles pour infirmités contractées au cours de la guerre 1939-1940.

Dans le cas où la loi précitée prévoit la possession de la carte du combattant, les pensionnés militaires doivent avoir obtenu le certificat prévu à l'article 3 du décret du 27 décembre 1940 définissant la qualité de combattant de la guerre 1939-1940.

(*J. O.*, 15 octobre 1941.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

L'ASSURANCE-MALADIE FORME D'AVENIR DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE — ACÉTYLÈNE ET GAZ DE VILLE — A PROPOS D'UNE CITATION. — HYGIÈNE DU LAIT — LA FUTURE NOMENCLATURE DES ASSURANCES SOCIALES — PROPRIÉTÉ PROFESSIONNELLE

Outre l'important discours-programme de M. Serge Huard, déjà résumé ici-même, la réunion d'Aix nous a apporté une raison d'espérer.

Nous la trouvons dans l'essentiel des propos tenus par M. le Professeur Leriche, dont les conceptions sur le *développement par la mutualité, sous l'égide de l'Ordre, de l'assurance-maladie,* rejoignent les thèses que nous avons toujours soutenues.

L'idée n'est pas neuve. Elle est déjà sortie du domaine du rêve et de la chimère. Les caisses chirurgicales mutuelles, sous l'impulsion des Delmas, des Vignoli, ont champignonné sur tout le territoire. Tout récemment, il s'en créait à Paris, dans la Marne..., la guerre n'a point affaibli la vitalité du principe.

Ce principe nous l'invoquions lors de la controverse qui s'est élevée sur les assurances sociales, comme un remède, autre que la suppression de l'entente directe, à ce problème que tout le monde accorde qu'il faut résoudre : diminuer les charges des assurés sociaux.

Nous ne pensions pas alors qu'un tel avocat avait plaidé la même cause et nous nous en réjouissons.

Mais si l'ère des réalisations est déjà ouverte, il n'est point douteux qu'il reste beaucoup à faire. Le risque chirurgical, s'il est le plus onéreux, est loin d'être le plus fréquent. Le risque médical était jusqu'à présent sans solution. Des projets de Caisse médicale mutuelle ont été dressés par l'un des pères des C. C. M. ; ils commencent à prendre corps dans certains départements (dans la Somme en particulier). Mais ils ont besoin pour acquérir l'ampleur qui convient, du soutien de l'Ordre et de l'opinion.

Nous avons tenu, dans ce même numéro, à donner la parole au Docteur Vignoli, qui démontera pour nos lecteurs le mécanisme complexe de ce qu'il appelle fort justement la *réforme médico-sociale.*

Et nous démontrerons ainsi que le Corps médical, s'il répugne à sacrifier l'essentiel de son indépendance, n'est point pour cela l'être antisocial qu'on se plaît à décrire.

***

L'emploi de l'acétylène serait, paraît-il, prochainement proscrit en tant que carburant pour automobile et ce, afin de réserver notre faible production de carbure de calcium aux usages industriels.

Cinq mille véhicules (4.000 pour la zone non occupée et 1.000 pour la zone occupée) seraient frappés par cette mesure.

En contre-partie, on nous affirme, à source offi-

cielle, qu'un nouveau contingent de licences pour l'équipement des voitures automobiles au gaz d'éclairage serait, dans un avenir proche, distribué par les services des Ponts et Chaussées.

***

Le quatrième *Bulletin* de l'Ordre cite en sa page 195, l'intéressante étude faite sur le Code de Déontologie par Me Bernard AUGER, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation.

Nos lecteurs ont tous reconnu qu'il s'agissait là de l'étude que nous avions spécialement demandée pour eux à Me AUGER, et que nous avons publiée dans nos numéros des 22 et 29 juin 1941.

Nous sommes heureux que les judicieuses remarques de notre éminent avocat aient été retenues par le Conseil supérieur de l'Ordre.

Nous aurions encore été plus heureux si le *Bulletin* de l'Ordre avait fait mention de la référence à notre journal, ainsi qu'il est d'usage dans la presse.

***

Le Secrétaire d'Etat à la Santé vient d'adresser aux inspecteurs départementaux de la Santé d'importantes instructions relatives au contrôle de l'hygiène du lait.

En raison des restrictions apportées actuellement à sa consommation, le lait se trouve centralisé avant distribution. Il est évident que cet aliment éminemment périssable, ne peut être impunément mélangé, stocké, manipulé. Aussi convient-il que l'hygiène de ces différentes opérations soit régulièrement contrôlée.

Les inspecteurs de la Santé sont donc chargés, en liaison étroite avec les fonctionnaires du service vétérinaire et les agents du service de la répression des fraudes, d'assurer cette surveillance au cours des différentes opérations subies par le lait depuis l'étable jusqu'à la consommation.

C'est à ce prix que seront évitées les tournes fréquentes et massives de lait, qui compromettent parfois pendant plusieurs jours l'alimentation des malades et surtout celle des enfants en bas âge.

C'est par ce contrôle rigoureux que seront également limités les risques de transmission de maladies ou de troubles à caractère épidémique, dont le lait non ou insuffisamment pasteurisé devient le véhicule.

Enfin, le ministre préconise le développement de l'œuvre de la Goutte de Lait, qui a rendu jusqu'ici les plus grands services en procurant aux nourrissons un lait sain, recueilli dans les meilleures conditions d'hygiène et de salubrité, pasteurisé et contrôlé d'une façon rigoureuse.

***

Les travaux relatifs à l'établissement par les soins du Secrétariat d'Etat à la Santé publique de la Nomenclature prévue par la loi du 29 mai 1941, portant modification des tarifs des Assurances sociales, sont sur le point d'être achevés.

On prétend même que cette nomenclature générale serait progressivement étendue aux autres branches de la médecine sociale.

Bravo. Voilà un grand pas de fait vers la simplification.

***

Les médecins doivent-ils souhaiter obtenir des droits analogues à la propriété commerciale ?

Un lecteur attire notre attention sur l'insécurité dans laquelle se trouve actuellement le médecin du fait, soit de l'absence de bail pour son local professionnel, soit de l'existence d'un bail toujours à court terme.

Pour notre correspondant, cette situation — qui n'est pas nouvelle — s'est aggravée depuis que le médecin n'a plus le droit de s'installer où bon lui semble, et qu'il a besoin, dans la plupart des cas, de l'assentiment de l'Ordre. Il risque ainsi d'être mis à la porte de son appartement de Paris ou de sa maison de province, de ne pas trouver un autre appartement à proximité ou un autre logement dans la même localité, et, de ce fait, de perdre sa clientèle.

Pour remédier à un tel état de chose, ne pourrait-on obtenir au médecin le droit au renouvellement de son bail dans des conditions analogues à celles dont bénéficie le commerçant en vertu de la loi du 30 juin 1926 ? Nous jouirions ainsi d'une stabilité professionnelle beaucoup plus grande que celle que nous connaissons actuellement.

Les avantages d'une telle suggestion seraient, à notre avis, compensés par certains inconvénients ; augmentation du prix moyen du loyer médical ; plus grandes difficultés pour le médecin à se faire consentir un bail dans un immeuble donné ; difficultés avec le propriétaire, quant au choix du successeur ; obligation presque certaine à la charge du prédécesseur de garantir le paiement du loyer qui sera dû par son successeur.

○ ○ ○

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.369. — Pleuroscopie avec ou sans sections de brides

Abonné au *Concours* et au Sou, je vous serais reconnaissant de me faire connaître :

I. Les tarifs d'honoraires pour : *a)* Pleuroscopie *b)* Pleuroscopie plus section de brides et adhérences ; suivant :

1° Tarif syndical ? 2° Assurances sociales : nombre de K ? 3° Accidents travail, 4° Article 64.

II. Le seul renseignement que je trouve concerne l'art. 64. En l'absence d'autres tarifications prévues, ce tarif d'art. 64 peut-il être appliqué à titre comparatif et sur quelle base ?

III. Enfin l'art. 64 spécifie : opération par spécialiste dûment qualifié ? Que penser de la qualification par exemple des titres suivants : ancien interne hôpitaux Paris, médecin assistant des sanatoria publics : fonctions ayant donné l'occasion de pratiquer un certain nombre d'interventions pleuroscopiques et sections ?

Dr O.

Réponse

1° La pleuroscopie n'est indiquée que dans le Tarif des pensionnés de guerre. Ce serait une question à soumettre au Conseil supérieur de l'Ordre pour ce qui concerne les Assurances socia-

les et même l'Assistance médicale gratuite, à titre indicatif. A soumettre également pour les accidents du travail à la Commission officielle du Tarif des soins aux accidentés du travail ;

2° Pour les pensionnés de guerre, la pleuroscopie est tarifée 400 francs, soit le double du pneumothorax, et la pleuroscopie avec section de brides : 1.000 francs, soit 5 fois un pneumothorax.

Ce pourrait être là des bases pour les autres catégories. Mais je ne saurais personnellement donner un autre avis, on le conçoit ;

3° Le Tarif des pensionnés de guerre spécifie que ces opérations doivent être effectuées par « spécialiste dûment qualifié ».

Le titre de « ancien interne des hôpitaux de Paris », doublé du titre de « médecin assistant de sanatoria publics », me paraît, *a priori*, être une qualification suffisante, à défaut de qualification officielle, en l'espèce.

Dr F. Decourt.

4.428. — Infiltrations anesthésiques sur trajet nerveux dans les divers tarifs officiels

Je serais très reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

1° Application des honoraires pour infiltration anesthésique à la novocaïne du sympathique : ganglion stellaire.

2° même question pour infiltration chaîne lombaire du sympathique.

Quels sont les honoraires normaux ou minima à envisager au tarif syndical ?

Quels sont les tarifs de remboursement et coefficients à envisager pour les Assurances sociales ? pour accident travail, Assistance médicale gratuite, Article 64.

Dr O.

Réponse

« 1° *a)* Les honoraires au tarif syndical varient suivant la tarification en vigueur dans l'aire du syndicat. Donc question d'ordre régional.

b) Même remarque pour l'Assistance médicale gratuite qui varie suivant chaque département.

« 2° *Accidents du travail.* — *a)* Infiltration anesthésique : ganglion stellaire : 120 francs. (Art. 16, méthode Leriche) ;

b) *Idem* pour « troubles sympathiques » 100 francs » (*Ibidem*).

« 3° *Pensionnés de guerre.* Je ne vois que : « Infiltration anesthésique du ganglion étoilé ou infiltration du sympathique lombaire : 60 fr. (art. 74. Intervention sur les vaisseaux et les nerfs).

« 4° *Assurances sociales.* Vous trouverez dans la nomenclature de petite chirurgie, au coefficient PC. 3 . : « Infiltration anesthésique péri-articulaire... ou le long du trajet d'un nerf ».

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

Les prestations spéciales de deux ans

Nous avons reçu du Directeur d'une Union régionale de Caisses d'assurances sociales, l'intéressante lettre suivante qui précise fort heureusement notre précédente réponse sur ce sujet. Nous sommes heureux de voir que si les conditions d'attribution des prestations de deux ans restent soumises à l'appréciation des Caisses, celles-ci doivent dorénavant faire passer les considérations sociales avant les considérations financières.

J'ai lu, avec grand intérêt, dans le *Concours médical* (nº 40 du 5 octobre 1941, page 1750), votre article sur les « prestations spéciales de deux ans ».

Une Caisse de notre circonscription ayant refusé à une assurée le bénéfice de ces prestations, du fait de sa situation financière, et se basant sur la Circulaire ministérielle du 27 janvier 1938 et sur l'arrêt de Cassation du 25 janvier 1940, j'ai interrogé le ministère du Travail, aux fins de savoir si une Caisse pouvait refuser le bénéfice de ces prestations.

Voici la réponse du ministère du Travail en date du 9 septembre 1941 (3e bureau) :

« Les dispositions de l'article 6, § 16 du décret-loi du 28 octobre 1935, ont, contrairement à ce que vous paraissez croire, un caractère obligatoire. En effet, le texte dispose d'une façon très claire que « l'assuré ou l'ayant-droit dont l'état nécessite un traitement préventif... reçoit, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse ».

Il résulte de ce texte qu'aucune Caisse ne peut se refuser à inscrire, dans son règlement, le principe de l'attribution des soins dont il s'agit. Les seules latitudes qui sont laissées aux organismes d'Assurances sociales concernent notamment les conditions d'attribution et le montant desdites prestations. J'ajoute que la situation financière d'une Caisse n'est pas un argument suffisant pour faire écarter par cet organisme l'application du texte susvisé ».

Cette réponse, est, évidemment, en contradiction avec la Circulaire du 27 janvier 1938, mais il faut admettre que depuis trois ans, le point de vue de l'Administration a considérablement évolué.

Déjà la Circulaire ministérielle, nº 29 du 29 juin 1939 sur l'organisation de la prévention de l'invalidité invitait les Caisses de répartition à faire « une application plus large et en quelque sorte systématique de l'article 6, § 16 » et invitait les Caisses à s'entendre avec les Unions régionales pour le partage de ces dépenses ; plusieurs Unions ont accepté d'y participer dans la limite de 50 %.

Le point le plus discuté est de savoir si les Caisses déficitaires devaient appliquer le même plafond que les Caisses excédentaires, quitte à accroître leur déficit, ou bien de n'accorder une participation que de principe, laissant à l'Union régionale la quasi-totalité de la dépense. Je pense que là n'est pas le point de vue de l'Administration, un assuré devant recevoir de la Caisse à laquelle il est affilié, quelle que soit la situation financière de la Caisse, les mêmes avantages. C'est le sens, et parfois la lettre de toutes les dernières instructions ministérielles.

Le Directeur,
X...

AUTOMOBILISME

4.460. — Recensement des véhicules automobiles

J'ai une voiture 402 Peugeot en panne, à la suite de l'évacuation. Je fais actuellement mon service avec une 202 Peugeot.

Dois-je faire la déclaration de la voiture 402, qui a été immatriculée avant la guerre ? A quel service ou autorité doit être établie cette déclaration, s'il y a lieu ?

Dr D.

Réponse

Une loi du 23 septembre 1941, publiée au *Journal officiel* du 27 septembre, a décidé qu'il serait procédé, à compter du 1er octobre 1941, d'une manière générale et permanente, au recensement de tous les véhicules automobiles existant en France.

A cet effet, il est prescrit à tout propriétaire, ou à défaut à son représentant détenteur à l'un de ces titres, à cette même date, d'une carte grise relative à un véhicule automobile quel qu'il soit, de souscrire avant le 31 octobre 1941 à la mairie de la commune dont dépend son domicile une déclaration de propriété.

La déclaration prévue ci-dessus sera établie par l'intéressé en triple exemplaire, sur des formules mises à sa disposition dans les mairies.

La mairie, au vu de la carte grise et sur justification de l'identité du déclarant, remettra à celui-ci un des exemplaires de sa déclaration revêtu d'un numéro d'enregistrement.

Depuis le 1er octobre 1941, les cartes grises ne peuvent être échangées qu'accompagnées de cet exemplaire de déclaration de propriété.

A compter du 1er novembre 1941, les cartes grises n'auront de validité qu'accompagnées de ce même exemplaire.

Par conséquent vous devez, en vertu de ce texte, faire la déclaration à la mairie de votre Peugeot 202 et aussi de votre Peugeot 402 si vous avez en main actuellement les cartes grises de ces deux voitures.

FISCALITÉ

4.858. — Contribution nationale de 15 % Exemption

Je lis dans le no 37 (14 septembre 1941) du *Concours*, page XLI-1615, au haut de la 2e colonne, cette phrase : « Les mobilisables non incorporés, sauf exception, ont été taxés à 15 % du 1.XI-39 au 11-VII-40 ».

Or, j'ai subi cette taxation comme en fait foi l'avertissement que je viens de recevoir (la contribution nationale extraordinaire double d'ailleurs de ce fait mes impôts...). Je n'ai pas été incorporé pendant la guerre 39-40, mais je n'étais pas mobilisable, étant réformé (R.D., no 2), et ayant été maintenu en janvier 1940 par un Conseil de réforme. Ai-je donc vraiment à supporter ce taux de 15 % ? Cela ne semble pas cadrer avec votre texte cité plus haut et disant « les mobilisables, etc... ».

Dr C.

Réponse

Le taux normal de la contribution nationale extraordinaire était de 15 %.

Toutefois il a été ramené à 5 % en faveur des hommes qui sont dégagés de toute obligation militaire en raison de leur âge ou de leur incapacité physique.

Le décret du 15 avril 1940 a énuméré les contribuables qui peuvent prétendre au bénéfice de cette réduction de taux. Ce sont, en ce qui concerne les hommes dégagés d'obligations militaires en raison de leur incapacité physique :

— les ajournés ou exemptés, lorsqu'ils sont titulaires d'une pension d'invalidité ;

— les réformés titulaires d'une pension...

Vous ne pouvez donc vous réclamer de ces dispositions qu'à la condition qu'une pension vous ait été accordée à la suite de votre réforme

M. et S. MARTINOT.

LOYERS

4304. — Réduction de loyer pour défaut de chauffage

J'habite un immeuble comportant le confort moderne : chauffage central et eau chaude toute l'année, cette dernière remboursable au mètre cube.

Du fait de la suppression de ces deux avantages, j'ai demandé à la Société immobilière propriétaire, une diminution de mon loyer, pour diminution de confort.

Cette dernière me propose :

1° Diminution équivalente au prix du charbon non employé ;

2° 5 % portant sur le loyer de toute l'année, pour non fourniture de l'eau chaude ;

3° Diminution de 10 % portant sur le loyer des six mois d'hiver, pour non fourniture du chauffage.

Je crois savoir que les jugements rendus dans les cas analogues accordent des pourcentages plus élevés. Et j'ajoute que mon cas s'aggrave de l'absence de cheminées, chaque appartement comportant seulement, et dans une seule pièce, un pot de cheminée permettant l'installation d'un poêle, fort inesthétique avec son tuyau raccordé au plafond. En hiver, cette seule pièce devient habitable.

Dans le cas où vous seriez d'avis que je puis introduire un recours, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me le faire connaître, et m'indiquer quelles sont les formalités nécessaires, et les démarches utiles pour saisir le Tribunal civil.

Dr N.

Réponse

Aux termes de la jurisprudence actuelle, les locataires ne bénéficiant pas du chauffage collectif et du service de l'eau chaude, ont droit :

1° A la déduction sur les quittances du montant intégral des prestations non fournies ;

2° A une réduction sur le principal de leur loyer, en raison du trouble de jouissance et du manque de confort qui en résulte.

Pour l'eau chaude, les tribunaux ont généralement fixé cette réduction entre 5 et 10 %.

Pour le chauffage, la réduction n'a jamais été fixée à moins de 15 % sur les deux termes d'hiver.

Nous pensons donc qu'avant d'intenter une action judiciaire vous pourriez essayer d'obtenir à l'amiable une réduction supplémentaire de la Société propriétaire, d'autant plus que votre appartement ne comportant qu'une seule cheminée, le trouble que vous subissez dans l'exercice de votre profession est plus important.

Dans le cas où vous n'arriveriez à aucun accord, le *Sou Médical* sera évidemment à votre disposition pour vous donner son appui moral et pécuniaire à l'occasion de cette instance.

QUESTIONS DIVERSES

4.948. — Reconstitution des cabinets médicaux détruits par fait de guerre

Tout mon mobilier a été brûlé avec ma maison en juin 1940.

Je vous prie de me faire connaître les formalités à remplir :

pour toucher 50 % de ma police d'assurances au lieu des 15.000 francs que j'ai déjà demandés en janvier 1941. Mon mobilier était assuré pour 180.000 francs y compris bijoux, livres et instruments de médecine ;

pour toucher la somme de 7.000 francs, allouée aux praticiens ayant cabinet de consultation avec salle d'attente.

Dr M.

Réponse

Aux termes de l'arrêté du 12 juillet sur la reconstitution des cabinets médicaux détruits par fait de guerre, les allocations prévues ne sont accordées qu'après visa et agrément du Conseil supérieur de l'Ordre.

Il faut tout d'abord que vous vous adressiez au Conseil départemental, qui certifiera votre situation de sinistré. Vous adresserez alors au Conseil supérieur une demande d'allocation à laquelle vous joindrez toutes pièces justificatives.

Vos droits sont les suivants :

— pour la partie professionnelle de votre installation, vous toucherez 5.000 francs pour votre cabinet médical, et 2.000 francs pour la salle d'attente ;

— pour la partie vous servant d'habitation personnelle, vous pouvez, ainsi que le spécifie l'art. 36 de la loi du 12 juillet 1941, demander à ce que l'allocation soit calculée sur la base de votre police d'assurance.

Le montant des sommes assurées sera pris en considération dans la même proportion que celle retenue pour l'assiette du droit de patente.

Mettons, par exemple, que la valeur locative des locaux professionnels soit évaluée aux 2/5 du loyer total, c'est-à-dire 3/5 pour la partie non professionnelle ; les dommages de guerre seront donc basés sur les 3/5 du montant de votre police d'assurance.

Soixante-troisième année | N° 45 | 9 Novembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants.......... 80 fr.

Le Numéro.......... 4 fr.

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : *6 francs la ligne de 45 lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 326. — Importante client. médec. génér. à céd. ds pet. ville industrielle région marseillaise. Ecr. M. P. Ribeyre, 5, rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 327. — Jeune fille dipl. simple de croix-rouge, 2 a. service hôpit. cherc. pl. assist. cliniq. doct.ou dentis. Ecr. Bordier, 5, rue de Puteaux, Paris (17e).

N° 328. — Portraits. Fille de médec., artiste peint., Sociétaire des « Artist. fr. » exécute portr. peint. à l'h. d'apr. nature ou photog., donne leç. de dess. et de peint. Ecr. F. E. M., 60, bd. Latour-Maubourg, Paris (VIIe).

N° 330. — Xe, Bel appart. 8 p. très éclair. 15 fenetr. Proche gares Nord-Est-St-Lazare. Ascens. Colonne force électr. 50 amp. av. appar. électrolog. installés. M. Crespin, 11, rue des Loges, Montmorency, (S.et-O.)

N° 331. — Anc. ext. hôpit. Paris, cherc. remplacem. médical. Ecr. M. P. Ribeyre, 5, rue A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 332. — Savoie. Post. propharmac. client. therm. et rurale à céd. cause spécialisat. loyer 2.500. Garage. Jardin, situat. idéale. Chiff. intéres. faible indemn. Ecr. M. P. Ribeyre, 5, rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Oise. — Clientèle de 38 ans. Loyer 3.800 fr. très bon rapport, prix modéré.

Paris. — Décès confrère installé en 1904. Bel appartement, salle de bains. Loyer 6.000 fr. bon rapport. Prix: une annuité actuelle.

Zone interdite. — Très très gros rapport à céder moins de la moitié, loyer minime.

Ville importante. — O. R. L. avec clinique, loyer 15.000 fr. très gros rapport, prix modéré.

Banlieue proche. — Cause maladie, 7 pièces, loyer 8.000 fr. gros rapport, prix moitié.

Changements d'Adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— Faculté de médecine de Paris. *Clinique des maladies mentales et de l'encéphale* (Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis). — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a repris son enseignement clinique. *Programme de l'enseignement* : tous les dimanches à 10 heures : leçon clinique ; tous les mercredis à 10 heures : présentation de malades ; tous les dimanches à 11 heures : conférence sur les problèmes psychiatriques actuels, avec la collaboration de membres de la Société médico-psychologique.

En janvier et février : conférences élémentaires pratiques de psychiatrie en vingt leçons.

En mars, conférences pratiques de sympathologie clinique.

Tous les mardis à 9 heures : consultation neuro-psychiatrique au pavillon Benjamin-Ball.

Sujets des leçons du dimanche : Dimanche 9 novembre : Jeux syllabiques obsédants supplément au cratyle ; dimanche 16 novembre : Manie confuse.

— Les conférences hebdomadaires sur « les problèmes psychiatriques » ont lieu sous la direction du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, tous les dimanches à 11 heures.

Programme des conférences : Dimanche 9 novembre, M. DELAY : Les délires de mémoire. — Dimanche 16 novembre, M. VINCHON : Conception moderne des humeurs dans la mélancolie. — Dimanche 23 novembre, M. MARCHAND : Considérations ana-

tomo-biologiques sur la démence précoce. — Dimanche 30 novembre, M. PUECH : Traitement chirurgical de l'épilepsie. — Dimanche 7 décembre, M. PORCHER : Inhibition et barrage. — Dimanche 14 décembre, M. MICOUD : Syndromes subjectifs des traumatismes craniens et épilepsie. — Dimanche 21 décembre, M. VERLHOMME : Dix mois de séjour à Sainte-Anne.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** (Professeur : M. A. Gosset). — M. le Professeur A. GOSSET, assisté du Docteur P. Funck-Brentano, agrégé, a commencé son cours de clinique chirurgicale le jeudi 23 octobre 1941, à 11 h. 15 et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

Programme de l'enseignement : Opérations par le professeur, mercredi à 10 heures ; Radio-diagnostic par M. LEDOUX-LEBARD, vendredi à 11 heures ; Opérations par les assistants, mardi et samedi à 10 heures ; Présentation de pièces par M. Ivan BERTRAND, samedi à 10 heures ; tous les jours à 9 h. 30, conférence de séméiologie chirurgicale.

— **Clinique des maladies infectieuses** (Hôpital Claude-Bernard. Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Tous les matins de 9 heures à 11 heures, visite des pavillons, enseignement au lit du malade et démonstrations au laboratoire, par le professeur et ses collaborateurs : M. A. LAPORTE, médecin des hôpitaux, M. J. REILLY, chef de laboratoire et les chefs de clinique. Le jeudi, à 10 h. 30, leçon clinique.

— **Faculté de droit de Paris.** *Institut de criminologie.* — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours de *psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de droit le vendredi 21 novembre 1941, à 11 heures, Amphithéâtre n° 3 et le continuera tous les vendredis à la même heure.

Programme du cours : 21 novembre 1941 : Expertise psychiatrique ; 28 novembre : Capacité pénale ; 5 décembre : Réactions anti-sociales des alcooliques ; 12 décembre : Réactions anti-sociales des toxicomanes ; 19 décembre : Réactions anti-sociales des délirants ; 9 janvier 1942 : Réactions anti-sociales des déments ; 16 janvier : Réactions anti-sociales des périodiques, des épileptiques et des hystériques ; 23 janvier : Réactions anti-sociales des paranoïaques ; 30 janvier : Réactions anti-sociales des déséquilibrés ; 6 février : L'homicide pathologique ; 13 février : Limites du vol morbide ; 20 février : Attentats aux mœurs ; 27 février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinicat.* — Ont été proposés, à la suite du dernier concours :

Pour le *clinicat chirurgical* (*hôpital Cochin*) : MM. Logeais, Salvanet et Thomeret.

Pour le *clinicat chirurgical* (*hôpital Saint-Antoine*) : MM. Gandy, Gout et Monsaingeon.

Pour le *clinicat chirurgical* (*Salpêtrière*) : MM. Billard, Gaumé et Lataix.

Pour le *clinicat chirurgical* (*Hôtel-Dieu*) : MM. Champeau, Laurence et Nardi.

Pour le *clinicat des maladies cutanées* (*hôpital Saint-Louis*) : MM. Basset et Bouwens.

Pour le *clinicat des maladies mentales* (*hôpital*

Sainte-Anne) : Mlle Barret, MM. Deshaies, Maurice, Ménauteau et Neveu.

Pour le *clinicat des maladies nerveuses* (*Salpêtrière*) : MM. Grossiord, Pécher et Rogé.

Pour le *clinicat obstétrical* (*Baudelocque*) : MM Jamain et Palmer.

Pour le *clinicat médical* (*hôpital Broussais*) : MM. Gaillas et Geffroy.

Pour le *clinicat médical* (*hôpital Cochin*) : Mlle Œhmichen, MM. Claisse et Raynaud.

Pour le *clinicat médical* (*Hôtel-Dieu*) : MM. Gras et Tiffeneau.

Pour le *clinicat médical* (*hôpital Saint-Antoine*) : MM. Breton, Chassagne et Maude.

— **Le Comité national de l'Enfance**, présidé par le Professeur Marfan, après avoir dans sa séance d'études entendu un rapport du Docteur H. Rouèche, a formulé les vœux suivants :

1° Que soit recommandé de façon pressante, pendant quatre mois au moins, l'allaitement des nourrissons au sein par leur mère, allaitement qui reste la meilleure sauvegarde des nourrissons (les évènements de 1940 en ont apporté une preuve nouvelle) ;

2° Envisager la multiplication des « Gouttes de lait » mettant à la disposition des mères des biberons de lait pur, propre et sain, destinés aux enfants suivis par les médecins de famille et dans les consultations de nourrissons offrant toutes les garanties d'organisation médicale et hygiénique ;

3° Obtenir des autorités compétentes l'importation sous le contrôle de la Croix-Rouge française, de stocks de laits concentrés et de poudres de lait en quantité aussi élevée que possible ;

4° S'efforcer d'intensifier la production par les usines, en France occupée ou non, des laits condensés et des poudres de lait.

— **Fédération des Associations amicales de médecins du Front.** — La Fédération des Associations amicales de médecins du Front aura l'honneur, conjointement avec l'Amicale des Formations sanitaires de l'Avant, de raviver la Flamme sous l'Arc-de-Triomphe le vendredi 21 novembre 1941, à 18 h. 30.

Tous les médecins, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient ou non appartenu aux corps combattants, sont instamment conviés à venir assister, aussi nombreux que possible, à cette cérémonie. Rendez-vous directement sous l'Arc. Ni drapeaux, ni insignes.

— **Ecole française d'homœopathie.** — Les cours commenceront le 17 novembre 1941 à l'hôpital Léopold-Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe). — *Programme des cours* : Lundi 10 h. 30, Docteur Léon Renard : Matière médicale, les remèdes satellites ; Docteur Pierre Vincent : Les malades aiguës, leur traitement homœopathique. — Mardi 10 h. 30, Docteur Chiron : Clinique homœopathique. — Mercredi 10 h. 30, Docteur Pouliot : Clinique gynécologie homœopathique et obstétrique ; Docteur Noailles : Clinique homœopathique ; Docteur Maroger : Le drainage en homœopathie. — Jeudi 10 h. 30, Docteur Kollitsch : Traitement des affections de l'appareil circulatoire ; Docteur Lefevre : Matière

médicale ; remèdes intéressant l'appareil circulatoire. — Vendredi 10 h. 30, Docteur Léon RENARD : Le répertoire homœopathique ; clinique homœopathique.

— **Hôpital Léopold-Bellan,** 7, rue du Texel. — M. Georges LAMIRAND, secrétaire d'Etat à la jeunesse, fera le mercredi 12 novembre 1941, à 10 h. 30, à l'hôpital Léopold-Bellan, une conférence (conférence inaugurale du cours d'endocrinologie) sur le sujet suivant : *L'intérêt social de l'endocrinologie dans la formation de la jeunesse.*

— **Médaille militaire à titre posthume.** — La médaille militaire a été conférée à titre posthume à M. Pierre Eury, avec la citation suivante :

4e rég. d'automitrailleuses

EURY (Pierre-Louis), brigadier : gradé brave et plein d'allant. Engagé volontaire pour la durée de la guerre, a, pendant les combats des 11 au 16 mai 1940, donné à tous un magnifique exemple de sang-froid et de désintéressement. A trouvé une mort glorieuse au cours d'un bombardement aérien, le 16 mai 1940, alors que, debout, il donnait à tous ses hommes le plus bel exemple de courage. Croix de guerre avec palme.

(*Journal officiel* du 7 octobre 1941).

M. Pierre Eury était le fils de M. J. Eury, directeur des Laboratoires Mauchant, à Gennevilliers.

— **Naissance.** — Le Docteur et Mme René CORRIOL sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Annie.*

La Roque-d'Antheron, le 31 août 1941.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Maurice PIERRE, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Paulette BANSE.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 17 septembre 1941, en l'Eglise Notre-Dame-de-Pcissy.

— Le Docteur Raymond TROTOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Madame Raymond Trotot, née Françoise HOUDARD, de retour en zone occupée, ont l'honneur de faire part de leur mariage, qui a été célébré à Toulouse, dans la plus stricte intimité, le 20 août 1940. Les témoins étaient, pour la mariée, M. François de Mouès, et pour le marié, le Général Delpech.

— **Noces de diamant.** — Le Docteur Jules PELLOT, d'Epernay, et Madame Jules Pellot viennent de célébrer leurs noces de diamant.

Chevalier de la Légion d'honneur, notre distingué confrère est abonné au *Concours* depuis plus de 50 ans. Installé à Epernay, en 1880, il continue à y exercer la médecine. Son fils, le Docteur Jean Pellot, est chirurgien dans la même ville et son petit-fils est externe des hôpitaux de Paris. Son beau-père, enfin, était également médecin.

Nous sommes heureux d'adresser à notre confrère et sa famille nos plus sincères félicitations.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier à titre posthume :

CAZALAS (Georges-Adrien-Victor), médecin lieutenant au 121e rég. d'artillerie lourde, médecin d'une haute valeur morale et militaire et d'une grande conscience professionnelle. A été mortellement blessé dans l'accomplissement de son devoir, le 16 juin 1940, au pont de Meung-sur-Loire. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 10 octobre 1941).

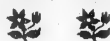
***

CITATION A L'ORDRE

Le général d'armée Huntziger commandant en chef des forces terrestres, ministre, secrétaire d'Etat à la guerre cite :

A l'Ordre du *Corps d'armée*: CRAPEZ (Jean), médecin auxiliaire au 90e R. I., 3e bataillon.

« Médecin auxiliaire d'un magnifique courage, qui s'est dépensé sans compter au cours de durs combats en retraite où il a puissamment contribué à sauver la totalité des blessés de son bataillon, tombé sous les mitrailleuses ennemies en se portant héroïquement au secours de nouveaux blessés ». (*Ordre n° 349 C.*)



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 3 octobre 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs

14.473 AUVINET (Auguste), Mouilleron-en-Pareds (Vendée). Docteurs Artarit et Georget.

14.474 BALLIVET (Michel), Lyon (Rhône). Docteur A. Morel.

14.475 BAUDRIMONT (Edouard), Coutras (Gironde).

14.476 BAZIN (Victor), Landerneau (Finistère). Docteurs Houlier et Salaün.

14.477 BLOUIN (Paul), Cadillac-sur-Garonne (Gironde). Docteur Boisserie-Lacroix et R. Pauly.

14.478 BODET (Gabriel), Poissy (Seine-et-Oise). Ordre des Médecins.

14.479 BOENNEC (Yves), Sizun (Finistère). Docteurs Pouliquen et Mignard.

14.480 BOSCHATEL (Emile), 6, boulevard Ornano, Paris (XVIIe). Ordre des médecins.

14.481 BOUYSSET (Claude), Roanne (Loire). Ordre des médecins.

14.482 BRESSON (Jean), Montpellier (Hérault). Ordre des médecins.

14.483 COSANOVA (Jean), Fès (Maroc). Docteurs Bajat et Buzon.

14.484 CHOPARD (Jacques), La Croix-Saint-Leufroy (Eure). Ordre des médecins.

14.485 DELCOUR (Pierre), Ligny (Nord). Docteurs Croncoy et Labisse.

14.486 DEUPES DE PERPESSAC, Puteaux (Seine). Docteurs Deupès et Ferron.

14.487 HOOR (Michel), Sully-sur-Loire (Loiret). Ass. anciens ext. des hôpit. de Paris.
14.488 DUMORTIER (André), Condé-sur-Noireau, (Calvados). Ordre des médecins.
14.489 EDERT (Jean), Saint-Laurent-des-Hommes (Dordogne).
14.490 FOREST (Jean), Châtillon-sur-Loire (Loiret). Ordre des médecins.
14.491 GAULTIER (Louis), Arthon-en-Retz (Loire Inférieure). Ordre des médecins.
14.492 IVERSENC (Roger), Guitalens (Tarn). Ordre des médecins.
14.493 JOURDAIN (René), Raddon (Haute-Saône). Docteur Pégeot.
14.494 JOURNEAULT (Pierre), Montbazon (Indre-et-Loire). Docteurs Desbuquois et Journeault.
14.495 KREIS (Boris), 14 rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris (V^e). Ordre des médecins.
14.496 LABORDERIE (Yves), Sainte-Geneviève-des-Bois (Seine-et-Oise). Ordre des médecins.
14.497 LEBAS (Alfred), Couture-sur-Loir (Loir-et-Cher). Ordre des médecins.
14.498 LEGRAND (Adolphe), Béthencourt-sur-Mer (Somme). Ordre des médecins.
14.499 LEROY (Raymond), Levet (Cher). Ordre des médecins.
14.500 LETAILLEUR (Maurice), Caen (Calvados). Docteurs Rimetz et Souchère.
14.501 LETENEUR (Victor), 237, rue de Charenton, Paris.
14.502 MASSE (Louis), Migennes (Yonne). Ordre des médecins.
14.503 MECHIN (René), Constantine (Constantine). Docteurs Mechin-Lecomte et Engel.
14.504 MERZBACH (Charles), La Prugne (Allier). Ordre des médecins.
14.505 MOROT -Marcel), Autun (Saône-et-Loire). Ordre des médecins.
14.506 MOULINES (Edouard), Cravant (Loiret).
14.507 RENARD (Pierre), Houdan (Seine-et-Oise). Ass. des externes et anciens externes.

Ces admissions ne deviendront définitives que s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Cependant, les adhérents qui ne font partie d'aucune association médicale régulièrement constituée ou ne sont pas présentés par deux parrains, eux-mêmes membres de la Ligue, ne seront admis définitivement que lorsqu'ils auront justifié être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

***

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou Médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d':mpôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

Les certificats abusifs

Nous faudra-t-il rouvrir cette rubrique qui fut si amplement fournie l'hiver dernier et dont la réglementation des régimes avait provoqué l'extinction ?

Le Docteur Perdreau, de Villeneuve-Saint-Georges, nous informe que la Compagnie « du gaz demande à ses abonnés qui ont outrepassé le cubage permis des explications qu'elle se réserve d'examiner ».

Dans ces « explications » il est recommandé de spécifier le nombre de personnes composant la famille et diverses autres données dont il apparait légitime de tenir compte.

Mais il est dit en outre de joindre un certificat médical. A quoi cela rime-t-il ? Est-ce le signal d'une nouvelle ruée de quémandeurs vers les cabinets médicaux ?

Retrait de la nationalité française

La qualité de français est retirée aux médecins suivants :

Elman (Moïse), demeurant à Bourganeuf, naturalisé par décret du 9 juin 1938 (Creuse).

Ferester (Marc), demeurant à Nice (A. M.), avenue Auber, palais Hispania, naturalisé par décret du 1er octobre 1937.

Jahiel (Richard), demeurant à Nice, 34, avenue Auber, naturalisé par décret du 13 novembre 1929.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Légion d'honneur

Est élevé à la dignité de grand officier :

M. Lobligeois (Félix), professeur radiologue à l'hôpital Bretonneau, à Paris. Motifs : radiologue éminent, a consacré sa vie, avec une admirable abnégation, à la science dont il est la victime. A dû être amputé successivement des deux bras, à la suite d'une radiodermite causée par quarante années de pratique de la radiologie. (*Décret du* 16 *août* 1941.)

(*J. O.*, du 22 octobre 1941)

Vaccination

Arrêté du 15 *septembre* 1941

Article unique. — Sont approuvés, conformément aux exemplaires annexés au présent arrêté, les modèles des fiches, listes, déclarations, avertissements et carnets de vaccinations nécessaires à l'application des lois sur les vaccinations obligatoires.

(*J. O.*, du 29 octobre 1941).

Les exemplaires types annexés à l'original de l'arrêté seront publiés ultérieurement.

Voir la suite page XLIII-1971




PROPOS DU JOUR

ÉVOLUTION VERS UNE FORMULE NOUVELLE

Dans un des derniers numéros de ce journal, le Docteur J. François, sans m'accuser d'un excès de pessimisme, trouve que la porte que j'ouvre sur notre avenir ne découvre point une aurore bien radieuse.

Comment pourrait-il en être autrement, lorsqu'après la terrible leçon de la défaite nous constatons que nous avons bien peu changé à nos déplorables habitudes que du fait des temps difficiles l'égoïsme individuel est plus fort que jamais et que nous nous soucions surtout de discuter de nos petits intérêts matériels, au lieu d'envisager, plus largement, l'évolution et la transformation que doit fatalement subir notre profession médicale pour s'adapter aux circonstances nouvelles.

Les lettres des confrères, qui m'arrivent nombreuses, contiennent souvent quelques reproches à l'adresse de l'Ordre des médecins; les uns lui font grief de ne point agir activement contre la pléthore, d'autres de se désintéresser de l'augmentation du prix de la vie, quelques uns aimeraient que le ton des *Bulletins* publiés soit autre, au fond tous le chargent de leurs vieilles rancunes, le rendent responsable de la mauvaise marche de leurs affaires, et trouvent commode de prendre comme bouc émissaire un organisme directeur dont le rôle, s'il veut essayer de satisfaire tout un chacun, va se fausser peu à peu !

En réalité, le rôle de l'Ordre des médecins n'est en rien comparable à celui qu'on a voulu faire jouer aux Syndicats; il ne doit pas se substituer à eux, il se situe beaucoup plus sur le plan moral que sur le plan matériel et il faut regretter que déjà se manifeste dans les sujets auxquels il touche, une tendance fâcheuse à sortir de ce rôle.

Les premières réformes à imposer au Corps médical sont d'ordre moral. Les Conseils de l'Ordre doivent profiter de leur autorité pour faire comprendre à tous que l'exercice de la médecine se fait maintenant dans une société ruinée et qu'il importe, en groupant les efforts individuels, de développer au maximum toutes les organisations susceptibles d'améliorer la santé publique. La médecine actuelle doit être conçue pour offrir, même aux plus humbles, des soins de qualité, tout en laissant au médecin une juste rémunération de sa peine.

C'est donc vers *la réorganisation de la médecine sociale* que devrait se faire le premier effort. Il est permis de croire que cette réorganisation au lieu de se faire sur le plan étatiste aurait avantage à se faire sur le plan de la « *mutualisation* ». L'autorité morale prise par les Conseils de l'Ordre leur permettrait de prendre en mains une réforme féconde qui transformerait le jeu de nos lois d'Assurance sociale (1).

La Mutualisation, en apportant à l'ensemble du Corps médical des possibilités nouvelles, apporte au malade une amélioration certaine des soins qu'il reçoit. L'expérience est là, pour montrer que, dans les départements où existent des « Mutuelles chirurgicales », les opérés préfèrent la clinique à l'hôpital et il faut regretter qu'une plus large publicité n'ait point été faite à cette heureuse formule, que trop d'entre nous ignorent encore.

La Mutualisation des Assurances sociales dont un projet très étudié avait déjà été présenté par M. Montigny offrirait du point de vue Assurance-maladie des avantages certains aux médecins et aux malades. Elle permettrait, alors que la masse des assurés va en augmentant, de faire bénéficier les malades d'une organisation de soins moins rigide, exigeant moins de contrôles, et laissant subsister, dans ses rapports avec le Corps médical, ce caractère individuel qui est un facteur important de la confiance.

Elle obligerait, d'autre part, les médecins à se

---

(1) Il est à noter que l'Ordre, par la bouche du Président du Conseil supérieur, a, à la Conférence d'Aix, précisément exprimé cette intention.

◆◆

grouper, à travailler en équipes, à utiliser les ressources communes de maisons médicales, pourvues d'installations modernes, dotées des appareils d'examen, de mesure, de contrôle, de plus en plus utiles à l'exercice de notre profession. Ainsi se développerait dans notre corporation un esprit collectif dont les avantages ne tarderaient point d'apparaître. Ces avantages seuls suffiraient à faire reculer, puis disparaître, le vieil égoïsme individuel qui, aujourd'hui plus que jamais, apparaît comme toujours opposé à toutes les réformes utiles.

Les efforts des Conseils de l'Ordre doivent se faire dans un sens assez différent de ce qui a été essayé avant eux. Il est à craindre qu'ils ne réussissent pas, là où leurs prédécesseurs ont échoué et qu'ils émoussent une autorité qu'ils doivent garder entière, en essayant de réaliser une espèce d'*âge d'or de la médecine.* Ne croyons pas que, grâce à l'Ordre des médecins, chacun de nous vivra largement de sa profession en dépit du coût croissant de chaque chose, qu'il sera débarrassé de la pléthore, que les conflits s'apaiseront et qu'à la fin d'une carrière rendue des plus agréables une retraite confortable viendra permettre une vieillesse heureuse.

C'est cependant l'espoir secret de beaucoup de nos confrères. Ils ont mis toutes leurs espérances dans l'organisation nouvelle qui nous régit et, en échange d'une soumission complète à son autorité, ils réclament déjà le bénéfice d'un sort meilleur, d'un exercice plus facile, d'une retraite assurée.

Pour voir venir des jours meilleurs, les efforts de ceux qui assurent la lourde charge de nous diriger seront vains, si chacun de nous ne fait pas l'effort nécessaire pour adapter son exercice aux nouvelles conditions de vie. Avec les moyens de transport de plus en plus réduits, avec les difficultés chaque jour plus grandes pour se procurer les moyens thérapeutiques indispensables, nous devons mettre en commun nos ressources, unir nos possibilités pour offrir aux malades et particulièrement aux populations agricoles éloignées des grands centres, des soins de qualité.

Les organisations de médecine collective doivent être développées, selon une conception différente. Celles qui, jusqu'ici, ont été conçues par l'Etat, les industriels, les sociétés capitalistes, ne faisaient bénéficier ni le malade, ni le médecin des sommes importantes soustraites à l'épargne, car la plupart d'entre elles n'acceptaient point la formule mutualiste qui apparaît cependant comme la réalisation la plus heureuse des soins aux collectivités.

Le Corps médical, représenté aujourd'hui par ses Conseils de l'Ordre, a la possibilité d'intervenir activement dans l'organisation collective de la santé ; c'est par cette action qu'il permettra dans la société nouvelle, de mettre le médecin à la place qu'il mérite, de débarrasser l'exercice médical de tous les parasites qui, depuis des années, vivent à ses dépens, qu'il rétablira la confiance du malade envers celui qui le soigne et la concorde entre tous ceux qui participent au maintien de la santé.

En encourageant l'effort de nos dirigeants, par notre action individuelle, nous agirons beaucoup plus utilement qu'en leur imposant l'arbitrage continuel de nos discordes, qu'en leur réclamant une amélioration matérielle ou la défense d'intérêts discutables, qu'en leur imposant la lourde tâche et la grave responsabilité de gérer les fonds importants destinés à nos retraites ou à nos œuvres de bienfaisance. Dans l'organisation nouvelle de la médecine, si l'on veut aboutir à quelque chose, chacun a son rôle à jouer, il ne suffit pas d'attendre sans rien faire les décisions prises par quelques-uns d'entre nous, de leur abandonner toute responsabilité, toute initiative, quitte à les critiquer sévèrement et à les blâmer (à leur tour), si leurs réalisations ne répondent point à nos espoirs. Il importe que chacun de nous prenne sa part dans le travail de reconstruction.

C'est par un contact plus intime entre les dirigeants et les praticiens, c'est par une action entreprenante et décidée, pour arriver à faire de notre corporation un bloc homogène d'où toute envie et toute haine seront exclues, que se manifesteront les bienfaits de cette autorité nouvelle et que chacun de nous sentira l'influence féconde exercée par l'Ordre des médecins.

Dr Raphaël MASSART.



PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ASTHÉNIE DES FEMMES ENCEINTES

par le Professeur agrégé Henri VIGNES

Très fréquemment, la femme enceinte se plaint de fatigue. Ceci se voit surtout au début de la grossesse en association avec un peu d'hypotension et avec des nausées ou des vomissements, et ceci pour se voir, aussi, à l'époque du gros ventre : « Je ne peux plus me traîner ». Il s'agit d'un épuisement, qui n'est pas motivé par l'effort fourni et aussi, d'une gaucherie des mouvements, et, encore, de fatigue mentale : la mémoire est diminuée, parfois le langage est lent ; chez quelques femmes, l'accommodation se fatigue et la vue se brouille vite quand elles entreprennent de lire. Le sommeil peut soulager ces symptômes ; mais il arrive, aussi, qu'il ne les améliore pas et que la femme soit aussi déprimée au réveil ; il arrive, même, que l'excès de repos et, plus spécialement, l'excès de décubitus dorsal favorise l'hypotension et, par un cercle vicieux, augmente la sensation de fatigue. Certaines femmes dorment à n'en plus finir et, si elles sont d'un naturel actif, elles s'indignent de cette inhibition.

Toute cette fatigue est souvent associée avec de l'anxiété. Les inquiètes, les auto-observatrices sont plus affectées que d'autres femmes.

Cet état est lié à une paresse des centres neuro-végétatifs et des glandes endocrines qui ne s'adaptent pas assez vite à l'état de grossesse (1). Le plus habituellement l'adaptation se parfait au bout de quelques mois ; mais il est des femmes qui persistent pendant toute la grossesse dans cette dépression.

Lorsqu'une femme enceinte se plaint d'une fatigue anormale, il faut, d'abord, rechercher si ce symptôme n'est pas lié à une affection jusque-là tolérée : une maladie de cœur connue ou ignorée, de l'hypotension ou de l'hypertension, une néphrite, un état anémique, une insuffisance surrénale, une insuffisance thyroïdienne, une insuffisance hypophysaire, surtout dans les formes qui s'accompagnent d'obésité.

On peut avoir, dans cet ordre d'idées, des révélations insoupçonnées et désagréables. La grossesse fait la preuve de l'intégrité des fonctions organiques et les troubles de la grossesse font découvrir bien des imperfections latentes, maladies chroniques discrètes ou vices constitutionnels. C'est dire qu'il ne faudra pas craindre, au cas d'une asthénie quelque peu marquée, d'entreprendre toute investigation utile (1).

Lorsque toutes les maladies asthénisantes auront été éliminées, il restera un grand nombre de cas où les médecins parlent d'asthénie gravidique essentielle. En réalité, la grossesse, à elle seule, ne saurait créer l'asthénie. Il faut, donc, s'efforcer de déceler les tares constitutionnelles qui conditionnent cet état. Ce peuvent être, tout d'abord, des insuffisances thyroïdiennes, hypophysaires, surrénales, dont nous avons parlé tout à l'heure dans leur forme accentuée, et qui peuvent intervenir dans des formes très discrètes. C'est, ensuite, une insuffisance du calcium dans l'organisme. C'est, aussi, l'insuffisance hépatique avec glycosurie et hypoglycémie : on a pu produire expérimentalement une telle fuite du sucre en administrant de la phloridzine ; or, dans ces diabètes phloridziques, les muscles sont appauvris en glycogène et, par conséquent, ont une moindre énergie (1). On pensera, enfin, derrière ces troubles des glandes endocrines et du métabolisme, à une cause première qui est, souvent, la syphilis congénitale et, souvent, un régime alimentaire défectueux d'une façon ou d'une autre.

C'est une lapalissade de dire que la fatigue se traite par le repos et, encore que ce truisme s'impose à l'esprit, il faut beaucoup insister pour le faire comprendre à certaines femmes enceintes. Une de mes clientes, commerçante très agitée, se plaint d'être fatiguée ; pourtant, le soir, elle va au théâtre et elle s'étonne, le lendemain matin, d'être plus fatiguée encore ; elle me téléphone pour me demander quel remède lui permettra de faire des prouesses d'activité. Une autre cliente qui avait été

---

(1) « ... the vegetative centers in the brain not responding quickly enough to the call of pregnancy », dit DE LEE.

(1) Certaines recherches de laboratoire pourraient être pratiquées : coefficient de Maillard qui, augmenté, témoignerait d'une imperfection du foie à utiliser les albumines, — dosage de la guanidine dans le sang, laquelle est augmentée pendant la grossesse et diminuée chez les asthéniques, — dosage de la créatine qui serait augmentée et de la créatinine qui serait diminuée, — dosage de l'acide lactique dans le sang, dont l'augmentation est nette en cas de fatigue, mais existe, aussi, pendant la grossesse.

tuberculeuse pendant sa jeunesse, me téléphone qu'elle est fatiguée et me demande un remontant, au lieu de se mettre tout simplement au ralenti.

Il faudra, en cas de fatigue anormalement accentuée, s'efforcer de déceler une des tares précédemment indiquées et de les traiter. C'est ainsi que j'ai vu d'excellents effets des extraits surrénaux, des rayons ultra-violets, des extraits thyroïdiens, du sucre avec ou sans insuline. Dans cet ordre d'idées, on pourrait essayer la guanidine et la prostigmine à cause de leur action sur la contraction musculaire. Le traitement de la syphilis congénitale fait, parfois, merveille ; mais, comme je l'ai dit dans ce journal en 1935, il ne faut pas employer n'importe lequel des médicaments que nous avons à notre disposition et il faut tenir compte des tares individuelles pour choisir le médicament approprié.

On pourra essayer, en cas de fatigue anormale sans cause apparente, l'emploi des toniques habituellement utilisés en dehors de la grossesse. Mais il faut beaucoup se méfier ; car l'élan que donne un coup de cravache se paie par un accroissement secondaire de la dépression. Le premier effet est salutaire ; le deuxième est moins bon : la fatigue augmente, une certaine maladresse des mouvements traduit l'insuffisance neuromusculaire. Ainsi, en est-il de l'alcool ; ainsi, en est-il du thé, du café, de la strychnine. L'arsenic, le vanadium ont une action plus lente et ils exposent moins à la dépression secondaire ; mais leur pouvoir curatif, remarquable parfois, est très inconstant. On obtiendrait de bons résultats par l'emploi de la vitamine nicotonique PP ; je n'en ai pas l'expérience.

Il faut, enfin, savoir que certaines fatigues se trouvent améliorées par des médicaments, que nous sommes habitués à considérer comme des calmants. C'est ainsi que l'hyosciamine m'a parfois donné de très belles améliorations.

LES SULFAMIDES EN UROLOGIE

MM. Bernard Fey et Pierre Barbellion viennent de présenter dans la *Revue de chirurgie* une intéressante mise au point de la question des sulfamides en urologie.

On peut envisager l'utilisation des sulfamides : *en chirurgie urinaire ; dans les infections urinaires ; dans l'infection coli-bacillaire ; dans l'infection gonococcique.*

Les indications des sulfamides en chirurgie urinaire sont celles de la chirurgie générale. L'infection urinaire n'étant pas très fréquente, l'action des sulfamides (qui paraît heureuse cependant) n'a pas encore pu être précisée très nettement à ce sujet. En matière de coli-bacillose, dans les formes chroniques (les formes aiguës guérissant seules ou avec les divers traitements habituels), les sulfamides semblent être restés jusqu'ici en échec, ce qui n'est peut-être pas définitif, d'ailleurs.

Si, dans le domaine de la chirurgie, dans les infections urinaires, les sulfamides ont apporté un progrès, dans la thérapeutique de la blennorragie, ils ont apporté une véritable révolution. Avec les lavages seuls, une moyenne de quarante jours de traitement était nécessaire. Avec les sulfamides, une semaine suffit maintenant, le plus souvent, pour obtenir la guérison. Fait plus important encore, peut-être : les complications de la maladie sont devenues très rares.

Il importe, toutefois, de bien définir les indications. Les sulfamides sont inutiles dans les urétrites amicrobiennes et les urétrites à germes banaux (les lavages à l'oxycyanure de mercure, sans médication générale, donnent en ce cas de bons résultats). Pour l'urétrite blennorrhagique, l'expérience montre que le gonocoque est surtout influencé aux deux pôles de son existence : *au début*, quand la culture est encore atténuée, localisée à l'urèthre antérieur, la muqueuse peu irritée, l'écoulement minime ; *au déclin*, lorsque la blennorragie est en régression, l'écoulement diminué, l'urètre indolent, l'urine presque claire. A ces deux périodes, la chimiothérapie avec des doses appropriées suffisantes, combinée aux lavages, parfois au choc pyrétogène, procurera des succès nombreux et rapides.

En période très aiguë, avec écoulement intense, méat rouge et œdématié, l'échec est possible et il importe de l'éviter car l'échec est une aggravation, susceptible de créer la résistance non seulement aux sulfamides mais encore aux traitements locaux. Les échecs peuvent tenir aussi à d'autres causes : doses trop faibles, défaut de traitement local, repaires gonococciques non soignés (vésiculite, prostatite, littrites, trajets extra-urétraux, etc.). Il faut alors supprimer toute sulfamide pendant au moins huit jours et continuer la thérapeutique locale. Reprendre les sulfamides seulement lorsque l'état sera déjà suffisamment amélioré.

En résumé, n'utiliser la sulfamidothérapie qu'au moment le plus opportun et à doses suffisantes. Y joindre un traitement local judicieux.

Chez la femme, mêmes règles du traitement : sulfamides et soins locaux combinés. La sulfamidothérapie simplifie beaucoup le traitement de la blennorragie féminine.

P. L.

LES COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE L'ENCÉPHALITE TYPHIQUE

Par Georges BOUDIN

Médecin assistant à l'Hospice de Bicêtre

On connaît l'importance des manifestations nerveuses au cours de la fièvre typhoïde ; elles impriment aux formes habituelles de la maladie quelques-uns de ses caractères les plus particuliers tels que le tuphos, la céphalée, l'insomnie ; elles sont parfois si importantes qu'elles constituent des complications d'une extrême gravité.

Elles sont signalées dès les premières descriptions de la maladie. LOUIS qui, en 1829, en fait le premier travail d'ensemble, parle de *fièvre cérébrale*. HUXHAM un siècle plus tôt en 1739 de *fièvre lente nerveuse*. CHEDEVERGNE, en 1850, décrit la *fièvre typhoïde à forme cérébrale*, reprise en 1898 par AUDEMARD sous le nom de *cerebrotyphus*. FRITZ signale la *fièvre typhoïde à forme spinale*. LANDOUZY, en 1880, dans son étude sur les *paralysies au cours de la fièvre typhoïde*, signale le premier les *hémiplégies*. WESTPHAL décrit l'*ataxie aiguë typhique*. DUFOUR en 1900, la *catatonie typhique*. Plus récemment, GUILLAIN et BARRÉ, puis MAY et KAPLAN, STEHELIN dans sa thèse, en précisent certains caractères, et DE GENNES, dans une observation, parle même de *Parkinson aigu typhique*. Il nous a paru intéressant, à l'heure actuelle où il semble que l'on assiste à une recrudescence nouvelle de la maladie, d'esquisser une synthèse de la plupart de ces manifestations nerveuses.

Nous n'insisterons pas sur les *signes nerveux habituels au cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité*, ils sont longuement décrits dans tous les traités. Le *tuphos* est un état de stupeur très particulier à la maladie ; l'*insomnie*, la *céphalée* manquent rarement ; le *délire* est fréquent, surtout nocturne, délire tranquille, doux, de rêve, ou au contraire agité avec parfois des hallucinations ; la *carphologie*, les *soubresauts musculaires*, le *machonnement* existent dans les formes un peu sévères ; la *surdité*, les *troubles vasomoteurs* sont fréquents.

***

Les complications nerveuses proprement dites sont multiples et polymorphes. Elles réalisent autant d'aspects de l'*encéphalite typhique* depuis la méningo-encéphalite, l'encéphalomyélite, jusqu'aux paralysies périphériques. Le terme d'encéphalite est peut-être impropre en raison du qualificatif inflammatoire qu'il comporte, car beaucoup de ces phénomènes sont probablement dus à des lésions d'*ordre circulatoire*, avec œdème des tissus nerveux, stase sanguine et parfois hémorragique, et vasodilatation artérioveineuse, analogues à ceux que MM. ALAJOUANINE, MARQUÉZY, HORNET et Mlle LADET ont décrits au cours du *syndrome malin toxi-infectieux de l'enfance*.

***

Nous décrirons successivement des manifestations *méningées*, *psychiques* et *neurologiques* dont la séparation artificielle, commode pour leur étude, est souvent inexacte, leur association étant fréquente.

***

LA MÉNINGITE TYPHIQUE peut être le début de la maladie, réalisant la forme dite de méningotyphus. C'est plus souvent une complication de la période d'état, survenant à la fin du deuxième septennaire. La raideur de la nuque, le signe de Kernig, les vomissements joints à la céphalée, donnent un tableau de méningite aiguë ; la ponction lombaire montre un liquide clair ou louche avec présence de nombreux polynucléaires et de bacilles d'Eberth.

Un tableau analogue peut être réalisé avec un liquide céphalo-rachidien moins typique, clair avec une légère lymphocytose, ou même normal, réalisant tous les intermédiaires entre la méningite vraie et le méningisme de Dupré.

Dans tous les cas, le pronostic est sérieux. La méningite typhique à liquide clair peut guérir dans une forte proportion des cas, la méningite suppurée est souvent mortelle, surtout s'il y a association de germes avec des pyogènes tels que le staphylocoque, le streptocoque, ou le pneumocoque.

***

LES TROUBLES MENTAUX au cours de la fièvre typhoïde consistent le plus souvent en un *délire*.

Nous ne reviendrons pas sur le délire doux, nocturne, qui est habituel à la période d'état de toute fièvre typhoïde. Il s'accompagne parfois d'agitation, d'hallucinations visuelles ou auditi-



ves, et peut devenir extrêmement violent dans certaines formes hyperthermiques.

Il peut être le premier symptôme de la maladie, survenant avant toute manifestation infectieuse, prenant l'aspect d'une confusion mentale ou d'un état de manie aiguë, qui posent un problème médico-légal délicat, ayant pu faire interner le malade.

Le délire peut à l'opposé être très tardif, survenant à la période de convalescence, prenant l'aspect d'un délire systématisé mystique, érotique, mégalomaniaque, ou de persécution. Il s'accompagne souvent d'un certain affaiblissement intellectuel.

L'affaiblissement intellectuel est, en effet, une manifestation psychique assez importante de ces complications encéphalitiques, touchant la mémoire et entraînant un certain état de puérilisme ; puérilisme et amnésie sont, en général, éphémères ; leur passage à la chronicité est cependant possible, et l'on a décrit de véritables états démentiels post-typhiques.

Enfin, on a beaucoup insisté sur la *catatonie typhique.* Décrite par Dufour, elle a fait l'objet d'études récentes de May et Kaplan et surtout de Claude et Baruk. Elle est caractérisée par la conservation des positions imprimées avec impossibilité pour le malade de faire un mouvement spontané (catalepsie) ; par des troubles du tonus musculaire consistant en une raideur intense par contraction musculaire active sans contracture véritable (négativisme) et pouvant entraîner une attitude spéciale du malade, le tout cédant par moment pour faire place à des crises de gesticulation parfois d'allure théâtrale, enfin par des troubles du fonctionnement végétatif, sialorrhée, troubles respiratoires.

Il s'agit ainsi d'un syndrome psychique complexe, survenant par accès au décours de l'infection fébrile, lié souvent à un état onirique spécial, et pouvant s'accompagner de troubles neurologiques. Baruk le considère comme d'origine toxique, analogue à la catatonie colibacillaire qu'il a pu reproduire expérimentalement.

***

Les manifestations neurologiques au cours de la fièvre typhoïde sont multiples.

— On a signalé des *crises d'épilepsie,* généralisées ou partielles, dont la gravité vient qu'elles peuvent rester à l'état de séquelles.

— Landouzy décrit le premier des *hémiplégies* survenant à la période d'état ou au décours de la maladie, souvent incomplètes et transitoires.

Elles peuvent s'accompagner d'*aphasie,* transitoire également, et disparaissant sans laisser de traces. Celle-ci est plus rarement isolée, posant un diagnostic difficile avec l'*alalie,* qui est une perte de la parole d'origine psychique par amnésie massive, survenant en pleine période hyperthermique de la maladie.

— Des *paraplégies* sont possibles, *paraplégies spasmodiques* d'origine myélitique, avec troubles sphinctériens et escarres, dont la rapidité d'apparition et l'extension sont un élément de pronostic.

On a également signalé des *paralysies d'origine périphérique,* réalisant un tableau de polynévrite diffuse rappelant les paralysies diphtériques, ou même de polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien comme dans une observation rapportée par Deglos. Tous ces faits sont exceptionnels.

— Plus fréquentes sont *certaines paralysies des nerfs craniens,* en particulier de l'*auditif,* entraînant de l'hypoacousie ou même une surdité temporaire, mais qui, dans quelque cas, est restée définitive. L'atteinte du *spinal* entraîne des crises laryngées avec aphonie, ou pharyngées avec crises de dyspnée par paralysie des dilatateurs. Le *moteur oculaire commun* est également parmi les plus touchés, entraînant ptosis, strabisme divergent et rotation interne. Plus rares sont les atteintes du *facial,* du *trijumeau* avec trismus, du *glossopharyngien* avec perturbation du goût.

Toutes les paires craniennes ont pu être signalées, uni ou bilatérale, par atteinte d'origine nucléaire semble-t-il.

— Westphal et Ebstein ont décrit un tableau d'*ataxie aiguë d'origine cérébelleuse* survenant assez brusquement au début et surtout au décours de la fièvre typhoïde. Les symptômes régressent en général rapidement, mais on a signalé quelques cas où leur persistance a pu poser le problème d'une sclérose en plaques post-typhique.

Les signes cérébelleux dominent en général avec parole scandée, dysmétrie, tremblement.

— Enfin, on a insisté récemment sur la possibilité des *symptômes rappelant l'encéphalite épidémique et la maladie de Parkinson,* tels qu'une hypertonie musculaire de type extrapyramidal, un facies figé, de la somnolence léthargique, des troubles visuels, en particulier de la diplopie, des myoclonies, du tremblement analogue au tremblement parkinsonien. Tous ces troubles sont éphémères et disparaissent en quelques jours, mais ils sont extrêmement troublants et peuvent hypothéquer l'avenir par la possibilité ultérieure d'une véritable maladie de Parkinson.

On a de même signalé la possibilité de *troubles infundibulaires* tels qu'une polyurie.

On voit la multiplicité et le polymorphisme des symptômes, qui ont été décrits comme complication nerveuse de la fièvre typhoïde. Tous sont graves, alarmants, imposant un pronostic immédiat sévère, la possibilité de séquelles telles que l'épilepsie, la surdité, etc., les rend encore plus redoutables.

AU CHEVET DES PATIENTS



A PROPOS DE LA GOUTTE AIGUE POST-OPÉRATOIRE

Quoi de plus émotionnant pour le chirurgien qui, chez un de ses opérés, voit la température monter en flèche quelques jours après une intervention. Que se passe-t-il d'anormal ? Une infection secondaire locale de la plaie opératoire, une complication pulmonaire post-opératoire , une infection générale sanguine ? Si des signes locaux, articulaires ou para-articulaires apparaissent ensuite, ne s'agirait-il pas d'une septico-pyohémie atténuée, génératrice d'un pseudo-rhumatisme infectieux ?

Cependant si, en présence de toutes ces hypothèses, le praticien observe que les tissus de la plaie ont leur aspect normal, et ne présentent aucun sphacèle, aucune suppuration, c'est qu'il n'y a pas d'infection de la plaie. De même, l'élément pulmonaire sera éliminé par l'absence complète de signes fonctionnels respiratoires (ni point de côté, ni toux, ni dyspnée, ni expectoration). Contre la septicémie s'inscriront l'absence de frissons, la régularité de la fièvre, l'état général, qui n'est pas celui d'une grande infection, enfin, l'importance des signes locaux.

Dès lors, quand sur ceux-ci toute l'attention se reporte, il suffit bien souvent d'avoir quelque raison de penser à la possibilité d'un accès de goutte aiguë postopératoire, pour en faire, le cas échéant, l'exact diagnostic : on y retrouvera plus aisément les caractères habituels des fluxions articulaires goutteuses, tels que les rappelle le Docteur L. RAMOND (1) : le début brusque et le développement rapide de ces arthrites, leur localisation au gros orteil, ou bien à un très petit nombre de jointures dans le cas de goutte polyarticulaire, l'atrocité les douleurs spontanées, leur exacerbation nocturne, leur sédation diurne relative, l'importance de l'œdème périarticulaire et la rougeur pivoine de la peau de la région lui donnant un aspect pseudo-inflammatoire, enfin la distension des veines sous-cutanées superficielles.

La goutte aiguë post-opératoire est d'ailleurs une forme clinique bien connue de la goutte. C'est son étiologie particulière, qui en représente le caractère essentiel. Elle survient brusquement un à six jours après une intervention chirurgicale, quel qu'en soit le siège ou la nature (laparotomie, amygdalectomie, prostatectomie, opération de fistule anale, ablation d'un tophus, résection d'une cicatrice, cure radicale d'hémorroïdes, forage du col fémoral, etc.), et quel que soit le mode d'anesthésie générale ou locale mis en œuvre.

Tous ces phénomènes locaux s'accompagnant d'une fièvre plus ou moins élevée à 39°-40° même, et d'un état saburral des voies digestives.

Enfin, ce qui achève de signer la nature goutteuse de ces manifestations morbides, c'est qu'elles surviennent chez des sujets du sexe masculin, et de plus de 30 ans dans la majorité des cas, neuro-arthritiques, gros mangeurs de viande, francs buveurs, et d'habitudes sédentaires, dont l'hérédité est plus ou moins chargée. Très souvent d'ailleurs, on retrouve chez le malade lui-même la notion d'une crise antérieure de goutte, et même la présence d'un ou de plusieurs tophi.

Il serait certes intéressant de connaître par quel mécanisme intervient l'acte opératoire pour déclancher l'accès de goutte. Hélas, nous l'ignorons encore d'une façon certaine, et sur ce point, nous en sommes réduits aux hypothèses. L'influence des anesthésiques, généraux ou locaux, autrefois incriminée paraît nulle. Nombreux sont, en effet, les cas d'accès de goutte aiguë survenus à la suite d'interventions chirurgicales faites sans aucune anesthésie. On a pu aussi attribuer la goutte post-opératoire soit à l'émotion, soit au traumatisme, soit à un choc protéinique. Les chocs émotionnels peuvent, en effet, provoquer un accès de goutte chez un sujet nerveux, surtout quand une opération est pratiquée sans anesthésie générale. Quant au traumatisme, on connaît bien son influence locale déclanchante : par exemple à la suite d'une longue marche ; de la constriction du pied dans un soulier trop serré ou dans un plâtre trop étroit destiné à immobiliser un membre fracturé ; or, il en est parfois de même pour un traumatisme, qui a porté sur une région éloignée de l'arthrite goutteuse consécutive, par exemple : une extraction dentaire, une luxation de l'épaule, une saignée, une morsure d'animal, etc.

Enfin, on sait également que tout acte chirurgical entraîne des destructions plus ou moins importantes de tissus, qui mettent en liberté des albumines altérées susceptibles d'agir ensuite sur l'organisme comme des albumines

(1) *La Presse médicale*, 27 septembre 1941.

étrangères, exactement comme les sérums thérapeutiques agissent pour déterminer des arthrites protéiniques au cours des accidents sériques. Or, précisément les goutteux se montrent particulièrement sensibles aux albumines hétérogènes, eux que l'on voit souvent faire une crise de goutte aiguë à la suite d'une injection de sérum thérapeutique, ou même après la résorption sous-cutanée de leur propre liquide pleural modifié et devenu hétérogène dans une faible mesure par son issue hors de son lieu d'origine.

Ne doutons pas finalement du pronostic favorable de l'accès de goutte aiguë post-opératoire ; celui-ci évolue rapidement vers la résolution complète, et cela d'autant plus vite que l'on met en œuvre un traitement convenable.

Comment prévoir le pronostic de la paralysie infantile

On sait quelle variabilité s'observe dans le pronostic de la paralysie infantile. Formes rapidement mortelles, formes complètement curables, formes évolutives avec séquelles et infirmités définitives y sont tour à tour observées. A quoi tiennent ces différences et peut-on les prévoir ? Telle est la question que cherche à résoudre E. Terrien (1).

Il semble qu'on doive tenir compte d'une part des *destructions anatomiques* par le microbe pathogène, d'autre part de *l'influence du traitement.*

Ainsi, certaines formes sont aussitôt irrémédiables, en raison de lésions destructives et immédiates qui peuvent se produire d'emblée.

D'autres résultent de lésions superficielles et légères, susceptibles de réparation spontanée, et sont la conséquence d'irritation méningée, de radiculo-névrite, de névraxite. Elles appartiennent à la catégorie, désignée par Babonneix sous la rubrique de « pseudo-paralysies infantiles ». Or, sans être trop affirmatif, il apparaît que l'existence de phénomènes douloureux au début permettra de les distinguer ; les douleurs y seraient beaucoup plus violentes que dans la paralysie infantile par poliomyélite ; l'enfant crie dès qu'on veut l'asseoir. D'autre part, la paralysie, moins brutale et moins soudaine, mettrait quelques jours à se compléter. Enfin, on trouverait, à l'examen du liquide céphalo-rachidien, le syndrome de dissociation albumino-cytologique (exemple : chlorures 7, albumine 3 gr.), lequel ne se rencontre qu'à la période de guérison de la maladie de Heine-Médin. Les radiculo-névrites, donnant lieu à ce type de paralysie infantile, semblent complètement curables en quelques semaines ou quelques mois : il est donc de première importance de savoir les reconnaître.

En second lieu, sous la réserve des cas à lésions destructives immédiates et irrémédiables, on peut admettre que les mesures thérapeutiques suivantes, réduiront au minimum les troubles fonctionnels pour les régions profondément atteintes et s'opposeront presque sûrement au développement de ces séquelles, jadis habituelles ; après tout, elles activeront le retour à la normale de celles qui n'avaient été qu'effleurées.

a) La sérothérapie (sérum de convalescent et sérum de Pettit), et la radiothérapie vertébrale, seront utilisables, surtout au début, pour s'efforcer d'arrêter l'évolution et l'extension des lésions.

b) Les moyens physiques auront, au contraire, une importance de premier ordre : réchauffement local par soins locaux prolongés et répétés, diathermie, mobilisation, et massages fréquents, ionisation et courants continus en représentent les principaux modes. Ces moyens devront être mis en œuvre de bonne heure ; là est la condition du succès. Massage et mobilisation seront commencés dès la première semaine, complétés plus tard, s'il y a lieu, par la mécanothérapie pour s'opposer à l'atrophie et aux rétractions tendineuses. Ce sont eux, à n'en pas douter, qui ont modifié considérablement, au cours de ces dernières années, le pronostic éloigné de la paralysie infantile. La condition du succès est dans leur mise en œuvre de bonne heure : amélioration considérable pouvant aller jusqu'à la *restitutio ad integrum* ; une infirmité définitive sera, dans bien des cas, la conséquence d'une cure bien ou mal conduite.

G. Fischer.

(1) *Journal des Praticiens*, 20 septembre 1941.

PROCÉDÉ COLONISATEUR DU BACILLE DE KOCH

Depuis l'apothéose de notre génial Pasteur, innombrables furent les travaux qui ont continué et développé l'œuvre magnifique. Cependant celle-ci semble bien avoir atteint et même dépassé son apogée.

La conception d'un terrain biologique, sensible ou immunisé, abolie par la certitude de la puissance du microbe, est redevenue d'actualité. Répondant à l'observation clinique précise, consolidée par de récents travaux sur l'hérédité, elle revendique une importance de premier ordre quant à l'éclosion et à l'évolution des maladies, microbiennes ou non.

Certes, le monument pasteurien n'est pas menacé, sauf dans les développements tendancieux et demesurés que certains disciples ont cru pouvoir imposer dogmatiquement. D'ailleurs le domaine microbien est loin d'avoir été entièrement exploré.

Parmi les problèmes non encore soulevés, il en est un qui s'est imposé à mon esprit depuis plusieurs années, et dont la solution immédiatement pressentie m'a paru conforme à une loi biologique universelle. La triste guerre survenue m'a ôté les moyens matériels d'en donner la preuve expérimentale. Mais cette preuve m'est offerte par de très remarquables expériences, assez mystérieuses, dont les auteurs n'ont tiré aucune conclusion positive. C'est pourquoi, les années s'accumulant sur ma tête, et la même impossibilité matérielle persistant, j'ai pris la décision, un peu audacieuse venant d'un simple médecin praticien à la retraite, de soumettre une conception neuve, et je crois féconde, à ceux qui sont des maîtres et des confrères.

Voici l'énoncé du problème : *quel procédé emploie le bacille de la tuberculose pour coloniser et envahir l'organisme ?*

L'obligation primordiale de tout être vivant est de se développer et se reproduire. Il doit pour cela trouver et absorber la nourriture qui lui convient, c'est-à-dire saisir et s'incorporer d'autres organismes, morts ou vifs, capables ou non de se défendre. Dans ce but, la nature donne à chacun les notions innées et les armes nécessaires pour choisir, dominer, sacrifier sa proie. Carnassiers, herbivores, oiseaux, poissons, insectes, graines, spores, etc..., sont munis d'appareils, bouche, dents, bec, griffes, dard, suçoir, trompe, racines, etc..., pour capturer, dissocier, pénétrer, aspirer, absorber.

Les organismes complexes, formés de cellules fixes et mobiles, élaborent un liquide nutritif où, par endosmose, elles n'ont aucune peine à se nourrir. Mais le bacille de Koch, vie unicellulaire, ne connaît de milieu nourricier naturel que celui des organismes composés, quand il peut s'y introduire. Or, à moins d'une prise de possession de cellules fixes, son séjour dans les liquides circulants est presque toujours de courte durée : il est vite éliminé ou détruit. Ce séjour n'explique d'ailleurs nullement le mécanisme des lésions qu'il est susceptible de provoquer, puisqu'il n'a aucune arme apparente, aucun organe lui permettant de s'agripper aux cellules et de s'en nourrir.

Nous savons que les dites cellules sont munies d'un revêtement, qui, sans gêner leur nutrition, les protège régulièrement contre des produits offensifs, dissous ou non dans les liquides physiologiques. Tant que cette écorce reste inaltérée, il n'est pas concevable qu'elles cèdent leur substance à un adversaire tel que le bacille de Koch.

On peut se demander si ce dernier n'est pas capable, comme les leucocytes, de mouvements amiboïdes pour se déprimer en doigt de gant et englober la proie. Mais jamais le bacille de Koch n'a montré cette qualité.

Quant à l'attraction physique de deux corps en contact, elle ne saurait s'assimiler à un pouvoir de succion et permettre une hypothèse esquissant la solution du problème. Cela concorde avec cette présence passagère, inoffensive, du bacille de Koch dans l'organisme, et l'innocuité prouvée des infections paucibacillaires, et montre bien qu'il ne lui suffit pas d'être au contact des cellules pour les pénétrer, s'en nourrir et fonder une colonie active : il lui faut remplir d'autres conditions. Cherchons donc autrement quel moyen offensif peut utiliser le bacille.

Essayons d'une méthode mathématique et supposons le problème résolu, c'est-à-dire le bacille de Koch absorbant par simple endosmose la cellule qui a perdu son moyen naturel de défense, son enveloppe ayant d'abord été lésée ou corrodée ; le point d'interrogation est de comprendre avec quelle arme a été provoquée la lésion pariétale.

Dans cette voie, une clarté semble venir de la constatation fréquente de l'impuissance des leucocytes à résorber les bacilles englobés par leur invagination, impuissance qui se termine par leur nécrose et leur désagrégation. On a essayé d'expliquer ce résultat par la coriacité de l'enveloppe ciro-graisseuse alcoolo-acido-résistante du bacille de Koch, mais si ce revêtement constitue bien une cuirasse défensive solide, il ne s'ensuit pas que ce soit en même temps une arme offensive. De plus, s'il est vrai que le leu-



cocyte ait été vu succombant, ce n'est pas une règle absolue ; d'autre fois il sort vainqueur du duel. Puis, considération générale, *on sait que deux solides en contact n'exercent d'action modificative l'un sur l'autre que s'ils peuvent s'extérioriser à l'état radiant, gazeux ou liquide.* Cette loi formelle oblige à conclure de nouveau que l'enveloppe du bacille ne peut provoquer la nécrose d'une écorce cellulaire uniquement par sa présence ; il faut quelque chose de plus, une force inhérente à lui-même qui soit une émanation ou une sécrétion externe.

Or, depuis Robert Koch, on a appris que le bacille tuberculeux émet des sécrétions, l'une extérieure, l'exo-tuberculine, l'autre intégrée à sa substance, l'endo-tuberculine, lesquelles ont été étudiées et utilisées de bien des sortes. Il est possible que cette considération physiologique nous fasse toucher la solution.

Ces deux tuberculines sont-elles identiques ? La chose me semble vraisemblable et logique. Mais exact ou non, c'est sans importance pour notre problème, l'endo-tuberculine étant hors cause, puisque, dans l'invasion habituelle de la maladie, la sécrétion externe seule est capable d'agir. Cela ne saurait empêcher de tenir compte, dans une juste mesure, des expériences rigoureuses faites avec leur mélange. Or, de très nombreuses recherches (1) ont prouvé leur nocivité, non certes absolue, mais cependant constante sur les organismes déjà touchés par la tuberculose, tandis qu'elle est relative et irrégulière dans les organismes sains (2).

Cette dernière observation expérimentale illustre bien l'enseignement clinique de la résistance naturelle fréquente à l'invasion bacillaire, c'est-à-dire à l'action première nécrosante de l'exo-tuberculine, sans laquelle il serait impossible au bacille de Koch de coloniser et continuer à proliférer.

Depuis une dizaine d'années environ, certaines expériences ont montré que des lésions tuberculeuses, étendues, mutilantes, rapidement mortelles, peuvent être obtenues en l'absence de tout bacille vivant. Les voici résumées :

Des cultures de bacilles de Koch tuées par la chaleur ou un antiseptique sont triturées longuement, puis émulsionnées dans de l'huile de vaseline ; et cette émulsion est injectée dans le testicule du lapin ou du cobaye. Les animaux meurent rapidement avec de grosses lésions pulmonaires identiques à celles que provoque le bacille vivant dans la phtisie rapide. Le fait matériel est incontestable, les expériences ayant été reproduites de divers côtés sans la moindre discordance. Nous savons qu'habituellement l'infection expérimentale du cobaye donne de grosses lésions du foie et de la rate ; avec ce dernier procédé c'est le poumon qui devient le lieu d'élection.

Les mêmes lésions pulmonaires ont été obtenues en injectant l'huile de vaseline seule dans le testicule, et la bouillie de bacilles morts et triturés seule également sans les mélanger.

Quelle part faut-il attribuer dans le résultat au véhicule et au lieu choisi pour l'injection ? En réalité, le testicule semble surtout un organe qui n'accepte pas l'enkystement de l'émulsion ; par sa tonicité spéciale, et peut-être certaines contractions musculaires aidant, il favorise le passage rapide du mélange dans les veines, d'où sans peine celui-ci remonte au cœur droit par la veine cave inférieure, et de là arrive aux capillaires pulmonaires.

Quant à l'huile de vaseline, corps étranger que l'organisme est incapable de résorber ou de détruire, nous savons que celle qui, par la voie laryngée, pénètre dans l'arbre respiratoire en quantité suffisante se localise en des enkystements profonds dénommés vaselinomes. Il est donc logique de penser que celle qui parvient aux capillaires des poumons y reste adhérente, gênant la fonction d'hématose dans les territoires correspondants. A-t-elle une autre action nocive ? Très évidemment sa présence diminue la vitalité des cellules qui en dépendent en faisant obstacle à leur nutrition. *Elle crée donc immédiatement un état de moindre résistance demi-lésionnel, qui permet à la tuberculine adhérente de faire sentir au maximum son activité nécrosante.*

Donc, sans bacille vivant, on obtient avec la tuberculine ce que le bacille de Koch virulent semble réaliser dans la forme rapide dénommée granulie aiguë et *qu'il serait incapable d'obtenir sans l'action préalable de son exo-tuberculine diffusée régulièrement* des lieux biologiques plus ou moins cachés où il a pu s'installer pour faire le siège de la place.

La conclusion obligatoire est donc celle-ci : *les lésions constatées dans la tuberculose sont dues non pas au bacille agissant directement, mais à sa sécrétion externe qui remplit le rôle de fourrier et va en avant préparer les logements.*

Ceci donne l'explication des cas assez fréquents de tuberculose évolutive, où la recherche du bacille est longtemps négative. Et c'est d'accord aussi avec la conception du rhumatisme de Poncet, dû à une exo-tuberculine atténuée par une défense organique non absolue.

Il me semble qu'il ne saurait y avoir aucune opposition de principe à cette notion du bacille, hébergé dans des ganglions indolores, provoquant par sa sécrétion externe des lésions à distance plus ou moins graves, sans avoir besoin de sortir de sa prison ganglionnaire. Qu'on veuille se souvenir que les lésions du tétanos

(1) Dominici et Ostrovsky. — Recherches sur les poisons du bacille de Koch.
(2) Jean Valtis. — Le virus tuberculeux.

sont dues à la toxine, le bacille restant localisé dans la plaie primitive. Ma conception est donc d'accord avec la réalité biologique !

Il me faut joindre aux expériences précédentes la relation sommaire d'expériences complémentaires, plus remarquables encore, dues aux mêmes physiologistes : *par la même technique d'émulsion dans l'huile de vaseline de bacilles morts avirulents, ainsi que de bacilles paratuberculeux saprophytes, il a été obtenu les mêmes grosses lésions rapides qu'avec l'émulsion de bacilles virulents morts.*

Les conclusions à en tirer sont aussi simples que rigoureuses :

1° *Chez ces bacilles inoffensifs, mais de la même famille que le bacille de Koch, la secrétion interne est virulente.*

2° *Leur manque habituel de virulence ne tient qu'à un détail, l'absence de secrétion externe.*

Ces deux propositions soulignent et confirment sans équivoque ma conception de l'importance primordiale de l'exo-tuberculine pour provoquer la maladie.

Comme auteurs de ces expériences, communiquées à la Société de biologie et à l'Académie des Sciences, citons Hagan et Levine, Saens, R. Laporte, Noël Rist, Nine Choucroun, et quelques autres que je m'excuse de ne pouvoir nommer, étant loin de mes livres et documents restés à Paris.

Conclusions générales :

1° Le bacille de Koch n'est offensif normalement que par son exo-tuberculine, laquelle est nécessaire et suffisante pour créer la maladie tuberculeuse.

2° Une médication spécifique de la tuberculose doit viser non à supprimer le bacille, mais à neutraliser rapidement sa secrétion.

3° L'immunité est la faculté de détruire la toxine tuberculeuse par la secrétion de produits organiques antitoxiques.

Ceci, je l'avais nettement indiqué dans une critique de la cuti, communiquée à la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Ville de Paris, le 22 juin 1939, où je disais : « La tuberculine est une toxine sensibilisante dont l'activité agressive sur nos cellules prépare leur colonisation par le bacille de Koch. Si cette substance était détruite avant toute lésion cellulaire, le bacille de Koch serait un saprophyte inoffensif. »

Ai-je à modifier quelque chose à cette formule?

Dani Hervouet.

HERNIE ET ACCIDENT DU TRAVAIL

Je me permets de vous soumettre ma modeste contribution à la suite de plusieurs articles parus sur « hernie et accident du travail » dans le *Concours médical* tout dernièrement. J'admire l'ingéniosité des chercheurs, qui va jusqu'à vérifier les modifications de pression dans le rectum et aux orifices inguinaux, pour établir que la hernie ne peut être due à un accident.

Dans mon cas particulier, je puis parler en connaissance de cause, car j'ai eu une hernie inguinale. Mes constatations ont été très précises. J'avais contracté cette hernie brusquement à la suite d'un effort violent, il y a plusieurs années. J'avais auparavant fait bien des efforts, (j'ai joué au foot-ball pendant quinze ans en championnat, j'ai pratiqué l'athlétisme pendant de longues années, en particulier le saut à la perche) sans jamais avoir souffert de la faiblesse de ma paroi abdominale. Je n'ai jamais rien présenté à l'orifice inguinal gauche, et vous pensez si je me suis examiné et si j'ai vérifié l'état de mon canal.

D'autre part, je puis assurer que le fait de faire un effort quelconque (par exemple soulever une charge de 10-20 kilos) se faisait immédiatement sentir à la hernie qui augmentait de volume, quoique un expert ait prétendu que la pression à l'orifice inguinal ne se modifiait pas.

Ces faits, je les ai souvent vérifiés en clientèle et je ne puis admettre que toutes les hernies soient considérées comme des maladies congénitales, et non comme des accidents. Cela est si vrai, que bien des médecins contrôleurs admettent l'origine accidentelle de certaines hernies (celles survenues brusquement par effort, unilatérales, chez des sujets musclés). Il ne faut tout de même pas considérer tous ces « accidentés » comme des simulateurs. Il en est d'ailleurs de même pour les lumbagos traumatiques si contestés, même si les ouvriers s'effondrent sous la charge devant témoins.

Je terminerai en pensant qu'on est tout de même mieux placé pour parler de l'accident herniaire, quand on l'a eu soi-même.

Dr Noel, Chaville (Seine-et-Oise).

NOTES SUR L'UTILISATION PRATIQUE ACTUELLE DES ALIMENTS

Dans une intéressante monographie de *La Médecine* (numéro d'août 1941), M. P. LASSABLIÈRE donne sur l'utilisation des aliments, rationnés, non rationnés, et de remplacement, des conseils qu'il est utile de rappeler et que l'auteur complète par quelques formules culinaires appropriées aux restrictions.

Le pain, élément de base de la nourriture des Français, est un produit alimentaire de prix modeste et de grande valeur énergétique (100 grammes fournissent 250 calories). Il est riche en phosphore, en magnésie, et apporte les précieuses vitamines A, B1, B2, B3, E et P. Pour l'économiser, employer surtout le pain rassis ou grillé, ne couper que des tranches minces, utiliser les miettes pour les panades, les sauces, croquettes de pain, etc. Transformer les fragments de croûtes en chapelure.

Consommer le beurre à l'état cru pour conserver ses vitamines, A et D, si utiles.

Parmi les aliments non rationnés, figurent les poissons, la triperie, les crustacés, etc...

Les poissons sont riches en sels minéraux et en vitamines. Renforcer leur rendement par la préparation culinaire : addition d'huile, de jus de citron (vitamine C), de persil, d'olives, de tomates.

Il convient d'insister sur la valeur nutritive de la triperie : foie de veau, rognon, gras double, langue de bœuf, boudin (100 gr. de boudin fournissent 484 calories).

Les escargots constituent une ressource non négligeable.

Certains végétaux comme les lentilles, les fèves, les haricots secs sont des aliments de grande valeur, par leurs protides (25 à 25 %) et les calories qu'ils fournissent (330 pour 100 grammes). La qualité de ces protides, toutefois, est inférieure à celle de la viande.

Les légumes verts, les châtaignes, les salades, les fruits sont riches en matières minérales et en vitamines. La valeur énergétique de certains est très appréciable (près de 200 calories pour 100 grammes de châtaignes, 91 pour 100 grammes de pommes de terre, 60 pour 100 grammes de poires). On recommande dans le but d'une utilisation plus complète, de laver les fruits, de gratter les navets et carottes, sans les peler, de peler les pommes de terre après cuisson, de se servir des parties vertes des légumes.

Le lait écrémé garde toute sa caséine, ses glucides, ses vitamines hydrosolubles.

Quelques recettes, enfin, prises au hasard.

On donnera un goût plus agréable aux soupes en les faisant cuire avec des os de bœuf, de veau, de mouton, qu'on peut se procurer sans ticket.

La rareté des corps gras interdisant à peu près les fritures, faire les poissons au court-bouillon. Servir avec une vinaigrette ou une sauce (sauce blanche , sauce tomate).

On attendrit beaucoup la viande (de bifteck « mal placé » par exemple), en la frappant avec le plat du hachoir, puis en l'enduisant d'un peu d'huile (le cognac fait très bien aussi).

La grillade a l'avantage de ne pas dépenser de corps gras. Une grillade s'enduit seulement très légèrement de beurre ou de graisse et se cuit à feu vif. Ne saler que quand elle est dorée.

P. LACROIX.

LE PROPIONATE DE TESTOSTÉRONE DANS LES AFFECTIONS THYROIDIENNES

L'emploi de l'hormone mâle dans le traitement des affections thyroïdiennes, dans la maladie de Basedow en particulier, est encore à la période d'étude.

Azerad a expérimenté la testostérone chez trois malades atteintes de goître exophtalmique : deux ont été améliorées (diminution du goître dans un cas, de la tachycardie dans un second cas).

Lœser a obtenu, une fois également, une atténuation des troubles thyroïdiens (exophtalmie, tremblement). Simpson signale des effets favorables.

Ayant constaté expérimentalement, chez le rat, des modifications de structure de la glande thyroïde à la suite d'injections répétées de propionate de testostérone, Mlle Ida MODAY (Thèse de Paris, 1941 : *Modifications de la thyroïde sous l'effet de la testostérone*), a administré, à la consultation du Docteur Sainton, cette hormone à une femme atteinte de Basedow (deux injections par semaine, de 5 milligr. chacune, pendant un mois). La malade a noté une diminution de volume du goître et une amélioration des phénomènes nerveux.

Ces tentatives thérapeutiques, pour encourageantes qu'elles soient, ne permettent pas toutefois actuellement, de fixer la valeur réelle du traitement.

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE



La Presse

Diagnostic de la grossesse gémellaire

L'attention sera attirée par l'hérédité gémellaire et par le fait que, chez une multipare, la grossesse semble différente des autres. Tout cela, écrit le Professeur C. JEANNIN, donne un soupçon et c'est tout. On garde, comme moyen de valeur, le palper ; celui-ci sera : absolu, si l'on trouve trois pôles ou deux pôles trop près l'un de l'autre, ou deux têtes, ou deux dos ; indicateur par la petitesse des parties senties. Le toucher est excellent si l'on trouve un pôle engagé, et un au-dessus du détroit supérieur ; il reste bon, en présence d'un pôle trop petit pour l'énorme volume de l'utérus.

L'auscultation ne donne qu'un bon signe : le rythme à quatre temps, et combien rare et momentané ! On fera une place à part à l'hydramnios, qui a une valeur pour et contre : pour, parce que souvent symptomatique de gémellaire ; contre, parce qu'il gêne le palper.

Bref, c'est un diagnostic habituellement faisable, assez fréquemment difficile, parfois impossible. Si on n'y pense pas systématiquement, on passe à côté. (*Journal des Praticiens*, 12 juillet 1941).

Essais de traitement des crises d'asthme par l'autosérothérapie hirudinée intra-dermique prétrachéale

Cette méthode est celle du Docteur P. DURAND (de Courville) ; elle est née des difficultés que l'on éprouve parfois de façon immédiate et durable à calmer certains asthmatiques. Il s'agit d'un traitement par le sérum, produit par l'application d'un vésicatoire, empruntant par conséquent des propriétés calmantes de la cantharide ; celui-ci est renforcé par l'injection d'hirudine au patient au moyen d'une application concomitante de sangsues, l'hirudine modifiant la viscosité sanguine en empêchant ou en enrayant la floculation que l'on retrouve dans les états de choc, dans l'asthme. Enfin, la réinjection est intradermique (d'où action sédative sur le système neuro-végétatif), et prétrachéale, levant ainsi la « barre trachéale », bien connue de tous ceux qui souffrent de crises d'asthme.

Voici la technique, conseillée par l'auteur :

Le soir, application sur un côté du thorax d'un petit vésicatoire de 0,05 sur 0,05, que le malade garde jusqu'au lendemain. En même temps, on fait placer sur l'autre côté du thorax trois sangsues qui, pendant leur heure d'action, suffiront à injecter au patient une dose convenable d'hirudine.

Le lendemain matin, on enlève avec précaution le vésicatoire, afin de ne pas rompre les vésicules ; on en aspire le contenu avec une seringue de Pravaz ; puis, celle-ci était munie d'une aiguille fine à injection intradermique, on injecte le liquide recueilli en une vingtaine de points, par voie strictement intradermique, au niveau des premiers anneaux de la trachée, siège habituel de la manifestation hyperplasique de la crise d'asthme.

L'effet produit est rapide ; le soulagement s'opère dans les heures qui suivent, souvent en moins d'une heure, et semble persister longtemps ; chez quelques malades, la crise n'a plus reparu depuis quatre mois. Une seule séance paraît suffire, parfois accompagnée d'une deuxième quelques jours après (dans ce dernier cas, l'hirudinase persistant quelques jours, n'a pas à être renouvelée). (*Journal des Praticiens*, 12 juillet 1941).

Les réactions cutanées négatives à la tuberculine dans l'érythème noueux

Tel est le sujet d'une étude, publiée par le Professeur NOBÉCOURT et S.-B. BRISKAS, dont voici les conclusions :

1° Dans la plupart des érythèmes noueux, les réactions cutanées à la tuberculine sont positives ou fortement positives ; 2° dans certains cas, approximativement dans 6 p. 100 des cas, les réactions sont négatives. Il peut s'agir de réactions différées, les réactions devenant positives au bout de peu de temps ; en présence de réactions négatives au cours d'un érythème noueux, il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence de tuberculose. Mais, il y a des cas, où les réactions sont toujours négatives pendant deux, trois, quatre, cinq ou six ans après l'érythème noueux, et où les examens radiologiques du thorax montrent l'absence de lésions.

Faut-il conclure que ces érythèmes noueux ne sont pas dus à l'infection tuberculeuse et relèvent d'autres causes ? D'aucuns le pensent et il semble bien, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'ils aient raison. (*La Presse médicale*, 6 juillet 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Fluxion des glandes sub-linguales, hémophilie et carence alimentaire

(MM. C. Lepoutre (de Lille), Danes et Defaux ; 29-7-1941)

M. Lepoutre a observé, dans ces derniers mois, deux malades atteints du syndrome suivant : une fluxion à apparence phlegmoneuse des glandes sublinguales, des accidents d'hémophilie (anémie, hématomes fugaces, ecchymoses, hématurie, hémoptysie) et un déficit en vitamine C mis en évidence par des dosages de l'acide ascorbique dans l'urine.

Cet ensemble de signes tend à faire admettre que le syndrome en question se rapproche d'assez près du scorbut, malgré l'absence de gingivo-stomatite. Le pseudo-phlegmon hémorragique du plancher buccal a été signalé d'ailleurs par P.-E. Weil, dans l'hémophilie.

Le Professeur Lepoutre a connu le scorbut à Lille en 1915, alors qu'une partie de la population était absolument privée d'aliments frais. Le comité Franco-Américain apporta son aide, les habitants furent avertis, et le scorbut disparut. La situation n'est pas pareille aujourd'hui. On trouve dans le commerce oranges et citrons, et légumes frais. Il n'en reste pas moins que les éléments pauvres de la population sont alimentés de façon tout à fait insuffisante et il est certain que le syndrome observé chez ces deux malades relève d'une carence alimentaire (carence générale ou particulière, ou ration non équilibrée).

Streptococcie cutanée gangréneuse avec streptococcémie guérie par le 693 F.

(MM. Gougerot et Tétreau ; 29-7-1941)

La malade de MM. Gougerot et Tétreau, entrée à l'hôpital pour des lésions cutanées diverses intenses (ulcérations de froidure infectées par le streptocoque, streptococcie cutanée bulleuse, lymphangite, gangrènes) et de l'hyperthermie (39°2), fut traitée — l'examen microbiologique du liquide des phlyctènes ayant montré des streptocoques (l'hémoculture révéla aussi du streptocoque) — par le 693 F (43 grammes en 14 jours), des pansements au permanganate de potasse et au Dakin, et une médication tonique générale. En 48 heures, la température tomba de 39° à 37°5. Un mois plus tard, guérison complète, sauf les ulcérations restantes qui commencent à se cicatriser et que le chirurgien s'efforce de greffer.

Septicémie mortelle à « streptobacillus » consécutive à une morsure de rat-palmiste

(MM. Peltier, Arquié, Durieux, Jonchère et Bonnet ; 29-7-1941)

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer, à Dakar, une septicémie humaine mortelle, consécutive à la morsure d'un rongeur sauvage africain et dont l'agent spécifique est une bactérie qu'ils ont pu isoler et étudier. Ce germe offre beaucoup d'analogies avec *streptobacillus moniliformis* (Levaditi, Nicolau et Poincloux) et *Haverhillia multiformis* (Parker et Hudson).

La morsure du rat-palmiste est redoutée des indigènes dans la région de Dakar. Elle paraît l'être moins dans d'autres régions de l'Afrique Occidentale Française.

Peut-on vacciner l'homme contre la rage au moyen de l'encéphale du chien mordeur ?

(MM. P. Remlinger et J. Bailly ; 5-8-1941)

M. Remlinger pose cette question à propos d'un fait rapporté par le Docteur Golovine. M. Golovine, s'étant trouvé dans l'impossibilité d'envoyer à un Institut Pasteur des sujets mordus par des chiens, traita lui-même à l'acide phénique des émulsions de cerveaux des animaux mordeurs et injecta lesdites émulsions comme s'il s'agissait d'un vaccin antirabique ordinaire. Sur sept cas, il n'y eut ni incidents, ni insuccès.

Ce mode de vaccination heurte les idées reçues quant aux propriétés respectives du virus fixe et des virus rabiques de rue. Ayant soumis au contrôle expérimental le mode thérapeutique nouveau en question, M. Remlinger estime pouvoir conclure que s'il est facile d'obtenir avec l'encéphale de l'animal mordeur une émulsion dont l'inoculation ne comportera guère de danger, par contre, les propriétés vaccinantes d'une telle émulsion appellent de sérieuses réserves. Il ne faut pas perdre de vue que, même mordue par un chien dûment enragé, une personne ne suivant pas le traitement pasteurien a cinq chances sur six de ne pas succomber à la rage. Les succès de M. Golovine peuvent s'expliquer par une série heureuse. Cependant, dans des cas semblables, devant une impossibilité absolue d'envoyer des sujets mordus à un Institut ou de recevoir de lui du vaccin, aucun argument péremptoire ne s'opposerait à ce que le bulbe du mordeur servît à faire une émulsion phéniquée où le virus serait tué, et que le médecin pourrait utiliser en injections sous-cutanées dans les mêmes conditions qu'un des vaccins antirabiques classiques, mais toutefois sans se faire grande illusion sur son efficacité. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES LIBERTÉS REQUISES POUR LA MÉDECINE HUMAINE

Suite (V) (*)

Dans la leçon d'ouverture de la Semaine sociale de Rouen, le président de la Commission générale, M. Duthoit, l'éminent doyen de la Faculté libre de Droit de Lille, expliquait comment une vraie liberté de se soigner comporte une prévoyance qui rende possibles les soins le jour où ils deviennent nécessaires.

Il y a donc une meilleure liberté du malade dans un monde où des lois prévoient et organisent des soins.

Réjouissons-nous donc qu'il y ait une liste impressionnante de ces lois : assistance médicale gratuite, assistance aux femmes en couches, protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons, loi sur les enfants assistés, assistance aux vieillards, aux infirmes, aux incurables, assistance aux tuberculeux, éducation des enfants anormaux, assistance aux aliénés, loi des pensions militaires, loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, Assurances sociales, etc... (1).

Réjouissons-nous aussi de la multiplication des organisations d'hygiène préventive et de soins, par les entreprises privées, dispensaires et consultations gratuites, infirmières d'usine, médecins d'usine, par les chemins de fer, par l'Etat lui-même.

Soucieux du bien commun, l'Etat ne peut pas se désintéresser de la santé publique et le voilà donc qui, dans son souci louable de prévenir la maladie et de rendre les soins accessibles au plus grand nombre des citoyens, encourage, surveille, voire organise des dispensaires, des consultations, des hôpitaux. Il oblige tous les salariés à participer aux Assurances sociales, il oblige tous les citoyens à des vaccinations (depuis un siècle la vaccination variolique, hier au régiment la vaccination antityphoïdique, aujourd'hui la vaccination antidiphtérique), il projette de constituer sur tout le pays un vaste réseau de centres de dépistage où tous sans exception seraient conviés, plutôt même obligés, à se faire examiner, à s'entendre intimer l'ordre de se soigner, voire à y être contraints sous peine de sanction, de déchéance (1).

Mais prenons garde qu'il y a là une menace redoutable pour l'avenir médical : une poussée lente mais continue se fait dans le sens de la transformation d'une profession libre en un rôle de fonctionnaires.

A mesure que s'organise le système de protection de la santé publique, se multiplient les fonctions médicales inspecteurs d'hygiène, médecins de dispensaires, médecins de Caisses d'assurances....., l'Etat soigneur a besoin de plus en plus de collaborateurs.

Et le médecin, de son côté, qui sait combien les professions libres comportent d'aléas, et qui n'échappe pas au besoin humain de la sécurité, recherche, — même s'il s'en défend — des « fixes ». Il y a chez tout Français un fonctionnaire en puissance. La peur du risque, pourtant inhérent à l'acte humain authentique, est peut-être un des traits généraux de notre temps.

Nous croyons fermement pour notre part — et nous retrouvons avec fierté ici les témoignages de nos pairs, je songe notamment au magnifique rapport du Professeur Okinczyc : « A la recherche d'une politique de la santé rationnelle et équitable » (2) — nous croyons que ce serait un grand malheur si l'exercice de la profession devenait une fonction d'Etat, comme est celle du notaire.

Et cela, toujours pour les mêmes raisons qui font que l'acte médical est un acte de confiance et de don réciproque, et que je ne vois guère comment le médecin fonctionnaire pourrait, même animé dans l'intime de son cœur d'une charité héroïque, être autre chose qu'un rouage d'une administration. « Je regrette, mon pauvre ami,

(*) Voir le *Concours médical* du 17 août, 14 septembre, 5 et 19 octobre.

(1) Assistance médicale gratuite, loi du 15 juillet 1893 ; assistance aux femmes en couches, loi du 17 juin et 30 juillet 1913 ; protection des enfants du premier âge et, en particulier, des nourrissons, loi du 23 décembre 1874 ; loi sur les enfants assistés, du 27 juin 1904 ; assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, loi du 14 juillet 1905 ; assistance aux tuberculeux, loi du 15 avril 1916 ; éducation des enfants anormaux, loi du 15 avril 1909 ; assistance aux aliénés, loi du 30 juin 1838 ; loi des pensions militaires, du 31 mars 1919 ; loi sur les accidents du travail (1898), et les assurances sociales (1931).

(1) Voir notre cours à la *Semaine sociale de Reims*, 1933.

(2) Pages documentaires de l'U. C. S. S., 16, rue Tiphaine, Paris, août-septembre, 1937.

mais cela n'est pas de mon rayon, voyez donc le bureau à côté »....

***

Ces organisations comportent un autre risque, celui de ne pas respecter la liberté du choix du médecin par le malade.

Elle est une des idées essentielles de toute charte médicale. Les Syndicats médicaux l'ont revendiquée lorsque se discutait la loi sur les Assurances sociales et l'on ne saurait trop féliciter et remercier ceux dont la ténacité a fait inscrire dans la loi cette sauvegarde. Mais en fait, combien elle est réduite !

Le malade indigent ou même celui de situation moyenne, qui va demander des soins à l'hôpital, au dispensaire, peut-il choisir son médecin, son chirurgien ?

Je crois ne pas déformer la réalité en répondant non.

On m'objectera peut-être : « s'il avait le moyen de choisir, le malade ne serait pas à même d'en user. Comment voulez-vous qu'il sache si c'est Monsieur un Tel ou Monsieur un Tel qui est compétent pour le genre de maladie qu'il présente, qui est le meilleur chirurgien pour cette opération... Ce choix, il a été fait, au lieu et place du malade par de plus compétents que lui, par l'Administration de l'hospice, par les autres médecins ou chirurgiens, grâce à la sélection du concours. Notre système permet à ce malade, que sa situation de fortune priverait des soins des plus habiles, de bénéficier de leur science. Ce bienfait vaut bien en compensation la perte de la liberté ».

On me dira encore que, de ces subtilités de moraliste, le malade n'en a cure ; et que, pourvu qu'on l'hospitalise, qu'on lui donne un lit, une salle chauffée l'hiver et des soins, il ne regarde pas qui les lui donne ; souvent, il ne sait même pas le nom du médecin qui le soigne, il veut simplement être soulagé — et j'entends presque mon interlocuteur ajouter tout bas : « comme une bête malade ».

La question n'est pas de savoir si la majorité des malades tient à faire usage de cette liberté, ni s'il serait à même d'en faire bon usage, la question est de chercher si cette liberté est sauvegardée.

Si le malade ne désire pas choisir, c'est qu'on l'a habitué à cette idée que, ce qui importe pour lui, c'est la matérialité des soins, un bon lit, le remède idoine, l'incision chirurgicale correcte. On ne lui a pas appris, ou on lui a fait oublier (devant la splendeur de tel hôpital moderne comment ne serait-on pas tenté de l'oublier ?) que ce dont il a vraiment besoin, lui homme, ce n'est *pas seulement* d'un art vétérinaire, mais bien d'une médecine intégrale, humaine, dans laquelle, les qualités personnelles, psychologiques et morales de son médecin, de son chirurgien, auront autant d'importance que le dosage rigoureux de la potion ou la virtuosité opératoire. S'il savait bien cela, il serait le premier à ne vouloir être soigné que par ceux en qui il sentirait que sa confiance est bien placée, il voudrait alors pouvoir faire usage de son droit de choisir.

Que vienne d'ailleurs un de ces cas où l'on ne peut pas ne pas se poser la question, immédiatement le malade prend conscience de son désir de choisir. Je connais de trop nombreux cas où tel mari ne peut pas envoyer sa femme, nouvellement enceinte, soigner à l'hôpital une mauvaise bronchite, une tuberculose commençante, parce qu'il est sûr que, automatiquement, on la fera passer du service de phtisiologie dans celui d'obstétrique et que l'on interrompra la grossesse.

Il reste, je le sais bien, à ce père et à ce mari, en fait de liberté, celle de ne pas conduire sa malade à l'hôpital, mais c'est-à-dire de la priver de soins, à moins qu'il ne se trouve que les prodiges de charité aient ouvert ailleurs un autre institut de traitements.

On me fera remarquer que, même indigent, un malade qui veut être soigné par tel maître en qui il a confiance et dans le service duquel il ne devrait pas être normalement envoyé, peut toujours obtenir un mot de ce chef de service, exprimant son désir de le prendre dans ses salles hospitalières et que l'administration n'y fait pas obstacle. Sans doute, mais cela ne peut être vrai que dans de très grands centres, où il y a de multiples hôpitaux, de très nombreux services.

Et ce que nous venons de dire de l'hôpital, il faut le dire tout autant des dispensaires. Si le législateur veut faire œuvre vraiment humaine, il faut qu'il laisse à l'initiative privée la possibilité de créer, de faire fonctionner des dispensaires libres, il ne faut pas qu'il attribue à l'Etat le monopole des dispensaires.

Car, encore une fois *quand il s'agit de médecine, il y va de l'homme tout entier.* On ne peut pas agir médicalement de la même manière selon qu'on s'inspire d'une conception animale ou spirituelle de l'homme (1). Les droits, les libertés en matière de santé, en matière de soins, sont trop proches des droits et des libertés de la personne pour qu'on ne laisse pas leur place aux initiatives privées.

(*A suivre*). Dr René BIOT.

(1) C. F. R. BIOT « Le corps et l'âme ». V. le ch. : « La Médecine humaine et le service de la personne ». Plon, Paris, 1938.

APPEL A TOUS LES MÉDECINS DE FRANCE POUR LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Nos détracteurs disent souvent que le médecin est dépourvu du sens social il serait incapable de s'intéresser à autre chose qu'aux relèvements de tarifs ; et il ne sortirait de sa léthargie que pour protester avec violence contre tout prélèvement de solidarité.

Je crois qu'une magnifique occasion s'offre au Corps médical de faire mentir cette réputation en intervenant en masse dans un problème social de premier plan celui de l'alcoolisme.

Certains d'entre nous se sont déjà jetés dans la mêlée, mais lorsqu'ils disent que l'abus des boissons fermentées est en train d'anéantir la race française, ils se voient répondre ceci « vous exagérez beaucoup l'importance du mal ; d'ailleurs, la plupart de vos confrères pensent au contraire que le vin est un aliment merveilleux dont l'usage ne se répandra jamais assez «. Et de vous jeter à la tête quelques noms, toujours les mêmes : Pasteur, Duclaux, Portmann, etc...

Pour que notre action prenne toute l'autorité nécessaire, il faut que de *très nombreux* confrères se joignent à nous. J'ai fait paraître un premier travail (1) basé sur l'expérience des médecins de la région nantaise. J'en prépare un autre, qui, restant attaché aux mêmes méthodes de lutte, s'appuiera sur l'autorité et l'expérience de tous les confrères dont j'ai déjà reçu les travaux ou qui voudront bien m'écrire et me dire ce qu'ils ont observé, chacun dans sa région.

C'est, en somme, un peu le projet du Dr Julien que je me permets de reprendre puisqu'il déclare lui-même y renoncer devant le petit nombre de réponses reçues. Je crains que l'ampleur de son questionnaire ait découragé beaucoup d'entre nous. C'est pourquoi je soumets aux confrères le questionnaire réduit suivant

L'alcoolisme vous semble-t-il un danger dans la région où vous exercez ?

Sinon, quel en est à votre avis la raison ?

Si oui, prière de répondre aux questions suivantes

a) 1° Quelles sont les classes sociales frappées par l'alcoolisme, avec, si possible, la proportion des sujets atteints suivant les milieux

a) alcoolisme-maladie ;

b) ivresse fréquente sans maladie déclarée ;

c) *petit alcoolisme d'habitude avec les tares mentales qu'il comporte* ;

2° Hérédité alcoolique ;

3° Alcoolisme infantile et juvénile acquis.

4° *Alcoolisme dans l'armée.*

b) Modes d'alcoolisation

1° Circonstances ; alcoolisme des loisirs, alcoolisme professionnel, etc. ;

2° Boissons à incriminer *a*) vin ; *b*) cidre ; *c*) bière ; *d*) eaux-de-vie ; *e*) apéritifs ;

c) Autres observations et idées personnelles sur la question.

Pour ceux qui n'auraient pas le temps et ceux de la zone non occupée, je demande qu'ils veuillent bien m'écrire en me disant s'ils approuvent les propositions suivantes :

1° Les ravages de l'alcoolisme constituent une menace proche pour l'avenir de la race toute entière ;

2° La consommation exagérée de boissons fermentées, vin en tête, est responsable du plus grand nombre des cas d'intoxication ;

3° Est *exagérée* la consommation quotidienne de plus d'un litre de vin, de plus d'un litre et demi de cidre pour les travailleurs adultes, de plus d'un demi-litre pour les femmes et les adolescents, de toute quantité pour les enfants au-dessous de dix ans.

Toute vanité d'auteur mise à part, je crois que la lecture de ma brochure permettrait aux confrères de se rendre compte des moyens de lutte proposés et d'en faire la critique en me répondant. Je suis donc prêt, dans les limites de mes possibilités à adresser un exemplaire de mon travail à ceux de mes confrères qui en feront la demande. Ceux d'entre eux qui seraient décidés à faire un petit sacrifice pécuniaire pour la lutte anti-alcoolique pourraient verser la somme de 15 francs, prix de la brochure à mon compte de chèques postaux Nantes 141-43. Ceux qui pourraient faire davantage seront les bienvenus, car la propagande antialcoolique est une parente pauvre. A partir d'un versement de 40 francs, le second ouvrage *sera envoyé dès parution*. On y trouvera le nom de tous les correspondants et toutes celles de leurs suggestions qui auront un caractère original.

Malgré les difficultés de l'heure présente, je pense que le Corps médical ne désertera pas cette tâche urgente et que de très nombreux confrères répondront à cet appel avec ou sans cotisations.

Faute de cet appui *massif*, les médecins seront écartés de la direction de la lutte anti-alcoolique (qui leur revient au même titre que celle de la lutte antivénérienne ou anti-tuberculeuse) dont les résultats seront alors nuls, avec comme conséquence la dégénérescence (1) rapide de notre pays.

Dr Perrin, 14 *bis*, rue d'Alger, Nantes.

---

(1) Perrin et Gréau-Vialle. — Le problème de l'alcoolisme. (Arnette, éditeur).

(1) Que l'on ne crie pas à l'exagération ; je reçois presque chaque jour à ce sujet des confidences terrifiantes.

ALLOCATIONS FAMILIALES

❖ ❖

IL FAUT APPLIQUER AUX PROFESSIONS MÉDICALES LE DROIT COMMUN DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Des informations récentes de presse nous font connaître que les « allocations familiales vont être sensiblement relevées... On se serait, en effet, arrêté au principe d'une hausse générale des salaires moyens départementaux avec fixation de taux spéciaux pour certaines agglomérations ». Ce relèvement ne peut manquer de se faire sentir sur les cotisations à brève échéance et le problème des allocations familiales qui se posait depuis un certains temps déjà, de manière aiguë, dans le Corps médical, ne manquera pas de revêtir une acuité plus grande que jamais. Nous croyons donc nécessaire d'étudier dès maintenant un aménagement du régime actuel, afin que l'injuste répartition de la charge des allocations ne soit pas aggravée encore dans un proche avenir.

A la recherche des causes du mal

La réaction immédiate des médecins, devant l'élévation de la cotisation qui leur est demandée, a été d'accuser tout à la fois le régime des allocations familiales, les dirigeants de la Caisse des allocations familiales des professions médicales, et par surcroît l'Ordre des médecins auquel rien de médical ne doit être étranger. Cette réaction sentimentale, on doit le dire, est quelque peu injuste. Le principe même des allocations familiales, qui est appliqué dans la plupart des pays européens, est socialement indiscutable, au même titre que celui des Assurances sociales. Le dernier « Bulletin » de l'Ordre est venu rappeler avec raison que l'application de ce régime aux professions médicales est antérieure à sa propre naissance, puisqu'elle date de 1935 pour les salaires et de 1939 pour les travailleurs indépendants. Bien plus, la Caisse des professions médicales n'a pas été créée par lui ; il ne participe pas à sa gestion. Il s'agit là d'un régime étatique et général, et non point d'une création corporative. On pourrait seulement reprocher à l'Ordre d'avoir contribué lui-même à créer cette confusion, en faisant de l'affiliation à la Caisse d'allocations familiales une des conditions nécessaires à l'inscription au tableau, ce qui juridiquement ne pouvait se soutenir. La seule sanction corporative prévue par le décret-loi du 16 décembre 1939 est, pour les professionnels non en règle à l'égard de la loi sur les Allocations familiales, de ne pouvoir prendre part aux élections corporatives. Pour l'heure présente, cette sanction ne risque pas d'être auprès des médecins d'une grande efficacité !

Il est facile, alors, d'incriminer la Caisse elle-même, de même qu'on reproche au percepteur l'impôt qu'on lui paye. Certaines erreurs ont pu être commises dans la fixation à l'origine des taux de cotisations ; certaines difficultés ont pu être rencontrées pour obliger tous les médecins, et notamment les célibataires, à se mettre en règle avec la loi. Mais la personnalité des dirigeants de la Caisse, leur expérience du monde médical et des questions sociales, interdisent tout soupçon sur la correction de leur gestion, au reste contrôlée. Et puis, il ne faut pas oublier que le rôle des Caisses est somme toute extrêmement limité, et se borne à une simple opération arithmétique de répartition.

Si l'on veut mettre le doigt sur les véritables causes du malaise, et poser correctement le problème, c'est au régime légal des allocations familiales dans les professions médicales qu'il faut s'attacher. Les particularités de ce régime particulièrement mal traité par le législateur sont à la source des différences de taux de cotisation que nos lecteurs n'ont pas manqué de nous signaler à maintes reprises. Avant d'étudier ce régime et d'envisager les réformes qu'il y a lieu de réclamer, il nous faut pourtant répondre à une question qui nous est souvent posée : la *Caisse des professions médicales*, aux si lourdes cotisations, *jouit-elle d'un monopole*, ou ne peut-on point s'affilier à une *Caisse régionale de travailleurs indépendants* dont les cotisations sont parfois moitié moins élevées ?

La liberté d'affiliation

Aucune disposition de la loi de base du 11 mars 1932, ou du décret-loi sur la famille du 29 juillet 1939 n'a prévu de Caisse obligatoire et unique pour une profession ou une région déterminée. Le *principe de la pluralité* de Caisses ressort, au contraire, implicitement des textes légaux. En effet, la seule obligation imposée aux travailleurs indépendants est de « s'affilier *aux organismes de compensation* agréés par le ministre du Travail... Ces organismes peuvent être soit des Caisses spéciales, soit des *sections* organisées au sein d'une Caisse de compensation et ayant un

fonctionnement financier et comptable distinct ». (art. 34, § 4 du décret-loi du 29 juillet 1939).

Encore faut-il évidemment que le travailleur indépendant choisisse pour s'affilier une Caisse agréée, ou la section d'une Caisse agréée correspondant à sa profession. C'est donc par la bande, c'est-à-dire par les conditions d'agrément, que la liberté d'affiliation va se trouver réglementée et limitée.

Reportons-nous donc au décret du 4 avril 1940 fixant les conditions d'agrément des Caisses constituées entre travailleurs indépendants. Toute Caisse de cette nature ainsi que toute section professionnelle organisée au sein d'une Caisse déjà agréée, ne peut elle-même être agréée que si elle réunit les conditions suivantes : le nombre d'adhérents doit *représenter au moins* 50 % du nombre des travailleurs indépendants qui, dans la circonscription, appartiennent à la profession et s'élever au *minimum* à 3.000, ce nombre pouvant au reste être abaissé pour les sections professionnelles de Caisses déjà agréées, ou lorsque le nombre des travailleurs indépendants déjà recensés n'atteint pas 6.000. Rappelons que ces calculs doivent porter, non pas seulement sur les médecins, mais sur tous les membres des professions médicales ressortissant au même sous-groupe de la nomenclature des professions (médecins, dentistes, pharmaciens, etc.).

Une fois constituée, une Caisse ou section de cette nature ne peut (art. 2, § 6° du décret du 4 avril 1940) « refuser l'admission ou prononcer l'exclusion d'un travailleur indépendant exerçant dans la circonscription une des professions pour lesquelles celle-ci fonctionne ».

C'est en vain qu'on objecterait à notre thèse de la liberté d'affiliation, la Circulaire ministérielle du 17 février 1941, d'après laquelle « les membres des professions médicales disposant d'une Caisse nationale agréée par mon département (*J. O.* du 13 septembre 1940) sont obligatoirement tenus de s'affilier à cette Caisse ». Certes l'arrêté du 9 septembre 1940 a bien étendu la circonscription de la Caisse susvisée à la totalité des départements du territoire métropolitain, mais cette compétence n'est pas exclusive et rien dans la rédaction de l'arrêté ne permet de le supposer.

On nous répondra que de la Circulaire ressort nettement l'intention bien arrêtée du Ministre de ne pas agréer d'autres Caisses ou sections pour les professions médicales. Mais, à notre avis, un tel refus d'agrément, si les conditions réglementaires se trouvent réunies, constituerait un véritable excès de pouvoir que rien ne pourrait justifier. Il y a lieu de ne pas oublier enfin qu'en vertu de l'art. 2-2° du décret du 4 avril 1940 déjà cité, les Caisses ou sections de Caisses agréées *peuvent être ouvertes à toutes les professions que peuvent exercer les travailleurs indépendants* dans leur circonscription.

Ceci dit, y a-t-il avantage à user de cette liberté d'affiliation ? Peut-on y trouver la solution que nous cherchons ? Nous ne le pensons pas.

En effet, ou bien il s'agira de créer des Caisses ou des sections locales de professions médicales, ou bien de s'affilier à une Caisse acceptant localement tous les travailleurs indépendants.

Dans le premier cas, les Caisses ou sections locales se verraient obliger d'appliquer les mêmes règles que la Caisse nationale actuelle pour le calcul des allocations et des cotisations Les sections en particulier, ayant une organisation financière distincte, ne bénéficieront des avantages accordés aux autres professions que la leur. L'avantage, s'il existait, ne pourrait provenir que d'une moins grande natalité dans la région, ou d'un meilleur recrutement des affiliés obligatoires. L'inverse pourrait fort bien au reste se produire. On assisterait à une plus grande irrégularité, donc une plus grande injustice.

Dans le second cas, la Caisse envisagée ne verrait point d'un bon œil l'arrivée massive des travailleurs des professions médicales, qui, soumis à des conditions moins favorables que les affiliés de droit commun, ne pourraient manquer de faire hausser les cotisations générales.

Nous n'aurons donc fait que déplacer le problème, nous ne l'aurons pas résolu.

Les véritables causes du mal

Le décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité, dans ses articles 35, 36 et 37, tels qu'ils ont été modifiés par les décrets-lois du 16 décembre 1939 et du 24 avril 1940, contenait des dispositions fort nuancées et fort prudentes permettant au régime des allocations familiales d'entrer en vigueur avec une souplesse suffisante et sans constituer une trop lourde charge pour les travailleurs indépendants.

En premier lieu, l'art. 35 modifié prévoit que des arrêtés ministériels pourront *exonérer* de toute cotisation certaines catégories de travailleurs indépendants, en raison de leur faible revenu professionnel, du nombre des enfants qu'ils ont élevés ou de leur âge.

L'art. 36 organise en principe une *surcompensation nationale* destinée à venir en aide aux Caisses de compensation ou aux sections de Caisses de travailleurs indépendants, qui seraient anormalement grevées en raison de l'importance des charges de famille des assujettis.

Enfin, et c'est là la disposition la plus importante, l'art. 37 faisait mention d'une *participation de l'Etat* jusqu'à concurrence des deux tiers aux charges résultant pour les Caisses de tra-

vailleurs indépendants du paiement des allocations sur la base des taux minima. Les catégories appelées à bénéficier de cette participation et la quotité de celle-là devaient être déterminées par décret.

Qu'ont fait de ces sages mesures les textes d'application parus depuis lors ? C'est ce que nous allons examiner :

1° *L'exonération.* — L'arrêté du 1er novembre 1940 a prévu deux cas généraux d'exonération : la possession d'un revenu inférieur ou égal à 50 % du salaire de base, le fait d'avoir élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans. *Une troisième cause d'exonération* (laquelle doit d'ailleurs être demandée formellement) dépend de *l'âge moyen des conjoints*, qui doit dépasser 60 ans. Cette exonération s'étend *à toutes les professions, exception faite* d'un certain nombre d'entre elles, dont les *professions libérales* mises sur le même pied à cet égard que les débitants de boissons, les commissionnaires et courtiers, les banques et les assurances. Il est évident, en effet, pour le rédacteur du décret que, le médecin à 60 ans pourrait se retirer après fortune faite de même que l'assureur, le bistrot ou le banquier !

2° La *surcompensation nationale* constitue en soi un excellent principe, rendant les corporations solidaires les unes des autres. Elle permettrait d'éviter que, dans certaines professions ou certaines régions, les cotisations soit moitié moindres que dans les autres. D'après les chiffres fournis par la Caisse des allocations familiales des professions médicales, ces dernières n'auraient qu'à gagner à ce que la sur compensation entre dans le domaine des réalités. Mais rien ne semble encore avoir été fait à cet égard ;

3° *La participation de l'Etat* est réglementée par un décret du 8 avril 1941. Elle est fixée en principe *aux deux tiers* des charges résultant du paiement des minima légaux, et nous noterons que cette importante quotité a été édictée alors que « l'augmentation sensible » qui va être réalisée sous peu n'était même pas en question. Toutefois cette participation n'est accordée qu'aux travailleurs indépendants *autres que les suivants* : professions judiciaires, cultes,... *professions médicales* (à l'exception des infirmiers, gardes-malades, crèches, dispensaires). Un certain nombre de professions n'ont droit qu'à une participation d'*un tiers*, mais sont tout de même mieux traitées que les professions médicales, parce que sans doute plus intéressantes socialement et de revenus moindres ; il s'agit des lettres des arts, des commerces divers, des banques, des assurances, des agences, etc... !

Point n'est besoin d'aller chercher plus loin L'inapplication aux professions médicales de ces trois adoucissements prévus par le législateur suffisent à expliquer le malaise actuel, la défaveur des allocations familiales auprès du Corps médical, et par suite à légitimer une réforme.

Conclusions

Notre réforme n'est pas longue à formuler : elle est contenue dans le titre même de cet article : *il faut appliquer aux professions médicales le droit commun des allocations familiales.* Il faut que les rédacteurs des décrets et arrêtés du ministère du Travail se persuadent une fois pour toutes que les médecins ne sont pas dans la société les derniers vestiges d'une bourgeoisie fortunée à laquelle il est opportun de faire payer sa large part, tandis que le commerce ou les bistrots en sont exemptés pour le tiers ou les deux tiers. Il faut se rappeler que la solidarité corporative est insuffisante pour résoudre le problème de la natalité, car les enfants des médecins n'appartiennent pas à la profession médicale, mais enrichissent aussi bien la nation que ceux des assureurs. Il faut que l'on sache que la charge actuelle des allocations familiales, *a fortiori* les charges futures, sont trop lourdes pour être supportées totalement par le budget du médecin. Il faut que les médecins cessent d'être considérés comme les « parents riches » des travailleurs indépendants.

Nous voudrions enfin sortir du cadre du droit positif et envisager l'institution des allocations familiales sous l'angle de son efficacité sociale. Avec le taux actuel des cotisations, qui sont, ne l'oublions pas, déduites des allocations, un médecin ne reçoit un avantage appréciable au point de vue budgétaire que s'il est père d'au moins cinq à six enfants. Or, il semble d'après les hygiénistes, qu'il est bien plus important d'encourager un grand nombre de familles « optimum » de trois à quatre enfants que de soutenir à grands frais un petit nombre de grandes familles. Il serait opportun à cet effet d'accorder des allocations notables aux premières catégories, en faisant croître le taux de ces allocations moins que proportionnellement avec le nombre d'enfants. Et notre souhait terminal serait que le régime des allocations familiales s'éteigne de lui-même par la généralisation de la famille optima.

Jean MIGNON.

LA RÉFORME MÉDICO-SOCIALE

Suite (1)

Rôle de l'État

La première des choses à faire par l'Etat c'est de refondre la loi du 1er avril 1898 sur la Mutualité. Il faut :

a) Qu'il consacre la création de cette Société de Secours Mutuels unique par département ou unité géographique du pays.

b) Qu'il en collige les statuts.

c) Que toutes les sociétés existantes soient dans l'obligation immédiate d'y adhérer.

Puis que l'Etat fasse obligation à tous groupements d'y inscrire les travailleurs y compris ses propres employés et leurs familles (S. N. C. F., Postes, Finances, Arsenaux, Poudreries Gendarmerie, Sous-Officiers, Parcs, Forêts, Justice, Administration, Enseignement, etc.) Enfin qu'il insiste, par des conseils judicieux, afin que tous ceux qui sont leurs propres maîtres (cultivateurs, petits commerçants, artisans, professions libérales, etc.) s'inscrivent sans tarder.

Il y a actuellement en France 10 millions de mutualistes que l'Etat subventionnait jusqu'à ces temps derniers à raison de 20 % des cotisations et même 40 % des cotisations des sexagénaires. C'étaient de gros frais. C'était souvent une injustice manifeste car rien n'indique dans la loi du 1er avril 1898 les conditions sociales requises pour être mutualiste et, étaient mutualistes et donc profitaient des subventions d'Etat bien des gens dont le revenu annuel dépassait celui exigé par les Assurances sociales.

Maintenant les subventions sont supprimées (ou plutôt suspendues). Le principe en est excellent : chaque Société doit proportionner ses cotisations à ses besoins. Mais en fait, cette décision va pousser les Sociétés de secours mutuels à augmenter leurs cotisations : cette augmentation sera ressentie beaucoup plus par les petites gens que par les mutualistes aisés, et l'on risque d'aboutir à ce fait que se retireront de la Mutualité justement ceux qui en ont le plus besoin.

Tandis qu'en obligeant (sous peine de sanctions prises après contrôle sévère) les dirigeants de la Caisse unique ou des Sociétés de secours mutuels et groupements constituants à diviser leurs cotisants en deux groupes selon leur situation sociale et en ne subventionnant que la catégorie la moins fortunée, l'Etat distribuera sa manne à bon escient et pourra même récupérer ses subventions justement distribuées sur le budget en diminution de l'Assistance publique.

Enfin, en supprimant du budget familial les charges de la maladie, l'Etat marquera un point dans l'accomplissement de la Révolution nationale.

Rôle de la Mutualité

A l'idée de cette Réforme, la Citadelle mutualiste actuelle va faire feu de toutes ses armes. Et pourtant !

L'Etat l'appelle à concourir à cette œuvre généreuse en invitant les Unions mutualistes actuelles à siéger au Conseil d'administration de la Société départementale. Il est vrai que les dirigeants actuels s'y trouveront coude à coude avec ces vieux ennemis que sont les médecins. Vieux ennemis, est-ce bien certain ? Quelques séances leur suffiront pour reconnaître leur erreur sur cette appréciation qu'ils avaient admise sans contrôle et constater qu'une collaboration médico-mutualiste est préférable pour le bon fonctionnement de la Mutualité.

Puis les Sociétés de secours mutuels gardent leur individualité : chaque village, chaque groupement pourra conserver la sienne. C'est à leur trésorier habituel que les membres continueront à cotiser, c'est par son intermédiaire qu'ils toucheront leurs prestations. Et ses sociétés multiples ne tarderont pas à se trouver mieux de l'unification de leurs statuts et de la mise en commun de leurs budgets. Si l'union fait la force, c'est là qu'elles s'en rendront compte. Rien du reste ne les empêchera de couvrir entre ses membres d'autres risques que la maladie : allocation décès, colonie de vacances, secours de chômage, etc.

En ce qui concerne les œuvres médicales des unions départementales, mêmes conclusions. Les pavillons ou cliniques mutualistes continueront à fonctionner, mais le trésorier touchera auprès de la caisse unique le montant de frais de la salle d'opérations et les journées d'hospitalisation des opérés avec lesquels il assurera la gestion de son établissement. Le chirurgien forfaitaire actuel restera chirurgien en titre : à chaque intervention ses opérés toucheront pour le lui remettre, le montant des honoraires à la caisse unique au taux de K = 25 et ses confrères seront admis dans cet établissement au même titre que lui si un mutualiste le désire ainsi.

De même les Mutuelles chirurgicales existantes ou sociétés analogues continueront d'exister si bon leur semble, mais au simple titre d'inter-

(1) Voir le *Concours Médical*, n° 44, 2 novembre 1941.

médiaires entre la caisse unique gérante des cotisations et distributrice des prestations uniformes. Mieux encore, elles se fondront avec la caisse unique en lui apportant l'expérience de leur gestion.

La Mutualité par cette uniformisation gagnera plus de puissance pour elle, plus de liberté et de meilleures prestations pour ses adhérents. Si elle comprend son intérêt général, surtout si ses dirigeants actuels cherchent vraiment pour elle la meilleure transformation, les meilleures conditions pour ses mutualistes, la Citadelle mettra bas les armes et prêtera sa force à la cause que nous défendons.

Rôle des Assurances sociales

Le rôle des Assurances sociales est simple. Il consiste à demeurer spectateur à cette réforme dans laquelle elles n'auront rien à perdre et tout à gagner. Du moment que les assurés sociaux seront astreints à une cotisation particulière d'ordre mutualiste indépendante des versements en cours pour se couvrir de la part restant à leur charge, les Assurances sociales vont entrer dans une ère euphorique car elles ne seront plus assaillies de réclamations incessantes sur la parcimonie de leurs prestations médicales et surtout chirurgicales. Plus elles les augmenteront, moins la cotisation mutualiste de l'assuré social sera lourde, mais comme ce dernier, en part sur ces deux organismes, sera remboursé quasi intégralement de ses frais, il ne se plaindra plus.

Bien mieux ! La caisse unique ayant de toute nécessité besoin d'un contrôle médical sévère pour assurer son fonctionnement, les caisses primaires bénéficieront de ce contrôle au mieux de leurs intérêts.

Rôle de l'Assistance publique

S'il y a un budget qui se trouvera bien de cette réforme, c'est celui de l'Assistance publique !

Spontanément une foule de petites gens, qui, tout en gagnant leur vie devaient recourir à l'Assistance publique en cas de maladie, soit parce que non assurés sociaux, soit encore parce que bien qu'assurés sociaux ils ne pouvaient supporter les frais laissés à leur charge, vont pouvoir ne plus y faire appel. Quand la visite quotidienne et les médicaments vont se trouver intégralement remboursés, ces gens resteront chez eux sous les conseils médicaux de leur médecin de famille. Quand les honoraires chirurgicaux, les frais de séjour et de pharmacie seront payés par la caisse unique à un tarif élevé, même en admettant quelques centaines de francs de suppléments possibles, on préfèrera la clinique privée et le libre choix du spécialiste au séjour en salle commune dans un hôpital.

Si l'hôpital local a créé un pavillon payant, ils en profiteront. Dans le futur hôpital toutes classes, les secondes ainsi n'y seront pas vides, et les troisièmes surchargées.

Actuellement, dans un service de chirurgie hospitalier on peut évaluer à un tiers des entrants ceux qui ont une situation sociale telle qu'elle leur permettrait facilement de payer une cotisation annuelle, mais qui ne leur permet pas de faire face aux frais des soins qui leur sont brusquement nécessaires. Ils ont recours au billet d'indigence délivré par la mairie. C'est ici que se place le rôle important des maires. La loi les met dans l'obligation de dresser tous les ans la liste de leurs administrés devant bénéficier en cas de besoin de l'Assistance médicale gratuite. En pratique, sauf quelques piliers immuables, cette liste n'est pas tenue à jour et le maire se retranche derrière un autre article de la loi lui permettant d'inscrire d'urgence sur cette liste en cours d'année ceux dont il jugera la situation susceptible de leur permettre d'en bénéficier. Les abus sont nombreux. Sans parler du favoritisme électoral aujourd'hui disparu mais hélas remplacé par la répartition des frais d'assistance sur tout le département, il est courant de voir les mairies accorder le bénéfice hospitalier de l'indigence à des femmes ou des enfants de travailleurs non en chômage. Pourtant la maladie d'un enfant ne prive pas le foyer du revenu paternel ! Bien conseillé au moment opportun, cet ouvrier aurait facilement en cours d'année pu faire les frais d'une cotisation mutualiste. Il conviendrait donc que le maire, à défaut de l'employeur, use d'abord de son influence morale pour inviter tous ses administrés à adhérer à la caisse unique, et même de sa puissance pour faire prélever sur les salaires mensuels les cotisations nécessaires à la couverture médicale de ceux qui s'obstineraient à ne pas comprendre et à penser que la collectivité doit supporter les conséquences de leur imprévoyance voulue. Car, sans parler des honoraires, on peut évaluer en frais d'objets d'opérations, de pansement et en prix de journées, à 1.000 francs environ le coût d'une intervention chirurgicale à l'hôpital pour un indigent, payés par l'Assistance publique. En supposant que par ce moyen, chaque maire évite par an à l'Assistance publique du département une seule intervention chirurgicale d'Assistance médicale gratuite, pour les 36.000 communes françaises, l'économie réalisée sera de 36 millions ; Et cela sans que l'intéressé n'en souffre en aucune façon que par la privation de quelques paquets de tabac ou de quelques apéritifs !

Et cet argent ainsi récupéré permettrait de meilleurs soins aux malades de longue durée.

Rôle de l'Ordre

Son rôle sera de mettre en route ces caisses et de collaborer à leur bon fonctionnement.

C'est aux présidents des Conseils départementaux qu'il incombera d'user d'abord de toute leur influence pour signaler à l'Etat la nécessité urgente de cette réforme médico-sociale, et d'exiger qu'elle se fasse dans le sens ici indiqué car c'est le seul qui respecte les principes du code de déontologie tout en donnant satisfaction à tout le monde, et principalement aux malades.

Puis ils entreront en relation avec les présidents des Unions mutualistes, des grandes Sociétés de secours mutuels, des groupements industriels, les dirigeants des Mutualités chirurgicales et des Professions médicales les médecins et chirurgiens forfaitaires qu'ils persuaderont, droit d'exclusion en mains si besoin, de la nécessité de modifier leurs modes d'exercice.

Ils choisiront le premier conseil d'administration de la Caisse unique, conformément aux statuts, trouveront un local suffisant, des employés expérimentés et honnêtes, formeront des succursales dans tous les cantons du département, dans les divers quartiers des grandes villes. La rentrée des premières cotisations suffira à assurer les frais ; une avance d'Etat pourrait leur être consentie. Ils recevront du Conseil supérieur avec les statuts les modèles d'imprimés et de registres établis par ce dernier pour toute la France en accord avec la Santé publique. Enfin, ils auront la charge de faire connaître cette société, aux médecins, aux chefs d'entreprises, au Préfet, aux maires et à tous.

Le Président du Conseil départemental de l'Ordre organisera le Contrôle médical dans tout son département. Il s'agit en effet de contrôler médicalement les adhérents à leur demande d'inscription et de prestations, et pendant le cours des maladies. A cet effet, il pourrait dans chaque canton placer un médecin à activité réduite, partiellement infirme ou entre 60 et 65 ans, dont ce contrôle serait la mission et qui ne ferait aucune clientèle. Ce médecin, honoré à l'acte de contrôle par la Caisse, serait dans les quartiers ou les villages l'œil du Conseil de l'Ordre et pourrait utilement renseigner ce dernier sur l'activité, le savoir, la conscience professionnelle des médecins exerçants. Cette surveillance discrète mais directe serait d'une grande utilité.

A son tour, ce médecin contrôleur nommé par le président du Conseil départemental de l'Ordre serait à tout instant révocable par lui. Pour lui permettre de vivre aisément en attendant l'attribution d'une demi-retraite, ce médecin contrôleur serait recommandé par l'Ordre auprès des caisses d'Assurances sociales, des Compagnies d'assurances, des tribunaux et des administrations qui pourraient user de ses services en ce qui concerne leur activité spéciale.

Ainsi donc et du même coup, l'Ordre des médecins établit dans le pays la Réforme médico-sociale, place ses médecins âgés, leur permettant ainsi une demi activité honorée, en attendant l'attribution d'une retraite complète, dégage les cadres pour les jeunes, crée un corps de contrôleurs médicaux capable de rendre d'immenses services, non seulement à différentes administrations, mais encore à la Profession médicale elle-même.

Rôle des corporations

Cette réforme accomplie, la caisse unique créée, les cadres cantonaux institués, le contrôle établi, les corporations peuvent se développer sur le pays entier. A quoi leur servirait alors de chercher autre système de couverture médicale pour leurs membres ? Il n'y en aurait pas du reste leur donnant de meilleures garanties. Il n'y en aurait aucune leur coûtant moins. Il n'y en aurait aucune leur permettant de garder leur autonomie, d'être une entité intermédiaire jalouse entre ses compagnons et la caisse unique. Il n'y en aurait aucune leur permettant d'attribuer à chacun les mêmes avantages sur toute l'étendue du pays.

Conclusion

Ainsi, dans la réorganisation de la France, la Réforme médico-sociale supprimerait du budget familial le chapitre maladie, donnerait aux ouvriers malades les mêmes possibilités de soins que peuvent s'offrir actuellement les plus fortunés, soulagerait la classe moyenne dans l'adversité, laisserait à chacun sa liberté la plus absolue, en ne faisant plus de la Mutualité une affaire de clocher ou de région, laisserait à tout médecin la possibilité d'augmenter sa clientèle par son mérite et son savoir, respecterait les principes du Code de déontologie, permettrait un contrôle médical sévère dans tout le territoire, diminuerait le budget de l'Assistance publique, contribuerait au meilleur fonctionnement des Assurances sociales, et offrirait aux corporations naissantes une organisation de soins toute prête.

Que faut-il de plus ?

Docteur Vignoli (Salon-de-Provence)



LE SALON D'AUTOMNE

Le Salon d'automne vient d'ouvrir ses portes au Palais de Tokio. Le nombre des œuvres exposées prouve qu'au cours des tristes événements actuels, l'art s'est ressaisi et contribue pour sa part au relèvement national.

Parcourons rapidement les salles. La salle 1 est réservée à la sculpture. Nous y voyons avec plaisir le nu de *Maillol*, la dame aux yeux baissés de *Despeau*, le buste de son père, de *Touzet*, le nu en taille directe de *Deluol* et des œuvres pleines d'intérêt, des rétrospectives de *Margue* et *Hallon*, et *Maffray-Lotiron* (salle 2), nous présente des bords de la Seine d'une note agréable ; délicieux paysage de *Valdo-Barbey*, bon portrait de *Bersier*. Je laisse aux visiteurs l'appréciation du portrait de *Van Dongen*, de ses fleurs et de sa poupée.

Dans la salle 3, signalons le portrait d'*Heuzé*, le nu de Ronart, les pommiers en fleurs d'*Espagnat*, le paysage de *Perrichon*, la famille de *Gobillard* et le portrait de *Guérin*. Il faut mentionner d'une façon spéciale, la femme nue aux cheveux longs et la vue du château de Chaumont, de *Waroquier*.

Salle 4, nous admirons le bel ensemble de *Lebreton* qu'il s'agisse de ses paysages ou de ses portraits d'enfants, notamment de l'enfant de chœur. Un magnifique panneau, la forêt, de *Demeurisse* aux tonalités des plus variées, est le clou de cette salle.

Les paysages embrumés de *Ladureau* d'une habile facture et les vues populaires de Paris de *Delatousche*, la poëtique pastorale *de Montagnac*, et les toiles de *Deziré* retiennent l'attention du visiteur.

Salle 5, rétrospective d'*Antral* où nous remarquons la vue du canal Saint-Martin et celle de *Maguet* qui nous montre une heureuse composition ; le retour de l'enfant prodigue. Nous y voyons également les tableaux d'*Eliane de la Villéon*. Que dire de la vie, du mouvement intense que nous trouvons dans la récréation d'*Adrienne Jouclard* et dans ses scènes de la campagne. Le Dôme des Invalides (6) de *Lepelletier* sait marier d'une façon parfaite la peinture et l'architecture. Le faubourg Montmartre est rendu vivant sous le pinceau de *Bertin*, *Suzanne Fegdal* dans sa toile de la rue de Rivoli, sait allier d'une façon agréable la perspective, le dessin et le coloris, il en est de même de son atelier de Delacroix. Emaux sur cuivre intéressants de *Mercier*. Bons portraits de *Galanis*, de *Mariolesco* et charmants dessins de *Dermaker*.

Le buste si vivant de Monsieur le Préfet de la Seine, de *Bermeteau*, nous accueille salle 9. La route de *Le Tournier* avec ses équipages et ses chariots forme un ensemble d'un réalisme bien étudié. Amusants les boulistes de *Boullaise*. *Brayer* nous montre une foule grouillante et en fête dans sa Bouteillerie de Cordes. Très charmant ensemble dans les natures mortes et les scènes de baignades de *Sabouraud*. La composition de *Chapelain Midy* (12), la conversation autour d'une table de trois jeunes femmes gracieuses est d'un effet délicieux. Les tableaux de *Teuillatte*, surtout ses saltimbanques retiennent l'attention du public.

Pauline Peugniez (13) expose une série de panneaux décoratifs sur les divers sports qu'on peut étudier sans emballement. Dans la salle 15, c'est toujours avec un nouveau plaisir que nous nous arrêtons devant les paysages maritimes de *Sœvagen*. Les paysages de *Quizet*, surtout celui du Pré-Saint-Gervais, sont d'une étude très réaliste et très poussée. Excellent portrait de jeune homme d'*Anfrevilli*. *Bils* nous fait vivre à Montmartre par un temps de neige grisâtre à la veille d e la fonte. Il convient encore de citer les œuvres de *Delpey*, surtout son vieux pont de Laval et son moulin de Roche-Brault, à Saulges.

Le portrait de Mademoiselle Nicolle de *Madeleine Dehelly* est plein de charme (17). Les paysages des quatre saisons d'*E. La Villéon*, la belle vue du vieux Montmartre, de *Fontenay*, le port de Martigues de *Thibesart* sont des œuvres que nous voyons avec une grande satisfaction ; il en est de même des vues de Paris, quai Bourbon, de *Bon Nouven* et des portraits de *Boudot-Lamode*.

Une innovation heureuse fut la présentation du théâtre et de la mode de *Tauchagues* et ses collaborateurs avec ces loges présentant un spécimen de la mode parisienne de telle ou telle maison de couture sur des mannequins de papier ingénieusement exécutés.

Une salle destinée à l'art décoratif présente un ensemble de cartons de tapisseries modernes des Gobelins qui me font bien regretter les belles compositions de jadis de notre atelier national.

Dr M. VIMONT.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE — Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

BIBLIOGRAPHIE

Librairie Amédée LEGRAND,
93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

L'homme et son milieu reconstruits
Maurice DE GASTÉ.

« L'homme, affirme ce livre, est un automate suggestionné qui répète ce qu'il entend dire et imite ce qu'il voit faire, sans jamais savoir ni pourquoi, ni comment et sans jamais vérifier ».

Et, par de multiples exemples de savants ayant méconnu et bafoué les plus grandes découvertes, il montre que cette imbécillité d'esprit atteint la race humaine dans sa totalité.

Après un si sévère exorde (non dépourvu de vérité, il faut le reconnaître), l'auteur veut bien indiquer les remèdes qu'il propose : réformer l'instruction et l'éducation de la jeunesse, réorganiser l'Etat, le gouvernement, l'administration, changer le statut du travail et introduire parmi les pénalités judiciaires le châtiment corporel.

Nous pourrions toujours essayer.

G. L.



ÉCHOS & COMMENTAIRES

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS VACCINATEURS. — APPROVISIONNEMENT EN CHARBON. — TARIF DES ASSURANCES SOCIALES. — RESSORTISSANTS DES CAISSES-MALADIE ALLEMANDES. — LA RÉFORME HOSPITALIÈRE.

Divers textes récents (décret du 20 août, arrêté et instructions annexes du 10 septembre) sont venus réglementer les vaccinations obligatoires, dont le nombre s'est au reste accru depuis la guerre, et prendre toute mesure pour que cette obligation ne reste point seulement théorique.

Le rôle des médecins vaccinateurs est minutieusement décrit. Quant à leurs vacations, leur montant en sera déterminé par arrêté préfectoraux dans chaque département.

La généralisation des vaccinations obligatoires auxquels prendra part un grand nombre de praticiens, pose un grave problème : celui de *la responsabilité en cas d'accidents*, malheureusement toujours possibles.

Et nos craintes ne sont pas aussi hypothétiques qu'on pourrait le croire. Elles sont fondées sur une jurisprudence récente fort dangereuse pour les praticiens.

Rappelons le principe : le médecin vaccinateur accomplit un service public, il est donc à ce titre agent de l'Administration, et ses fautes dans l'exé-

cution de son service engagent la responsabilité de cette dernière, et non la sienne propre. Il n'en va autrement, selon les règles du droit administratif, que si le médecin commet une faute personnelle, se détachant de sa fonction, et dans ce cas il peut être recherché lui-même par les parents de la victime devant les tribunaux judiciaires.

Ce principe apporterait tous apaisements aux praticiens, si l'application qui en est faite par la jurisprudence civile ne venait la réduire à peu de chose, en donnant une extension par trop large à la notion de faute personnelle.

Un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, en date du 11 février 1941, vient en effet de décider que « *commet une faute se détachant de sa fonction* le médecin chargé de la vaccination antidiphtérique des enfants d'une commune qui a opéré la vaccination *avec trop de hâte,* sans *s'être lavé les mains immédiatement auparavant, sans avoir changé les lames de coton sur lesquelles il déposait ses aiguilles insuffisamment aseptisées,* ces imprudences et négligences constituant des fautes exclusives de la pratique normale de l'art médical, et impliquant la méconnaissance des règles de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de toute profession. »

Cette assimilation entre la « faute se détachant de la fonction » et la « faute lourde » dans le service est grosse de conséquences, d'autant que les frontières entre la faute lourde et la « faute de service » pure et simple sont fort mal définies.

Dans ces conditions un médecin vaccinateur peut légitimement craindre de voir sa responsabilité personnelle mise en jeu en cas d'infraction aux règles minutieuses et détaillées posées par l'annexe de l'arrêté ministériel du 10 septembre 1941. Et ce médecin serait fondé à demander qu'il en soit tenu compte dans la fixation de ses honoraires.

Nous conseillerons enfin à nos lecteurs chargés d'un tel service d'exiger de l'Administration des conditions matérielles parfaites et de se refuser à de hâtives vaccinations en série, car ils auraient à supporter le poids des accidents graves qui pourraient survenir.

***

Depuis longtemps nous nous préoccupons des attributions de charbon pour les médecins.

Nous sommes aujourd'hui en mesure de donner les précisions suivantes sur la répartition de ce précieux combustible.

Pour Paris, chaque médecin aura droit :

— tout d'abord à l'allocation normale pour foyer domestique s'élevant à 400 kilogs pour une famille de une à trois personnes ;

— à une allocation supplémentaire au titre des professions libérales de 50 kilogs par mois d'hiver, soit 300 kilogs ;

— à une allocation spéciale comme médecin, de 300 kilogs pour l'hiver, sous forme de deux bons d'approvisionnement de 150 kilogs chacun.

Ainsi les confrères parisiens toucheront-ils au minimum une tonne de charbon pour l'hiver sans compter les suppléments éventuels pour femmes en couches ou enfants de moins d'un an.

En province, les cartes de combustible ne sont en vigueur que dans les communes de plus de 5.000 habitants.

Le nombre et la nature des coupons sont les mêmes qu'à Paris, mais leur valeur sera déterminée dans chaque département par arrêté préfectoral et dépendra des ressources locales en moyen de chauffage : bois, tourbe.

Les autorisations d'approvisionnement seront délivrées par les mairies de chaque commune, à Paris du 3 au 8 novembre, pour la Province à partir d'une date qui sera fixée ultérieurement.

***

Nous croyons savoir que la loi du 29 mai sur les Assurances sociales et les fameux projets d'accords Unions de Caisses Conseils départementaux de l'Ordre recevraient application sur les bases suivantes :

Deux tarifs de responsabilité, ou plutôt une nomenclature avec deux chiffres-clés serait établie. Au chiffre le plus bas correspondrait le tarif minimum dont il est question dans la loi (fixé actuellement au niveau de l'ancien tarif de réassurance). Au chiffre le plus élevé, un tarif maximum, un plafond que les Caisses ne pourraient dépasser sous peine de voir leur équilibre financier compromis. Ainsi renaîtrait un nouveau tarif limitatif.

Entre ces deux points, pourraient intervenir avec un jeu suffisant les accords Ordre-Caisses sur les tarifs applicables aux assurés sociaux.

Nous n'avons point encore de précisions sur l'importance de l'écart entre minimum et maximum, mais il sera, paraît-il rappelé, à certaines Caisses d'Assurances sociales qu'elles ne doivent point, sous le prétexte de prévoyance, de prévention ou de boni, frustrer les assurés et le Corps médical d'une part importante de leurs ressources, qu'il y a lieu de consacrer par priorité au traitement des malades.

***

Les ouvriers français travaillant en Allemagne bénéficient du régime allemand des assurances-maladie et des accidents du travail.

Les familles de ces travailleurs ou ces derniers, lorsqu'ils se trouvent en France, touchent les indemnités auxquelles ils ont droit par l'intermédiaire de la K. V. D. en zone occupée.

Un récent accord a prévu que les allocations qui seraient dues aux ressortissants de ces Caisses, domiciliés en zone non occupée, leur seraient versées par l'intermédiaire des Caisses françaises d'Assurances sociales.

Nous rappelons que les bénéficiaires de soins gratuits dépendant des Caisses allemandes, doivent obligatoirement présenter à leur médecin une feuille de maladie (krankenausweiss) dont la validité est d'un trimestre civil.

Les médecins sont ensuite remboursés par l'intermédiaire des Conseils départementaux de l'Ordre à qui ils doivent adresser cette feuille à la fin de chaque trimestre.

***

Nous avions annoncé, il y a quelque temps déjà, que la réforme de la législation actuelle des hôpitaux publics était à l'étude.

Nous sommes en mesure aujourd'hui de préciser que cette réforme va intervenir incessamment, une loi devant paraître à cet effet sous peu au *Journal officiel*.

M. Serge Huard, au cours de la Conférence d'Aix, a donné quelques indications sommaires sur le contenu de la loi qui prévoit la participation de l'Ordre et des médecins à l'administration des hôpitaux publics.

Nous espérons pouvoir compléter sous peu de manière notable ces premières indications.

Ajoutons enfin que la question de l'hospitalisation privée n'est pas perdue de vue et qu'un statut spécial des maisons de santé serait à l'étude.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

4.965. — Extraction d'un corps étranger

Votre réponse 2.866 du *Concours* du 25-22-VI-41, me paraît erronée. L' « application diagnostique » doit être comptée en plus du « corps étranger, extraction ». Pourquoi ? 1° parce qu'une radio est comptée en plus de l'opération qui consiste à extraire un corps étranger dans le corps. L'œil serait-il exempt de cette dualité ? 2° parce que si, automatiquement, comme vous le pensez, l' « extraction » comprenant évidemment la recherche préalable, ladite « extraction » porterait « avec ou sans repérage préalable ». C'est si vrai que, au même article 25, 1er poste, le § énumère tout ce qui rentre dans le prix global de la consultation.

Ou alors, je me demande pourquoi on payerait une « radio » à un radiologue dans un cas de fracture réduite par un confrère ; on devrait lui répondre (selon votre opinion exprimée) que la réduction de la fracture ne peut pas se faire sans repérage préalable. Or, la réduction d'une fracture ne comprend pas automatiquement, dans le tarif, ladite radio.

Pour toutes ces raisons, ne croyez-vous pas que votre opinion est erronée et que le confrère avait parfaitement le droit de compter : 1° application diagnostique 140 + 2°. Corps étranger 700 = 840 (c'est-à-dire «radio » + « extraction »). D'ailleurs le poste « corps étranger » (F) porte « avec ou sans iridectomie » mais ne porte pas « avec ou sans application diagnostique ».

Dr P.

Réponse

La recherche d'un corps étranger fait partie intégrale de son extraction, cela me paraît évident malgré vos observations, car on ne peut extraire ce corps étranger sans l'avoir recherché, dans un premier temps opératoire. Vous comparez avec une radiographie préalable, ce n'est plus la même chose puisque vous faites un acte médical spécial (radiographie), spécialement tarifé officiellement et d'ordinaire pratiqué, non par le médecin traitant, mais par un radiographe. Autrement, compter : 1° Recherche du corps étran-

ger : x francs, plus 2° Extraction dudit corps : x francs, c'est retomber dans la « note du plombier ». Il ne manquerait plus que de compter enfin 3° Temps passé à la recherche et à l'extraction : xx francs ».

Dr F. DECOURT.

5.051. — Réduction et contention par plâtre de fracture de plusieurs métatarsiens

Je soigne un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme sur le testicule gauche, a fait une orchi-épididymite ; connaissant depuis longtemps ce malade, j'ai fait pratiquer une division des urines qui a montré du bacille de Koch ; la Compagnie d'assurances a accepté pourtant la prise en charge des soins de ce blessé. Dans ces conditions que faut-il demander :

1° Pour des injections de tuberculine sous-cutanée et de gluconate de calcium intra-veineux dans la même séance (deux injections donc) ;

2° Pour des injections sclérosantes au chlorure de zinc (commencées actuellement) intra-épididymaires. (Je fais maintenant d'ailleurs les dernières injections restantes de calcium à cette même consultation pour ne pas faire revenir le blessé.)

Dr M.

Réponse

a) Une injection sous-cutanée est comprise dans le prix de la visite ou consultation (art. 1er).

b) Une injection intraveineuse est tarifée 30 francs (ou 25 francs en série) ;

c) Une injection sclérosante intra-épididymaire, peut être assimilée à une injection intraveineuse, et être tarifée de même façon (à mon avis et sous toutes réserves, n'ayant pas de « jurisprudence » à cet égard).

Dr F. DECOURT.

4973. — Majoration du tarif pour interventions de nuit

Est-ce que les 25 % alloués pour le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, doivent être comptés pour deux actes opératoires :

Accident du travail agricole : à 21 h. 1/2 :

1° Large plaie de 12 cent. de la région pariéto-temporale, sutures multiples : 40 francs + 25 % ;

2° Fracture de l'avant-bras gauche : 165 francs + 25 % ;

Réduction et immobilisation par plâtre.

3° Injection sérum anti-tétanique : 22 francs.

Dois-je, d'après l'art. 10, compter le tarif plein pour la fracture et le demi tarif pour les sutures du cuir chevelu, les deux majorés de 25 % ?

Le demi tarif doit-il être également appliqué pour l'injection de sérum anti-tétanique ?

Dr N.

Réponse

a) Lorsque vous avez à pratiquer des interventions de nuit, vous les comptez comme durant le jour, d'après le tarif, puis vous majorez l'ensemble de votre note de 25 % suivant l'art. 8.

b) En cas d'interventions chirurgicales multiples, vous comptez l'une à plein tarif et les autres à demi-tarif (art. 10).

L'injection anti-tétanique est un acte médical qui ne peut être compté comme les « interventions chirurgicales » ou les « opérations concomitantes » dont il est parlé à l'art. 10. Il n'y a donc pas lieu à en minorer la tarification de 50 %.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

4.985. — Transfusion de sang — Rémunération du donneur

Y a-t-il un moyen de faire honorer un donneur de sang par les Assurances sociales, ou le prix de son sang est-il compris dans l'acte marqué CHI. K.40 à la nomenclature ?

Dr L.

Réponse

Il n'est rien dit au sujet du « donneur de sang » dans la transfusion massive en matière d'Assurances sociales.

On pourrait, par analogie, se baser sur le Tarif des soins aux pensionnés de guerre, où il est dit à l'art. 74 : «... Pour transfusion de sang, d'au moins 150 c. cubes de sang humain... Rémunération du donneur, lorsque celle-ci est nécessaire : 1° pour les 150 premiers c. cubes de sang : 50 francs ; 2° pour chaque prélèvement ultérieur de 100 c. cubes : 50 francs. »

Dr F. DECOURT.

5.032. — Soins donnés dans une clinique privée

Pouvez-vous me donner les renseignements suivants : un malade assuré social, est traité pour une fracture du col du fémur par traction continue sur attelle de Braun, par broche transticiale. Ce malade est hospitalisé en clinique, et est vu naturellement tous les jours pendant 45 à 50 jours.

Comment faut-il noter cela sur ses feuilles. Je vois extension continue = K.12, c'est-à-dire, je crois 96 francs de remboursement. Faut-il alors, noter chaque visite faite à la clinique sur la feuille ?

Je vous serais reconnaissant de me donner ce renseignement le plus tôt possible.

Dr L.

Réponse

a) Pour soins donnés dans une clinique privée ayant passé convention avec la Caisse intéressée K.12 doit être multiplié par 6 francs, (soit 72 francs) comme prix de « l'intervention forfaitaire ».

(A partir de K.24 ce serait à multiplier par 12, au lieu de 6).

Les prix diffèrent si la clinique privée n'a pas passé convention. Il faut donc connaître dans quelle catégorie est rangée la clinique dont vous parlez. Si cette clinique n'a pas passé conven-

tion, mais se soumet au contrôle des Caisses, les honoraires médicaux sont ceux ci-dessus, diminués de 20 %. Si elle ne se soumet pas au contrôle, les honoraires sont entièrement supprimés.

b) Puisqu'il s'agit d'un tarif forfaitaire à l'acte opératoire, il n'y a pas lieu de noter chacune des visites faites à la clinique ;

c) Les chiffres donnés ci-dessus sont ceux du Tarif de réassurance des Caisses qui, depuis peu, est devenu un tarif minimum.

Devant les prix trop infimes en l'espèce, étant donné la lésion dont vous me parlez, je vous conseillerais de vous entendre avec le médecin-conseil de la Caisse, pour savoir si votre client pourrait toucher davantage.

Dr F. DECOURT.

---

c) Pensionnés de guerre

4.732. — Infiltrations anesthésiques

Comment tarifer des séances d'infiltration intradermiques à un pensionné Cet acte ne figure pas encore, à ma connaissance, au tarif. J'opinerais pour l'assimiler soit à « injection de sérum antitoxique = 25 francs », soit à « grand pansement = 30 francs ». Mais comme il s'agit non pas d'un cas d'espèce, mais d'une pratique actuellement courante, je crois qu'il serait utile qu'un avis de votre part soit donné dans *Le Concours*.

De même pour les infiltrations anesthésiques (méthode Leriche), une tarification existe pour les accidents du travail, mais pas pour les pensionnés. Que faut-il compter pour eux ?

Dr L.

Réponse

a) Je ne pense pas qu'on puisse tarifer spécialement des infiltrations intradermiques, en matière de soins aux pensionnés de guerre. Cela ne pourrait être, je le crains, considéré que comme une simple injection sous-cutanée ou intradermique, ce qui est compris dans le prix de la visite ou consultation simple ;

b) Pour les infiltrations anesthésiques (méthode de Leriche), je ne vois de marqué dans le Tarif que celle « du ganglion étoilé » ou infiltration du plexus lombaire ;

c) Devant cette carence de tarification, le mieux, ce me semble, serait de se baser sur la tarification du tarif accident du travail, mais sous réserve d'un avis à demander au Dr Lenglet, secrétaire de la Commission supérieure.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

5.144. — La paraldéhyde est-elle utilisable comme carburant ?

1° La paraldéhyde peut-elle être utilisée comme carburant ; soit essence + paraldéhyde : quelles proportions ? soit essence 50 % + paraldéhyde 20 % + alcool 30 % ? soit paraldéhyde seule ? sans modifier gicleur, buse, réchauffeur ?

(La paraldéhyde seule ne part, comme l'alcool, qu'après réchauffement du carburateur ou après essence) ;

2° La paraldéhyde risque-t-elle d'altérer les pièces du moteur (piquage ?), même avec graissage par interlub ?

3° L'alcool, employé comme vous l'indiquez, avec graissage interlub, etc..., est-il dangereux pour l'acier, pour les pièces du moteur ?

Dans cet ordre d'idées, et avec le souci d'économiser l'essence, quelle est la meilleure solution ?

Paraldéhyde seule ou paraldéhyde plus essence (si non altération du moteur), ou paraldéhyde plus essence plus alcool (si l'alcool n'abime pas l'acier).

Dr C.

Réponse

Je n'ai pas de documentation pratique sur la paraldéhyde, mais je possède un certain nombre de renseignements techniques que je vous communique bien volontiers.

La paraldéhyde n'est pas un carburant bien extraordinaire : elle a, en effet, des propriétés assez détonantes, et un moteur fait pour marcher à l'essence cliquettera très fortement si même il n'arrive pas à détoner avec la paraldéhyde pure.

Sa densité est voisine de celle de l'eau (0,981) ; il faudra donc modifier le poids du flotteur du carburateur pour l'employer.

Sa chaleur latente de vaporisation est supérieure de 50 % à peu près à celle de l'essence (82 pour l'essence, 112 pour la paraldéhyde). Il faudra donc réchauffer assez fortement la tuyauterie d'aspiration et, de ce point de vue, la paraldéhyde se rapprocherait un peu de l'alcool.

Au point de vue puissance, on peut obtenir sensiblement la même qu'avec l'essence. Quant à la consommation, elle sera à peu près double de celle de l'essence : le pouvoir calorifique de la paraldéhyde n'est en effet, que de 5.700 calories contre 10.700 pour l'essence.

La paraldéhyde se mélange facilement avec l'essence et l'alcool ; le mieux serait donc, à mon avis, d'utiliser un mélange des trois carburants. Si vous ne craignez pas les difficultés de mise en marche et la petite complication d'être obligé à réchauffer le carburateur pour partir, vous pourriez vous passer complètement d'essence et n'utiliser que la paraldéhyde et l'alcool.

Quant aux proportions à utiliser, elles dépendront évidemment de vos ressources. Ce que vous auriez de mieux à faire, je pense, serait de préparer un mélange dans une éprouvette afin de voir comment il se comporte au point de vue stabilité, et de réaliser le même mélange dans votre réservoir.

La paraldéhyde, pas plus que l'alcool, ne risque pas d'altérer les pièces du moteur à la condition expresse que la carburation soit bien réglée, qu'il n'y ait pas d'excès de carburant et que, par conséquent, le réchauffage préalable avant l'admission soit suffisant. Vous aurez une garantie de plus en utilisant un dispositif de super-huilage.

Même remarque pour l'alcool : on a constaté, il est vrai souvent, des usures rapides de moteurs

alimentés à l'alcool. Ces usures étaient toujours accompagnées d'une consommation très excessive dépassant souvent deux fois la consommation avec l'essence. Avec l'alcool, la consommation doit être, en volume, de 50 % plus élevée qu'avec l'essence ; avec la paraldéhyde, elle peut atteindre le double.

Une réserve cependant en ce qui concerne certains alcools et notamment ceux qui sont obtenus en distillant les mous de raisins. Ces alcools contiennent une forte proportion de soufre et, quel que soit le réglage du carburateur et la façon d'utiliser le combustible, il y a une attaque certaine du moteur par l'acide sulfurique qui se forme lors de la combustion.

Il faut se méfier également de l'alcool destiné aux usages domestiques dans lequel on incorpore comme dénaturant du silicate d'éthyle ; pendant la combution, ce silicate laisse déposer de la silice à l'état solide laquelle, comme vous le savez, est un abrasif de premier ordre.

Henri PETIT

QUESTIONS DIVERSES

4.806. — Propharmacie. Règlementation nouvelle

Etant donné que j'assure depuis ma rentrée en Ardennes le service médical d'H..., pays de 800 habitants en temps normal (mais qui n'en possède que 200 actuellement), où résidait avant guerre un médecin pro-pharmacien (le pays étant distant de 10 kilomètres de toute autre commune possédant un pharmacien), puis-je demander l'autorisation de constituer à H... un dépôt de médicaments pour éviter à ces pauvres gens isolés de tout, les longues courses qu'ils sont obligés de faire pour se procurer ce que je leur prescris et, dans l'affirmative, à qui dois-je demander cette autorisation ?

Dr C.

Réponse

La loi du 11 septembre 1941 a fixé le nouveau statut de la pharmacie et de la propharmacie.

Suivant son art. 29, les docteurs en médecine, établis dans les agglomérations où il n'y a pas de pharmacien tenant une officine ouverte au public, peuvent être autorisés par le Préfet, après avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins les médicaments simples et composés, inscrits sur une liste établie par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et du Conseil supérieur de la pharmacie.

Cette autorisation doit mentionner les localités dans lesquelles la délivrance de médicaments est autorisée ; elle est toujours révocable, et elle doit être retirée dès la création d'une officine ouverte au public dans le secteur intéressé.

L'art. 30 spécifie en outre que les médecins ainsi autorisés à exercer la propharmacie, ne peuvent avoir une officine ouverte au public, et ne peuvent délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leurs consultations.

En raison de la situation du village d'H... vous pouvez donc demander au Préfet, l'autorisation d'y exercer la propharmacie. Sans doute vous sera-t-elle accordée en considération de l'intérêt public.

4.956. — Ration supplémentaire de savon

A qui les médecins doivent -ils s'adresser pour obtenir à titre professionnel un supplément de savon ?

Dr H.

Réponse

Aux termes de l'arrêté du 7 mars 1941, publié au *Journal officiel* du 1er avril 1941, les médecins ont droit à une attribution supplémentaire de savon.

Les demandes doivent en être faites par eux personnellement, au maire de la commune, qui leur remettra les tickets supplémentaires qui leur permettront d'obtenir la délivrance de ces rations spéciales.

4.867. — Honoraires d'expertise en matière criminelle

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire quel prix je dois demander au maire d'une commune située à 6 kilomètres pour un examen fait à la mairie, d'une fillette qui avait été violée. Le Maire m'ayant désigné comme médecin examinateur, je m'y suis rendu sur l'invitation téléphonée de la gendarmerie.

Dr A.

Réponse

Le maire n'a pu vous requérir qu'en sa qualité d'officier de la police judiciaire, et parce qu'il y avait présomption d'un crime ou délit.

En conséquence, vos honoraires doivent être réglés au titre des frais de justice en matière criminelle.

Aux termes de l'art. 26 du tarif, il est dû, pour une visite judiciaire, y compris la rédaction du rapport, un honoraire de 25 francs. Mais le dernier alinéa du même article précise qu'au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

Vous pourriez donc, à notre avis, demander un peu plus que les 25 francs du tarif, 50 francs par exemple.

En plus de vos honoraires proprement dits, il vous est dû vos frais de déplacement, calculés à raison de 1 franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité spéciale de 20 francs, puisque vous avez eu à vous déplacer à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

Pour vous faire payer, vous devez établir un mémoire en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée excède 50 francs, et envoyer ce mémoire au Procureur du ressort en y joignant la réquisition écrite, que vous devez demander au maire, à titre de justification. Après visa du Procureur général et taxe du Président du Tribunal, vous serez payé par les soins du Receveur de l'Enregistrement.

Soixante-troisième année | N° 46 | 16 Novembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 333. — Xe. Bel appart. 8 p. tr. éclair. 15 fenêt. Proche gare Nord-Est-St-Lazare. Asc., colon. force électr. 50 ampères avec appar. électrolog. installés. M. Crespin, 11, rue des Loges, Montmorency (S.-et-O.)

Nº 334. — Demande un remplaç. pour la durée des hostilit. spécial. ophtalmol. oto-rhino-laryngol. S'ad. M. Rousseau, 10, av. de Louvois, Chaville (S.-et-O.).

Nº 335. — S.-et-O., 30 kil. Sud de Paris, à céd. d'urg., rais. famil., client. plein développem., facile à desservir, rég. bien ravitaill. Maison 6 p., confort., dépendances, jard., loyer 3.000. Faible indemnité vu l'urg. S'ad. Dr Georgel, 38, boul. Lefebvre, XVe.

Nº 336. — Visiteur médic. Rég. Paris, demande 2e laborat. Référ. C. Fuyard, 28, av. A.-France à Aulnay-sous-Bois (S.-et-O.).

Nº 337. — Jeune doct. rech., rég. Midi et Sud-Est, poste médic. campag. à créer ou céd. Ecr. M. Paul Ribeyre, 5, rue A.-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 338. — Dr Mechin, 16, rue Damrémont, Constantine, est acheteur d'un cryocautère. Faire offre.

Nº 339. — A céd. rég. Sud-Est, bon poste semi-rur. S'ad. M. P. Ribeyre, 5, rue A.-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 340. — Doct. possédant gentilhommière XVIIIe siéc. z. n. o. cherc. tt. apport capit. de préfér. ss. forme de soc. anon. ou commandite pour faire mais. de sant., repos ou acc., assurer. direct. et serv. médic., peut fonction. dès 1942. Ecr. M. P. Ribeyre, 5, rue A.-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 341. — Cabinet méd. à céder banl. Est. Prix intéress. à débattre. Téléph. de 13 h. à 14 h. 30 à Galvani 70-52. Mlle Robert, 21, rue Descombes Paris (17e).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Anc. client. méd. génér. à céd. avec remplac. préalable. Prix 60.000.

Seine-et-Marne. — Client. rurale d'un bon chiffre actuel. Prix 40.000.

Paris. — Très anc. et import. client. de quartier à reprendre après décès, prix à déb.

Normandie. — Poste rural demi-repos. Belle propriété de rapport à louer.

Deux heures Paris. — Pour raisons de santé, à céd. contre indemn. modérée importante client. Méd. gle grande ville, habitat. tout conf.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Aux mères qui réclament un fortifiant pour leurs enfants, ordonnez 3 tablettes de **Mangaïne** par jour, vous serez très utiles aux enfants (études du Docteur CAMESCASSE, à Forges-les-Eaux) et vous serez très agréables aux mamans. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Abonnements pour les Médecins prisonniers

Le Groupement corporatif de la Presse périodique générale nous fait savoir qu'il a reçu la communication suivante de l'Administration des Journaux et publications allemands :

« Nous vous prions d'informer tous les éditeurs « du nouvel accord ci-dessous concernant les abon- « nements servis aux prisonniers de guerre.

« Les abonnements ou renouvellements ne peu- « vent être souscrits que pour les prisonniers eux- « mêmes ;

« Le Commandant de chaque Stalag transmettra « leurs commandes respectives à un office spécial à « Cologne, lequel centralisera toutes les demandes, « pour nous les soumettre.

« La fourniture de ces abonnements sera assurée « exclusivement par notre intermédiaire. Toutefois, « pour les abonnements souscrits antérieurement « et déjà servis par les éditeurs, ces derniers pour- « ront continuer à les faire parvenir directement, « jusqu'au 31 décembre 1941 inclus.

« Veuillez également prévenir les éditeurs qu'en « aucun cas, à partir du 1er janvier 1942, ils ne « pourront plus fournir d'abonnements aux pri- « sonniers en dehors de ces prescriptions. Ils devront « donc cesser dès maintenant toute publicité solli- « citant ces abonnements.

« Les éditeurs ne devront tenir aucun compte « des demandes qui pourraient leur parvenir direc- « tement ou par l'intermédiaire de l'homme de « confiance du Stalag, sans avoir, au préalable, « obtenu notre accord. »

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. Max JAYLE, agrégé, est nommé à titre exceptionnel professeur sans chaire.

M. WEILL-HALLÉ, admis à la retraite, est nommé directeur honoraire de l'Ecole de puériculture.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinique gynécologique.* — M. le Professeur Pierre MOCQUOT a commencé son enseignement le 20 octobre 1941, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca.

Lundi, mercredi, vendredi : Consultation de gynécologie à 9 h. 30 ; Opérations à 10 heures.

Mardi : Opérations par les assistants à 10 heures.

Jeudi : Examen des malades à 10 heures ; Consultation d'endocrinologie à 11 heures.

Samedi : Hystéro-salpingographies à 9 h. 30 ; Examen des malades à opérer à 10 heures ; Leçon clinique à 11 heures.

— *Clinique obstétricale Baudelocque.* — M. le Professeur COUVELAIRE a repris son cours de clinique le vendredi 7 novembre 1941, à 11 heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure

I. Services cliniques avec l'assistance de MM. les Docteurs LAPORTE, médecin des hôpitaux, LEPAGE, accoucheur des hôpitaux, RABUT, médecin de Saint-Lazare, FAYOT, PETIT-MAIRE, ancien chef de clinique, BRET, chef de clinique.

II. Enseignement clinique : le vendredi à 11 heures, leçon clinique par le Professeur COUVELAIRE ; le lundi à 11 heures, discussions d'observations cliniques.

— *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* (Hôpital Saint-Louis). — Le Professeur H. GOUGEROT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé le mercredi 22 octobre 1941 ses cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le matin à 10 heures à l'amphithéâtre Louis Brocq et le soir à 21 heures à la consultation de la Porte : Traitements anti-syphilitiques et antiblennorragiques (le programme est affiché à la Faculté et à Saint-Louis). Les vendredis matins à 10 heures à l'amphithéâtre Louis Brocq et les mercredis soirs à 20 h. 30 à la consultation de la Porte, présentation de malades triés.

Mardi à 9 heures, consultation de la Porte. Mercredi à 9 heures, petites opérations dermatologiques et physiothérapie dans les salles Dominici du pavillon Bazin.

— *Cours de thérapeutique.* — M. le Professeur Charles AUBERTIN a commencé son cours le 27 octobre 1941 au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les lundis, mercredis et vendredis, à 16 heures. Sujet du cours : Médications d'organes.

— M. R. TURPIN, agrégé, a commencé ses conférences le 28 octobre 1941, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continue les mardis, jeudis, samedis, à 16 heures. Sujet du cours : médications générales.

Un cours complémentaire sur les actualités thérapeutiques aura lieu en janvier et février 1942.

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. André SICARD, agrégé, fait son cours les mardis, jeudis,

samedis, à 16 heures, au Petit amphithéâtre. Sujet du cours : *affections chirurgicales du membre supérieur.*

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur Noël Fiessinger). *Conférences du dimanche* : Les maladies actuelles. — Ces conférences, gratuites, réservées aux médecins et aux étudiants, auront lieu à l'amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 30, du dimanche 16 novembre 1941 au 1er mars 1942 inclus.

I. *Maladies à l'étude.* — Dimanche 16 novembre 1941. Professeur Henri Gougerot : Streptococcies cutanées. — 23 novembre, Professeur agrégé Bariéty : Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — 30 novembre, Professeur agrégé Lemaire : Polyglobulies et oxycarbonémie. — 7 décembre, Professeur agrégé de Gennes : Maladie d'Addison et son traitement actuel. — 14 décembre, Professeur agrégé Marchal : Adéno-lymphoïdite aiguë bénigne.

II *Maladies d'époque.* — 21 décembre, M. Ameuille, médecin des hôpitaux : Tuberculoses aiguës. — 4 janvier 1942, Professeur agrégé Guy Laroche : Œdèmes de carence. — 11 janvier, Professeur agrégé Cachera : Scorbut. — 18 janvier, M. Gounelle, professeur agrégé au Val-de-Grâce : Les enseignements des épidémies récentes de dysenterie bacillaire. — 25 janvier, M. Gaultier, chef de clinique : Intoxication benzolique.

III. *Maladies de circonstances.* — 1er février. Professeur agrégé Séneque : Avenir des gastrectomisés. — 6 février, Professeur agrégé Mollaret : Paludisme thérapeutique. — 15 février, Professeur agrégé Boulin : La santé insulinienne des diabétiques. — 22 février, M. Fauvet, chef de clinique : La pneumonie des sulfamides. — 1er mars, Professeur Noël Fiessinger : Agranulocytose et aleucie thérapeutique.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — Sont chargés de cours : MM. Delphaut, pharmacologie ; Romieu, embryologie ; Arnoux, chimie minérale ; Guillot, toxicologie ; Imbert, clinique chirurgicale infantile ; Gabriel, cryptogamie ; Derrien, chimie biologique ; Periot, clinique des maladies contagieuses ; Figarella, clinique gynécologique ; J. Dor, médecine opératoire.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — Sont chargés de cours : MM. Viallet, radiologie et physiothérapie ; Portes, physique pharmaceutique ; Senevet, zoologie ; Robert Raynaud, médecine expérimentale ; Ferrari, anatomie médico-chirurgicale ; Sarrouy, pathologie générale et pathologie médicale ; Curtillet, pathologie chirurgicale ; Costa, stomatologie ; Fourment, pharmacologie ; Roques, cryptogamie ; Sabadini, pathologie chirurgicale ; Ferrari, médecine opératoire ; Monnet, déontologie et législation pharmaceutique ; Thiolet, pathologie générale et pathologie médicale ; Musso, hydrologie pharmaceutique.

— **Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris.** (Fondation de la Ligue nationale française contre le péril vénérien). — *Les stages, conférences et travaux pratiques* auront lieu du lundi 20 avril au samedi 27 juin 1942, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris. Les cours comprennent : 1° un stage préparatoire de deux semaines ; 2° le cours proprement dit : Conférences et travaux pratiques pendant trois semaines ; 3° un stage de perfectionnement de quatre semaines.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine. Ce diplôme ne permet de diriger un laboratoire de sérologie qu'aux personnes qui rempliront d'autre part les conditions requises par les lois en vigueur sur les laboratoires de biologie.

Le nombre des élèves est limité. Les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 20 mars 1942.

— **Sorbonne.** *Cours libre sur le service social et l'assistance médico-sociale.* — M. P.-F. Armand-Delille a commencé le 5 novembre 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre Edgar-Quinet, une série de conférences sur l'organisation du service social et de l'assistance médico-sociale. Ces conférences ont lieu tous les mercredis, à la même heure.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien.* — Un concours de chirurgien des hôpitaux aura lieu au début de l'année 1942. L'anonymat est supprimé.

— *Concours de l'externat.* — Le prochain concours de l'externat des hôpitaux de Paris aura lieu le 11 décembre 1941. Inscriptions à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, jusqu'au 17 novembre 1941 inclus.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — M. Marcel Laemmer fera dans le service du Professeur agrégé Vignes, les conférences suivantes, à 11 h. 30 ; le 20 novembre 1941 sur les *tests hypophysaires* ; le 27 novembre sur : *Gynécologie et hormones ovariennes.*

— **Hôpital Léopold-Bellan.** 7, rue du Texel. — *Endocrinologie.* — Dans le cours de l'année scolaire 1941-1942, trois séries de conférences seront consacrées à l'endocrinologie. Un premier cycle étudiera spécialement l'endocrinologie de la jeunesse et s'étendra du 12 novembre au 24 décembre 1941.

Les conférences auront lieu le mercredi et le dimanche à 10 h. 30 dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

La conférence inaugurale a été faite par M. Georges Lamirand, secrétaire d'Etat à la Jeunesse, le 12 novembre.

Dimanche 16 novembre, Docteur Marcel Ferrier : Physiologie du système endocrinien, de la naissance à l'âge adulte. Ses moyens d'étude. — Mercredi 19 novembre, Docteur Marcel Ferrier : La puberté. — Dimanche 23 novembre, Docteur Albeaux-Fernet : La croissance et ses anomalies. Les syndromes adiposo-génitaux. — Mercredi 26 novembre, Docteur Albeaux-Fernet : Le diabète infantile. — Dimanche 30 novembre, Docteur Albeaux-Fernet : Hyperthyréose et hypothyréose de l'enfance. — Mercredi 3 décembre, Docteur Marcel Ferrier : Les

syndromes de dysharmonie hypophyso-ovarienne. — Dimanche 7 décembre, Docteur Pouliot : Lessymptômes génitaux des endocrinopathies ; les troubles menstruels de la jeune fille. — Mercredi 10 décembre, Docteur Desmarest : Les symptômes digestifs des endocrinopathies. — Dimanche 14 décembre, Docteur Guillaume : Les symptômes nerveux des endocrinopathies. — Mercredi 17 décembre, Docteur Martiny : Les symptômes morphologiques : corrélations entre la biotypologie, l'endocrinologie et l'orientation professionnelle. — Dimanche 21 décembre, Docteur Desmarest : Les thérapeutiques chirurgicales des affections endocriniennes de la jeunesse. — Mercredi 24 décembre, Docteur Pretey et Docteur Tissandié : Le diagnostic endocrinien ; Fiche d'observation. Visite du service. Démonstration des appareils.

— **Naissance.** — Le Docteur Jean Delvallet et Madame, née Raymonde Nouard, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Hubert*. Le 26 octobre 1941.

Guînes-en-Calaisis (Pas-de-Calais).

— **Mariage.** — Le Docteur et Madame Collet ont l'honneur de vous faire part du mariage de leur fils, M. Joseph Collet, avec Mademoiselle Denyse Le Breton.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le lund 20 octobre 1941 en l'église Saint-Nicolas-d'Uzel.

Uzel (Côtes-du-Nord), rue de la Rabine.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Machefer, membre du Conseil départemental de la Loire-Inférieure ; du Docteur Genouville, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, trésorier de l'Association des médecins de la Seine ; du Docteur Vincentelli, membre du Conseil départemental de la Corse.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué officiel

Au cours de sa XIe session, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a, parmi de nombreuses autres questions, poursuivi l'étude des rapports de la médecine et des collectivités.

Mis en particulier, au courant des tractations individuelles de certains médecins avec les Caisses d'Assurances sociales en vue de l'établissement du diagnostic soit à l'hôpital soit en tout autre endroit, le Conseil supérieur rappelle qu'aucun accord ou convention ne doit être conclu avec une collectivité quelconque sans l'autorisation préalable du Conseil départemental intéressé. L'inobservation de cette règle (art. 67 du Code de déontologie) exposerait les médecins qui s'en rendraient coupables à être cités en Conseil de discipline.

D'autre part, le Conseil supérieur a pris connaissance avec satisfaction de la circulaire n° 49 du répartiteur du charbon, qui est l'aboutissement des pressantes démarches qu'il avait faites auprès de cet organisme :

« Par circulaire n° 30, je vous ai indiqué qu'il y avait lieu de donner 50 kilos de charbon en supplément par mois d'hiver pour les médecins.

A la suite d'une intervention pressante du Conseil supérieur de l'Ordre, j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'étant donnée la nécessité de maintenir une température particulièrement élevée dans les cabinets d'examen des malades et malgré la faiblesse des contingents qu'il m'est possible de mettre à votre disposition, j'ai décidé de procéder à une attribution supplémentaire.

Cette attribution sera faite de la manière suivante : conformément à ma décision C 5, vous avez dû faire établir par votre bureau des Charbons, pour chaque médecin en faisant la demande, une autorisation à coupons valables, pour la campagne actuelle, pour 300 kilos.

Il y a lieu de ne pas modifier cette autorisation, mais d'attribuer à chaque médecin qui en fera la demande au cours de l'hiver, deux autorisations supplémentaires de 150 kilos chacune, sous la même forme que celles délivrées au petit commerce et à la petite industrie pour les besoins de fabrication.

La première de ces autorisations pourrait être donnée pour novembre-décembre et la seconde pour janvier-février.

En outre, j'ai décidé de considérer les médecins radiologues traitant les malades à domicile comme des cliniques. Vous pourrez donc leur délivrer des autorisations d'approvisionnement pour un taux maximum de 70 %, en étudiant chaque cas à titre individuel. »

Enfin, le Conseil supérieur s'est occupé de la qualification des spécialistes, et en particulier de celle des chirurgiens.

Ce communiqué est le seul officiel ; toutes autres informations doivent être considérées comme dénuées de fondement, notamment celles relatives à un prétendu relèvement des tarifs chirurgicaux.

Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqués

I. — Les médecins de zone interdite résidant actuellement dans le département de la Seine et désirant reprendre leur ancien poste sont priés de faire connaître d'urgence au Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, leur nom, prénoms et adresse.

II. — Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine est prié de rappeler à tous les médecins du département qu'il leur est formellement interdit, sous peine de sanctions sévères, de donner des soins aux membres et ressortissants de l'armée allemande.

III. — Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine désire connaître les noms des médecins, exerçant dans le département de la Seine, actuellement prisonniers.

Il serait reconnaissant à toute personne qui voudrait bien lui transmettre les renseignements suivants : nom, adresse, situation de famille, religion, concernant les médecins prisonniers qu'elle pourrait connaître.

IV. — *Utilisation des permis de circulation*

Au moment où la restriction des permis de circuler en automobile apporte une si grande gêne à l'exercice de la profession médicale, le Conseil de l'Ordre rappelle aux médecins à qui il a été permis de garder leur voiture, que celle-ci ne doit transporter que des médecins et n'être utilisée que pour des fins professionnelles

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Par décret du 29 septembre 1941, est élevé à la dignité de commandeur de la Légion d'honneur :

M. Musin (Edmond), médecin radiologue à Amiens, avec le motif suivant : quarante-huit ans de services médicaux particulièrement remarqués. Praticien d'une grande valeur professionnelle et d'un dévouement à la science radiologique allant jusqu'au sacrifice total de sa santé. Atteint de radiodermite, a dû subir successivement l'amputation de la main, de l'avant-bras et, tout récemment, la désarticulation de l'épaule droite.

***

Par décret du 25 octobre 1941, est nommé chevalier de la Légion d'honneur :

M. le Docteur Jayle (Max-Fernand), professeur agrégé de chimie médicale, chef de laboratoire à l'école de puériculture de Paris, avec le motif suivant : biologiste éminent et brillant chercheur. A déjà fait dans le domaine médical des découvertes scientifiques de grande importance. Victime d'un grave accident de laboratoire, survenu au cours d'une expérience délicate, se trouve menacé de cécité totale.

(*J. O.*, du 30 octobre 1941.)



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE « Le Sou Médical »

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou Médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

Le sursaut d'un vieux confrère

On parle beaucoup de la retraite des vieux depuis un temps déjà trop long. Cette sage lenteur permet à vrai dire aux jeunes d'espérer l'extension de leur espace vital et... la disparition des vieux.

A ceux qui désirent savoir ce qu'on fait pour ces derniers, je vais le dire : Je suis bien placé pour cela, car j'ai 72 ans sonnés et la charge, plus ou moins totale, de huit personnes, en comptant la mienne.

Voir la suite page XLIII-2015

PROPOS DU JOUR

UNE AUTRE FACE DE L'ACTION POUR LE REDRESSEMENT DU PAYS

Le retour à la terre, la campagne anti-alcoolique, la nouvelle discipline imposée aux milieux politiques et administratifs et, par dessus tout, une ferme mise en demeure adressée au peuple pour qu'il reprenne conscience et charge de ses responsabilités, tels sont les divers modes d'action du gouvernement dans son entreprise de rénovation de la France.

Sur l'urgence d'agir je pense qu'il ne subsiste aucune divergence d'opinion au sein de la Nation. Mais l'ampleur de la tâche exige que ne ne soit laissé en arrière aucun des facteurs propres à mener au but. L'intoxication française était à multiples agents. La désintoxication doit donc être, elle aussi, polyvalente. On ne guérit pas un malade en soignant appareil par appareil mais en mettant l'organisme entier dans les meilleures conditions d'assainissement.

C'est pourquoi il convient de ne pas négliger aujourd'hui une action qui, depuis de longues années, requérait l'attention de beaucoup de bons esprits : la lutte contre la prostitution. Elle était menée par des apôtres fervents que ne décourageaient ni sarcasmes ni menaces. Ils avaient mené le combat avec assez de persévérance pour être parvenus à ébranler enfin les milieux gouvernementaux, durant les dernières années de l'ancien régime. Et l'on se rappelle les projets élaborés sous le ministère Sellier. Ils étaient d'une conception si autoritaire que beaucoup les avaient dénoncés comme une atteinte intolérable aux prérogatives du citoyen.

Nous en avons vu d'autres depuis.

Sans que nous fassions nous-mêmes trop servilement litière de nos libertés individuelles il est cependant permis d'aspirer à ce que quelques ordres fermes viennent inaugurer, en cette matière, une politique décisive et efficace.

Aujourd'hui qu'est close l'ère des cliquetis de principes et des effets de tribune, des paroles sans action, il nous faut, afin de rattraper s'il se peut le temps perdu, des actions sans parole. « Cedant arma togæ » s'écriait l'avocat Cicéron. Nous demandons davantage encore aujourd'hui : que les armes l'ayant cédé à la toge, la toge le cède à son tour aux réalisateurs.

***

Dans la lutte contre la prostitution se sont affrontés jusqu'à présent les réglementaristes et les abolitionnistes.

Les réglementaristes estiment que la prostitution est un mal aussi vieux que le monde et que le plus sage est de faire la part du feu en la réglementant.

Les abolitionnistes, moins sceptiques, prétendent que l'on peut venir à bout de ce mal invétéré et qu'un réglement, même s'il a pour but de l'endiguer, lui reconnaît un domaine et, par conséquent, le droit à l'existence.

Ce n'est pas une raison parce qu'une coutume a toujours existé dans les sociétés humaines pour qu'elle soit éternelle et impossible à abolir. Et même si l'entreprise était difficile, puisque tout le monde s'accorde à penser que la prostitution est néfaste, il vaudrait la peine d'essayer.

Il existe une action préventive possible contre la prostitution ; et, parmi les moyens à envisager, le Docteur Cavaillon (1) préconise ce qu'il appelle avec un certain pittoresque : La réduction de la demande. Il s'agit de régulariser et de discipliner le besoin sexuel, partie intégrante de la nature humaine et donc, en cela, irréductible, mais que des dévoiements provoqués rendent anarchique et insatiable. Pour cela, il faut 1° supprimer les causes qui tendent à une augmentation inutile, anormale des besoins sexuels ; 2° renforcer l'homme dans ses tendances à résister à ses propres besoins ; 3° favoriser — et c'est là le plus important — l'exercice normal et sain de la vie sexuelle.

***

C'est donc, en premier lieu, la provocation à la débauche qu'il importe de museler, par conséquent le racolage en public : malgré toutes les défenses il s'exerce toujours et cela à la faveur de certaines complaisances policières.

La maison de tolérance doit être supprimée ; elle racole par sa seule présence et aussi par la publicité occulte et stipendiée dont elle a l'art d'alimenter son négoce.

Supprimées aussi les annonces qui pullulent dans une certaine presse et s'efforcent de piquer la curiosité : les jeunes gens s'y laissent prendre comme alouettes au miroir et apprennent ainsi le chemin du mauvais lieu.

S'il est un rouage essentiel, dangereux et répugnant de la prostitution, c'est bien le souteneur, être éminemment antisocial par le fait qu'il ne joue pas au sein de la collectivité le rôle utile qu'il devrait jouer, et qu'effectivement il y assume une activité néfaste. Fréquemment c'est un anormal psychique, ou bien, primitivement normal, il a été débauché par le jeu des circonstances. Ainsi le métier de boy, de chasseur dans un hôtel, un grand restaurant, un bar, par les fréquentations et les facilités qu'il suppose est à tous égards regrettable pour un jeune

(1) *Le prophylaxie antivénérienne*, n° 20, oct. 1940.

garçon. Surveiller de telles professions, favoriser l'instruction professionnelle des jeunes gens sans travail seraient des tâches à entreprendre dans une société qui veut se régénérer.

Enfin resterait à mener avec une vigueur renouvelée la lutte contre l'alcoolisme, ce souteneur né qui a partie liée avec tout ce qui ravale la nature humaine, et contre la pornographie qui, comme les annonces équivoques, sert *d'appât et recrute des clients aux Vénus de carrefours.*

***

Entamer une telle action est à coup sûr louable ; cependant il faut bien convenir que le besoin sexuel existe et qu'il n'est ni possible, ni du reste souhaitable de l'éteindre. Du moins est-il possible de renforcer la volonté de l'homme aux prises avec la tentation.

Si l'on veut obtenir des résultats, c'est à la jeunesse qu'il faut s'adresser : il est exceptionnel qu'un homme se mette à fréquenter les prostituées dans son âge mûr s'il n'a pas commencé à le faire dans sa jeunesse. « Des confidences que j'ai reçues, note Cavaillon, j'ai retenu l'idée que c'est au fond par suite d'une cristallisation des idées morales et sociales dans le cerveau d'un individu jeune que celui-ci s'avère pratiquement comme un client des prostituées ou éprouve une répugnance invincible à leur fréquentation ». Les exceptions sont indéniables, peut-être même fréquentes. N'empêche que la meilleure défense contre la prostituée, chez un homme, ressort à cette culture première, qu'elle soit purement spirituelle ou bien morale ou religieuse, et qui seule parvient à sublimer l'instinct sexuel, principal moteur de l'être à un certain âge.

La pratique des sports, et la discipline spéciale à laquelle elle oblige, joue un peu, bien que moins effectivement, le même rôle dans le monde moderne. L'ambition de battre un record donne à la volonté une tenue suffisante dans bien des cas pour contrebalancer l'impulsion instinctive.

Pour les êtres plus terre à terre chez qui ne vaut ni l'impératif spirituel ni le commandement sportif, la crainte de la maladie est parfois le commencement de la sagesse. Mais, et c'est un point digne de méditation, les conquêtes thérapeutiques sont allées, ici, à l'encontre des intérêts de la morale : depuis qu'ils espèrent s'en tirer à meilleur compte en cas de contagion de syphilis ou de blennorragie — le Docteur Girard, directeur du centre régional antivénérien d'un grand port français, l'a constaté — les marins fréquentent plus volontiers les prostituées.

Enfin chez les barbons libidineux le frein qui joue parfois c'est la crainte, à l'occasion d'une escapade, d'une complication familiale ou de l'entôlage.

Pour ceux qui, dénués du respect d'eux-mêmes, ne disciplinent leurs appétits que sous une contrainte extérieure, il serait utile d'assimiler la prostitution à un délit imputable à la fois à la prostituée et à son client. Les pays qui ont adopté cette mesure en ont constaté vite les bons résultats. La crainte du scandale sert de tuteur interne ; si les moralistes peuvent à bon droit se plaindre que celui-ci soit de mauvais aloi, il suffit aux hygiénistes que le résultat soit atteint.

***

Dans quelles conditions peut-on favoriser l'exercice normal de la vie sexuelle ?

Uniquement par des facilités données au mariage précoce. Ici la lutte contre la prostitution conjugue ses efforts avec la lutte contre la dénatalité. Les intérêts des deux sont les mêmes. Les mesures déjà prises en faveur de la famille française militent directement contre les débordements sexuels : Code de la famille, allocations familiales, secours aux femmes en couches, aux mères qui allaitent.

Des résultats intéressants ont aussi été obtenus en France par des dispositions qui permettent aux ménages de prendre au même moment leurs vacances, de bénéficier de mesures spéciales en vue d'une résidence commune dans une même localité.

Pour la période de la vie antérieure au mariage des dispositions devraient être prises en vue d'offrir à la jeunesse un mode d'emploi intéressant soit de son temps de travail, soit de son temps de loisirs. Le gouvernement a déjà, s'inspirant de ce qui se fait ailleurs, créé les camps de jeunesse. Il serait bon qu'une doctrine morale fût instituée dans ces camps.

Il convient en effet, en première urgence, d'agir sur les jeunes générations, celles qui feront la France future. Car si les adultes ont été assez secoués par les évènements récents pour faire d'eux-mêmes le changement d'orientation nécessaire, les jeunes, eux, continuent à sourire à la vie et n'aperçoivent pas l'avenir sous les mêmes couleurs que nous.

Gardons-nous de le leur faire trop sombre. Ce n'est pas une jeunesse endeuillée et accablée qui se mettra d'arrache-pied au travail.

Qu'elle sache, malgré tout, les traits généraux de son destin voué au long effort.

Une jeunesse qui ne s'illusionne ni sur ce qu'elle demandera à la vie, ni sur ce que la vie lui demandera, une jeunesse capable de concevoir la grandeur de son devoir sans en être effrayée, une jeunesse en somme généreuse d'elle-même, une vraie jeunesse, voilà ce qu'il nous faut pour sortir de l'impasse.

Pour qu'elle soit telle il nous la faut saine et vaillante, au physique comme au moral.

Et cela, songeons-y, cela dépend de nous.

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malades du 22-3-1941

(*Deux cas de psychose hallucinatoire alcoolique*)

Par M. le Professeur Laignel-Lavastine

Rédigée par M. Paul Neveu, interne du Service

M. Laignel-Lavastine. — Les deux malades que je vais vous présenter aujourd'hui sont deux alcooliques, qui ont évolué vers la psychose hallucinatoire chronique. Comme vous le verrez, ces psychoses ont quelques caractères particuliers, ce qui explique pourquoi on a pu essayer de les isoler au point de vue clinique.

***

Le premier malade Emile, est un homme âgé de 46 ans, qui présenta au mois de juin dernier un délire onirique, dont il va nous faire le récit.

Au malade. — Que s'est-il passé pendant les jours qui ont précédé votre venue à l'hôpital ?

Le malade. — J'étais resté à Paris, parce qu'il n'y avait plus de train pour partir. A ce moment, les Allemands arrivaient et il y avait un brouillard bleuâtre. J'ai marché dans les rues, j'avais peur et je me suis réfugié dans une maison qui était ouverte. Je suis monté jusqu'au 4e étage. Dans cette maison, j'entendais des cris de femmes et d'enfants qu'on maltraitait. Ils disaient : « maintenant, il nous fait mal » et ils soupiraient. J'ai voulu aller à la police, je suis descendu et dans la cave, il y avait une espèce de radio. En face, il y avait une chapelle et je suppose que c'était un couloir qui descendait de cette cave vers la chapelle. C'était peut-être une rêverie.

M. Laignel-Lavsstine. — Le récit de ce malade vous montre l'état de confusion et d'anxiété où il se trouvait alors ; il mêle à des faits exacts des événements délirants. C'est un rêve à l'état de veille, qui se poursuit dans un décor irréel. De son arrestation et de son passage à l'Infirmerie spéciale, Emile n'a conservé qu'un souvenir confus.

Le malade. — A la police, où j'étais, il y avait à côté de moi un homme que j'ai reconnu pour un de mes anciens camarades et j'ai eu l'impression qu'il s'était pendu. A un moment, ils ont fait couler de l'eau, puis ils ont amené un chien pour que personne ne sorte. Il y avait aussi une espèce de cinéma surla rue, et les gosses criaient et s'amusaient.

M. Laignel-Lavastine. — Il s'agit ici d'un délire onirique où prédominent les hallucinations auditives, prédominance qui fait souvent prévoir une évolution vers la chronicité. C'est, en effet, ce qui est arrivé. Hospitalisé à la Clinique, Emile, après quelques jours, était calme, indifférent, inactif. Il paraissait présenter surtout « l'abrutissement » qui signe la démence alcoolique. Ce n'est qu'au mois de janvier qu'un examen montre que le malade est atteint d'une psychose hallucinatoire, d'un délire secondaire très actif.

Au malade. — Quels sont les propos que vous entendez continuellement ?

Le malade. — Ce sont des voix d'hommes et surtout de femmes. Elles me parlent de loin. Elles me disent des paroles d'amour, elles me font des compliments, elles me proposent de me marier avec elles. Il doit y avoir quelque chose de magnétique ici, car tout ce que je pense est connu et retransmis, et c'est répété pas même une seconde après. Ils disent tout ce que je fais : voilà qu'il fait ça maintenant, il court après çà. Quand je lis c'est répété, vous le savez comme moi. Ce doit être un appareil ma-

gnétique ; c'est l'habitude ici, tous les autres sont comme moi.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous voyez ici le syndrome d'automatisme mental, décrit par G. de Clérambault. Ce sont des hallucinations auditives verbales, des commentaires des actes, de l'écho de la pensée et de la lecture, du devinement de la pensée. Ce délire est mal systématisé, sans explication nette et logique. Emile n'est pas confus, il est bien orienté dans le temps et l'espace. Il est certainement affaibli intellectuellement, mais il faut tenir compte d'un fonds de débilité mentale, qui accompagne l'aspect dégénératif, dysplastique de ce malade aux oreilles décollées en anses et dont le facies est asymétrique, les globes oculaires inégaux, la voûte palatine ogivale. C'est sur ce terrain dégénératif, que l'alcoolisme, par ses lésions hépato-digestives et rénales, a pu permettre l'apparition d'un état délirant.

***

Le deuxième malade, Alexis, est âgé de 45 ans. Il buvait depuis l'âge de 19 ans de nombreux apéritifs, mais c'est surtout après son mariage qu'il augmenta le nombre et l'importance de ses excès éthyliques. Parallèlement à l'alcoolisme chronique et à la déchéance qu'il entraîne, nous voyons d'abord évoluer chez Alexis un délire d'interprétation jalouse caractéristique.

AU MALADE. — Vous entendiez-vous bien avec votre femme ?

LE MALADE. — Ma femme n'était pas sérieuse. Dès le jour de mon mariage, je l'avais trouvée assise sur les genoux d'un invité ; mon beau-père et mon beau-frère avaient beau me dire que c'était un ami d'enfance, cela ne m'a pas fait plaisir. Ensuite, elle est devenue indifférente avec moi : elle me refusait les devoirs conjugaux sans raison. Elle ne rentrait jamais à l'heure, elle prétendait sortir pour aller voir sa mère et, dans la journée, elle ne s'occupait pas de son ménage. J'ai bien compris qu'elle me trompait, mais je ne l'ai jamais prise en flagrant délit. Nous nous disputions parfois ; alors je retournais au cabaret et je la trompais de mon côté. Finalement depuis mon premier internement, nous nous sommes séparés.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le premier internement, en 1932, fut motivé par un état d'excitation avec fureur au cours d'un délire alcoolique subaigu. Cette fureur était en rapport avec la terreur éprouvée par le malade, qui croyait qu'on allait lui couper le cou, lui faire manger des cadavres, etc... Cet état s'accompagnait des signes cliniques de l'imprégnation alcoolique. Au bout de quelques semaines, le malade, étant désintoxiqué et guéri de son délire onirique, fut remis en liberté à condition toutefois de vivre séparé de sa femme. Il continua à boire et il y a trois ans que sont apparus progressivement les signes d'un syndrome d'automatisme mental.

AU MALADE. — N'entendiez-vous pas dire des choses bizarres autour de vous ?

LE MALADE. — Cela a commencé surtout au café, où j'étais un habitué et où l'on me connaissait bien. Il y en avait qui chuchotaient ; c'étaient les consommateurs autour de moi ; mais plus souvent, ils ne chuchotent pas, ils me causent simplement comme ceci avec leur conscience. C'est tellement drôle ! Ils causent par la pensée.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Que vous disent-ils ?

LE MALADE. — On me commande : fais ceci, dis cela ; on me dit souvent : va tuer ta mère ! Va te jeter à l'eau ! Mais, quand c'est mal, je ne l'exécute pas. Au début, cela me faisait peur et je me réfugiais chez ma mère ; quand je suis auprès d'elle, je sais que je n'ai rien à craindre. Au café, comme je devinais bien les choses, la pensée des autres, ils auraient bien voulu me faire dire la bonne aventure.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous aviez donc le pouvoir de connaître la pensée à distance ?

LE MALADE. — Cela me faisait comme une présomption. Ainsi, une fois, j'étais dans la forêt, où je devine souvent les bons endroits pour trouver des champignons, quand soudain, il me vint l'impression que je devais retourner sur mes pas, que quelqu'un m'attendait et, en fait, j'ai rencontré un camarade que je n'avais pas vu depuis longtemps. Il était embarrassé et il avait justement besoin de moi. C'était comme s'il m'avait appelé.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quand vous pensez ou bien quand vous lisez, que se passe-t-il ?

LE MALADE. — J'ai l'impression que l'on connaît ma pensée et, lorsque je lis un journal, par exemple, c'est comme si on le répétait par la pensée, comme si on lisait derrière moi.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Alexis nous décrit fort bien les phénomènes d'automatisme mental. Ce sont, d'une part, des hallucinations auditives verbales, les murmures de l'entourage, et, d'autre part des phénomènes de vol, d'effraction de la pensée, qui montrent l'atteinte d'une des conduites étudiées par Pierre Janet, la conduite du secret. C'est ici le devinement de la pensée et l'impression de la pensée devinée, les pensées transmises ou intuitions, enfin l'écho de la pensée et de la lecture.

AU MALADE. — Que vous a-t-on fait éprouver encore ?

LE MALADE. — On me cognait par intervalles dans les membres, ou bien on m'envoyait des courants électriques dans les mains. On me trans-

mettait aussi des odeurs, parfois des parfums ou encore des odeurs désagréables. Quelquefois, on essayait de me dégoûter en me disant qu'on avait mis quelque chose dans mes aliments ; ainsi, j'ai dû jeter, sans y toucher, un poisson que j'avais pêché. Je ne saurais vous dire pourquoi on me fait ça. Est-ce une méchanceté de la part de ma femme ? Est-ce une méchanceté parce que je m'étais occupé du syndicat agricole ? Je n'en sais rien. C'est peut-être parce que j'ai reçu des décharges électriques pendant mon apprentissage.

M. Laignel-Lavastine. — Vous constatez que la systématisation du délire est extrêmement faible. Celui-ci est peu cohérent, fragmentaire et cela lui donne l'aspect d'une mosaïque de phénomènes morbides assez variés, mais dont le contenu est très pauvre.

Chez ce malade, l'évolution des troubles est particulièrement caractéristique. Il présente d'abord un délire de jalousie, de mécanisme interprétatif. Convaincu d'avoir été trompé, il fonde sa conviction sur les petits faits, qui ont éveillé son attention, que lui ont montré les vérifications qu'il a tenté de faire, mais surtout sur l'attitude de sa femme. Elle lui semble plus indifférente ; elle paraît éprouver pour lui une certaine aversion, qui était peut-être réelle et due à la répulsion qu'il lui inspirait en raison de sa déchéance. Il est possible que les griefs d'Alexis aient eu quelque raison d'être, mais son comportement montre bien qu'il s'agit d'un délire de jalousie d'alcoolique et non d'une jalousie purement passionnelle ; en effet, il se réfugie au cabaret et s'accommode assez bien de son infortune supposée.

Le *délire interprétatif de jalousie des alcooliques* est très fréquent. C'est la cause la plus commune des troubles graves de la conduite, qui font de ces malades des bourreaux familiaux se livrant sur leur conjointe à des investigations odieuses et parfois à des sévices. Ceci explique la fréquence des conflits dans les familles d'alcooliques. Ici, bien qu'il n'y ait pas eu de réactions très violentes, la femme a profité du premier internement de son mari pour se séparer de lui. Après ce premier internement motivé par un épisode subaigu, le malade loin de s'amender, continue à boire et peu à peu s'installe un syndrome d'automatisme mental.

L'examen physique montre un aspect dégénératif, une certaine asymétrie faciale, un signe de Marcel Pinard évident, une édentation précoce. Il existe quelques signes d'insuffisance hépatique : le foie est gros et une légère circulation collatérale apparaît déjà ; le taux de l'urée est abaissé, mais l'épreuve du rose bengale est normale. C'est l'insuffisance hépato-rénale, liée aux lésions de l'alcoolisme, qui peut expliquer ici que le sevrage n'ait pas amené une atténuation du délire.

Comme le précédent, ce malade est un débile mental, et c'est ce terrain dégénératif, cette « aptitude à délirer », qui rend compte de l'éclosion de troubles mentaux chez ces deux délirants. Cette réserve quant au terrain étant admise, il semble incontestable qu'il existe chez les alcooliques des psychoses hallucinatoires chroniques. Elles présentent quelques particularités cliniques que mon interne, M. Neveu, a définies dans une thèse récente. Comme vous l'avez vu, ces délires sont peu systématisés, le thème en est mal fixé ; il consiste en de vagues idées de persécution rappelant celles du délire onirique qui leur a parfois donné naissance, des idées de jalousie qui ont souvent leur cause dans la répugnance réelle que le buveur inspire à son conjoint, des idées d'empoisonnement en rapport avec les troubles digestifs. Les phénomènes psycho-sensoriels sont variés ; ce sont des hallucinations auditives ou psychiques le plus souvent ; parfois elles intéressent le goût, l'odorat ou la sensibilité générale ; plus rarement, ce sont des hallucinations visuelles. Assez souvent ces phénomènes sont dépouillés de contexte délirant ; ils sont alors éprouvés comme des manifestations isolées et fragmentaires.

Certaines périodes paraissent jouer un rôle capital dans les développements de ces délires. Ce sont des états d'obscurcissement de la conscience, de confusion, comparables aux états crépusculaires où les données de la conscience réfléchie débordent la conscience immédiate. Ce sont les « moments féconds », qui se manifestent sous forme de rêves ou de rêveries qui vont donner au délire toute son activité en entraînant la conviction morbide.

Mais il ne suffit pas d'étudier les troubles mentaux « en coupe ». Il convient d'envisager les diverses manifestations en rapport avec les plans superposés, qui représentent l'ensemble du trouble. Si l'on étudie, selon la méthode verticale, les *psychoses hallucinatoires des alcooliques*, nous voyons d'abord les hallucinations, les phénomènes d'automatisme qui en sont les symptômes. Le syndrome délirant est constitué par l'ensemble des signes liés entre eux par la conviction morbide. Ce délire est une affection alcoolique, qui apparaît sur un terrain particulier de prédisposition, mais qui constitue une forme de la maladie bien définie qu'est l'alcoolisme.

Ainsi vous voyez l'intérêt de ces malades, qui associent les manifestations psychopathiques à des troubles organiques évidents, que nous savons étudier, ce qui nous permet d'avoir une vue d'ensemble de l'affection et d'en faire une étude clinique complète.

LUXATION COMPLÈTE DE L'ASTRAGALE

Par le Docteur AUSSILLOUX

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier

La situation de l'astragale, profondément enfoui dans sa loge, la solidité des ligaments qui s'insèrent sur lui, contribuent à rendre difficile son déplacement ; et les difficultés de l'astragalectomie typique témoignent de la stabilité de ses rapports normaux. Il nous a cependant été donné d'observer, à la Clinique chirurgicale du Docteur Soulier, à Alès, un cas de luxation complète de cet os en dehor s de sa loge avec un minimum de dégats osseux concomittants. Cette éventualité, fort rare, ne se retrouve dans la littérature médicale que dans des travaux portant sur des cas isolés. Elle pose néanmoins des problèmes pratiques, tant sur le diagnostic que sur la thérapeutique, et c'est pourquoi nous désirons rapporter ici cette observation, qui a déjà fait l'objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de Montpellier (section chirurgie) le 23 avril 1941, en collaboration avec le Professeur agrégé Guibal.

Voici brièvement rappelée, l'histoire de ce malade :



Sujet de 32 ans, de constitution athlétique, dépassant le poids de 100 kilogammes. Admis d'urgence à la Clinique pour une déformation du cou-de-pied droit. Est tombé d'un arbre, sur lequel il était monté avec une échelle. Hauteur de chute 5 mètres. Croit s'être coincé le pied entre deux barreaux de l'échelle qui a été brisée.

Vu quelques minutes après l'accident.

L'absence d'œdème permet une exploration facile. Le pied est complètement déjeté en dehors ; la plante regarde en dehors : légère inclinaison en équin. Aucun mouvement n'est possible, ni spontané, ni provoqué.

A la palpation, point douloureux au niveau des deux malléoles. L'externe, masquée par le tissu cellulaire plissé à sa hauteur, est mal perçue. L'interne paraît douloureuse au niveau de sa pointe.

On pense à une fracture bi-malléolaire. Et, dans l'impossibilité où l'on se trouve de prendre un cliché radiographique immédiat, on décide de tenter la réduction sous-anesthésie locale.

On parvient à réduire considérablement la déformation et à ramener le pied en meilleure position. On fait alors les constatations suivantes :

— la malléole externe ne paraît pas déformée ;

— le pied est bien orienté, mais déporté en totalité vers en dehors ;

— le cou-de-pied est élargi, et le pied paraît diminué dans sa longueur ;

— dans la région malléolaire interne, on perçoit une masse osseuse, directement sous-cutanée que l'on prend d'abord pour la malléole interne fracturée, avec un fragment menaçant de perforer la peau.

Mais on remarque :

a) qu'au-dessus de lui il existe une profonde dépression, dont le fond est constitué par l'extrémité inférieure du tibia ;

b que cette masse se prolonge sur la face interne du pied très bas, jusque dans la région plantaire, environ à un doigt et demi seulement du plan d'appui sur le sol.

On décide alors, d'attendre la radiographie et de tenter ensuite une autre réduction sous-rachianesthésie.

La radiographie pratiquée quelques heures après, donne les résultats suivants :

Face : malléole externe intacte. Arrachement de la pointe de la malléole interne. Pas de diastasis tibio-péronier. Mais l'astragale est luxé en masse vers en dedans et son extrémité est basculée vers le bord interne du pied.

Profil : met mieux en évidence la bascule et la désaxation de l'astragale.

Tentative de réduction sous-rachianesthésie, sous contrôle des rayons X.

Echec des manœuvres même appuyées, en vue de réduire. On constate que :

— si on remet l'astragale sous le tibia, c'est le pied qui se trouve déjeté en dehors ;

— si on corrige la déformation du pied, l'astragale reprend sa position de luxation.

On pense alors, que la seule solution, est l'intervention sanglante.

Intervention (Professeur Guibal, Docteur Aussilloux).

Anesthésie générale Balsoforme.

Incision arciforme à concavité antéro-supérieure. On tombe immédiatement après section de la peau très amincie sur l'astragale. Ce qui se présente est la face articulaire inférieure, qui s'offrait à la palpation en dedans. On voit le ligament en haie sectionné, et un fragment osseux arraché à la partie postérieure. La tête est dirigée vers la plante. Tous les ligaments

sont sectionnés, à l'exception de celui qui, normalement aurait du l'être le premier, le ligament latéral interne et quelques attaches postérieures. Tout se passe donc comme si, sous l'effet du valgus forcé au moment du traumatisme, l'astragale avait été énucléé de sa loge, ne restant fixé que sur son bord interne. Il a donc, dans le plan frontal, tourné de façon à amener en dedans et en haut sa face articulaire inférieure. De plus, sa partie antérieure a basculé en avant, la tête et le col venant se placer en dehors de la partie antérieure du calcanéum (voir schéma radiographique).

L'ablation de l'os se passe donc très facilement. Un seul ligament est à sectionner. La conservation est jugée impossible, ou en tous cas très alléatoire, surtout du point de vue fonctionnel.

Suture après nettoyage. Immobilisation plâtrée.

Suites opératoires. — Sans incident. Ablation de l'appareil plâtré au bout de quarante jours, puis mobilisation progressive. Reprise progressive mais lente de la marche ; six mois après l'accident, il persiste une invalidité de 30 %.

Actuellement, l'impotence est bien réduite. Le blessé a pu faire 40 kilomètres à bicyclette dans la journée, mais la marche est encore difficile. Les contrôles radiographiques montrent une position du pied assez satisfaisante et des signes évidents d'ostéoporose post-traumatique.

***

La littérature médicale ne manque pas de tels exemples, mais cette affection demeure plutôt rare. L'observation la plus ancienne paraît être celle de Schlatter, en 1794. Broca la décrivait sous le nom d' « énucléation » de l'astragale. Plus récemment, il faut citer les travaux d'Ollerenshaw (1921) qui les appelle « rotation-dislocation » de l'astragale et qui rapporte un cas très analogue au nôtre, et les recherches pathogéniques de Benedetti-Valentini (1931).

Dans la plupart des observations, le déplacement de l'astragale est conditionné par des délabrements osseux de voisinage plus ou moins accentués. A notre avis, il faut réserver le nom de luxation à la perte des rapports articulaires normaux, en l'*absence de dégâts osseux importants.* Ainsi comprises, les luxations de l'astragale sont bien moins fréquentes, et les publications portent généralement sur des observations uniques.

Leur mécanisme de production a été fort discuté, et ne laisse pas d'être encore entouré de beaucoup d'obscurité. Benedetti-Valentini, qui a fait, à ce sujet des expériences cadavériques, déclare que les raisons ostéo-articulaires purement mécaniques ne jouent qu'un rôle accessoire. Pour lui, elles s'expliqueraient par la contraction musculaire brusque déclanchée par la douleur au moment où le traumatisme a déjà fait subir au cou-de-pied un mouvement d'amplitude exagérée.

Quelle que soit la façon dont elles se produisent, les luxations de l'astragale s'accompagnent en général d'une rotation de l'os sur son axe antéro-postérieur, et d'une bascule verticale plus ou moins poussée. Le déplacement peut se faire en dedans, comme dans notre observation, en dehors (Ollerenshaw), en arrière (Decherf). Nous n'avons pas relevé d'exemple de luxation en avant.

Ces signes cliniques sont variables suivant les déplacements réalisés ; soulignons simplement l'utilité de la radiographie, qui permet immédiatement un diagnostic précis.

Le point le plus intéressant, en même temps que le plus pratique, est celui du *traitement.* Pour rendre au cou-de-pied sa fonction, plusieurs méthodes sont en présence :

— *soit la reposition orthopédique sous-anesthésie, sans intervention sanglante.* Plusieurs auteurs l'ont pratiquée avec succès : Schlatter (1894), Peharek (1927), Pfaelher (1931). Dans ces cas-là, il y avait bien perte des rapports articulaires normaux, mais *pas de rotation de l'astragale.* Notre échec a confirmé ce qu'écrivait Benedetti-Valentini : dans une « rotation dislocation » les manœuvres orthopédiques sont vouées à l'échec.

— *soit la reposition sanglante* : opération techniquement simple, elle a été souvent pratiquée avec succès ; cas de Luckett (1905), de Benedetti-Valentini (1931), Ollerenshaw (1921), Roques (1937), North (1938). La reprise fonctionnelle est rapide, et l'incapacité résiduelle paraît très réduite.

— *soit enfin l'astragalectomie,* solution adoptée dans les cas de Weitzel, de Proust, Houdard et de Monod (1932), de Vergoz et Ezes (1939), et dans notre observation. Ces résultats sont loin d'être parfaits : rétablissement très lent de la marche, persistance d'un raccourcissement léger, état douloureux tenace.

Il nous semble donc que les *conclusions* peuvent être les suivantes : la réduction orthopédique échouant habituellement, il *faut recourir à la reposition sanglante.* L'expérience démontre, comme le souligne Ollerenshaw, que l'ablation d'un astragale complètement détaché n'est pas nécessaire, et qu'il *ne faut pas redouter la nécrose secondaire* d'un os privé, semble-t-il, de tout apport vasculaire. C'est dans cette crainte que nous avions pratiqué chez notre malade une astragalectomie ; nous reconnaissons volontiers que cette opération ne constitue qu'un pis-aller.

BIBLIOGRAPHIE

ASSHURT. — Excision of the astragale for fracture-dislocation. (*Annales of Surgery,* T. XL, 1912, p. 120.)

BENEDETTI-VALENTINI : Considérations sur la pathogénie et le traitement des luxations isolées de l'astragale. Travail clinique et expérimental. (*Il*

Policlinico, An. XXXVIII, nº 10, 1015 oct. 1931, p. 525.)

Dahle : Luxation de l'astragale. (*Norsk Magazin for Largevidenskafen*, Oslo, An. XCV, nº 8, août 1934.)

Decherf : Enucléation de l'astragale en arrière et en dehors. Astragalectomie. (*Le Nord médical*, T. CVIII, 1912, p. 431.)

Destot : Traumatismes du pied et rayons X.

Hirshfeld : Luxation isolée non compliquée de l'astragale. (*Zentralblatt fur Chirurgie*, Leipzig, An. LIX, nº 36, 3 septembre 1932.)

W.-H. Luckett. : Luxation de l'astragale autour de son axe antéro-postérieur. (*The Journal of the American Med. Association*, T. II, nº 4, 23 janvier 1909, p. 279.)

Marin : Un cas de résection de l'astragale pour luxation irréductible ; quelques aperçus sur la physiologie de cet os. (*Bull. et mém. de la Société de médecine du Vaucluse*, Avignon, T. VII, 1911, p. 694.)

Mitchell : Luxation totale de l'astragale. (*The journal of bone and joint surgery*, Vol. 18, nº 1, janvier 1936.)

J.-P. North : Luxation de l'astragale avec plaie sans fracture malléolaire. (*The journal of bone and joint surgery*, Vol. 20, nº 2, avril 1938, p. 458.)

Olierenshan : Rotation dislocation de l'astragale. (*The British Medical journal*, 1921, nº 3135, p. 155.)

Panis : Luxation double de l'astragale. (Rapport de Mocquot. Soc. nat. de chir., 31 octobre 1928.)

Peaarek : La question des luxations spontanées de l'astragale et de leur reposition. (*Munchener Med. Woch.*, T. LXXIV, nº 26, 1er juillet 1927, p. 1095.)

Peaechler : A propos de la luxation totale de l'astragale. (Scheveizeriche Med. Woch.), nºs 32-33, 8 août 1931, pp. 768-769.)

Proust, Houdard et Monod : Luxation de l'astragale. Astragalectomie. (*Soc. nat. de chirurgie*, nº 28, 29 octobre 1932.)

Roques : Luxation de l'astragale. Réduction sanglante précoce. Excellent résultat. (Soc. de chir. de Marseille, 7 juin 1937.)

Stahl : Luxation de l'astragale vers le haut. (*Zentralblatt fur chirurgie*, An. LIX, nº 31, 4 août 1934.)

Vergoz et Ezes : Astragalectomie pour fracture du pied tibial avec luxation de l'astragale ; résultat fonctionnel défectueux. Arthrodèse tibio-tarsienne. (Soc. nat. de chir., 31 mai 1939.)

Weitzel : Note sur les luxations fermées de l'astragale s'accompagnant ou non avec des lésions malléolaires et sur les luxations fragmentaires de cet os.

MORPHOLOGIE FÉMININE ET ENDOCRINES

Les glandes endocrines non seulement jouent un rôle essentiel dans le développement de la taille et des formes féminines au moment de la puberté, mais elles interviennent aussi, pour une part importante, *sur la morphologie générale* de la femme adulte. Ainsi, l'hyperovarienne est petite, à formes arrondies, l'hyperthyroïdienne est grande et maigre, la femme à la ménopause a tendance à l'obésité, etc.

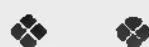
Dans une étude publiée par la *Revue de médecine*, M. Robert Pages envisage un nouvel aspect de la question : celui des actions endocriniennes sur le facteur hydratation et des changements qui peuvent s'ensuivre quant à la silhouette féminine. Ayant fait, chez un certain nombre de ses malades, des pesées quotidiennes au cours du cycle ovarien, il a noté nombre d'élévations de poids rapides, correspondant à des crises d'hydratation, de surhydratation, se traduisant morphologiquement par une fausse apparence d'obésité. A son avis, les femmes s'hydratant le plus facilement, dans ces conditions, sont les hypothyroïdiennes et les hypermammaires (femmes aux seins très développés) ; les femmes qui s'hydratent le moins sont les hyperthyroïdiennes et les femmes à petits seins. L'hormone mammaire serait pour lui l'endocrine hydratante par excellence de l'organisme féminin. Si, dit-il, chez une femme dont le déséquilibre endocrinien est choisi et qui présente une fluxion mammaire pré-menstruelle, on excite la fonction mammaire, au moyen de la diathermie par exemple, on voit la balance accuser une brutale ascension de poids. de 1 kgr. 500 en vingt-quatre heures, parfois.

Ces endocriniennes représenteraient un type morphologique féminin à silhouette mobile qui ferait, entre autres choses, le désespoir des couturières. Une stimulation modérée de la fonction mammaire par diathermie — jusqu'à tonicité équilibrée seulement — pourrait quelquefois, pense l'auteur, régulariser ces écarts et réduire le gonflement de la taille et des seins, ainsi que les troubles généraux associés.

P. L.

AU CHEVET DES PATIENTS



La conjonctivite gonococcique du nouveau-né et son traitement moderne par les sulfamides

L'application de la méthode de Crédé a fait tomber le taux de ces conjonctivites de 10 ou 15 % à moins de 1 % ; néanmoins, comme le fait remarquer le Docteur J. Voisin, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris (1), cette localisation gonococcique restait encore chez le jeune enfant, du fait de la fréquence des complications cornéennes (25 % des cas), un grand facteur de cécité. Actuellement, le pronostic de cette affection est transformé par la mise en œuvre de la thérapeutique chimique par les sulfamides : bientôt, elle ne sera plus qu'exceptionnellement cause de cécité, mais à la condition qu'intervienne un *diagnostic précoce* et l'*application rapide* d'un traitement parfait.

Reconnaître l'affection *à son extrême début* est chose pour ainsi dire impossible, en l'absence d'un examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale. C'est le tableau banal de toute conjonctivite au début, qui se trouve réalisé : paupières collées par une sécrétion purulente, issue d'une gouttelette de pus à l'ouverture de l'œil. Cependant, on pourra se rappeler que la conjonctivite blennorragique débute le plus souvent du deuxième au cinquième jour après la naissance. D'autre part, plus précoces, dès le lendemain de l'installation , sont les réactions dues au nitrate d'argent lui-même ; elles peuvent être assez vives et s'accompagner d'un léger œdème des paupières ; — plus tardives sont la conjonctivite à « inclusions », et surtout la conjonctivite lacrymale à pneumocoques ; cette dernière débute après le huitième jour, mais le larmoiement prédomine sur la sécrétion, qui s'accumule en petits dépôts fibrineux et muqueux dans le cul-de-sac inférieur ; la pression sur la région du sac lacrymal à l'angle interne de l'œil fait souvent refluer avec les larmes un petit flocon de pus. N'oublions pas enfin que la conjonctivite gonococcique peut être contemporaine de la naissance et relever d'une infection intra-utérine (elle a été signalée chez des nouveau-nés extraits par césarienne) ; elle peut être plus tardive et serait alors secondaire à un contage indirect, et non à une contamination dans les voies génitales maternelles.

Il faut aussi savoir que cette conjonctivite est parfois monoculaire, et cela pour la raison suivante : l'instillation préventive de nitrate d'argent est toujours plus délicate à bien faire dans le deuxième œil du nouveau-né, qui serre énergiquement les paupières.

Plus tard, lorsque le tableau est devevu typique par l'importance de la sécrétion et de la réaction œdémateuse palpébrale et conjonctivale, le diagnostic serait facile si la conjonctivite à inclusion n'était pas capable de réaliser les mêmes aspects. Ici encore, comme tout d'abord, l'argument décisif ne peut être apporté que par l'examen bactériologique. Cependant, en ce dernier cas, on ne trouve pas toujours le gonocoque comme au début, même les frottis et cultures ayant été répétés plusieurs jours de suite et avec tout le soin désirable ; le produit de grattage de l'épithélium conjonctival, coloré au Giemsa, permettra de voir seulement de fines ponctuations colorées dans le protoplasma de quelques cellules épithéliales.

Le **traitement** de cette affection a *été transformé par la chimiothérapie*, qui permet de réduire les rigueurs du traitement local institué jusqu'alors.

Avant les sulfamides, il fallait une attention continuelle et des soins permanents, si bien que le médecin devait soit placer auprès de son malade une garde expérimentée, soit dresser au traitement une personne de la famille.

En effet, lors de ce traitement, essuyages, instillations, lavages doivent se suivre sans grande interruption.

Les lavages sont faits au moyen d'une solution de permanganate à un pour 4 ou 6.000 à l'aide de flacons laveurs, d'où tombe sans pression un filet de liquide. La cornée et la conjonctive doivent être débarrassées de toute sécrétion purulents. Aux grands lavages (un litre), il faut préférer des lavages peu abondants (50 c.c.), mais plus fréquents, toutes les deux heures par exemple. Après chaque lavage, une instillation d'argyrol à 10 % est pratiquée ; elle sera répétée dans l'intervalle des lavages. Matin et soir, il est classique d'instiller une goutte de nitrate d'argent en évitant le contact de la cornée ; la solution à 1 % est préférable, comme moins desquamante, à celle de 2 %. Cette cautérisation est remplacée avec avantage par une instillation de protargol au 1/5e. Enfin, selon l'abondance de la sécrétion, tous les quarts d'heure environ, il est nécessaire



(1) *Le Progrès Médical*, 20 septembre 1941.

d'essuyer les paupières avec un tampon d'ouate imbibée d'eau bouillie, au besoin de les décoller et les écarter légèrement pour faire s'écouler le pus, afin qu'il ne baigne pas la cornée.

Comme thérapeutique complémentaire d'ordre général, on prescrivait parfois des injections de lait, des vaccins, de l'autosérothérapie. Mais ces médications de choc n'ont chez le nouveau-né qu'une efficacité discutable, alors qu'elles ont fait leur preuve chez l'adulte ; aussi beaucoup s'en abstenaient.

Depuis les sulfamides, il ne semble pas que le traitement local doive être négligé ; mais, très rapidement, avec l'assèchement conjonctival il devient moins rigoureux, puisqu'il est basé sur l'abondance de la sécrétion purulente ; il limite les dangers de l'échec de la chimiothérapie ou de sa suspension : intolérance, etc.

Après avoir employé le 1162F, on recommande le 693 ou Dagenan comme préférable ; on connaît son efficacité dans les blennorragies génitales. Le traitement sera dégressif, et, après avoir donné d'emblée la dose efficace, il la diminuera. Cette dose journalière est de 0,25 ctgr. pour le nouveau-né, qui l'absorbe fractionnée, dissoute dans quatre de ses biberons : les deux premiers jours 0,25 ; pour les trois jours suivants 0,12. En cinq jours, la chimiothérapie associée au traitement local amène la guérison ; en général, au deuxième jour du traitement, le nouveau-né ouvre les yeux et le gonocoque a disparu de la sécrétion conjonctivale. Dans les cas graves ou vus tardivement, la dose initiale sera plus forte et le traitement plus étalé : deux jours 0,50, trois jours 0,25 et trois jours 0,12. Il y aura toujours intérêt à prolonger de quelques jours les soins locaux.

Cette thérapeutique chimique doit être surveillée de près, en raison d'accidents, rares, il est vrai : élévation thermique, vomissements, érythèmes, ictère, acidose ; la cyanose due à la méthémoglobinémie est plus impressionnante que grave ; des altérations sanguines sont possibles, anémie et agranulocytose. En ces cas, on suspendra la médication, qui parfois sera reprise à doses plus faibles ; les érythèmes précoces, comme ceux de l'arsénothérapie, n'entraînent pas cette suspension, sauf les formes purpuriques ou eczématiques.

L'action de ce traitement moderne, assure en moins d'une semaine la guérison de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, et, par là même, l'absence de toutes les complications cornéennes.

L'ANESTHÉSIE LOCALE DANS LE TRAITEMENT DES PIQURES VÉNÉNEUSES

Depuis l'année 1934, le Docteur L. RUDELLE pratique systématiquement l'anesthésie locale des piqûres venimeuses, et il réussit de cette manière à modifier très heureusement en général l'aspect de cette intoxication spécifique. Il a été amené à cette pratique par le cas suivant : un sujet pusillanime et hypersensible avait été piqué au pouce par une araignée de mer ; il se tordait de douleur et réclamait à cors et à cris un soulagement. Ayant l'intention d'injecter, comme d'habitude, au siège de la piqûre une solution, neutralisante de permanganate de potasse, il pousse d'abord dans les tissus, pour vaincre l'appréhension du malade, deux centimètres cubes de scurocaïne en solution à 2 % adrénalinée. L'effet fut immédiat et total : suppression instantanée de la douleur et de ses irradiations ; mais encore, calme définitif ; seuls persistaient un léger endolorissement, une lassitude et un engourdissement du membre, qui disparurent en quelques heures.

Par la suite, et dans tous les cas de pronostic bénin (piqûres de scorpion d'Europe, de vive, ou de petits animaux vénéneux), l'auteur, fort de cette observation intéressante, borna son intervention à cette anesthésie locale, sans se préoccuper de neutraliser ou d'éliminer le venin.

Les résultats furent constants : abolition immédiate de la douleur aiguë, retour un peu plus tard ou persistance d'un léger endolorissement parfaitement tolérable, en ce qu'il permettait notamment le sommeil. Il en fut ainsi, quelqu'intenses que soient au départ les algies et leurs irradiations, même lorsque des signes généraux marqués, (vomissements, tendances syncopales) indiquaient une gravité relative de l'agression toxique.

Cependant, dans les éventualités plus sérieuses (morsures de vipères), on met naturellement et conjointement en œuvre l'emploi des sérums et des injections neutralisantes, avec ou sans débridement ou cautérisation. Même dans ces cas plus dangereux, l'anesthésie locale, non seulement calme les irradiations excruciantes et angoissantes, mais encore elle atténue en même temps les phénomènes généraux.

L'anesthésique diminue le choc sympathique ; d'autre part, l'action locale ischémiante de l'adrénaline diffère et réfracte indiscutablement la résorption du venin ; elle paraît d'ailleurs plus avantageuse que les ligatures successives centripètes, habituellement recommandées ; elle est, en outre, applicable aux régions où la pose d'un garrot est impossible. La posologie est très élastique. En cas d'irradiation marquée, et de relais douloureux, on peut naturellement porter en plusieurs points l'infiltration analgésiante.

G. FISCHER.

(1) *L'Algérie Médicale,* août 1941.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'intoxication chronique par le benzol, hémopathie commune

Le Professeur Maurice PERRIN (de Nancy), MM. P. KIESSEL et L. PIERQUIN viennent de publier sur cette intéressante question deux articles, qui se complètent l'un l'autre. L'utilisation du caoutchouc dans l'industrie a pris, depuis quelques années, une importance considérable, en particulier dans la fabrication des pneus et des chambres à air, des vêtements imperméables et des chaussures ; parallèlement, l'emploi du benzol s'est généralisé dans les ateliers, car c'est le meilleur et le moins cher des solvants du caoutchouc. La main-d'œuvre féminine, d'un prix moins élevé pour un travail peu fatigant et plus minutieux, s'est généralisée ; or, celle-ci se révèle malheureusement d'une sensibilité particulière aux vapeurs benzoliques et on relève un accroissement notable des hémopathies dues à ces vapeurs.

On distingue, dans le benzolisme chronique, des formes légères, avec les stigmates hématologiques et les signes cliniques les plus précoces de l'intoxication, puis des formes graves ; les premières s'observent plus particulièrement à l'usine, les deuxièmes à l'hôpital, assez rares, évidentes, importantes et évolutives ; ces dernières sont graves, malgré l'hospitalisation et une thérapeutique intensive, y compris un large emploi des transfusions sanguines. A noter aussi la possibilité du passage d'une forme légère à une forme grave, cette aggravation étant un phénomène brutal et de cause impondérable, par conséquent toujours à redouter malgré tout.

Les mesures prophylactiques sont actuellement connues de tous. En attendant que soit supprimé l'emploi du benzol dans l'industrie, il n'y a qu'une solution efficace du problème prophylactique : l'exclusion des femmes des ateliers dangereux, puisque leur sexe est plus exposé. (*Paris médical*, 10 mai 1941 ; *La Presse médicale*, 5 juillet 1941).

Remarques diagnostiques et thérapeutiques à propos de la fièvre typhoïde

Le travail du Docteur KRETZ est basé sur 281 observations cliniques, recueillies au cours d'une épidémie d'origine hydrique. Voici les principales remarques de cet auteur. D'après lui, le diagnostic de l'affection se révèle parfois assez délicat, en raison de l'absence des symptômes classiques ; souvent, on le base principalement sur la présence de l'état épidémique, en tenant compte de la céphalée, de certains troubles digestifs. La langue des patients peut présenter un aspect particulier d'humidité, et n'être sèche que dans les cas graves ; on signale aussi l'apparition, de la deuxième à quatrième semaine, d'une tuméfaction ronde ou longue de un à deux centimètres sur le rebord lingual, celle-ci disparaissant sans laisser de cicatrice visible. L'atteinte généralisée des follicules lymphoïdes détermine également des taches rougeâtres dans la région palatine. La participation des capsules surrénales doit être rendue responsable d'un certain degré d'hypotension, et de l'adynamie générale. Les règles peuvent demeurer absentes durant toute la maladie, et même longtemps après la chute de la température, comme aussi on note parfois des métrorragies à la période initiale de l'infection.

A noter la précocité possible d'une réaction de Gruber-Widal positive, au quatrième ou cinquième jour ; cependant sa négativité ne doit pas être opposée au diagnostic de dothiénentérie, en présence des autres symptômes classiques ; son retard serait observé en particulier dans les cas graves. Le taux indicatif est de 1 p. 200 ; il peut être de 1 p. 400 chez les sujets, qui ont été soumis à la vaccination préventive, sans qu'il y ait fièvre typhoïde ; en pareils cas, il convient de répéter la réaction et de n'admettre le diagnostic que si le taux persiste, ou s'il s'abaisse.

Un diagnostic précoce se basera également sur la réaction de Katala dans les selles : on ajoute 3 ou 4 cent. d'eau oxygénée, au titre de 3 p. 100, à une égale quantité de selles diluées. Positive, cette réaction produit la formation d'une spume abondante, due à une abondante exsudation leucocytaire au niveau des ulcérations intestinales.

Au point de vue thérapeutique, on ne négligera pas l'appareil cardio-vasculaire. D'une part, en effet, certains troubles généraux sont fréquemment dus à une hypochlorémie, que l'on combattra au moyen des instillations sous-cutanées de solutions salines. D'autre part l'administration régulière de vitamine C influencerait favorablement la diathèse hémorragique au niveau de la peau et de la muqueuse intestinale, et exercerait une influence heureuse sur l'apparition des complications infectieuses secondaires. (*Munch. Mediz. Wochensch.*, 11 juillet 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'utilisation des coques de cacao dans l'alimentation humaine

(M. GORIS ; 16-9-1941)

Les coques de cacao constituent un déchet de la fabrication du chocolat. Elles étaient utilisées auparavant pour l'extraction de la théobromine et la fabrication de la caféine. Actuellement, devant la pénurie de chocolat, elles sont souvent employées pour la préparation des petits déjeuners, leur goût rappelant un peu celui du cacao.

M. Goris note que les coques de cacao n'ont qu'une valeur nutritive très réduite, la proportion de glucides, protides et lipides y étant très faible. D'autre part, la présence de bases xanthiques (1 gramme environ pour 100) n'est pas sans présenter des inconvénients d'ordre physiologique chez les personnes et surtout les enfants qui absorbent quotidiennement ces produits. Considérant, enfin, que ladite utilisation prive l'industrie pharmaceutique d'une matière première indispensable à l'extraction de médicaments aussi importants que la théobromine et la caféine, l'auteur demande l'interdiction de la vente des coques de cacao pour l'alimentation humaine.

La pratique des « grands sports » et la sous-alimentation

(MM. L. TANON et P. DALIMIER ; 2-9-1941)

M. Tanon rappelle une communication antérieure du Professeur Rathery sur cette question. Il pense qu'il est opportun d'y revenir, les conclusions votées par l'Académie n'ayant pas trouvé auprès des Pouvoirs publics un écho suffisant.

Il ne saurait s'agir, bien entendu, de critiquer l'exercice physique et la pratique normale des sports chez les jeunes. Mais, dans les conditions alimentaires actuelles surtout, des conseils de prudence et de mesure doivent être donnés. Les auteurs envisagent plus particulièrement les « grands sports », c'est-à-dire les compétitions individuelles (courses, matches de boxe) et collectives (matches de football, de rugby). Les sports de cette catégorie ne sauraient convenir à tous. La plupart des physiologistes les déconseillent chez la jeune fille. Chez l'homme, ils ne devraient être autorisés qu'après examen médical. Chez l'enfant, une plus grande circonspection encore est nécessaire.

Actuellement, se pose en outre un autre problème : celui de la ration alimentaire des sportifs. Les grands sportifs consomment beaucoup de calories. Le Docteur Schenk, aux jeux Olympiques de 1936, a étudié l'alimentation de 4.700 athlètes appartenant à 42 nations différentes. Il a constaté qu'ils consommaient par jour une moyenne de 800 grammes de viande, 1 à 2 litres 1/2 de lait, et une quantité importante de foie, d'œufs, de pain, de sucre et de légumes. A titre d'indication, on peut signaler la forte quantité d'avoine et de fourrages secs donnée aux chevaux à l'entraînement.

La ration alimentaire actuelle de l'homme est en fait très inférieure à ce qu'elle devrait être pour la pratique des sports. Il apparaît, dans ces conditions, qu'aussi longtemps que les circonstances s'opposeront à l'acquisition de rations alimentaires d'entraînement, les exercices physiques doivent être réduits au minimum acceptable et les compétitions différées. Il serait plus opportun, dans les conjonctures présentes, d'imposer aux travailleurs manuels et intellectuels de tout âge une épargne de leur dynamisme, en organisant le repos systématique.

— M. BARRIER ajoute que l'abus du sport crée un danger d'autant plus grave que le public le considère, au contraire, comme un exercice salutaire.

— M. RIST montre qu'à l'heure présente, sous un régime de restrictions croissantes, le seuil de l'excès est rapidement atteint. Tous les médecins se préoccupent du danger que ferait courir une dépense énergétique sportive immodérée à une jeunesse sous-alimentée.

En conclusion la communication de MM. Tanon et Dalimier est renvoyée à la commission du rationnement.

Sur l'adjonction d'acide paraoxybenzoïque, à des purées concentrées de tomates

(M. TANON ; 19-8-1941)

L'autorisation d'adjoindre de l'acide paraoxybenzoïque à 1/1000 à de la purée de tomates, afin d'éviter son altération, a été demandée par M. l'intendant Ley pour permettre l'utilisation par le Ministère du Ravitaillement d'un lot important de cette conserve. La Commission de l'Académie, tout en maintenant la notion générale de rejet de toute adjonction d'antiseptique à un aliment (l'acide paraoxybenzoïque est un isomère de l'acide salicylique considéré comme non toxique) propose néanmoins, en raison des circonstances, de donner ici à titre exceptionnel un avis favorable, à condition qu'il soit fait mention sur les récipients de l'antiseptique ajouté.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Urticaire hyperfolliculinique de la puberté

(MM. Robert Clément et J. Riaut ; 13-6-1941)

On savait déjà que la peau pouvait acquérir une sensibilité particulière au moment des règles ; on avait décrit des cas d'herpès, d'eczéma, d'urticaire cataméniaux, et constaté l'apparition brusque de ces diverses dermatoses au moment de la puberté, leur disparition fréquente à la ménopause, l'action suspensive de la grossesse dans leur évolution et parfois leur répétition d'une surprenante régularité à chaque menstruation. Mais les troubles étaient attribués d'une façon assez vague à l'insuffisance ovarienne, et la question n'a été élucidée plus complètement, surtout au point de vue thérapeutique, que depuis nos connaissances plus étendues sur le cycle hormonal de la menstruation. L'urticaire cyclique prémenstruel est à ranger parmi les autres troubles vaso-moteurs et psychiques du syndrome hyperfolliculinique bien étudié aujourd'hui.

Les auteurs en rapportent une observation, où les manifestations cutanées ont débuté à la puberté en même temps qu'une installation précoce des menstrues. Simultanément existait une série de symptômes appartenant au syndrome hyperfolliculinique de la puberté : pertes sanguines extrêmement abondantes, débutant en avance et se prolongeant d'une façon anormale ; hyperséborrhée cutanée et du cuir chevelu, acné de la face, augmentation de volume périodique du corps thyroïde avec légère tachycardie, bouffées vaso-motrices et sudation, aspect brillant du regard, irritabilité, émotivité, instabilité, paresse et troubles du caractère s'exacerbant périodiquement dans les jours précédant les règles.

Alors que, pendant trois ans, les tentatives thérapeutiques les plus variées n'ont réalisé que des améliorations passagères, la guérison complète et définitive de l'urticaire et des autres éléments du syndrome hyperfolliculinique a été obtenue par l'administration d'hormone mâle, chaque mois, en temps opportun ; on connaît son action antagoniste sur les sécrétions hypophysaires (gonadostimuline A), souvent cause d'un excès de folliculinémie.

Hémiplégie avec épilepsie pleurale : rôle de l'embolie gazeuse

(MM. Debray, de Sèze, Domart et Cuel ; 11-7-1941)

On a déjà établi antérieurement que les accidents de mort subite, d'hémiplégie et d'épilepsie, consécutifs aux ponctions thoraciques, considérés autrefois comme relevant habituellement d'un mécanisme réflexe, relèvent presque toujours, en réalité, du mécanisme de l'embolie gazeuse. Qu'ils surviennent au cours d'une ponction exploratrice ou évacuatrice, ou bien au cours d'un pneumothorax artificiel, les accidents nerveux procèdent, dans l'immense majorité des cas, d'une perforation accidentelle du poumon, qui permet à l'air bronchique ou alvéolaire d'envahir les vaisseaux pulmonaires.

Il s'agit aujourd'hui d'une observation rare, où se trouvent réunies les deux preuves essentielles de l'origine embolique des accidents nerveux, à savoir la preuve clinique de la perforation pulmonaire et la preuve anatomique des lésions d'embolie cérébrale.

Perte de connaissance, hémiplégie, convulsions : on trouve ici réunis les trois éléments que l'on retrouve isolés dans d'autres observations, et qui constituent les trois types classiques des accidents nerveux des ponctions pleurales. Des troubles cardio-respiratoires s'y joignent — dyspnée angoissante et tachycardie — traduisant l'atteinte des centres végétatifs bulbaires ou mésocéphaliques. A noter que cette symptomatologie clinique variée correspond très exactement aux symptômes que déclenche chez l'animal l'embolie gazeuse expérimentale que l'on peut provoquer en injectant de l'air dans les carotides, dans les vaisseaux pulmonaires, ou même parfois, dans les veines périphériques. Les accidents chez le patient observé n'ont pas débuté au moment même de la blessure pulmonaire ; il en est ainsi d'ailleurs au cours des accidents du pneumothorax artificiel. Il y a eu un retard important : d'abord le malade a respiré avec difficulté ; bien qu'on ait retiré aussitôt l'aiguille, le malaise s'est accentué progressivement ; un certain temps après, sont survenus les accidents nerveux : hémiplégie d'abord, convulsions ensuite, et enfin perte de connaissance.

Evidemment il ne s'agit pas ici de nier, d'une façon générale, la possibilité théorique d'une épilepsie pleurale ou d'une syncope pleurale. Mais, dans l'immense majorité des cas, l'embolie gazeuse rend compte de l'épilepsie et des syncopes mortelles consécutives aux ponctions de la plèvre.

Il faut donc, en pratique, prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter la blessure du poumon, soit dans le pneumothorax artificiel, soit dans la ponction exploratrice ou évacuatrice. En ce dernier cas, éviter l'emploi dangereux des aiguilles. Le trocart à mandrin, plus traumatisant pour la paroi (une bonne anesthésie locale y pourvoira) est bien moins dangereux pour le poumon. Ne pas s'obstiner à évacuer complètement jusqu'aux derniers centimètres cubes de liquide, afin de ne pas multiplier les risques de blessures du poumon. S'il arrive néanmoins vers la fin de l'évacuation que l'on sente le trocart accrocher la surface du poumon, on doit le retirer au plus vite.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 28 juin 1941

Les pansements de remplacement (l'utilisation du son)

M. de Fourmestraux. — Devant la carence qui s'accentue chaque jour du coton, de la gaze, qui place le chirurgien devant une situation pénible, l'auteur envisage la possibilité de l'utilisation des pansements de remplacement.

Le papier qui présente de par sa facilité de stérilisation à la chaleur sèche et à l'autoclave après détente prolongée, des qualités réelles, ne saurait être utilisé que comme champ opératoire. Il a l'inconvénient de ne pas être absorbant et en cas de secrétion quelque peu abondante, de provoquer une macération fâcheuse.

Son emploi est excellent lors de l'application d'un appareil plâtré ou silicaté. Il supprime le contact du plâtre et de la peau sous-jacente. Résultats aussi satisfaisants que ceux donnés par le jersey stérilisé.

La sciure ou la fibre de bois ont un pouvoir d'absorption réel et supérieur aux ouates dites de cellulose ou de tourbe. Le plus certain de leurs inconvénients est constitué par le fait que la sciure n'est pas un matériel primitivement propre.

Le pansement au son présente des avantages réels. L'idée première d'utiliser le son revient à Brun (de Tunis). Devant l'excellence des résultats obtenus, celui-ci pensait que l'on pourrait attribuer ces résultats à la présence dans le son de vitamines thermo-stabiles favorisant la cicatrisation.

En réalité, il semble bien que les vitamines soient détruites à une température très inférieure à celle que nécessite une stérilisation utile.

Le son constitue un matériel de pansement facile à manier. Enrobé dans une enveloppe de gaze, il peut répondre à la plupart des usages chirurgicaux. En attendant des jours meilleurs, le chirurgien peut :

Opérer en utilisant le minimum d'agents de pansement. Dans une plaie non drainée, où les téguments cutanés ont été méticuleusement occlus, la consolidation doit se faire sous un seul pansement et au besoin sans sous pansement.

Le papier peut être utilisé comme champ opératoire.

Le son peut être substitué au coton hydrophile et à la gaze.

Les plantes médicinales françaises de remplacement

M. E.-G. Blaque. — Un grand nombre de plantes et drogues médicinales que nous avions coutume d'acheter à l'étranger sont devenues de plus en plus rares.

Le médecin habitué à les prescrire, se demande comment il les remplacera.

Fort heureusement et grâce à la diversité de ses climats et de ses sols, la France est riche en espèces médicinales les plus variées. En choisissant judicieusement parmi celles-ci, il sera toujours possible de trouver, sinon un succédané intégral au produit manquant, du moins une association de plantes qui permettra finalement d'obtenir un effet thérapeutique analogue.

Que faut-il entendre par entorse du genou ?

M. G. Pascalis montre que le total démembrement du chapitre de pathologie concernant l'entorse du genou, peut seul apporter une clarté certaine et mettre fin à des discussions oiseuses.

Société française de gynécologie

Séances du 19 mai et du 16 juin 1941

Restrictions alimentaires. Carences vitaminiques et leur retentissement sur l'appareil génital féminin.

M. Maurice Fabre observe depuis quelques mois d'assez nombreux cas de déficit menstruel (hypoménorrhées, oligoménorrhées, et même aménorrhées) associé à un amaigrissement anormal chez des jeunes filles de 12 à 20 ans ; il a obtenu des améliorations par un traitement plurivitaminique (A, B, C, D, E), alors que les hormones n'avaient rien donné... Il pense qu'une *ration spéciale de croissance* devrait être prévue pour les jeunes filles de 12 à 20 ans.

— M. Palmer a l'impression que ces troubles sont encore peu fréquents, mais le deviendront bientôt si on ne modifie pas dès à présent la ration de la jeune fille.

— M. Auclair a eu l'occasion de voir un grand nombre de femmes qui étaient adolescentes, dans les régions occupées, pendant la guerre de 1914-1918. Il montre le caractère durable des troubles de la menstruation observés.

— M. Ch. O. Guillaumain, envisageant la question au point de vue biologique et général, a ces derniers mois décelé par les dosages directs (A, B1, C et PP) ou indirects (D, E, K) des carences en bien plus grand nombre qu'auparavant, et surtout plusieurs états hémorragiques par hypovitaminose C.

— M. Jayle souligne l'importance du problème soulevé par M. Maurice Fabre, et le vœu suivant est voté à l'unanimité : *considérant le danger de la sous-alimentation actuelle pour l'avenir maternel des jeunes filles de 12 à 18 ans, la Société Française de gynécologie insiste auprès des pouvoirs publics pour qu'il leur soit accordé un supplément de ration alimentaire.*

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Par le Docteur A. ROCHON-DUVIGNEAUD

Membre de l'Académie de Médecine

Si on la veut profonde et efficace, il faut d'abord éprouver la vocation du futur médecin par une année préalable d'*infirmariat* (1). Je risque ce néologisme qui va devenir fort utile. Cette épreuve éliminera les non-médecins, s'opposera ainsi à la pléthore médicale. Mais là n'est pas sa véritable raison d'être, qui est beaucoup plus profonde, et s'adresse au caractère et à la forme de l'intelligence. Avez-vous à cœur de soulager la douleur humaine ? Etes-vous d'autre part curieux des questions de santé, de maladie, d'hygiène, d'épidémies ? Vous êtes médecin. Vous ne l'êtes pas si ce qui vous attire vers les études médicales c'est d'apprendre l'anatomie ou la physiologie, sciences qui peuvent avoir tout autre objet que la pratique médicale.

Au sortir du collège le futur médecin fera donc une année d'hôpital comme infirmier, avec un programme particulier. Ce que l'on apprend aux infirmiers, il devra l'apprendre, mais, en outre, on lui fera des démonstrations pratiques, sans théorie préalable, sur l'observation du malade, la palpation, la percussion, l'auscultation, l'examen de la motilité, de la sensibilité, de la réflectivité, sur l'examen simple des fonctions sensorielles, etc...

J'ajoute qu'il faut commencer par la clinique de l'homme normal, apprendre à palper, percuter, ausculter des abdomens, des cœurs, des thorax normaux, à délimiter le cœur, le foie, à explorer les réflexes, etc..., et tout cela sur l'homme au repos d'abord, puis après un violent exercice. A ce travail sur le vivant, la médecine reconnaîtra les siens. L'étudiant enregistrera les faits qui sont à la base de toute connaissance médicale, et dont il aura plus tard l'explication par les Sciences qui entourent la médecine et la pénètrent plus ou moins. Il apprendra que tout l'art est dans l'observation du malade, que l'interprétation des symptômes, si elle vient, ne vient qu'ensuite. Cette année d'*infirmariat*, dont les règles et le programme demandent une étude approfondie, devrait comporter plusieurs heures de présence journalière à l'hôpital, et, sans doute, matin et soir. Elle aurait pour sanction, non pas un diplôme d'infirmier, mais seulement un examen d'admission à la première année de médecine.

Elle remplacerait avantageusement le P. C. B., année d'études fort intéressantes, mais sans rapport direct avec la médecine proprement dite, études qui font passer la théorie avant la pratique, alors que certainement, la pratique, l'empirisme doivent précéder la théorie.

Quant aux études préalables à l'année d'*infirmariat*, celles du collège ou du lycée, elles doivent être poussées en profondeur plutôt qu'en surface. Avant toute chose, que l'on fasse comprendre aux jeunes gens *ce que c'est que savoir*, qui consiste à creuser un problème des apparences extérieures au substratum physico-chimique s'il s'agit d'une question de biologie, aux origines archéologiques, linguistiques ou historiques si l'on se place dans le domaine de la littérature ou de l'histoire.

Oserai-je dire que le sujet des études préalables importe peu, mais seulement leur qualité ? Bien que je revienne souvent à Virgile et à Mistral, je ne crois pas le latin et le grec indispensables au fur médecin. Mais qu'il connaisse à fond la langue française !

Elle s'apprend dans les auteurs français et pour les médecins surtout dans Rabelais et Molière qui ont tant parlé médecine, et aussi dans les lettres de Madame de Sévigné, qui ne savait pas le latin.

(1) Infirmier *infirmarius* en latin du Moyen Age (Littré).

LES MÉDECINS PRATICIENS ET LA LOI DU 14 SEPTEMBRE 1941 SUR LE STATUT DES FONCTIONNAIRES

Par Me Bernard AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation

Il est rare, il est même exceptionnel que les médecins attachés à un service public départemental ou communal consacrent à ce service toute leur activité. A l'exception des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène et des médecins de quelques dispensaires, ce sont tous des médecins praticiens, dont l'activité « publique » s'intercale dans leur activité professionnelle.

Ce sont pourtant, au moins pour partie, des fonctionnaires, c'est-à-dire, d'après la définition lentement dégagée par la jurisprudence et la doctrine, des citoyens chargés, par une décision de l'autorité administrative, d'assurer le fonctionnement d'un service public. Pour employer une expression de M. le Commissaire du Gouvernement LATOURNERIE (Conclusions pour l'arrêt Armateurs français du 21 février 1936, *Semaine juridique*, 1936.579), ils occupent un emploi permanent dans les cadres d'un service public. Cela a été jugé à de très nombreuses reprises, pour les emplois les plus variés.

Médecins d'hôpitaux d'abord (conclusions précitées de M. LATOURNERIE), médecins des dispensaires communaux (voir les arrêts du Conseil d'Etat du 25 avril 1913, Chapelier ; du 2 août 1928 Filippini ; du 21 février 1934, Mlle Campergne ; du 4 décembre 1934, de Cazeneuve, etc.).

Médecin communal en Algérie (innombrables arrêts, notamment Conseil d'Etat 26 janvier 1940, Schieffer).

Médecins inspecteurs des écoles, même quand ils exercent leurs fonctions en quelque sorte de fait, en suite d'une entente verbale avec le maire; (Conseil d'Etat, 23 juillet 1927, Journès, Rec. Lebon, p. 374 ; 22 mars 1939, Artigue).

Médecins vaccinateurs (Cass. crim. 11 février 1941, Tissier, Solimple).

Médecins de l'état-civil (Conseil d'Etat, 4 décembre 1935, Macron, etc.).

Mais ils ne sont fonctionnaires que pour partie : dans la mesure de l'activité qu'ils consacrent à la collectivité publique à laquelle ils sont attachés, et dans leur rapport avec cette collectivité. C'est ainsi que le contentieux de leur nomination, de leur avancement s'il y a lieu, des mesures disciplinaires qu'ils auront pu justifier, sera confié aux tribunaux administratifs (1) ; qu'ils ne seront pas responsables de leurs fautes de service, à moins que ces fautes ne soient des fautes lourdes, tellement qu'elles puissent être qualifiées de personnelles (2) ; que ce sont les règles du droit administratif qui leur seront applicables, au cas d'accident dont ils seraient victimes au cours de leur service (1), que c'est à l'impôt sur les traitements et salaires qu'ils seront assujettis pour la rétribution versée par l'Administration (2). Par contre, les diverses compatibilités et inéligibilités auxquelles sont exposés les fonctionnaires ne leur sont pas opposables (3) ; ils ne sont pas exempts de la patente ; la législation sur les cumuls ne s'applique pas à eux. Ils ne méritent donc pas, en fait, l'appellation de fonctionnaires, qu'on réserve, dans le langage courant, « à ceux qui consacrent à leur service la totalité ou du moins la plus grande partie de leur activité. »

Cette situation est-elle modifiée par la loi du 14 septembre 1941, « portant statut des fonctionnaires » ? Non, et pour deux raisons :

La première, qui dispense de la seconde, est que cette loi ne s'applique qu'aux « fonctionnaires civils de l'Etat et des établissements publics de l'Etat », et laisse par conséquent dans l'état de droit antérieur tous les agents, quels qu'ils soient, des départements, des communes, des colonies et de leurs établissements publics ;

La seconde, qu'elle ne vise que les fonctionnaires proprement dits ; son article 19, résumant le décret du 29 octobre 1936 et notamment l'art. 7 de ce décret interdit aux fonctionnaires « d'exercer une profession industrielle ou commerciale, d'occuper un emploi public rétribué ou d'effectuer à titre privé, un travail moyennant rétribution », entendant ainsi par fonctionnaire celui qui, selon l'expression de l'art. 7 susvisé, remplit « une fonction qui, en raison de son importance, suffirait à occuper normalement à elle

(1) V. les arrêtés du Conseil d'Etat cités plus haut.
(2) V. l'arrêt précité de la cour de cassation du 11 février 1941 (Aff. Tissier). On sait que la jurisprudence a tendu, au contraire jusqu'ici, à rendre les médecins d'hôpitaux personnellement responsables des dommages causés dans leur service à un malade, à raison de leur indépendance professionnelle ; l'action du malade serait en pareil cas de la compétence judiciaire (Cass. Req., 30 nov. 1938 ; D. 39.1.49, cette décision nous paraît assez critiquable) et l'hôpital ne pourrait être mis en cause. Cependant, deux arrêts récents du Conseil d'Etat paraissent réagir contre cette tendance en déclarant l'hôpital responsable dans le cas d'une faute grave du service médical (12 mars 1937, Teyssier ; 2 mai 1938, hosp. Civ. Marseille).

(1) V. l'article de Paul Boudin, les Risques professionnels du Corps médical des hôpitaux, *Conc. Méd.*, 15 juillet 1923, p. 2579 ;
(2) V. Conseil d'Etat, 27 mai 1935.
(3) V. par exemple C. d'Etat 3 août 1908 et 17 mai 1934, pour l'accession au poste de membre de la Commission administrative d'un hôpital. La législation a changé depuis sur ce point.

seule l'activité d'un agent et dont la rémunération, quelle que soit sa dénomination, constitue, à raison de sa qualité, un traitement normal pour ledit agent » — ce qui n'est évidemment pas le cas pour les médecins qui nous intéressent.

Il y a cependant quelque chose à tirer de ce décret.

D'abord une définition du fonctionnaire.

Son article 2 dispose en effet que :

Sont fonctionnaires :

1° *Celui qui est investi d'un emploi permanent compris dans un cadre, organisé en vertu de la loi du 14 septembre 1941, d'un service public non industriel ni commercial assuré par l'Etat ou un établissement public de l'Etat ;*

. . . .

4° *Celui qui, dans les cas exceptionnels où l'administration est amenée à assurer un service non industriel ni commercial, par le moyen d'un engagement contractuel de droit public, est lié par un tel contrat à la personne publique dont il dépend.*

Malgré la spécialisation de cette loi, il est bien évident que cette définition, expression de la doctrine et de la jurisprudence administrative et qui dès lors ne fait que rédiger la coutume, s'étend aux « fonctionnaires » des collectivités démembrées de l'Etat, et que telle a bien été la volonté du législateur, marquée par l'emploi de l'expression très compréhensive : *la personne publique dont il dépend*, c'est donc en se basant sur cette définition qu'il conviendra de rechercher si l'emploi d'un médecin mérite ou non la qualification de fonction publique. Ne seront donc pas « fonctionnaires » :

Le médecin recruté momentanément par l'Administration pour assurer un service exceptionnel (afflux de réfugiés, par exemple) ;

Le médecin uniquement attaché à une clinique payante annexe d'un hôpital, ou à un sanatorium départemental payant, à moins qu'il n'en soit directeur.

Par ailleurs, tout en ne disposant que pour l'Etat, la loi trace au fonctionnaire des devoirs qui s'imposent évidemment à lui, à quelque personne publique qu'il soit attaché :

Eviter, dans le service comme dans la vie privée, tout ce qui serait de nature à compromettre la dignité de la fonction publique (art. 5) ;

Eviter de se livrer, dans l'exercice de ses fonctions, et de façon quelconque, à aucune manifestation ayant un objet étranger à l'exécution du service, et, en dehors de cet exercice, à aucune manifestation incompatible avec l'objet même ou les nécessités du service, ou avec le maintien des institutions existantes, ce qui, transposé sur le plan local, et médical, signifie qu'un médecin d'hôpital devra s'abstenir, à l'intérieur de l'hôpital, de toute manifestation politique, ou de tout prosélytisme religieux, qu'il devra, hors de l'hôpital, éviter de manifester trop bruyamment sa désapprobation de l'état de choses créé par le Gouvernement. . . . (art. 7) ; observer la discipline, dans la mesure compatible avec le fonctionnement d'un service médical (art. 13).

Et l'art. 24 sera aussi applicable, ce qui renversera passablement de notions jusqu'ici bien assises en matière de médecine d'hôpital.

« *Dans le cas où un fonctionnaire est poursuivi par un tiers, pour faute de service, et où le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit couvrir le fonctionnaire des condamnations civiles prononcées contre lui* ».

***

Enfin, un titre entier, le titre VIII et un article, l'art. 22 sont expressément étendus par une seconde loi du 14 septembre, n° 3.973 (car il y a eu plus de 4.000 lois ou décrets depuis le 25 juin 1940) aux fonctionnaires des collectivités locales.

Cet article, et ce titre, sont relatifs aux associations que les fonctionnaires sont autorisés à constituer « *en vue d'assurer dans le respect de l'autorité de l'Etat et dans la mesure compatible avec l'intérêt général, la représentation de leurs intérêts professionnels* ».

Ces associations, constituées et déclarées dans les formes du droit commun, et dont les statuts doivent être approuvés par le secrétaire d'Etat compétent, ne peuvent se former qu'entre des agents qui dépendent de la même administration et qui dépendent du même cadre, elles ont la personnalité civile, peuvent acquérir sans autorisation et même à titre gratuit les biens, meubles ou immeubles nécessaires à leur fonctionnement, ester en justice et exercer s'il y a lieu devant les tribunaux judiciaires tous les droits de la partie civile relativement aux faits portant préjudice direct ou indirect aux intérêts dont elles ont la garde ; agir en annulation des actes administratifs qui leur font grief, et soumettre à leurs chefs hiérarchiques des vœux sur les questions intéressant la profession.

Transportées dans le plan médical et local, ces dispositions doivent être entendues de la façon suivante :

Les médecins d'un même hôpital, ou d'une même administration hospitalière ;

Les médecins d'un même service départemental peuvent comme devant se grouper en associations professionnelles. Ces associations pourront examiner toutes les questions intéressant le service qui leur est confié ; agir contre les tiers (diffamateurs, par exemple) pour la défense de la profession, et lutter contre les excès de pouvoirs de leur administration.

Ces associations ne paraissent pas contraires aux règlements de l'Ordre, ni aux lois sur l'exercice de la profession médicale.

NOMENCLATURE, TARIFICATION ET CONTROLE EN ASSURANCE-MALADIE

Quelques observations du Docteur Fernand DECOURT

Mon article dans le *Concours* du 21 septembre dernier sur la nomenclature en assurance-maladie, particulièrement au sujet des lésions osseuses chroniques, m'a valu un certain nombre de lettres fort intéressantes et que j'ai mises dans mes archives. Parmi ces lettres, il en est une que je veux retenir spécialement, car elle provient d'un médecin-conseil de Caisse-maladie.

Cet excellent confrère parle, tout d'abord, du point particulier du K.60 applicable à la *luxation congénitale de la hanche* — question que j'avais soulevée à la suite d'une lettre reçue du Docteur Saint-Martin. Elle concernait, entre autres, le coefficient indiqué pour le traitement de cette affection s'appliquant au « traitement complet » donc comprenant des interventions succesives, à plusieurs mois de distance.

Le Docteur VIGUIÉ, médecin-conseil de l'Union des Caisses primaires de la Sarthe m'écrit donc à ce sujet :

«... La nomenclature en vigueur indique, en effet, traitement complet ; il s'agit là d'une base de remboursement que les Caisses peuvent imposer aux assurés ou réciproquement. Mais, en pratique, si on admet qu'un renouvellement de plâtre provoqué par une cause accidentelle doit être remboursé en plus (K. 16), je pense qu'il est logique d'accepter le remboursement supplémentaire pour toute répétition d'appareil même normale... »

Que ce soit logique, nous sommes d'accord, c'est pourquoi j'avais proposé moi-même ce remboursement supplémentaire (K.16) pour chaque nouvelle intervention du chirurgien dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Mais les Caisses suivent-elles toujours la logique — ou le texte même de la nomenclature, *stricto sensu* — quand elles ont à rembourser le malade de ses frais ? Je n'oserais affirmer la première hypothèse : je pourrais même dire « au contraire » d'après trop d'exemples dont je fus témoin... Aussi combien suis-je heureux de lire, sous la plume d'un médecin-conseil de Caisse, les considérations qui suivent la phrase rapportée ci-dessus.

«... L'esprit de la loi est d'être « social », c'est-à-dire d'aider l'assuré le plus possible lorsqu'il a un gros risque à supporter. La prise en charge des suppléments dépend donc de la mentalité des dirigeants des caisses, de celle de leur contrôle médical et aussi des relations du Corps médical et des Caisses... »

Bravo ! confrère, voilà qui est parfaitement pensé et, en Seine-et-Marne, je puis dire qu'il en est ainsi d'ordinaire et que les relations dont vous parlez sont toujours empreintes de la plus franche cordialité. Mais je répète qu'il n'en est pas ainsi toujours et partout ; aussi vaudrait-il bien mieux que la question fût réglée officiellement.

Autre point — et celui-là d'ordre tout à fait général — que traite le Docteur Viguié avec sa compétence particulière.

«... Votre correspondant, le Docteur Saint-Martin, soulève la question des six mois, pour des traitements orthopédiques qui demandent plus de temps. Rien de plus facile à résoudre.

« En effet, s'il s'agit d'un assuré (mal de Pott, par exemple) en règle au point de vue de ses cotisations, il peut avoir une pension d'invalidité à l'expiration des prestations normales, ce qui permet de prolonger le droit aux soins pendant cinq ans.

« S'il n'a pas droit administrativement à l'invalidité, il peut bénéficier des avantages applicables aux non-assurés. Pour ceux-ci (conjoints ou enfants d'assurés — cas les plus fréquents, pour les maladies orthopédiques) deux solutions au moins sont possibles :

a) Les six mois ne sont pas décomptés de date à date, mais par feuille de maladie valable pour quinze jours. Une feuille maladie n'est établie que s'il y a pendant la quinzaine correspondante des soins médicaux indiqués.

« En supposant donc que pour une luxation de la hanche, il y ait, une intervention de spécialiste à quatre reprises et entre temps quelques visites de surveillance, normalement au cours des six mois il y aura donc plusieurs périodes de quinze jours sans acte médical, ce qui prolongera d'autant la date d'échéance des six mois et permettra ainsi d'arriver largement à la fin des dix ou douze mois de traitement. »

Le Docteur Viguié a parfaitement raison, *a priori* : Dans le « *règlement-type d'administration intérieure pour les Caisses* », on lit, en effet, à l'*art.* 12, que « les prestations sont dispensées... au maximum pendant une période totale de six mois ... ». Mais à l'*art.* 13 : « ... La période pendant laquelle les soins cessent d'être dispensés n'*entre pas en compte* dans la période totale de six mois ». Je ne parlerai pas ici de « l'interruption de prestations pendant plus de deux mois » au cas où une période nouvelle de six mois peut être ouverte si le malade « a fait constater sa guérison apparente ». En cas de luxation congénitale en traitement, en effet, il ne peut être constaté cette « guérison apparente ». Le cas ne peut donc rentrer que dans ceux où il n'y a pas guérison durant les six mois et ne peut tabler, pour une prolongation, que sur des périodes de quinze jours où il n'y aurait pas eu de feuilles-maladie établies parce que périodes sans actes médicaux.

Mais, durant ces périodes, les enfants (car il s'agit, en l'espèce, d'enfants le plus souvent) sont-ils donc systématiquement laissés sans soins, sans surveillance médicale aucune ? Je ne le crois pas, cette première solution envisagée

par le Docteur Viguié me semble donc fort rarement pertinente.

Il en préconise une seconde qui me paraît plus souvent applicable. La voici :

« *b*) D'autre part, *l'art.* 6, *alinéa* 16 de la loi envisage la possibilité de soins pendant une durée de deux ans, à titre préventif et après *accord entre le médecin traitant et les médecins contrôleurs* :

« Les traitements orthopédiques entrent bien dans cette catégorie, donc rien de plus facile pour un assuré d'obtenir le bénéfice de ces prestations spéciales, s'il en fait la demande à sa caisse et si l'initiative de l'accord des soins prolongés n'a déjà été prise par le médecin-conseil au cours d'un contrôle ».

Voici le texte même de cet alinéa 16 *de l'art.* 6. « *L'assuré ou l'ayant-droit dont l'état nécessite des soins* préventifs *ou qui est atteint d'une maladie* ne nécessitant pas une interruption de travail *reçoit, s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales, etc. . .* ».

Or, en cas, par exemple, de traitement de luxation congénitale, il ne s'agit pas de soins préventifs et, d'autre part, il n'y a pas de continuation de travail. Aucun des deux cas envisagés n'est donc en jeu. Ce ne serait que par *analogie* que le malade pourrait profiter de cet article de loi. Avec certaines Caisses, il se pourrait que le « rien de plus facile » du confrère ne soit pas si « facile » que cela. Là encore, une modification (de la loi, cette fois) serait souhaitable, ou tout au moins une invite aux Caisses d'accepter à l'amiable, s'il y a lieu, une telle assimilation.

***

Le Docteur Viguié s'étonne que le Docteur Saint-Martin parle de « carence de la nomenclature en ce qui concerne les examens de laboratoire ». Il fait remarquer que ces interventions ont bien été prévues mais qu'elles figurent au « Tarif des honoraires applicables en matière d'analyses médicales » (*J. O.*, du 7 mai 1940).

Dont acte... si toutefois, cette tarification est bien complète. Au cas contraire, il conviendrait aux confrères intéressés d'en signaler les lacunes.

Mais là où il n'y a qu'à applaudir — et sans aucune restriction — c'est lorsque notre confrère dit : « Il faut donc une bonne entente entre médecins praticiens et médecins conseils. Il ne faut pas qu'ils s'ignorent et se regardent en adversaires, mais en confrères qui ne doivent envisager que l'intérêt de leurs clients communs, c'est-à-dire la guérison la plus rapide et la plus complète possible ».

On ne saurait mieux dire en vérité. Et nous ne pouvons que féliciter le Docteur Viguié non seulement de ces sentiments, mais aussi de l'application pratique qu'il en fait puisque, dans son département, depuis six ans qu'il a pris la direction du service médical des Assurances sociales, il n'y a eu, dit-il : « ni contrôle technique, ni conseil de famille, ni appel de la décision de la part des assurés. Pourquoi, ajoute-t-il, ce qui se fait dans une région ne se ferait-il pas partout ?... »

Evidemment confrère, mais pour cela, il faut de la bonne confraternité *voulue* de part et d'autre... et aussi, en particulier, beaucoup de *tact* de la part du médecin conseil.

Lorsque l'A. P. I. M. (1) fit l'*Enquête* (P) en 1931, sur l'assurance-maladie (après une première Enquête effectuée déjà en 1927), cette Enquête (*d'ordre international*, ne l'oublions pas,) ne laissa pas dans l'ombre la question des *médecins conseils*. On peut en lire les résultats dans la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, (numéro d'août 1931, pages 9 à 144). Mais, dans les *conclusions* qui furent publiées à la suite de la Session du Conseil général, on verra, dans la même Revue (numéro de novembre 1931, page 105) la quinzième conclusion, ainsi conçue :

« XV. — *Le* contrôle administratif *des malades doit être exécuté par les soins des Caisses. Le* contrôle médical professionnel *serait exercé par des médecins ou des Conseils de médecins agréés par les Caisses, en accord avec le Groupement médical. Le* contrôle technique, *dans le cas où il serait indispensable ne pourra être exercé que par un médecin sous la forme d'une consultation entre confrères, donnant au médecin traitant la possibilité de s'expliquer en toute franchise, liberté et dans une parfaite égalité.*

« *Mais il est à noter que les médecins chargés du contrôle en assurance-maladie, ne pourront remplir leur rôle avec succès que s'ils possèdent la confiance des médecins traitants, s'ils ont une grande expérience des questions de médecine sociale et s'ils font montre d'un grand tact dans l'exercice de leurs fonctions. Ces qualités ne pourront que leur assurer mieux encore cette collaboration cordiale que, d'ailleurs, leur doivent légitimement les médecins praticiens.* »

Les conclusions de cette Enquête internationale sur l'assurance-maladie furent votées à l'unanimité par les conseillers généraux représentant le *Groupement national de plus de vingt nations*... Vous voyez ce que l'on demande pour le contrôle médical en assurance maladie : du côté du médecin-conseil compétence et tact. Du côté du médecin traitant : collaboration cordiale. N'est-ce pas précisément ce qui existe dans votre département mon cher Confrère, où jamais il n'y eut de heurts, entre « les deux parties ? »

Dr Fernand DECOURT.

(1) « Association professionnelle internationale des médecins » dont le Docteur Decourt est le secrétaire général, depuis sa fondation en 1925.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL (1)

Perspective récemment percée dans le domaine médical la médecine du travail n'avait guère été l'objet jusqu'à présent que d'exposés doctrinaux et, en quelque sorte, de projets d'action. L'on voudra bien se souvenir que le *Concours Médical* avait été des premiers à signaler cette nouvelle expression de la synergie séculaire entre notre profession et la société. Le Docteur Gros, un des pionniers de la première heure, avait, voici plusieurs années, exposé à nos lecteurs les activités diverses que signifiait l'expression Médecine du travail.

L'intérêt de la brochure qu'il vient de publier en collaboration avec le Docteur Ménétrier est de rendre compte des premières réalisations et d'asseoir sur une expérience déjà solide un programme mieux précisé.

Il s'agit avant tout d'assurer à la main d'œuvre un équilibre physiologique optimum, d'employer chacun suivant ses aptitudes personnelles, d'améliorer la valeur physique et, par voie de conséquence, le rendement de l'individu, d'éduquer physiquement, moralement et professionnellement les jeunes.

Appliquée aux adultes, la médecine du travail manifeste son action par des examens de santé systématiques, pratiqués selon une méthode précise, consignés sur des fiches et sur le carnet de santé du travailleur. Elle procède à l'examen médical d'embauche obligatoire, inspire la répartition de la main d'œuvre, veille à l'hygiène générale des lieux de travail, assure la prévention des accidents et des maladies professionnels, enfin ne se désintéresse pas même de l'hygiène corporelle, de l'alimentation et des conditions de vie des travailleurs.

C'est dire que veillant sur eux tout le temps où ils sont à l'usine elle s'inquiète encore de l'emploi de leurs loisirs à l'extérieur, favorise et organise les sports, les délassements intellectuels.

C'est dire aussi qu'elle revendique une voix consultative dans l'élaboration des méthodes de production et que, par exemple, elle se doit d'intervenir contre les conceptions qui réduisent l'homme à un rôle de rouage et d'automate.

Aussi rend-elle au travailleur le respect de lui-même et contribue-t-elle à créer entre employeur et employé un sentiment d'estime réciproque.

La médecine du travail considère la femme comme une mère en fait ou en puissance et, à ce titre, comme assurant l'avenir de la race. Elle attribue aux travailleuses un statut qui tient compte de cette qualité primordiale.

Elle est encore l'instrument pratique et efficace de la réadaptation au travail des blessés de guerre et des anciens prisonniers. Sur ce point elle pourra utilement intervenir dans le problème des pensions de guerre.

Se tournant vers les jeunes, et consciente de la place qu'ils doivent tenir dans un pays réduit comme le nôtre à se refaire en entier, la médecine du travail participe à leur orientation professionnelle, à l'organisation de l'apprentissage ; elle suscite l'esprit d'équipe et cherche à discerner pour sa part les caractéristiques des futurs chefs, des cadres.

Les jeunes médecins qui, en France, se sont consacrés à guider les premiers pas de la médecine du travail, et qui, adaptant à notre mentalité nationale, des méthodes déjà expérimentées à l'étranger, lui ont donné ses premiers titres de propriété, ces jeunes médecins ont conscience de servir une grande cause. Dans les circonstances actuelles tout ce qui peut coordonner et rendre plus efficient l'effort du relèvement de la France est grand et exige d'être servi avec une âme d'apôtre. Il s'ouvre là pour de jeunes méde-cins conscients de ce qu'ils valent et de ce qu'ils veulent une carrière entre toutes féconde.

Mais si cette carrière est noble elle est aussi productive et promet à ceux qui l'embrasseront des conditions de vie honorables. La pléthore rétrécit et limite les vues d'avenir à beaucoup de jeunes médecins. Ce débouché nouveau permettra, du moins à un certain nombre, de tourner l'obstacle. Il est à prévoir que d'ici peu d'années, dans une France remise au travail et anxieuse de reprendre sa place dans le monde, la médecine du travail emploiera plusieurs milliers de médecins.

Dès maintenant il convient donc que les jeunes pensent à elle, s'inquiètent de ce qu'elle exige, de ce qu'elle promet et de ce qu'elle peut tenir.

Nous avons du reste demandé au Docteur Gros, plus qualifié qu'aucun autre puisqu'il fut un des précurseurs et demeure un des organisateurs de la nouvelle « spécialité médicale » d'exposer ces divers points à nos lecteurs dans un prochain article.

G. LAVALÉE.

(1) Docteurs A. GROS et J. MENETRIER. Edit. Bernard frères, 37, rue des Trois Bornes, Paris (XIe).

LIBRES OPINIONS



La suppression de l'Entente directe et l'abaissement des tarifs médicaux (1)

Le tout dernier décret des Assurances sociales étonne ceux de mes confrères qui semblent encore s'intéresser à l'avenir prochain de notre profession. Pour moi, j'avoue qu'il ne me surprend pas. Etape d'une course déjà longue, il fait partie d'un implacable programme qui nous mène, quel que soit le nom que nous donnions à la chose, vers la fonctionnarisation.

Donc, on nous menace de nous interdire l'Entente directe et d'abaisser le taif de nos honoraires. A première vue, cette réforme est illogique et injuste. Abaisser brutalement ces tarifs à une époque où ceux-ci ne sont déjà plus équilibrés avec la hausse constante du prix de la vie est d'autant plus déconcertant qu'en même temps, sous prétexte de faire notre bonheur, on nous accable de charges nouvelles dont on voit mal, par ailleurs, quels substantiels bénéfices nous tirerons.

Pourtant, dois-je le dire, je ne crois pas que ce principe de l'abaissement des tarifs médicaux soit mauvais en soi. Il y a longtemps que je le préconise ou que, du moins, je le juge inévitable. Pourquoi ? Parce que depuis quelques années déjà, la capacité de payement de la clientèle n'a cessé de décroître, en même temps que l'orientation nouvelle de la surveillance sanitaire multipliait les circonstances où l'on devait faire appel au médecin. Depuis l'armistice, les nécessités du ravitaillement, l'aggravation de la situation sanitaire, l'organisation quasi-militaire du pays ont même fait de nous des juges et des arbitres dont les avis sont sollicités en toutes occasions. Il ne peut se consommer un demi litre de lait en France, il ne peut se former un centre d'apprentissage ou de jeunesse qu'on n'ait recours à nous. Nous sommes devenus l'écluse assagissante du torrent national. Il n'est pas jusqu'à l'envoi d'un télégramme ou l'autorisation de franchir la ligne de démarcation qui ne dépende en partie de notre avis. Qu'on ne s'y trompe pas, cette nouvelle forme de notre activité n'est pas que temporaire. Elle durera. Les modalités de notre concours varieront ; notre importance dans le démarrage de la machine nationale ne fera que croître.

Dans de telles conditions, quelles solutions peuvent-elles être envisagées si l'on veut que la charge sanitaire n'accable pas trop le public ?

Ou bien on augmente, en valeur absolue, sa capacité de payement. Cette éventualité est invraisemblable. Ou bien on grossit démesurément le Corps des médecins fonctionnaires chargé du contrôle sanitaire ; (et cette mesure qui semble ne pas déplaire à notre actuel Gouvernement ne nous laissera bientôt plus que bien peu d'occasions de manifester notre utilité). Ou bien, enfin, on facilite à la clientèle les moyens de nous indemniser en abaissant nos tarifs.

Cet abaissement, en soi, est-il si redoutable ? Trois cas sont à envisager :

1er CAS : *Le praticien des villes.* — Il ne pourra qu'y gagner. Il touchera moins, mais il fournira infiniment plus d'actes médicaux. Très rapidement, en effet, toute une clientèle qui lui échappait jusqu'à ce jour lui reviendra. Surcroît de travail ? J'en conviens ; encore que certains petits soins puissent être très rapidement donnés. Autre avantage : nous pourrons appliquer intégralement l'échelle des tarifs et nous n'aurons plus à fournir quantité d'actes gratuits (certificats, vaccination, etc...), comme nous sommes moralement obligés de le faire dans l'état actuel des choses. Sur vingt malades que je vois, il y en a une bonne moitié qui me dérange pour rien. Finies les visites de nuit au rabais, les intraveineuses, les incisions d'abcès, les pansements minutieux pour le prix d'une ordinaire consultation. Finie l'époque des innombrables certificats qu'on n'ose se faire payer. Finies les consultations avec un spécialiste, si longues, sans majoration de tarif, les assistances bénévoles aux opérations : (« Docteur, je tiens absolument à ce que vous soyez là quand on m'ouvrira le ventre »). Eteinte la pénible discussion sur la dichotomie.

2e CAS : *Le spécialiste.* — Pour lui, mêmes avantages que pour nous, à la condition, toutefois, que le tarif minimum soit copieusement relevé. Dois-je dire, à ce propos, que j'ai toujours assez mal compris pourquoi une *consultation* (je dis : une consultation) de spécialiste coûtait *toujours* plus cher qu'une visite d'omni-praticien ? Celle-ci est souvent tout aussi longue et délicate que celle-là. Un furoncle de l'oreille ne prend pas plus de temps à diagnostiquer ni à soigner qu'un furoncle de la fesse, bien au contraire.

De même, j'ai toujours été choqué qu'une ponction lombaire fut un acte sensationnel et payé fort cher lorsque c'est un neurologue qui la pratique, alors qu'elle est comptée à plus bas prix lorsque c'est le médecin de famille qui le

(1) Nous nous réservons d'argumenter l'article du Dr MAIRE dans un prochain numéro. (N. D. L. R.).

fait ; et qu'elle passe dans le prix de l'opération lorsqu'elle s'appelle rachianesthésie, dans celui de la visite lorsqu'elle est l'acte initial d'une injection de sérum intra-rachidien. Des préjugés anachroniques, soigneusement entretenus par les spécialistes, sont la cause unique de ces décalages. Il y a un peu d'inconscient charlatanisme là-dedans.

3e CAS : *Les chirurgiens.* — Les plus touchés par la fusion des tarifs minimum et maximum, ce sont eux. Je comprends leur émoi. Si l'on ne relève pas considérablement les premiers, il est inadmissible qu'ils n'aient pas le droit d'exiger du malade une substantielle participation personnelle à l'opération.

Toutefois, il me semble aussi qu'on devrait leur imposer le principe d'un tarif maximum limite. Vous m'objecterez qu'il est injuste que tel chirurgien en renom ne touche pas plus que tel autre dont l'habileté est moins réputée que la sienne. Cette objection, à mon sens, ne vaut pas grand chose. S'il a meilleure réputation, il opèrera plus, voilà tout !

D'autre part, il existe toute une série d'actes de chirurgie courante (appendicite à froid, hernies, lipomes, phimosis, etc...), qui, entre nous, au point où en est la technique moderne, ne demandent pas une grande dextérité. Quant aux actes opératoires plus délicats, il n'est que d'établir une échelle bien calculée qui laisse au chirurbien un bénéfice confortable en rapport avec le temps passé et la responsabilité engagée.

Evidemment, ce système ôte à nos Maîtres et Seigneurs du bistouri, l'espoir de réaliser ces fortunes phénoménales qui apparentaient certains d'entre eux (un peu trop à mon sens) avec les stars et les champions du ring. *Mais l'ère des réussites fabuleuses doit être close.* Un peu de stabilité, une assurance de gagner sa vie et de s'enrichir sans à-coups, en raison directe de sa science, de son talent et de son intelligence, cette formule devrait réunir tous les hommes de bonne volonté.

N'oublions pas d'ailleurs que la dichotomie se trouvant supprimée du fait que les Assurances sociales reconnaissent au médecin le droit de leur présenter une note d'honoraires pour assistance à l'opération, le bénéfice des chirurgiens s'en trouvera d'autant amélioré par rapport à ce qu'il est avec le régime occulte actuel. Je parle sans ambages d'une question dont ceux qui crient le plus fort savent aussi bien que moi ce qu'ils doivent penser.

Ainsi donc, selon mon avis, le *relatif* abaissement des tarifs est souhaitable : (il n'y a rien de plus injuste que de susciter des frais à un ouvrier, à un petit employé au moment précis où son mauvais état de santé lui retire les moyens de gagner sa vie et celle des siens). Il est inévitable si nous voulons ne pas être éliminés du grand courant de médecine sociale qui s'organise. *La médecine sociale, la médecine prophylactique sont les médecines de l'avenir.* Il n'est pas catastrophique et présente certains avantages (multiplication des actes médicaux, tarification précise de chaque acte) s'il est bien établi.

Je vais même plus loin. A mon sens, la réforme des Assurances sociales est incomplète. En effet, prévoyant la suppression de l'Entente directe et l'abaissement corollaire des tarifs maxima, elle laisse persister le payement direct de l'acte médical par le malade et maintient le principe de sa participation, pour 20 %, je crois.

Tel qu'il est, le projet nous fait faire à tous deux un marché de dupes : il nous appauvrit nous, tandis qu'il ne libère que très relativement le malade de la charge-maladie, partant il ne l'encourage pas à se faire soigner comme il faut et en toutes circonstances. Il est clair que si le client a moins à nous payer à la fin de notre visite ou de notre consultation, il sera enchanté de l'aubaine. Mais, ayant tout de même quelque chose à nous payer, il continuera d'être rétif à la multiplication, même judicieuse, des actes médicaux. Ce que j'écris est la conséquence d'une observation de psychologie courante. Au moment de payer, le malade ne verra que l'argent qu'il débourse et ne songera pas à celui qui est susceptible de lui rentrer.

D'ailleurs, bien souvent, pour une ou deux consultations, il préfère renoncer aux multiples démarches auxquelles les Caisses l'astreignent, estimant à tort ou à raison que le jeu n'en vaut pas la chandelle. Je pense même que les Assurances sociales escomptent ces multiples défaillances pour équilibrer leur budget ; elles les encouragent en multipliant les formalités tatillonnes. Nous avons tous été les témoins de ces mesquineries trop souvent répétées pour n'être pas voulues.

Donc, pour que la réforme soit complète, elle doit décider l'élimination du malade au moment du payement.

Voyons. Réfléchissons. Nous voulons que nous soit rendue cette innombrable clientèle qui, actuellement, fréquente les dispensaires et les consultations d'hôpitaux ? Pour cela, il n'y a qu'un moyen : *nous mettre vis à vis du malade dans la même situation que ces organismes sociaux.* Sinon, le simple abaissement des tarifs ne fera que nous léser et ne nous donnera que des déboires. Vénériens, tuberculeux sédentaires, femmes enceintes, nourrissons malades et bien portants, de plus en plus nous échappent. Cet éloignement est d'autant plus regrettable que si le mot « médecin de famille » a un sens, les Pouvoirs publics eux-mêmes qui ont inscrit la Famille en tête de

leur programme doivent souhaiter que nous soit restituée la surveillance de ces individualités. Il est absolument insolite que les traitements antivénériens ne soient à peu près plus jamais confiés au médecin de famille, ces maladies étant essentiellement héréditaires et familiales, et non moins insolite que nous soyons appelés à donner nos soins à un nourrisson malade dont le régime est conduit ailleurs, selon une technique qui peut ne pas être la nôtre. Que de fois n'avons-nous pas été gênés par cette incoordination ? Que de fois le médecin de dispensaire ne s'est-il pas trouvé gêné lui-même d'ignorer ce que devenait un hypotrophique ou un diarrhéique entre deux consultations espacées ? « Vous appellerez votre médecin a-t-il dit, ou vous mettrez votre enfant à l'hôpital », étrange complication d'un problème qui pourrait être facilement simplifié en confiant au médecin de famille la recherche du régime convenable. Et les syphilitiques, si difficiles à fixer, ne serait-il pas préférable qu'on nous confie leur traitement ? Trop souvent, ils n'ont ni le temps, ni la patience de prendre queue pendant des heures dans une consultation de dispensaires ou d'hôpital. La lutte contre la syphilis ne sera efficace que le jour où on nous rendra les moyens, à nous, de la mener. Seulement, tous ces traitements coûtent cher à notre cabinet. *Pour qu'on nous les confie, il faut qu'ils soient gratuits, chez nous comme au dispensaire.*

A ces faits qu'objecte-t-on ? La suppression de l'entente directe et l'abaissement des tarifs nous lèsent. Je viens de longuement exposer mon avis sur ce sujet et d'indiquer que ces mesures me semblaient fatales et inévitables. Beaucoup plus grave est l'objection qui fait craindre une *démoralisation* de la médecine par cette réforme. Les détracteurs ne manquent pas, en effet, et à juste titre, d'invoquer les précédents des systèmes accident du travail, A. M. G., etc... Hélas ! je le sais, ils n'ont que trop raison. L'A. M. G., en particulier, fut trop souvent, avec l'accord tacite et complaisant des municipalités, la source d'abus éhontés. De même, il y eut jadis quelques petits scandales de carnets médicaux (démesurément grossis, d'ailleurs). Il ne faut tout de même rien exagérer. Je connais la question et j'ai pu m'assurer que les médecins, pour la plupart, se sont efforcés de se tenir dans des limites raisonnables et honorables. Il est vrai que, jusqu'alors, ils se rattrapaient précisément sur l'acte médical convenablement rétribué : ce qu'ils ne pourraient plus faire qu'exceptionnellement si la réforme était acquise. Il est à craindre aussi que les générations médicales futures n'aient pas les mêmes scrupules que leurs aînées et s'installent délibérément dans une manière de gangstérisme. C'est fort possible si l'on admet qu'en tout honnête homme, il y a un malfaiteur qui s'ignore.

Alors ? alors, il n'y a qu'un moyen pour les médecins de sortir de cet impasse : *réorganiser leur profession.*

Contre l'évasion organisée de la clientèle vers des organismes sociaux, pour pallier à l'incapacité de payement de cette clientèle, pour atténuer nos charges qui ne cessent de croître, pour être en mesure de défendre nous intérêts contre l'Etat qui est en train de nos absorber sans condition, pour que nous tenions enfin notre place dans la surveillance sanitaire de la Nation, il n'y a que deux solutions possibles : la fonctionnarisation intégrale ou le remplacement de la médecine individuelle par la médecine d'équipe ou de groupe.

Si nous ne nous réformons pas, l'Etat nous réformera. Les Assurances sociales abaissent nos tarifs et suppriment l'Entente directe. Une note gouvernementale nous fait savoir qu'avant peu toute famille aura dû se faire inscrire chez un médecin désigné par elle. En fait, cette nouvelle mesure ne tend à rien moins qu'à supprimer le libre choix. Ainsi cantonnés dans un espace assigné à chacun, incertains d'une rémunération décente, accablés de charges, sans espoir d'avancement, sans garantie de retraite, *fonctionnarisés sans le savoir,* quels misérables fonctionnaires nous ferons ! Menacés enfin de recevoir nos directives thérapeutiques de médecins contrôleurs omniscients ou, du moins, omnipotents, nous ne serons même plus des fonctionnaires. *C'est un prolétariat médical qui se crée.* Est-ce vraiment cela que souhaitaient les protagonistes à tous crins de la médecine libre ? Je ne le pense pas. Et pourtant, le moyen pour nous d'empêcher une telle évolution ?

Il est regrettable qu'en face d'une telle menace, l'Ordre des médecins semble surtout préoccupé d'apaiser les scrupules de conscience des mahométans et des bouddhistes en présence d'un avortement thérapeutique. Quant aux médecins que proposent-ils, qu'ont-ils jamais proposé ? Rien, rien, rien. Toujours demandeurs et jamais offrants, ils n'ont fait que protester contre le fonctionnement des consultations d'hôpital et de dispensaires. Un point, c'est tout. En dehors de cela tout projet de réforme n'a provoqué chez eux que sarcasmes et haussements d'épaules. Attitude absurde, antisociale et qui ne pouvait que nous faire perdre l'affection du public. Attitude impossible au point où en est, aujourd'hui, le développement des œuvres de soins, publiques et privées. Attitude, permettez-moi de le dire, un peu hypocrite de la part de médecins qui, en très grand nombre, depuis longtemps déjà, ont doublé leur cabinet de consultation d'un service d'usine, de société, de Secours mutuels, etc...

Au lieu de pratiquer cette inutile obstruction qui ne nous a domné et ne nous donnera jamais que des déboires, ne serait-il pas d'un esprit plus

réaliste de nous rallier à une solution, révolutionnaire j'en conviens, qui sauvegarderait nos intérêts, notre indépendance, notre moralité ?

Dans un article du 16 février 1941 que le *Concours médical* a bien voulu publier, j'ai exposé comment je concevais cette réorganisation. Et, c'est ici, enfin, que je m'élève contre la décision des Assurances sociales, contre toute décision éventuelle de l'Etat. Aucune n'est pécuniairement et moralement viable, si elle ne fait partie d'un vaste et majestueux programme de réforme. On ne peut décider l'abaissement de nos tarifs si l'on ne décide en même temps : 1° qu'on nous donnera les moyens d'alléger nos charges ; 2° qu'on nous rendra toute une clientèle qu'on n'a cessé de nous retirer ; 3° qu'on nous donnera une place convenable, capitale et méritée dans le service sanitaire national.

Cette place quelle doit-elle être ? A mon avis, de nous substituer purement et simplement à cette poussière de centres médicaux d'Etat, de départements, à ces organismes municipaux et privés , excellents, indispensables, mais qui devraient être occupés par nous. L'avenir est au cabinet médical commun...... ou à la décadence de la médecine individuelle.

C'est pourquoi, je souhaite que s'organise une vaste campagne, d'articles et de conférences qui touche successivement tous les médecins des villes. Campagne qui aurait pour but de leur faire toucher du doigt les dangers imminents qui *les menacent* et *de leur suggérer le* moyen unique qui peut les sauver. Après quoi, un referendum national, qui n'oublierait pas nos camarades prisonniers, leur poserait les questions suivantes :

1° Voulez-vous être fonctionnarisés ?

2° Acceptez-vous l'organisation de cabinets médicaux communs ?

3° Préférez-vous, à vos risques et périls, vous en remettre à l'Etat de vous organiser ?

Au cas où l'une ou l'autre des deux premières questions remporterait la majorité , un bureau élu serait désigné qui aurait mission de prendre contact avec M. le ministre de la Santé publique pour étudier avec lui le futur statut de la médecine.

D[r] Roger MAIRE.

J'apprends en dernière heure que le néfaste sénateur Barthe vient d'être arrêté. Enfin ! Mais pourquoi faut-il qu'un fâcheux commentaire laisse persister un malentendu sur les motifs de cette arrestation ? A lire ces journaux, on garde l'impression que Barthe faisait figure d'assoiffeur public, de champion de la tempérance. A Dieu ne plaise. Si M. Barthe a fait voter jadis une loi prescrivant l'arrachage de certains vignobles, s'il a interdit l'entrée en France des vins d'Algérie, ce n'est pas au nom de respectables principes mais uniquement pour sauvegarder les égoïstes intérêts des viticulteurs méridionaux. M. Barthe a été arrêté parce qu' « il s'opposait au départ des vins ». Le brave homme ! Mais nous dira-t-on pourquoi il s'opposait à ce départ ?

Avez-vous lu...... ?

René DEBRESSE, éditeur,
rue de l'Université, Paris

Horizons et perspectives littéraires. — Guillaume DUCASTEL.

Cet ouvrage exprime les délassements, les évasions extra-professionnelles d'un de nos confrères lettré.

Ces horizons ont été finement observés, ces perspectives entre toutes choisies pour ce qu'elles convergent vers la figure attachante et si suggestive du « Bonhomme ».

Guillaume Ducastel, président des « Amis de La Fontaine » recrutera à coup sûr parmi ses lecteurs des adhérents pour sa société.

N'est-ce pas là le mode de recrutement qui convienne le mieux à une Société littéraire ?

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

Collection « Que sais-je ». **Les Etapes de la médecine** par Jean FAUVET.

Des siècles les plus reculés de la préhistoire jusqu'à la période contemporaine , la médecine a suivi une voie capricieuse, pleine d'imprévus et d'épisodes contradictoires.

Fauvet s'efforce de rendre son dû à chacun de ceux qui, dans cette évolution, marquèrent une étape, les uns se fondant sur l'observation et progressant, les autres dévotement attachés aux textes antérieurs et revenant en arrière.

Ce petit volume précise avec une louable netteté comment s'est constitué, dans le heurt de doctrines adverses, ce que nous croyons acquis dans l'art de guérir.

G. L.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. **Imprimerie THIRON et C[ie], Clermont (Oise)**

J'ai reçu naguère un avis du « Curateur régional » m'apprenant qu'ayant plus de 65 ans j'étais considéré comme n'existant plus et que, par conséquent, si un jeune confrère demandait à s'installer dans la région mon poste était considéré comme libre.

Ce n'est déjà pas mal, mais ce n'est pas tout : Bientôt sont arrivées les mises en demeure plus ou moins comminatoires pour l'inscription à l'Ordre et aux Allocations familiales.

Dans le même temps le fisc ne m'oubliait pas, les Assurances non plus, ce qui me permettait de constater qu'il me fallait trouver annuellement une vingtaine de mille francs pour satisfaire à ces seules exigences fiscales et professionnelles. Sur 300 jours ouvrables cela représente l'humble tribut de plus de 50 francs par jour.

« Tu te rends compte », me disait un excellent ami : on limite tes moyens d'action, on te supprime théoriquement et on augmente tes frais généraux.

Personnellement, en attendant une retraite dont je ne profiterai probablement, pas je demanderais de ne plus avoir d'impôts et d'allocations à payer, de façon à pouvoir secourir ceux dont j'ai la charge et qui me gardent du suicide.

Tout ce que je lis dans les Bulletins me rappelle les vers d'Horace : « Sunt verba et voces, praeterea que nihil! ». Les mesures dont je parle seraient déjà un soulagement sérieux pour les *plus de* 70 *ans* et ne coûteraient rien à l'Ordre sauf la privation de nos versements, mais combien restons-nous encore ?

Quant à obtenir du Gouvernement qu'il nous dispense de tout impôt *après* 70 ans, il en sera sans doute hélas ! comme de sa participation à notre retraite. En France le médecin ne compte pas, en d'autres lieux, il n'en est pas de même : cela explique bien des choses.

Memento Cartier, Edition Sud-Est 1940-41

La direction du *Memento Cartier* est heureuse d'aviser le Corps médical que son édition Sud-Est 1940-1941 vient de paraître.

Les vingt-huit départements de la région Sud-Est où le Memento Cartier est habituellement diffusé coïncidant à peu de chose près avec ceux de la zone non occupée, le rayon d'action de l'*Annuaire* ne subit aucune modification.

Son service est donc effectué aux intéressés qui trouveront dans cet ouvrage soigneusement remanié et mis à jour tous les renseignements sur le Corps médical exerçant dans cette zone : révision des diplômes, nouveaux installés, etc... Une vaste documentation sur les ressources médicales hospitalières de chaque département de la région Sud-Est, hôpitaux, cliniques, maisons de santé, etc. Collaborateurs médicaux et paramédicaux et, au répertoire des spécialités pharmaceutiques, un tableau particulièrement clair et facile à consulter des spécialités que le praticien pourra prescrire sans risque de défaut d'approvisionnement.

Correspondant pour la zone occupée :

Albert Modet, 18 *bis*, rue de Chartres, à Neuilly-sur-Seine. Tél. : Maillot 32-67.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Automobilisme

Nº 4622. — *Loi du 25 octobre 1941 prorogeant les délais impartis par la loi du 25 septembre 1941 prescrivant le recensement général et permanent des propriétaires de voitures automobiles et de leurs remorques.*

Le délai imparti pour effectuer la déclaration à la mairie est reporté du 31 octobre au 30 novembre.

A dater du 1er décembre les cartes grises ne seront plus échangées qu'accompagnées du récépissé de déclaration.

A partir de cette même date, tout propriétaire d'un véhicule automobile changeant de domicile ou faisant effectuer sur sa voiture une transformation nécessitant une nouvelle réception par le service des mines, devra en faire la déclaration à sa mairie.

(*J. O.* du 1er novembre).

Inspection de la santé

Par arrêté en date du 21 octobre 1941, M. le Docteur Prades, ancien inspecteur d'hygiène du territoire de Belfort, est affecté au département de la Lozère.

Par arrêté en date du 21 octobre 1941, M. le Docteur Grand, médecin inspecteur de la santé, en position de disponibilité, est affecté au département de l'Ardèche.

(*J. O.* 30 octobre 1941).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

LA CHARTE DU TRAVAIL SOUS L'ANGLE MÉDICAL. — LIMITE DU KILOMÉTRAGE. — TOUJOURS LA DENSITÉ MÉDICALE. — LES ISRAÉLITES ET LES FONCTIONS HOSPITALIERES. — RÉGULARISATION DE L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE. — MÉDECINS DE CHEMIN DE FER ET DÉONTOLOGIE

La loi du 4 octobre 1941 sur l'organisation sociale des professions est encore trop neuve pour qu'on puisse en mesurer toutes les répercussions et toutes les incidences. Il faut attendre, pour juger, sa mise en application, sur la date de laquelle personne n'est encore fixé.

Notons d'emblée cependant que l'art. 7 de la « Charte » *exclut* formellement de son champ d'application les « membres des ordres régis par des statuts particuliers » et par suite notamment la *profession médicale.*

Est-ce à dire que les médecins n'aient pas à s'en préoccuper ? Nous ne le pensons pas.

En effet l'une des pièces essentielles de la nouvelle organisation sociale, à savoir le *Comité social,* constitue une véritable ébauche des corporations futures et possède comme tel dans sa sphère professionnelle, des pouvoirs très étendus qui ne peuvent manquer de poser des problèmes inter-corporatifs.

En particulier, dans la profession ou la famille professionnelle qu'il régit, le Comité social a dans ses attributions : *la généralisation et la gestion d'assurances* et de retraites, et *l'amélioration des conditions d'existence.*

C'est dire par là que les questions relatives à la santé de ses membres ne sauraient le laisser indifférent et que les assurances-maladie notamment, de sociales pourraient bien devenir corporatives.

Il y a dans cette tendance, que nous ne faisons pour l'instant qu'entrevoir, à la fois un danger et une possibilité de solution pour la médecine sociale.

Un danger tout d'abord, car il ne faudrait pas que l'émiettement corporatif des Assurances sociales aboutisse à l'émiettement des réglementations, et que les médecins ne se voient obligés de défendre contre chaque profession les principes de leur « charte », tout aussi respectable à notre sens, bien que plus ancienne, que la Charte du travail.

Une possibilité de solution, disons-nous, et nous nous référons alors au projet développé dans nos colonnes par le Docteur Vignoli. Les Comités sociaux pourraient en effet, en accord avec les Ordres départementaux ou régionaux fonder ces mutualités de formule nouvelle et les alimenter, en outre des cotisations de leurs membres, par des fonds prélevés ainsi que la loi le prévoit sur les bénéfices des entreprises.

Une telle organisation médico-sociale, tendant à mettre à la portée de toutes les bourses les ressources matérielles, techniques et morales de la médecine libre, serait bien supérieure à la création par chaque Comité social d'organismes de médecine préventive ou de soins. La généralisation du corporatisme ne doit point signifier en effet que chaque corps professionnel fera dans son domaine le métier de tous les autres. Elle ne doit point nier les droits de la « famille de professions » qui nous tient le plus à cœur : nous voulons parler de la « famille médicale ».

***

Une décision récente de l'administration militaire allemande, limite le kilométrage des voitures de tourisme utilisant une énergie motrice autre que l'essence ou l'alcool. Elle s'applique donc aux véhicules fonctionnant à l'électricité, au gaz de ville ou à l'aide d'un gazogène.

Le kilométrage de ces véhicules serait limité à 500 kilomètres par mois à dater du 1er novembre.

Chaque véhicule devra, à partir de cette date, être muni d'un carnet de bord sur lequel seront relevés chaque jour les kilomètres parcourus.

Au début de chaque mois les propriétaires des véhicules devront envoyer le relevé du kilométrage parcouru pendant le mois précédent au Commissaire du roulage dont ils dépendent, qui leur fournira les imprimés nécessaires.

Le carnet de circulation devra être présenté à toute réquisition.

***

Un Conseil départemental de l'Est nous communique une lettre du Secrétariat du Conseil supérieur de l'Ordre qualifiant d' «erronées »

les informations sur la densité médicale que nous donnions dans notre numéro du 6 juillet.

Or, nous tenions ces informations d'un membre éminent du Conseil supérieur lui-même et sa lettre est entre nos mains.

Le Secrétariat administratif du Conseil supérieur de l'Ordre n'aurait-il pas tout intérêt à s'exprimer prudemment et à ménager l'opinion que l'on peut avoir sur sa compétence ?

***

En réponse à plusieurs correspondants, nous précisons que les dispositions de la loi du 2 juin 1941, appelée plus couramment statut des juifs, seraient, d'après les instructions ministérielles, applicables aux candidats aux diverses fonctions hospitalières.

Ne peuvent donc se présenter au concours de l'externat, de l'internat, de l'adjuvat....., des hôpitaux, que les Israélites remplissant les conditions imposées par l'art. 3 (titres de guerre) ou l'art. 8 (services exceptionnels) de la loi du 2 juin 1941.

***

Par une circulaire du 29 septembre 1941, le Secrétaire d'Etat à la Santé a rappelé aux directeurs régionaux, que l'inscription au Tableau de l'Ordre était une des conditions essentielles de l'exercice de la médecine.

Un ultime délai (1er novembre 1941) était accordé aux médecins pour régulariser leur situation.

Passé ce délai, les directeurs régionaux et leurs représentants départementaux ont reçu pour instructions de poursuivre impitoyablement en exercice illégal, conformément aux dispositions de la loi du 26 mai 1941, tout médecin pratiquant son art sans pouvoir justifier d'une demande d'inscription au Tableau de l'Ordre.

Il ne peut, en effet, être question d'exiger l'inscription effective, car de nombreux Conseils départementaux n'ont pas encore terminé l'établissement du Tableau de l'Ordre.

***

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, l'art. 62 du Code de déontologie interdit à un médecin d'être à la fois contrôleur et traitant d'un même malade.

Application de cet article a été faite récemment en matière d'accidents du travail, non sans produire d'ailleurs quelques remous dont d'autres journaux se sont fait l'écho.

Un de nos lecteurs soulève aujourd'hui la question des médecins de chemins de fer.

Il semble bien que ces médecins, chargés à la fois de soigner les employés des chemins de fer et de leur délivrer les certificats de mise en congé, tombent sous le coup dudit art. 62.

Il serait intéressant de connaître la position du Conseil supérieur et ce qu'il compte faire à ce sujet.

Mais on doit observer que ce cas n'est point commode à régler, car le Code de déontologie n'est pas plus opposable à la S. N. C. F. qu'aux Compagnies d'assurances. L'Ordre pourra-t-il faire modifier le statut des médecins de chemin de fer ?

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.086. — Blessé ni guéri ni consolidé. Que doit faire le médecin traitant ?

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir quels honoraires je dois demander à une Compagnie d'assurances pour les consultations que j'ai eues à trois reprises, sur sa demande, avec son médecin conseil, au cours du traitement d'un accidenté du travail.

A chaque fois un rapport a été envoyé à la Compagnie par son médecin, lequel rapport mentionne qu'il a été établi en consultation avec moi ; lui seul l'a signé et m'en a envoyé copie.

Le blessé a repris son travail il y a quatre mois, avec réserve signalée à ce moment à la Compagnie dans l'un des rapports qu'il pourra exister une incapacité, déterminable seulement après opération, qu'il y a intérêt à ne pas pratiquer avant trois mois.

Ce laps de temps révolu, nous avons revu le blessé ensemble il y a un mois et le rapport conclut à l'intervention chirurgicale.

Or, depuis la Compagnie ne donne plus signe de vie.

Quelle doit être mon attitude ? Suis-je autorisé à intervenir près d'elle ou au contraire considérer mon rôle comme terminé et lui envoyer ma note d'honoraires ?

Si elle se décide à faire pratiquer l'intervention doit-elle ou non m'en informer, libre à moi d'y assister ou pas ? Dans l'affirmative, quels honoraires réclamer pour ma seule présence ?

Dr A.

Réponse

1° Les visites faites avec le médecin patronal ou de l'assurance sont celles indiquées à l'art. 3 *a*), et tarifées le prix d'une visite ordinaire majoré de 50 % ;

2° Le blessé a pu reprendre son travail sans être « guéri » et cela résulte du certificat de reprise que vous avez signé et dans lequel vous ne l'avez pas déclaré guéri, mais, au contraire, avoir besoin d'une opération ultérieure.

Dans ce cas, vous restez toujours son « médecin traitant », et devez être honoré comme tel, à l'occasion, par l'assurance, s'il y a lieu.

Il est dit, en effet, dans la loi du 1er juillet 1938 (qui régit actuellement la matière) : « Art. 5... quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident et même s'il n'y a pas eu interruption, le chef d'entreprise supporte... les honoraires des praticiens... ».

Dans votre cas, il y a eu d'abord interruption du travail, puis non-interruption pour ainsi dire (puisque reprise dudit travail) à partir de telle date, fixée d'un commun accord entre le médecin de l'assurance et vous-même. Il s'en suit que si le blessé n'est déclaré ni guéri, ni consolidé à l'heure actuelle, rien n'est fini : il continue à avoir droit aux frais médicaux et pharmaceutiques dans les conditions fixées par le Tarif d'accidents du travail.

L'intervention ayant été reconnue nécessaire par vous-même et par le médecin de l'assurance et l'avis prescrit par l'art. 9 du Tarif pour les opérations mutilantes ou de grande chirurgie ayant été envoyé à l'assureur sous la forme d'un rapport, vous pouvez, dès à présent, faire procéder à l'intervention. La Compagnie, par son silence, a implicitement donné son approbation. Elle ne peut d'ailleurs s'opposer à une intervention nécessaire à l'amélioration de l'état du blessé, et c'est à ce dernier qu'il appartient de choisir librement le chirurgien, comme il a choisi son médecin traitant.

En ce qui concerne votre rémunération pour assistance à l'intervention éventuelle, nous vous rappelons que l'art. 11 du Tarif vous donne droit, en pareil cas, à un honoraire de 80 francs, plus l'indemnité de déplacement, à la condition que vous donniez votre aide au chirurgien au cours de l'intervention.

Dr F. DECOURT.

4.591. — Contre-visite de la victime d'un accident du travail

Une de mes clientes à la suite d'un accident du travail présente une incapacité partielle permanente ; il s'agit de troubles circulatoires et trophiques au niveau d'une jambe à la suite d'un traumatisme.

Il s'agit d'une assurance patronale. A la suite de l'enquête de la Justice de paix, la compagnie a écrit à ma cliente en la priant de se présenter à ses bureaux en vue d'une expertise médicale.

Pour se rendre au siège de la compagnie, la blessée serait obligée de passer deux jours en déplacement, d'autre part, l'état de sa jambe ne lui permet pas une telle fatigue.

Je vous serais obligé de me dire quels sont les droits de ma cliente et si, pour toucher une pension, il est absolument nécessaire qu'elle fasse ce déplacement.

Dr B.

Réponse

Suivant l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, tel qu'il a été modifié par la loi du 1er juillet 1938, le chef d'entreprise ou l'assureur substitué, peut désigner au juge de paix un ou plusieurs médecins chargés de le renseigner au cours du traitement, sur l'état de ses ouvriers ou des ouvriers de l'employeur qu'il assure, et qui ont été victimes d'accidents du travail.

Cette désignation, dûment visée par le Juge de paix, donne auxdits médecins accès hebdomadaire auprès des victimes, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours d'avance par lettre recommandée.

Une assurance ne peut donc imposer à la victime d'un accident du travail un déplacement du lieu de son domicile au siège de la Compagnie pour faire procéder à la contre-visite prévue par la loi.

C'est au domicile du blessé que la contre-visite doit avoir lieu, et le blessé est fondé à refuser de se prêter à l'examen du médecin contrôleur si celui-ci ne peut justifier que le médecin traitant a été prévenu en temps utile.

Que votre cliente réponde donc à la Compagnie qu'elle est prête à se laisser examiner par le médecin-contrôleur, mais à son domicile et en votre présence.

ASSURANCES SOCIALES

5.080. — Une fausse couche au cours du sixième mois de grossesse relève-t-elle de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité ?

Une femme fait une fausse-couche de six mois. Elle appelle une sage-femme au lieu d'un médecin.

La Caisse refuse à l'assurée le remboursement des frais sous prétexte que jusqu'au septième mois, la fausse-couche ne relève pas de l'assurance-maternité, mais de l'assurance-maladie, celle-ci ne pouvant jouer en dehors de l'intervention d'un médecin.

N'y a-t-il pas là un abus d'interprétation selon la lettre et non selon l'esprit des textes ?

Dr R.

Réponse.

La thèse soutenue par la Caisse est absolument fondée au point de vue législation sur les Assurances sociales.

L'art. 9, parag. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935, dispose en effet qu'en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide et le parag. 4 de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 portant tarif de réassurance dispose que « n'est pas considérée comme accouchement dystocique et est indemnisée dans les conditions de l'assurance-maladie la fausse-couche intervenant avant le début du septième mois ».

Si donc il ne peut y avoir de doute sur la date de la fausse-couche par rapport au début de la grossesse les prétentions de l'assurée sociale ne peuvent pas être prises en considération par la Caisse.

Par ailleurs, nous pensons qu'il pourrait y avoir intérêt au point de vue professionnel à ne pas soutenir dans un cas comme celui-ci les prétentions de l'assurée sociale. Il nous semble préférable de toujours défendre le principe qu'en cas de fausse-couche, c'est au médecin que l'on doit faire appel et non à la sage-femme.

AUTOMOBILISME

5.145. — Alcool dénaturé et carburant de remplacement

Je lis le *Concours* depuis trente ans et vos chroniques depuis que vous les donnez dans votre journal.

Voulez-vous, s'il vous plaît, nous éclairer sur ces points :

1° Vous avez écrit que « l'alcool brun coloré au goudron » pouvait être utilisé.

Mais, que devient ce colorant dans le carburateur et les cylindres ? Ne risque-t-il pas de s'y déposer, tant dans les tuyauteries, carburateur et cylindres ?

Y serait-il nocif pour ce métal ou n'y ferait-il que de l'obstruction notamment aux gicleurs ?

L'on m'a conté (est-ce encore un bobard ?) que ceux qui s'en servaient ne pouvaient faire plusieurs kilomètres sans voir les gicleurs bouchés par une petite garniture gluante.

Où en est la question et la fabrication de carburant de remplacement, tels que ammoniaque, éthane etc., Des sociétés telles que Saint-Gobain, n'étudiraient-elles pas toutes ces questions ?

Dr D.

Réponse

L'alcool dénaturé à la créosote est utilisable dans les moteurs : d'ailleurs, on n'en trouve pas d'autre. La créosote ne paraît pas avoir d'action sur le métal des cylindres. Le seul inconvénient que j'ai ressenti, c'est que, quand la voiture reste immobilisée pendant quelques jours, il se forme au fond de la cuve du carburateur et du starter de départ un précipité gélatineux qu'il faut enlever. Cet inconvénient ne se manifeste pas, en général, quand on se sert de la voiture tous les jours.

En tout cas, je n'ai jamais eu de gicleur bouché en marche.

La question des carburants de remplacement est toujours étudiée, mais rien n'est sorti d'une façon pratique. Actuellement, le seul combustible dont la vente est libre, est le bois pour gazogènes.

Henri PETIT.

5.147. — Licence d'achat pour gazogène

Pouvez-vous m'indiquer s'il est possible actuellement d'obtenir une licence d'achat pour gazogène, ainsi qu'un permis de circuler pour une voiture munie de ce dispositif.

Dr G.

Réponse

Il est possible d'obtenir une licence d'achat pour gazogène seulement pour les véhicules de transport de marchandises ; on n'en délivre plus pour les voitures de tourisme.

Cette licence doit être demandée au représentant du Comité d'organisation de l'Automobile de votre département.

Le permis de circulation est délivré par le Service du roulage dont le siège se trouve généralement à la Préfecture.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

5.227. — Les assurés assistés ne sont pas des assistés médicaux gratuits

Il existe une commune de notre région qui est autonome au point de vue de l'Assistance médicale gratuite et où n'existe pas de service d'assurés assistés. Est-ce légal ? A-t-on le droit de verser automatiquement dans le groupe des assurés sociaux tout court, de nombreux inscrits de l'Assistance médicale gratuite ?

Comment pourrait-on faire cesser cet état de choses ? Dr M.

Réponse

La situation que vous nous signalez dans une commune de votre région en matière d'assurés assistés nous paraît parfaitement irrégulière.

Certes la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite a bien prévu la possibilité pour certaines communes, après autorisation ministérielle, de posséder une organisation autonome en matière d'assistance, mais, dans cette hypothèse la commune, collectivité d'assistance, aux lieu et place du département, est soumise aux mêmes obligations que ce dernier, et ce principe doit être appliqué notamment en matière d'Assurances sociales.

Or, d'après l'art. 19, parag. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, les dispositions suivantes sont applicables au règlement des prestations pour lesquelles le bénéfice de l'assistance est accordé :

« Les prestations à la charge des Caisses d'as- « surances sociales pour les assurés bénéficiaires « du présent article sont les mêmes que celles « prévues pour les autres assurés. Les frais dus « aux praticiens et aux établissements d'hospi- « talisation sont réglés par les collectivités d'as- « sistance sur les bases suivantes : 1° Les frais « médicaux et chirurgicaux sont réglés sur la « base du tarif de responsabilité de la Caisse à « laquelle sont inscrits les assurés assistés.

. . . .

« La différence entre le montant des frais tel « qu'il résulte de l'application de l'alinéa précé- « dent et les sommes remboursées par les Caisses « d'assurances après déduction prévue à l'art. 6, « parag. 7 (ticket modérateur de 20 %) est prise « en charge par les collectivités d'assistance. Il « en sera de même de la différence entre le prix « payé par la Caisse pour l'indemnité kilométri- « que et le prix payé par les collectivités d'assis- « tance dans le département pour cette même « indemnité. Les frais revenant au praticien sont « payés par les collectivités d'assistance qui récu- « pèrent sur la Caisse les prestations dues par « celle-ci. »

Notons enfin que la loi du 29 mai 1941 portant modification du régime de l'assurance-maladie et maternité n'a point modifié cette disposition, son art. 4 relatif aux assurés sociaux indigents ne traitant uniquement que des frais d'hospitalisation et reprenant d'ailleurs les principes du régime antérieur.

Dans ces conditions, vous êtes parfaitement fondé à demander à la commune, collectivité d'assistance, le paiement de vos honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux assistés pris en charge par cette commune d'après le tarif de responsabilité, qui est actuellement le tarif de réassurance, en application de la loi du 29 mai, depuis le 1er juillet dernier.

Si vous n'obtenez pas ce paiement amiablement, il y a lieu d'en poursuivre le recouvrement par voie contentieuse en portant l'affaire devant la juridiction compétente qui est, d'après une jurisprudence bien établie de la Cour de Cassa-

tion et du Tribunal des Conflits, la Commission d'arrondissement du siège de la commune.

Ladite commission doit être saisie par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil dans les trois mois de la notification d'une décision de refus ou, en cas de non réponse, dans les trois mois suivant l'expiration d'un délai de deux mois équivalant au point de vue administratif à une décision implicite de rejet.

Nous serions bien entendu à votre disposition au cas où ce recouvrement contentieux devrait être opéré pour demander au Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire du Sou Médical dans cette affaire.

4541. — Tarif applicable aux assurés de droit commun

1° A quel tarif dois-je compter la consultation des « assurés individuels ». Ce n'est pas la coutume dans ce pays de réclamer les honoraires au blessé, c'est l'Assurance qui règle directement. Dois-je compter le tarif syndical ou le tarif accident du travail ?

2° Je suis en ce moment, un blessé atteint de fracture de la colonne vertébrale depuis mars 1940. Depuis février dernier, je le vois une fois par semaine pour surveiller les escarres. A quel moment puis-je envoyer une note d'honoraires. Sa Compagnie ne contestera-t-elle pas le nombre élevé de visites.

Dr D.

Réponse

1° Il n'existe aucun autre tarif que votre tarif habituel de clientèle qui puisse être applicable aux victimes d'accidents, bénéficiaires d'une police individuelle de droit commun.

Vous devez normalement vous faire honorer par vos clients eux-mêmes et leur remettre ensuite un reçu de vos honoraires pour leur permettre de faire valoir leurs droits à remboursement auprès de leurs Assurances, sans que vous ayez personnellement à vous immiscer dans ce règlement.

Si, contrairement à la règle, vous préférez adresser directement votre note à l'Assurance, vous devez établir cette note comme si vous aviez à faire à un client quelconque ;

2° Aucune disposition légale n'oblige un médecin à attendre la fin du traitement pour exiger le paiement de ses honoraires.

Il est d'autant plus fondé à demander dès à présent le paiement des soins déjà donnés, bien que la guérison et la consolidation n'aient pas encore été obtenues, que le traitement dure depuis près d'un an et demi.

Envoyez donc votre note à la Compagnie, en spécifiant que le blessé n'est encore ni guéri, ni consolidé, et qu'il a encore besoin de soins qui feront l'objet d'une note ultérieure.



Soixante-troisième année   N° 47   23 Novembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants .... 80 fr.

***Le Numéro*........ 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 341. — Xe, Bel appart. 8 pièc. très éclair. 15 fenêtr. Proche gar. Nord-Est-St-Lazare. Asc. colonforce électr. 50 ampères avec appar. électrolog. installés. M. Crespin, 11, rue des Loges, Montmorency (S.-et-O.)

N° 342. — Demande un remplaç. pr la dur. des hostilit. spécial. ophtalmol. oto-rhino-laryngol. S'adr. M. Rousseau, 10, av. de Louvois, Chaville (S.-et-O.)

N° 343. — S.-et-O. 30 km Sud de Paris, à céd. d'urg. rais. famil., client. plein développement, facile à desservir, rég. bien ravitail. Maison 6 p. confort. dépendances, jard. loyer 3.000, faible indemnité vu l'urg. S'ad. Dr Georgel, 38 bd. Lefebvre, Paris (XVe).

N° 344. — Jeune doct. rech., rég. midi et Sud-Est, poste médic. campag. à créer ou céd. écr. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 345. — Dr Mechin, 16, rue Damrémont, Constantine, est acheteur d'un Cryocautère. Faire offr.

N° 346. — A céd. rég. Sud-Est, bon poste semi-rur. S'ad. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 347. — Doct. possédt gentilhommière XVIIIe siéc. z. n. o. cherc. tt apport capit. de préfér. sous forme de sté anon. ou commandite pour faire mais. de santé, repos ou accouch., assurer. direct. et serv. médic., peut fonction. dès 1942. Ecr. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 348. — Jeune médec. célibat. croix de guerre 40, anc. ext. hôp., longue pratique méd. sér. référ., très au cour. petite chirurg. Gynéc. enfants, aband. poste pour collab. vue succes. dans centre import. avec confr. surmené ou âgé. Préf. zône non oc. Ecr. M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 349. — Les laborat. du Doct. Roussel recherc. collaborat. doct. en médecine, 28-40 ans franç. d'origine, actif, pour situat. stable et d'avenir z. o. Envoyer curriculum vitae à Direction de la Publicité, 97, rue Vaugirard, Paris (VIe)

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Grande ville Est. — Clientèle et appareils de radio à céder, prix des instruments. Pressé.

Oise. — Seul médecin. Grande habitation. Loyer 6.000 frs. Bon rapport. Prix 60.000 francs.

Normandie. — Préfecture, clientèle de dame. Très gros rapport. Prix moitié comptant modéré.

Paris et ville province. — Poste O. R. L. gros rapport. Prix moitié, pressé.

Oise. — Petite ville. Poste tenu depuis 38 ans par le titulaire. Très bon rapport. Prix à débattre.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Fumer est une habitude ; s'abstenir est un malaise ; oublier le tabac, et guérir le tabagisme, est un des rôles des tablettes de **Mangaïne.**

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement à l'avenir. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique ophtalmologique.* — M. le Professeur E. Velter a repris son enseignement assisté du Professeur agrégé C. Renard, du Docteur A. Tournay, du Docteur P. Desvignes, chef de clinique, des Docteurs E. Joseph et L. Guillaumat, assistants, du Docteur G. Offret, chef du laboratoire.

Cet enseignement sera donné d'une part à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (place du Parvis-Notre-Dame), d'autre part à la Faculté de médecine.

A) A la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu l'enseignement comprendra :

1° Des démonstrations cliniques d'ophtalmologie : à la consultation (tous les jours à 9 heures) ; dans les salles (tous les jours à 9 heures) ; à l'amphithéâtre de Lapersonne : cours magistral le mercredi à 10 heures ; présentations de malades le vendredi à 10 heures ;

2° Des démonstrations de neuro-ophtalmologie (Docteur A. Tournay) : à la consultation (le vendredi à 9 heures) ;

3° Des démonstrations opératoires le mardi et le vendredi à 9 heures ;

4° Des démonstrations de laboratoire : bactériologie (examens courants tous les matins à 9 heures) ; anatomie pathologique (lecture de coupes le mardi à 11 heures) ; physiologie (le jeudi à 9 heures) ;

5° Une série de conférences portant sur des sujets d'actualité (en particulier neuro-ophtalmologiques) aura lieu pendant le semestre d'été. Les détails concernant ces conférences seront communiqués en temps utile par voie d'affiches.

B) A la Faculté de médecine, l'enseignement comprendra :

1° Un cours d'anatomie, d'histologie et de physiologie normale du globe oculaire et de ses annexes par le Professeur agrégé C. Renard, assisté du Docteur G. Offret. Ce cours aura lieu à partir du mois de février.

2° Des démonstrations de médecine opératoire qui auront lieu pendant le semestre d'été.

3° Un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique oculaire par le Professeur agrégé J. Delarue, assisté du Docteur G. Offret, qui commencera le lundi 24 novembre 1941.

— *Clinique urologique.* Hôpital Cochin (Professeur : M. Maurice Chevassu). — M. le Docteur Bernard Fey, agrégé, suppléant M. le Professeur Maurice Chevassu, fera l'enseignement suivant le programme ci-après : lundi, jeudi, visite des salles ; à 11 heures : leçons cliniques ; mardi, vendredi à 9 heures : leçons de séméiologie ; à 10 heures : démonstrations opératoires ; mercredi, samedi à 9 heures : policlinique ; cystoscopies.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinicat.* — Ont été proposés, à la suite du dernier concours :

Pour le *clinicat d'hygiène et de clinique de la première enfance* (Hospice des Enfants-Assistés) : MM. Gerbeaux, L'Hirondel et Clerc. A titre étranger : M. Walther.

Pour le *Clinicat gynécologique* (Hôpital Broca) : MM. Mazingarbe et Orsoni.

Pour le *Clinicat oto-rhino-laryngologique* (Hôpital temporaire Piccini) : MM. Bretton et Clerc.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Sont chargés de cours : MM. Duclos, stomatologie ; Pigeaux, accouchement ; Noël, embryologie ; Chambon, toxicologie ; P.-E. Martin, pathologie médicale.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Sont prorogés d'un an MM. les agrégés : Beauvieux, ophtalmologie ; Delmas-Marsalet, médecine générale ; Dufour, anatomie ; Joulia, dermatologie et syphiligraphie ; Loubat, chirurgie générale ; Piechaud, médecine générale ; Rivière, obstétrique.

— **Groupe hospitalier Necker-Enfants malades.** *Conférence sur les anesthésiques locaux de remplacement de la cocaïne.* — Une conférence sur cette question (conférences de perfectionnement de l'internat en pharmacie) sera faite le 23 novembre 1941, à 10 heures, à l'amphithéâtre du groupe hospitalier Necker-Enfants malades, 139, rue de Sèvres.

— **Maison départementale de Nanterre (Seine).** *Internat.* — Un concours pour sept places d'internes titulaires en médecine et en chirurgie et pour quatre places éventuelles d'internes provisoires, à la Maison départementale de Nanterre, aura lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Inscriptions à la Préfecture de police (direction du personnel) jusqu'au 6 décembre 1941 à midi.

— **Préfecture de police.** *Avis aux médecins.* — La Préfecture de police rappelle que, conformément aux instructions des autorités d'occupation, il est formellement interdit aux médecins et chirurgiens-dentistes de donner des soins, de quelque nature qu'ils soient, aux membres de l'armée allemande.

Des sanctions graves seront prises contre les praticiens qui enfreindraient ces prescriptions.

(*Bull. mun. de la V. de Paris*, 5 novembre 1941).

— **Hôpitaux de Nancy.** *Internat et externat.* — A la suite des concours de 1941, sont nommés *Internes :* Mme Midon, M. Pietra, Mlle Jouffroy, MM. Renaud, Guillemin. — *Externes en premier* : M. Voirin, Mlle Hadot, MM. Faivre, Dambine, Chaudron. — *Externes* : MM. Simonin, Willig, Mlles Chaumont et Troublaiewitch, MM. Etienne, Bello, Hutin, Mlle Andlauer, MM. Moley, Rémy.

Sont admis à la suite : Mlle Hadot, MM. De Ren, Michel, Dollander, Ribon, Bussienne, Tridon, Defaut, Barat-Dupont, Michon, Collombier, Benichoux.

— **Hôpital civil de Belfort.** *Poste de radiologiste.* — Le poste de chef du service de radiodiagnostic et de radiothérapie est vacant. Un concours sur titres sera ouvert le 10 décembre 1941, devant l'Ecole de médecine de Besançon. Notice de renseignement sera adressée aux candidats qui en feront la demande au directeur de l'hôpital. Date limite de dépôt des dossiers de candidatures : 5 décembre 1941.

— **La médecine préventive dans les universités.** — *La circulaire suivante, datée du 22 octobre 1941, vient d'être envoyée aux Recteurs des Universités :*

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'attache la plus grande importance, en raison des circonstances actuelles, à ce que les services de contrôle médical et de médecine préventive fonctionnent le plus tôt possible dans les Facultés et les établissements d'enseignement supérieur.

Il y aura donc lieu de percevoir pour l'année scolaire 1941-1942 le droit annuel de 40 francs exigible des étudiants, que les Universités ont été autorisées à instituer par le décret du 2 mai 1939.

En outre, vous voudrez bien m'adresser, en application de l'article 5 du décret susvisé, un projet fixant les modalités d'organisation administrative et financière de la médecine préventive dans votre Université. Signé : GALLETIER. »

— **Naissances.** — Madame et le Docteur Ferdinand HUET sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Maryannick*.

Belle-Isle-en-Terre (Côtes-du-Nord), le 31 octobre 1941.

— Francine et Philippe PRIEUR ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petite sœur *Lise*. 24 octobre 1941.

Docteur Prieur, 11, place des Etats-Unis, Château-Thierry.

— Nicole et Chantal CHEVALEYRE ont le plaisir de vous faire part de la naissance de leur frère, *Christian Jean-Pierre*. Le 16 octobre 1941.

Docteur Chevaleyre, Allevard-les-Bains (Isère).

En écoutant la leçon inaugurale de M. le Professeur HARVIER

Le mercredi 12 novembre 1941, dans l'amphithéâtre Dieulafoy de l'hôpital Cochin, le Professeur Harvier a fait une très belle leçon inaugurale, présidée par le Docteur Serge Huard, ministre de la Santé et de la Famille, entouré du Professeur Baudouin, doyen de la Faculté de médecine, et de M. Serge Gas, directeur de l'Assistance publique à Paris.

Après avoir rendu hommage à ses maîtres et en particulier au Professeur Carnot qui était présent, il demanda que cette célèbre clinique de Cochin portât désormais le nom de Clinique Fernand Widal, en souvenir du grand médec n qui l'avait illustrée.

Il dit d'une façon émouvante quel ami était pour lui son prédécesseur le Professeur Rathery, et avec quelle méthode il avait su réorganiser cette clinique de Cochin. Son nom reste attaché aux maladies du rein et surtout au diabète dont il codifia le traitement ; nul ne peut soigner le diabète en ignorant les travaux de Rathery, et c'est le plus bel éloge qu'on puisse en faire.

Il nous parla ensuite de l'homme qu'était Rathery, de sa bonté, son patriotisme, sa foi chrétienne, et du grand exemple que sa vie donne aux jeunes générations.

Puis s'adressant directement aux étudiants, il leur montra ce que devait être pour eux l'examen clinique d'un malade. L'interrogatoire dirigé avec douceur pour en cueillir les faits importants, l'examen pratiqué avec méthode, l'aide enfin du laboratoire, doivent conduire au diagnostic qui n'est qu'un moyen d'aboutir au traitement et au soulagement du malade. Le médecin peut quelquefois guérir, il doit toujours soulager celui qui souffre et l'aider à supporter cette diminution physique et morale qu'est la maladie.

S'évadant alors du domaine technique, le Professeur Harvier nous emmena vers les horizons de la médecine future ; il montra aux jeunes le rôle qu'ils pouvaient avoir dans notre œuvre de rénovation nationale ; alors que leurs aînés avaient dû, au cours d'une période de facilité matérialiste, se cantonner dans un domaine purement scientifique, eux pourraient et devraient avoir un rôle social important, organisant la médecine du travail et surveillant la santé des masses ; eux, prématurément mûris par la rafale des événements, mais gardant tout l'avenir devant eux, doivent, dès leur première année de médecine, prendre conscience du rôle qu'ils auront un jour à jouer, et qui ne deviendra possible que si, aux connaissances techniques, s'ajoute une honnêteté rigoureuse et un dynamisme indispensable pour agir. Il termina en disant l'espoir qu'il fondait sur demain, avec toutes ses œuvres de rénovation dont eux, les jeunes, verraient la réalisation.

Nous garderons longtemps le souvenir de cette belle leçon, si riche en passages magnifiques, et d'une haute portée morale.

G. B.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Est nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur à titre posthume :

Flottes (Pierre-Auguste-Jean), *médecin capitaine, Direction Service de santé du 25e Corps d'armée* :

Médecin d'un courage, d'une énergie et d'une valeur morale hors de pair. A assuré d'une façon parfaite depuis le début des opérations et en particulier les 7 et 8 juin 1940, des liaisons dans des secteurs particulièrement dangereux. A été mortellement blessé, le 8 juin 1940, à Grisy-les-Platres, par bombe d'avion, en accomplissant sa mission. A été cité.

Paris (Georges), *médecin civil à Arras.*

Resté volontairement à Arras, le 19 mai 1940, a prêté son concours au médecin-chef de la Place pour assurer les soins nécessaires aux blessés qui affluaient dans les hôpitaux de la Ville.

A fait preuve sous les bombardements violents du 19 au 22 mai 1940 et en particulier au cours de l'incendie de l'Hôpital le 22 mai, d'une bravoure et d'un sang-froid admirables.

(*Ordre n°* 543.C. *Journal officiel* du 10 octobre 1941).

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Nous recevons la lettre suivante du Docteur Barot, d'Angers :

Je lis dans votre article du 2 novembre 1941 « La lutte perlée contre l'alcoolisme » qui est malheureusement trop exact, à la page 1918, colonne 1, à propos des périmètres de protection, que la loi de 1880 permettait aux maires d'établir autour des écoles, églises, hôpitaux et cliniques, la phrase suivante : « Jamais aucun maire de France n'usa de ce droit ».

Cette affirmation est une erreur et vers 1940, bon nombre de grandes villes étaient dotées de périmètres de protection modestes, oscillant entre 100 et 250 mètres de rayon.

En fin 1913, le ministre de l'Intérieur d'alors invita les maires à étendre les périmètres de protection et à ne pas hésiter à les porter à un rayon assez important pour qu'ils se recouvrissent les uns les autres et constituassent dès lors une barrière légale à toute tentative d'ouverture de nouveaux débits ou de transfert par déplacement. Le Ministre, M. Malvy, ajoutait que les Préfets seconderaient les maires dans cette mesure.

Or, sur 200 maires environ de communes importantes, il y en eut trois qui prirent un arrêté efficace et prohibitif : M. Fournier-Sarlovèze, maire de Compiègne, je crois, M. Laffont, maire de Firminy et moi-même alors, maire d'Angers.

Je portai le périmètre de protection de ma ville qui était dotée alors de 750 cabarets ou débits pour 85.000 habitants, — soit un par 22 électeurs — à 2.000 mètres de rayon, et cet arrêté malgré toutes les réclamations et menaces de recours au Conseil

d'Etat, resta en vigueur jusqu'en 1928, année où la campagne électorale, menée contre mes successeurs et moi-même, par le cartel des gauches, sur la questions des périmètres de protection, aboutit à la victoire des cabaretiers associés aux extrémistes et motiva l'annulation pure et simple de mon arrêté par le nouveau maire, sans aucun maintien de périmètre de protection.

Vous avez raison, mon cher confrère, la réforme essentielle des mœurs, et le salut de la race ne pourront être obtenues que par la suppression de 80 % des débits de boisson actuellement existants.

Même s'ils ne furent que trois, il me faut faire amende honorable et rendre hommage aux maires qui tentèrent d'enrayer la pullulation des cabaretiers. Du moins, parmi ces trois, a-t-on le plaisir de trouver un médecin et de le féliciter, en tant que tel, de son action.

Cette lettre nous restitue, par son simple et serein exposé des faits, la décevante atmosphère de l'avant-guerre où les mesures de salut public étaient cyniquement battues en brèche par les coalitions d'intérêts particuliers.

Et c'est cette atmosphère, précisément, qu'il nous faut aujourd'hui dissiper à tout prix si nous voulons qu'enfin la race retrouve ses traditions de vigueur physique et morale.

G. L.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 7 novembre 1941 Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.508 AGUESSE Henri, Bourgneuf-en-Retz (Loire-Inférieure). Ordre des médecins.
14.509 AUGÉ Paul, Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales). Ordre des médecins.
14.510 AUSSILLOUX Jean, Clinique Saint-Joseph, 2, rue Emile-Zola, Carcassonne (Aude). Ordre des médecins.
14.511 BARBANNEAU Louis, Pouzauges (Vendée). Prévoyance médicale.
14.512 BOY, Mme Renée, 7, rue Gresset, Nevers (Nièvre). Ordre des médecins.
14.513 CARPIER Jean, rue des Degrés, Quintin (Côtes-du-Nord). Ordre des médecins.
14.514 CAUVEZ Jean, rue Nationale, Saultain (Nord) Ordre des médecins.
14.515 CHEVREUL Pierre, 8, rue du Fort, Mamers (Sarthe). Ordre des médecins.
14.516 DE FORNEL Yves, 216, rue Emile-Combes, Bordeaux (Gironde). Docteur André Goumain.
14.517 DELCROIX André, 16, rue de l'Eglise, Saint-Amand (Nord). Docteurs Rachez et Meurin.
14.518 DOGUÉ Jude, Beaumesnil (Eure). Ordre des médecins.
14.519 DUCHATEL Jean, 2, rue des Vignes, Saint-Cloud (Seine-et-Oise). Ordre des médecins.
14.520 DUGRENOT (Henri), Fleury-sur-Andelle (Eure). Docteur Petitot, père et fils.
14.521 DUQUENNE Gilbert, 51, rue A.-Briand, Albert (Somme). Ordre des médecins.

14.522 Gavault Marcel, 20, rue d'Antibes, Cannes (Alpes-Maritimes). Docteurs Faure et Rey.
14.523 Goulesque Jean, 5, rue Félix-Faure, Cannes (Alpes-Maritimes). Docteurs Carlotti et Bourgeois-Gavardin.
14.524 Grumbach Paul, Le Péage (Isère). Docteurs Trenel et Camille Grumbach.
14.525 Jullien Michel, rue de Mortain, Barenton (Manche). Ordre des médecins.
14.526 Koutseff André, 48, rue Victor-Clappier, Toulon (Var). Docteurs Pierre Kagi et Maurice Agopian-Girard.
14.527 Lansoy Geneviève, rue du Lion-d'Or, Ferri res-en-Gâtinais (Loiret). Ordre des médecins.
14.528 Ledoux André, 9, rue d'Anvers, Besançon (Doubs). Ordre des médecins.
14.529 Le Jemble de la Hussaire, 4, rue Lamblardie, Paris (XIIe). Docteurs Benoist et Vincent.
14.530 Marcille Mme Sabine, 131, boul. Brune, Paris (XIVe). Ordre des médecins.
14.531 Maton Maurice, 6, rue du Helder, Biarritz (Basses-Pyrénées). Docteurs Leroy et Mallet.
14.532 Maugery Gilbert, Chaumergy (Jura). Ordre des médecins.
14.553 Meline Jean, 12, rue Garibaldi, Saint-Ouen (Seine). Ordre des mé ecins.
14.534 Minot Louis, 67, boul. Victor-Hugo, Nantes (Loire-Inférieure). Docteurs Le Seac'h et Groleau.
14.535 Morel Victor, Saint-Léon (Allier). Ordre des médecins.
14.536 Opier Louis, 18, rue Antoine-Marty, Carcassonne (Aude). Docteurs Girou et Gally.
14.538 Pujos Jean, Gondrin (Gers). Docteurs Vincent et Bentijac.
14.539 Royer Jean, Liernais (Côte-d'Or.) Ordre des médecins.
14.540 Servieres Henri, 22, rue Carnot, Aïn-Témouchent (Oran). Syndicat départemental des médecins (Oran).
14.541 Sibel Maurice, 24, rue d'Avignon, Nîmes (Gard). Société de médecine de Nîmes.
14.542 Soum Pierre, 15, rue de la Mairie, Carcassonne (Aude). Ordre des médecins.
14.543 Tremble Jacques, Hornoy (Somme). Ordre des médecins.

Ces admissions ne deviendront définitives que s'il ne survient aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Cependant, les adhérents qui ne font partie d'aucune association médicale régulièrement c nstituée ou ne sont pas présentés par deux parrains, eux-mêmes membres de la Ligue, ne seront admis définitivement que lorsqu'ils auront justifié de leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins.

***

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois, il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une Circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

Voir la suite page LI-2067



PROPOS DU JOUR

LE MIEUX PEUT ÊTRE L'ENNEMI DU BIEN. LA FRÉNÉSIE SPORTIVE

MONTAIGNE a écrit dans ses *Essais* : « Ne soyez pas plus sages qu'il ne faut, mais soyez « sobrement sages » (1). Et la Sagesse des Nations a depuis longtemps exprimé la même pensée en affirmant que l'excès en tout était un défaut.

La France, pays de la méthode et de la mesure, devrait être à l'abri de l'exagération ; il n'en est malheureusement rien. Proclame-t-on le retour à la terre, qui est pour le pays une nécessité urgente ? Aussitôt une foule de citadins, pris d'un beau zèle, s'improvisent cultivateurs. Leur incompétence, jointe à leur inaptitude physique, ne tarde pas à leur donner de tristes désillusions.

Nous avons été témoin de la déconvenue d'une famille de braves gens à laquelle on avait confié une métairie abandonnée, et que l'Etat avait pourvue des avances nécessaires pour se procurer le cheptel et ce qui était indispensable pour mener à bien une exploitation agricole. Au bout d'un an, malgré une bonne volonté indéniable et un labeur tenace, elle avait dû abandonner cette ferme qui naguère était d'un bonrapport.

Nous, médecins, plus que personne, nous connaissons les engouements qui mettent certains médicaments, certaines thérapeutiques à la mode.

La mode règne partout en médecine et en hygiène comme ailleurs. Les sports nous en fournissent un exemple pertinent.

On a raison de proclamer la nécessité de l'éducation physique et de donner une place importante à la pratique de la gymnastique dans nos écoles. Mais là, surtout on a largement dépassé la mesure. La gymnastique est devenue un jeu, ce que nous ne saurions blâmer, mais ces jeux, devenus *sports* sous l'influence anglo-saxonne, ont dégénéré en manie. Les sports auraient une action bienfaisante, si les jeunes gens qui les pratiquent, savaient en user avec modération. Mais l'amour-propre, puis l'intérêt sont intervenus dans l'affaire ; les sports ont donné lieu au développement de la compétition et à la chasse aux records. Cette poursuite, d'abord simple émulation, n'a pas tardé à dégénérer en une industrie spectaculaire ; de sorte que nous voyons à l'heure actuelle tous les quotidiens consacrer plusieurs colonnes aux sports et à la dispute des records. C'est au point de vue moral très fâcheux, car les sports deviennent, comme les courses de chevaux, une occasion de paris et de jeux qu'on ne saurait limiter.

En outre la manie des sports, quand elle dépasse des limites raisonnables, cause un danger pour la santé.

Cette question du danger pour la santé que peut provoquer la manie des sports, a été étudiée tout particulièrement par M. Auguste LUMIÈRE, l'éminent biologiste lyonnais, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine, dans un intéressant mémoire intitulé : *La frénésie sportive et l'usure du cœur.*

M. Auguste LUMIÈRE commence par donner l'opinion de médecins praticiens qui, dans une Assemblée générale ont tous condamné la frénésie sportive. Le Docteur GODLEWSKI, le promoteur de cette Assemblée générale, a conclu que l'éducation physique, dont il est un chaud partisan, doit être surveillée et dosée. Les exercices de force et les compétitions doivent plus spécialement être surveillés et le rugby ne devrait pas être autorisé aux jeunes gens de moins de 20 ans.

Le Professeur CASTAIGNE énumère trois périls de la frénésie sportive :

1° Un danger physique, le surmenage ;

2° Un danger social, l'industrie spectaculaire ;

3° Un danger moral, l'adulation des vedettes, le mépris du travail.

Le développement de la compétition, la poursuite des records sont suivis ordinairement d'une exagération de la vanité et de l'exacerbation du cabotinage. La Presse les favorise fâcheusement en leur donnant une publicité exagérée.

Mais M. Auguste LUMIERE ne se borne pas à ces considérations générales ; il étudie en clinicien les conséquences du surmenage cardiaque, résultant des sports. Ces conséquences peuvent être tardives et ne se manifester gravement que dix, vingt et même trente ans après les excès. Elle consistent en une sénilité prématurée du cœur, en usure, en insuffisance.

Les Docteurs DELAIGUE et LÉONET, de Lyon, chargés de l'examen des candidats pilotes de l'aviation populaire, ont constaté que les inaptes étaient tous des sportifs, atteints d'hypertrophie cardiaque et d'hypertension.

Les statistiques des villes de Paris et de Lyon constatent une augmentation accentuée et pro-

(1) *Essais*, liv. I, Ch. XXX.

◆◆

gressive des décès d'origine cardiaque depuis 1887, c'est-à-dire depuis l'époque où les sports sont devenus à la mode, mode qui, à l'heure actuelle, est une manie, qui mérite le nom de frénésie sportive que lui a donné M. Auguste Lumière.

Conclusion : L'éducation physique et les sports doivent être médicalement surveillés comme l'a conseillé le Docteur Jean Maronneau, de La Rochelle-Pallice, président de la Commission médicale de la Fédération de natation, dans un article paru dans ce journal.

On doit condamner les pratiques de compétition et la poursuite des records et suivre le précepte de l'*Ecclésiaste* qui affirme que « l'homme patient vaut mieux que le présomptueux ».

L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE

La nouvelle organisation de la médecine en France par la création de l'Ordre des médecins nous incite à examiner comment l'exercice de notre profession fonctionne autour de nous. M. H. de Bonnechose, dans le numéro du 1er septembre 1941 de la *Revue des Deux Mondes*, a publié un intéressant article intitulé : *La législation et l'Ordre des médecins* : il fait un exposé précis de l'organisation de la médecine en Allemagne que nous croyons intéressant de faire connaître à nos lecteurs.

La loi du 13 décembre 1936 réglemente l'exercice de la médecine dans le Reich allemand. Elle institue d'abord à la tête la *Chambre des médecins du Reich* dont le chef, le *Leiter*, est nommé par le Fuhrer-Chancelier sur la proposition du ministre de l'Intérieur. Le Leiter avec l'approbation du Ministre peut s'adjoindre un suppléant.

La Chambre des médecins du Reich est composée de membres choisis par le Leiter. En font en outre partie de droit l'adjoint suppléant permanent de l'Association des médecins des Caisses d'assurances d'Allemagne (1), un représentant de chaque Chambre divisionnaire des médecins, un médecin fonctionnaire suppléant permanent de ce dernier.

Tous les médecins du Reich sont soumis à l'autorité de la Chambre des médecins et ses prescriptions sont obligatoires pour eux. Leur non exécution entraîne une amende qui peut atteindre 1.000 reichsmarks.

La Chambre divisionnaire est composée d'un Leiter, d'un représentant de chaque Association et de chaque Faculté de médecine dont le siège est dans son ressort, d'un médecin fonctionnaire et de son suppléant. Tous les médecins doivent faire partie de l'Association médicale de leur district et faire pour cela une déclaration qui est transmise à la Chambre divisionnaire, puis à la Chambre des médecins du Reich et à l'Office d'hygiène du Reich.

Les buts des Chambres des médecins sont : 1° Maintenir le niveau moral et scientifique du Corps médical ; 2° Veiller au maintien de l'honneur et au respect des devoirs professionnels ; 3° Aider à la formation des médecins, travailler à leur perfectionnement ; 4° Assurer les bons rapports des médecins entre eux ; 5° Répartir sur le territoire du Reich, les médecins dans l'intérêt de la population et celui du Corps médical : certains médecins ne peuvent s'installer dans les localités déterminées qu'avec l'autorisation de la Chambre.

Chaque Association de district doit constituer une *Commission permanente d'arbitrage* pour concilier les conflits entre médecins et les conflits entre médecins et les tiers, si toutefois ces derniers acceptent. Le Leiter de la Chambre divisionnaire peut en cas de contestation jouer le rôle de surarbitre. Les Chambres divisionnaires et la Chambre des médecins du Reich peuvent aussi créer des Commissions d'arbitrage. Les Chambres peuvent juger les manquements professionnels et appliquer les sanctions suivantes :

1° Avertissement ; 2° Réprimande ; 3° Amende qui peut atteindre 10.000 reichsmarks ; 4° Interdiction d'exercer toute fonction de médecin traitant dans une institution sanitaire publique ; 5° Sanction d'indignité professionnelle médicale.

A partir de 1.000 Reichsmarks d'amende et pour les sanctions 4° et 5°, les peines doivent être prononcées par le *tribunal médical professionnel* qui existe dans chaque ressort de Chambre divisionnaire.

Le Tribunal médical professionnel est composé d'un Président qui est un magistrat et de deux assesseurs médecins.

On peut interjeter appel devant la *Cour de Justice médicale* qui fonctionne pour tout le Reich et qui se compose d'un Président, qui est un Magistrat, d'un assesseur juridique et de trois assesseurs médecins. Les membres des tribunaux et de la Cour de justice sont nommés pour cinq ans.

Telle est l'organisation médicale de l'Allemagne ; il est intéressant de la comparer avec l'organisation de l'Ordre des médecins en France.

J. Noir.

(1) Notons que 95 % des praticiens allemands font partie de cette Association.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES PHLÉBITES AIGUES POST-OPÉRATOIRES : L'INFILTRATION DU SYMPATHIQUE LOMBAIRE

Par J. DE FOURMESTRAUX

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres

« *S'il était possible de situer son siège exact, l'ablation du caillot et la résection du tronc veineux intéressé serait le traitement logique de la thrombose, constituée par une agglutination de plaquettes au contact d'un endothélium lésé, se traduisant par une phlébite aiguë. Le trouble fonctionnel provoqué par le veino et l'artério-spasme et ses conséquences pénibles l'œdème et la douleur, est très amélioré par les infiltrations sympathiques* ».

Les phlébites post-opératoires restent la hantise du chirurgien. Dans les conditions techniques les meilleures, après une intervention bien réglée, en un milieu aseptique théoriquement parfait, à l'improviste, surgit un rude cahot dans la route droite qui conduisait à la guérison. Alors que la température était restée normale ou n'avait accusé qu'une légère ascension, vers le dixième jour apparaît une douleur aiguë dans le mollet et le long des vaisseaux, que suit rapidement un œdème marqué du membre et une réaction thermique. Une phlébite va évoluer, dont nous ignorons l'origine, ne pouvant préciser la gravité, ni prévoir la durée.

Cette appendicite dite à froid, ce fibrome opéré sans incidents avec une consolidation pariétale évidente, du fait de la complication veineuse imprévue, vont condamner à un séjour au lit une malade, dont le départ n'était plus qu'une question de quelques jours. A côté de cela, une hystérectomie pénible, une suppuration pelvienne, ou de larges décollements périvasculaires permettaient les pires craintes, consolide simplement.

En relevant nos observations de ces vingt dernières années, nous avons été frappé du fait que bien rarement une phlébite post-opératoire suivait une colpo-hystérectomie élargie avec drainage prolongé, tandis que trop souvent elle avait été la complication pénible des banales interventions de chaque jour. Ces faits sont bien connus des chirurgiens, qui recherchent la cause de leurs échecs, plus riches en renseignements utiles que leurs gestes heureux.

Loi du jeu, loi du hasard. Ceci n'est pas une explication valable.

Il est étrange de constater que les phlébites surviennent par série. On a parlé de grippe, d'infection opératoire minime, on a incriminé le catgut, accusé le malade d'être un porteur de germes et d'avoir dissimulé au chirurgien que son intestin recélait une abondance extrême de colibacilles ; syndrome entéro-vasculaire donnant à notre ignorance du fait crucial la consolidation verbale d'une réponse plausible en un verbe harmonieux. Tout ceci est possible, rien n'est moins certain. Et puis, grippe, infection larvée, méfaits du coli-bacille polyvalent vont-ils nous expliquer la prédominance des phlébites à gauche, leur localisation aux membres inférieurs, leur plus grande fréquence chez la femme, leur apparition enfin, survenant suivant un cycle horaire assez précis ? En réalité, le problème reste entier, et avec lui le libre jeu des hypothèses. Nous envisagerons celles qui paraissent les plus vraisemblables.

***

Faut-il, en présence d'une phlébite aiguë post-opératoire garder une prudente expectative et conseiller seulement sous couvert de la crainte de la fragmentation du caillot et d'une embolie éventuelle, une stricte immobilisation avec ou sans gouttière ? Eviter l'équinisme et attendre quarante jours ne nous apparaît pas comme une solution élégante. Expectative armée, ou plutôt désarmée ; solution de prudence que cache mal notre impuissance et le désir d'éviter une apparence de responsabilité. Une thérapeutique plus active est logique ; mais il faut bien avouer que le nombre même des traitements proposés indique assez leur valeur relative.

Il y a quelques années, Termier (1) conseillait l'application locale et répétée de sangsues sur le membre atteint. Les hirudinées, chères à Broussais qui ignorait l'hirudine, connurent un regain de la faveur qu'elles avaient perdue dans le même temps que disparaissait le père de la médecine dite physiologique. Quelques chirurgiens auraient obtenu en suivant cette méthode des résultats satisfaisants. Il est certain que l'action des sangsues n'est pas inopérante contre l'élément douleur ; mais nous ne pensons pas que l'hémophilie transitoire (Termier) qu'elle réalise, puisse jouer un rôle efficient sur la constitution du caillot et les lésions pariétales. Nous avons à diverses reprises appliqué sans enthousiasme cette thérapeutique officinale sans constater de modifications sensibles ni de la formule sanguine, ni de celui du temps de saignement ou de coagulation. Sans penser que ce procédé puisse, comme on l'a dit, être le facteur initial d'une embolie, il faut bien reconnaître que son action paraît assez peu efficace.

On ne peut esquisser une thérapeutique utile sans préciser les données d'apparence élémentaires qui règlent le transit du sang veineux et les modifications que leur apporte l'acte opératoire. Le schéma classique de la circulation de retour en sa claire simplicité ne saurait être considéré comme entièrement exact. Les conceptions purement hydrauliques et la vis a tergo réglant le périple veineux sont quelque peu périmées. Les recherches de Starling, de Baglin, les travaux de Villaret et de ses élèves montrent une véritable autonomie de la circulation de retour. Nous avons toujours été frappés par ce fait qu'au cours d'une intervention, à l'éponge veineuse splanchnique correspondait presque toujours une vacuité relative des gros troncs veineux. L'anesthésie, la position inclinée, changent du tout au tout les conditions physiologiques normales. Et voici qu'Havlicek (2) met en évidence, le développement parfois considérable des anastomoses porte-caves, riches en veines avalvulées dans les zones coliques et duodénales où existe un accolement pariétal. Ne peut-on en déduire alors que le sang porte chargé des produits toxiques, phénol, indol, scatol, etc., déclanche toute une série de troubles sévères. Le caillot formé, dit Havlicek, dans une veine périphérique, est entraîné du système porte dans le système cave, la modification pathologique de l'endothélium veineux secondaire. Ces notions nouvelles sont tout à fait intéressantes, mais ne sauraient résoudre entièrement le problème.

Quelle que soit l'origine première des accidents, le fait élémentaire est que le système veineux ne peut remplir son rôle physiologique et le sang suivre sa progression habituelle, sans qu'il y ait à la fois intégrité de la lumière et intégrité de la paroi vasculaire. Il est difficile d'établir de façon absolue quel rôle respectif jouent la lésion endothéliale et le caillot, qui oblitère la lumière vasculaire. Ce serait, avec l'appui de quelques données expérimentales nouvelles, reprendre les vieilles querelles de Cruveilhier, de Virchow et d'Alphonse Guérin, discutant à l'infini sur les conceptions initiales de Hunter.

Les altérations pariétales semblent à la vérité jouer le rôle principal dans la genèse des accidents. Si nous envisageons le plus évident de ceux-ci, l'œdème, on ne peut le considérer comme un simple phénomène de stase, mais comme un élément résultant à la fois des altérations veineuses pariétales et des troubles vasomoteurs qui en résultent (1).

Dans sa genèse première, la phlébite, maladie d'apparence localisée survenant aux heures où s'ébauche la consolidation opératoire est une thrombose constituée par une agglutination de plaquettes au contact d'un endothélium lésé. Si nous réservons l'hypothèse vraisemblable de l'issue de sang porte dans le système cave, on peut admettre que les lésions initiales peuvent être attribuées à deux causes : un facteur infection ou une altération humorale d'origine protéinique. Les deux concepts sont valables et ne s'opposent pas de façon absolue.

Il est certain que le jour où nous constatons, généralement à la fin de la première décade post-opératoire, les symptômes d'une phlébite aiguë, ils sont le test d'une coagulation en aval de l'obstacle, mais que l'altération humorale a commencé très tôt, peut-être même aux premières heures qui ont suivi l'intervention et ne constituant alors qu'un des échelons évolutifs de la maladie opératoire. Il est bien difficile de déceler l'existence des accidents pré-oblitérants à l'heure où le trouble fonctionnel précède sans doute la lésion organiquement constituée. La hausse de la température, l'accélération du pouls, l'épreuve d'Aldrich, Mac Clure (2), (durée de la résorption d'une boule d'œdème intradermique n'ont qu'une valeur relative. En dehors de l'étendue de la coagulation, deux facteurs donnent un aspect très spécial à l'évolution des accidents : le veinospasme et l'artério-

(1) TERMIER. — Du traitement abortif des phlébites chirurgicales et obstétricales par l'hirudinisation. *C. R.* du Congrès de Chirurgie, octobre 1935, p. 435.

(2) HANS HAVLICEK. Les nouvelles connaissances sur la circulation de la veine porte et leur importance en chirurgie. (*C. R. du Congrès Français de Chirurgie*, p. 166, 1935).

(1) LERICHE et KUNLIN. Recherches expérimentales sur les œdèmes chirurgicaux des membres d'origine phlébitique. *Journal de Chirurgie*, 1931, page 481.

(2) DUCUING et GUILHEM. *Congrès Français de Chirurgie*, 1935, p. 339.

spasme, et ces données qu'a évoqué Leriche sont fécondes en déductions thérapeutiques tangibles (1).

Si nous savions l'étendue et le siège exact de la coagulation, le traitement chirurgical serait indiqué. L'exérèse du caillot et de la veine entre deux ligatures devrait donner un résultat rapidement excellent. Si la thrombose conditionne le spasme artériel et veineux, la suppression du caillot doit supprimer ceux-ci et leurs fâcheuses conséquences. En pratique, il est à peu près impossible de faire cliniquement une localisation exacte. La phlébographie réalisée par les chirurgiens portugais avec Joa Dos Santos (2) paraît susceptible de donner des précisions utiles. Il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle, cette méthode présente des difficultés réelles. Nous avons, pour notre part, eu des résultats médiocres dans nos tentatives de phlébographie indirecte (voie artérielle-thorostrat). Faute de technique sans doute.

Sans phlébographie, Leriche intervenant là où il pensait, en se basant sur les seules données cliniques, trouver le caillot, a échoué dans plusieurs cas. Ses malades furent améliorées cependant par la simple résection veineuse. Contiadès (3) fait l'ablation de l'iliaque externe dans une phlébite aiguë, mais ne peut atteindre les extrémités proximales ou distales de la coagulation sanguine. Son opéré. Dans cette observation, l'examen histologique de Delarue montre des altérations veineuses importantes surtout au niveau de l'adventice, par conséquent atteinte sympathique évidente.

Le seul argument contre l'intervention active est, qu'en partant du même principe (la résection veineuse déterminant une sympathicectomie par exérèse), l'infiltration sympathique large peu opérante sans doute sur le caillot, permet d'agir contre l'artério et le veino-spasme. Action qui est parfois puissante et immédiate. Il est difficile de ne pas établir une relation de cause à effet, entre l'intensité de ceux-ci et l'acuité des douleurs. Dans une pratique étendue de cette méthode, nous avons eu des échecs. Nous n'avons jamais vu l'infiltration inopérante contre l'élément douleur, et ceci est déjà beaucoup.

Il nous semble que l'artério-spasme présente une particulière fréquence, non seulement dans les phlébites dites bleues que connaissaient bien les anciens cliniciens et sur lesquelles Grégoire et Wertheimer ont insisté, mais encore dans les phlébites d'apparence banale. Dans un cas récent, nous avons vu une phlébite sévère du membre inférieur très améliorée par une injection intra-artérielle de mercuro-chrome faite par notre collègue Maurice Fredet. Dans le même ordre d'idées, il y a quelques semaines, dans une phlébite aiguë où les phénomènes douloureux n'avaient que peu rétrocédé, après trois infiltrations lombaires, nous vîmes ceux-ci disparaître très vite après une injection intra-artérielle de novocaïne. Phlébite bleue sans cyanose évidente, artério-spasme évoluant en même temps que le veino-spasme ?

Du point de vue pratique, si nous laissons de côté les résections veineuses étendues qui seront peut être la vérité de demain, le seul traitement vraiment opérant paraît être l'infiltration du sympathique lombaire. C'est le grand mérite de Leriche et de son école d'avoir mis ceci en évidence.

Technique d'une extrême simplicité. Malade assis ou en latéro-position, aiguille à ponction lombaire (nous avons fait réaliser par Gentile, une aiguille fine avec repères gradués, elle est commode mais non indispensable (1). Repère apophyses épineuses, LIII de préférence, L II possible. Enfoncer la pointe de l'aiguille de deux travers de doigt de la ligne médiane, en direction du corps vertébral.

Contact avec le plan de la vertèbre, sur la face antéro-latérale ; injection de 20 centim. d'une solution de novocaïne à un pour deux cent. Incidents, on touche l'apophyse transverse, retirer l'aiguille. Passer au-dessus ou au-dessous. L'aorte ou la veine-cave. On s'aperçoit de la piqûre insignifiante en aspirant. Nous préférons injecter une solution plus importante 20 à 30 cm. à 1 pour cent, qu'une solution plus concentrée. Principes de l'anesthésie locale viscérale. Solution tiédie à 37°. Nous n'avons jamais observé d'incidents sévères. Généralement, le malade assure une sensation de chaleur dans le membre, quelquefois dans les deux membres inférieurs. Ici, pas de test comme le Cl. Bernard Horner, au niveau du stellaire. Parfois, mais pas toujours, hausse légère de la température : un demi degré. En revanche, modification de l'indice oscillométrique objectivement constaté à l'oscillomètre enregistreur. La cessation des douleurs est parfois très précoce dans les heures qui suivent le blocage sympathique.

Les résultats obtenus. — A la Clinique de Strasbourg, où elle fut appliquée pour la première fois, cette méthode a été employée dans de nombreux cas, avec des résultats en général

(1) Leriche. Considérations sur le traitement chirurgical de la phlébite du membre inférieur et ses séquelles éloignées. (*Journal international de chirurgie*, novembre 1938, p. 584).

(2) J. Cid Dos Santos. La phlébographie directe. (*Journal International de chirurgie*, p. 626, 1938).

(3) Contiadès. Phlébite post-opératoire. Résection précoce de la veine iliaque externe. *C. R. Association Française de chirurgie*, p. 341, 1935).

(1) De Fourmestraux. Indications et technique des infiltrations du sympathique. (*Concours Médical*, 19 mai 1940, p. 773).



heureux et sans incidents sévères. Dans un travail récent, Geisendorf (1) relate cinquante cas de phlébites d'origine gynécologique ou obstétricales, observées pour la plupart à la Maternité de Genève, qui furent très améliorés après deux à dix-huit infiltrations. Dans ce mémoire, Geisendorf rapporte un seul cas de mort par embolie et dans l'ensemble constate une disparition rapide des douleurs, une diminution de l'œdème, une chute de la température, et une consolidation dans un laps de temps inférieur aux six semaines classiques. Nous avons utilisé cette méthode dès la publication des travaux de Leriche, et avions constaté à Strasbourg l'excellence des résultats obtenus par l'action directe sur les relais ganglionnaires.

Considérant seulement nos observations de septembre 1940 à septembre 1941, M. Fredet et moi, dans les mêmes services, Hôtel-Dieu et Maison de Santé Saint-François de Chartres, avons dans l'année, opéré 1.200 malades. Technique identique, même stérilisation, même personnel, soins post- et pré-opératoires équivalents. En excluant les infarctus à terminaison rapidement tragiques (quatre morts par embolie ?), nous relevons, sans qu'il y ait eu apparence de lésions veineuses des membres, un nombre total de dix-sept phlébites, ce qui concorde avec les chiffres en général relevés.

Neuf cas après des interventions très simples : *appendicites, salpingites, fixations rénales*, cinq cas après hystérectomie non compliquée pour fibrome, trois après intervention gastro-intestinale. Aucun cas observé après suppuration pelvienne avec drainage.

Toutes ces phlébites furent localisées au membre inférieur, douze évoluèrent à gauche, quatre à droite, une phlébite double. Même traitement, ce qui donne à cette statistique, une certaine valeur. Repos sans gouttière, membre à plat, de deux à huit infiltrations lombaires. Nous avons retiré l'impression que toutes ces malades avaient recueilli de l'application de cette technique des résultats heureux, souvent excellents, parfois moins bons, jamais absolument négatifs.

Voici trois courtes observations sur lesquelles les autres peuvent être calquées :

Observation I. — *Salpingite droite, phlébite le dixième jour, infiltrations lombaires répétées, consolidation trèr rapide.*

Berthe L., femme de 31 ans, entrée en juin 1941 à la Clinique Saint-François. Syndrome iliaque et pelvien droit, douleurs lombaires, appendicite rétrocœcale pense son médecin. Diagnostic partiellement exact. Tests de laboratoire normaux, ni urée, ni glycémie — temps de coagulation non retardé — saignement non prolongé (Launay) — pas de modification de la formule sanguine.

Intervention. Ablation d'une salpingite droite, volume gros œuf, utérus fléchi, redressé, trompe et ovaire gauche conservés. L'appendice est rétrocœcal, plaqué et relié à la face postérieure du cœcum par des adhérences. Appendicectomie. Pas de drainage, aucun incident opératoire. Anesthésie éther.

Evolution normale pendant les premiers jours. Apyrexie complète au bout de 48 heures. Aucune accélération de pouls, 85.

Brusquement, le soir du dixième jour post-opératoire, douleur dans le mollet qui dure toute la nuit et est mal calmée par la morphine. Le lendemain, l'atteinte veineuse est évidente : douleur sur le trajet des vaisseaux, température à 39° et déjà léger œdème péri-malléolaire. Augmentation de volume du mollet deux cent. Infiltration 25 c. c. solution novocaïne à 1 pour 100. Cessation presque immédiate du syndrome douloureux. Le lendemain les douleurs sont beaucoup plus discrètes, mais l'œdème du membre a augmenté. Température 38, pouls 100.

Nouvelle infiltration. Sensation de chaleur dans la jambe. Indice oscillométrique légèrement supérieur à celui du côté sain. Au bout de quatre jours, disparition complète du syndrome douloureux, et plus d'œdème ou œdème péri-malléolaire insignifiant. Au bout de vingt jours, la malade quitte la maison de santé avec les apparences d'une consolidation complète.

A côté de cette histoire clinique simple, de cette terminaison heureuse que nous avons observé rarement avec cette évolution rapide, quelques échecs ou une action paraissant assez atténuée.

Observation II. — *Fibrome volumineux. Hystérectomie. Phlébite gauche. Infiltration lombaire. Résultat médiocre. Disparition lente de l'œdème.*

Jeanne V., femme de 46 ans, ayant subi des séances itératives de radiothérapie, entre à l'Hôtel-Dieu de Chartres en octobre 1940. Etat général assez médiocre, ni glycosurie ni glycémie, hypertension légère avec gros cœur et 0,48 d'urée. B. W. négatif, saignement et coagulation de durée normale. Rien à noter sur les antécédents. La tumeur abdominale qui ne saigne pas obsède la malade par son volume. Troubles de compression, dysurie, constipation.

Après quelques hésitations et une semaine de repos, hystérectomie sub-totale facile. Consolidation qui semble devoir se faire sans incidents. Légère ascension thermique. La malade présente quelques douleurs dans la jambe gauche, mais n'attire pas l'attention sur ce sujet.

Après une courte absence, je la revois au quatorzième jour post-opératoire. A ce moment, l'atteinte veineuse est évidente, mais c'est une phlébite avec gros œdème et une plébite peu douloureuse.

Il est très probable qu'elle existe déjà depuis trois ou quatre jours quand je l'examine. Aspect de phlegmatia. Le doigt laisse un godet. Légère circulation veineuse périphérique. Douleurs provoquées le long des vaisseaux. spontanées très faibles Température 38°5. Rien dans les urines. Urée sang. 0,55.

Infiltration LIII 20 c. c. de novocaïne à 1 pour cent. Pas de réaction. La malade n'accuse pas de sensation de réchauffement, pas de modification oscillométrique.

Dans les jours qui suivent les douleurs ont pratiquement cessé mais l'œdème persiste et ne semble guère influencé par les six infiltrations qui lui sont faites de deux jours en deux jours.

(1) Geisendorf. Cinquante cas de phlébites traités par infiltration lombaire. (*Presse Médicale*, août 1941, p. 902).

En dernier terme, cette femme consolide, mais ne quitte le service que le cinquantième jour, tandis que lors de son départ persiste un œdème péri-vasculaire assez accentué. Nous avons eu l'occasion de l'examiner six mois plus tard. La marche est maintenant plus facile, mais elle garde une azotémie de 0,50 et présente de la dyspnée d'effort.

Cette observation paraît pouvoir être mise au passif de la méthode, mais nous devons reconnaître que les infiltrations n'ont été faites que quatre jours après le début des accidents chez une femme au système cardio-vasculaire et rénal déficient. Nous pensons que peut-être notre intervention aurait dû être plus active et que c'est là un cas où la recherche directe du caillot aurait sans doute été indiquée.

Observation III. — *Fibrome sous-muqueux. Hystérectomie subtotale. Phlébite gauche. Infiltration sympathique lombaire. Disparition d'abord rapide de la presque totalité de l'œdème, puis beaucoup plus lente. Consolidation complète au trentième jour.*

Cette observation nous paraît assez représentative de ce que l'on observe le plus souvent. Amélioration évidente, diminution de la durée de l'évolution de la phlébite sans arrêt brusque de celle-ci.

Femme obèse de 38 ans qui entre en janvier 1941 à l'Hôtel-Dieu de Chartres pour un fibrome sous-muqueux ayant déterminé des métrorragies et des ménorragies qui s'enchevêtrent de telle sorte que le malade présente depuis quelques mois un état lamentable. Malgré cela, les tests humoraux sont bons. Tension normale, urée à 0,35. Pas d'hyperglycémie. Coagulation et saignement dans les temps habituels.

Hystérectomie totale rapide et sans incidents. Pas de shock. Etat général qui paraît excellent. Quant au douzième jour, signes évident d'une phlébite gauche. Douleurs périvasculaires aiguës. Ascension thermique. Pouls à 110. Oscillations diminuées du côté atteint.

Une première infiltration de 20 c. c. de novocaïne à 1 pour cent amène une cessation rapide des douleurs, mais n'influence guère l'œdème, qui progresse les jours qui suivent pour atteindre sa plus grande extension le vingt-cinquième jour post-opératoire.

A ce moment, disparition assez rapide de celui-ci tandis que six infiltrations sont faites toutes les 48 heures.

La malade quitte le service le trentième jour avec les apparences complètes de la consolidation.

Ces trois observations nous paraissent résumer de façon assez exacte ce que nous avons observé, le plus généralement.

Dans quelques cas, le résultat immédiat est impressionnant, les douleurs cessent tandis que l'œdème disparaît. Il s'agit là de malades chez qui, les phénomènes d'artério- et de veino-spasme prédominent, tandis que leur rôle est plus important que celui du caillot. Ce sont peut-être aussi les cas, où la première infiltration bien faite a atteint le ganglion et largement imprégné de la solution de novocaïne... C'est pour éviter les ratés toujours possible que nous conseillons l'injection d'une quantité plus abondante de liquide qu'il n'est habituel de le faire. C'est pour cela aussi qu'il n'est pas illogique de lutter contre l'artério-spasme par la voie artérielle. Dans les cas moins favorables, où nous avons toujours vu cesser les douleurs, et parfois ne pas rétrocéder l'œdème, il est vraisemblable que la thrombose locale était déjà fort étendue. Hypothèse sans doute, mais qu'on ne saurait rejeter à première vue. C'est ici que l'abord direct du caillot nous paraît parfaitement indiqué, sous condition de pouvoir localiser son siège.

***

Existe-t-il un traitement prophylactique de la phlébite post-opératoire ? Il faudrait pour partir d'un terrain ferme pouvoir prévoir chez certains malades, la possibilité d'une atteinte veineuse. Les tests sont ici incertains. Nous sommes dans l'obligation d'opérer cette cardiaque ou cette variqueuse avec œdème vespéraux, l'intervention est urgente, commandée par accidents aigus. Nous l'entreprenons avec quelque anxiété, la consolidation est rapide et sans histoire. Ici, une cure radicale a été bien simple, une appendicectomie réalisée en un geste mécanique. Au bout de dix jours évolue une phlébite sévère. Non seulement, l'intégrité cardio-rénale était évidente, les tests humoraux normaux, le temps de saignement de coagulation se faisaient dans le cycle horaire habituel. De tels faits sont déconcertants.

La formule de Picot, qui pense qu'une coagulation trop rapide peut faire craindre une phlébite, une coagulation retardée, redouter une embolie, est d'une élégante simplicité. Nous ne la croyons pas exacte. Il est possible, comme le pense Grégoire, que l'augmentation du nombre des hématoblastes puisse faire redouter une complication veineuse. Il serait utile de poursuivre les recherches dans cette voie.

Il est certain que les examens de laboratoire avant l'intervention ont une valeur très réelle. Dans l'hypothèse d'une infection latente que vous fait redouter l'examen médical, s'abstenir d'opérer autant que possible en période de grippe ou dans la convalescence prolongée d'une affection aiguë. Les diverses vaccinations pré-opératoires, d'autre part, ne semblent pas avoir toujours donné ce qu'en attendait la foi agissante des précurseurs. Lutter médicalement contre le retard de la coagulation ; calcium, extraits de sangsues. Paschoud (1) rapporte les résultats heureux obtenus par l'héparine (Howels). Nous n'en avons pas l'expérience. Les irradiations pré-opératoires et opératoires (2), ondes courtes,

(1) H. Paschoud. Réflexions sur quelques nouveautés dans la prophylaxie des phlébites post-opératoires. (*Journal international de chirurgie*, 1938, p. 671).

(2) Bastien. *Thèse Paris*, 1934.

infra-rouges, ultra-violets, provoquent une hyperaction locale qui ne saurait être négligée.

Plus important nous paraît la réalisation des conditions mécaniques les meilleures, les moins offensantes au cours de l'acte opératoire, hémostase méticuleuse. Tout vaisseau qui saigne nécessite une ligature. Le minimum de pinces dans le champ opératoire, compresses et pinces ne doivent pas écraser les vaisseaux. Dans une place exsangue, pas d'attritions conjonctives inutiles. Tout ceci est banal. Acte opératoire aussi rapide que possible. Rapidité ne veut pas dire brusquerie, ni brutalité. Je pense que la chirurgie très lente et fort à la mode est une lourde erreur, qui dissimule souvent une technique fâcheuse. Il vaut mieux laisser un abdomen ouvert une demi-heure que deux heures.

La position inclinée, si commode pour le chirurgien, est fâcheuse pour le système circulatoire du malade.

Reste la question controversée du lever et de la mobilisation précoce.

Il est certain que l'on peut faire lever ses malades quelques heures après l'intervention. Nous l'avons fait, conseillé et écrit, il y a bien des années (1). Des accidents graves nous l'ont fait regretter et nous sommes tout à fait d'accord avec de Quervain (2) quand il déclarait avec son bon sens et l'expérience de sa large pratique « Que dire du moyen héroïque, sortir du lit des malades pour ainsi dire de force le lendemain d'une opération. Certes, il y a des cas où la prophylaxie de la pneumonie, plus encore que celle de l'embolie, engage à agir ainsi, mais la généralisation de ce principe a causé des déceptions. »

En dehors des opérés gastro-duodénaux qu'il faut faire lever très vite, la sagesse paraît indiquer d'attendre de quatorze à quinze jours pour une laparotomie, le dixième pour un rein ou appendicite. Question de solidité de la paroi. Mobilisation précoce, massage léger, gymnastique respiratoire dans le lit paraissent à la fois moins pénibles, moins dangereux et aussi efficaces pour favoriser la circulation veineuse dans le cycle normal.

Bien des inconnues demeurent encore, dans le problème étiologique et dans celui du traitement des phlébites post-opératoires. Il n'en est pas moins vrai que Leriche en partant de concepts physiologiques a orienté celui-ci de façon heureuse Jusqu'au jour où nous saurons localiser de façon exacte le siège du caillot et le supprimer , l'infiltration sympathique demeurera sans doute le traitement le plus efficace des phlébites post-opératoires.

(1) DE FOURMESTRAUX. *Le lever précoce des opérés. Congrès français de Chirurgie*, 1910.

(2) DE QUERVAIN. *Société de chirurgie Suisse*, 21 juin 1924.

DE L'ACTION TROPHIQUE D'UNE STELLECTOMIE SUR LE SYSTÈME PILEUX

M. DARGENT a rapporté à la Société de médecine et des Sciences médicales de Lyon, une curieuse observation d'effets éloignés d'une stellectomie sur la croissance du système pileux cranio-facial.

Le malade, blessé en 1915, pendant la grande guerre, accusait, dans le territoire du nerf cubital gauche, des troubles causalgiques très pénibles, pour lesquels l'auteur pratiqua en 1939 une stellectomie et une résection du deuxième ganglion dorsal. L'opération amenda les phénomènes causalgiques pendant trois mois, mais elle eut aussi une conséquence imprévue. Cet homme assiste depuis un an et demi à une prolifération anormale de sa moustache et de ses sourcils du côté opéré, en plus des phénomènes habituels au niveau de l'œil, de la pupille et des paupières. L'exubérance capillaire s'étend aux cheveux qui, à la région temporale gauche, arrivent à recouvrir l'oreille. Enfin, il est obligé de s'épiler la paupière supérieure gauche sur laquelle prolifèrent de longs poils entre cils et sourcils.

Cette action trophique de la stellectomie n'est pas nettement décrite. Elle mérite d'être signalée, néanmoins, d'autant que, d'après les données expérimentales d'Angelucci, elle paraîtrait plutôt se faire en sens inverse.

Pourrait-on trouver là une base thérapeutique contre les déficiences du système pileux ? Nous ne prétendons pas, dit M. Dargent, avoir trouvé un remède à certaines alopécies, mais il y a peut-être dans l'infiltration ou la résection du sympathique cervical un moyen à étudier dans des cas déterminés.

P. L.

UTILITÉ CLINIQUE DU DOSAGE DES HORMONES SEXUELLES CHEZ LA FEMME

Par Pierre LABIGNETTE,
Chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

Au cours de ces dix dernières années, les dosages hormonaux ont été faits en grand nombre et il n'est pas rare qu'il en soit question dans les revues médicales, les communications aux Sociétés savantes, et dans toutes les questions ayant plus particulièrement trait à la Gynécologie et à l'Obstétrique.

Sortis du domaine de la recherche de laboratoire pour entrer dans celui de la pratique, ces dosages peuvent donner à la clinique un certain nombre de renseignements utiles à la guider vers l'établissement d'un diagnostic plus précis. Nous allons les passer en revue et voir ce que l'on peut en attendre pratiquement. Mais, il est avant tout un point sur lequel il est nécessaire de faire une précision : c'est celui de la synonimie de certains termes employés pour désigner les hormones courantes. La variété des noms, donnés par les auteurs, crée parfois des confusions. C'est ainsi que folliculine et œstrodiol sont la même chose. De même, lutéine, progestérone, prégnandiol sont presque pratiquement synonimes, ainsi que les termes prolans et gonado-stimulines. Hormones œstrogènes est quelquefois employé pour désigner à la fois la folliculine et la lutéine.

Cela établi, on peut utilement doser la folliculine, le prégnandiol, les prolans ou gonado-stimulines placentaires A et B.

Nous n'indiquerons pas les formules, propriétés et actions physiologiques de ces hormones, notions qui ont été publiées déjà de nombreuses fois. Nous n'entrerons pas davantage dans la technique des dosages, ce qui sortirait du cadre essentiellement pratique de ce résumé.

I. — Dosages de la folliculine

La folliculine se dose soit dans le sang, soit dans l'urine. Les dosages de folliculine, ailleurs que dans ces deux liquides, font encore partie des études de laboratoire et ne sont pas encore utilisés d'une manière habituelle.

Avant d'indiquer les résultats que l'on peut obtenir en dosant la folliculine, indiquons les mesures dont on se sert pour les exprimer. On s'exprime en unités-rats, unités-souris, unités-lapines selon l'animal dont on s'est servi. L'unité-rat vaut dix unités-souris. De plus, les termes unité-souris et unité internationale représentent la même valeur.

Le mot unité internationale a pour représentation la lettre Y. Le Y représente donc, comme l'unité-souris, un millième de milligramme de folliculine. A l'heure actuelle, les difficultés que l'on a pour se procurer des lapines font perdre de l'importance pratique à l'unité-lapine.

1° *La folliculinémie.* — De nombreux dosages ont permis d'établir la variation de la folliculine au cours d'un cycle normal. Après la menstruation, la folliculinémie est diminuée (au-dessous de 25 U. S. par kilog).

Ultérieurement, la folliculinémie augmente progressivement pendant toute l'époque intermenstruelle, jusqu'à la veille de la menstruation. De plus, il existe chez la femme une phase, qui a lieu après le milieu du cycle, presqu'immédiatement après le moment de l'ovulation. Elle dure deux à trois jours. Pendant ce temps, la folliculinémie décroît brusquement dans une certaine proportion.

D'une manière générale, le taux de folliculine dans le sang est de :

25 U. R. ou 250 U. S., 21 jours avant les règles à venir.

50 U. R. ou 500 U. S., 14 jours avant les règles à venir.

50 et 100 U. R. ou 500 et 1.000 U. S., 7 jours avant les règles à venir.

2° *La folliculinurie.* — Les travaux effectués jusqu'à ce jour permettent d'établir deux types de courbes de la folliculinurie :

a) Le plus fréquent, que l'on rencontre dans 80 à 87 % des cas, est celui d'une courbe ayant deux maxima. Le premier maxima se produit au milieu du cycle menstruel. Il est suivi d'une diminution parfois brusque de la folliculinurie. Le second maxima est prémenstruel. Il est suivi de même d'une brusque diminution de la folliculinurie ;

b) Le second type de courbe, bien moins fréquent, en plus des deux maxima du précédent, en a encore une autre d'élimination dans la période menstruelle. Ce troisième maxima serait dû à la maturation incomplète d'un follicule errant.

D'une manière générale, le taux de la folliculine dans l'urine est de :

40 à 60 U. R. ou 400 à 600 U. S. au moment de l'ovulation, vers le milieu du cycle.

10 à 15 U. R. ou 100 à 150 U. S. au début et à la fin du cycle.

Pratiquement, les dosages de folliculine dans le sang et dans l'urine, au cours du cycle menstruel, permettent de déceler la valeur du fonctionnement glandulaire. Ils deviennent très utiles dans le traitement des aménorrhées, car ils permettent de vérifier l'intensité de la sécrétion folliculaire avant et pendant un traitement.



Des résultats fournis, on peut alors tirer des indications thérapeutiques plus précises pour les doses et la durée de la thérapeutique.

Au cours de la grossesse, cette hormone est normalement augmentée.

II. — Dosages de la lutéine

Le dosage du pregnandiol, forme d'excrétion de l'hormone lutéinique, permet d'avoir un témoignage précis de la présence d'un corps jaune actif. L'excrétion du pregnandiol débute 24 heures à 48 heures après l'ovulation. Si l'œuf n'est pas fécondé, l'élimination s'arrête un à trois jours avant les règles. Lors de la grossesse, le taux augmente, au contraire, et peut atteindre des chiffres importants. Ce dosage a donc bien aussi un intérêt pratique certain.

III. — Dosages des Prolans

On se rappelle que les Prolans sont des hormones gonado-stimulatines sécrétées par le placenta, au cours de la grossesse. Les Prolans sont au nombre de deux : le Prolan A et le Prolan B. La richesse en hormone gonado-stimuline est variable et dépend directement de la vitalité et de la richesse des éléments choriaux. Le dosage des Prolans rend les plus grands services dans de nombreux cas en obstétrique.

Au début de la gravidité, il y a apparition de Prolan B en quantité massive. La dose moyenne est de 5 à 30.000 U. S. par litre de sang. Les urines contiennent une quantité analogue de cette hormone. C'est cette augmentation massive de Prolan qui est la base des diverses réactions biologiques de la grossesse. Après être restée stationnaire pendant les premiers mois de la grossesse, la sécrétion de Prolan commence à diminuer vers le cinquième mois, mais ne descend jamais au-dessous de 5 à 6.000 unités par litre.

Le taux du Prolan dans le sérum sanguin s'élève chez les femmes vomisseuses. Cette hypersécrétion du Prolan serait le témoin d'une hyperactivité particulière du plasmode.

En dehors de la grossesse normale, le dosage du Prolan rend les plus grands services pour le diagnostic des grossesses extra-utérines. Il est très utile également dans l'étude et la surveillance des môles hydatiformes, car il permet de diagnostiquer précocement la transformation maligne en chorio-épithéliome. Dans les tumeurs testiculaires, on doit faire les titrages hormonaux dès le premier soupçon. Par contre, quel que soit le sexe du fœtus, les taux moyens d'hormones gonadotropes et de folliculine trouvés dans le sang maternel restent les mêmes. Pour le moment du moins, pas de diagnostic du sexe encore possible par ce moyen-là !

Le dosage du Prolan A n'a pas d'intérêt pour le diagnostic de la grossesse. Par contre, il est très important pour le diagnostic étiologique des troubles menstruels, lorsqu'on soupçonne, par exemple, un cancer génital. L'augmentation du Prolan A dans le sang est en faveur d'une néoplasie. Chez une femme atteinte d'aménorrhée, la constatation d'un excès de Prolan A indique que cette aménorrhée est due à une insuffisance ovarienne primitive.

Conclusion

Les dosages hormonaux rendent donc les plus grands services. Toutefois, comme l'ont fait remarquer M. Brindeau, H. et M. Hinglais dans leur rapport aux Journées médicales internationales de Paris, en 1937, ils sont d'une application délicate par le matériel animal et l'expérience pratique qu'ils exigent. Mieux vaut ne pas y recourir, si on n'a pas la certitude de les faire correctement.

BIBLIOGRAPHIE

Mlle M.-T. Régnier. — Les hormones sexuelles. Clinique et laboratoire, octobre 1941.

W. Bickenbach et H. Fromme. — Teneur du sang en hormones folliculaires dans l'éclampsie. *Klinische Wochenschrift*, C. 14, n° 14, 6-4-1935, pp. 496 et 497.

Merger. — Thèse Paris.

Michon, Lantuéjoul, H. et M. Hinglais. — A propos d'un cas de chorio-épithéliome malin et son diagnostic biologique. Société de Chirurgie, 23-10-35.

Béclère, Gibert et Hinglais. — Diagnostic biologique du cancer du testicule.

Pigeaud. — Recherche et dosage des hormones génitales dans le sang des femmes enceintes. Intérêt de la méthode en cas de môle hydatiforme. (Soc. nationale de médecine et des Sc. médicales de Lyon).

L. Mavromati. — Le syndrome intermenstruel. La phase interfolliculino-lutéinique intermenstruelle. *Gynécologie et Obstétrique*, 1941, tome 41, p. 110.

H. Simonnet et M. Robey. — Physiologique du corps jaune (gravidique et menstruel). *Gynécologie et Obstétrique*, 1939, tome 1, p. 5.

A. Durupt. — Le dosage de la folliculine chez la femme ; critique des résultats et étude d'un nouveau test. *Gynécologie et Obstétrique*, 1938, tome 37, p. 183.

Claude Béclère et Jean Mabileau. — Dosage dans le sang des hormones gonadotropes par le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. *Gynécologie et Obstétrique*, 1939, tome 28, p. 457.

Jean de Brux. — Troubles endocriniens de la ménopause. *Gazette des Hôpitaux*, 1941, n° 49.

Rivoire. — Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.

Brindeau et Hinglais. — III[e] Journées médicales internationales de Paris (26-30 juin 1937).

Brindeau, H. et M. Hinglais, Meyer. — Diagnostic précoce d'une complication maligne post-molaire par la méthode de la courbe hormonale de Brindeau-Hinglais. (Société de Biologie, 26 mai 1937).

Brindeau, M. et H. Hinglais. — Le prolan chez les femmes enceintes vomisseuses. (Société de Biologie, 30 janvier 1937).

H.-M. Hinglais. — Sexe du fœtus et titre hormonal du sang maternel. (So. de Biologie, 20-11-37).

Claude Béclère et Jean Mabileau. — Dosage dans le sang des hormones gonadotropes pour le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. (Gynécologie et obstétrique, 1939. Tome 28, p. 457).

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES FISSURES ANALES

par MM. les Docteurs J.-M. Auclair et Lucien Dermer

Le diagnostic de fissure anale étant posé, et toutes les autres affections de la région ano-rectale soigneusement éliminées, deux méthodes ont été proposées pour soulager et guérir le malade.

Une méthode médicale, ambulatoire, comprenant la haute fréquence, les injections sclérosantes et l'électro-coagulation, voire l'infiltration novocaïnique de la zone fissuraire.

Ces traitements ont un certain nombre de succès à leur actif, mais ne présentent aucune garantie de guérison.

Une méthode chirurgicale : la dilatation anale.

Ce procédé est radical, la cessation des douleurs est immédiate (par le fait même que le malade est constipé) et la cicatrisation assurée en trois à quatre semaines.

Cette méthode à trois inconvénients :

— L'anesthésie générale avec tous ses risques habituels, auxquels peut s'ajouter le risque de syncope mortelle au moment de la dilatation anale.

— La cicatrisation lente (trois à quatre semaines) de la zone cruentée assez importante qui se produit après la dilacération de la fissure. Il est habituel de protéger cette zone par une pommade ou des suppositoires au Collargol et de constiper l'opéré pendant quatre jours ; les premières selles sont souvent pénibles.

— Enfin malgré sa bénignité habituelle cette intervention comporte un séjour au lit de cinq à six jours.

Malgré ces inconvénients relatifs, la dilatation anale est le procédé de choix pour la cure radicale des fissures ; c'est celui que nous employons avec quelques modifications de technique qui le rendent pratiquement « ambulatoire ».

Ce résultat est obtenu en remplaçant l'anesthésie générale par l'anesthésie régionale et en associant à la dilatation anale l'électrocoagulation en nappe.

Voici notre technique opératoire :

Malade à jeun, purgé la veille.

Le matin de l'intervention, scopolamine-morphine trois quarts d'heure avant celle-ci.

Nous pratiquons alors l'anesthésie régionale par une injection épidurale de novocaïne. Cette anesthésie nous a toujours été fidèle ; elle a de grands avantages :

Elle supprime tous les inconvénients de l'anesthésie générale, tant au point de vue pulmonaire que cardiaque, et surtout elle évite la syncope réflexe mortelle.

— Elle donne un relâchement musculaire parfait du sphincter anal, que ne donne pas toujours l'anesthésie générale poussée (gémissements au moment de la dilatation).

Nous utilisons indifféremment deux solutions :

— L'une à 5 % dont nous injectons 8 c. c.

— L'autre à 4 % dont nous injectons 10 c. c.

(Notre préférence va toutefois à la novocaïne à 4 % qui ne nous a jamais donné d'ivresse cocaïnique).

Pour l'injection dans le canal sacré, nous utilisons une aiguille à ponction lombaire ordinaire. Nous ne voulons pas décrire ici la technique détaillée de cette injection qui n'offre aucune difficulté, mais indiquer un petit détail qui la facilite grandement.

Le malade étant agenouillé sur la table d'opération, le siège en l'air, le front sur la table, l'orifice sacré bien repéré par l'index de la main gauche, après désinfection soignée de la région, on introduit l'aiguille perpendiculairement à la peau pendant un demi-centimètre, puis on l'incline jusqu'à l'horizontale et l'on pousse en avant. Presque toujours au bout de 3 à 4 centimètres, l'aiguille bute sur la face postérieure du canal sacré. Nous couchons alors légèrement notre aiguille en la relevant vers le haut, puis nous lui faisons faire 180° et nous poussons en avant ; l'aiguille pénètre alors aisément jusqu'à 8 centimètres de profondeur.

Il ne nous reste plus qu'à pousser lentement l'injection. Celle-ci terminée, on met le malade en position gynécologique.

Il faut être patient avant de commencer la dilatation, l'anesthésie n'étant parfaite que 15 minutes après l'injection de novocaïne. (Nous utilisons également cette anesthésie pour les hémorroïdes et les fistules anales intra-sphinctériennes avec le même succès).

L'anesthésie obtenue, l'on pratique la dilatation avec le dilatateur classique de Trélat. Quand la dilatation est complète, et que nous avons bien repéré le siège de la fissure qui s'étale largement sous les yeux, nous remplaçons, pour des commodités de travail, le dilatateur par un spéculum vaginal à articulation de Collin de petit modèle. A ceci il y a deux avantages : tout d'abord le mode d'ouverture du spéculum est tel qu'il est plus largement ouvert à l'intérieur du rectum qu'au niveau de l'anus, ce qui le

rend auto-stable ; d'autre part, le peu de surface des valves de ce spéculum permet de voir largement la muqueuse, en gardant les deux mains libres après la mise en place correcte, et d'étaler sous les yeux toute la zone fissuraire.

Nous procédons alors à un nettoyage soigné de la zone dilacérée. Après asséchement nous pratiquons l'électro-coagulation en nappe mince de toute la zone fissuraire, en insistant surtout au niveau de ses bords. Cette coagulation est faite en bipolaire, une plaque conductrice ayant été préalablement posée sous le siège du malade, et sous très faible intensité avec contact prolongé, en employant l'électrode boule.

La zone coagulée est ensuite enduite d'une pommade au Collargol à 2 %.

Les suites opératoires sont extrêmement simples ; tout d'abord, le malade peut au bout d'une demi-heure à une heure être transporté chez lui, où il retrouve ses habitudes normales, restant au lit 24 à 48 heures en tout. L'administration de laxatifs pendant toute la première semaine permet d'obtenir des selles pratiquement liquides et la plupart du temps indolores, même le lendemain de l'intervention. Ce fait est dû à la protection de la zone dilacérée par l'escarre d'électro-coagulation, à l'abri de laquelle se fait la cicatrisation. Nous prescrivons (sans que cela soit indispensable) l'introduction quotidienne, pendant la première semaine, d'un suppositoire au Collargol tous les soirs.

Dès le huitième jour, l'examen à l'anuscope montre une petite escarre d'élimination au *niveau de la coagulation ;* vers le quinzième jour, l'aspect régulier des plis anaux est entièrement reconstitué.

Les deux seuls incidents que nous ayons notés ont été une ivresse cocaïnique, une fois légère, une fois plus marquée (avec la solution à 5 % de novocaïne), qui ont parfaitement cédé à une injection extemporanée d'une ampoule de 20 centigrammes de caféine sous-cutanée, que nous faisons maintenant systématiquement après la fin de l'intervention et dans les heures qui suivent.

Parfois le malade n'urine pas pendant les premières 24 heures. Ce phénomène est dû à un spasme du sphincter uréthro-vésical et il n'y a qu'à faire un sondage. Si la rétention persiste, pour éviter un nouveau sondage nous pratiquons une injection sous-cutanée de 1 c. c. de chlorhydrate de Pilocarpine.

Nous utilisons cette méthode depuis près de trois ans actuellement. Vingt-huit fissures ont été ainsi traitées sans aucun incident sérieux et surtout sans aucune récidive. Il est possible enfin, sans que nous puissions ou voulions affirmer ce point, que l'injection de novocaïne dans la région épidurale ait une action inhibitrice qui favorise, pendant un certain temps, la disparition de la contracture en rompant l'axe douloureux réflexe. Cet élément n'est peut être pas négligeable dans les résultats que nous avons enregistrés.

Nous ne prétendons apporter rien de très nouveau sur le traitement des fissures anales ; nous tenions cependant à dire que cette technique nous permet, tout en conservant les résultats constants et définitifs de la dilatation anale, de minimiser les suites de cette intervention et de la faire rentrer dans le cadre des « *traitements ambulatoires* » pour le grand bénéfice des malades atteints de cette affection pénible entre toutes.

HYPOVITAMINOSES ASSOCIÉES

Dans le domaine expérimental, on observe, ou plutôt on réalise des avitaminoses pures, totales.

Dans le domaine clinique, ces avitaminoses totales se rencontrent quelquefois également, lorsque les conditions sont analogues (alimentation de conserve des navigateurs, carence d'une vitamine déterminée dans l'alimentation). Certes, on peut voir, aujourd'hui, dérivant des difficultés actuelles d'approvisionnement, des avitaminoses isolées, plus ou moins typiques. Mais, comme le conclut le Professeur R. FABRE, dans une communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, ce que l'on trouve le plus couramment en clinique — avec le régime alimentaire présent, en particulier — ce sont des hypovitaminoses, souvent multiples et associées. Ces hypovitaminoses créent, entre autres conséquences, une diminution de la résistance générale du sujet. L'organisme devient ainsi plus réceptif vis-à-vis des infections, des maladies infectieuses.

P. L.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOÛT DU JOUR



Le traitement actuel des fractures supra-condyliennes de l'humérus

D'après le Professeur J. LEVEUF (1)

CE QU'IL FAUT CONNAITRE DE LEURS COMPLICATIONS ÉVENTUELLES

Les fractures supra-condyliennes de l'humérus, le plus souvent observées chez l'enfant, sont susceptibles de présenter des complications particulièrement graves. Mais, certaines de ces dernières peuvent être évitées par un traitement bien conduit. C'est pourquoi celles-ci doivent être bien connues du praticien, lorsqu'il se voit en mesure de traiter lui-même la fracture. Un examen préalable et bien fait du blessé est obligatoire, car la responsabilité du médecin traitant ne manquera pas d'être recherchée, s'il se produit dans la suite une impotence fonctionnelle grave du membre.

Dans les fractures du type courant, dites « par extension », le fragment supérieur de l'humérus passe en avant du fragment inférieur. Perforant le muscle brachial antérieur, il vient menacer et souvent même blesser le paquet vasculo-nerveux du pli du coude : artère humérale et nerf médian. Plus rarement, ce sont les nerfs radial ou cubital, qui sont lésés au moment du traumatisme. *Avant* d'entreprendre une manœuvre quelconque de réduction, chez un enfant atteint de cette variété de fracture, il faut donc *examiner soigneusement le système vasculaire et les territoires nerveux* pour bien s'assurer de l'intégrité des vaisseaux et des nerfs.

Une précaution souvent négligée, c'est la recherche des signes de contusion de l'artère humérale : celle-ci se traduit par la pâleur et le refroidissement de la main correspondante, mais surtout par la disparition du pouls radial et des oscillations prises avec l'appareil de Pachon. Dans certains cas favorables, l'interruption de la circulation artérielle n'entraîne aucun trouble sérieux ; les collatérales rétablissent facilement les courants d'apport du sang et tout rentre dans l'ordre. Le pouls radial reparaît au bout de quelques jours ; les oscillations artérielles restent diminuées ou abolies un peu plus longtemps. Mais parfois la situation est plus grave ; il existe de sérieuses lésions nerveuses et musculaires, qui sont consécutives à un réflexe générateur d'ischémie dans le domaine de la circulation capillaire de l'avant-bras et de la main.

Les lésions nerveuses peuvent porter sur les trois nerfs de l'avant-bras ; en général, elles se limitent au médian et au cubital. On observe alors des anesthésies plus ou moins étendues, et des paralysies motrices, dont l'importance est variable suivant les cas. Quand la paralysie a frappé tout le domaine de ces nerfs à l'avant-bras et à la main, le diagnostic est facile. Le plus souvent, elle n'intéresse que le territoire terminal du nerf cubital (muscles interosseux et muscles thénariens) ; quelquefois même, elle n'atteint qu'une partie seulement de l'innervation du médian, muscles fléchisseurs du pouce et de l'index en particulier.

Un point particulier mérite toute l'attention. Si, au début, la main impotente ne présente aucune attitude caractéristique, plus tard (20 à 30 jours environ), les doigts se fléchissent en crochet ; cette *griffe de la main* reproduit l'attitude bien connue de la paralysie du cubital, associée dans certains cas à celle du médian. Mais ici s'ajoute un phénomène nouveau : la griffe est devenue irréductible par suite de la rétraction secondaire et tardive des muscles fléchisseurs ; cette complication aurait pu être prévue et *signalée* par le médecin, s'il avait reconnu les troubles circulatoires et les lésions nerveuses consécutives graves au cours d'un examen systématique, fait *aussitôt après le traumatisme.*

Dans d'autres variétés de fracture, la complication ne porte que sur les nerfs ; le système vasculaire est intact. Le nerf médian est le plus souvent touché, mais seulement, en général, sur quelques faisceaux des fléchisseurs superficiels ou profonds des doigts, d'une manière habituelle sur les fléchisseurs du pouce et de l'index.

A noter que la présence de ces lésions vasculaires et nerveuses commande un traitement particulier de la fracture.

(1) *Revue Médicale française*, octobre 1941.



Quelques données sur le traitement

Il y a une dizaine d'années, la réduction manuelle des fractures supra-condyliennes de l'humérus était considérée comme une règle absolue ; depuis lors, la technique s'est considérablement améliorée, et tout maintenant paraît au point.

Quand il y a déplacement véritable, il faut aujourd'hui renoncer à la réduction manuelle, même sous le contrôle des rayons X. Dans ces cas, en effet, la réduction est, en général, imparfaite et souvent elle présente des dangers : la manipulation un peu appuyée du foyer de fracture, la mise en flexion du coude risquent de provoquer des lésions graves de l'artère humérale et du nerf médian.

Cette *réduction manuelle*, suivie de l'application d'un appareil plâtré, est réservée aux *fractures sans déplacement*, ou avec déplacement minime, tel que les fragments ont gardé le contact dans le sens de la longueur. Mais ici, il faut mettre en garde le praticien contre un grave danger. L'appareil plâtré qu'on exécute est constitué, en général, par des attelles unies par des tours de bande : c'est, en définitive, un plâtre circulaire. Or, même sans déplacement, il se peut que, faute d'attention, ce plâtre puisse entraîner l'apparition d'un syndrome de Volkmann, qui se traduit par une griffe de la main, avec rétraction immédiate des muscles fléchisseurs, et plus tard séquelles très ennuyeuses. La faute commise est d'appliquer le plâtre sur le coude en extension, puis de réduire la fracture et de fléchir l'avant-bras sur le bras à travers l'appareil plâtré encore mou. Cette manœuvre crée un pli de pression au niveau du coude, capable d'entraîner les accidents les plus sévères. Une autre faute consiste à entourer l'appareil humide d'une bande de toile, qu'on laisse en place ; celle-ci, une fois mouillée, se rétrécit et exerce une compression diffuse avec tous les inconvénients habituels.

A l'heure actuelle, J. Leveuf traite toutes les fractures *avec déplacement, qui ne présentent pas de complications vasculo-nerveuses*, par l'*extension continue*, appliquée sur une broche de Kirschner transolécranienne.

La technique, bien réglée, permet de réduire le déplacement des fragments dans le sens longitudinal (raccourcissement), dans le sens antéro-postérieur et suivant l'axe (décalage). La réduction est obtenue en vingt-quatre heures environ. Un cliché radiographique montre si la reposition des fragments est satisfaisante. Alors, sans rien changer à la traction, on construit un appareil plâtré, qui fixe cette réduction jusqu'à ce que la fracture soit consolidée. Dans neuf cas sur dix, la réduction obtenue est à peu près parfaite, les résultats fonctionnels également, si bien que quelques semaines après l'ablation du plâtre, le coude a récupéré une mobilité normale.

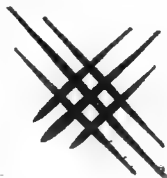
Quand la réduction n'est pas obtenue, même avec une technique régulière, c'est qu'il existe une interposition du muscle brachial antérieur entre les fragments. Cette interposition ne peut être levée que par une intervention sanglante. La méthode par voie externe, décrite par Leveuf et Godard, permet d'obtenir à peu de frais la réduction de la fracture et la contention des fragments au moyen d'une petite cheville de tibia. Les résultats ne sont satisfaisants, dans un délai aussi bref, qu'après réduction par extension continue suivie d'immobilisation.

Enfin, quand l'examen a montré l'existence d'une *contusion de l'artère humérale* ou de *lésions nerveuses* du pli du coude, il faut aller directement par voie antérieure, sur les vaisseaux et les nerfs pour se rendre compte des lésions et les traiter comme il convient. La découverte des vaisseaux et nerfs est facile ; la réduction de la fracture est un peu plus compliquée.

La technique de P. Petit consiste dans une réduction sanglante suffisante, faite avec le levier d'Ombrédanne, suivie d'une traction à la broche de Kirschner, comme dans les conditions précédemment décrites. Ce procédé donne toute satisfaction ; c'est le seul employé à l'hôpital Bretonneau depuis deux ans environ.

Quant au traitement des *griffes de la main*, qui peuvent apparaître à la suite de ces fractures compliquées, il consiste à agir sur les troubles de la circulation capillaire au moyen d'injections d'acécholine-papavérine et d'infiltration du ganglion stellaire avec une solution de novocaïne. Après consolidation de la fracture, le sujet sera traité par l'air chaud, la mobilisation progressive et l'ionisation iodurée.

G. Fischer.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur les carences en vitamine K dans leurs rapports avec la puerpéralité

MM. L. PORTES et J. VARANGOT ébauchent l'étude d'une question, qui doit être encore approfondie. On avait remarqué que parfois le nouveau-né présentait une tendance indiscutable aux hémorragies, et cela en dehors du rôle déjà connu de l'hérédo-syphilis, et que les hémorragies pouvaient être la conséquence d'une perturbation physiologique de la coagulation sanguine, due elle-même à une déficience en prothrombine. Des travaux ont établi ensuite les rapports étroits qui existent entre la concentration plasmatique de ce ferment et la vitamine K. Enfin, on a étudié les carences en vitamine K (ictère par rétention, notamment), dans leurs rapports avec une tendance aux hémorragies.

Il était, dès lors, tentant de rechercher si les hémorragies de la naissance et des premiers jours de la naissance n'étaient pas dues à une hypoprothrombinémie ; de fait, les auteurs ont pu observer un nombre important d'hypoprothrombinémies dans le taux maternel, et presque parallèlement dans le sang fœtal : les carences fœtales importantes se voient chez les mères fortement carencées. MM. Portes et Varangot ont enfin étudié l'action sur ces carences de la 2-méthyl-1-4 naphtoquinone, substance préparée synthétiquement , et qui possède une grande activité vitaminique K. Déjà la thérapeutique des hémorragies post-opératoires des ictériques avait montré un effet rapide de cette substance, et il fut tenté, par l'administration de ce composé au début du travail, de ramener à la normale le sang maternel et fœtal avant l'accouchement, s'il existait une carence ; les résultats furent rapides et efficaces.

Chez les mères fortement carencées, tous les enfants, sauf un, ont été ramenés en dessous de la zone dangereuse.

En cette période de restrictions alimentaires, il serait prudent d'utiliser systématiquement cette méthode (10 milligr. *per os* en solution huileuse) au début du travail pour lutter contre une carence éventuelle en vitamine K ; ce serait une excellente prophylaxie, non seulement des hémorragies fœtales, mais encore des hémorragies maternelles, au cas d'intervention chirurgicale. (*La Presse médicale*, 26 juillet 1941).

Comment diagnostiquer une ulcération de la langue

Pour un diagnostic, en apparence aussi simple, P. GUILLAUME-LOUIS signale les deux difficultés suivantes, qui peuvent se présenter. La première provient de l'apparence ulcéreuse que prend la muqueuse au niveau des grosses papilles du V lingual ; on pourrait ainsi diagnostiquer une ulcération qui n'existe pas. La deuxième provient du volume que prend, dans certains cas, la langue hypertrophiée ; on peut alors ignorer une ulcération qui existe. En dehors de ces cas, seuls le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique comportent des difficultés. A vrai dire, au point de vue différentiel, on distinguera facilement une ulcération linguale d'une simple plaie de la langue (le plus souvent d'origine traumatique) ou d'une glossite exfoliatrice marginée, dans laquelle il n'y a pas de perte de substance véritable, mais seulement une desquamation superficielle de l'épithélioma lingual, avec exfoliation des papilles.

Quant à la cause des ulcérations, on éliminera d'abord celles qui ne sont que des épiphénomènes au cours d'une stomatite plus ou moins étendue (muguet, aphtes, hydrargyrisme, etc.).

Ensuite, on devra regarder et toucher pour savoir si l'ulcération est à plat ou si elle est saillante, reposant sur une tumeur. Dans le premier cas, on ne peut guère envisager sérieusement que la syphilis, la tuberculose, l'ulcération des fumeurs. Dans le second cas, on éliminera les ulcérations siégeant sur des tumeurs bénignes (lipome, fibrome, chondrome, sarcome), les kystes rompus à fond bourgeonnant, les ulcérations des angiomes, et les ulcérations mycosiques. Ensuite, il ne restera plus à décider qu'entre la syphilis tertiaire, l'épithélioma et la tuberculose profonde. En cas de doute, faire appel au laboratoire. (*Gazette médicale de France*, septembre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Rapports alimentaires du lait de femme et du lait de vache

(Mme L. Randoin ; 5-8-1941)

Le lait de vache pur, utilisé pour remplacer le lait de femme dans l'alimentation infantile, est trop riche en protides, en soufre, phosphore, chlore, sodium, potassium, magnésium, calcium, en vitamines B_1, B_2, D ; trop pauvre en glucides, en fer, cuivre, zinc, en vitamines C, A et en caroténoïdes.

Le lait de vache pur, envisagé comme nourriture exclusive d'un adulte, serait trop riche en protides, en phosphore, potassium, magnésium, calcium, en vitamines B_1, B_2, D ; trop pauvre en glucides, en chlore, sodium, fer, cuivre, zinc, en caroténoïdes.

Le lait de vache offre donc un certain déséquilibre *alimentaire*. Bien que sa valeur nutritive soit remarquable, il ne peut, à aucun âge de la vie, constituer une nourriture *exclusive* pendant un long temps. Il n'en reste pas moins un aliment précieux au cours de la période de croissance et même dans l'alimentation des adultes et des vieillards. L'utilisation du lait de vache, au point de vue de l'équilibre alimentaire, est un problème sur lequel Mme Randoin se propose de revenir ultérieurement.

Les algues marines dans l'alimentation humaine et animale

(M. Chamagne ; 19-8-1941)

Le mérite d'avoir le premier utilisé les algues marines dans l'alimentation animale revient à l'intendant général Adrian. A son instigation, des expériences furent faites, au cours de la précédente guerre. Deux lots de chevaux assujettis à un travail semblable furent soumis au même régime sauf, pour le second lot, le remplacement d'une certaine quantité d'avoine par un poids équivalent d'algues marines (laminaires recueillies sur les côtes bretonnes) lavées à l'eau douce et séchées. Or, les chevaux du second lot, atteints comme les premiers de lymphangite, furent guéris en trois semaines avec un gain de 6 % de leur poids. Une seconde expérience, portant sur 40 chevaux, donna pour le lot alimenté partiellement avec des algues une augmentation de poids de 12 kgr. 500 en deux mois au lieu de 1 kgr. 850 pour le premier lot.

Les algues marines entrent d'ailleurs pour une large part dans l'alimentation des peuples d'Extrême Orient, à qui elles fournissent, en particulier, un riche appoint vitaminique. Au Japon, par exemple, on vend sur les marchés sous le nom générique de Kombu, des produits divers comestibles à base de laminaires.

M. Chamagne a pu isoler de ces algues un extrait et, après saponification, une stérine (algostérine) dont l'effet sur le rachitisme est superposable à celui obtenu par l'emploi de l'huile de foie de morue. Des essais poursuivis en Californie avec un produit analogue ont donné d'excellents résultats dans les maladies de carence.

Les algues marines, très abondantes sur nos côtes bretonnes, représentent, en définitive, un patrimoine susceptible de rendre de grands services dans l'alimentation humaine et animale.

— M. Brocq-Rousseu estime également que certaines plantes marines, délaissées en temps de paix, pourraient constituer un appoint sérieux pour la nourriture des animaux en temps de disette, ou pour les moments difficiles que nous traversons.

Académie de chirurgie

Discussion sur le drainage

(M. Rouhier ; 4-6-1941)

M. Rouhier revient sur cette question soulevée par une communication de M. Métivet. L'auteur estime qu'il ne faut faire que les drainages indispensables, parce que tout drainage inutile irrite les plaies. C'est pourquoi, il e draine que les foyers septiques ou au moins fortement suspects de septicité. Mais, quand il a recours au drainage, il le fait largement. Dans les suppurations pelviennes, pour les cas importants, c'est au sac à la Mikulicz qu'il s'adresse. Pour d'autres régions, pour les foyers moins infectés, il emploie les mèches, ou plus exactement les faisceaux de mèches, qui peuvent remplir tous les recessus, tous les clapiers. Dans sa pratique, le drain de caoutchouc n'est que l'adjuvant des mèches.

P. L,

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

L'exploration fonctionnelle du foie dans la mélitococcie

MM. L. RIMBAUD et H. SERRE. — Chez huit mélitococciques présentant tous des signes hématiques plus ou moins accusés, les auteurs ont étudié le fonctionnement du foie par de nombreuses épreuves systématiquement appliquées à chaque malade.

Il est rare qu'une ou plusieurs des fonctions du foie ne soient point touchées au cours de la mélitococcie.

Deux modifications sont à peu près constantes : les troubles de la fonction biliaire et les troubles du métabolisme de l'eau, les premiers nettement révélés par la coloration et précisés par l'analyse des urines, les seconds mis en évidence par l'épreuve de la diurèse provoquée.

Les petits troubles de la crase sanguine, de types divers, sont assez courants, en particulier s'il existe des poussées de purpura.

L'élimination du galactose est anormale dans 50 pour 100 des cas. En ce qui concerne la fonction chromagogue, si l'épreuve du bleu de méthylène (Roch) est fréquemment positive, l'élimination du rose bengale est souvent normale. Les troubles de la fonction protéique sont rares.

Considérations sur un cas de syndrome secondaire malin de diphtérie. Insuffisance cardiaque aiguë. Efficacité de la strychninothérapie intensive

MM. JANBON, J. BIGONNET et Mlle Th. PAYAN. — Chez un enfant de 9 ans, au vingt-troisième jour d'une angine diphtérique de moyenne gravité, se développe un syndrome secondaire malin, marqué par des vomissements, une poussée aiguë d'insuffisance cardiaque (tachycardie, bruit de galop, augmentation de la tension minima avec écrasement de la différentielle, très gros foie douloureux), une albuminurie de 4 grammes, la disparition des réflexes, des troubles de l'accommodation. Tout rentre dans l'ordre le trente-troisième jour sous l'influence d'injections intraveineuses d'ouabaïne et d'un traitement strychniné intensif.

Ultérieurement se manifestent : du trente sixième au quarante deuxième jour une reprise légère des signes de déficience myocardique, et une paralysie vélopalatine ; du quarante-troisième au soixante-septième jour des paralysies oculaires ; enfin des troubles moteurs légers des membres inférieurs avec altération des réflexes tendineux qui ne disparaîtront qn'au cinquantième jour.

Les auteurs mettent en évidence l'efficacité remarquable de la strychninothérapie à hautes doses, qui s'avère, comme ils l'ont montré dans leurs publications antérieures, une arme nécessaire contre la diphtérie toxique.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE

Le traitement de la méningococcie

M. R. SOREL rapporte une statistique portant sur dix-huit cas de méningococcie, tous traités exclusivement par la sulfamidothérapie : il y a eu seize guérisons sans séquelles et deux décès chez des nourrissons. L'auteur oppose ces résultats saisissants à ceux qui étaient fournis par la sérothérapie, donnant de 30 à 70 % de mortalité. Actuellement, toute méningococcie doit bénéficier des dérivés sulfamidés : au début, préparations injectables pour obtenir rapidement la concentration utile, puis comprimés par voie buccale. La voie rachidienne doit être réservée aux formes particulièrement rebelles.

Radiothérapie des affections inflammatoires

M. MARQUES étudie les bases biologiques de la radiothérapie anti-inflammatoire en application directe, indirecte et totale. Au point de vue clinique, c'est surtout la radiothérapie directe dont les résultats sont à retenir.

Les indications et les techniques diffèrent suivant le siège superficiel ou profond de l'affection et d'autre part suivant son allure clinique, aiguë, subaiguë ou chronique. D'une façon générale, mais surtout dans les affections profondes, il faut être très prudent dans l'administration des doses, les utiliser d'autant plus faibles que l'affection est plus aiguë et savoir attendre entre deux séances de façon à ne pas observer une sommation des doses avant que le temps de latence soit écoulé.

Sur un cas d'ossification du cristallin et de la choroïde

MM. GORSE, CALMETTES et J. GARIPUY relatent l'observation d'un sujet dont l'œil droit est atteint de séquelles d'iridocyclite traumatique et présente un début d'atrophie. Depuis l'accident, datant de dix ans, l'œil n'a pas donné lieu à des réactions inflammatoires notables : il n'est ni injecté, ni douloureux. Mais les radiographies montrent une ossification du cristallin et de la choroïde, celle du cristallin reproduisant la forme de la lentille, celle de la choroïde sous forme de cupule postérieure, et entre ces deux formations un corps étranger intra-oculaire méconnu jusqu'alors.

L'ossification de la choroïde est assez fréquente, celle du cristallin est beaucoup plus rare. La pathogénie est la même : l'ossification peut se faire en un point quelconque, mais la condition nécessaire est l'organisation d'un exsudat inflammatoire en tissu conjonctif. Il se produit généralement d'abord une calcification qui favorise le développement des éléments ostéoblastiques.

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

IMPRIMERIE DE BRETAGNE,
3, place de la Bourse, Nantes

Docteur Gustave RAPPIN, Professeur honoraire à l'Ecole-de-Médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes. — **Recherches et expériences sur la préparation d'un vaccin contre le cancer.** Une brochure 16 pages, 1941.

EDITIONS MONT-LOUIS,
57, rue Blatin, Clermont-Ferrand

Henri PAILLARD et Madeleine H. PAILLARD-VARIN. — Les maladies des reins. PRÉCIS ILLUSTRÉ DE DIAGNOSTIC ET DE THÉRAPEUTIQUE. Un vol. 376 pages, 131 fig. Prix : 80 francs.

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne

Docteur Paul FERRIN et Marie GRÉAUD-VIALLE. — **Le problème de l'alcoolisme.** A propos d'une enquête de la société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes sur l'alcoolisme du vin dans la région de la Loire-Maritime. Suggestions pour une lutte anti-alcoolique plus efficace. Une broch. 80 pages 1941.

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

H. et M. HINGLAIS, chefs de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. — **Carence calcique et régime alimentaire.** PHOSPHORE. CALCIUM. VITAMINE D. Préface du Professeur Fourneau. Un vol. de 92 pages avec 9 fig. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, n° 31).

On s'est beaucoup préoccupé, depuis quelque temps, de l'insuffisance du régime actuel au double point de vue de l'énergétique et de l'apport en vitamines. On s'est beaucoup moins intéressé, en revanche, à l'évaluation précise des apports minéraux de la ration. C'est ainsi que les auteurs ont été amenés à constater que: au moins autant que les vitamines, certains sels minéraux d'importance primordiale sont actuellement déficients dans la ration. Il en est ainsi pour le fer, pour l'iode et surtout, à un haut degré, pour le calcium et le phosphore.

Pour ces deux derniers éléments en particulier, et pour la vitamine D qui ne saurait en être séparée, l'étude précise des besoins et des apports révèle qu'il existe à cet égard, en France notamment, une insuffisance permanente et très générale, même en période alimentaire normale.

A l'inverse, en effet, de la plupart des éléments minéraux essentiels, qui satisfont aux besoins de l'organisme à des doses faibles, ou qui sont si largement représentés dans les produits naturels, le phosphore et le calcium sont des éléments dont l'organisme a des besoins quotidiens considérables et dont l'apport — pour le calcium du moins — est très parcimonieux dans les aliments usuels.

Les auteurs posent solidement les principes d'une alimentation phospho-calcique rationnelle. Ils étudient successivement : 1° Le problème de l'utilisation et de la fixation du calcium, 2° Les besoins quotidiens de l'organisme en calcium, phosphore et vitamine D aux différents âges et dans des différentes conditions physiologiques normales (grossesse, allaitement, fœtus, etc.); 3° Les apports du régime alimentaire en calcium, phosphore et vitamine D; 4° La comparaison de ces apports avec ce qu'ils devraient être théoriquement pour satisfaire aux besoins stricts de l'organisme; 5° Les mesures de correction à envisager.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

Pierre BUDIN, professeur à l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris. — **Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique**, de R. BOISSIER et A. BOULAND. Troisième édition entièrement revue et mise au point. Un vol. de la collection du *Compendium médical*, 420 pages, 1941, 45 francs.

L'auteur a conservé à cette nouvelle édition la classification établie par Boissier et Bouland, plus rationnelle qu'une classification alphabétique. Il a enrichi l'ouvrage des découvertes récentes. C'est ainsi qu'au livre I, consacré à la pharmacologie, nous lisons ce qui a trait aux sulfamides et à leurs applications en art dentaire. Nouveaux chapitres également sur les hypnotiques modernes.

Nous relevons quelques formules récentes au livre II « Les syndromes », au livre III « les maladies de la bouche » où nous devons signaler une modification complète du chapitre concernant la pyorrhée.

A la suite du livre IV, consacré à la « thérapeutique préventive », l'auteur a introduit un chapitre professionnel : il contient l'essentiel de ce qu'il est nécessaire aux praticiens de l'art dentaire de connaître en matières d'assurances sociales.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité



LA DOCTRINE CORPORATIVE

Bien que nous vivions depuis bientôt dix-huit mois en régime corporatif, ou plus exactement en régime à tendance corporative, peu de gens comprennent, aujourd'hui encore, ce que signifie ce mot. Les uns se réfèrent aux corporations d'avant 1789 ; les autres ont vaguement retenu les noms des principaux théoriciens de la doctrine. En définitive, la plupart des Français attendent curieusement que la corporation prenne corps sous leurs yeux pour savoir de quoi il s'agit. Il serait au moins souhaitable qu'ils fussent mieux renseignés alors que c'est ni plus ni moins que leur statut économique qui est en jeu.

Aussi nous a-t-il paru opportun de rapporter à nos lecteurs, en tant que Français d'abord, en tant que médecins ensuite, la substance d'une conférence donnée le 26 octobre dernier par le Docteur Deguy devant un groupement d'études corporatives.

Sous l'étiquette du corporatisme s'agglomèrent dans une confusion regrettable des conceptions extrêmement diverses, aussi disparates que d'une part l'Etatisme corporatif, véritable socialisme d'Etat, et, d'autre part, la corporation ancien style qui, par égoïsme de ses membres, deviendrait une oligarchie dangereuse pour le reste de la collectivité.

De façon générale, le corporatisme se définit comme un régime économique et social qui, constituant en corps l'ensemble des individus exerçant une profession, leur remet le soin d'assurer la discipline de la production, leur reconnaît le droit, par l'organe de leurs dirigeants, de légiférer au nom de la profession tout entière, et les assujettit au contrôle d'un Etat fort.

La formule condensée est la suivante : l'Etat contrôle, rend la justice en dernier ressort, mais ne gère pas ; la corporation gère son domaine, conseille l'Etat, mais ne gouverne pas.

Telle est la conception française, à égale distance de l'oppression étatiste qui plie sous elle les professions et de la tyrannie d'un parlement corporatif qui prévaut sur l'Etat.

Dès 630 existait à Pontoise une corporation de boulangers et à Rouen une de tanneurs. L'institution va se développant, doublant presque toujours la corporation économique d'une confrérie religieuse. En 1258, Etienne Boileau, prévôt des marchands, publie le « Livre des métiers » et en 1467, Louis XI fixe par ordonnance les heures du travail. Colbert, en 1673, ayant voulu étendre aux régions qui ne le connaissaient pas encore le régime corporatif, connut un échec retentissant. Cent ans plus tard, en 1776, Turgot en connut un non moindre en décrétant l'abolition des corporations que Necker restitua quelques mois plus tard. Puis, ce fut la Révolution, 1791, et leur disparition définitive.

Mais ces 150 dernières années n'avaient pas laissé tomber dans l'oubli une organisation qui subsista durant des siècles et, sans remonter à La Tour-du-Pin et à Le Play, l'on peut dire que le mouvement corporatiste connaissait un renouveau indiscutable bien avant la guerre. Les théoriciens lui avaient du reste imposé plusieurs formules concomitantes : *Le corporatisme syndicaliste*, défendu par Jacques Duboin, René Belin, Marcel Déat, qui unit les ouvriers et employés en groupes professionnels capables d'imposer aux patrons leurs décisions pour tout ce qui concerne la main-d'œuvre dans une industrie — *le corporatisme paternaliste*, prôné en particulier par les industriels du Nord, et réservant la domination au patronat. Ces deux formules sont donc opposées et s'inspirent d'intérêts de classes. Il faut signaler encore *le corporatisme politique* avec les variantes du corporatisme parlementaire et du corporatisme autoritaire (formule fasciste) et enfin le *corporatisme chrétien* assez proche des conceptions patronales.

Les principes généraux du corporatisme français sont les suivants :

— affirmation de l'idée de profession (et négation de l'idée de classe) ; au sein du groupement professionnel, les trois forces patronat, personnel de maîtrise et personnel ouvrier sont unies et chacune d'elles est néanmoins en mesure de défendre ses propres intérêts ;

— affirmation de la confraternité, c'est-à-dire négation de la concurrence ; les intérêts de l'ensemble de la profession l'emportent sur les intérêts de quelques professionnels ;

— négation du régime capitaliste, c'est-à-dire de la prééminence des banques. Le capital professionnel est le patrimoine corporatif, constitué et géré par les dirigeants de la profession ;

— le quatrième principe, et le plus important, c'est que la corporation doit se construire elle-même, l'Etat se contentant d'investir la corporation de ses droits primordiaux et de la contrôler ;

— enfin, la corporation doit exercer des pouvoirs législatifs, exécutifs et judiciaires.

On voit que, ainsi pourvu, le corporatisme est absolument contraire à l'étatisme. Il laisse aux professionnels le soin de fonder leurs propres institutions corporatives et d'en assurer le fonctionnement.

***

Parvenu à ce point de son exposé, Deguy se souvient qu'il est médecin et que, pour passer des généralités doctrinales à l'exemple d'une réalisation particulière, sa compétence professionnelle lui désigne tout naturellement la corporation médicale.

C'est l'une des plus simples parmi les corporations ; elle se réalise partiellement dans l'Ordre des médecins et, avant la lettre, se réalisait partiellement aussi dans l'ancienne Confédération des syndicats.

Elle comprend tous les médecins faisant « acte médical », et exclut les seuls médecins fonctionnaires de l'Etat.

La Corporation sanitaire, que préconisent certains, inclurait, côte à côte avec les médecins, les *pharmaciens* et leurs préparateurs, les *chirurgiens-dentistes et leurs mécaniciens*, les sages-femmes, les vétérinaires, les auxiliaires médicaux.

Tant au regard de la collectivité que de ses membres, la corporation médicale contracte des devoirs qui sont :

— garantir la formation d'un Corps médical compétent et honorable, ce qui implique :

l'élimination des indésirables ;

la répression de l'exercice illégal ;

un droit de regard dans les programmes d'étude ;

la possibilité de limiter le nombre des médecins ;

la création d'un enseignement post-scolaire ;

le souci de répartir judicieusement les médecins suivant les besoins de la population ;

— préciser les règles capables de garantir le meilleur exercice du métier ; faire donner force de loi au Code de déontologie ;

— conseiller l'Etat pour tout ce qui regarde la Santé publique ;

— assurer à tous, sans distinction de situation sociale, une médecine de qualité unique ;

— garantir à ses membres des conditions de vie honorables, éviter l'avilissement des honoraires organiser des œuvres de prévoyance.

En contre partie de ses devoirs, la corporation demande des privilèges :

— droit de posséder un patrimoine corporatif (moyen de financer les œuvres d'entr'aide) ;

— droit de juridiction. L'Ordre est pourvu de ce droit ; mais il conviendrait de séparer nettement le pouvoir législatif et le pouvoir de gestion du pouvoir juridictionnel. Car, fait observer Deguy, on peut être un bon juge et un piètre administrateur ;

— droit de gestion partout où un tiers responsable autre que l'Etat s'interpose entre le médecin et le malade, c'est-à-dire dans les hôpitaux privés, les dispensaires et tous les organismes de soins ;

— droit de recrutement et d'enseignement ; au même titre que l'Académie dans tout ce qui concerne la santé publique, la corporation conseille l'Etat dans tout ce qui concerne la constitution du corps professionnel en nombre (limitation) et en qualité (cours de perfectionnement pour les praticiens) ;

— droit à la propriété du métier — c'est-à-dire des instruments de travail — ceci pour éviter que les médecins ne soient les salariés de l'Etat, du département, de la commune, d'organismes confessionnels ou politiques.

***

Ainsi compris, précise Deguy en concluant son exposé, le corporatisme moderne se tient à distance du socialisme d'Etat tout autant que des outrances de l'ancien régime où les corporations finissaient par constituer des états dans l'Etat. Sa mise en œuvre dans l'époque troublée que nous vivons actuellement permettrait d'éviter à la fois le péril révolutionnaire et le péril dictatorial.

En attendant que cette réalisation souhaitable prenne corps et triomphe de certaines résistances, il faut accepter et maintenir l'ébauche qui nous en a été donnée : l'Ordre. Deguy déclare sans ambages s'y rallier dans cet esprit et sans se forcer le moins du monde puisque, rappelle-t-il, dès 1923 et avant Aversenq de Toulouse, il avait élaboré un projet d'ordre et inspiré celui qui fut présenté au parlement par Xavier Vallat.

Nous sommes en période de transition, à un moment décisif où la voie choisie engagera l'avenir sans doute pour un long temps. Il faut nous garder de toute aventure, mais aussi d'une tendance trop systématique. Un ministre allemand disait récemment :

« L'avenir appartient aux peuples qui, par une synthèse sensée, sauront triompher aussi bien des errements du passé que d'une réaction excessive ».

G. L.

LES LIMITES DU CONTRÔLE DE L'ORDRE EN MATIÈRE DE PRATIQUE MÉDICALE

Nous avons, à maintes reprises déjà, commenté dans nos colonnes, certaines décisions rendues par les différents Conseils de l'Ordre, en vertu des pouvoirs juridictionnels qu'ils détiennent de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins.

Ces premières décisions nous avaient amenés à souhaiter que les Conseils, statuant notamment en matière disciplinaire, observent certaines règles de procédure garantissant aux parties le respect de leurs droits. Le règlement intérieur de l'Ordre est venu depuis combler nos vœux.

Il fallait ensuite que les membres des Conseils de l'Ordre se pénètrent de leur rôle, se préparent à remplir les fonctions de juges professionnels que la loi leur avait confié. Les conseillers juridiques attachés à chaque Conseil, avaient d'ailleurs pour mission de guider les premiers pas de ces nouveaux magistrats.

Enfin restait à délimiter en pratique la compétence juridictionnelle des Conseils de l'Ordre. La loi du 7 octobre n'étant pas particulièrement explicite sur ce point, il appartenait à l'Ordre, sous le contrôle du Conseil d'Etat, d'établir par sa jurisprudence les limites de ce domaine, notamment en matière disciplinaire.

L'affaire que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui, fixe pour la première fois, un point important au sujet de la compétence des Conseils de l'Ordre en matière de pratique médicale.

Les faits

Le Docteur X... est un jour appelé par un de ses clients habituels, au chevet de son fils qui se plaignait de douleurs au ventre. L'examen clinique ne révélant aucun signe caractéristique, le médecin prescrit la diète absolue ainsi qu'un désinfectant antiseptique de l'intestin.

Alors qu'il revenait le lendemain matin, la mère du jeune homme reçut le praticien sur le pas de la porte, lui affirmant que son fils allait beaucoup mieux et lui signifiant, sans doute par raison d'économie, de ne plus avoir à se déranger.

Le Docteur X... avertit la mère du danger qu'un malade même léger pouvait courir et lui laissa la responsabilité de son fils en la priant de le prévenir à la moindre douleur ou élévation de température.

Trois jours après, le père du jeune homme passe au domicile du médecin en lui demandant de venir d'urgence examiner son fils. Le Docteur s'y rend aussitôt. Devant le peu de signes cliniques, il décide la mise en observation du malade et ordonne sa mise à la diète liquide, car malgré son interdiction les parents l'avaient alimenté.

Ce praticien se rend ensuite auprès d'une fillette atteinte d'appendicite, en consultation avec le chirurgien Y... qui décide de l'opération pour l'après-midi même.

Pendant ce temps, l'état du jeune homme empirait brusquement. Les parents inquiets dépêchent commissionnaire sur commissionnaire au cabinet du Docteur X... qui, dès qu'il revient, se rend à nouveau auprès du jeune malade dont l'aspect extérieur avait complètement changé. Diagnostic de péritonite.

Le médecin ordonne le transport d'urgence à la clinique ou le chirurgien Y... devait opérer la fillette à 16 heures. Il était 13 h. 45. Le jeune homme arrive à la clinique à 15 heures.

Rentré chez lui, le Docteur X... tente, mais en vain, de toucher téléphoniquement le chirurgien. N'y parvenant pas, il met la clinique au courant, lui annonce l'arrivée du malade et lui demande de tenter de son côté de prévenir le chirurgien Y...

A 16 heures, le chirurgien après examen du jeune homme confirme le diagnostic de péritonite. Toutefois, il décide de procéder en premier lieu à l'opération de la fillette et ne pratique celle du jeune homme qu'à 18 heures.

Trois jours après le jeune homme décédait.

Le père porta alors plainte entre les mains du Conseil départemental de l'Ordre en accusant le médecin traitant « d'incompétence, de manque de conscience professionnelle et d'assassinat ».

Les sentences

Le Conseil départemental de l'Ordre, après une enquête sommaire, rend le 24 juillet 1941, la décision suivante :

« Le Conseil vu la plainte de M. Z... en date du 20 juin 1941, vu le rapport des commissaires enquêteurs, vu l'interrogatoire du Docteur X... et l'exposé de ses moyens de défense,

« Considérant que M. Z... accuse M. le Dr X... d'être responsable de la mort de son fils, d'abord « par son incompétence », mais que ce grief ne saurait être retenu, car le Conseil de l'Ordre ne saurait être compétent pour juger de la valeur technique d'un médecin et pour apprécier s'il y a eu ou non erreur de diagnostic ;

« Considérant que M. Z... accuse également M. le Docteur X... de « manque de conscience » et que ce grief relève de la compétence du Conseil de l'Ordre ;

« Considérant qu'il résulte des diverses déclarations que le Dr X..., rappelé d'urgence au cinquième jour de la maladie a pu alors porter le diagnostic de péritonite aiguë et a demandé le transport d'urgence du malade dans une maison de santé pour être rapidement opéré ;

« Considérant qu'il s'est reposé sur la Maison de santé du soin de prévenir le chirurgien choisi par la famille sans prendre le soin de prévenir ce dernier de la gravité du cas et de la nécessité d'intervenir rapidement ;

« Considérant qu'après avoir déclaré qu'il avait lui-même téléphoné à ce chirurgien, il a dû reconnaître par la suite, après déclaration négative de ce dernier, qu'il ne lui avait sans doute pas téléphoné ;

« Considérant qu'il s'est écoulé un délai de cinq heures entre l'arrivée du malade à la Maison de santé et l'intervention chirurgicale ;

« **Considérant qu'il est du strict devoir du médecin**

traitant, lorsqu'il estime qu'une intervention chirurgicale est urgente de mettre tout en œuvre pour qu'elle intervienne dans le délai le plus réduit ;

« Que le Docteur X... n'a pas à cet égard accompli les obligations qui lui incombaient et a fait preuve de négligence certaine en s'abstenant d'alerter immédiatement le chirurgien ;

« Que peu importe, qu'étant donné la gravité du mal révélé par l'opération même, qu'une intervention plus rapide n'eût pas amené un résultat meilleur, de l'avis du chirurgien lui-même ;

« Considérant toutefois qu'il existe en sa faveur des circonstances atténuantes, étant donné qu'il a prescri l'entrée d'urgence dans une clinique ;

« En conséquence, le Conseil, après en avoir délibéré, arrête :

ART. 1er. — M. le Docteur X... a commis une faute professionnelle en ne faisant pas tout ce qui était en son pouvoir pour mettre au courant le chirurgien responsable de la gravité et de l'urgence extrême du cas qui lui était confié, sans que pour cela il puisse être tenu médicalement pour responsable de la mort du malade en cause ;

ART. 2. — Le D cteur X... est frappé de la peine d'avertissement public avec inscription au dossier personnel. »

Le Docteur X... estimant que le Conseil départemental de l'Ordre le frappait injustement, fit appel de cette décision devant le Conseil supérieur qui, le 1er octobre 1941, se prononçait en ces termes.

« Considérant qu'en infligeant au Docteur X... une peine disciplinaire *sous prétexte d'une faute professionnelle ne concernant ni la morale, ni la discipline, mais uniquement la pratique médicale, le Conseil départemental a outrepassé ses pouvoirs ; qu'il ne lui appartient pas d'apprécier s'il y a eu une erreur soit dans le diagnostic d'une maladie, soit dans l'indication opératoire, soit dans l'appréciation de l'urgence de celle-ci* ;

« Considérant qu'au demeurant l'appréciation de l'opportunité opératoire est du ressort non du médecin traitant d'un malade, mais uniquement du chirurgien régulièrement appelé par celui-ci : ce qui paraît avoir été le cas, par l'intermédiaire de la clinique ;

« Considérant, en résumé, qu'il n'est pas établi que le Docteur X... ait commis soit une faute d'ordre moral, soit une infraction au Code de déontologie ;

PAR CES MOTIFS :

« Annule la décisi n entreprise,

« Dit qu'il n'y a pas lieu d'infliger au Docteur X... une peine disciplinaire pour un fait dont l'appréciation excède la compétence du Conseil départemental de l'Ordre. »

COMMENTAIRES

Le Conseil supérieur de l'Ordre a donc annulé la décision du Conseil départemental qui, selon lui, avait outrepassé ses pouvoirs en infligeant au Docteur X... une sanction basée sur l'appréciation de fait ressortant de la pratique médicale.

Les Conseils de l'Ordre ne tiennent en effet de la loi du 7 octobre que des pouvoirs d'ordre administratif (inscription au tableau, police de la profession) ou disciplinaire.

Quelles sont les limites de ce droit disciplinaire qui fait son apparition dans nos institutions ? Elles peuvent se dégager des principes suivants :

Tout acte commis par un individu appartenant à un groupe professionnel défini peut porter atteinte, à la fois ou séparément, à des intérêts publics, particuliers ou corporatifs.

L'acte lésant les intérêts publics (exercice illégal de la médecine, pratique de l'avortement) constitue une faute pénale donnant lieu à l'exercice de l'action publique répressive.

L'acte lésant les intérêts particuliers ou individuels (erreur de diagnostic, traitement non approprié) constitue une faute civile permettant à la victime d'en obtenir réparation devant les tribunaux civils par application de l'art. 1382 du Code civil.

Enfin constitue une faute disciplinaire, tout acte qui viole les règles professionnelles (inobservation des prescriptions du Code de déontologie, violation des règles morales de la profession) ou qui lèse les intérêts matériels et moraux de la profession par l'indignité de l'un de ses membres (en cas d'immoralité, refus d'inscription au Tableau de l'Ordre), voilà le véritable et seul domaine du droit disciplinaire relevant de la compétence des Conseils de l'Ordre.

Or, en reprochant au Docteur X... une prétendue faute touchant la pratique médicale, lésant des intérêts particuliers, le Conseil de l'Ordre sortait de ses attributions pour empiéter sur celles de la juridiction civile. C'est donc à bon droit que le Conseil supérieur à annulé cette décision.

Félicitons-le d'avoir su dégager ce principe essentiel que *la pratique médicale échappe au contrôle de l'Ordre.*

Il est en effet indispensable, sous peine de tomber dans les erreurs commises par les anciennes corporations, que l'Ordre soit rigoureusement exclu du domaine scientifique ou thérapeutique. Sinon, nous aurions bientôt assisté à la naissance d'une orthodoxie médicale officialisée par l'Ordre et contrôlée par la Faculté.

Certains auteurs avaient, on se le rappelle sans doute, soutenu récemment la thèse suivant laquelle les Tribunaux de droit commun ou les experts devraient se retrancher derrière les avis ou décisions de l'Ordre en matière de responsabilité médicale, dont la nature est évidemment beaucoup plus professionnelle que contractuelle ou délictuelle.

Nous n'avons pas manqué de signaler les inconvénients de cette thèse et sommes heureux de voir qu'évitant cet écueil, le Conseil supérieur l'a lui même condamnée.

En se limitant ainsi au domaine, aux attributions qui lui sont propres, l'Ordre ne peut que renforcer l'autorité qui lui est nécessaire pour résoudre les problèmes qui en dépendent.

Brice MAUREL.

LES LIBERTÉS REQUISES POUR LA MÉDECINE HUMAINE

Suite (VI)

Les libertés que nous avons jusqu'ici reconnues (1) comme constituantes même de l'art médical et qui toutes tendent à assurer le respect de la personne humaine (2) doivent-elles être poussées plus loin encore ?

A la limite, n'allons-nous pas voir se poser le problème du droit de refuser de se faire soigner ? ou bien la Société a-t-elle le devoir et donc le droit de contraindre chacun à faire ce qu'il faut pour rétablir sa propre santé et pour ne pas risquer de nuire au prochain ?

Je ne reprendrai pas ici l'exposé d'une question, beaucoup trop complexe qu'il ne paraît d'abord, et que j'ai déjà essayé de résoudre dans des cours de la Semaine sociale, à Reims, 1933, à Clermont-Ferrand, en 1937.

La raison montre que la santé est un des biens les plus précieux que nous puissions avoir, que nous l'avons reçu, que nous en devons donc compte ; que nous devons la faire servir à notre plus grand bien, et au plus grand bien de toute l'humanité ; que nous n'avons pas le droit de la gaspiller, de la compromettre par des imprudences ou des entêtements, que nous serions coupables si nous exposions ceux qui nous entourent à la contagion. Mais aussi la santé n'est pas le bien suprême, elle est un bien subordonné ; le but dernier de notre effort n'est pas d'être bien portants, d'avoir un beau corps, mais de faire régner en nous, et autour de nous, les valeurs spirituelles.

Il est donc sûr que nous avons des devoirs envers notre santé, envers notre corps, et que, si nous venons à les négliger, ceux qui ont autorité sur nous peuvent et doivent user de leurs moyens de persuasion, voire de pression contraignante pour nous décider à nous soigner, à nous faire opérer. Mais ce droit de surveillance et de contrainte a pour limites le respect de nos fins spirituelles.

Il est donc sûr que l'Etat a le droit d'exiger que je vaccine mon enfant nouveau-né contre la variole, mais il est certain aussi que ce droit comporte une contre-partie, qui est de ne pas ériger cette règle de la vaccination en loi définitive, mais bien d'adapter et réadapter cette obligation aux connaissances scientifiques.

De telle sorte que si, demain, il était vraiment démontré que le danger de la vaccination est plus grand qu'on n'avait cru et qu'elle peut être le point de départ de terribles affections nerveuses, il faut que la voix des médecins adversaires de cette méthode puisse être entendue.

Il ne faudrait pas faire croire pour prendre un autre exemple que le problème de la vaccination antidiphtérique que rend obligatoire le décret-loi du 28 juin 1938, soit tout à fait résolu médicalement et définitivement (1). Certains praticiens continuent à apporter des faits qui en montrent la nocivité. Leur voix peut-elle être entendue ? Nous retrouvons ici ce que nous disions dans un article précédent sur le droit, sur le devoir d'inventer perpétuellement, qui est celui de la médecine.

Il est donc sûr aussi que j'ai une certaine obligation de me faire opérer, si de cette opération doit découler ma guérison et si aucun autre moyen n'est efficace. Mais si, de toute façon, je continue à courir un gros risque de mort, mon devoir est moins impérieux. En tout cas, je ne saurais y être contraint par une autorité civile.

Or, en fait, que se passe-t-il ?

Le moins que je puisse dire, c'est que j'ai peur que les intentions du législateur soient dans le sens de la suppression de toute liberté. J'ai signalé jadis à la Semaine sociale de Reims les exagérations auxquelles en arrivaient des rapports officiels. Le danger n'a pas diminué, il est dans la logique de l'étatisme d'aboutir à toute contrainte dans le domaine de la santé, parce qu'il ne voit que l'intérêt de la collectivité et absorbe l'individu dans l'espèce.

Ceux qui savent quelle est la vraie nature de l'homme, doivent inlassablement faire entendre les revendications de la personne.

En bref, j'ai le devoir — je dis bien le devoir — d'accepter les soins requis par la pneumonie qui me terrasse et, si je suis récalcitrant, ma famille a le droit et le devoir de me maintenir au lit, et si je délire, de m'y attacher si besoin. J'ai le devoir de ne pas contaminer mes proches et l'on aura raison de me convaincre de la nécessité de m'isoler.

Mais cela ne comporte pas nécessairement, que pour m'isoler, il n'y ait pas d'autre moyen que de m'emmener de chez moi ; et que ce soit à cette mesure qu'il faille dès l'abord et exclusivement penser. Sur ce départ de chez moi, sur le délaissement des miens, sur les risques que mon éloi-

(1) Cf. *Concours médical*, du 17 août, 14 septembre, 5 et 19 octobre, et du 9 novembre 1941.

(2) « Pour une médecine du corps et de l'esprit », en collaboration avec le Docteur Duval-Arnould et le Docteur Pierre Merle, *Chronique sociale de France*, 16, rue du Plat, Lyon.

(1) Voir les études critiques du Docteur Robert Rendu, in *Lyon médical*, 20 octobre 1940, 27 octobre 1940, 11 mai 1941.

gnement peut faire courir à mes intérêts spirituels ou à ceux des miens, c'est moi qui, en définitive suis juge.

Ce n'est pas le médecin, ce n'est pas la Société organisatrice de l'hygiène qui, en définitive, peut trancher le problème.

Et s'il arrive que le médecin, n'ayant pas conscience de l'immoralité de son conseil, m'engage à faire quelque chose que la morale réprouve, j'ai le devoir de lui désobéir. Et si l'Etat voulait m'imposer le traitement que prescrit le médecin, il outrepasserait son droit.

L'encyclique *Casti Connubii* a clairement précisé ce point de morale naturelle, en ce qui concerne les stérilisations eugéniques imposées par l'Etat. « Il n'est pas permis que des hommes — d'ailleurs capables de se marier — dont, après un examen attentif, on conjecture qu'ils n'engendreront que des enfants défectueux, soient inculpés d'une faute grave s'ils contractent mariage ; encore que, souvent, le mariage doive leur être déconseillé ».

***

C'est qu'en définitive, ce n'est pas de zootechnie ou d'épidémiologie animale qu'il s'agit, mais de quelque chose de bien autrement grand, bien autrement digne de notre labeur, il s'agit de « médecine humaine ».

Respectueuse des libertés qui sont requises par sa notion même, elle ne peut pas non plus se désintéresser d'une organisation de la profession elle-même et d'une organisation générale de la santé publique.

Comment ces deux tendances pourront-elles se concilier ? Il ne s'agit de sacrifier ni un bien, ni l'autre, mais d'harmoniser ! Cette hiérarchie des moyens sera possible le jour où l'on voudra bien fixer l'attention sur la fin à atteindre, qui est le bien des personnes. Ce bien commun de la Société n'est pas le but suprême, il est lui-même au service des fins de la personne, lesquelles sont spirituelles (1).

Hygiène sociale ? Oui, certes. Corporations des professions vouées à la santé privée et publique ? Oui certes.

Mais cette organisation n'apportera la libération que si, au lieu d'être faite par l'Etat seul, elle est le fruit de la collaboration de tous les corps sociaux qui ont ici leur mot à dire : ce sera donc non seulement la vaste corporation sanitaire qui doit nécessairement grouper, hiérarchiser, les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmières et infirmiers, les visiteuses... mais ce seront encore les Caisses d'assurances, les Œuvres de bienfaisance, hôpitaux, dispensaires ; ce seront surtout les Associations familiales, gardiennes-nées des droits de la personne, porte-paroles des sanctuaires où se multiplie la vie, où s'élèvent les corps et les âmes des hommes de demain.

Dr René BIOT.

(1) Qu'on nous permette de renvoyer par avance à notre livre « Santé humaine », Paris Plon, sous presse.

ASSISTONS-NOUS A UNE NOUVELLE RECRUDESCENCE DE LA TUBERCULOSE ?

Telle est l'angoissante question que pose le distingué statisticien Marcel Moine (1).

Le recul de la maladie que les statistiques enregistraient depuis vingt ans dans la France entière (et qui était incontestable, puisque de 213 pour 100.000 en 1913 il était tombé à 120 en 1936), ce recul semble arrêté. C'est ainsi que pour le premier semestre 1941 on note dans les bulletins bi-mensuels de la ville de Paris une élévation de 9 à 10 % du taux de la mortalité générale, de 20,4 % de la mortalité par tuberculose pulmonaire et de 30,4 % de la mortalité par tuberculoses viscérales autres que pulmonaire (taux considérés par rapport à la moyenne des six premiers mois des cinq années précédentes).

On ne peut pas dire que ce soient là des constatations inattendues. L'état de guerre a toujours, dans le passé, eu sa répercussion immédiate sur la fréquence de la mortalité. Par exemple le siège de Paris et la commune en 1870-1871 entraînèrent une augmentation de 33 % du risque mortalité tuberculeuse. De 1914 à 1918 tous les belligérants et même les neutres manifestèrent de la même façon les effets désastreux du rationnement alimentaire.

Ce qui aujourd'hui accroit notre inquiétude c'est que les rations allouées soient si notablement inférieures aux besoins de l'organisme et que ce déficit menace de se prolonger encore de nombreux mois.

Deux faits brutaux dissipent dès à présent toute équivoque : le rapport des crachats bacillifères à la totalité des examens bactériologiques effectués sur la demande des dispensaires antituberculeux de tous les départements est de plus en plus étroit. Les virages tuberculiniques sont non seulement plus nombreux mais encore plus précoces.

« Sommes-nous, dès à présent, au seuil d'une évolution de cette endémie comparable au grand épisode tuberculeux de la deuxième moitié du XIXe siècle ? »

(1) *Bulletin de documentation de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne*, octobre 1941.

QUELQUES APERÇUS SUR L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL, EN PARTICULIER SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA SPÉCIALITÉ « ÉLECTRO-RADIOLOGIE »

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE,

Ancien professeur d'électroradiologie à l'Université de Montréal

Dans la réorganisation de la médecine, il serait bon que nos organisateurs s'occupent d'un enseignement permettant aux praticiens et de se tenir au courant des progrès et de se perfectionner, quand ils le désirent, dans telle ou telle branche de la médecine.

Il me semble qu'en Allemagne existent des cours complémentaires que les « médecins de caisse » suivent obligatoirement de temps à autre.

En tous cas, en Amérique, un tel enseignement est très bie n organisé et très suivi.

Je connaissais l'existence des « Post Graduate » depuis 25 ans environ. Un de mes amis canadiens, que j'avais eu durant un an comme auditeur à Paris et qui avait passé aussi quelques semaines au-delà du Rhin, s'était arrêté plusieurs mois à New-York et m'avait écrit à peu près en ces termes : « Je ne regrette pas le temps passé en Europe ; j'y ai beaucoup appris et y ai acquis le sens d'une médecine scientifique et clinique. Mais il m'aurait fallu suivre durant de longues années vos services hospitaliers, tels qu'ils sont conçus, pour être vraiment au courant de tout ce qui concerne la technique et le métier. Par contre, en quelques mois, j'ai pu à New-York m'assurer la maîtrise de tous les détails de notre spécialité ».

Je voulais durant mon séjour en Amérique me documenter sérieusement sur ces institutions. Un jeune médecin canadien, qui avait été « interne semar » dans mon service et avait été se perfectionner en France durant un an (certificat d'électroradiologie de la Faculté de Paris) passait l'année 1938-39 à New-York. Je comptais faire avec lui un article comparant les méthodes d'instruction de notre spécialité dans les deux pays. La guerre a empêché la réalisation de ce projet.

Je puis néanmoins exposer ce que j'ai entendu dire : A New-York le « Post Graduate » est une institution privée dont les cours sont payants ; elle dispose d'un très vaste hôpital, mais d'un seul, ce qui évite de perdre du temps en allées et venues. Elle se charge d'indiquer aux élèves, dans le voisinage, les endroits où ils peuvent loger et s'alimenter selon leurs ressources. Les professeurs qui sont des médecins éminents et sont très entraînés à « débrouiller » ceux qui les écoutent, ont l'enseignement pour unique occupation ; ne faisant pas de clientèle, ils passent tout leur temps à l'hôpital. Les programmes et les horaires sont minutieusement étudiés de façon à ce qu'aucune heure ne soit inutilisée : l'électrothérapeute qui a suivi le matin le service d'électrothérapie peut l'après-midi, soit continuer à manier les courants, soit fréquenter la neurologie ; le radiologue qui apprend à telle heure à prendre des clichés va à telle autre heure en gastro-entérologie ou en chirurgie, etc., constater à quoi servent les renseignements qu'il a recueillis.

Évidemment les « Post Graduate » ont comme clientèle tout un continent, et un continent bien vaste, l'Amérique du Nord : nous ne pouvons avoir la prétention de faire aussi grand qu'eux. En particulier, il paraît bien difficile que chez nous des hommes de valeur puissent trouver dans le seul enseignement privé une rémunération pécuniaire en rapport avec leur renom scientifique. Cependant, la Science française a tant de prestige à l'étranger que nos dirigeants pourraient peut-être envisager la création d'instituts du même genre quoi que plus modestes et qui auraient besoin d'être matériellement aidés.

On me dira qu'à Paris, il y a des cours de perfectionnement. Mais ces cours ne font pas partie d'un organisme permanent. Il faut attendre qu'un professeur ou un médecin des hôpitaux, ait le caprice d'enseigner tel ou tel point de sa spécialité. Puis à peu près systématiquement, les leçons ont lieu seulement le matin, d'où perte de temps l'après-midi pour le praticien de province qui voudrait passer le minimum de temps dans la capitale. Enfin, rien n'est prévu pour coordonner commodément l'enseignement des différentes branches de la médecine ; tel médecin rural, qui désire compléter ce qu'il sait par exemple en petite chirurgie et en médecine infantile, est obligé de choisir lui-même comment il distribuera ses matinées, et ses matinées seules, entre ces deux spécialités.

L'organisation de l'enseignement complémentaire a donc besoin d'être mise au point, si nous voulons que ceux qui sont éloignés des centres universitaires puissent de temps à autre se remettre « à la page » et que ceux qui désirent

apprendre une spécialité qu'ils ne connaissent pas puissent le faire facilement.

***

En ce qui concerne l' « électro-radiologie », j'ai longuement dans un précédent article exposé pourquoi je demandais que désormais :

1° Un médecin ne puisse s'intituler électro-radiologiste que s'il possède un diplôme de cette spécialité délivré par une Faculté ;

2° Un omni-praticien ne soit autorisé à pratiquer dans sa clientèle une des branches de l'électro-radiologie que si un certificat délivré par une Faculté constate qu'il est compétent dans cette branche.

Je voudrais aujourd'hui exposer comment pourraient être obtenus diplôme et certificat.

J'estime qu'à l'heure actuelle, l'enseignement type de notre spécialité est celui qui a été inauguré par les médecins électro-radiologistes des hôpitaux dès 1913, (par Aubourg, Belot, Delherm, Ledoux-Lebard) et qui a été repris, avec leur concours, par la Faculté de Paris.

Cet enseignement est ainsi divisé :

1° Une année employée le matin par des stages hospitaliers et l'après-midi par des travaux pratiques au laboratoire de physique de l'Ecole de médecine, suivis d'au moins une heure de cours théorique.

Durant cette année, les élèves sont initiés à : *a*) l'électrothérapie, avec l'électrodiagnostic, les applications du froid (neige carbonique entre autres), de la chaleur, des radiations diverses (lumière, infra-rougès, ultra-violets) ; *b*) le radiodiagnostic ; *c*) la radiothérapie et la radiumthérapie.

Cette année terminée, ils peuvent obtenir après examen un certificat soit pour la totalité, soit pour une seule de ces branches ;

2° Deux autres années consacrées, après l'obtention du certificat total, à des stages et à des travaux pratiques. Lorsqu'elles sont achevées, la présentation d'un mémoire original et un interrogatoire permettent d'obtenir le diplôme d'électro-radiologiste.

Dans l'organisation future de la profession, il semble que ce diplôme est indispensable à ceux qui veulent s'intituler électro-radiologistes et qu'il n'y a qu'à étendre aux autres Facultés la manière de faire de celle de Paris.

On peut objecter que, jusqu'ici, le diplôme spécial n'était nullement obligatoire et que cette modification présentera le très grave inconvénient de ne permettre l'exercice de la spécialité qu'à ceux qui auront les possibilités financières d'ajouter à leur année de P. C. B. et à leurs six années de médecine encore trois années de spécialisation. Mais nous ferons remarquer que l'électro-radiologiste a besoin d'être d'abord un aussi bon médecin (en pratique et en théorie) que l'omnipraticien et ensuite un spécialiste compétent.

Pour tirer d'un électro-diagnostic les conclusions qu'il comporte, on doit connaître la neurologie ; pour appliquer avec fruit l'électrothérapie ou la radiothérapie, il est indispensable de savoir la pathologie ; le radiodiagnostic exige que l'on soit très initié à la clinique des affections que l'on a à examiner, que l'on soit versé dans l'anatomie (ou du moins dans sa presque totalité) aussi bien que le chirurgien et qu'enfin on ait une longue expérience de la lecture des clichés.

Il ne faut donc pas s'étonner qu'une spécialité qui exige la maîtrise de la médecine toute entière et de plus un supplément important de connaissances, nécessite par cela même un apprentissage plus long.

On pourrait, il est vrai, chercher à gagner du temps : la sixième année des études n'a actuellement dans son programme ni travaux pratiques ni cours théoriques et est réservée aux stages hospitaliers ; l'élève pourrait donc faire ses stages en électroradiologie et suivre l'enseignement de la Faculté.

Mais comme, du moins à mon avis, cette sixième année devrait être consacrée à un internat obligatoire, je pense qu'il faut se résigner à ne pas abréger les délais nécessaires à l'obtention du diplôme. Par contre, il me semblerait tout à fait légitime que les périodes passées soit comme stagiaire, soit comme externe, soit surtout comme interne dans un service d'électro-radiologie viennent en défalcation sur les trois années d'étude.

Occupons-nous maintenant des certificats ; ils sont, nous l'avons vu au nombre de trois : électrologie, radiothérapie, radio-diagnostic. Ces trois certificats resteront indispensables pour ceux qui ont l'intention de poursuivre jusqu'au diplôme. Par contre, pour les omni-praticiens ayant besoin de faire seulement preuve de la connaissance d'un champ limité, il semble logique, de faire de nouvelles subdivisions : il serait abusif d'exiger de celui qui veut pratiquer uniquement les ultra-violets qu'il étudie toute l'électrothérapie et de celui qui doit se cantonner dans l'emploi de son appareil de radiothérapie superficielle qu'il se mette au courant de la radiothérapie des cancers profonds. Il y aurait à trouver des formules diverses permettant à chacun d'apprendre ce qui lui est indispensable de physique ou d'instrumentation pour sa sphère et les techniques, indications et contre-indications des procédés auxquels il se consacre.

Comment l'enseignement peut-il être donné pour ces certificats à matières réduites ?

Pour les étudiants encore en cours d'étude, la question est facile à résoudre ; durant leurs années de Faculté, ils n'ont qu'à se faire inscrire pour un de leurs stages dans un service de spécialité et à trouver le moyen, durant un petit nombre de semaines, de suivre les travaux pratiques.

Il n'en est plus de même pour le praticien installé qui décide un beau jour d'adjoindre à ses occupations telle ou telle branche de notre spécialité.

En attendant que l'enseignement complémentaire soit pourvu d'une direction permettant de lui faire rendre tout ce qu'il peut donner, il serait tout à fait utile que les Facultés fassent à leur enseignement complémentaire une publicité plus étendue et qu'elles prennent le soin d'indiquer dans leurs programmes, largement diffusés, que de telle date à telle date, les praticiens pourront s'initier à la pratique des ultra-violets, ou de la diathermie ou de toute autre branche de la thérapeutique, et de telle date à telle date au radiodiagnostic, soit du tube digestif, soit du cœur, soit de tout autre organe, etc. Le lendemain du dernier jour de chacun de ces enseignements aurait lieu l'examen permettant d'obtenir le certificat. Les praticiens ne perdraient ainsi que le minimum de temps, pour accomplir le stage nécessaire et recevoir une éducation sérieuse.

Insistons d'ailleurs sur un point : tout ce qui vient d'être exposé n'a de valeur que si intervient un règlement général valable pour toutes les Facultés de France. Il serait, en effet, inadmissible qu'on puisse obtenir le même diplôme en six mois dans telle Université alors que trois ans sont nécessaires dans telle autre, ou que le même certificat nécessite ici huit jours de présence et là trois mois. Cette unification relève de l'Ordre des médecins ou du Conseil supérieur de l'Université. Ce n'est pas à nous de légiférer ; nous ne pouvons qu'attirer l'attention de « qui de droit » sur ces projets d'organisation.

Avant de terminer, il me reste à envisager deux objections :

A. — Il est des applications si banales, en électrothérapie par exemple, que nous n'hésitons pas à les confier au malade ou à sa famille. C'est ainsi par exemple que j'ai montré à une maman, forcée de partir en Chine, à faire les traitements de son fils atteint de paralysie infantile (le résultat fut d'ailleurs excellent) ; c'est ainsi encore que j'ai appris à un mari, habitant une ville d'Algérie où aucun médecin n'avait l'appareil nécessaire, à soigner l'hypertrichose qui rendait sa femme neurasthénique (deux ans après, il m'écrivait une lettre me témoignant une reconnaissance dithyrambique). On ne peut évidemment interdire au praticien, démuni de certificats, d'utiliser de tels procédés. Seulement, il serait bon, à mon avis, qu'il en soit chargé par un spécialiste reconnu, qui lui indiquerait la technique et conserverait la direction lointaine du traitement. Si le monsieur auquel j'avais confié le soin de faire disparaître la barbe de son épouse avait brûlé celle-ci, c'est à moi qu'il aurait demandé des dommages. J'estime donc qu'il est nécessaire qu'une compétence garde la responsabilité.

B. — Certains de nos confrères spécialisés en certaines affections usent de méthodes électro-radiologiques. Les pneumologues, les entérologues, les cardiologues, les stomatologistes manient largement les rayons X pour leurs diagnostics ; les chirurgiens utilisent le bistouri électrique ; les dermatologistes ont comme armes courantes l'électropuncture, les différentes modalités des hautes fréquences, les ultra-violets, les rayons X et le radium. Nous comptons bien que, dans l'avenir, tous ces spécialistes continueront ces errements ; mais avant de se qualifier spécialistes, ils auront donné les preuves de leur compétence, et parmi ces preuves figureront, nous en sommes persuadés, la démonstration qu'ils connaissent tous les procédés ressortissant de leur spécialité. Chacun dans sa sphère pourra donc employer ceux de nos procédés qui lui sont utiles, cela non en vertu du diplôme d'électro-radiologiste, mais en vertu de son propre diplôme. Il n'y aurait d'ailleurs aucun inconvénient, bien au contraire, il n'y aurait que des avantages, à ce que dans leurs études particulières, ce qui concerne la théorie physique, l'instrumentation et probablement aussi certains détails de technique, leur soient enseignés par des physiciens et des électroradiologistes. Ce sont là des détails à régler par entente entre les diverses spécialités.

De cet exposé des conditions d'enseignement de notre spécialité, il me semble qu'on peut tirer en résumé les propositions suivantes :

1° Si l'on veut qualifier un électro-radiologiste, il est indispensable que celui-ci ait accompli, après l'obtention du titre de docteur, des études supplémentaires sérieuses dont le programme doit être le même dans toutes les Facultés ;

2° Si un omni-praticien désire se livrer à la pratique d'un agent physique, il doit en avoir appris le maniement ; mais il est urgent que les Facultés prennent les mesures nécessaires pour qu'il puisse s'instruire en ne perdant que le moins possible de temps et que cet enseignement soit sanctionné ;

3° Il est tout à fait souhaitable pour entretenir la valeur des praticiens, comme le bon renom de l'Ecole française, que l'enseignement complémentaire soit, dans notre pays, organisé très sérieusement.

LA RÉORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE

Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne a pensé qu'il était indiqué, dans les circonstances actuelles, d'envisager une réorganisation de la profession médicale et son adaptation aux conditions présentes. En conséquence, elle a nommé une Commission composée de MM. d'Ayrenx, Bourguignon, Dévé, Dhers, Dupas, Fanton d'Andon, Herpin, Laignel-Lavastine, Tissier-Guy, avec M. Hartenberg comme secrétaire, chargée d'étudier la question et de rédiger un rapport.

***

I. — Il existe en ce moment dans la profession médicale une crise profonde qui suscite une inquiétude légitime. Alors que les prix de la vie s'élèvent chaque jour, la clientèle de la plupart des médecins s'est abaissée dans une proportion considérable. Pour quelques-uns la situation est véritablement tragique, et ils voient avec angoisse la misère s'installer à leur foyer. Il paraît donc nécessaire et urgent de prendre des mesures pour améliorer la condition matérielle du médecin. On défendrait en même temps les intérêts des malades, car le malaise médical entraîne fatalement un mauvais exercice de la médecine dont ceux-ci pâtiraient eux-mêmes.

***

II. — Nous pensons que la crise actuelle provient de deux grandes causes :

a) D'une part, l'excès de la concurrence que nous appellerons « intra-médicale » due au trop grand nombre de médecins, de l'encombrement de la carrière, en un mot, de la pléthore.

On a prétendu qu'il n'y avait pas, en réalité, surabondance de médecins, mais mauvaise répartition, qu'il y en avait trop dans certaines régions, les grandes villes et Paris notamment, et pas assez dans certaines campagnes. Cet argument ne nous paraît pas exact. Le nombre des médecins doit être proportionnel, non pas au nombre d'habitants, mais aux ressources d'une région. S'il y a pénurie de médecins dans certaines localités, par rapport à la population, c'est qu'en raison de la dispersion et des moindres ressources des habitants, le médecin parvient difficilement à y gagner sa vie. Nous persistons donc à penser que la vraie cause du malaise médical est la pléthore et non la mauvaise répartition.

b) La seconde cause nous paraît être ce que nous appellerons la concurrence « extra-médicale », c'est-à-dire celle qui sévit, dans différents domaines, au détriment du médecin.

Nous en retiendrons quatre formes principales :

1° Concurrence par tous les illégaux : pharmaciens, opticiens, masseurs, chiropractors, réflexothérapeutes, radiesthésistes, magnétiseurs, naturistes, guérisseurs, fakirs, somnambules, empiriques, instituts de beauté, charlatans.

On peut vraiment dire qu'aujourd'hui tout le monde fait plus de médecine que les médecins eux-mêmes ;

2° Concurrence par les hôpitaux de l'Assistance publique ;

3° Concurrence par les dispensaires privés ;

3° Concurrence par les Assurances sociales.

Quand on pense à la quantité de malades qui sont ainsi soustraits à la clientèle du praticien, on s'étonnera qu'il lui en reste encore quelques-uns à soigner.

***

III. — Lutte contre la pléthore

Différents procédés ont été préconisés pour supprimer la pléthore.

Les uns ont purement et simplement proposé la socialisation de la médecine, c'est-à-dire la création d'un corps de médecins civils, analogue au Service de santé militaire, dont chaque membre serait affecté à un poste déterminé. Pour diverses raisons, sur lesquelles nous n'avons pas besoin d'insister, et, en particulier à cause de la suppression du libre choix, ce système nous paraît inacceptable.

D'autres ont demandé une sévérité plus grande aux examens, des épreuves écrites, une sixième année d'études.

On a fondé aussi des espérances sur l'élimination des médecins étrangers et des médecins juifs.

Toutes ces méthodes nous semblent insuffisantes.

Après un examen approfondi du problème, nous pensons que seule une mesure serait efficace : la limitation du nombre des étudiants par un concours, le *numerus clausus*. Rappelons que déjà cette réforme avait été demandée par M. le Professeur Portmann dans un projet présenté au Sénat en 1934 et qui avait reçu du Corps médical un accueil sympathique.

Pour nous renseigner exactement sur les avantages et les inconvénients du *numerus clausus* nous avons cru bon d'interroger des représentants de carrières où l'on ne pénètre que

par un concours, notamment des ingénieurs anciens élèves de polytechnique et des vétérinaires. Les renseignements fournis par les vétérinaires étaient pour nous particulièrement instructifs en raison de la similitude de leur profession et de la nôtre. Nous tenons à remercier ici publiquement M. le Professeur Bresson, directeur de l'Ecole d'Alfort, pour l'amabilité et l'empressement avec lesquels il a bien voulu répondre à nos questions.

Or, tous nos interlocuteurs, sans exception, se sont montrés favorables au *numerus clausus*. Les polytechniciens estiment que la limitation de leur nombre leur confère un prestige social incontesté. M. Bresson nous a déclaré : « Le *numerus clausus* a sauvé la profession de vétérinaire. Il a supprimé la pléthore, la concurrence forcenée, permis au praticien de gagner honorablement sa vie, relevé la moralité de la profession ».

Dans un article, aussi éloquent que très instructif, paru récemment dans l'*Hygiène sociale*, que publie notre ami Georges Boyé, le docteur-vétérinaire Houdinière exprime la même opinion. Grâce à la « mesure salvatrice » comme il la nomme, du *numerus clausus*, la médecine vétérinaire possède actuellement une haute valeur scientifique — trop méconnue encore par beaucoup d'entre nous — « l'exercice de la profession et la situation de chacun de ses membres sont sauvegardés », et est évité « le danger mortel qu'est l'encombrement professionnel, cause de toutes les misères et de toutes les défaillances ».

Par contre, on a opposé au *numerus clausus*, certaines objections. On a dit qu'en dressant une barrière à l'entrée des études médicales, on enlevait à la médecine son caractère de profession libérale. A cette objection , le Professeur Portmann a répondu : « Le principe de cette nouvelle loi est une innovation considérable, car il porte atteinte au libéralisme traditionnel de l'enseignement supérieur. Il ne faut pas cependant hésiter à créer des traditions nouvelles lorsque les habitudes anciennes ne sont plus en rapport avec les nécessités du moment ». Et puis, les carrières d'ingénieurs, de vétérinaires, d'architectes, où l'on n'entre que par un concours, ne sont-elles pas cependant des carrières libérales ?

On a dit aussi que l'absence de concurrence entre médecins diminuerait leur émulation et, par suite, abaisserait le niveau scientifique de la profession. A cette critique, les polytechniciens répondent que malgré leur limitation, il y a néanmoins chez tous un désir et un souci d'améliorer toujours leur situation. En ce qui concerne la profession médicale, nous savons bien que ce n'est pas la valeur scientifique qui fait nécessairement le succès en clientèle et que ce n'est pas le médecin le plus savant qui réussit le mieux.

Mais le principe du concours étant admis, une question capitale se pose : quel sera son programme, sur quelles matières portera-t-il ?

La solution la plus simple évidemment consisterait à situer ce concours après l'année du P. C. B. et à interroger les candidats sur les matières de cette année, physique, chimie, biologie.

Mais une telle méthode serait malheureusement entachée d'un défaut essentiel : c'est que le concours, consistant exclusivement en épreuves de mémoires, ne nous apprendrait absolument rien sur les aptitudes du candidat à la profession médicale. M. Bresson reconnaît que les sujets les plus brillants au concours d'entrée à l'Ecole d'Alfort, qui porte précisément sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle, ne deviennent parfois que de médiocres praticiens, tandis que le contraire est également vrai.

Or, notre ambition serait de faire mieux. A un moment où l'on proclame de tous côtés l'utilité de la sélection et de l'orientation professionnelle pour le choix de diverses carrières, nous voudrions que le recrutement de la profession médicale soit soumis aux mêmes règles et que le programme du concours puisse révéler chez le candidat, dans la mesure du possible, les qualités nécessaires pour faire un bon médecin.

Quelles sont ces qualités ?

Nous en voyons quatre principales :

D'abord, et avant tout, l'esprit d'observation, condition nécessaire du sens clinique qui reste la base même de la pratique médicale.

Ensuite, la sûreté du jugement, qui permet d'interpréter avec justesse les symptômes observés.

Puis, une mémoire convenable, pour retenir les notions multiples de la pathologie.

Et enfin, la valeur morale qui maintiendra toujours le médecin dans le chemin de l'honneur et de la probité.

Comment réaliser pratiquement ces conditions ?

En remplacement du P. C. B., qui serait supprimé, le candidat à la profession médicale, ferait, dans une Faculté de médecine, une première année propédeutique, c'est-à-dire d'enseignement préparatoire pour le concours d'admission. Pour être accepté à cette première année d'études, le candidat devra remplir les formalités suivantes, analogues à celles qui sont exigées à l'Ecole d'Alfort :

1° Présenter une demande d'admission au concours, rédigée sur papier timbré ;

2° Cette demande doit être accompagnée des pièces suivantes :

a) Le diplôme du baccalauréat latin-grec. Nous estimons en effet que ce baccalauréat est indispensable, à l'exclusion de tout autre, pour embrasser la carrière médicale. Aucune profession peut-être, plus que la nôtre, n'exige cette

culture supérieure des humanités qui élève et affine l'esprit et crée la mentalité des élites ;

b) Un acte de naissance dans la forme légale ;

c) Un extrait récent du casier judiciaire ;

d) Un certificat de moralité établi par les écoles où l'élève a fait ses études ;

e) Une carte photographique d'identité légalisée ;

3° Enfin, le candidat devra se soumettre à un examen médical en vue de contrôler ses aptitudes physiques.

On a pu voir en effet des praticiens sourds, daltoniens, phtisiques, atteints de diverses infirmités incompatibles avec la pratique médicale. Le médecin doit être un homme bien portant, exempt de toutes tares organiques.

L'enseignement de la première année d'études préparatoires comprendrait une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique porterait sur les matières suivantes :

Biologie générale ;
Anthropologie ;
Physique et chimie appliquées à la médecine ;
Histoire de la médecine ;
Législation et modalités de la pratique médicale ;
Déontologie.

La partie pratique comprendrait tous les procédés d'examen clinique et de laboratoire : percussion, auscultation, palpation, recherche de la pression artérielle, électrocardiographie, examen du système nerveux, réactions électriques, radiologie, métabolisme basal, bactériologie, analyses chimiques, etc... Cet enseignement serait très poussé dans les hôpitaux et dans les laboratoires de la Faculté de médecine. Les candidats seraient tenus d'assister aux cliniques hospitalières six mois dans un service de médecine et six mois dans un service de chirurgie.

Au terme de cette année préparatoire, aurait lieu le concours.

Ce concours comporterait :

I. — Deux épreuves écrites de deux heures :

a) Une dissertation française, ayant de préférence pour sujet une question de doctrine biologique ou médicale permettant d'apprécier le jugement et l'esprit critique du candidat. La forme de la rédaction serait estimée autant que le fond ;

b) Un travail purement scientifique portant sur l'une des matières de l'enseignement.

II. — Une épreuve pratique consistant à interroger et examiner un malade au moyen de tous les procédés d'investigation courants et à rédiger son observation (sans poser de diagnostic bien entendu). Cette épreuve aurait pour but de *montrer* les qualités d'observation du candidat.

III. — Des interrogations *orales* sur les diverses matières de l'enseignement, en particulier sur les problèmes de déontologie.

A la suite de ce concours, chaque année un nombre limité de candidats, fixé par le Ministre, sur avis du Conseil de l'Ordre, serait admis à continuer les études.

L'épreuve serait nationale.

Il n'y aurait pas d'admissibilité acquise. Les candidats ne pourraient se représenter que trois fois, en deux années.

Naturellement, le concours n'empêcherait pas, lors des examens au cours des études, d'éliminer les étudiants insuffisants.

Remarquons incidemment que même les candidats refusés au concours bénéficieront de cette année d'études qui, dans toute autre carrière, ne pourra qu'augmenter leur valeur intellectuelle et morale.

L'institution de cette année préparatoire et du concours nous paraît posséder divers avantages.

D'abord, en permettant d'apprécier l'existence chez le candidat des qualités nécessaires pour faire un bon médecin, esprit d'observation, jugement, mémoire, moralité, elle écarterait de la profession les sujets pourvus d'aptitudes insuffisantes. Elle ferait ainsi œuvre utile de *sélection*.

Ensuite, en apprenant à l'élève ce qu'est la médecine, quelle est la nature même du travail professionnel du médecin, quelles sont ses difficultés, ses exigences, ses devoirs, et aussi ses satisfactions, elle permettrait au candidat de se rendre compte si la carrière convient à ses capacités et à ses goûts, s'il possède véritablement la vocation médicale, elle éviterait ainsi les fausses routes et les vies manquées.

De même, en faisant connaître à l'élève, dès le début des études, les diverses formes de l'exercice médical, la médecine, la chirurgie, les spécialités, la médecine de ville et de campagne, la médecine administrative, la médecine militaire, la voie des concours ou la médecine libre, elle lui permettrait de suite de faire son choix selon ses préférences. Elle ferait ainsi œuvre utile d'orientation professionnelle.

Et puis, l'année préparatoire, remplaçant le P. C. B., comprenant des matières exclusivement médicales, aurait l'avantage, sans augmencer la durée des études, de commencer dès le début l'initiation à l'art de guérir et de consacrer ultérieurement le maximum de temps à la pathologie et à la clinique.

Et encore, l'épreuve d'une compétition de mérites à l'entrée de la carrière médicale aurait pour conséquence de rehausser le prestige et la considération du titre de docteur en médecine, comme il en est pour d'autres titres acquis par un concours laborieux tel qu'inspecteur des

finances, ancien élève de l'Ecole polytechnique, grand prix de Rome.

Le Corps médical constituerait une élite admirée et respectée, appelée à remplir dans la société le rôle de premier plan qui lui appartient. Et, enfin, la réduction du nombre des étudiants diminuerait l'encombrement dans les hôpitaux, dans les laboratoires, dans les amphithéâtres, améliorant ainsi la qualité des études.

Et ce serait tout avantage pour les malades d'avoir ainsi à leur chevet des praticiens plus instruits, compétents, représentant les plus aptes à l'exercice difficile de la médecine.

IV. — Suppression des concurrences extra-médicales

A. *Exercice illégal.*

Nous avons déjà signalé plus haut le préjudice considérable que nous causent les nombreuses modalités de l'exercice illégal de la médecine.

Aussi commencerons-nous par réclamer une législation plus rigoureuse contre ses diverses pratiques.

Voici les modifications à la loi de 1892 que nous vous proposons :

Nouvel article 16. — Exerce illégalement la médecine : Quiconque, sans être muni d'un titre régulier de docteur en médecine, procède ou fait procéder, directement ou indirectement à des examens d'ordre médical, emploie ou fait employer, en vue d'un diagnostic ou d'un traitement, tout appareillage ou toute technique utilisée directement sur le malade, émet un diagnostic, prescrit un traitement dans le sens le plus large du mot ou procure les moyens : médicaments, appareils ou accessoires nécessaires ou utiles au dit traitement ou à un emploi curatif caractérisé.

Article 18. — En cas de poursuites engagées sur l'initiative du Parquet ou du Conseil départemental ou du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, la fermeture du cabinet ou de l'établissement médical, la saisie provisoire du matériel sont obligatoires jusqu'à la décision des magistrats compétents.

Les sanctions applicables sont les suivantes :

1° Une amende de 1.000 à 10.000 francs ;

2° En cas de récidive, les juges devront obligatoirement prononcer la fermeture du cabinet ou de l'Etablissement médical pour une durée de 3, 6, 12 mois ou même la fermeture définitive.

En ce qui concerne les pharmaciens et les opticiens, nous demandons l'application stricte de la loi de Germinal An XI (1) qui stipule dans son article 32 : « Les pharmaciens ne pourront délivrer ou débiter des préparations médicinales ou drogues ou composés quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine et sur leur signature. Ils ne pourront vendre aucun remède secret.

Les opticiens ou pharmaciens ne pourront délivrer des verres de lunettes, qu'elle qu'en soit la formule, que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine et sur leur signature. Le colportage de lunettes est interdit. »

Nous demandons en outre la modification suivante à la loi du 29 Pluviose An XII :

Ceux qui contreviendraient aux dispositions de l'article 32 de la loi du 21 Germinal An XI relatif à la police de la pharmacie seront poursuivis par mesure de police correctionnelle.

En cas de poursuites engagées sur l'initiative du Parquet ou du Conseil départemental ou du Conseil national de l'Ordre des médecins, la fermeture de l'officine ou de l'établissement d'optique et la saisie provisoire du matériel sont obligatoires jusqu'à la décision des Tribunaux ou des Cours. Une amende de 1.000 à 10.000 francs est la première sanction applicable.

En cas de récidive, les juges devront obligatoirement prononcer la fermeture de l'officine ou de l'établissement d'optique pour une durée de 3, 6, 12 mois ou même la fermeture définitive.

B. *Malades aisés dans les hôpitaux.*

Depuis de longues années, les syndicats se sont élevés contre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux. Vous connaissez tous les griefs adressés à cette pratique. Les hôpitaux sont et doivent être exclusivement des services d'assistance et de charité. Leur budget est alimenté par des dons et des legs, des taxes sur les spectacles, jeux, etc., des subventions des municipalités et de l'Etat ; ils bénéficient de l'exonération fiscale et de l'absence d'amortissement. Ils doivent donc être réservés aux seuls indigents, et il est illégal que tout malade aisé personnellement ou par répondant (assurances, mutualité, etc.) prenne la place d'un pauvre.

En conséquence, nous diviserons les citoyens en trois catégories :

1° Les indigents et nécessiteux privés de ressources personnelles pour se soigner et n'ayant pas de répondant, dont le loyer ne dépasse pas 2.000 francs par an. Sur le vu d'une carte de soins établis par les mairies, ils ont droit à se faire examiner ou traiter gratuitement à l'hôpital;

2° Les malades modestes, dont les ressources ne dépassent pas 30.000 francs par an ou ne bénéficient que d'indemnités limitées en cas de maladie, peuvent être admis exceptionnellement à l'hôpital pour des examens onéreux, des maladies longues ou des interventions graves, mais

(1) Une loi nouvelle régit maintenant la pharmacie (N. D. L. R.).

à la condition que leur admission soit demandée par leur médecin traitant, certifiant la légitimité de cette faveur. De toutes façons les prix de journée devront être égaux au prix de revient réel établi sans l'appoint des ressources de charité diverses du budget des indigents. Ils devront régler ou faire régler par leurs répondants des honoraires dont le chiffre minimum sera établi par le Conseil de l'Ordre.

3° Les malades aisés, dont les revenus dépassent 30.000 francs par an, sauf cas tout à fait exceptionnels ou urgence, ne doivent jamais franchir le seuil de l'hôpital.

C. *Cliniques et dispensaires privés.*

Notes sur les dispensaires

Les dispensaires, qui, jusqu'à l'apparition des lois et Assurances sociales, étaient peu nombreux et, par suite, peu dangereux, sont devenus depuis cette époque un des facteurs les plus importants de la désertion des cabinets médicaux par la clientèle moyenne.

Les lois sociales et surtout les Assurances ont fait surgir de toutes parts ces dispensaires pour notre grand préjudice. Que réclamons-nous contre eux ? L'application rigoureuse de ce principe : le dispensaire doit être réservé exclusivement aux indigents.

Il est urgent :

1° Qu'une loi soit faite interdisant l'ouverture de tout nouveau dispensaire sans enquête préalable et autorisation motivée ;

2° Que tout dispensaire soit soumis à une demande d'agrément et qu'une grande sévérité préside à l'octroi de cet agrément ;

3° Les dispensaires municipaux, comme les autres, doivent être soumis à ces règles ;

4° Les dispensaires dits de prophylaxie (hygiène sociale, antivénériens, anti-tuberculeux, syphilitiques, etc.), ne doivent, en aucun cas, faire de traitement ;

5° Les dispensaires de Croix-Rouge doivent être invités formellement à ne jamais sortir des attributions qui ont permis leur création (Ecole pour former les infirmières, soins aux blessés militaires, aux civils en cas de calamités publiques) et que défense leur soit faite d'avoir des hôpitaux et de donner des soins.

D. Enfin, les Caisses d'assurances sociales manifestent, depuis leur fondation, une tendance croissante à concurrencer la médecine du praticien.

Sous prétexte de prévention et de dépistage, elles organisent la surveillance et le traitement des jeunes enfants.

Par tous les moyens, elles s'efforcent d'écarter les malades du cabinet médical pour les diriger vers l'hôpital.

Ce sont d'une part des conseils, des pressions, des facilités pour les malades hospitalisés et, d'autre part, formalités sans nombre, attentes interminables, contrôles multipliés à l'égard des assurés qui se font soigner en ville.

Enfin, les avantages accordés aux maisons de santé agréées et contrôlées par les Caisses entravent le libre choix.

Il serait désirable qu'une modification de la loi maintînt rigoureusement les Caisses dans leur seule attribution : fournir à l'assuré qui tombe malade, les moyens financiers de se soigner.

V. — Tels sont les remèdes que nous demandons énergiquement aux Pouvoirs publics d'opposer à la crise médicale actuelle.

L'Etat doit défendre le médecin pour trois raisons :

D'abord par loyauté, parce qu'il lui a conféré, moyennant des études longues, difficiles et coûteuses, un diplôme lui permettant le monopole de l'exercice de la médecine. Il doit tenir son engagement.

Ensuite, par gratitude, parce que, de tous les travailleurs intellectuels, le médecin est le seul, en soignant les indigents gratuitement ou contre des honoraires réduits, qui rende à la nation des services désintéressés.

Enfin, pour l'intérêt général, parce que la moralité parfaite que l'on exige du médecin a pour condition son indépendance matérielle. Il y a longtemps déjà que le Doyen Brouardel écrivait : « La Société a exactement les mêmes intérêts que les médecins ; elle est en danger si elle n'a pas un Corps médical digne de toute confiance ; elle ne l'aura que si celui-ci n'est pas exposé à subir les compromissions que suggèrent les difficultés de la vie ». Si l'on a pu relever dans ces derniers temps dans le Corps médical des défaillances regrettables, c'est précisément parce que l'aisance familiale du médecin était compromise par la crise. Mais ces faits n'ont jamais été qu'une exception.

En indiquant les causes et les remèdes de la crise médicale, la Fédération Corporative remplit son rôle et son devoir. Au Conseil de l'Ordre des médecins, qui possède l'autorité et le pouvoir, nous adressons respectueusement la prière de s'en servir.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance médicale gratuite

Par arrêté en date du 3 octobre 1941, la ville de Pertuis (Vaucluse) a été autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite qui lui avait été accordée par arrêté en date du 18 mars 1902.

(*J. O.*, 8 novembre 1941.)

Direction régionale de la Santé et de l'Assistance

M. le Docteur Le Bourdelles, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance en résidence à Orléans, en remplacement de M. Lanquetin, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 8 novembre 1941.)

Enseignement

Par arrêté en date du 4 septembre 1941 :

— M. Sorel, agrégé de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique médicale infantile et puériculture de cette Faculté.

— M. Delas, agrégé de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle de cette Faculté.

— M. Clermont, professeur sans chaire, à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie médico-chirurgicale de cette Faculté.

— Par arrêté en date du 6 septembre 1941, M. de Léobardy, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé, pour trois ans, à compter du 1er octobre 1941, directeur de cette Ecole.

Par arrêté en date du 9 octobre 1941 :

— M. Pichat (Edouard), professeur d'histologie et d'anatomie pathologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur d'anatomie à cette même Ecole.

— M. Picard (René), professeur de pathologie interne à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de clinique médicale à cette même Ecole, à compter du 1er octobre 1941.

— M. Arondel (André), professeur suppléant de pathologie et clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique médicale infantile à cette même Ecole.

— M. Dallongeville (Maurice), professeur suppléant de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de chimie à cette même école.

— M. Boutelier (Maurice), professeur suppléant de

bactériologie, médecine expérimentale et hygiène à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de physiologie à cette même Ecole.

— Par arrêté en date du 24 octobre 1941, M. le Docteur Veluet, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Poitiers, est renouvelé pour une période de trois ans, à compter du 1er septembre 1941, dans ses fonctions de directeur de cette Ecole.

(*J. O.*, 2 novembre 1941.)

Inspection médicale de la Santé

Par arrêté du 5 novembre 1941, l'arrêté du 29 septembre 1941 portant affectation dans les Landes de Mlle le Docteur Guy, inspecteur adjoint du Pas-de-Calais, est rapporté.

Par arrêtés du 5 novembre 1941, sont affectés :

Au département de la Gironde, M. le Docteur Fournier, inspecteur adjoint du Calvados.

Au département de la Loire, M. le Docteur Series, inspecteur adjoint de l'Hérault.

Au département de l'Ardèche, M. le Docteur Moncenix, inspecteur adjoint du Cantal.

(*J. O.*, 7 novembre 1941.)

Juifs

Décret du 5 novembre 1941 réglementant en ce qui concerne les Juifs, la profession de médecin en Algérie

Art. 1er. — Le décret du 11 août 1941 réglementant, en ce qui concerne les Juifs, la profession de médecin, est applicable à l'Algérie, sous réserve des modifications suivantes :

a) Les attributions confiées dans la métropole aux médecins inspecteurs de la Santé sont exercées en Algérie par les inspecteurs départementaux d'hygiène ;

b) Les pouvoirs confiés dans la métropole au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins sont exercés en Algérie par le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ;

c) L'article 1er (alinéa 5) du décret du 11 août 1941 est ainsi modifié :

« Pourront également être maintenus ceux de ces médecins qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient, à la demande d'un Conseil de l'Ordre, sur proposition du gouverneur général de l'Algérie et après rapport du commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du Ministre secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels ».

d) L'article 3 du décret du 11 août 1941 est remplacé par les dispositions ci-après :

« Dans le délai d'un mois à compter de la publication du présent décret, tout médecin se trouvant, à cette date, au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, en fera la déclaration écrite au Conseil départemental de l'Ordre ou, à défaut, au préfet du département où il exerce.

« Toutefois, les médecins présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre ne souscrivent cette déclaration que dans le délai de deux mois à compter de leur libération.

« Le Préfet ou le Conseil de l'Ordre accusera réception de cette déclaration et avisera l'inspecteur départemental d'hygiène » ;

e) Le premier et le troisième des états prévus à l'article 5 comprendront les médecins en exercice ou inscrits à la date de publication du présent décret ;

f) L'alinéa 1er de l'article 6 du décret du 11 août 1941 est ainsi modifié :

« Si, par suite d'un fait postérieur à la publication du présent décret, un médecin vient à compter au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, il adressera, dans le délai d'un mois à compter de ce fait, au Conseil départemental de l'Ordre ou, à défaut, au préfet du département où il exerce, la déclaration prévue à l'article 3, sous les sanctions prévues à l'article 4 » ;

g) Les dispositions édictées par le titre II du décret du 11 août 1941 n'entreront en vigueur que quinze jours francs après la constitution des Conseils départementaux. Aucun médecin juif n'exerçant pas effectivement sa profession à la date du présent décret ne pourra pratiquer cette profession jusqu'à la mise en vigueur du titre II susvisé ;

h) Les délais prévus aux articles 5 et 9 courent du jour de la publication du présent décret au *Journal officiel* de l'Etat français.

(*J. O.*, 7 novembre 1941.)

Carburants

Décision F. 21, du 4 novembre 1941, du répartiteur chef de la section de la chimie

Interdiction d'emploi du arbure de calcium et de ses dérivé pour la carburation

ART. 1er. — Il est interdit, sauf dérogation accordée par le répartiteur chef de la section de la chimie, d'employer le carbure de calcium et ses dérivés, en particulier la paraldéhyde, pour la carburation.

ART. 2. — Toute infraction aux prescriptions ci-dessus exposera son auteur aux sanctions prévues par l'article 8 de la loi du 10 septembre 1940 et par les lois des 9 mars 1941 et 18 juillet 1941.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

A PROPOS DE LA LOI SUR LES MÉDECINS ÉTRANGERS. — INSIGNE POUR VOITURES AUTOMOBILES. — PAIEMENT DES FEUILLES DE MALADIE DE LA K. V. D. — LES CARBURANTS DE REMPLACEMENT. — STATUT DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

Le *Bulletin Médical* du 1er novembre 1941 a publié un article de Me Jacques Henry-Simon, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, dont la conclusion est la suivante : les dispositions des lois des 16 août 1940 et 21 mai 1941 sur l'exercice de la médecine par les étrangers ou fils d'étrangers ne sont pas rétroactives et ne sont applicables que sous réserve des droits des médecins installés au moment de la promulgation de la première de ces lois, c'est-à-dire ne visent que les étudiants ayant obtenu leur diplôme depuis le 16 août 1940.

Nous laissons à la plume si autorisée de MeBernard Auger le soin de démontrer, dans une prochaine étude, ce que cette thèse a d'inexact en droit.

Etonnons-nous seulement qu'on ait pu se demander avec gravité si le législateur avait, ou non, entendu implicitement donner une portée rétroactive à des textes dont la simple lecture

suffit déjà à nous éclairer. La ligne générale de la politique suivie par le gouvernement, dont dépendent étroitement des lois comme celles qui nous occupent, ne permet-elle pas de dégager très nettement les intentions du législateur en semblable matière ? Qu'une telle orientation puisse être louée ou critiquée, nous le concédons, mais vouloir l'ignorer nous semble une gageure.

Cette jonglerie de textes a cependant trouvé une telle faveur dans certains milieux médicaux, que le Conseil supérieur de l'Ordre s'en est ému, sans peut-être en percevoir toutes les incidences, et après en avoir référé au ministre, a adressé aux Conseils départementaux, dans une circulaire récente, des instructions pour désarçonner de trop subtils casuistes.

Emoi bien compréhensible que celui du Conseil supérieur : si l'opinion de Me Jacques Henry-Simon avait chance d'être retenue, celui-ci aurait mauvaise grâce à s'arrêter en si bon chemin. Toute sa dialectique sur les lois des 16 août et 21 mai peut s'appliquer sans en changer un iota à la loi sur l'Ordre des médecins.

A quand un autre article de Me Simon établissant que ne sont justiciables de l'Ordre que les médecins diplômés depuis le 7 octobre 1940 ?

***

Les feuilles de maladies délivrées par les Caisses d'assurances sociales allemandes pour le deuxième trimestre de cette année, seront incessamment payées aux médecins français par l'intermédiaire des Conseils départementaux de l'Ordre.

Le Conseil supérieur a décidé de retenir, comme la K. V. D., 5 % de leur montant, soit la somme de 6 fr. 50 par feuille, à titre de frais administratifs et comptables.

Cette somme de 6 fr. 50 est répartie entre le Conseil supérieur pour 2 fr. 50 et le Conseil départemental intéressé pour 4 francs, avec interdiction pour ce dernier de retenir une quote-part supplémentaire.

***

Dans un numéro précédent, nous avons laissé entendre que l'emploi de l'acétylène comme carburant pour l'automobile serait vraisemblablement proscrit dans un proche avenir.

Nous avions hélas raison. Par une décision du 4 novembre, parue au *Journal Officiel* du 6 novembre, le répartiteur chef de la section de chimie, vient d'interdire d'employer pour la carburation, le carbure de calcium ainsi que ses dérivés, et notamment la paraldéhyde. Cette décision ne prévoyant aucune date d'application doit donc entrer immédiatement en vigueur, sauf à laisser à chaque usager la possibilité d'utiliser son stock personnel de carburant.

En contre-partie de ces limitations — on nous en annonce d'autres sur l'essence — les pouvoirs publics avaient laissé entendre (ainsi que le Conseil supérieur de l'Ordre s'en fait actuellement l'écho) qu'un certain contingent de licences d'équipement au gaz de ville serait prochainement mis en distribution. Or, nous

apprenons que, loin de donner de nouvelles autorisations, on a décidé, tout au moins en ce qui concerne le département de la Seine, de retirer au 31 décembre prochain tous les permis de circulation attribués aux véhicules équipés au gaz de ville.

Que conclure de ces informations contradictoires ? La prudence s'impose avant d'entreprendre à l'heure actuelle la transformation d'une voiture pour l'équipement à la marche au moyen d'un carburant de remplacement.

Seule l'obtention de licences de transformation pour la marche au gazogène paraît possible pour le moment.

***

L'insigne que le Conseil supérieur de l'Ordre avait établi, en remplacement de la Croix de Genève, pour distinguer les voitures médicales et leur assurer dans une certaine mesure une priorité de circulation, est prêt.

Il représente, ainsi que nous l'avons déjà précisé, un caducée stylisé, portant l'inscription « Ordre des médecins ».

Nos confrères ne pourront se le procurer qu'auprès du Secrétariat de leur Conseil départemental qui y apposera son cachet.

Le prix de l'insigne a été fixé à la modique somme de 1 franc, frais d'envoi compris, nous affirme-t-on.

***

Le statut des chirurgiens-dentistes est prêt. Le *Journal Officiel* le promulguera très prochainement.

D'après ce que l'on peut dès maintenant en connaître, les praticiens de l'odontologie seraient intégrés à l'Ordre des médecins et seraient représentés, tant au Conseil supérieur de l'Ordre que dans les Conseils départementaux.

C'est une première réalisation de la Corporation sanitaire dont nous avons toujours souhaité la création.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

Soins décisifs mais sans interventions graves

Le 16 juin dernier, une accidentée du travail se présente chez moi avec un énorme œdème de tout le bras gauche. Je diagnostique un phlegmon diffus avec possibilité de charbon, car la malade travaille dans la laine et que cette affection n'est pas très rare à S.... J'envoie cette malade au Dr X., chirurgien, qui pratique de nombreuses incisions d'une longueur totale de 50 à 60 cent. Mais l'état ne s'améliore pas, et le 17 juin, la malade rentre à S..., dans un état désespéré. Je pratique alors des injections massives de sérum anti-charbonneux (250 c. c.) et j'ai

la chance de sauver la malade. Mais vu l'importance des pansements journaliers occupant tout le bras, impossibles à faire à domicile, vu l'urgence et le caractère particulièrement grave de la lésion, la malade est placée à la clinique R., située à deux kilomètres de S... et je continue à lui donner mes soins.

Prévoyant des difficultés pour le règlement de ce sinistre par la Compagnie d'assurances, j'exposai le 7 juillet par lettre recommandée à l'agent de cette Compagnie, tous les détails de l'affaire et déclarai qu'en raison de la gravité toute spéciale du cas et de la minutie et de la longueur des soins j'entendais ne pas me contenter des honoraires forfaitaires de 6 francs par journée d'hospitalisation. J'appuyai mon argumentation sur l'article du *Concours médical* du 15 juin 1941, et faisais observer à la Compagnie que si la malade était morte, la somme à payer aurait été infiniment plus importante. Le 10 juillet, l'assureur répondait que la Compagnie appliquerait strictement le tarif du 5 mai 1939 sans supplément.

Ayant demandé un contrôle de la malade, celui-ci a été fait le 17 juillet par le Dr Y. qui a constaté la gravité du cas et l'importance des lésions. La malade est sortie de la clinique le 15 juillet hors de danger, mais non guérie, de sorte que je ne peux encore vous donner le chiffre de mes honoraires. Mais, dès à présent, je demande l'avis de M. le Docteur Decourt et, s'il y a lieu, l'appui du « Sou médical ».

Dr R.

Réponse

Dura lex..... La Compagnie est dans son droit strict de ne payer comme honoraires médicaux que 6 francs par journée d'hospitalisation s'il n'y a pas eu d'actes médicaux d'un prix supérieur à 40 francs. (Art. 30, alinéa 1er). Auquel cas, ce jour-là, le prix forfaitaire journalier serait remplacé par le prix de l'intervention effectuée, au même taux que ceux prévus au domicile ou au cabinet (même article). Il en est de même à domicile par exemple pour un médecin qui, grâce à un diagnostic rapide et précis, sauve un enfant de la diphtérie. En l'état actuel des choses, il ne reçoit pas d'honoraires suivant l'importance du service rendu. Evidemment, il y a, dans de tels cas, une injustice criante, mais légalement, je ne vois pas sur quoi s'appuyer pour y remédier.

Dr F. DECOURT.

5.134. — Extraction d'un fragment d'aiguille dans un doigt avec double radioscopie

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur la tarification de l'accident suivant :

Fragment d'aiguille profondément cassé au contact d'une phalange. Extraction sous anesthésie locale, après examen radioscopique pour contrôle de la présence et localisation. Deuxième examen après l'extraction, pour contrôle d'absence d'autres fragments de l'aiguille.

Bien que le corps étranger ne soit pas profond, peut-on considérer que l'examen radioscopique ne soit pas indispensable ?

Quel prix assigner à cette petite intervention qui n'est facile qu'avec l'aide des rayons ?

Dr P.

Réponse

Vous avez à compter tout d'abord « Extrac-

tion de corps étranger superficiel, mais non visible et palpable : 35 francs » (art. 17).

Quant à vos radioscopies avant et après, autant je comprends la première afin de savoir s'il y a un ou plusieurs fragments et où il, ou ils sont placés, autant je comprends moins la seconde, en l'espèce. Aussi je crains que l'on vous « chicane », passez-moi le mot, sur le paiement de la seconde scopie.

La radioscopie d'un doigt ne saurait être qu'inférieure à la radiographie de ce doigt, qui est tarifée 50 francs (art. 27) puisqu'il n'y a ni cliché, ni papier à faire.

Dr F. DECOURT.

b) *Assurances sociales*

4.970. — Suture de la rotule

J'ai pratiqué, il y a trois mois environ une suture de la rotule pour fracture ouverte à une enfant d'assuré social indigent (A. M. G., A. S.).

J'ai dû faire l'ablation secondaire des crins qui m'ont servi à cette suture, ceux-ci étant mal tolérés.

Que dois-je compter comme K à cette intervention ? CHI K = ?

Dans ce cas, les honoraires de l'anesthésiste et du médecin qui m'assistait sont-ils compris ?

Dr R.

Réponse

On lit en K.60 « Ostéosynthèse pour fracture ouverte ». C'est, ce me semble, le coefficient qui convient pour votre suture de la rotule. Mais ce coefficient comprend l'intervention complète, donc y compris l'ablation secondaire des crins.

En tous cas, sont inclus dans le K.60 : honoraires d'aides et d'anesthésiste, ainsi que les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. (Voir l'Instruction pour l'utilisation de la nomenclature, page VII.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

3948. — Soins donnés dans un hôpital public aux assurés sociaux assistés

Je suis médecin d'un hôpital où on héberge et opère assez souvent des assurés sociaux indigents assistés :

1° Ai-je droit à une rémunération journalière pour les assurés sociaux indigents assistés ;

2° En cas d'intervention, le chirurgien a-t-il droit à des honoraires ? et le médecin qui l'assiste a-t-il droit également à une rémunération ?

Dr M.

Réponse

La question de la rémunération des soins donnés dans un hôpital public aux assurés sociaux assistés est réglée par l'art. 19, paragraphe 3, alinéa 8 du décret du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Aux termes de cet article, les frais dus aux praticiens et à l'établissement d'hospitalisation sont réglés par les collectivités d'assistance, sur les bases suivantes :

« .....4° Les frais d'hospitalisation, non compris les honoraires médicaux, sont réglés conformément aux tarifs applicables aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite. »

Donc les frais d'hospitalisation ne comprennent uniquement que les frais de séjour et non point les honoraires des médecins.

Comment sont calculés ces derniers ?

En vertu du même article, alinéa 3, « les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les assurés bénéficiaires du présent article, sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés ».

Il faut déduire de là que les Caisses ont à verser aux établissements hospitaliers exactement les mêmes sommes que celles qu'elles auraient à verser s'il s'agissait d'assurés ordinaires, c'est-à-dire les honoraires médicaux prévus par leur tarif de responsabilité, en application de l'art. 6, paragraphe 15, alinéa 2, ou les conventions intervenues avec les établissements intéressés.

D'autre part, aux termes de la loi du 29 mai 1941, des tarifs minima de responsabilité seront arrêtés par le Secrétaire d'Etat au Travail et le Secrétaire d'Etat à la Santé, dans chaque département ou région, et s'imposeront à toutes les Caisses de cette région.

Provisoirement, et à compter du 1er juillet 1941, les Caisses d'assurances sociales devront rembourser les frais de maladie et d'hospitalisation sur la base d'un tarif qui ne pourra être inférieur au tarif fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938, c'est-à-dire sur la base du tarif de réassurance.

Que dit ce tarif de réassurance ?

En matière de soins à l'hôpital public, les honoraires médicaux sont fixés par journée d'hospitalisation à 4 francs pour la médecine. Quant à la chirurgie, les honoraires sont fixés soit à 4 francs par journée d'hospitalisation, soit à l'intervention forfaitaire, avec application des chiffres-clés de 3 fr. 50 et 7 francs, au coefficient de la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités, le chiffre-clé de 3 francs s'appliquant si le coefficient est inférieur à 24, et le chiffre-clé de 7 francs si le coefficient est égal ou supérieur à 24.

La prestation ainsi définie est destinée à couvrir, en plus des honoraires du chirurgien, tous les autres frais accessoires de l'opération. Elle comprend donc en particulier, les honoraires pour aide-opératoire du médecin traitant de l'assuré. Il appartient à ce dernier de s'entendre avec le chirurgien pour le partage de ces honoraires forfaitaires.

Qu'il y a-t-il lieu de faire si ces honoraires ne sont pas versés, conformément à la loi, par les Caisses d'assurances sociales débitrices ?

Il faut observer qu'en cette matière, le médecin ou chirurgien n'a pas d'action directe contre la Caisse, car il est l'agent du service public hospitalier. Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, c'est à la Commission administrative de l'établissement, et à elle seule, qu'il appartient d'agir en recouvrement de ces honoraires.

Il y aurait donc lieu d'éclairer la Commission

administrative de votre établissement sur ses véritables droits, et s'il y a des difficultés entre elle et la Caisse, de porter le différend devant la Commission tripartite régionale, conformément à l'art. 8 du décret-loi sur les Assurances sociales.

Enfin, s'il y avait des difficultés entre le Corps médical et la Commission administrative sur la répartition de ces honoraires, ces difficultés seraient de la compétence du Conseil de Préfecture.

AUTOMOBILISME

Peut-on utiliser l'alcool à brûler ?

Nous venons de recevoir le texte suivant de notre abonné le Docteur André Colas, de Bassuet (Marne), provoquée par la lecture de la réponse de notre conseiller technique à un de nos correspondants que nous avons publiée dans notre numéro du 12 octobre.

M. Petit estime, en effet, qu'il y a danger à rouler avec de l'alcool à brûler depuis qu'il contient du silicate d'éthyle, ce qui lui a été confirmé récemment par un fonctionnaire du service des alcools.

J'ai pu constater personnellement la présence du silicate d'éthyle dans l'alcool à brûler, par le résidu laissé dans deux moteurs que j'ai vus chez mon mécanicien.

Non seulement cylindres et pistons étaient..... rodés (?) mais il y avait dans les cylindres plusieurs cuillers à café de grains siliceux très ténus et très durs. Une vraie potée d'émeri.

Dans ces deux camionnettes, on avait d'abord mélangé alcool-essence. Puis, dispositif pour la marche à l'alcool.. L'un des moteurs, fort usagé, a supporté ce régime assez longtemps, mais l'autre a été nettoyé en moins de 2.000 kilomètres.

QUESTIONS DIVERSES

5.280. — Les tarifs médicaux sont-ils soumis aux lois sur les hausses des prix ?

Je vous serais obligé de me faire connaître si nous pouvons augmenter, sans autorisation autre que l'accord du Conseil de l'Ordre, nos tarifs d'honoraires. Dr P.

Réponse

Nous vous conseillons de ne rien faire que d'accord avec le Conseil de l'Ordre. Mais, en ce qui concerne l'autorisation administrative, nous considérons que vous n'avez pas à en demander.

En effet, bien que la loi du 21 cotobre 1940 vise expressément les prix de « tous produits et services », et qu'on entende en général dans le langage du droit par « services » tous les travaux quelle qu'en soit la nature par lesquels on procure un avantage à autrui, et quel que soit le nom donné à la rémunération, il ne semble pas que le législateur ait voulu viser ici le prix des services, ainsi entendus, et par conséquent, entre autres choses, le montant des honoraires médicaux.

Telle est du moins notre opinion, étayée sur un

article publié par M. Paul Esmein, professeur à la Faculté de droit de Paris, dans la *Gazette du Palais* du 7 janvier 1941. Les prix des services visés par cette loi seraient seulement d'après M. Esmein, ceux des services rendus dans les professions commerciales et artisanales, désignés par le décret du 9 septembre 1939 et les textes antérieurs par les termes « tous tarifs appliqués dans les entreprises artisanales, industrielles et commerciales ».

A l'autorité du Professeur Esmein s'ajoute celle de M. René Floriot, avocat à la Cour d'appel de Paris, auteur d'un livre fort documenté « La hausse illicite et ses conséquences » (Librairie française de documentation). Celui-ci soutient que bien que la formule adoptée par la loi du 21 octobre 1940 soit plus précise que celle du décret du 9 septembre 1939 et vise notamment les prix « de tous les produits et services » (ce que le décret de septembre ne faisait pas), la loi ne s'applique pas à tous les particuliers vendant des services à titre onéreux.

Selon nous, la loi du 21 octobre 1940 comme le décret du 9 septembre 1939 proclame le même principe : le blocage des prix au 1er septembre 1939 ; les prescriptions impératives de la loi du 21 octobre ne peuvent jouer que s'il existe à cette date des prix bien nets pour chaque service rendu. Elle ne peut donc s'appliquer qu'aux commerçants, industriels ou artisans dont la rémunération était nettement fixée.

Le médecin ne reçoit pas le même honoraire de chaque client, le chiffre varie suivant la gravité de l'affection soignée, la valeur et les titres du médecin, les capacités de paiement du malade, etc... On ne peut donc dire qu'il s'agisse de prix nettement fixés.

Me Floriot soulève l'objection des tarifs minima établis par les Syndicats de médecins, mais il remarque que l'interdiction de hausse ne peut non plus s'appliquer à ces tarifs qui sont des tarifs minima, mais qui n'ont jamais prétendu instituer un tarif uniforme pour l'ensemble du Corps médical et pour l'ensemble de sa clientèle. Les tarifs minima qui doivent être appliqués à ce qu'on est convenu d'appeler les économiquement faibles sont des tarifs au-dessous desquels il n'était pas possible de descendre, mais au-dessus desquels il était toujours licite et même recommandé de se fixer selon les possibilités plus ou moins grandes de chaque client. A divers assurés sociaux qui sont pourtant des économiquement faibles, divers tarifs peuvent être appliqués selon les capacités de chacun.

Me Floriot conclut donc que les honoraires médicaux ne sont pas visés par la loi du 21 octobre 1940 qui, tout en adoptant une rédaction différente de celle du décret du 9 septembre 1939, n'a pas voulu innover. « Seuls les tarifs fixés de façon précise et uniforme au 1er septembre 1939 » tombent sous le coup de la loi.



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants........... 80 fr.

Le Numéro.............. 4 fr.

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.
Elles doivent comporter une adresse.
Prix des insertions ; 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).
Verser le montant au compte de chèques postaux Paris 167-95.

N° 350. — Anjou. Clientèle pro-pharmac. demi-repos susceptible extension import. Région bien approvision. Appartemt médical indépendt. Petit loyer. Indemnité minime. Dr Guilmard, Daumeray (M.-et-L.).

N° 351. — Le Docteur A. Baudet, cours des quais à Sauzon (Morbihan) Belle-Isle-en-Mer, serait reconnaist à confr. qui pourrait lui communiquer le numéro du 5 mars 1930 de la *Presse Médicale*.

N° 352. — Médecin, sinistré guerre cherche occupation chez confr. surmené ou ds clinique. Ecr. Dr Mayeur, 14, r. Lentounet, Paris (IXe).

N° 353. — A vendre mobilier médical, instrumts lampe U. V. Gallois, diathermie Palmotherm. Dr Testart, Royan, Chte-Mme. Timbre pr réponse.

N° 354. — Suis acheteur de daviers dentaires neufs ou occas. Ecr. Dr Jourdain, Raddon (Hte-Saône).

N° 355. — Cab. méd. à louer avec instalt scopie-graphie. U. V. Diath., etc., 3 pièc. plus cuisine et gr. cabinet près gare de Lyon. Prom. de vente. Tél. 150. Melun le matin. Dr Bosc, 4, bld. Gambetta, Melun (S.-et-M.).

N° 356. — Jeune méd. cherche poste Normandie ou région parisienne, à créer ou reprend. suite. Dr Marie, rue de Welléat, Volognes (Manche).

Cabinet BREITEL et GORET
1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

— Paris. Clientèle tenue depuis 30 ans. Bon rapport actuel. Appart. 4 pièces. Prix : 60.000 francs.

— Grande banlieue, ancienne clientèle rurale, à céder 40.000 francs comptant.

— Une heure de Paris, ville agréable, poste intéressant, habitation confortable. Prix à débattre.

— Normandie. Pro-pharmac. gros rapport. Proximité grand centre. Prix: 60.000 francs.

— Grande ville ouest. Clientèle. médecine générale de consultation. Belle installation. Indemnité 10.000 francs. Facilités.

— Picardie. Seul propharmacien, poste actif, habitation confortable. Indemnité 60.000, y compris instrumentation et mobilier professionnel.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Lourdeurs, aigreurs, douleurs gastriques, entérites, ballonnements et toutes affections de l'estomac, immédiatement soulagés et guéris ensuite par l'usage quotidien de la **Mangaïne**.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Nous rappelons à nos abonnés que la date d'expiration de leur abonnement est celle qui figure sur la bande d'envoi de leur journal, *quand cette bande est tirée à la machine à adresses.*

Quand elle est imprimée, et qu'il s'agit par conséquent d'une bande d'avant-guerre non encore renouvelée, la date d'expiration qui est indiquée, doit être prorogée de quatre mois ou de sept mois, suivant que l'abonné se trouve dans la zone occupée ou non occupée.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou Médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de thérapeutique* (Professeur Aubertin). COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES. — Ce cours aura lieu en janvier et février, tous les mercredis, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et portera sur les sujets suivants :

1. La vitamine A en thérapeutique, par M. Robert CLÉMENT. — 2. Les vitamines B en thérapeutique, par M. Jean LHERMITTE. — 3. La vitamine C en thérapeutique, par M. Edmond LESNÉ. — 4. La vitamine D en thérapeutique, par M. Jean CATHALA. — 5. Traitement des accidents consécutifs aux restrictions alimentaires, par M. JUSTIN-BESANÇON. — 6. Traitement de la maladie d'Addison, par M. Henri STÉVENIN. — 7. Etat actuel de la sulfamidothérapie, par M. Marcel MOUQUIN. — 8. Les dérivés de la quinine en thérapeutique cardiaque par M. A. CLERC.

— *Radiologie et électrologie médicales.* — Cet enseignement, commencé le 17 novembre, comprend un cours, des exercices pratiques, des stages hospitaliers, en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales, et, ultérieurement, du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris est conféré à MM. les professeurs Ombrédanne, Laubry, Jeannin, Lereboullet, admis à la retraite.

M. Harvier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, titulaire de la chaire de thérapeutique médicale de l'hôpital Cochin (budget de l'Université), est transféré, depuis le 1er octobre 1941, dans la chaire de clinique médicale du même hôpital (budget de l'Etat).

La chaire de clinique médicale de la Pitié (dernier titulaire : M. Harvier) est déclarée vacante.

— **Université de Paris.** — A la séance de rentrée de l'Université, le 5 novembre, M. le Professeur Baudouin, doyen la Faculté de médecine de Paris, a fait connaître le nombre des étudiants ayant pris à la date du 1er novembre 1941, leur première inscription à la Faculté. Il était de 771, chiffre le plus élevé de ceux enregistrés depuis 1935.

L'annexe de la Faculté, en construction sur l'emplacement de l'ancien hôpital de la Charité, lorsqu'elle sera achevée (à une date indéterminée), recevra les étudiants de première et deuxième années de médecine.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — Sont chargés de cours : MM. Harant, pharmacologie ; Grahel, histologie et embryologie ; Laux, anatomie topographique ; Ferrier, stomatologie ; Harant, histoire naturelle médicale ; Monnier, chimie biologique ; Sagols, direction des travaux pratiques de physique ; Chaptal, thérapeutique ; Richard, histoire naturelle et pharmacologie.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — Sont chargés de cours : MM. Cadenat, stomatologie ; Calvet, oto-rhino-laryngologie ; Jacques Fabre, parasitologie ; Bonhoure, dermatologie ; Bugnard, phy-

sique pharmaceutique ; Bouisset, microbiologie ; Andrieu, bactériologie ; Mlle Mathou, crytpogamie ; MM. Valdiguié, chimie minérale ; Vincent, chimie biologique ; Delas, zoologie ; Bouisset, législation pharmaceutique ; Vincent, chimie pathologique ; Caujolle, pharmacie ; L. Morel, clinique de la tuberculose ; Blanc, chimie analytique ; Louis Dambrin, pathologie chirurgicale ; Gadrat, médecine expérimentale.

— **Hôpital Cochin.** *Maladies du sang.* — M. le Docteur P. Chevallier, médecin de l'hôpital Cochin, fera le dimanche 30 novembre 1941 et les dimanches suivants, à 11 heures, à l'amphithéâtre Dieulafoy de l'hôpital Cochin, des leçons sur les maladies du sang. Sujet de la leçons du 30 novembre : les cellules du sang.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'externat* du 11-12-1941. — Des majorations pour services militaires dont le total ne pourra excéder trois points peuvent être accordées aux candidats ayant été mobilisés. Un concours spécial sera réservé : 1° aux élèves prisonniers non encore libérés à la date du 11 septembre 1941 ; 2° aux élèves non encore démobilisés à cette date. Toutefois le bénéfice de cette disposition ne sera pas accordé aux élèves ayant fait acte de candidature au présent concours.

Les candidats résidant en zone non occupée, ne tombant pas sous le coup de la loi portant statut des juifs, pourront demander leur inscription, par carte familiale adressée au bureau du service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, et mise à la poste le 30 novembre au plus tard.

Ils indiqueront : leur état civil ; leur nombre d'inscriptions ; s'ils sont en mesure de bénéficier de majorations militaires.

Ils devront faire connaître, également, s'ils estiment avoir la possibilité d'être à Paris le jeudi 11 décembre, jour d'ouverture du concours. Ils se présenteront avec leur dossier et une carte d'identité comportant photographie.

Un accusé de réception sera adressé aux candidats par l'administration.

— **Hôpitaux de Lyon.** — Un concours aura lieu le 12 janvier 1942 pour la nomination d'un stomatologiste des hôpitaux de Lyon. Inscriptions jusqu'au 27 décembre 1941 au siège administratif des hospices, bureau du personnel médical, 3, quai des Célestins, à Lyon.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Concours pour la nomination de quatre médecins adjoints* des dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour la région parisienne. — Ce concours sera ouvert le lundi 2 février 1942, salle de conférences de l'Institut Alfred-Fournier.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), dans les conditions prescrites par le règlement, du samedi 3 janvier 1942 au samedi 10 janvier inclus, de 10 heures à midi.

Les médecins adjoints sont nommés pour une période de trois ans, renouvelable. Sont admis à concourir : les docteurs en médecine ayant la qualité de français (candidats ou candidates), les internes des

hôpitaux de Paris et de Saint-Lazare (ceux-ci, en cas de nomination, ne pourront entrer en fonction qu'après avoir passé leur thèse de doctorat).

— **Société française de gynécologie.** *Les sports chez la jeune fille et chez la femme.* — Après présentation d'un rapport de M. Maurice Fabre sur cette question et sur la proposition de M. Jayle, la Société française de gynécologie a émis à l'unanimité un vœu, tendant à la suppression des championnats féminins.

— **Hôpitaux de Toulon.** *Internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires en médecine et chirurgie aura lieu le 15 décembre 1941.

Traitement annuel de 5.400 francs la première année, 6.000 francs la deuxième année et 6.600 francs la troisième année. Avantages en nature en sus.

Pour tous renseignements s'adresser à la direction de l'Hôtel-Dieu de Toulon (Var), rue Chalucet.

La liste d'inscription sera close le 5 décembre 1941.

— **Naissances.** — Jean-François, Paul, Guy et Marie-Catherine Clénet sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petite sœur *Elisabeth*, 16 octobre 1941.

Docteur J. Clénet, 33, boulevard de l'Océan, Le Croisic.

— Le Docteur et Madame Jean Cau sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Solange*.

Cherbourg, le 31 octobre 1941.

— Bernadette Houssay, fille du Docteur et de Madame Paul Houssay, a la joie de vous annoncer la naissance de son petit frère *Jean-Claude*.

Hendaye, le 7 novembre 1941.

— Le Docteur et Madame H. Corrèze sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean-Marie*.

Noyers-sur-Serein (Yonne), 25 septembre 1941.

— Le Docteur et Madame Jean Guillerey ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Bernard*.

Héricourt, 11 novembre 1941.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Joseph Juvaux, de Paris, avec Mademoiselle Marie-Louise Martin, Docteur en médecine à Villemomble.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans la plus stricte intimité, en l'Eglise Notre-Dame des Blancs-Manteaux, à Paris, le mardi 11 novembre 1941.

24, rue Beaurepaire, Paris (Xe). — 61, avenue général Galliéni, Villemomble (Seine).

— **Nécrologie.** — On nous fait part de Port-Lyautey (Maroc), du décès du Docteur Paul Ferrier, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui avait préconisé le traitement de la tuberculose par la recalcification. Nous adressons nos plus sincères condoléances à Madame Ferrier et à sa famille.

J. N.



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins communique la note suivante (nº 1.081-Cab.), émanant de la Direction du Service de Santé, région de Paris :

L'attention de la Direction du Service de santé de la région de Paris a été appelée sur le sentiment d'inquiétude suscité parmi les médecins de réserve de la France occupée et les internes des hôpitaux de Paris, par des demandes de renseignements ou des convocations qui leur ont été adressées par le Bureau du personnel de la Direction. Cette inquiétude semble résulter d'une erreur d'interprétation, qui a fait croire aux intéressés que les recherches entreprises avaient pour but des désignations pour participer à la relève en cours des médecins prisonniers en Allemagne. Cette interprétation est tout à fait erronée. Les recherches en question n'ont pour but que la mise au point exacte de la situation de chacun pour l'établissement du fichier du personnel. Elles sont compètement indépendantes de la désignation des médecins qui seront destinés à la relève en Allemagne.

Cette dernière question fait l'objet de dispositions spéciales. Il est par ailleurs entendu, d'accord avec le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qu'il sera pourvu à cette relève :

1º Par priorité, par des médecins militaires du cadre actif provenant de la zone occupée et de la zone non occupée ; cette dernière fournira, dans un délai très rapproché, pour la relève qui est actuellement envisagée, un appoint très important ;

2º Par des médecins volontaires ;

3º Pour le complément nécessaire, par des médecins désignés par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Signé : Le Médecin-général Fribourg-Blanc,
Directeur du Service de santé
de la Région militaire deParis

Société française d'histoire de la médecine

Séance du 9 novembre 1941

Docteurs R. et P. Molinéry : *Les Hétérogénistes à la Maladetta.*

Luchon a célébré, cette année le 80e anniversaire de la lutte célèbre que les hétérogénistes soutinrent en faveur de la génération spontanée ou, plus exactement, contre les théories de M. Pasteur qui venaient de démolir ce qui restait encore de la croyance en l'hétérogénie. Question de toute actualité puisque M. le Professeur H. Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, venait d'évoquer ce souvenir dans deux articles magistraux de la *Presse médicale.*

Une relation fort peu connue, signée du Dr Karl, signature anonyme dont le savant Henri Berladi n'a pu soulever le voile, permet à MM. Molinéry de donner des détails ignorés sur l'ascension que MM. le Professeur Pouchet de Rouen, le Professeur Joly de Toulouse et leur collègue, M. Musset de la même ville, effectuèrent le 28 août 1863. Le Docteur Ferras, interne des hôpitaux de Paris, pyrénéiste remarquable, les accompagnait avec le guide Laffon. Après avoir préparé, avec le plus grand soin, leurs bouillons de culture dans le laboratoire de M. Boileau, pharmacien à Luchon, la caravane s'éleva vers les hautes cimes. A la Rencluse, premières expériences

conduites avec un soin méticuleux. L'expérience prit fin sur les derniers sommets de la Maladetta. Retour à Luchon. Un terrible orage de montagne parut, un instant, tout compromettre...

Quelques jours après, les trois savants, examinant leurs ballons les trouvèrent ensemencés !! Ils en envoyèrent le résultat à l'Académie des Sciences ; Pasteur montra les fautes de technique commises par les trois premiers expérimentateurs. On sait le reste... Il faudra lire, *in extenso*, la curieuse communication de M. Molinéry... Chapitre à ajouter, dans ses détails, à l'histoire pasteurienne de la génération spontanée (1).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Inspection médicale de la Santé

Par arrêtés du 5 novembre 1941, sont affectés :

Au département de la Gironde, M. le Docteur Fournier, inspecteur adjoint du Calvados.

Au département de la Loire, M. le Docteur Series inspecteur adjoint de l'Hérault.

Au département de l'Ardèche, M. le Docteur Moncenix, inspecteur adjoint du Cantal.

(*J. O.*, 7 novembre 1941).

Par arrêté du 28 octobre 1941, M. le Docteur Mutelet, inspecteur adjoint de l'Ariège, non installé est affecté au département du Gard.

(*J. O.*, 12 novembre 1941).

(1) René VALLERY-RADOT. — *La Vie de Pasteur*. Pages 124 et suivantes. M. R. Vallery-Radot a donné l'essentiel de cet épisode dont on a cru bon, ici, de donner quelques points laissés dans l'ombre.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA RESPONSABILITÉ. — CHARBON. — AVOCATS ET MÉDECINS ÉTRANGERS. — ENCOURAGEMENT A LA FAMILLE ET ALLOCATIONS FAMILIALES.

Il nous revient de divers côtés que certain Conseil départemental du Midi, en accord sans doute avec une Mutuelle médicale qui préfère la contrainte à la persuasion pour son recrutement (la chose est tellement plus simple !) **obligerait ses membres à verser, en outre de la cotisation, une prime d'assurance contre les risques de responsabilité professionnelle,** s'élevant à la modique somme de 350 francs.

Nous sommes en mesure d'affirmer qu'une telle prétention est **absolument illégale**. Un médecin doit être et rester inscrit au tableau de l'Ordre tant qu'il satisfait aux conditions légales d'exercice de la médecine, et que rien ne peut lui être reproché sur le plan moral. Toute sanction qui serait prise à l'égard d'un membre de l'Ordre pour n'avoir point versé une prime à une assurance corporative quelconque, constituerait un véritable **détournement de pouvoir** et justifierait un recours en Conseil d'Etat avec une certitude absolue de réussite.

Nous pensons que cette mise au point suffira

à faire connaître aux membres dudit Conseil départemental les limites exactes de leur pouvoir, et qu'ils comprendront d'eux-mêmes que le rôle de l'Ordre n'est pas de favoriser des intérêts particuliers.

***

Dans notre numéro du 9 novembre, nous avions précisé à nos lecteurs quels étaient leurs droits en matière de charbon.

Le Conseil supérieur de l'Ordre, dans un communiqué postérieur, reproduit par nous, est venu confirmer nos informations.

Nous croyons devoir ajouter les renseignements pratiques suivants :

— ces deux bons de 150 kilos accordés à titre médical, doivent être retirés par chaque médecin à la mairie de son domicile ;

— les mairies ne seront guère à même de les délivrer avant le 1er décembre car il faut leur laisser le temps de recevoir les instructions nécessaires des organismes compétents.

***

L'exercice de la médecine, de même que l'accès au barreau, avaient été réglementés par deux lois similaires ; celle du 16 août 1940 pour les médecins, celle du 10 septembre 1940 pour les avocats.

L'une et l'autre s'étaient rapidement montrées d'une application difficile, pour ne pas dire impossible. Aussi les administrations intéressées avaient résolu de les modifier.

Nous avions précédemment laissé entendre que la nouvelle loi concernant les médecins, était sur le point de paraître.

En fait, c'est celle visant les avocats, datée du 15 octobre 1941, qui est parue la première, au *Journal officiel* du 7 novembre.

Il nous paraît intéressant de l'analyser, car il est vraisemblable que son texte est assez voisin de celui qui s'appliquera aux médecins étrangers.

L'accès au barreau est réservé aux Français nés de père français.

Peuvent néanmoins être exceptionnellement autorisés à s'inscrire, ceux qui ne sont pas nés d'un père français, s'ils sont naturalisés et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

— naturalisés pour services exceptionnels ;

— protégés français naturalisés français ;

— combattants de la guerre 14-18 ou de la guerre 39-40, aux yeux des lois du 1er juillet 1930 ou du 27 décembre 1940 ;

— ascendants, époux ou veuves de militaires ou marins ayant la qualité de combattant ;

— Alsaciens-Lorrains ;

— enfants naturels nés en France et non reconnus ou légitimés par un père étranger.

Enfin, les naturalisés français pourront, à titre tout à fait exceptionnel, bien que ne remplissant pas les conditions ci-dessus, être autorisés à s'inscrire à un barreau par arrêté du Garde des Sceaux pris sur proposition motivée du Conseil de l'Ordre.

La loi du 15 octobre 1941 abroge celle du 10 septembre 1940 et permet à tous les avocats rayés par l'application de la précédente loi de formuler une nouvelle demande d'insc iption.

***

Deux dispositions nouvelles importantes vien-

nent d'être prises en matière d'allocations familiales. L'une retentira indirectement sur les allocations versées aux médecins : il s'agit de l'augmentation du salaire moyen départemental pour certaines localités dont la population jointe à celle de leur banlieue excède 200.000 habitants. Le salaire de base sera le salaire rural majoré d'un montant variable selon les cas, dans la limite d'un maximum de 15 % du salaire urbain.

L'autre, qui ne vise que les salariés, prévoit l'octroi aux jeunes ménages sans enfants d'une allocation de salaire unique fixée à 10 % du salaire moyen départemental et versée pendant deux ans à compter du mariage ; ceci dans le but de maintenir la jeune femme à son foyer dès le début de l'union.

Cette mesure est intéressante par la tendance qu'elle manifeste de ne plus favoriser de façon substantielle uniquement la famille dotée de plus de quatre enfants. Aider les pères de familles nombreuses est certes louable et équitable, mais ne convient-il pas de songer aussi et d'abord à multiplier le nombre des familles moyennes (3 ou 4 enfants ?.

La création de ces familles moyennes, qui devraient constituer la grande masse, est-elle à l'heure actuelle assez encouragée ? On peut en douter quand on constate la progression en flèche des allocations familiales à partir de 4 enfants, progression accusée encore dans le cas des fonctionnaires par celle, cumulative, de l'indemnité de résidence ? Le tableau ci-dessous est suggestif.

Traitement annuel à Paris d'un facteur, père de six enfants

Traitement de base	9.000
Indemnité provisoire	5.000
Indemnité de résidence	20.000
Allocations de salaire unique et familiales	27.000
Total	61.000

Traitement annuel à Paris d'un rédacteur au Ministère père de trois enfants

Traitement de base	14.000
Indemnité provisoire	5.000
Indemnité de résidence	12.000
Allocations de salaire unique et familiales	10.800
Total	41.800

soit 20.000 francs de moins que le facteur père de six enfants.

Cela ne risque-t-il pas de nuire chez le facteur au sens de la hiérarchie ?

Mais surtout cela ne revient-il pas à encourager la prolifération à outrance sans souci de conditions matérielles et morales dans lesquelles le père de famille pourra élever ses enfants ?

Nous sommes ainsi amenés à examiner quelle aide familiale est apportée aux membres des professions libérales qui, pensons-nous, sont aussi qualifiées à en bénéficier que bien des salariés dont les appointements peuvent dépasser le chiffre des revenus mensuels du médecin par exemple.

Voici une autre comparaison : celle des allocations mensuelles touchées à Paris par :

pour	un médecin	un employé
2 enfants..	0	525
3 enfants..	300	900
4 enfants..	750	1.350
6 enfants..	1.650	2.250

Ce qui frappe, c'est la différence énorme, en faveur de l'employé, des allocations touchées. Elle s'explique par le fait que le médecin paie une cotisation alors que l'employé à la différence du médecin, touche la prime de salaire unique.

Mais ce qui frappe aussi c'est que la famille médicale de 2, 3 ou même 4 enfants n'est pas du tout ou presque pas aidée et ceci est la conséquence directe de ce que, pour le médecin, la cotisation est déduite de la prime qu'il touche.

Ceci fausse absolument le principe de la proportionnalité prévu par la loi en faveur du médecin comme en faveur de l'employé. Une réforme ne pourrait-elle pas intervenir pour aider les familles moyennes dans les professions libérales ?



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.181. — Liberté des honoraires opératoires en matière d'accidents du travail

Lisant avec intérêt vos demi-colonnes du *Concours Médical*, je me permets de vous poser la qnestion suivante :

Appelé d'urgence pendant mon cabinet par la Direction d'une entreprise de constructions navales pour un accidenté du travail dans le coma je constate : énorme fracture du crane, schock intense, malade moribond. Trépanation large, guérison.

Le malade a été opéré à l'hôpital. Je ne suis pas chirurgien de l'hôpital.

Je demande 3.000 francs d'honoraires à la Compagnie d'Assurances, arguant que la loi sur les Accidents du travail ne joue pas, puisque ce n'est pas l'ouvrier qui a choisi son médecin, mais le patron.

La Compagnie d'Assurances me demande le détail de ces honoraires. J'indique qu'il n'y a pas de détail, et que c'est uniquement le prix de l'acte opératoire, les honoraires journaliers seront demandés séparément par l'hôpital.

Quels sont mes droits ? J'ai appris que dans des cas analogues, le chirurgien avait eu gain de cause en justice. Est-ce exact ?

Voir la suite page XLV-2117

PROPOS DU JOUR

RÉALITÉS IMMÉDIATES

C'est un des spectacles les plus émouvants de la guerre de 1914 que celui qu'offraient les habitants de Dunkerque bombardé, en relevant leurs ruines encore fumantes, en reconstruisant leurs habitations, leurs ateliers détruits et en donnant l'exemple de cette vie éternelle que viennent à peine troubler les guerres, les invasions ou les cataclysmes.

J'avoue cependant qu'en ces moments tragiques, il ne serait venu à l'idée de personne de concevoir et d'entreprendre des constructions nouvelles, car le spectacle au lieu d'être émouvant eût été ridicule.

C'est l'idée qui me vient en réfléchissant à ce qui se passe dans notre profession, où s'il y a bien des ruines à relever, on exagère peut-être un peu le désir de reconstruire.

Sans doute, au jour de l'armistice, alors que toutes nos institutions s'écroulaient, la médecine française devait participer à la réforme générale, mais avouons, entre nous, qu'elle n'était point, parmi les professions, celle dont on devait se préoccuper le plus, et celle où il importait au plus tôt de porter le fer rouge, car dans l'ensemble, elle était exercée correctement par une majorité de gens braves et honnêtes.

Les tares dont on lui faisait grief n'étaient point souvent notre fait, et il est probable que si l'on avait, comme tant d'entre nous le réclamaient élevé des barrières plus hautes, afin d'empêcher l'invasion du Corps médical français, par tant d'étrangers dont la morale n'est pas la nôtre, notre profession n'aurait pas autant donné matière à la critique.

Nous nous souvenons d'une époque où, devant le refus des médecins d'accepter des salaires misérables fixés par des tarifs de médecine sociale, un haut personnage de la République nous menaça de faciliter l'intrusion des étrangers prêts à accepter n'importe quelles conditions et de remplacer un Corps médical conscient de sa dignité, de sa valeur, de ses responsabilités, par des médecins venus d'on ne sait où !

Il semblait que de toutes les réformes, la plus pressante était de recréer une médecine française, d'expurger la profession de tous les indésirables qui l'encombrent et il paraissait que le premier geste de l'autorité nouvelle dût être, non seulement la révision soigneuse des entrées insolites, qui, depuis quinze ans, se faisaient chaque jour plus nombreuses, mais aussi de s'assurer que les décisions prises étaient bien exécutées.

Je crains que cette révision qui depuis longtemps devrait être un fait accompli, traîne encore pendant de longs mois, du fait de mauvaises volontés et d'influences occultes et que la mesure radicale qu'il était possible de prendre au lendemain du désastre ne s'avère de plus en plus difficile avec le temps qui passe et une défense qui s'organise.

Il semble que précisément là où il faudrait montrer de l'autorité, de l'énergie, pour se débarrasser d'éléments décidés à s'opposer par tous les moyens aux mesures édictées, on se montre hésitant et timide et qu'on réserve ses sévérités pour compliquer ou empêcher l'exercice de ceux qui, dès la première minute, se sont montrés comme toujours de bons Français obéissants et respectueux de l'ordre nouveau.

Par contre et sans doute pour masquer tout ce l'on ne fait pas d'immédiatement utile, on nous berce d'espoir, et on fait miroiter à nos yeux, une série de projets dont la nouveauté n'est qu'apparente et qui sont destinés à nous assurer dans un avenir lointain, une vie débarrassée de soucis.

Vraiment ! Est-ce maintenant où nul ne sait de quoi demain sera fait, où nul ne peut dire ce que deviendra notre monnaie, la valeur de la propriété bâtie, le taux de l'argent, le pouvoir d'achat de chacun, est-ce maintenant le moment pour nous proposer des combinaisons financières destinées à nous procurer une retraite ?

A quoi pensent ceux qui fixent des chiffres et parlent de retraite honorable, quand le taux de la vie change d'un jour à l'autre, quand nous ignorons ce que sera la paix et quand la guerre en étendant ses destructions sur le monde fait peu à peu disparaître les objets les plus nécessaires, les matières premières les plus utiles et que le

médecin se demande avec angoisse s'il ne viendra point un jour où il manquera de l'indispensable pour soigner ses malades.

Je comprends fort bien l'irritation de ces jeunes dont la vie actuelle manque de sécurité, pour lesquels la question angoissante est de faire vivre leur femme et leurs enfants et auxquels on va venir demander, pour une retraite lointaine, de se dépouiller du nécessaire.

Ils ont devant eux le triste exemple de leurs parents prévoyants (car la prévoyance n'est pas de découverte récente) qui, pour économiser en vue de leurs vieux jours, ont versé chaque année des piles de beaux louis d'or et dont les rentes confortables se sont peu à peu amenuisées pour ne plus représenter maintenant qu'un nécessaire par trop strict.

Ce sont ces prévoyants là dont l'exemple doit nous servir, lorsque l'on examine la question des retraites et non point les fonctionnaires, militaires ou marins dont les retraites ont été relevées au fur et à mesure que le taux de la vie augmentait et qui touchent des sommes ne représentant pas l'intérêt des retenues capitalisées qui leur ont été faites. De telles opérations, si elles assurent aux bénéficiaires une vieillesse tranquille, sont désastreuses pour les budgets et on ne saurait recommencer dans un avenir prochain des aventures aussi ruineuses.

Sans vouloir critiquer l'idée généreuse de ceux qui veulent pour le vieux médecin une retraite confortable, je crois qu'alors que la guerre continue il y a des préoccupations plus immédiates et plus importantes pour satisfaire nos besoins professionnels. La difficulté des temps ne permet plus de vivre en dehors des réalités, de concevoir dans l'espace des constructions merveilleuses péchant souvent par la base, car nous risquerions vite de retomber meurtris et désappointés par la brutalité des faits.

Il apparaît à tout esprit pondéré et positif que le problème urgent, celui qui domine toutes les réformes, c'est de faire vivre le médecin en adaptant son exercice aux nécessités sociales.

La société nouvelle a besoin de bonne médecine.

Or, il n'y aura pas de médecine honnête si le médecin est un besogneux.

Toutes les mesures destinées à empêcher les combinaisons d'argent, les tractations occultes seront vaines si la misère hurle à la porte.

Rien d'utile n'aura été fait si le nombre des médecins continue à augmenter au lieu de diminuer dans de fortes proportions et je crains que les tendances des réformes actuelles, même en envisageant la mise à la retraite des plus âgés, ne soient pas très efficaces.

Il paraît vraiment plus utile et plus urgent :

— d'empêcher le premier venu de se qualifier spécialiste sans avoir appris le métier qu'il exerce.

— de reviser les nominations scandaleuses qui, dans bien des provinces, confient d'importants services hospitaliers à des praticiens insuffisants, alors que des hommes compétents existent dans la ville et sont tenus à l'écart.

— de mettre fin à l'exercice d'étrangers qui même interdits continuent leur trafic clandescin.

— d'organiser enfin l'exercice de la médecine sociale en l'axant sur le médecin et non point sur une armée de fonctionnaires nouveaux.

Nous serions heureux de voir les réformateurs aux prises avec les réalités, plutôt que de les voir essayer de nous leurrer d'espoirs chimériques, de réformes illusoires, comme si nous étions tous de grands enfants qui n'ont jamais envisagé de tels problèmes et auxquels on apporte des solutions hasardeuses et mal étudiées en les priant de les trouver merveilleuses et de les adopter d'enthousiasme.

Ceux qui comme nous, dans ce journal, ont toujours défendu les intérêts professionnels du médecin, en connaissent les travers, les faiblesses, mais aussi toutes les ressources. Ceux qui comme nous ont derrière eux des générations de père, de grand-père et d'aïeux médecins, aimeraient à sentir chez ceux qui nous dirigent et auxquels nous avons fait confiance, une vision plus exacte des réalités, alors qu'avec les jours qui passent, il semble que ce soient plutôt le rêve et l'utopie qui nous mènent.

Docteur Raphaël MASSART.

RECTIFICATION

Dans notre *Propos du Jour* du 9 novembre, page 1904, nous avons reproduit une information du *Temps* du 7 août 1941, donnant les indemnités attribuées à des fonctions médicales. On y lit : médecins des hôpitaux de Paris (concours), médecin assistant....., etc. : 45.000 francs plus indemnités diverses. Un de nos correspondants, médecin honoraire des hôpitaux, attire notre attention sur l'erreur qui s'est glissée dans l'information du Temps. Les médecins des hôpitaux de Paris touchent 500 francs d'indemnité de déplacement pendant dix mois, soit 5.000 francs et 8.500 francs des Assurances sociales soit en tout 13.500 francs. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TUBERCULOSE ET CANCER DU SEIN

Par M. le Docteur P. HARDOUIN,

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de médecine de Rennes

Nous avons reçu ces jours derniers dans le service, une femme atteinte de tumeur du sein, dont le diagnostic et l'étude clinique offrent le plus grand intérêt. Voici tout d'abord l'observation :

Mme J. R., est âgée de 37 ans, et exerce la profession de cultivatrice. Elle entre chez nous, salle Notre-Dame, le 26 mai 1941. Son passé pathologique est lourdement chargé. A l'âge de 15 ans, elle a fait une pleurésie à la suite de laquelle, il se développe lentement, dans la région du sein droit, une tuméfaction diagnostiquée abcès froid par son médecin traitant. Aucun traitement local n'aurait été pratiqué à cette époque.

A 20 ans, elle fait une péritonite bacillaire pour laquelle elle entre à l'hôpital, où elle est traitée pendant un mois. L'abcès froid thoracique existait encore à cette époque. A sa sortie de l'hôpital, elle va passer quelques semaines au bord de la mer, puis rentre chez elle. A ce moment, son médecin incise l'abcès. Il s'en suit une fistule qui finit par guérir spontanément au bout de trois ans.

Depuis cette date, la malade nous dit avoir eu de nombreux abcès dans le sein droit. Les trois derniers remontent au mois de mai 1940, au mois d'octobre suivant et en février dernier. Ils évoluèrent spontanément, et s'ouvrirent à la peau en laissant écouler une quantité de pus blanchâtre évaluée à une ou deux cuillerées à soupe.

Il y a deux mois environ, la malade a vu survenir au niveau de la cicatrice sous-mamelonnaire d'un abcès froid encore incomplètement guéri, une tuméfaction rapidement ulcérée qui s'est développée avec une très grande rapidité, et pour laquelle elle consulte son médecin. Celui-ci lui conseille d'entrer à l'hôpital où elle se trouve actuellement.

Examen de la malade. — Au niveau du sein droit existe sur la ligne médiane, à deux centimètres au-dessous du mamelon une tumeur, des dimensions d'une petite noix, régulièrement arrondie, ulcérée, saillante de 2 centimètres environ au-dessus de la peau. Elle laisse suinter un peu de sang lorsqu'on essaie de la déterger avec une compresse, mais elle n'est pas très hémorragipare. Ses bords sont adhérents à la peau du voisinage sur tout son pourtour, sans solution de continuité.

Au palper, elle est de consistance dure. Elle s'étale dans la profondeur, s'infiltrant dans la glande avec laquelle elle fait corps. Sa base irrégulièrement circulaire mesure 4 à 5 centimètres de diamètre. Elle adhère au grand pectoral et la contraction provoquée de celui-ci, l'immobilise en partie. Pas douloureuse spontanément, la tumeur est sensible au palper, particulièrement dans la région supéro-externe du sein.

Le mamelon, un peu aplati, n'est pas rétracté.

La peau autour de l'ulcération est légèrement infiltrée, un peu adhérente aux plans sous-jacents et sa mobilisation détermine le phénomène de la peau d'orange.

La palpation de l'aisselle révèle un gros ganglion sous le rebord du grand pectoral, mobile et non douloureux. En outre, il existe dans la région de l'appendice xyphoïde une fistule tuberculeuse classique, suite d'un abcès froid déjà ancien qui s'est ouvert spontanément à cette place.

Intervention le 4 juin 1941. Anesthésie générale à l'éther. Large incision en raquette circonscrivant à distance la tumeur et enlevant largement le sein et le grand pectoral sous-jacent qui présente en ce point des adhérences avec la masse infiltrée. A ce moment, on voit sourdre dans la plaie opératoire, du pus blanc jaunâtre, d'origine bacillaire, de la valeur d'une cuillerée à café, et qui est aussitôt enlevé.

L'aisselle est évidée aussi complètement que possible. Je note la présence de deux ganglions principaux. Le plus gros, des dimensions du bout du pouce est réduit à l'état de coque, et contient à son intérieur un liquide séro-sanguinolent. Le second moins volumineux est homogène, molasse et présente l'aspect d'un ganglion tuberculeux.

La plaie est totalement refermée, en laissant comme d'habitude, dans l'aisselle, un petit drainage par tube caoutchouc.

Suites opératoires excellentes, réunion *per primam.*

Examen histologique. — Un prélèvement a été fait sur la partie ulcérée de la tumeur et deux autres dans les parties profondes. L'examen a été pratiqué par le Professeur Chevrel qui nous a transmis les renseignements suivants :

« L'examen histologique du fragment, montre qu'il est envahi par de très volumineuses travées néoplasiques. Celles-ci sont constituées par des cellules atypiques ayant perdu toute aptitude sécrétoire. Les travées cellulaires sont cloisonnées et séparées par une trame lâche, envahie par de nombreux éléments inflammatoires : lymphocytes, plasmocytes et leucocytes polynucléaires. Le centre des travées les plus volumineuses est nécrosé et envahi par des leucocytes polynucléaires.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma atypique du sein ».

Le diagnostic de pareilles tumeurs est souvent difficile, et ici tout particulièrement il était per-

mis d'hésiter à un premier examen, chez une femme touchée depuis de longues années par la tuberculose et atteinte à de nombreuses reprises d'abcès froids de la région mammaire, entre une tuberculose ou un cancer du sein.

Rappelons rapidement les particularités cliniques de la tuberculose du sein. Cette lésion fut longtemps ignorée comme entité morbide. Les premières observations en sont dues à Astely Cooper et à Nélaton en 1836 et 1839. Mais il faut attendre la thèse de Dubar en 1881 pour avoir le premier travail clinique et anatomo-pathologique d'ensemble sur la question. Depuis lors de nouveaux cas ont été publiés, et les nombreux travaux parus tant en France qu'à l'étranger sont venus parfaire nos connaissances à ce sujet. Nous pouvons citer en particulier les thèses de Verchère et de Coudray (1884), le travail de Sabrazès et Binaud (1895), les thèses de Gauthier (1895), de Cunéo (1898), d'Abraham (1907). Celles encore de Fouré et de Berger (1920) et beaucoup d'autres publications plus ou moins importantes, ensemble de travaux qui nous permettent d'avoir aujourd'hui une connaissance parfaite de cette affection malgré sa rareté relative.

Dans sa forme la plus fréquente, la tuberculose du sein revêt l'aspect de tumeur localisée. Elle débute dans beaucoup de cas par des phénomènes douloureux, d'ailleurs peu accusés, qui attirent l'attention de la malade.

Exceptionnellement, c'est une rétraction progressive du mamelon qui sera le premier signe appréciable, et cette invagination, parfois très accusée, peut se produire plusieurs semaines, plusieurs mois ou même plusieurs années avant la découverte de la lésion du sein (cas de Dubreuil, Verneuil, Warden, Pataronni).

Mais bien souvent aussi la tuberculose de la mamelle à forme tumorale, se développe lentement, de façon indolente et c'est par hasard, comme pour le cancer, que la malade s'aperçoit un jour qu'elle présente une tumeur du sein.

En général, au moment où le chirurgien est appelé en consultation, la lésion qui occupe le sein droit de préférence et le plus souvent le segment supéro-externe de la glande (36 fois sur 55 cas dans la thèse d'Abraham), se présente sous la forme d'une masse du volume d'une noix ou d'un œuf. Il est exceptionnel de constater des tumeurs volumineuses, à moins que l'on n'ait affaire à une lésion de date déjà ancienne et transformée en abcès froid plus ou moins considérable.

La peau sus-jacente peut rester longtemps saine, mais à la suite de l'évolution de l'affection, elle adhère à la tumeur tuberculeuse et prend l'aspect dit de la peau d'orange.

Le mamelon peut rester normal pendant très longtemps, cependant des auteurs ont signalé sa rétraction comme dans le cancer et nous avons dit plus haut que cette invagination était parfois un symptôme très précoce.

Au palper, on constate dans la profondeur de la glande une tumeur, dure, bosselée, irrégulièrement arrondie, mal délimitée, qui, à cette période, ne présente pas habituellement d'adhérences au grand pectoral.

Il existe communément dans l'aisselle, contre le thorax, des ganglions isolés, durs, mobiles. Ces ganglions peuvent évoluer rapidement. Ils ont alors tendance à se ramollir et à adhérer aux tissus de voisinage et à la peau. Argelier rapporte une observation, dans laquelle tout le creux axillaire était envahi par une masse caséeuse.

Au bout d'un temps variable allant de quelques semaines à plusieurs années, la masse tuberculeuse mammaire va tendre à se ramollir. Il se produit une augmentation de volume de la tumeur souvent accompagnée d'une douleur plus ou moins marquée.

La palpation faite à ce moment permet de reconnaître la fluctuation, parfois très facilement, d'autres fois avec plus ou moins de difficulté. La peau, déjà adhérente dans la profondeur, se violace, s'amincit et s'ulcère, laissant s'échapper une quantité variable de pus, et il s'ensuit une ou plusieurs fistules persistantes. A ce moment, la rétraction du mamelon, que nous avons signalée comme rare au début, devient au contraire extrêmement fréquente, et existe dans près de la moitié des cas. Argelier en particulier en signale seize observations, dans lesquelles précisément il existait des fistules ouvertes près du mamelon. Certaines de ces rétractions peuvent être anormalement développées, et Binaud signale ainsi une dépression mamelonnaire, dans laquelle on pouvait introduire l'extrémité du doigt.

A ce moment, l'évolution de la tuberculose du sein touche à sa fin : « Lorsque les fistules sont bien établies, dit Dubar, la région a une physionomie spéciale et presque caractéristique. Sur une partie du sein, volumineux dans son ensemble, existe une bosselure plus accentuée, au niveau de laquelle se voient un ou plusieurs orifices fistuleux. La peau est rouge ou violacée, elle adhère dans un certain rayon aux parties sous-jacentes. En arrière des fistules, la palpation fait reconnaître des indurations plus ou moins étendues ... ».

La durée moyenne de l'évolution de la tuberculose du sein pour arriver à ce stade final est de 5 à 6 mois. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Certaines lésions évoluent avec une marche véritablement foudroyante (Pluyette, Gaudier et Péreire), d'autres par contre ont une allure torpide sans suppuration, qui peut durer des années et celles-là sont souvent l'occasion d'erreurs de diagnostic comme nous allons le voir.

En effet, il existe des cas d'ailleurs beaucoup

moins nombreux, et d'allure très particulière, où la tuberculose du sein évolue sous forme de tumeur bien localisée à la glande, dure, irrégulière, sans ramollissement, ni formation d'abcès. Elle présente alors des signes cliniques presque identiques à ceux que l'on observe dans le cancer, et il est parfois très difficile de poser un diagnostic ferme. De nombreux chirurgiens et parmi les meilleurs, ont commis cette erreur.

Dans un travail publié sur ce sujet par Hartmann, Renaud et G. d'Allaines (1) en 1924, à propos de trois observations personnelles, on lit dans le compte rendu de l'observation 1, en résumé : « Femme de 49 ans, mamelon rétracté. Au-dessus de lui, petite tumeur dure, non élastique, un peu bosselée, irrégulière de forme, se continuant avec le reste de la glande par des tractus fibreux, surtout développés du côté interne . La peau est très légèrement rosée en dedans de l'aréole, adhère à la tumeur, et prend l'aspect de peau d'orange lorsqu'on cherche à la plisser. Contre la paroi de l'aisselle, on trouve un ganglion.

Une observation de R. Soupault (2) indique également : Tumeur un peu aplatie en galette, très dure, de surface irrégulière à contours imprécis. Palpation indolore,rétraction du mamelon. Ganglion dans l'aisselle.

Ghouila-Houri (3) note aussi chez une femme de 35 ans : mamelon gauche surélevé et rétracté. Tumeur dure, mal délimitée, adhérente à la peau; phénomène de la peau d'orange. Quelques ganglions axillaires durs et mobiles.

Je pourrais en citer d'autres exemples. Beaucoup de ces observations sont superposables et l'on conçoit facilement, que bien souvent, une erreur ait été commise, et le diagnostic d'épithélioma posé sans discussion.

Le diagnostic peut même ne pas être éclairé par l'examen macroscopique de la tumeur. Evidemment, si la coupe montre à première vue au milieu du tissu scléreux quelques petits abcès miliaires, la véritable nature de la lésion sera reconnue, mais il s'agit là d'une forme rare et habituellement, l'aspect du néoplasme rappelle exactement celui de l'épithélioma. « La tumeur est constituée par un tissu fibro-lardacé d'un blanc mât quelquefois un peu grenu avec de petits points jaunâtres... tous ces aspects peuvent se rencontrer dans le cancer. On est d'autant plus porté à croire à l'existence de celui-ci, que la tumeur crie à la coupe et que, il est parfois possible en râclant celle-ci, de voir sur la lame du bistouri un suc analogue au suc cancéreux (Scott).

Les cas publiés ne sont pas nombreux. Hartmann, Renaud et G. d'Allaines en rapportent seulement huit observations en plus de leurs trois cas personnels. Et depuis lors, c'est à peine si, de loin en loin, on voit mentionner une nouvelle tuberculose pseudo-néoplasique.

Mais, c'est précisément cette rareté qui rend le diagnostic encore plus difficile, car le chirurgien, connaissant la fréquence si grande du cancer du sein, ne songe pas à la possibilité d'une lésion tuberculeuse. Et Hartmann ajoute que, dans ces conditions, il est probable que certaines tuberculoses du sein ont été enlevées sous le diagnostic de cancers, l'examen histologique étant seul capable d'affirmer le diagnostic différentiel.

L'observation que je rapporte aujourd'hui, présentait une difficulté de diagnostic en sens inverse . De prime abord, on était porté à croire qu'il s'agissait ici d'une affection tuberculeuse. La malade avait un passé singulièrement imprégné de bacillose. Abcès froid de la région du sein à 15 ans, pleurésie, péritonite bacillaire, nouveaux abcès froids de la paroi thoracique, et à l'heure actuelle encore fistule tuberculeuse du sternum.

C'est au niveau d'une cicatrice mal fermée d'un abcès froid récent de la mamelle que se produit une tuméfaction à évolution très rapide qui,en moins de deux mois, après large ulcération de la peau vient faire saillie à l'extérieur. Enfin, comme je l'ai dit, pendant l'opération, j'ai encore ouvert une collection purulente froide, des dimensions d'une noisette.

Malgré cela, et à un examen attentif, je m'étais rallié au diagnostic d'épithélioma, qui s'est trouvé confirmé par l'examen histologique, en me basant surtout sur l'adhérence intime de la peau du sein sur la tumeur, tout au pourtour de l'ulcération. Une tuberculose, quel que fut *son aspect* anormal, aurait été entourée d'une peau amincie, violacée, et décollée de la masse principale.

Une question se pose alors ici : Y a-t-il dans notre observation un rapport quelconque entre la tuberculose du sein, et l'apparition de cet épithélioma à marche rapide ?

Deux théories pathogéniques peuvent être envisagées :

— ou bien la dégénérescence épithéliale s'est brusquement développée dans la glande mammaire, ayant comme point de départ l'action irritative déclanchante de la tuberculose ;

— ou bien, il aurait existé à la fois, de façon indépendante, une tuberculose et un épithélioma du sein.

La première explication, de toute évidence, ne peut être qu'une hypothèse. Cependant, nous connaissons à l'heure actuelle de nombreuses

(1) HARTMANN, M. RENAUD et G. D'ALLAINES. — La tuberculose pseudo-néoplasique du sein. (*Gyn. et obstétrique*, Paris, T. IX, août 1924.)

(2) R. SOUPAULT. — Un cas de tuberculose pseudo-néoplasique du sein. (Société de Chirurgie, 14 janvier 1931.)

(3) GOUILA-HOURI. — Tuberculose du sein d'apparence néoplasique. (Société de Chirurgie, 7 décembre 1922).

observations dans lesquelles on a pu voir un épithélioma se développer sur de vieilles cicatrices, sur des fistules et particulièrement sur des lupus, précisément d'origine indubitablement tuberculeuse. Il n'y a donc pas lieu de repousser cette conception *a priori*.

La deuxième hypothèse est aussi à envisager. Elle serait même la seule plausible s'il est prouvé que, dans le cas présent, le cancer n'est pas dérivé directement de la lésion tuberculeuse préexistante. Cette association de la tuberculose et du cancer sur le même sein est fort rare, cependant quelques observations en ont été relevées dans la littérature médicale, tout particulièrement par Ricker, Walther, Massabuau, Franco, Klose, Bundschuh, Hartmann et Renaud.

Franco (1) constate spécialement la coexistence de la tuberculose et du cancer dans les ganglions axillaires correspondant à la glande malade.

Tout récemment, aussi, MM. G. Rouhier et J. Vuillième à l'Académie de Chirurgie (2) ont publié deux observations de malades opérées de cancers du sein vérifiés histologiquement, et chez lesquelles on a pu noter la présence dans l'aisselle de ganglions tuberculeux.

Notons cependant que chez la première femme ces ganglions sont apparus seulement dix ans plus tard du côté opéré, et chez la deuxième, les ganglions tuberculeux étaient bien contemporains de la tumeur épithéliomateuse, mais siégeaient dans l'aisselle opposée.

Voici un autre cas, tout à fait typique de Walther (1).

L'examen histologique de la tumeur est de Cornil.

« Sur une autre série de coupes, nous avons vu surtout le type de l'épithélioma tubulé et alvéolaire, mais dans un point nous avons constaté l'existence d'un foyer tuberculeux, tout à fait caractérisé... Il y avait plusieurs cellules géantes à la partie centrale de cet îlot, qui était entouré d'une couronne de plusieurs couches de cellules leucocytes mononucléaires et de tissu conjonctif, le tout bien séparé de la partie cancéreuse. Ganglions lymphatiques cancéreux.

Je regrette que les prélèvements, faits après l'opération chez notre malade, n'aient pas suffisamment atteints les zones limites du néoplasme. Il est probable que nous aurions relevé des constatations curieuses.

Malgré ces lacunes, cette observation de forme rare m'a paru au point de vue clinique, particulièrement intéressante à signaler.

(1) Franco. — *Wirchows Archiv.*, 1908, p. 370.
(2) Séance du 2 juillet 1941.

(1) Walther. — *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 12 décembre 1906, t. 32.

PLAIES DES DOIGTS PAR MORSURE HUMAINE

Les plaies par morsure humaine, sans être courantes, ne sont pas toutefois absolument exceptionnelles. Un chirurgien américain, Roy Cohn, a pu, dans une publication récente, en signaler 35 cas, observés dans la population du port de San Francisco.

A l'Académie de chirurgie, MM. J. Braine et R. Mollinedo ont relaté l'histoire d'un de leurs malades de l'hôpital Saint-Antoine atteint d'une plaie grave de l'index gauche par morsure humaine. Cet homme vint consulter le septième jour seulement. Le doigt offrait alors une infection massive : plaie « mâchée » de teinte violet foncé, brune par places, avec gros œdème de tout le doigt et suintement séreux très fétide, sans suppuration franche ; douleur très vive et adénopathie axillaire. L'amputation du doigt était inévitable ; elle fut pratiquée vers l'extrémité distale de la première phalange, la plaie étant laissée largement béante, avec pulvérisation locale de sulfamide. La cicatrisation complète demanda près d'un mois.

Le point intéressant de l'observation réside dans l'examen bactériologique de la pièce opératoire : il montra la présence de quatre variétés de spirochètes d'origine buccale et de trois espèces différentes de bacilles fusiformes. La flore microbienne de la plaie était, en somme, en dehors de nombreux cocci, l'association fuso-spirochétique que l'on rencontre fréquemment dans les infections buccales du type angine de Vincent.

M. Braine a le souvenir de deux autres cas de morsure grave des doigts d'origine humaine observés par lui à l'hôpital Saint-Antoine. Les lésions rencontrées chez le dernier malade concordent avec les conclusions de Roy Cohn : infection massive de la plaie par une flore de spirochètes d'origine buccale, flore très virulente, avec gravité surtout locale des accidents, exérèse du doigt le plus souvent inévitable quand la plaie est tant soit peu profonde, principalement quand elle intéresse une articulation et les tendons.

La sulfamidothérapie ne semble agir que sur les cocci associés et paraît sans effet sur les fuso-spirochètes. Contre ces derniers, on pourrait intervenir plus utilement par l'arsénobenzol et la vaccination spécifique (Vinzent et Lehmans). Noter le danger de toute suture de ces plaies après excision ou amputation.

P. L.

LA RADIOPHOTOGRAPHIE THORACIQUE EN MÉDECINE SCOLAIRE

Par les Docteurs

Roger Lamy,
Attaché de Radiologie de l'Hôpital Necker

Abel Lafitte
Ancien chef de Clinique à la Faculté

Médecine de collectivité, la Médecine scolaire doit être essentiellement une médecine préventive et de dépistage. A l'âge scolaire, qui concerne les enfants et les adolescents, les affections pulmonaires, et en particulier la primo-infection tuberculeuse, occupent une place de premier plan. Aussi faut-il pour les dépister, un moyen d'investigation à la fois précis, rapide et peu coûteux. Dans ce but, la radioscopie et la radiographie constituent, jusqu'à ce jour, les classiques procédés d'exploration. Mais nous pensons qu'il existe, pour déceler les affections thoraciques (pulmonaires et cardiaques), un procédé d'examen supérieur à la radioscopie et peu inférieur à la radiographie : nous voulons parler de la *radiophotographie*, que nous considérons comme la meilleure méthode de dépistage dans les collectivités.

Après avoir utilisé la radiophotographie thoracique dans certaines collectivités industrielles de la banlieue parisienne, sous la direction du Docteur Gilson, Radiologiste de l'hôpital Necker, et en collaboration avec le Docteur Gros, nous avons eu l'idée, à la fin de l'année scolaire 1940-1941, d'appliquer la méthode en milieu scolaire, en particulier aux écoles de Noisy-le-Sec, dont l'un de nous est le médecin-inspecteur. Dans cet article, nous voulons montrer l'intérêt considérable de la radiophotographie comme méthode de dépistage, les résultats obtenus dans les écoles de Noisy-le-Sec et notre façon de concevoir l'organisation pratique de la surveillance sanitaire systématique des écoliers. Notre travail constitue le premier essai de radiophotographie en milieu scolaire, en France.

I. Intérêt de la radiophotographie thoracique comme méthode de dépistage

La radiophotographie, c'est-à-dire la photographie de l'image projetée sur l'écran fluorescent, est entrée en pratique en 1936, grâce aux travaux de Manoël de Abreu, à Rio de Janeiro. Depuis cette date, elle a connu une grande faveur à l'étranger, où des millions d'examens ont été effectués dans diverses collectivités. En France, elle est à peine connue de quelques-uns. Il faut citer les travaux de Ronneaux, à l'Hôpital Cochin, et ceux de Gilson à l'Hôpital Necker.

La radiophotographie thoracique constitue la meilleure méthode de dépistage dans les collectivités, pour les raisons suivantes :

a) Réelle valeur technique. — *La radiophotographie est nettement supérieure à la radioscopie.* Elle donne beaucoup plus de détails et de précision. Nous avons observé des cas, où la radioscopie concluait à une image thoracique normale, tandis que la radiophotographie décelait des anomalies. Cette supériorité de la radiophotographie sur la radioscopie est affirmée par les conclusions de Fournié et Frézouls, qui ont pratiqué plus de 130.000 examens radioscopiques dans l'armée, et qui ont fait ensuite de la radiophotographie.

La radiophotographie thoracique est presque égale à la radiographie ordinaire. Elle permet de bien voir une ombre parenchymateuse, des calcifications hilaires, des déformations des sinus costo-diaphragmatiques, ainsi que des anomalies cardio-aortiques.

Du reste, pour comparer la valeur respective des trois méthodes d'examen (radioscopie, radiographie ordinaire et radiophotographie), il est intéressant de rappeler une expérience de Janker. Cet auteur a noté que la radioscopie permet de voir des boules de cire de 8 mill. au minimum ; la radiophotographie décèle des boules de 5 mill., et la radiographie des boules de 4 mill.

b) Grande vitesse d'exécution. — La radiophotographie peut s'effectuer à un rythme particulièrement rapide, qualité précieuse pour une méthode de dépistage dans une collectivité.

En effet, *une équipe bien entraînée peut faire 100 à 120 radiophotographies par heure.*

c) Possibilité d'avoir des documents objectifs. — Bien supérieure sur ce point à la radioscopie, la radiophotographie, tout comme la radiographie ordinaire, permet d'avoir des documents objectifs, concrets, qu'on peut conserver, étudier à loisir et comparer avec les films ultérieurs. Fait intéressant, la radiophotographie utilise de petits films de 24 mill. sur 24 mill., bien moins encombrants que les films de la radiographie ordinaire. L'examen de ces films peut se faire de deux manières : soit directement à l'aide de « loupes visionneuses » de grossissement 3 ou 4, soit indirectement par projection agrandie de 30 cent. sur 30 cent. sur un écran. Ce dernier mode d'examen est certainement le meilleur ; on se trouve placé dans les conditions habituelles d'observation des radiographies sur négatoscope. En utilisant un appareil de projection éclairé soit par une lampe à bas voltage de 12 v., 8 amp. alimentée par un transformateur à plusieurs plost,

soit par une lampe Secteur avec rhéostat réglable, on peut faire varier l'intensité d'éclairage de la projection. Dans ces conditions, un seul médecin peut examiner un grand nombre de radiophotographies, environ 400 ou 500 par jour.

d) Prix de revient très peu élevé. — La radiophotographie est la méthode la *moins couteuse.* En 1939, à Rio de Janeiro, Manoël de Abreu établissait que la radiophotographie était dix fois moins coûteuse que la radiographie, et trois fois moins que la radioscopie. Gilson et l'un de nous ont établi un devis approximatif sur la base de 150.000 examens par an. Avec les frais de matériel, de films, d'ampoules, de personnel, etc., *chaque radiophotographie reviendrait à moins de dix francs, dans les circonstances présentes* ; ce chiffre se passe de commentaires. Un prix de revient aussi abordable se prête bien au renouvellement périodique de tels examens et représente un avantage considérable pour les collectivités.

II. Résultats obtenus chez nos écoliers

En juin et juillet 1941, nous avons soumis à la radiophotographie thoracique 200 écoliers, pris au hasard, dans les écoles de Noisy-le-Sec. Sur ces 200 écoliers, de 8 à 16 ans en apparence bien portants :

— 39 cas d'anomalies pulmonaires ;
— 11 cas d'anomalies cardiaques ;
— 2 cas de malformations costales.

Soit : 148 écoliers normaux et 52 écoliers méritant une surveillance plus étroite.

Parmi les anomalies pulmonaires, nous n'avons pas noté de grosses lésions ; il s'agissait surtout de calcifications ou de déformations diaphragmatiques. Dans 12 cas, nous avons enregistré des taches parenchymateuses, incitant à faire pratiquer une cuti-réaction systématique et à exercer une surveillance plus active.

— Très rares ont été les véritables cardiopathies : un seul cas d'insuffisance mitrale. Les 10 autres cas ont trait à des modifications plus ou moins importantes de l'arc moyen, sans qu'il faille attribuer à ces perturbations morphologiques une signification particulière.

— Sur deux cas de malformations costales, l'un d'eux concernait une côte cervicale.

III. Notre façon de concevoir l'organisation pratique de la radiophotographie thoracique en milieu scolaire

Il est évident que, dans un examen radiologique de dépistage pratiqué dans une collectivité, il faut examiner tous les sujets : aussi bien les sujets apparemment bien portants que les suspects.

Comment réaliser, en pratique, dans les écoles, la radiophotographie de dépistage ?

Sans aucun doute, il faut recourir, non pas aux postes fixes de radiophotographie, mais au poste mobile, au *camion radiophotographique.* Jusqu'à maintenant, dans certaines écoles, ont fonctionné des camions radioscopiques. Mais, pour les diverses raisons que nous avons relatées plus haut, le camion radioscopique doit céder le pas au camion radiophotographique.

Nous n'insisterons pas sur le côté exclusivement technique du camion radiophotographique, dont une maison française de radiologie a déjà pu fournir un exemplaire.

Le camion radiophotographique scolaire se rendrait à chaque école, au jour et à la date désignés d'avance.

Les examens radiophotographiques devraient porter non seulement sur les écoliers, mais aussi sur les maîtres eux-mêmes. Ces examens devraient avoir lieu, de préférence, dans le courant du premier trimestre de la rentrée scolaire, ce qui permettrait de revoir ultérieurement les suspects, et ce qui permettrait aussi de synchroniser ces examens radiophotographiques avec les examens cliniques, établis en vue de l'éducation physique, selon les récentes directives ministérielles. L'examen radiophotographique d'un groupe scolaire pourrait s'effectuer très rapidement. Une équipe radiophotographique, bien entraînée pouvant faire :

— 100 à 120 radiophotographies par heure ;
— 700 à 800 radiophotographies par jour.

De plus, il faudrait associer à la radiophotographie, la cuti-réaction systématique à la tuberculine, que pourraient faire soit le médecin de famille, soit le médecin de l'école aidé de l'assistante scolaire.

Ainsi la radiophotographie thoracique et la cuti-réaction systématiques constitueraient une base solide pour la surveillance médicale des écoliers et seraient par ailleurs d'un appoint très utile pour préciser les indications et les contre-indications des vaccinations, qui connaissent à juste titre une faveur croissante. Le dépistage d'une primo-infection latente permettrait par exemple de surseoir en temps utile, à telle vaccination, en particulier à la vaccination antityphique.

Conclusion

La radiophotographie thoracique est la meilleure méthode de dépistage dans une collectivité quelconque. Elle est supérieure à la radioscopie, presque égale à la radiographie ordinaire, d'une vitesse d'exécution remarquable et d'un prix de revient très peu élevé.

Appliquée aux milieux scolaires, en association avec la cuti-réaction, elle permettra de découvrir un grand nombre d'affections latentes, pulmonaires et cardiaques, et de les soigner à temps. La surveillance médicale des écoliers y gagnera en précision et en solidité. Nous souhaitons que les pouvoirs publics facilitent la mise en pratique de ce mode d'examen sur une vaste échelle.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...



Sur le traitement moderne du diabète sucré non compliqué

D'après le Professeur agrégé R. BOULIN (1)

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Depuis une vingtaine d'années, le traitement du diabète sucré s'est radicalement transformé, non seulement par l'insulinothérapie, mais encore par des perfectionnements techniques réalisés dans tous les domaines.

Multiples sont les objectifs à atteindre.

C'est tout d'abord la suppression complète de la *glycosurie*, bien que certains se contentent, à tort, de sa réduction à quelques grammes. C'est en second lieu l'abolition totale de l'*acétonurie*. Si l'on peut accepter la persistance d'une acétonurie légère, presque physiologique, d'une réaction de Legal discrète, il faut être strict sur la nécessité de prohiber une acétonurie franche, révélée par une réaction de Gehrardt nettement positive : rien n'est plus dangereux, ni plus sournois que ces acidoses mollement attaquées, tolérées, qui peuvent en quelques cas s'aggraver et conduire au coma.

Quant à la *glycémie*, jadis on ne s'en souciait guère : une fois le malade désucré, grâce à une restriction hydrocarbonée sévère, on le réalimentait progressivement jusqu'à ce que réapparût la glycosurie ; à ce moment, l'on revenait de nouveau quelque peu en arrière et l'on définissait ainsi ce que l'on appelait la tolérance hydrocarbonée , maximum d'hydrates de carbone ingérés sans avoir de glycosurie. Mais cette notion est dépourvue de tout intérêt pratique, car elle ne tient compte ni de la glycémie, ni du seuil rénal du glycose. Or, lorsque, par un jeûne hydrocarboné relatif, on a réussi à désucrer un malade, à quoi sert de le recharger en glycose, si le glycose ainsi absorbé, mais non assimilé, se borne à s'accumuler dans les tissus à la faveur d'un seuil d'élimination élevé, qui certes évite l'excrétion du sucre, mais qui, par contre, favorise l'hyperglycémie.

Cependant, tout le monde est d'accord pour normaliser la glycémie ; l'hyperglycémie doit être abolie, comme l'azotémie chez le brightique ou l'hypoglobulie chez l'anémique. La glycémie normale ne dépasse guère à jeun 1 gr. 10 à quelques centigrammes près. Les malades doivent connaître le danger des hyperglycémies modérées, responsables de tant de complications infectieuses, artérielles, rétiniennes et cela presque à l'égal des grandes hyperglycémies. A ce propos, il ne faut pas se contenter de la glycémie à jeun, qui peut être normale, alors qu'à la suite des repas s'installe une phase hyperglycémique (des coups de sonde sont nécessaires, 4 à 5 fois dans la journée) — ou bien qui, élevée à jeun, se normalise dans la journée.

Enfin, l'ensemble de la thérapeutique doit permettre au diabétique de *vivre dans des conditions moralement satisfaisantes* et de présenter une activité physique correspondante à son âge. Qu'on ait jadis, lorsque l'insuline n'existait pas, condamné des malades à un régime de famine, c'était un pis-aller nécessaire ; mais actuellement rien ne justifie de telles restrictions, et sans encourager la gourmandise, source certaine d'une aggravation du diabète, les malades doivent avoir des régimes qui leur permettent de vivre agréablement et de travailler. Sans doute, il est des cas d'une extrême gravité, qui ne s'accommodent pas de la moindre incartade, que des injections d'insuline multiples sont à peine capables de refréner, mais ceux-ci sont exceptionnels ; il faut savoir user d'indulgence, de temps en temps autoriser un écart, qui permettra au malade de reprendre courage pour une nouvelle période de privation, et, pour ce qui a trait à l'insuline, on doit essayer d'en réduire au minimum les indiscutables inconvénients, diminuant le plus possible le nombre des injections et recourant toutes les fois qu'on le pourra à l'insuline-protamine-zinc, qui permet souvent de ne pratiquer qu'une seule injection quotidienne.

LE RÉGIME

La question du régime, jadis si confuse, s'est aujourd'hui bien allégée. Tout d'abord, on a relégué au rang des inutilités toutes les cures : cures de céréales, de légumineuses, de lait, de pommes de terre, de légumes verts, cure de jeûne, etc. Ces cures avaient sans doute un

(1) *La Médecine*, juin 1941.

grand intérêt à l'époque où l'insuline n'existait pas, les unes permettant de lutter contre l'acidose, les autres contre la glycosurie. Les unes et les autres n'avaient qu'une efficacité incomplète et beaucoup d'inconvénients, dont la désaffection des malades à leur égard n'était pas la moindre. Il faut bien se garder d'y recourir aujourd'hui. Tout au plus peut-on faire appel à la cure de légumes verts dans certains cas, rarissimes, d'une grande insulino-résistance entretenue par une vaste suppuration : dans de tels cas, pour réduire l'hyperglycémie et parer à l'extension du processus suppuratif, la cure de légumes verts représente un appoint qu'il est bon d'associer momentanément à l'insulinothérapie. De même, il est bien inutile de discuter, sur l'opportunité des régimes hyperazotés (générateurs d'acidose) ou hypergras (indigestes et désagréables) ; même remarque pour les régimes hyperhydrocarbonés.

Mieux vaut des *régimes bien équilibrés*. Actuellement on s'occupe beaucoup moins, de ce que le malade peut tolérer, et beaucoup plus de ce qui lui est nécessaire pour vivre. On lui prescrit ce qui est nécessaire pour maintenir son poids et son activité : s'il supporte cette prescription sans glycosurie, sans hyperglycémie, son acidose, tant mieux ; s'il ne peut absorber ce régime sans avoir de la glycosurie ou de l'hyperglycémie ou de l'acidose, on ne modifie pas pour cela le régime, on fait tout simplement intervenir l'insuline. Ces données rendent inutile la distinction en diabètes avec ou sans dénutrition, qui est plus théorique que pratique.

Ainsi on arrive aux *régimes standard*, correspondants aux différents âges de la vie et aux différentes conditions sociales : enfant, adulte, femme, travailleur, vieillard. Pour que ces régimes donnent de bons résultats, ils doivent néanmoins obéir à quelques règles. Ils doivent d'abord être strictement pesés ; à juger au coup d'œil le poids des aliments, on se trompe presque toujours, et à son avantage. La pesée doit être effectuée sur des aliments débarrassés de leurs déchets et crus : la cuisson exerce, en effet, sur leur poids une action variable suivant les aliments, mais aussi suivant le degré et le type de cuisson.

Ensuite, le régime doit être bien équilibré par une certaine proportion entre les aliments, qui donnent naissance aux corps cétoniques (albumines et graisses), et ceux qui ne leur donnent pas naissance, ou même en contrarient la production (hydrate de carbone) ; suivant les malades, les conditions du problème varient d'ailleurs. Le régime doit être énergétiquement suffisant, c'est-à-dire qu'il doit maintenir les malades en équilibre de poids, une fois assurée bien entendu la désucration, au besoin par l'insuline. Enfin, ces régimes standard, pour commodes qu'ils soient, ne sont que des bases qu'il faut savoir réviser, même en tenant compte de l'action de l'insuline ; c'est ainsi que, chez un sujet jeune, en pleine croissance, on peut être amené à prescrire une forte ration carnée ; l'existence, au contraire, d'une tendance extrêmement accusée à l'acidose conduira à réduire au minimum la part faite à la viande ; si on veut, malgré tout, maintenir une ration carnée élevée ou même normale, on sera obligé de prescrire des doses considérables d'insuline, qui nécessiteront comme contre partie des quantités excessives d'hydrates de carbone. Cet exemple choisi parmi beaucoup d'autres permet de comprendre la souplesse que doit comporter, malgré tout, le régime.

Il est impossible de donner ici une liste de tous les régimes standard, correspondant aux différents types de malades avec les variations, que comportent leur âge et leur activité. Voici cependant, pour fixer les idées, les limites entre lesquelles évoluent ordinairement les poids des différents aliments que l'on prescrit aux diabétiques, et cela par 24 heures :

Poisson ou viande	100 à 200	grammes
Pommes de terre	100 à 200	»
Légumes verts	600 à 800	»
Fromage	80 à 100	»
Fruits	100 à 200	»
Beurre, huile, crème	80 à 100	»
Pain de gluten à 10 % d'hyd. de carb.	60 à 80	»
Lait	250 à 500	»

Bien entendu aux lieu et place de pommes de terre, on peut donner au malade n'importe quel autre légume : il suffit de connaître sa composition hydrocarbonée et de calculer la quantité équivalente, qui doit en être prescrite.

Il est enfin un problème que pose souvent la pratique et qui est souvent résolu à contre-sens par le malade, c'est celui de l'impossibilité pour ce dernier de suivre le régime pour des raisons étrangères au diabète. Ainsi, il arrive que le malade, atteint d'une maladie infectieuse, ne puisse ingérer ni viandes, ni légumes, etc... Que doit-il faire ? En général, le malade tranche la question en ne prenant rien, facilitant encore la production d'une acidose, à laquelle l'infection intercurrente ne la prédispose que trop. En réalité, il devra prendre sous forme de lait, ou de jus de fruits ou de sucre même, tout ce qu'il absorbait antérieurement d'hydrates de carbone avec le régime mixte. D'autres fois, c'est une colite qui s'oppose à l'absorption de légumes verts et de fruits, ou une néphrite azotémique qui impose la restriction de viande, de fromage, de pain de gluten : dans tous ces cas, la grande règle pour le malade c'est de suivre, en le pesant bien entendu, un régime approprié à l'affection qui est associée au diabète, quitte à abolir la glycosurie et l'hyperglycémie, qui peuvent en résulter, par des doses suffisantes d'insuline.

L'INSULINE

En sont naturellement justiciables les diabètes avec acidose et dénutrition. L'insuline sera indiquée aussi pour les diabètes sans dénutrition, pour qui le régime seul échoue dans la réalisation des objectifs, précédemment indiqués. Le plus souvent, il s'agit de malades, chez qui l'on pourrait bien par le seul régime, réduire la glycosurie, mais qui conservent de l'hyperglycémie.

En principe, on doit faire deux à quatre injections par jour ; mais on se contente volontiers d'une injection avant le repas de midi, ce qui plaît beaucoup au malade, mais donne rarement de bons résultats, car l'hyperglycémie matinale persiste ordinairement.

Mieux vaut donc faire deux injections par jour, la première étant pratiquée, non pas avant le repas de midi, mais bien avant le petit déjeuner, et la seconde avant le dîner ; cela, sauf apparition de poussées hyperglycémiques dans l'intervalle ; en pareils cas, on reviendrait à l'injection de midi (à dose plus faible), et éventuellement à une injection nocturne. Mais la découverte de l'insuline-protamine-zinc a rendu le plus souvent cette dernière inutile, puisque son action se prolonge ordinairement vingt-quatre heures.

On commence par injecter une dose faible, par exemple dix unités avant le petit déjeuner et avant le dîner, et l'on recueille séparément les urines émises entre le petit déjeuner et le dîner (urines du jour), et celles émises entre le dîner et le petit déjeuner du lendemain (urines de la nuit). On regarde tous les jours si elles renferment ou non du sucre. Tant que les urines de jour renferment du sucre, on augmente d'une unité par jour l'injection pratiquée avant le petit déjeuner. Tant que les urines de la nuit renferment du sucre, on augmente d'une unité par jour l'injection pratiquée avant le dîner. Si l'on arrive sans incident à la désucration totale, on se contente de ces deux piqûres. S'il survient des malaises à la fin de la matinée, on cesse d'augmenter le taux de la piqûre pratiquée avant le petit déjeuner et l'on en place une troisième avant le déjeuner de midi, dont on règle le taux en se basant sur la recherche du sucre dans les urines émises entre le déjeuner et le dîner.

De même, si l'on ne peut arriver à supprimer le sucre dans les urines de la nuit, sans déterminer l'apparition de malaises hypoglycémiques dans le cours de la nuit, on cesse d'augmenter la piqûre pratiquée avant le dîner, et l'on institue une quatrième injection que l'on place à minuit ou à cinq heures du matin, suivant les goûts du malade et suivant que le malaise apparaît entre minuit et cinq heures, ou entre cinq heures et huit heures du matin.

Cette notion, que les besoins d'insuline varient suivant la période de la journée, que les injections d'insuline doivent être adaptées isolément et indépendamment les unes des autres, unité par unité, cette notion, disions-nous, est capitale ; c'est faute d'en tenir compte qu'ont été observés tant d'échecs de l'insulinothérapie.

Le taux final, auquel parviennent à s'élever les injections d'insuline, est extrêmement variable. On disait jadis qu'il ne fallait pas dépasser vingt unités par piqûre, si l'on voulait éviter les accidents d'hypoglycémie ; en réalité, il n'y a pas de règle, et il peut arriver que l'on soit amené, sans dommage, à injecter en une seule fois 30, 40, 50 unités même. Il suffit d'y arriver progressivement, unité par unité.

Un autre point important à préciser est celui de l'horaire des injections par rapport aux repas ou, si l'on veut, le laps de temps qu'il faut laisser écouler entre la piqûre et le repas.

Beaucoup de malades font leur piqûre eux-mêmes, et, dans la crainte de malaise hypoglycémique, mangent immédiatement après : cette manière de faire est mauvaise car, en général, l'hyperglycémie alimentaire devançant alors l'hypoglycémie insulinique, ils risquent d'avoir d'abord du sucre et ensuite un malaise. En réalité dans la majorité des cas, un laps de temps de 20 minutes doit s'écouler entre la piqûre et le repas : s'il y a des malaises ou une poussée de glycosurie post-prandiale, le délai sera modifié par tâtonnement jusqu'à obtention d'un bon résultat. C'est affaire de malades ; certains d'entre eux bénéficient de faire leur piqûre une heure avant le repas, d'autres au contraire, après le repas : seule compte l'expérience.

L'INSULINE-PROTAMINE-ZINC

L'insuline était une grande découverte : elle avait contre elle la brève durée de son action, huit heures en moyenne, d'où la nécessité des injections multiples et l'impossibilité fréquemment constatée de ramener à la normale la glycémie à jeun, l'heure où l'on recueille ordinairement le sang (8 ou 9 heures du matin) étant distante de 12 heures et plus de la dernière injection de la veille.

L'insuline-protamine-zinc a très heureusement

pallié à cet inconvénient, puisque son action se prolonge ordinairement vingt-quatre heures.

Elle doit la lenteur de son action à deux facteurs. Tout d'abord, c'est une insuline en suspension, une insuline solide comme on dit, d'où la nécessité de soigneusement agiter les ampoules où elle est renfermée avant d'en faire usage ; en second lieu, elle n'est résorbée que très lentement par les éléments cellulaires des parties molles (tissu cellulaire sous-cutané ou muscles).

Son grand triomphe, ce sont les diabètes sans dénutrition, en somme les petits et les moyens diabètes que, pour des raisons diverses, on ne peut traiter avec le seul régime, la glycosurie ou l'hyperglycémie persistant d'une manière tenace.

A de tels malades, on administre pour commencer douze unités en une piqûre, le matin, avant le petit déjeuner. Néanmoins, si l'horaire ainsi défini ne pouvait être réalisé, il serait facile sans inconvénient majeur, d'injecter ladite insuline le soir, avant le dîner. Si l'on veut tout de même que ce type d'insuline ait le maximum de chance de succès, il vaut mieux l'injecter le plus tôt possible, le matin, afin que les poussées hyperglycémiques post-prandiales ne surviennent que lorsque s'est déjà dessinée la lente hypoglycémie que provoque l'insuline-protamine-zinc.

La dose de 12 unités n'est qu'une manière prudente de tâter la susceptibilité du malade, car *elle est en général inopérante*. Il faut augmenter doucement de deux unités tous les deux jours. A partir de 16 unités, l'action devient en général plus nette. On commence par ne surveiller que la glycosurie. Dès que celle-ci est abolie, on mesure la *glycémie* à jeun, et si elle dépasse 1 gr. 10, on augmente de deux unités par semaine jusqu'à ce que le taux de 1 gr. 10 soit réalisé.

Dans le type de diabète, que nous envisageons, une seule injection d'insuline-protamine-zinc, de 16 à 40 unités au maximum, donne régulièrement des résultats remarquables, permet, malgré des régimes larges, de désucrer le malade, de ramener sa glycémie à la normale et cela malgré une activité normale. Souvent, on pourra à la longue ne faire qu'une piqûre toutes les trente-six heures, ou même toutes les quarante-huit heures.

Par contre dans les grands diabètes, les diabètes avec acidose et dénutrition, l'insuline-protamine-zinc tout en améliorant considérablement les résultats, surtout du point de vue de la glycémie, n'amène pas toujours une simplification manifeste de la thérapeutique.

Il est rare en effet que, dans les grands diabètes, on puisse se contenter d'une seule injection quotidienne d'insuline-protamine-zinc : le fait est possible cependant, et parfois avec 50, 60, 70 unités en une seule injection, il arrive que le résultat soit excellent ; mais très souvent, il est impossible de dépasser une certaine dose d'insulino-protamine-zinc (40 à 50 unités le plus souvent), sans qu'apparaissent, pendant la nuit ou le lendemain matin suivant, des malaises hypoglycémiques plus ou moins sérieux, et cela malgré que, dans la matinée ou l'après-midi, persiste la glycosurie. Force est donc, en pareil cas de procéder de la façon suivante : on commence par administrer le matin, en une piqûre, tout ce que le malade tolère d'insuline-protamine-zinc sans qu'apparaissent des malaises ou que la glycémie à jeun ne descende au-dessous de la normale : arrivé à ce point limite, critique, on recueille séparément les urines de la matinée, de l'après-midi et de la nuit, et l'on recherche dans chaque lot la présence de sucre. En général, il n'y en a pas dans les urines de la nuit, mais il en existe souvent dans celles de la matinée ou de l'après-midi, ou même dans les deux : on fait alors, soit avant le petit déjeuner s'il y a du sucre le matin, soit avant le déjeuner s'il y a du sucre l'après-midi, une injection d'insuline ordinaire, dont on établit le taux par tâtonnement, unité par unité, jusqu'à désucration totale. En pareil cas, le malade conserve plusieurs piqûres, mais, à la différence de l'insuline ordinaire, il obtient par cette association d'insuline-protamine-zinc et d'insuline ordinaire un retour de la glycémie à la normale.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les injections sclérosantes d'alcool dans le traitement des hémorroïdes

Le Docteur A. Lutier utilise chez les intolérants à la quinine, une solution d'alcool à 76 % avec addition de un gramme de para-amido-benzoate d'éthyle et de un gramme de para-amido-benzoate de buthyle ; l'alcool paraît ainsi un excellent agent sclérosant ; il est inoffensif, et constitue un procédé de traitement vraiment ambulatoire. Cette solution est également indiquée chez les sujets qui ont besoin d'être traités par un produit non toxique ; mais elle est surtout recommandée dans les prolapsus et dans les fissures.

Dans tous les autres cas, surtout pour les hémorroïdes qui saignent, il y a lieu d'ajouter 10 grammes de chlorhydrate de quinine à 100 grammes de la formule précédente. La quinine, vaso-constricteur, ajoute son action hémostatique, en même temps que sclérosante, à l'action sclérosante de l'alcool qui, lui, est plutôt vaso-dilatateur. Grâce aux anesthésiques dissous dans la solution et à la technique employée, les injections ne sont pas douloureuses. (*Paris médical,* 30 septembre 1941).

La conception des métrorragies d'origine ovarienne et ses limites

Le Professeur P. Mocquot expose que le diagnostic des métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne est surtout un diagnostic par exclusion ; on ne l'admet que lorsqu'on ne trouve aucune autre cause ; cependant l'importance ainsi donnée aux troubles ovariens n'est pas admise par tous. Si importante que soit l'action préalable des hormones ovariennes dans la préparation de l'hémorragie menstruelle, on ne peut méconnaître le rôle des phénomènes locaux utérins, que les recherches récentes ont mis en évidence. Dans ces conditions même, il n'est pas logique d'attribuer un rôle exclusif à l'ovaire, quand il n'y a pas de lésion appréciable dans l'utérus. : il faut considérer aussi les troubles fonctionnels utérins comme les troubles fonctionnels ovariens.

Bien souvent les signes cliniques, pas plus que les données de laboratoire, ne permettent d'ailleurs d'attribuer la cause des métrorragies à l'ovaire plutôt qu'à l'utérus même.

La variabilité et l'inconstance des constatations anatomiques, histologiques, cytologiques faites soit sur l'état des ovaires, soit sur l'état de l'endomètre, la variabilité et l'inconstance des résultats donnés par l'exploration cyto-hormonale et par les dosages hormonaux, donnent à penser que dans les hémorragies utérines fonctionnelles interviennent des facteurs qui nous sont encore inconnus.

Il apparaît impossible de rapporter toujours à un trouble des actions ovariennes les hémorragies utérines fonctionnelles, c'est-à-dire celles qui se produisent sans lésion cliniquement appréciable de l'utérus. Déjà si l'on envisage les actions hormonales ovariennes, les désordres peuvent provenir de trois facteurs : les troubles de la sécrétion hormonale, les troubles de la réceptivité utérine à l'action hormonale, les troubles de la traversée hormonale. Mais on ne saurait expliquer les troubles utérins par la seule notion d'un trouble hormonal ovarien ; on ne peut pas rendre toujours responsables les hormones de l'ovaire pour des anomalies qui se passent manifestement dans l'utérus, et que des actions thérapeutiques locales limitées à l'utérus suffisent souvent à guérir. (*Revue française de gynécologie,* septembre-octobre 1941).

Fréquence des formes atypiques de l'ulcère gastrique

Dans une proportion assez grande, que le Docteur Ordioni évalue à 45 %, la symptomatologie clinique de l'ulcère de l'estomac revêt une forme fruste ou tout à fait latente, qui ne peut suffire à l'établissement du diagnostic véritable. C'est dans cette éventualité que l'examen radiologique s'impose comme complément indispensable de l'examen clinique, et fournit le précieux appoint du symptôme pathognomonique que constitue la « niche de Handeck ». Même en l'absence de toute orientation clinique pour le diagnostic, l'expérience a montré que l'examen radioscopique systématique de l'estomac dépistait facilement les plus petites lésions ulcéreuses, sauf rares exceptions.

Le fait est d'autant plus important à noter que la sourde évolution de ces ulcères frustes ou latents n'est pas une garantie de bénignité ; depuis longtemps, nous savons qu'un ulcère gastrique latent peut avoir pour première manifestation clinique l'une quelconque de ses redoutables complications : soit une hémorragie foudroyante, soit une perforation gastrique. Il faut donc souhaiter que l'examen radioscopique fasse partie intégrante d'un examen clinique complet, même lorsque les malades ne se plaignent pas de troubles dyspeptiques précis. (*La Médecine,* septembre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sur le pouvoir prophylactique, chez le lapin, des pommades anti-syphilitiques

(MM. Bessemans et Denos. — Présentation par M. Levaditi ; 5-8-1941)

Des études poursuivies par les auteurs chez le lapin (syphilisation par la muqueuse oculaire) il apparaît que les pommades anti-syphilitiques de Metchnikoff-Roux, de Gaudücheau et de Scherescheswsty (20 à 40 % de monochlorhydrate de quinine), celle surtout de Metchnikoff-Roux, exercent, dans les mêmes conditions et pendant le premier quart d'heure, un certain pouvoir postphylactique.

Leur action, toutefois, n'étant pas absolue et n'empêchant pas, au surplus, la syphilisation occulte, il faut se garder d'accorder trop de confiance à ces topiques en prophylaxie humaine, encore que la comparaison ne soit que relative entre le mode opératoire chez le lapin et la contamination naturelle chez l'homme.

La vaccination au B. C. G. à Liévin

(M. Lecoutre. — Présentation par M. Guérin ; 5-8-1941)

M. Lecoutre présente une statistique comparative de la mortalité générale des enfants, vaccinés au B. C. G. et non vaccinés, relevant d'une Caisse de Secours mutuels, à Liévin (Pas-de-Calais).

En raison des secours alloués par la Caisse Mutuelle celle-ci peut suivre la santé des enfants depuis la naissance. Les vaccinations au B. C. G. des nouveau-nés sont faites sur demande des parents ou lorsqu'un danger de contamination paraît certain. Au cours des années 1938, 1939 et 1940, 625 enfants ont été vaccinés et 1.113 ne l'ont pas été. La mortalité de ces derniers a excédé de 43 % celle des premiers, établissant l'utilité de cette vaccination.

Vaccinations anti-tuberculeuses au B. C. G. par scarifications

(M. J. Bretey ; 19-8-1941)

M. Bretey lit une note sur la sensibilité tuberculinique chez les cobayes vaccinés par scarifications au B. C. G. Les expériences de l'auteur montrent que la peau jouit de propriétés exceptionnelles dans l'établissement des phénomènes immunologiques, et elles ajoutent un nouvel argument en faveur de l'emploi de la méthode de vaccination anti-tuberculeuse par scarifications au B. C. G.

— M. Guérin remarque que, dans l'état actuel de nos connaissances, la constatation de l'allergie, c'est-à-dire de la sensibilité à la tuberculine, est le seul test que nous possédions pour le contrôle de la prémunition. Or, la vaccination au B. C. G. par scarifications cutanées, étudiée par Bretey et Nègre, est la méthode de choix pour l'obtention sûre, rapide et durable de l'état d'allergie chez toutes les espèces sensibles. L'Institut Pasteur délivre sur demande la dilution de B. C. G. à concentration spéciale pour la pratique de cette méthode chez les nouveau-nés, chez les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes, avec les instructions utiles.

Académie de chirurgie

Rupture spontanée du tendon long extenseur du pouce au cours d'une arthrite blennorrhagique du poignet

(MM. Laederich, Mialaret, Verstraete et Mme Debain. — Rapport de M. Petit-Dutaillis ; 11-6-1941)

Les cas de rupture du tendon long extenseur du pouce, méritant vraiment le qualificatif de spontanée, c'est-à-dire survenant en dehors de toute notion traumatique ou professionnelle et relevant exclusivement d'une altération pathologique du tendon, sont rares. MM. Laederich, Mialaret, Verstraete et Mme Debain en relatent une observation qui concerne une femme de 36 ans atteinte de polyarthrite aiguë. La ponction faite dans une poche au niveau de la tabatière anatomique du poignet droit ayant ramené du pus contenant des gonocoques, un traitement de quelques jours au Dagenan (6 comprimés par jour) est institué, qui calme tous les phénomènes inflammatoires et provoque rapidement la résorption de l'abcès. Il persiste cependant une impotence de l'extenseur du pouce, dont le tendon est trouvé rompu à l'opération. Traitement par greffe de fascia lata prélevé sur la cuisse et ultérieurement par une nouvelle suture. Guérison.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Acidose au cours du traitement par les sulfamides

(MM. P. Nicaud, A. Laffitte, Mlle Grould et M. Bourgneuf ; 11-7-1941)

L'acidose au cours du traitement par les sulfamides paraît avoir été rarement observée. Au cours d'un syndrome polynévritique chez une tuberculeuse pulmonaire traitée par les sulfamides, une acidose est apparue après un traitement à doses très modérées, malgré l'administration préventive de la médication alcaline : subcoma, dyspnée et respiration de Kussmaul, odeur acétonique de l'haleine. Cette poussée d'acidose est rapidement jugulée par la médication alcaline à haute dose : bicarbonate de soude par la bouche et surtout par les voies sous-cutanée et intra-veineuse.

En dehors de l'acidose, il n'y a aucune autre manifestation d'intolérance à l'égard de la sulfamidothérapie : en particulier pas de cyanose, pas de troubles de la formule sanguine, pas de troubles digestifs. Peut-être faut-il tenir compte de l'altération hépatique, qui a pu jouer un rôle prédisposant.

Dans les cas d'acidose relatés jusqu'à présent à la suite de la sulfamidothérapie, on n'a relevé que l'action de fortes doses de sulfamides, longtemps prolongées. Chez la malade observée, au contraire, l'acidose s'est manifestée rapidement, dès le troisième jour du traitement, et avec des doses modérées (4 grammes pendant un jour, 5 grammes les deux jours suivants, en tout 14 grammes).

En pratique, il faut retenir la rareté de l'acidose sulfamidée. Cette acidose peut survenir précocement, avec des doses modestes, et malgré la médication alcaline préventive ; ce cas, rapidement jugulé par les alcalins à hautes doses, souligne une fois de plus la nécessité de recourir constamment au bicarbonate de soude, au cours de tout traitement par les sulfamides. Il est, en tout cas, certain que de tels incidents ne sauraient constituer une prévention à l'égard d'une méthode thérapeutique remarquable.

Sur le traitement de la sclérose latérale amyotrophique par la vitamine E

(MM. Georges Guillain et Jean Lereboullet ; 20-6-1941)

On ne peut contester le rôle primordial des vitamines sur la nutrition en général et sur les troubles morbides déterminés par leur carence ; mais il ne faudrait pas, avec un optimisme exagéré et sans esprit critique affirmer que les vitamines sont des agents thérapeutiques spécifiques de certaines maladies, jusqu'à présent considérées comme incurables, telle notamment la sclérose latérale amyotrophique, ainsi qu'on a pu récemment le soutenir. C'est pourtant la maladie la plus grave peut-être du système nerveux, et jamais encore aucune des multiples thérapeutiques essayées n'a pu empêcher l'évolution progressive de cette affection vers la mort.

Le rôle curatif de la vitamine E avait eu pour point de départ des recherches expérimentales, démontrant qu'une carence de ce corps déterminait chez le rat des lésions nerveuses dégénératives des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux, ainsi que des cellules des cornes antérieures et du tractus intermédio-latéralis ; or ces lésions pouvaient être arrêtées par l'adjonction au régime de vitamine E, mais à la condition qu'elles ne soient pas trop avancées.

Plus tard, furent signalés deux cas de sclérose latérale amyotrophique, tout-à-fait au début, qui furent guéris par la vitamine synthétique.

Or, depuis le mois de septembre 1940, les auteurs ont traité neuf malades de ce genre par des comprimés concentrés, contenant chacun la matière insaponifiable de 2 gr. 50 d'huile de germe de blé, ou encore par des comprimés de vitamine E synthétique. Aucune amélioration n'a été notée chez ces patients, et cela malgré des doses élevées ; l'évolution progressive de la maladie n'a pas été enrayée ; jamais on n'a relevé aucune régression des troubles paralytiques.

Un cas de myxœdème post-radiothérapique avec rigidité musculaire du type myotonique

(MM. J. Lenègre et R. Huguenin ; 11-7-1941)

Les cas sont encore rares de myxœdème confirmé consécutif à la radiothérapie cervicale et d'hypothyroïdie compliquée de troubles musculaires consistant en une rigidité généralisée de type myotonique.

Chez une femme, quatre ans après une ménopause naturelle normale, une adénopathie chronique sus-claviculaire droite est soumise à la radiothérapie. Le myxœdème a débuté moins de trois mois après les irradiations cervicales. Il est donc difficile de ne voir dans les faits qu'une coïncidence, d'autant plus qu'il s'agissait d'une patiente jusque là particulièrement active et bien portante. Il peut paraître paradoxal qu'une radiothérapie prudente, appliquée avec toutes les garanties désirables à la dose de 2.600 r sur la région sus-claviculaire droite, ait pu entraîner une hypothyroïdie aussi manifeste, alors que des doses beaucoup plus élevées peuvent être administrées, sans inconvénients, sur des corps thyroïdes basedowiens, ou même normaux dans le cancer du larynx. Mais il a été remarqué depuis longtemps que tous les corps thyroïdes ne sont pas égaux devant les agressions chirurgicales et rœntgeniennes ; leur comportement dépend essentiellement de l'état antérieur du tissu thyroïdien. Il serait donc nécessaire d'avoir un renseignement précis sur l'état fonctionnel et histologique de la glande thyroïde avant d'entreprendre des thérapeutiques thyroïdiennes.

Les troubles musculaires observés, plus rapidement encore que les signes d'hypothyroïdie, ont cédé complètement à l'opothérapie thyroïdienne.

G. F.

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Maurice BOIGEY, directeur médical de la cure d'exercice de Vittel. — **Hydrothérapie et massage.** Un volume de 392 pages avec 181 figures.

L'expérimentation venant en aide à l'observation clinique, il est aujourd'hui possible d'asseoir sur des bases solides et d'expliquer par des raisons nouvelles les bons effets de l'hydrothérapie et du massage.

La thérapeutique par l'hydrothérapie et le massage suppose une connaissance approfondie du comportement de la circulation et des processus vasomoteurs cutanés.

La peau est un lieu d'épanouissement du système nerveux avec lequel elle ne fait qu'un.

Il y a des rapports directs entre le système vasculaire de la peau et les systèmes viscéraux profonds. Il y en a d'autres, innombrables, entre le tégument et les organes sous-jacents, et ils sont assurés par les voies nerveuses.

Il est naturel que l'on ne dissocie pas dans une étude comme celle-ci des techniques thérapeutiques qui conjointement et parallèlement agissent sur le tégument externe.

Etablie sur des assises physiologiques par l'exposé des fonctions de la peau, l'étude de l'hydrothérapie et du massage comporte des données thérapeutiques importantes.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : 1° Anatomie et physiologie de la peau dans leurs rapports avec l'hydrothérapie et le massage ; 2° Hydrothérapie ; 3° Massage ; 4° Traitement des maladies par l'hydrothérapie et le massage : hydrothérapie dans les pyrexies, dans les affections nerveuses, dans les maladies de la nutrition, dans les affections endocriniennes, dans les maladies de la circulation, dans les maladies du tube digestif, des voies urinaires, de la peau, etc. Indication du massage dans diverses maladies. Cellulite et massage. Massage et lésions de l'appareil locomoteur.

G. BEAUCHESNE ET FILS, éditeurs,
117, rue de Rennes, Paris

Docteur Maurice D'HALLUIN, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. — **La mort... cette inconnue !!!**

Ce livre n'est pas le fruit de discussions d'ordre philosophique, mais la conclusion logique de recherches de laboratoire, publiées, faciles à répéter.

Dans la pensée de tous, la mort est un phénomène définitif et irrémédiable. Quand le cœur est certainement et complètement arrêté, quand son immobilité se prolonge plus de cinq à dix minutes, on peut sans hésitation considérer le sujet comme pratiquement mort. La restauration spontanée est impossible, mais la reviviscence du tout est encore réalisable. On en comprend la possibilité en lisant le curieux chapitre consacré à la persistance et à la restauration plus ou moins tardive des vies partielles. Il existe donc entre l'arrêt de la vie et la mort définitive, un stade intermédiaire, l'auteur le dénomme : la *mort relative*. Malgré la suspension totale de toute activité vitale, malgré la marche à la mort qui progresse de minute en minute, on peut encore obtenir des reviviscences dont la qualité est fonction du délai d'exécution, et aussi des lésions causales.

L'auteur insiste sur la nécessité de ne pas confondre la mort apparente (phénomène exceptionnel) et la mort relative par laquelle nous passons tous. La *mort apparente* est un accident durant lequel la vie se met en veilleuse. Toutefois la flamme peut se ranimer spontanément ou moyennant la mise en œuvre de moyens classiques.

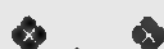
La *mort relative* est une suspension complète de la vie. Une pendule arrêtée ne peut se remettre en marche, il faut pour cela lancer le balancier et la restauration est possible aussi longtemps que les rouages sont intacts. L'impulsion nécessaire peut être fournie par le massage direct du cœur, méthode paraissant, du point de vue physiologique et pratique, la plus puissante à mettre en œuvre.

Les faits cliniques confirment les résultats expérimentaux et ces derniers assignent à la mort relative des limites insoupçonnées ! Et voici l'auteur amené à parler de la possibilité d'un traitement de la mort, bien que pour obtenir un résultat valable, le médecin doive se hâter et choisir les cas.

L'auteur insiste sur les conséquences découlant du point de vue spiritualiste de la possibilité des reviviscences tardives. D'après lui, le stade : mort relative, se produit dans tous les cas : morts accidentelles, morts par maladie, morts de vieillesse : c'est la thèse essentielle soutenue par l'Auteur. A côté d'elle, nous trouvons dans ce livre, une foule de documents intéressants sur l'étude des signes de la mort, sur leur signification, sur les inhumations prématurées.

Les conclusions philosophiques de ce travail intéresseront tout esprit cultivé et lui révèleront des faits insoupçonnés. Le prêtre en tirera aussi des conséquences pratiques importantes concernant l'administration des sacrements. Le médecin y trouvera énumérés une série de faits encore peu connus. Il suivra avec intérêt la partie expérimentale et clinique de ce travail, car le traitement de la mort (au sens vulgaire du mot) se présente désormais comme un champ d'action nouveau à exploiter.

PARTIE PROFESSIONNELLE



Bulletin de l'Actualité

◆ . ◆

LA PRÉVOYANCE DE NÉCESSITÉ ET LA PRÉVOYANCE DE LUXE

La loi du 7 octobre 1940, en son article 17, a dévolu le patrimoine des Syndicats médicaux dissous « aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les Conseils de l'Ordre, après avis du Conseil supérieur, au bénéfice des médecins et de leur famille ».

Jusqu'à présent aucune création de ce genre n'a vu le jour et, à notre connaissance, aucun Conseil départemental, sauf le Conseil de la Gironde, n'a établi de projet. Partout l'on attend «l'avis » du Conseil supérieur qui lui-même prend l'avis d'informateurs divers ; et la décision tarde témoignant que le problème envisagé n'est pas simple... et que les membres de l'Aréopage s'en rendent parfaitement compte. Tant mieux !

Une décision hâtive risquerait d'avoir de regrettables conséquences, car l'unanimité est loin d'être faite parmi les médecins non seulement sur l'opportunité même de ces organismes de prévoyance, mais aussi sur la façon dont ils pourraient être constitués. Il y a en jeu des intérêts divergents, des conceptions théoriques très diverses. Par contre, tous ces plaideurs se rejoignent dans une égale ardeur à soutenir leur point de vue et à dénoncer les graves périls où entraînerait l'opinion adverse.

Quelle qu'elle soit, la décision est donc certaine de soulever de vigoureuses protestations, et le premier mécompte (toujours possible) du parti qui aura prévalu sera le signal de véhéments et nombreux « Nous l'avions bien dit ».

Louons donc le Conseil supérieur de prendre son temps avant de jeter les dés. D'autant que s'il suit le penchant qui paraît l'entraîner aujourd'hui, c'est nous-mêmes qui le guetterons à la prochaine difficulté. Et notre rancune sera d'autant plus tenace qu'avant de s'engager dans une voie hasardeuse, il aura délibérément, bien que dûment averti, condamné à mort des œuvres vivaces, et tout à fait capables de remplir l'office que prévoyait la loi du 7 octobre.

***

L'Ordre, ce nouveau-né, ne peut en effet se flatter d'instaurer au sein du Corps professionnel l'esprit de prévoyance. Au reste tout ce qu'il prétend faire, c'est rendre la prévoyance obligatoire.

Il y a cinquante ans, il y a même cent ans des aînés avaient pensé à offrir au médecin les moyens de pourvoir son avenir d'un peu de sécurité. Nous n'avons pas à faire ici l'historique du long effort qui aboutit à la création des œuvres actuelles. Mais héritiers de ce que nos anciens du *Concours médical* ont mis sur pied nous leur devons, en retour, de batailler pour ne pas laisser péricliter cet héritage et pour le transmettre fidèlement.

Ainsi, tout en proclamant sans détours que la *Mutualité Familiale* n'est pas la seule œuvre médicale de prévoyance qui mérite de survivre, est-il naturel que nous l'entourions d'une sollicitude spéciale et exposions à nos lecteurs les garanties qu'elle leur offre dès maintenant par le jeu normal de ses diverses combinaisons contre les risques maladie, accident, vieillesse et décès. Une distinction essentielle est à faire avant tout, car si le devoir de prévoyance s'impose à tous, on admettra sans peine qu'il est plus impérieux encore pour ceux qui sont sans fortune : au moindre fléchissement de santé, ils tombent dans le besoin ; en mourant, ils laissent leur famille dans le dénuement. Mais la prévoyance a des limites : c'est que, si louable et nécessaire soit-elle, elle se paie et à un prix qui n'est pas négligeable.

Or, de même que, pour satisfaire à la nécessité immanente de se loger, les uns se contenteront d'un loyer de 5.000 francs et les autres s'en offriront un de 50.000, de même ceux-là, ne pouvant mieux faire, auront une prévoyance minima et de première urgence, et ceux-ci une véritable prévoyance de luxe, par exemple une fastueuse assurance sur la vie dont le contrat équivaut à une fortune.

Le jeune médecin qui ne possède en propre que son diplôme, sa jeunesse, sa santé et sa bonne volonté et qui, vers les 25 ou 28 ans, se lance dans la bagarre (c'est à celui là que nous pensons surtout) ne pourra mettre pour son loyer, pour ses meubles tout comme pour ses costumes et ses contrats de prévoyance que le plus juste prix. « Allons, se dira-t-il, à l'indispensable et au

meilleur marché, et souhaitons, d'ici quelques années, d'être en mesure de faire mieux ».

Quelle est, pour lui, la « prévoyance indispensable » ?

S'il est célibataire, une assurance contre le risque maladies-accidents ; s'il est marié, la même et, en outre, un contrat de pension viagère à sa veuve. Raisonnablement, on ne peut demander plus à un débutant que de parer ainsi aux risques les plus pressants.

Souffrez qu'il s'accorde un peu de répit avant de pourvoir aux aises de sa vieillesse. Car la remarque de notre lecteur, le Dr B. est d'une logique imbattable « Avant de penser à mes moyens d'existence dans quarante ans d'ici, je voudrais bien m'assurer le vivre du mois prochain ». En outre la vieillesse et l'incapacité én résultant n'est pas un *risque* à incidences inconnues mais un aboutissement inéluctable à condition d'échapper aux vrais risques. La prévoyance en vue de la vieillesse peut donc être différée de quelques années puisqu'elle en a une quarantaine devant elle pour aménager son budget.

A la *Mutualité Familiale*, ce jeune homme de 28 ans va pouvoir pour 648 francs par an s'assurer une indemnité de 75 francs par jour d'incapacité due à la maladie ou à l'accident, et cela pendant deux mois. A partir du troisième mois, et pendant des années, s'il est nécessaire, il touchera 750 francs par mois.

S'il est marié, une prime de 954 francs assurera à sa jeune femme de 25 ans au cas où il décèderait, une pension viagère annuelle de 3.600 francs. C'est peu de chose par le temps qui court, et en francs qui courent plus vite encore. Le jour où cette jeune femme en serait réduite à son salaire de secrétaire ou d'infirmière, elle ne trouverait pas méprisable cet appoint.

Ainsi pour 1.600 francs, notre jeune confrère aura conjuré de son mieux l'adversité. Ces 1.600 francs lui coûteront certes un effort et peut-être aura-t-il à « gratter », par-ci par-là, quelques dizaines de francs pour parfaire la somme au moment de l'échéance. Mais justement cet effort témoignera qu'il a fait tout le possible et, dans la mauvaise fortune, il n'encourra aucun reproche.

Les dures années de début passées, voici venir le moment d'être un peu plus ambitieux et d'envisager un avenir à plus long terme.

A 32 ans, moyennant une cotisation de 1.035 francs, il s'assurera à 60 ans une retraite de 6.000 francs et, en même temps, il contracte une véritable assurance sur la vie puisque les sommes versées, si le décès de l'assuré survient avant l'échéance de la retraite, sont remboursées aux ayants-droits.

Si le succès lui a souri et qu'il puisse disposer d'une plus forte somme, il lui est loisible de constituer une retraite à sa femme au même âge et avec les mêmes garanties. Il lui en coûtera (pour un âge supposé de 29 ans) 850 francs.

Et voici le ménage en possession, à 60 ans, d'une retraite de 12.000 francs.

La même combinaison est possible pour l'âge de 65 ans. Pour 1.130 francs de plus la retraite du couple à 65 ans sera de 24.000 francs.

On voit par quelle gradation peut ainsi passer la part réservée à la prévoyance sur le budget d'un jeune médecin dont toute la richesse réside dans son travail.

***

Cette gamme de contrats que la *Mutualité Familiale* offre à ses adhérents, on peut certes la retrouver ailleurs. Et nous n'avons jamais prétendu que la *Mutualité Familiale* eût une place privilégiée parmi les œuvres de prévoyance médicale. Nous souhaitons seulement, et travaillons pour que ce souhait ne reste pas quelque chose de platonique, nous voulons que cette œuvre, comme toutes celles que des médecins ont créées, administrées et gérées pour leurs confrères, subsiste, qu'elle ne soit pas condamnée par ukase à une mort lente, sans gloire pour elle, et sans profit pour personne. Nous avons la défense de milliers d'adhérents à assurer, les nôtres et ceux des œuvres adjacentes. Sans esprit étroit de particularisme nous défendrons en bloc la cause de tous.

Et c'est pourquoi ayant montré aux jeunes médecins de quelle façon sage, à la mesure de leurs possibilités, la *Mutualité Familiale* et les autres œuvres se chargeront d'organiser pour eux la prévoyance, nous répèterons une fois encore aux dirigeants de l'Ordre des médecins « Ne prenez pas de décision précipitée ; réfléchissez longuement, informez-vous encore. Pour mettre sur pied l'organisation que vous méditez il vous faut une loi *qui n'est pas bien sûre d'être promulguée*, car on devine qu'elle ne sera pas sans rencontrer de résistance de la part de puissantes compagnies. Nous vous offrons non pas un projet, mais des réalités vivantes et agissantes, non pas des possibilités de succès, mais des certitudes puisqu'il s'agit seulement de consolider et d'étendre un succès acquis. Nous vous offrons un droit de contrôle sur nos œuvres, en retour nous vous demandons le droit à vivre que vous nous avez promis, il y a quelques mois, et qui menace de n'être plus qu'un droit illusoire. Nous sommes unanimes (et nous l'avons dit !) pour refuser la mort lente. Réfléchissez ».

G. LAVALÉE.

LA LOI DU 16 AOUT 1940 EST-ELLE RÉTROACTIVE ?

Par Me Bernard AUGER,

Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation

L'application brutale de la loi du 16 août 1940 a créé des situations dramatiques. J'ai reçu les confidences de médecins étrangers ou d'origine étrangère, d'une honorabilité parfaite, d'une conscience professionnelle éprouvée, jetés du jour au lendemain sur le pavé avec leur famille pourtant française : ils venaient me demander le moyen juridique de reprendre l'exercice de la médecine, et j'avais le cœur serré de leur dire qu'il n'y en avait pas. Je leur en ai donné les raisons ; elles leur ont paru convaincantes ; aucun n'a voulu passer outre et perdre son argent en vains recours.

Tel n'a pas été pourtant l'avis unanime : deux auteurs considérables ont cru pouvoir enseigner que la loi du 16 août 1940 ne s'applique pas aux médecins exerçant régulièrement au moment de sa promulgation, parce que, en principe, et à moins d'en décider formellement autrement, la loi ne dispose que pour l'avenir et n'a pas d'effet rétroactif (art. 2, C. civ.) ; elle respecte les droits acquis. Or le fait d'avoir été admis à s'installer créerait des droits acquis aux médecins étrangers ou d'origine étrangère, qui exerçaient en France au 1er septembre 1940 (Perraud, Charmantier, *Siècle médical*, 1er octobre 1940 ; J.-M. Simon, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, in *Bulletin médical*, 1er novembre 1940.

COMMENT S'APPLIQUE LE PRINCIPE DE NON-RÉTROACTIVITÉ

Je ne puis partager leur sentiment, qui me paraît reposer sur une notion fausse du *droit acquis*, de la non rétroactivité.

En disant que la loi ne dispose que pour l'avenir, qu'elle n'a pas d'effet rétroactif, l'art. 2, C. civ. a entendu seulement que les *actes* faits sous l'empire d'une législation, demeureront valables malgré le changement de loi ; que les conséquences produites sous l'empire d'une loi par les *faits juridiques* survenus pendant que cette loi était en vigueur ne seront pas atteintes par le changement de cette loi ; que les *droits* nés sous l'empire d'une législation ne seront pas touchés.

Par exemple, l'acte de vente passé en 1854 et non transcrite demeurera opposable aux tiers malgré la loi de 1855 qui a rendu la transcription obligatoire ; les parents au douzième degré continueront d'avoir vocation à une succession ouverte avant le 31 décembre 1917 ; la validité d'un testament sera appréciée d'après la loi en vigueur au jour de sa confection, etc. S'agit-il, au contraire non plus d'un acte, d'un fait juridique, producteurs de droits, considérés en eux-mêmes et dans leurs conséquences immédiates, mais d'un *état de droit* né sous l'empire d'une loi, et existant encore à la modification de cette loi, l'art. 2 du Code civil, empêchera qu'on touche aux effets produits dans le passé par cet état de droit, mais soumettra *pour l'avenir* ces effets à la loi nouvelle.

Exemple : les Normands, sous l'empire de la coutume de Normandie, étaient majeurs à 20 ans ; une loi de 1792 a fixé uniformément la majorité à 21 ans pour toute la France ; les actes faits avant la promulgation de cette loi par les Normands âgés de plus de 20 ans et de moins de 21 sont demeurés valables, mais les intéressés ont été replacés sous tutelle ; la loi de 1848 abrogeant l'esclavage dans les colonies françaises s'est appliquée immédiatement et tous les esclaves ont été libérés, nonobstant les droits acquis de leurs propriétaires : la loi de 1884 rétablissant le divorce s'est appliquée même aux époux mariés sous le régime du mariage indissoluble — et, au contraire, la loi du 2 avril 1941 qui a rendu le divorce plus difficile, s'applique non seulement aux mariages antérieurs, mais même aux instances en divorce en cours à la promulgation de cette loi (jugement du Tribunal civil de Versailles du 22 septembre 1941).

Or, le fait d'exercer valablement, régulièrement, une profession sous l'empire d'une loi, d'une réglementation, crée un *état de droit*, mais ne crée pas de *droits acquis*. **Nul n'a de droits acquis au maintien de la législation sous l'empire de laquelle il a commencé d'exercer sa profession, son industrie, son commerce.** C'est un principe d'ordre public, dont la jurisprudence a fait les applications les plus diverses. Il a été jugé, par exemple, qu'un médecin d'hôpital n'a pas de droit acquis au maintien de la limite d'âge, qui peut être abaissée à son détriment (V. les deux arrêts Moreau du 7 juillet 1910 et Moraly du 9 mai 1924). La loi du 23 août 1940 qui interdit la consommation des apéritifs à base d'alcool a entraîné la fermeture immédiate des entreprises qui ne faisaient que ce genre d'article ; l'interdiction des produits d'apparence laitière obtenus au moyen de succédanés a entraîné l'arrêt immédiat des fabrications en cours (Conseil d'Etat, 14 janvier 1938, Société des Produits laitiers *La Fleurette*). Tout au plus, lorsque l'interdiction s'inspira d'intérêts particuliers, peut-elle donner ouverture à dommages intérêts (même arrêt). *Il*

s'ensuit que le médecin n'a pas de droit acquis au maintien de la législation sous l'empire de laquelle il a fait ses études et s'est installé, et la preuve en est que, pour que les officiers de santé, supprimés par la loi du 30 novembre 1892, ou les dentistes non diplômés, réduits par cette loi à la catégorie des illégaux, puissent continuer d'exercer, il a fallu que cette loi le dise expressément ; que, pour empêcher l'éviction immédiate des herboristes *en titre d'office,* la loi du 11 septembre 1941 sur le statut de la pharmacie les autorise en termes exprès à exercer jusqu'à leur mort ; qu'il en a été de même pour les *référendaires au sceau de France* dans le décret-loi du 30 octobre 1935 qui les a supprimés.

Or la loi du 16 août 1940 ne contient aucune disposition autorisant les médecins visés en exercice à continuer d'exercer ; mieux, il est incontestable que la volonté du législateur a été qu'ils disparaissent sans délai, comme cela résulte avec évidence du fait qu'il prévoit des exceptions en faveur de ceux qui ont honoré par leur activité scientifique leur patrie d'adoption, ou qui ont servi dans des unités combattantes — ce qui suppose assurément que les bénéficiaires de ces exceptions exerçaient avant le 16 août 1940.

Réfutation de la thèse de M. Perraud-Charmantier

Pour étayer leur opinion contraire, MM. Perraud-Charmantier et Simon emploient des arguments différents.

M. Perraud-Charmantier s'appuie sur les lois similaires antérieures : lois Armbruster, Nast, qui ont incontestablement respecté les situations acquises, et, dit-il, cela est tellement dans la nature des choses, qu'un arrêt du Conseil d'Etat du 12 novembre 1938, Smilovici, a autorisé un étudiant en médecine étranger en cours d'études à continuer ces études, nonobstant la loi du 26 juillet 1935, oui ; mais M. Perraud-Charmantier oublie que les art. 8 de la loi du 21 avril 1933 et 7 de la loi du 26 juillet 1935 contiennent une exception en faveur des médecins qui, sans remplir les conditions désormais exigées, étaient en possession de l'état de médecin au moment de la promulgation de ces lois.

En sorte que l'argument se retourne contre son auteur. Si les lois Armbruster et Nast ont été unanimement considérées comme respectant, je ne dis pas les droits, mais la situation des médecins visés qui exerçaient en France lors de leur promulgation, c'est qu'elles l'avaient dit expressément ; et si elles l'ont dit, c'est que le législateur estimait que s'il eût gardé le silence, les médecins en exercice eussent été refoulés comme les aspirants... Or la loi du 16 août 1940 a gardé le silence sur ce point. Concluez.

M. Perraud-Charmantier tire en outre argument des lois concomitantes sur les fonctions publiques ou la profession d'avocat, lois dont les termes impliqueraient, chez le législateur, la pensée que s'il n'en avait pas décidé autrement, elles eussent respecté les situations acquises. Mais, d'abord, c'est un mauvais procédé de discussion que d'argumenter, à propos d'une loi, des termes d'autres lois, traitant d'une matière différente. En suite, les mots employés par le législateur (*inscrit et maintenu* sur le tableau...) n'ont probablement pas la portée que leur prête M. Perraud-Charmantier : ils marquent simplement la volonté du législateur d'étouffer dans l'œuf toute tentative de discussion ; je signale que la loi du 15 octobre 1941 sur la qualité de français exigée des officiers ministériels ne contient pas d'expressions analogues, et que cependant cette loi s'applique si bien aux officiers ministériels en fonction, que son art. 4 donne à ceux qui ne remplissaient pas les conditions d'origine exigées un délai d'un an pour céder leur office. Et puis, et en tous cas, la situation n'est pas la même. Le fonctionnaire est nommé par l'autorité publique ; l'avocat est agréé par le Conseil de son ordre et par la juridiction auprès de laquelle il exerce ; cette nomination, cet agrément, leur confèrent des droits auxquels ne peut prétendre le médecin qui, jusqu'ici, s'installait et exerçait sans aucune intervention de la puissance publique. De même, l'autorisation donnée aux étudiants roumains de commencer leurs études avec une simple équivalence leur avait conféré un droit (arrêt Smilovici précité).

Vraiment, l'argumentation de M. Perraud-Charmantier ne m'a pas convaincu.

Réfutation de la thèse de Me Henry Simon

M. Simon ne l'a pas reprise : il s'appuie seulement sur le texte de la loi du 16 août 1940, elle-même, il offre ensuite, à titre en quelque sorte subsidiaire, aux médecins intéressés un recours tiré de la loi du 26 mai 1941 sur le statut de la médecine.

Pour la loi de 1940, il reconnaît qu'aucune disposition de cette loi ne s'oppose à son application immédiate et totale ; il reconnaît même que cette application immédiate et totale semble être commandée par les dispositions de faveur prises en faveur de certains médecins. Mais, la non rétro activité étant pour lui de droit, il n'insiste pas autrement, et se contente de dire que cette non rétroactivité n'est pas expressément écartée par ces mesures de faveur ; car, on peut concevoir un médecin s'étant signalé par sa valeur scientifique ou militaire avant d'avoir exercé la médecine.

Nous n'insisterons pas davantage, nous contentant d'observer que les hypothèses auxquelles pense M. Simon sont si exceptionnelles, que c'eut été une véritable duperie de les offrir à la convoitise des médecins d'origine étrangère...

Pour la loi du 26 mai 1941, il raisonne, *grosso modo*, comme suit :

Cette loi reprend les dispositions de la loi du 16 août 1940 ; donc elle abroge et la remplace, et se suffit à elle-même. Elle se réfère par ailleurs au titre VI de la loi du 30 novembre 1892, contenant des mesures transitoires que les dispositions successives légiférant sur l'exercice de la médecine se sont appropriées, puisqu'elle modifie l'art. 32 de cette loi, lequel est compris dans ce titre. Il suit de là que c'est aux Conseils de l'Ordre seuls qu'il appartiendrait d'apprécier la vocation à être inscrit au tableau : que, en vertu des dispositions transitoires de la loi de 1892, la nouvelle réglementation ne s'appliquera qu'un an après la promulgation de la loi du 26 mai. Pendant ce laps de temps, les médecins d'origine étrangère pourront continuer d'exercer ; ils solliciteront leur inscription au tableau en faisant valoir leurs droits acquis, nonobstant les décisions du secrétaire d'Etat à la Santé, et, si elle leur est refusée, pourront se pourvoir au Conseil d'Etat.

Il ne me paraît pas prudent du tout de se lancer dans cette voie.

Le titre VI de la loi du 30 novembre 1892 avait pour objet exclusif de régler, au regard de la loi nouvelle, les droits des praticiens qu'elle avait trouvés en situation d'exercer légalement. Il est toujours en vigueur, parce qu'il y a encore de ces praticiens, mais il ne profite qu'à eux : aucune loi postérieure ne se l'est incorporé ; d'où il suit qu'on ne peut en transporter les dispositions dans la législation actuelle, pour organiser un régime transitoire dont cette législation n'a pas voulu.

Sans doute, la loi de 1941 a cru devoir, néanmoins, modifier un alinéa de l'art. 32 de cette loi, ce qui eût été bien inutile, si ce texte n'eût régi que les très rares dentistes patentés au 1er janvier 1892 qui peuvent encore exercer à l'heure actuelle. Mais, c'est que, par une fâcheuse rencontre, cet article 32, fourvoyé dans un titre consacré aux mesures transitoires, contient une disposition permanente ; celle qui interdit aux chirurgiens-dentistes, *en général*, d'user de l'anesthésie sans le concours d'un médecin, sous des peines correctionnelles, *et c'est précisément*, ET UNIQUEMENT, *cette disposition permanente que la nouvelle loi est venue renforcer*. L'argument manque donc de base.

Cette considération me paraît décisive. Mais il y en a une seconde, plus décisive encore : c'est que la loi du 26 mai 1941 n'abroge ni ne remplace celle du 16 août 1940 : elle s'insère, tout simplement, dans le système de cette loi, en fonction de laquelle elle se propose d'organiser le fonctionnement de la corporation médicale. Elle ne transfère donc en aucune manière aux Conseils de l'Ordre le droit d'examiner les titres des médecins étrangers ou d'origine étrangère à bénéficier d'une exception ; c'est une question qu'il appartient toujours au secrétaire d'Etat à la Santé, et à lui seul, de résoudre et c'est seulement après que l'autorisation aura été donnée que les Conseils de l'Ordre interviendront, pour apprécier si la moralité de l'impétrant permet de l'admettre dans l'Ordre. Et cela est si vrai, que l'art. 2 de la loi du 16 août 1940 a été implicitement modifié par un texte *postérieur* à la loi du 26 mai 1941 : le décret du 31 mai, qui soumet à des modalités qui seront fixées par des arrêtés du secrétaire d'Etat à la Santé les dérogations à l'art. 1er de la loi. Je sais bien qu'il s'agit d'un simple décret et non d'une loi : mais il n'y a guère de différence aujourd'hui, entre ces deux sortes de dispositions, puisque le pouvoir législatif et le pouvoir réglementaire appartiennent à la même personne. Il résulte, en tous cas, de ce texte, que parmi les conditions mises à l'exercice de la médecine en France, il y en a une qui échappe au contrôle des Conseils de l'Ordre, c'est la nationalité. Le médecin d'origine étrangère qui n'a pas été admis à exercer doit cesser immédiatement son art, *sous les peines de l'exercice illégal de la médecine*, alors même qu'il serait en instance pour se faire inscrire au tableau, et aurait-il même obtenu son inscription par quelque tour de passe-passe, s'il exerce nonobstant, et que l'inscription en soit définitivement refusée ou retirée, il peut être assuré d'être poursuivi, et sévèrement condamné — si d'aventure il ne l'a pas été auparavant.

Ce serait vraiment un complément de disgrâce, que d'ajouter aux soucis du chômage les embarras d'une condamnation correctionnelle...

Je ne vois donc aucun remède au refus de dérogation, que d'attendre un adoucissement de la loi. Il est vraisemblable que d'ici peu des dispositions nouvelles interviendront, en faveur des médecins originaires des pays où les médecins français ont le droit d'exercer, à condition d'avoir les titres exigés des nationaux : Haïtiens, Mauriciens, Américains du Sud, etc. Ils sont bien peu nombreux... La loi aura ainsi concilié l'intérêt des relations internationales avec celui de la Santé publique, pour l'exploitation de laquelle trop d'immigrés avaient ouvert boutique comme dans un bazar d'Orient.

Quant à saisir le Conseil d'Etat comme plusieurs médecins m'ont paru disposés à le faire, en tant que contribuable, je ne peux qu'y applaudir ; en tant qu'avocat soucieux de l'intérêt de ceux qui me consultent, il me faut le déconseiller, formellement.

A PROPOS DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

La lettre de notre confrère Bricout publiée dans le numéro du 26 octobre du *Concours* me paraît justifier une réfutation en règle.

Depuis plus de quinze ans, comme chef de clinique, puis comme assistant dans un grand service de médecine, je m'occupe de la « mise en route » des jeunes étudiants. J'ai eu, d'autre part, à enseigner l'anatomie, l'histologie, voire la physiologie. Je crois donc avoir une bonne expérience pratique de la question et par ailleurs, comme médecin praticien, je pense être également bon juge des qualités que nous devons posséder pour faire tout notre devoir vis-à-vis de nos malades ;

A mon avis, notre confrère fait à l'origine une importante confusion qui fausse toute son argumentation. Le rôle du praticien, même le plus élevé dans la hiérarchie, n'est pas d'inventer, mais d'appliquer, voire de contrôler les découvertes des chercheurs.

Le Docteur Bricout tire argument du fait que certains problèmes qui étaient surtout d'ordre chimique (sulfamides, arsénobenzènes, hormones synthétiques) ont été résolus par des gens qui n'étaient pas médecins. On pourrait citer facilement d'autres cas où c'est le clinicien qui a résolu ou aidé à résoudre un problème de science pure. Et qui ne voit que le sens clinique a été bien nécessaire pour régler l'application des découvertes qu'il cite. C'est par la clinique et non par la chimie qu'a été codifié le traitement des méningites par les sulfamides. Ce sont encore les cliniciens qui nous ont crié casse-cou dans la dangereuse aventure des sels d'or où nous avions été précipités par des chimistes. Ce sont des cliniciens, Potain, puis Forlanini qui nous ont dotés du pneumothorax artificiel, de loin le meilleur traitement de la tuberculose pulmonaire.

Une erreur qui doit également être redressée est celle qui oppose sans cesse la physiologie à l'anatomie pour accabler cette dernière. Ceux qui le font, regrettent sans doute d'avoir dépensé tant de temps et de peine à apprendre cette anatomie, mais ils la savent, et sont devenus incapables de se figurer l'espèce de monstre que serait le médecin qui l'ignorerait. Autant imaginer un ingénieur qui connaîtrait le principe de Carnot mais ignorerait totalement la forme, le volume et la disposition des diverses parties d'une machine à vapeur.

L'anatomie n'est pas une science accessoire, c'est la science de base, le point de départ obligé de la science de l'homme et qui conditionne même la physiologie. Que comprendre du fonctionnement du cœur, si on n'en connaît pas la disposition intérieure ; que saisir des phénomènes mécaniques de la respiration, si l'on ne connaît pas la disposition des plèvres et du thorax ?

Enfin, je mets au défi quiconque de comprendre une ligne de physiologie nerveuse sans une connaissance suffisante de l'anatomie.

Autre erreur de croire que les chirurgiens soient les seuls à avoir besoin de connaissances anatomiques pour l'exercice de leur art. S'ils sont les seuls à opérer, ce sont les médecins qui ont les premiers à faire le diagnostic chirurgical, ce que le Docteur Bricout semble oublier. Il n'y a pas dans la pratique médicale que des problèmes que la biologie suffise à résoudre par des dosages d'urée, de chlorure, de cholestérol, de polypeptides, de calcium ou de lipides. Plus prosaïquement, il faut savoir où sont l'épicondyle, l'épitrochlée et l'olécrane pour faire le diagnostic d'un traumatisme du coude ; il faut savoir où se trouvent les organes pour localiser un foyer inflammatoire et estimer si le chirurgien doit ou non être appelé. Ce n'est pas non plus un problème de biologie que de découvrir l'origine d'une compression médiastinale, de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte. C'est encore un problème d'anatomie, et de quelle conséquence, que de localiser une tumeur cérébrale.

Une meilleure connaissance de la biologie nous apporte un enrichissement des plus intéressants, mais ce n'est pas une raison pour faire fi des sciences morphologiques toujours aussi nécessaires.

Mais il en résulterait une surcharge insupportable des programmes si l'on n'impose pas une simplification des matières enseignées.

La solution n'est donc pas de faire du médecin un savant de laboratoire, mais d'envisager une formation différente pour le praticien et pour l'homme de la recherche. Pour le premier, on exigera seulement ce qui est strictement nécessaire pour comprendre le fonctionnement de l'homme sain ou malade, ce qu'il faut connaître pour poser à l'homme de laboratoire des questions pertinentes et interpréter correctement ses réponses.

Que des élèves ainsi formés n'aient pas beaucoup de chances de faire une découverte importante, j'en conviens, mais ce n'est pas ce que l'on attend d'eux.

Ce premier degré représente ce qu'il est indispensable de connaître pour soigner utilement le malade dans les cas courants et savoir apprécier le moment où un secours doit être demandé à un technicien plus spécialisé.

Celui-ci, après avoir reçu l'instruction générale que nous venons de définir, entrerait dans un second cycle d'étude destiné à lui faire approfon-

dir un secteur choisi des sciences médicales. Là encore, deux ou même trois orientations pourraient être réalisées suivant que l'élève désire s'adonner à la recherche, l'enseignement ou au contraire atteindre la maîtrise dans une spécialité pratique, chirurgie, radiothérapie, ophtalmologie, neurologie, etc...

Une connaissance approfondie de la biologie me paraît nécessaire dans ce second cycle, mais me semble tout à fait inutile au praticien dont le savoir doit nécessairement être plutôt étendu qu'approfondi.

Seule une conception démagogique de l'exercice de la profession a empêché l'organisation de cet enseignement à deux degrés. De même qu'on admettait que n'importe quel français était apte à gouverner le pays, on posait en principe que le médecin de pratique générale, obligé à faire face à la difficulté dans toutes les parties d'un domaine immense était capable de résoudre aussi bien et mieux que le spécialiste les problèmes les plus difficiles de chaque spécialité.

Je trouve encore le Docteur Bricout bien léger lorsqu'il jette par-dessus bord la culture classique qui a pourtant un rôle intéressant à jouer pour la formation du caractère. Si le savant de laboratoire peut à la rigueur se dispenser de connaître la psychologie humaine, le praticien y puisera de grandes facilités pour comprendre l'homme malade. Celui-ci n'est pas seulement un conflit de sels et de colloïdes ; il a aussi une âme et des passions. Qui de nous ne sait qu'en agissant sur cette âme l'on facilitera dans bien des cas, l'action d'un produit chimique aussi remarquable soit-il. Qui de nous n'a connu de ces malades qu'un choc moral fait s'abandonner et que la thérapeutique la plus savante devient désormais incapable de sauver. Ce n'est pas dans un livre de biologie que le futur médecin trouvera le secret de ces faits, mais dans une culture humaniste d'abord, puis plus tard, dans ce véritable apprentissage qui se fait au lit du malade par l'enseignement et l'exemple d'un bon maître.

Pour conclure je dirai : Que l'on nous prépare de grands savants, rien de mieux ; mais comme ils nous seront de bien peu d'utilité pour « les travaux ennuyeux et faciles » de la pratique journalière, que l'on organise un enseignement pratique et humain pour les futurs médecins de famille, enseignement que nos futurs savants commenceront par suivre eux aussi pour ne pas risquer de devenir un peu trop étrangers aux nécessités terre à terre de la pratique de chaque jour.

Dr Perrin (Nantes).

L'ALIMENTATION HUMAINE DANS LA PRÉHISTOIRE

Rechercher sa nourriture et veiller à sa défense personnelle, tels devaient être, pour l'homme préhistorique, les stimulants continuels de son activité.

La première forme de cette activité fut donc la chasse. Dès l'âge de pierre on trouve des sortes de racloirs ou couteaux rudimentaires qui devaient servir à séparer la chair des os. Des débris qui ont pu parvenir jusqu'à nous l'on peut déduire que la chair la plus usitée était celle des herbivores ; le repas devait être complété par des végétaux.

Plus tard s'instituent l'élevage des bestiaux et le pâturage des troupeaux. Puis l'agriculture commence, procurant de nouveaux aliments.

L'homme préhistorique invente la trituration des céréales qui lui procure une farine grossière ; en la délayant dans l'eau et la faisant cuire il obtient une sorte de polenta. Par un progrès nouveau il arrive au pain. Un musée français possède une miche carbonisée, trouvée dans un village lacustre.

Des débris fossiles trouvés dans diverses localités on peut présumer que, vers le paléolithique, l'homme mangeait la chair des chevaux, des mammouths, des cerfs, des bisons, des rennes. Au cours du néolithique, l'homme apprend à utiliser le lait et à fabriquer les laitages ; en outre il devient pêcheur : outre des débris de froment, d'orge et des ustensiles pour en tirer parti, on retrouve des outils de pêche et des débris de poissons.

Enfin l'apparition du métal influe encore sur le régime alimentaire en permettant le perfectionnement des armes de chasse, les instruments agricoles et de pêche.

C'est ainsi nantie que l'humanité arrive à l'âge historique (1).

G. L.

(1) *Annali d'igiene*, février 1941.

Chronique automobile



LE VÉLOMOTEUR

Par M. H. Petit,

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique,
Rédacteur en chef de la *Technique automobile*

La bicyclette constitue pour tous ceux qui sont obligés de se déplacer fréquemment et qui sont privés de leur voiture, un secours d'une grande qualité. Malheureusement, son emploi continu, surtout en pays accidenté, est fatigant et à partir d'un certain âge, il est bien difficile d'effectuer tous les jours un parcours long et accidenté sans éprouver une fatigue excessive.

Adjoindre un moteur à la bicyclette résout évidemment la question fatigue. Mais, pour que cette solution soit possible, il faut avoir encore un peu d'essence ce qui est le cas des médecins.

Comme le vélomoteur est un très petit consommateur de carburant, il présente pour le Corps médical, un grand intérêt.

Plusieurs de nos lecteurs nous ont demandé de les documenter sur le vélomoteur. C'est ce que nous nous proposons de faire aujourd'hui.

Historique

Quelques mots d'historique, d'abord pour rappeler l'évolution du vélomoteur.

Il y a plus de quarante ans qu'on a pensé à adjoindre l'énergie d'un moteur à explosion aux muscles du cycliste pour l'aider au moins à monter les côtes. De véritables vélomoteurs ont existé au début de ce siècle et nous nous rappelons avoir personnellement utilisé aux environs de 1902 ou 1903, un petit moteur qui était, je crois un Werner : Il se montait sur le guidon d'une bicyclette ordinaire, et attaquait la roue avant motrice au moyen d'une courroie.

Cependant, l'état fruste des moteurs de l'époque ne permit pas à ce genre de véhicule de se développer. Peu à peu, les moteurs grossirent, exigèrent une construction spéciale de la bicyclette et on arriva peu à peu à la motocyclette, instrument très différent de celui qui nous occupe aujourd'hui.

Vers 1918 ou 1919, le moteur auxiliaire pour bicyclette connut un renouveau de faveur : de nombreux constructeurs y consacrèrent leur activité. Malheureusement, le problème apparut bientôt comme à peu près insoluble : ou bien, le moteur était trop faible pour faire progresser utilement la machine, ou bien, s'il avait une puissance suffisante, il était trop lourd et ses trépidations et l'effet de son poids disloquaient presque toujours les organes qui étaient chargés de le supporter.

Le moteur auxiliaire disparut donc une fois de plus, mais il devait cependant laisser des traces. Si, en effet, la bicyclette ordinaire était incapable de le supporter, une bicyclette renforcée et surtout dessinée spécialement dans le but de recevoir la propulsion mécanique devait donner satisfaction : et c'est à cette époque que prit réellement naissance ce qu'on appela plus tard le vélomoteur. Cet engin reçut d'ailleurs une consécration officielle et fut ainsi défini par les pouvoirs publics : poids maximum, y compris la machine, 30 kilos, vitesse maximum possible 30 kilomètres à l'heure. Moyennant quoi, il bénéficiait d'avantages appréciables du point de vue administratif et était assimilé presque en tous points à la bicyclette ordinaire.

Quelques maisons spécialisées dans la construction des bicyclettes établirent des vélomoteurs. La plupart d'entre eux d'ailleurs devaient peu à peu suivre une voie presque inévitable aussi bien pour les véhicules à deux roues que pour les voiturettes à quatre roues : on trouvait la vitesse insuffisante, on augmenta progressivement la puissance du moteur et de nombreux types de vélomoteurs évoluèrent assez rapidement vers la motocyclette.

La motocyclette cependant se révéla très rapidement comme un engin lourd, très rapide, assez peu maniable pour les non initiés et somme toute, quelque peu dangereux : c'était l'instrument des jeunes et il est peu d'exemples de cyclistes âgés qui aient pu s'adapter à la motocyclette proprement dite.

Le vélomoteur persista donc, si bien qu'il existe encore à l'heure actuelle, procédant de son ancêtre d'il y a vingt ans, mais ayant bénéficié par rapport à lui de perfectionnements impor-

tants. En particulier, les vélomoteurs actuels au lieu d'avoir une seule vitesse comme leurs ancêtres, en ont généralement trois, ce qui rend leur utilisation plus souple, plus agréable, et somme toute, plus générale.

Au point de vue administratif, la définition du vélomoteur a été un peu modifiée et a permis l'établissement de machines plus confortables : leur poids maximum a été élevé jusqu'à 35 kilos. Ce sont ces 5 kilos supplémentaires qui ont permis de le doter d'un changement de vitesse, d'une suspension élastique, de pneus plus gros, d'en faire, en somme, un engin plus confortable et plus utile.

Particularités du vélomoteur

Le vélomoteur actuel est un cycle à cadre spécial où le moteur se trouve placé en dedans du cadre et à peu près au-dessus du pédalier. Le moteur attaque, directement ou non, la boîte de vitesse et une chaîne opère la transmission depuis l'arbre secondaire de la boîte jusqu'à la roue arrière.

Le moteur est toujours un moteur à deux temps du type trois lumières ou trois orifices Il présente certaines particularités spéciales par rapport au moteur d'automobile :

1° Il comporte un refroidissement par l'air seul au moyen des ailettes que portent les cylindres et la culasse ;

2° L'allumage se fait par volant magnétique ;

3° Le graissage par mélange d'huile à l'essence. Enfin le carburateur, au lieu d'être complètement automatique comme celui des voitures comporte très généralement une commande d'air supplémentaire.

Le conducteur dispose d'un assez grand nombre de manettes, d'un levier et d'une pédale : les manettes commandent l'avance à l'allumage, le règlage du carburateur, le décompresseur quand il existe, l'embrayage et l'un des freins.

Le levier actionne le changement de vitesse. Enfin, une pédale commande l'autre frein. Ajoutons qu'en général, le vélomoteur comporte un *kick-starter* pour la mise en route du moteur.

Les freins sont du type à tambour à segments intérieurs et disposés sur les deux roues.

Sans entrer dans le détail de la description de chaque organe, nous allons seulement dire quelques mots de ceux qui diffèrent le plus des organes correspondants de la voiture automobile.

Le moteur

Le moteur, nous l'avons dit, est à deux temps, du type dit à trois lumières. Un deux temps n'est autre chose qu'un moteur à quatre temps dans lequel le temps de l'aspiration et celui de l'échappement, ont lieu simultanément alors que le piston se trouve au voisinage de son point mort bas.

Le cylindre du moteur est complètement fermé à sa partie supérieure (sauf le trou de la bougie et éventuellement celui du décompresseur). Il porte à son extrémité inférieure deux orifices situés en face l'un de l'autre: L'orifice de transfert par lequel arriveront les gaz frais et l'orifice d'échappement. Le bord supérieur de l'orifice de transfert est un peu plus bas que le bord supérieur de l'orifice d'échappement.

L'orifice de transfert est placé à l'extrémité d'une canalisation qui débouche d'autre part dans lecarter du moteur.

Le carburateur est monté soit sur le canal de transfert lui-même, soit plus généralement sur le carter.

Si l'on considère les fonctions du piston dans un moteur monocylindrique à carter étanche, on remarquera qu'il agit à la fois par sa face supérieure sur les gaz enfermés dans le cylindre et par sa face inférieure sur les gaz enfermés dans le carter, de telle sorte que, quand le piston descend dans le cylindre, il y a détente des gaz du cylindre, et compression des gaz du carter. Inversement, quand le piston monte et comprime devant lui les gaz du cylindre et oblige à se détendre les gaz du carter. Cette observation va nous permettre de comprendre le fonctionnement du moteur à deux temps.

Supposons le piston en haut de sa course : l'étincelle vient de jaillir à la bougie enflammant les gaz préalablement enfermés dans la culasse et le piston est chassé vers le bas en produisant du travail.

En descendant, il comprime les gaz frais qui ont été emmagasinés dans le carter, nous verrons tout à l'heure comment.

Vers la fin de sa course de détente, le piston découvre l'orifice d'échappement : les gaz encore à forte pression qui se trouvent au-dessus de lui s'échappent dans l'atmosphère, créant derrière eux une certaine dépression.

Presque aussitôt après que l'échappement a commencé, le piston découvre l'orifice de transfert, établissant ainsi la communication entre le carter et le cylindre.

Les gaz frais qui ont été comprimés dans le carter pénètrent dans le cylindre, viennent frapper sur un petit écran vertical que porte le piston, écran appelé déflecteur, qui oriente le courant des gaz frais vers le haut du cylindre et les empêche de s'échapper directement par l'orifice d'échappement qui est ouvert à ce moment là.

Il y a donc, à ce moment deux phénomènes, non pas tout à fait simultanés, mais qui se succèdent très rapidement : échappement des gaz brûlés d'une part, admission des gaz frais provenant du carter d'autre part.

Quand le piston remonte, il ferme succes-

sivement les deux orifices du cylindre et à partir du moment où l'orifice d'échappement est complètement clos, il comprime au-dessus de lui les gaz frais qui remplissent le cylindre. Pour le cylindre, c'est donc le temps de la compression. Mais, en même temps, le piston qui remonte, fait le vide dans le carter et provoque l'aspiration des gaz dans le carburateur : le carter se remplit donc de gaz frais qui vont se trouver prêts pour le prochain tour.

Le retour à l'atmosphère des gaz frais contenus dans le carter, retour qui se produirait au moment de la descente du piston si rien ne s'y opposait, est empêché soit par une soupape automatique placée à l'entrée du carburateur, soit par le piston qui masque à ce moment l'arrivée des gaz, soit enfin par un distributeur qui est souvent constitué par l'arbre vilebrequin luimême.

On voit que, pendant le fonctionnement du moteur, il y a une explosion par tour du vilebrequin. La régularité cyclique du moteur à deux temps est donc double de celle du moteur à quatre temps. Autrement dit, au point de vue production de travail, un moteur monocylindrique à deux temps se comporte comme un moteur à quatre temps à deux cylindres dont les bielles seraient calées sur le même maneton.

On remarquera que les gaz frais provenant du carburateur pénètrent d'abord dans le carter où ils séjournent pendant un demi-tour au moins, puis vont de là dans le cylindre. Ils se trouvent donc successivement en contact avec les éléments mobiles du moteur : tête de bielle, tourillons du vilebrequin, parois du cylindre et segments du piston.

Si donc on charge ces gaz d'un peu d'huile, tous les organes frottants vont se trouver lubrifiés ; l'huile se dépose, grâce à sa viscosité sur les parois métalliques avec lesquelles elle se trouve en contact.

Le système de graissage employé pour les deux temps découle de cette particularité : s'il a l'inconvénient d'être un peu onéreux en huile, il a, par contre, le très grand avantage de ne compliquer en rien l'agencement du moteur.

Le refroidissement, nous l'avons dit plus haut, se fait par contact direct entre les parois externes du cylindre muni d'ailettes et l'air atmosphérique. L'expérience prouve que pour les petits alésages, ce refroidissement est toujours suffisant.

Pour l'allumage, on a cherché à n'ajouter aucun organe tournant supplémentaire au moteur, tel que nous l'avons décrit, et à cet effet, on utilise comme générateur d'étincelles, le volant lui-même. Le volant magnétique comporte généralement un aimant de forme circulaire, rivé à l'intérieur de la jante du volant et présentant entre ses deux pôles une solution de continuité. Une bobine est montée fixe à l'intérieur du volant sur la paroi du carter. Son armature en tôle feuilletée forme avec l'aimant lui-même un circuit magnétique qui ne contient que deux entre-fers de faible longueur.

Un dispositif de rupture analogue à celui des magnétos est placé à côté de la bobine avec son condensateur. Une came qui tourne avec le volant provoque une fois par tour l'écartement des contacts du rupteur, d'où autant d'étincelles que de tours du vilebrequin.

La simplicité du moteur deux temps

Le moteur deux temps ainsi traité présente donc une simplicité que ne saura jamais atteindre le moteur à quatre temps.

Ses seuls organes sont en effet le cylindre et son carter, le piston, la bielle, le vilebrequin et son volant. Pas de soupapes et par conséquent pas d'arbre à cames. Pas de magnéto, et par conséquent, pas d'arbre spécial pour l'entraîner. Aussi, le moteur à deux temps peut-il être produit dans des conditions de prix extrêmement basses.

Dans la plupart des moteurs actuels de vélomoteurs, le cylindre est chemisé et peut être fait par conséquent, si l'on veut, en alliage léger, meilleur conducteur de la chaleur que la fonte et moins lourd.

Nous voyons donc deux avantages importants du moteur à deux temps : sa grande régularité cyclique et son extrême simplicité. Ajoutons qu'à cylindrée égale, il donne environ une fois et demi la puissance du moteur à quatre temps, en admettant qu'il tourne à la même vitesse. Théoriquement, cette puissance devrait être double, mais n'oublions pas qu'il y a une course perdue du piston assez importante, puisque, bien évidemment, il n'y a aucun effet utile, du point de vue puissance tant que les orifices découverts par le piston sont ouverts.

D'autre part, nous allons voir en abordant le chapitre des inconvénients du moteur à deux temps, que l'utilisation des gaz carburés est loin d'être parfaite.

Nous n'avons en effet parlé jusqu'à maintenant que des avantages du deux temps. Voyons maintenant ses inconvénients.

Ils proviennent essentiellement de son mode de fonctionnement et du fait que les orifices de transfert et d'échappement se trouvent ouverts en même temps. Quoi qu'on fasse et malgré la présence du déflecteur, il est impossible d'empêcher au moins à certains régimes, qu'une partie des gaz frais ne se perde dans l'atmosphère par l'orifice d'échappement et par conséquent sans avoir travaillé.

D'autre part, les régimes tourbillonnaires qui existent dans le cylindre varient avec la vitesse

de rotation, le remplissage du cylindre ne s'effectuant d'une façon convenable que pour des régimes de rotation assez voisins les uns des autres. C'est ainsi qu'on ne peut faire tourner un moteur à deux temps dans une gamme de vitesse aussi large qu'un moteur à quatre temps.

La consommation va naturellement se ressentir de la médiocre utilisation du carburant. Il est vrai que le moteur à deux temps du type trois lumières étant toujours de faible puissance, la consommation globale reste faible et qu'on se soucie peu finalement de la consommation spécifique.

Le moteur à deux temps consomme également plus d'huile que le quatre temps ; toute l'huile employée au graissage se trouve en effet consommée en même temps que l'essence ; pour le graissage, on ajoute à l'essence environ le dixième de son volume d'huile, tout au moins quand le moteur est neuf. Un peu plus tard, on peut réduire progressivement la quantité d'huile parfois jusqu'à 5 %, à condition de ne pas pousser le moteur à fond tout le temps et de lui donner le temps de se refroidir après chaque effort. Comme pour la consommation d'essence, la consommation d'huile reste donc réduite en grandeur absolue, simplement parce que le moteur est petit.

Dans les vélomoteurs, l'éclairage est très souvent assuré par le volant magnétique lui-même, qui donne du courant alternatif comme les petits alternateurs employés pour la bicyclette. Evidemment, l'éclairage ne sera jamais très puissant, mais en raison de la faible vitesse atteinte par les vélomoteurs, il peut être considéré comme suffisant.

***

En résumé donc, le vélomoteur présente l'avantage d'être léger, aisément maniable, économique, parce que ayant un petit moteur ; il est facile à garer. Ses inconvénients sont qu'il n'offre pas plus de défense contre les intempéries que la bicyclette elle-même. Nous dirions même presque qu'il offre moins de défense, car s'il fait frais, le cycliste ne souffre du froid qu'aux mains et aux pieds et se trouve réchauffé par le mouvement qu'il se donne, tandis qu'il se refroidit davantage sur un vélomoteur où il n'a aucun effort à faire.

Le moteur auxiliaire pour bicyclette

Nous allons assister d'ici quelques mois à l'éclosion d'un nouveau type de moteur pour bicyclette : le moteur auxiliaire. Eternel recommencement de l'histoire de la locomotion sur deux roues.

Plusieurs constructeurs ont en effet actuellement à l'étude des petits groupes moteurs dont le poids n'excède pas une dizaine de kilos et parfois moins, qui pourront se monter sur une bicyclette ordinaire, sans aucune modification et qu'on pourra par suite enlever en quelques minutes si l'on veut réutiliser sa machine en pédalant.

Ces moteurs auxiliaires sont d'ailleurs beaucoup plus petits que les 100 centimètres cubes alloués au vélomoteur.

L'un d'entre eux dont nous avons eu l'occasion de voir les dessins, n'a pas plus de 35 c.c. de cylindrée.

Mais il est encore un peu prématuré d'en parler : attendons d'abord qu'ils soient construits, puis essayés, et enfin, qu'ils soient admis administrativement.

Régime administratif du vélomoteur

Le vélomoteur qui satisfait aux maxima imposés de poids, de vitesse et de cylindrée, bénéficiait d'un régime administratif spécial.

Mais, depuis quelques mois, il est soumis aux mêmes obligations que les motocyclettes — et par conséquent que les voitures. — En zone occupée, son titulaire doit être muni d'un permis de circuler (S. P.) En zone libre, ce permis ne serait pas nécessaire.

***

Ajoutons que malheureusement, il est impossible de trouver à l'heure actuelle un vélomoteur neuf, la fabrication ayant presque complètement cessé chez la plupart des constructeurs et que, quant aux vélomoteurs d'occasion, ils atteignent des prix qui ressortissent évidemment du marché noir.

Henri PETIT.

CONFITURES ET RHUMATISME

Les personnages autorisés qui, à l'Académie de médecine ou au Comité consultatif d'hygiène, ont la responsabilité de veiller à la sauvegarde de la Santé publique, combattent sans défaillance les tentatives de sophistication des industriels et commerçants en produits alimentaires. Ceux-ci s'obstinent de leur côté à demander l'autorisation de mélanger à leurs marchandises des produits chimiques, soit pour en améliorer la présentation, soit pour en prolonger la conservation. Les rigides conseillers des Pouvoirs publics sont cependant obligés de jeter du lest de temps à autre. Ils ne cèdent jamais sur la question esthétique qui réclame sans cesse de nouveaux colorants : pour les bonbons, les sirops, les limonades. Il faut attirer les amateurs par une palette vive et variée, les amateurs de beurre l'exigent très jaune, les haricots verts ne le sont jamais assez, la viande n'est jamais assez rouge et les crevettes d'Algérie paraîtraient bien meilleures si l'on était autorisé à les teinter en rose. Mais la conservation des produits périssables a une importance que les circonstances actuelles rendent impérieuses : c'est alors toute la question des conserves qui est en jeu. Parmi les procédés sont hors de cause ceux qui sont basés sur la chaleur ; la pénurie du combustible ne peut être suppléée par la chimie.

Mais les procédés qui utilisent les propriétés antifermentescibles du sel ou du sucre ont de plus en plus tendance à appeler la chimie à la rescousse. C'est le cas en ce moment pour les confituriers qui n'ont pas assez de sucre pour conserver les milliers et les milliers de tonnes de fruits, qui constitueraient un appoint si précieux à l'alimentation nationale en péril. Ces industriels voudraient suppléer à l'insuffisance quantitative du sucre par l'action de certains acides et principalement de l'acide salicylique. Une discussion s'est engagée dernièrement au Comité consultatif auquel le secrétariat d'Etat demandait avis sur ce sujet. Les rigoristes voulaient que soit maintenu le veto habituel. Sans doute, le salicylate n'est pas toxique à la dose proposée (1 pour 1.000 au maximum), mais la répétition de l'absorption d'un produit ayant une action pharmacodynamique notable pourrait avoir à la longue des inconvénients.

D'autres conseillers étaient effrayés de la perte irréparable qu'un refus péremptoire causerait à la réserve alimentaire nationale ; ils regrettaient que l'imagination des industriels n'ait su trouver des procédés absolument anodins, ils souhaitaient qu'à l'avenir cette imagination soit plus active, mais préféraient voir la population un peu salicylée que davantage affamée. Il fut finalement décidé, à la séance du 12 octobre, que l'autorisation demandée serait accordée provisoirement et seulement pour la saison commencée. Toutes les autres adjonctions chimiques pour d'autres denrées furent impitoyablement écartées.

Les doses d'acide salicylique proposées par l'industrie sont couramment utilisées par les particuliers et sont très éloignées des doses thérapeutiques actuellement préconisées. Il serait intéressant de connaître à ce sujet l'opinion de la ligue antirhumatismale : cette imprégnation générale peut-elle être préventive ou, au contraire, aurait-elle une action d'accoutumance qui gênerait en cas de nécessité la vigueur de la thérapeutique habituellement appliquée ? Nous n'avons du reste qu'à observer notre entourage, principalement notre entourage féminin, pour constater que cette imprégnation existe depuis longtemps grâce à l'énorme consommation de l'aspirine. Qui n'a, dans son sac à main ou dans son gousset, son petit tube de comprimés ? La teneur en produit salicylé du petit tube dépasse celle de plusieurs kilos de confiture, et il ne paraît pas que des inconvénients graves aient été signalés. L'avis provisoire du Comité consultatif se trouve donc bien étayé.

Dr Briau.

RÉPLIQUE DE SON MÉDECIN A FRÉDÉRIC II

Quelquefois Frédéric II, roi de Prusse, se plaisait à embarrasser la personne qui lui parlait, en lui adressant une question peu obligeante, mais aussi il ne s'irritait point d'une répartie piquante. Un jour, voyant venir son médecin, il lui dit : « Parlons franchement, docteur, combien avez-vous tué d'hommes pendant votre vie ? — Sire, répondit le médecin, à peu près trois cent mille de moins que votre Majesté. »

Frédéric II, qui était un homme d'esprit, loin de se fâcher, rit spontanément de cette réplique spirituelle.

J. Noir.

(D'après les *Mémoires du Comte de Ségur.*)

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

Réponse

En principe, d'après l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail modifiée par la loi du 1er juillet 1938, les honoraires médicaux en cas d'hospitalisation sont tarifés de manière limitative par arrêté ministériel du 5 mai 1939. Vous ne pouvez demander au patron que le chiffre d'honoraires prévu audit tarif pour l'intervention pratiquée et vous n'avez aucune action contre l'accidenté bénéficiaire des soins.

Peut-on, par une convention particulière, écarter l'application de la législation des accidents du travail et contracter avec le chef d'entreprise sur la base du droit commun ? La question est délicate, car en vertu de l'art. 30 de la loi du 9 avril 1898, les dispositions de cette loi ont un caractère d'ordre public et une convention contraire est nulle de nullité absolue.

Mais un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation en date du 28 avril 1926, (D. H., 1926-298) a décidé que si la liberté des conventions a été prohibée par l'art. 30, cette prohibition doit se restreindre aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès ou d'infirmité permanente et aux règles de compétence et de procédure édictées par ladite loi, elle est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Cet arrêt est intervenu au reste dans une affaire tout à fait analogue à la vôtre et a validé une convention par laquelle le chef d'entreprise avait consenti à assumer la charge des frais du traitement à l'occasion d'un accident du travail, dans une clinique privée sur la base du droit commun.

Vous pouvez donc opposer cette jurisprudence en l'espèce à l'entrepreneur qui a fait appel à vos soins à condition toutefois d'apporter la preuve de cet appel et des circonstances qui font présumer que le chef d'entreprise avait renoncé de lui-même au bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

5.340. — Rechute. Droit au remboursement des frais médicaux

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir votre avis sur le cas suivant : j'ai soigné à partir du 1er septembre un accidenté du travail qui, à la suite d'un coup de masse, a fait un panaris assez sérieux de la troisième phalange du médius gauche ; le 22 septembre le blessé reprenait son travail. La plaie s'étant refermée normalement, le bout du doigt n'étant pas sensible mais l'articulation restant raide, j'ai signé le 9 octobre le certificat de consolidation en demandant qu'une expertise soit faite pour fixer un taux d'invalidité ; aucune réponse n'a encore été faite à cette demande. Mais le 25 octobre le blessé revient, sa phalangette étant de nouveau rouge, douloureuse et œdématiée sans doute par reprise de suppuration d'un point d'ostéite. Dans ces conditions les frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que l'indemnité de demi-salaire peuvent-ils être toujours comptés au titre d'accident du travail et quelles formalités faut-il faire ; sinon quels sont les droits de l'accidenté ?

Dr D.

Réponse

En matière d'accidents du travail, les indemnités temporaires sont dues jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente.

Par ailleurs, l'action en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation de l'infirmité de la victime est ouverte pendant trois ans à compter de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière dans le cas où l'accident n'a entraîné qu'une incapacité temporaire pendant laquelle cette indemnité a été servie à la victime sans qu'il y ait eu attribution de rente. La loi du 1er juillet 1938, qui a modifié la loi du 9 avril 1898, précise que, dans le cas où, au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en révision, l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime, une nouvelle incapacité temporaire et la nécessité d'un traitement médical, l'employeur ou l'assureur est tenu de payer l'indemnité journalière, les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, ainsi que les frais d'hospitalisation s'il y a lieu.

En l'espèce, la consolidation était purement apparente puisqu'une rechute s'est produite avant que la procédure en attribution de rente ait pu même être entamée. Nous estimons donc que les soins qui sont devenus à nouveau nécessaires constituent simplement une prolongation de l'incapacité temporaire primitive.

Il convient que, sans tarder, vous signaliez cette rechute à l'assurance du patron dans un certificat que vous lui adresserez sous pli recommandé.

Il convient d'observer d'ailleurs, d'après les nouvelles dispositions que, même dans le cas où la consolidation serait considérée comme définitivement acquise, le blessé aurait encore droit aux frais médicaux et pharmaceutiques pour toute rechute survenue au cours de la période de révision.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4.786. — Deux prix différents en K. et P. C. pour le même acte (incision d'abcès amygdalien)

Parmi les réponses qui figurent dans la correspondance médicale du *Concours*, j'ai trouvé, dans le numéro du 17 août dernier, l'indication d'une « nomenclature nationale de pratique médicale courante » (page 1.455), dont je n'avais pas connaissance.

Voudriez-vous être assez aimable pour m'indiquer où je pourrai me procurer cette nomenclature qui me serait très utile.

D'autre part, comment dois-je faire figurer sur les feuilles d'Assurances sociales l'incision d'un phlegmon de l'amygdale ? Je suis un simple praticien et ne puis guère étiqueter cette modeste intervention, O. R. L., K.4.

Dois-je inscrire simplement K.4 ou PC4 ?

Pour l'incision d'un abcès dentaire vulgaire, dois-je moi, simple praticien, mettre l'étiquette S.T.O.K2 ou mentionner PC. avec un coefficient que j'ignore.

Je vous serais très obligé de me renseigner sur ces divers points, et, comme la chose n'est pas compliquée pour vous, que je sache, de me documenter le plus tôt possible.

Dr F.

Réponse

a) Vous trouverez cette nomenclature dans le supplément mensuel du *Concours médical* de mars 1941, page 10 et suivantes. (Au cas où vous ne possèderiez pas ce supplément, nous sommes à votre disposition pour vous le faire parvenir) ;

b) Il y a bien, en toutes lettres, en K.4 « Ouverture d'abcès amygdaliens ».

Il n'y a pas de raison pour que vous n'employiez pas cette rubrique si vous avez pratiqué réellement une ouverture d'abcès amygdalien.

Sans doute, il y a en P.C.3 « Incision d'abcès simple de l'amygdale ». Mais je ne vois pas pourquoi il y a ainsi deux rubriques pour la même action — ou alors un bistouri d'O. R. L. est d'une classe supérieure à un bistouri d'omnipraticien, ce que je me refuse, en l'espèce, à considérer comme normal et justifiable, attendu qu'une ouverture d'abcès amygdalien est nettement du ressort d'un omnipraticien et ne saurait être réservée à l'acte chirurgical exclusif d'un O. R. L. ;

c) Mêmes réflexions en ce qui concerne K.2, en stomatologie, pour « incision d'un abcès sous-muqueux », qui est aussi nettement du ressort d'un omnipraticien.

Là, d'ailleurs, il n'y a aucune autre rubrique pour le même acte en P. C.

Dr F. Decourt.

5.374. — Accouchement chez une assurée assistée domiciliée à plusieurs kilomètres de l'accoucheur.

Combien dois-je réclamer d'honoraires pour un accouchement chez une assurée assistée (feuilles mauves) habitant à trois kilomètres de chez moi.

Le tarif Assistance médi ale gratuite pur (feuilles blanches) dit : tarif responsabilité assurances sociales : mais comment puis-je connaître celui-ci ?

Jusqu'ici pour visites et interventions pour assurés assistés j'ai compté le tarif Assistance médicale gratuite (feuilles blanches). Ai-je eu tort ? ?

Dr J.

Réponse

a) Le tarif de réassurance des Caisses comporte, en ce qui concerne l'assurance-maternité :

1° Une prestation basée sur la dépense engagée par l'assurée pour les examens durant la période prénatale : somme maxima de 75 francs (100 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants).

2° 325 francs pour un accouchement normal (425 francs dans les grandes villes).

3° en cas de frais de déplacement au domicile de l'assurée par le médecin ou la sage-femme, le tarif est celui établi en matière d'assurance-maladie.

b) Quant au tarif de responsabilité d'une Caisse, de façon générale, vous pouvez toujours le connaître en le lui demandant officiellement. Souvent d'ailleurs ce tarif est le même pour toutes les Caisses du département.

c) Ne pas oublier que depuis la loi du 29 mai 1941, ce tarif de responsabilité est actuellement égal au tarif de réassurance.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

5.091. — Oubli de l'article 378 par une Caisse d'Assurances sociales

J'ai reçu, le 4 octobre dernier, une assurée sociale en vue de l'examen général du troisième mois de la grossesse, exigé par la Caisse. On m'a, à cet effet, présenté à remplir un certificat sous forme de fiche très détaillée comprenant (je copie) :

I. *Interrogatoire* :

a) Etat de santé de l'intéressée :

Maladies antérieures :
Doit-on envisager à la naissance l'emploi du B. C. G. :
Etat des règles, régulières ou irrégulières :
Grossesses antérieures (nombre) :
Accouchements à terme... normaux, dystociques :
Accouchements prématurés : ... Avortements :
Enfants vivants : ..... Enfants décédés :
Age du décès et cause du décès :

b) Grossesse actuelle :

Dernières règles du ... au ..... Normales ou non :
Date approximative de l'accouchement :
Qui l'intéressée a-t-elle choisi pour pratiquer l'accouchement ?

II. *Examen.*

Etat général :
Etat des seins :
Bassin normal ou rétréci :
Y a-t-il prévision d'accouchement dystocique :
Urines :

Je me suis borné à laisser en blanc les réponses à toutes les questions concernant l'état de santé de ma cliente, ainsi que ses particularités anatomiques et physiologiques.

Le médecin-conseil de la Caisse me retourne aujourd'hui la fiche en me priant de la compléter. Il m'affirme qu'elle doit rester dans ses dossiers confidentiels. C'est possible, mais cela ne me satisfait pas.

1° La Caisse a-t-elle le droit de se livrer à une inquisition aussi intime à l'égard de ses affiliées ? Le médecin a-t-il le droit de s'y prêter sans violation de la loi sur le secret professionnel ? Même sous la garantie du médecin-conseil de la Caisse ?

2° Personnellement, je répugne à voir étalée sur des papiers, appelés quoi qu'on prétende à courir dans trop de mains, exposés à trop de regard, l'intimité des individus et des familles.

En quoi cela regarde-t-il les Caisses ? Si une cliente est hérédo-syphilitique, je sens que ma main se refusera à l'écrire en noir sur blanc. Ne suffit-il pas que je la soigne honnêtement ; en quoi « l'état des seins » de l'assurée peut-il influer sur le remboursement qu'effectuera la Caisse ?

Veuillez donc me faire savoir si les prétentions de la Caisse doivent être obligatoirement satisfaites.

Dr D.

Réponse

Je tiens à ceque soit publiée dans le *Concours* votre lettre en entier, et je vous approuve totale-

ment de ne pas vous prêter à une violation aussi manifeste du secret professionnel.

Si demain, il nous est prescrit par la loi de le faire, il sera temps de réfléchir et de consulter sa conscience dans de nombreux cas en pareille matière. Pour le moment, l'art. 378 nous interdit de dévoiler à un tiers les secrets personnels et familiaux de ceux qui se sont confiés à nos soins, et à notre discrétion.

Dr F. DECOURT.

4389. — Rechute ou maladie nouvelle

Je soigne une jeune fermière dont le mari prisonnier libéré, était affilié à la Caisse d'assurances sociales de Paris.

Elle est atteinte d'une tuberculose apicale droite dont le début clinique remonte à l'année 1941.

La Caisse fait partir la maladie de février 1939 sous prétexte que la malade a reçu un traitement analogue antérieurement : en l'espèce colloïdogénine. Que peut-on faire ?

Dr B.

Réponse

Si, en 1939, à la suite de sa maladie, il fut déclaré par le médecin traitant qu'il y avait « guérison apparente » et qu'il y ait eu « interruption des prestations pendant plus de deux mois, les prestations peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois ». (Art. 6, alinéa 13, du décret-loi du 28 octobre 1935).

Dr F. DECOURT.

5.377. — Contestation sur l'état du malade

Une de mes malades, assurée sociale est atteinte d'un prolapsus utérin et a dû arrêter son travail le 27 juin 1941.

Une intervention chirurgicale est évidemment indiquée, mais elle ne veut pas se faire opérer. La Caisse d'Assurances sociales refuse de lui payer ses prestations pendant six mois et refuse également de la mettre à l'invalidité.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si elle en a le droit, et dans le cas contraire quelle est la conduite à tenir.

Dr D.

Réponse

Il y a là une « contestation en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse » puisque celle-ci se refuse à payer les prestations, en se basant — je ne sais d'ailleurs sur quoi, puisque vous n'en parlez pas.

Dans un tel cas, il y a lieu, suivant l'alinéa 3 de l'art. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 (dont je viens de citer une partie ci-dessus) de réunir la Commission technique dite des trois médecins : le médecin de la Caisse, le médecin traitant et le troisième choisi par le Président du Tribunal civil.

C'est au président du Tribunal civil que la cliente doit s'adresser pour demander la dite réunion par l'intermédiaire du greffier du Juge de paix de son domicile (art. 1er § 1er de l'arrêté du 4 juillet 1936).

Dr F. DECOURT.

4.636. — Les Caisses d'Assurances Sociales peuvent-elles exiger la communication d'un reçu d'honoraires ?

J'ai opéré un certain nombre d'assurés sociaux. Bien entendu, j'ai rempli, chaque fois, la feuille de maladie, et en particulier apposé une signature indiquant « que les honoraires médicaux avaient été payés ».

Or, les Caisses demandent, pour régler leurs prestations, et en plus de la feuille de maladie, à voir un reçu de ces honoraires. Il en a été ainsi pour chaque opéré.

Cette prétention est-elle légale ?

Dr C.

Réponse

Les Caisses d'assurances sociales n'ont absolument aucun droit pour exiger de leurs assurés et indirectement ainsi du praticien la délivrance d'un reçu d'honoraires indiquant le prix exact de ces derniers.

Ce faisant les Caisses appliquent l'accord dont il a été récemment question dans toute la presse médicale aux termes duquel le Conseil supérieur de l'Ordre aurait accepté que, pour certaines interventions, le tarif des honoraires médicaux coïncide avec le tarif de responsabilité de la Caisse.

Mais cet accord n'est pour l'instant qu'une recommandation de principe et ne deviendra effectif que lorsqu'il aura été conclu dans le cadre de chaque région entre Ordres départementaux et Union des Caisses.

Nous soutenons d'ailleurs que cet accord ne sera pas opposable au médecin praticien, car il ne s'agit nullement d'une convention collective analogue à celle prévue par l'ancien décret-loi du 28 octobre 1935 et le fait pour le médecin d'apposer sa signature sur la feuille de maladie ne peut être considéré comme entraînant son adhésion implicite à cet accord.

La seule base normale permettant aux Caisses de s'enquérir des honoraires versés est l'ancienne convention conclue entre la Confédération des Syndicats médicaux et le Comité d'entente, aux termes de laquelle les médecins devaient stabiliser leur tarif d'honoraires sauf hausse du coût de la vie de plus de 20 % et pouvaient s'engager à l'égard d'une Caisse déterminée à pratiquer à l'égard de leurs clients, le tarif syndical minimum.

Mais là encore il s'agissait d'un accord de principe ne pouvant être en vigueur qu'après adoption de la convention collective caisse-syndicat. Or, dans le département de la Seine, aucune convention reproduisant la clause de cet ancien accord (Circulaire 87) n'a été adoptée.

En conclusion, dans l'état actuel comme dans l'avenir et à moins de modifications légales non encore intervenues, vous êtes parfaitement fondé à refuser à la Caisse un reçu d'honoraires et à engager vos clients à se pourvoir devant le Conseil d'arrondissement du chef de la Caisse.

AUTOMOBILISME

5.148. — Composition des carburants de remplacement

Où puis-je me procurer l'alcool, la benzine, l'éther dont il est question pour la composition de certains carburants de remplacement ?

Dr G.

Réponse

Les seuls distributeurs d'alcool sont, d'une part, les distributeurs officiels d'alcool carburant qui ne délivrent leur marchandise que contre bons, tout comme l'essence et, d'autre part, les droguistes ou marchands de couleurs qui vendent l'alcool à brûler. Cet alcool, en raison du dénaturant qu'il contient, est impropre à l'utilisation dans les moteurs.

La benzine se trouve encore quelquefois chez les droguistes. L'éther est du domaine du pharmacien.

Je ne connais aucune autre source de combustibles et regrette par conséquent, de ne pouvoir renseigner mieux ceux de mes correspondants qui me demandent comment ils doivent faire pour trouver ces liquides.

Henri PETIT.

5.276. — Vélomoteur. Entretien. Graissage

Vous publiez fréquemment des articles sur l'automobile. Etant donné les restrictions d'essence de plus en plus sévères, j'ai acheté, comme beaucoup de confrères, un vélomoteur, qui procure, sinon le confort, du moins l'économie de carburant.

Vous pourriez donner quelques instructions sur l'emploi de ces véhicules, notamment sur le graissage du moteur, un deux temps à trois lumières le plus souvent.

En période de rodage, je mélange 10 % d'huile à l'essence ; mais faut-il continuer ce dosage après quelque temps d'usage ?

Dr R.

Réponse

Je retiens votre suggestion concernant l'emploi des vélomoteurs et je consacre un article dans le numéro de ce jour (v. p. 2112) à l'utilisation de ces engins.

Le constructeur indique toujours la proportion d'huile à mélanger avec l'essence : 10 % en période de rodage est bien. Vous pourrez essayer de réduire progressivement l'huile jusqu'à 5 ou 6 %, mais après un parcours de 2 à 3.000 kilomètres seulement. D'ailleurs, à ce moment, vous devrez contrôler fréquemment l'étanchéité du piston (qualité de la compression) et être très attentif à toute diminution de régime du moteur qui produirait sur le vélomoteur un léger freinage : ce serait l'indice d'un graissage insuffisant

susceptible de provoquer un grippage du piston.

H. PETIT.

FISCALITÉ

5.175. — Retenues fiscales à opérer sur les indemnités versées à un remplaçant

J'ai un remplaçant auquel je donne un fixe de 150 francs par jour, plus 50 francs d'indemnité de logement et de nourriture. Il est marié et père d'un enfant. Est-il vrai que je doive retenir mensuellement sur les sommes que je lui verse le montant de certains impôts ?

Dr J.

Réponse

Il est exact que, toute personne versant un salaire, doit retenir, aux termes de la législation actuelle, le montant des impôts cédulaires sur les traitements et salaires ainsi que le montant de la contribution nationale extraordinaire.

Votre remplaçant touchant 150 francs par jour, cela fait 4.500 francs par mois, à laquelle somme il y a lieu d'ajouter celle de 1.500 francs, montant des indemnités de logement et de nourriture, soit au total 6.000 francs.

Le montant des retenues à opérer, en tenant compte de ce qu'il est marié et père d'un enfant, est de 569 francs, par mois.

Cette somme doit être versée par vous à la Caisse du Percepteur dans les quinze premiers jours du mois suivant.

5.368. — La patente est imposée par trimestre

Je reçois un avertissement du percepteur à payer pour 1941 une patente comme pour l'année entière.

Or, absent de mon domicile depuis le 16 juin 1940, j'ai repris l'exercice de ma profession le 1er septembre 1941 ; en conséquence j'aurai exercé ma profession pendant quatre mois.

Je vous prie de me faire savoir si le percepteur a le droit d'exiger le paiement de la patente pour l'année 1941 entière ou seulement pour les quatre mois où j'aurai exercé ma profession.

Dr G.

Réponse

Aux termes de la loi du 13 janvier 1941, la patente pour l'année 1941, comme pour 1940, n'est due que pour les trimestres civils pendant lesquels les cabinets médicaux ont été ouverts.

Puisque vous n'avez repris l'exercice de votre profession que le 1er septembre 1941, vous ne devez être imposable à la patente que pour les deux derniers trimestres de l'année.

5.203. — Exemption d'impôt en faveur d'un prisonnier

Mobilisé depuis le 24 août 1939 je n'ai été libéré qu'au début d'avril 1941, après dix mois de captivité.

Malgré ma mobilisation précoce, et ma longue captivité j'ai entièrement réglé mes impôts de l'exercice 1939, alors que j'aurais pu en être dispensé.

Le percepteur me réclame la cote mobilière de 1941. Dois-je l'acquitter ?

Dr L.

Réponse

Vous devez être dégrevé de cet impôt car, aux termes de la Circulaire du ministre des Finances du 10 mai 1941, tout militaire étant encore prisonnier au 1er avril 1941 est exonéré de plein droit du paiement de toutes les cotes d'impôts directs relatives aux années 1939, 1940 et 1941, à condition que le montant de ces cotes soit inférieur à 5.000 francs par an et par commune.

Pour en bénéficier, il faut simplement que vous en fassiez la demande au Directeur des Contributions directes de votre département, en y joignant un bordereau de situation délivré par le percepteur, ainsi qu'une pièce attestant votre qualité de prisonnier au 1er avril 1941.

QUESTIONS DIVERSES

5.293. — Régime des accidents du travail et assurances sociales applicable aux salariés employés par l'armée d'occupation.

Je reçois une feuille jaune émanant d'un organisme d'Assurances sociales qui me dit qu'à propos d'un accident du travail je puis lui adresser mes « notes d'honoraires et lui communiquer tous documents relatifs à cette affaire (certificats, demandes d'accords pour interventions spéciales, etc... »

De quoi s'agit-il ?

Dr D.

Réponse

Les pièces que vous nous communiquez ont été établies pour l'application de la législation sociale à des salariés employésen France par l'armée d'occupation.

Nous vous rappelons que le régime du personnel civil occupé par l'Administration allemande au regard de la législation sociale française, a été déterminé par un accord passé entre les Assurances sociales et l'autorité occupante, accord qui a fait l'objet d'une Circulaire en date du 9 octobre 1940, que nous avons publiée dans le *Concours médical* du 26 janvier 1941, page 173 et suivantes.

Aux termes de cet accord, les autorités occupantes retiennent sur le salaire du personnel français qu'elles emploient un pourcentage

déterminé, qui est versé à la Caisse d'assurances sociales.

Moyennant le versement de cette cotisation la Caisse d'assurance maladie-maternité doit couvrir, non seulement les risques normaux incombant aux Caisses d'assurances sociales, mais encore, pour les accidents du travail, le risque d'incapacité temporaire.

En cas d'accident du travail survenant à son personnel, l'Administration allemande en fait la déclaration à la mairie du lieu de l'accident, conformément aux dispositions de la loi du 9 avril 1898.

La procédure de règlement des réparations, prévue par la loi sur les accidents du travail, est ensuite suivie par la Caisse d'assurances sociales. Sans attendre l'issue de cette procédure, la Caisse assure immédiatement à l'accidenté, et pendant la durée de son incapacité temporaire, des soins médicaux et pharmaceutiques.

En l'espèce, c'est donc bien la Caisse d'assurances sociales qui doit vous régler vos honoraires, et c'est à elle que vous devez adresser vos certificats, notes d'honoraires, etc...

P. S. — Conformément aux dispositions de la loi sur les accidents du travail, le certificat de guérison doit bien être établi en deux exemplaires, de même que le certificat initial.

5.263. — Commission administrative hospitalière et médecin

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si le médecin d'un hôpital peut être nommé membre de la Commission administrative de cet hôpital ?

Dr H.

Réponse

Le principe d'incompatibilité des fonctions de membre de la Commission administrative d'un hôpital et de médecin de cet hôpital a été posé par le décret-loi du 30 octobre 1935 qui s'exprime de la manière suivante :

« Est interdit le cumul entre les fonctions de « membre de la Commission administrative d'un « établissement public hospitalier et de médecin- « chef ou de médecin chirurgien de l'établisse- « ment administré par ladite Commission ».

L'exposé des motifs expliquait que de telles situations avaient donné lieu, dans certains centres à des incidents graves et à de réelles difficultés, le médecin-chef ou le médecin d'un établissement public étant ainsi appelé à être parfois juge et partie.

Mais ce décret-loi a soulevé, lors de son entrée en vigueur, un tolle général à tel point que le ministre de la Santé publique de l'époque, M. E. Lafont, a du revenir sur ses intentions primitives et a déclaré au Sénat dans une séance du 28 décembre 1935 qu'il accepte bien volontiers de n'appliquer la règle que pour l'avenir et qu'il ne

sera pas dit à ceux qui sont en place : Allez vous-en. Il se déclarait d'autre part prêt à faire un nouvel examen de la question pour trouver des aménagements qui, tout en parant aux cumuls qui ont provoqué des conflits locaux, permettraient de tenir compte de la thèse contraire (c'est-à-dire de l'utilité qu'ont les médecins de donner leur avis dans les Commissions administratives) qui a produit des arguments d'un incontestable sérieux.

A la suite de cette déclaration, une Circulaire ministérielle du 7 févricr 1936, dont il est fait mention dans deux réponses ministérielles nos 3.773 et 3.732 parues respectivement au *Journal officiel* du 3 juin 1936 et 7 novembre 1936 a stipulé qu'il serait sursis à la mise en vigueur du décret-loi jusqu'au moment où le Parlement aurait statué sur le projet de modifications qui lui serait soumis.

Ces propositions n'ont jamais vu le jour et le Parlement n'a pas été amené à en discuter.

Par contre, le décret-loi du 29 juillet 1939 relatif aux hôpitaux et hospices est venu à nouveau traiter de la question dans un sens d'ailleurs tout à fait opposé à celui de 1935. Dans son art. 6, il prévoit en effet que les Commissions administratives des hôpitaux et hospices sont composées du maire et de six membres renouvelables. Dans les établissements comptant plus de 200 lits d'hôpital, le nombre des membres renouvelables nommés par le Préfet est porté à dix dont un médecin. L'introduction du Corps médical dans les Commissions administratives est donc ainsi officialisé. D'autre part, l'art. 38 du décret-loi déclarait formellement abrogé le décret-loi de 1935 relatif au cumul des fonctions de membres de la Commission administrative d'un établissement hospitalier et de médecin de cet établissement.

Il y a lieu d'observer que ce décret-loi n'est jamais entré en vigueur, car il prévoyait un règlement d'administration publique qui n'est pas encore paru.

Mais le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, M. Serge Huard, se propose de procéder à une réforme d'ensemble de l'organisation hospitalière par une loi qui doit paraître sous peu de temps à l'*Officiel*. Lors de la conférence qui s'est tenue récemment à Aix-les-Bains et dont il est fait mention dans le dernier *Bulletin de l'Ordre*, M. Serge Huard a déclaré formellement que les médecins des hôpitaux publics auraient leur mot à dire sur l'Administration de ces établissements au sein de la Commission administrative.

Plus que jamais, on doit donc considérer que le principe posé par le décret-loi du 30 octobre est tombé en désuétude et que c'est le principe inverse qui sera appliqué.

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

4.934. — De « l'agrément » des cliniques privées

Un confrère m'ayant posé la question de l'agrément des cliniques privées, en matière

de soins aux pensionnés de guerre, j'ai trouvé utile de m'adresser, à ce sujet, au Docteur Lenglet, l'éminent secrétaire de la Commission supérieure depuis sa fondation.

C'est sa réponse même que je donne ci-dessous afin de fixer une bonne fois la « jurisprudence » en la matière, ne connaissant pas de commentateur plus qualifié que mon ami Lenglet. Voici donc cette réponse :

« Une clinique privée doit, pour être agréée à recevoir officiellement les bénéficiaires de l'art. 64, en faire la demande avant la fin de chaque année, pour l'année suivante, à la Commission départementale de surveillance et de contrôle de soins gratuits.

« Il appartient à cette Commission d'accorder ou de refuser l'agrément ; mais le refus doit, s'il se produit, être motivé et il est possible à l'intéressé de faire appel de la décision devant la Commission supérieure, au Secrétariat général des anciens combattants ; deux mois sont fixés comme délai d'appel à dater du jour de la notification.

« Une clinique agréée doit fournir au bénéficiaire tout ce que lui procure l'hôpital, le prix de journée étant fixé par égalité avec le prix de journée de l'établissement public le plus rapproché ouvert aux bénéficiaires.

« La seule différence est que le médecin traitant a droit à l'application du tarif spécial annexé au décret du 25 octobre 1922 et dont le détail est contenu dans les art. 74 à 80 de ce décret. Il n'y a pas de paiement prévu pour la simple visite quotidienne. Les articles du décret sont d'ailleurs très formels (art. 66 à 67).

« Aucune rémunération supplémentaire ne peut être demandée au bénéficiaire. Dans le cas où une telle rémunération a été connue d'une Commission tripartite départementale ou bien de la Commission sanitaire, elle a été l'occasion de sanctions.

« On ne peut entrer ici dans le détail des faits de jurisprudence nés de diverses situations et de diverses infractions à la règle, mais on peut ainsi résumer :

a) si le bénéficiaire entrant à la clinique agréée est en règle avec la Commission tripartite (art. 22 à 24 du décret) il appartient à la clinique de présenter son mémoire compte tenu : 1° des seuls frais de journée payés comme il est dit plus haut et 2° des interventions à tarif spécial prévues par les articles 74 à 80 du décret : rien de plus.

b) si le bénéficiaire n'est pas en règle avec la Commission tripartite ou s'il ne déclare pas à l'entrée sa qualité et ne dépose pas son titre de créance, il devient responsable des frais comme tout autre pensionnaire de l'établissement.

« Telles sont les dispositions réglementaires et leurs effets brièvement résumés. »

Voici donc la question traitée magistralement et j'en suis d'autant plus satisfait que voilà déjà plusieurs lettres reçues concernant ce même point et j'avais l'impression de n'avoir pas traité cette question, dans mes réponses avec toute l'ampleur désirable. Aussi vais-je garder cette réponse du Docteur Lenglet dans mes archives — pour une autre fois.

Dr F. DECOURT.

Soixante-troisième année — N° 49 — 7 Décembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants.............. 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 357. — 200 fr. Tens. Spengler (Vaq. Laubry) étui bois gaîné, parf. état. Dr Boussange, 68 av. de St-Ouen (18e).

N° 358. — Rosengart type supercinq 1939, ét. neuf pn. neufs coach 4 pl. décapot. 16.000 fr. cmptt. S'adr. M. Dubois, agriculteur à Arnouville (S.-et-O.)

N° 359. — Pour raison de santé à vend. urgt. cabinet pédicure. Infirmerie massage. bien situé, pet. loyer. Tt neuf. chauff. central. belle clientèle. S'ad. Mme Moureux, 2° à droite, 69 bd. Richard Wallace, Puteaux.

N° 360. — A céd. gde ville rég. Nord, client. import. de gastro-entérologie et appar. de radio. Ecr. Mme Lecuirot « la fouillerie » à Mesnil-Villement (Calvados).

N° 361. — Après décès, client. de camp. à céder. Mais. état neuf. 10 p., garage, petit jardin. Cond. avant. Ecr. Vve Robert, 28, rue Vitry, Révigny-sur-Ornain (Meuse).

N° 362. — Nomb. livr. d'occas. médecine et chirg. en parf. état. Ecr. pour liste à M. Pons, 72 bd. Senart à St-Cloud-les-Coteaux (S.-et-O.).

N° 363. — Chirurgien franç. cathol. célib. 34 a., cherche assoc. ou rempl. en vue succession. Gellé, 15 r. Duguay-Trouin, Paris (Ve).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Normandie. — Seul propharmacien, loyer 2.000 francs. Très bon rapport, prix modéré.

Oise. — Petite ville. Clientèle de 38 ans, très bon rapport, prix 80.000 francs.

Zone interdite. — Maison agréable, 6 pièces. grand jardin, très très gros rapport, prix 110.000 fr.

Seine-et-Marne. — Ville beau pavillon, loyer 8.500 francs, bon rapport, prix 50.000 francs.

Banlieue-Est agréable. — Superbe habitation, très bon rapport, fixe important, prix 90.000 francs,

Hte-Saône, petit bourg. — Loyer 4.000 francs, bon rapport, prix 50.000 francs.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter* 2 *francs en timbres.*

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le Chewing-gum français, c'est la tablette de **Mangaïne** qui nettoie la langue des fumeurs, rafraichit le pharynx et aseptise la muqueuse stomacale.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Le Docteur Raphaël Massart (de Paris) nous fait part de sa nouvelle installation à Saint-Raphaël (Var) et de son association avec *le Docteur Paul Lieutaud.*

Spécialité exercée : orthopédie, chirurgie des os.

Clinique Notre-Dame. Tél. 624. *St.-Raphaël (Var).*



RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Nous rappelons à nos abonnés que la date d'expiration de leur abonnement est celle qui figure sur la bande d'envoi de leur journal, *quand cette bande est tirée à la machine à adresses.*

Quand elle est imprimée, et qu'il s'agit par conséquent d'une bande d'avant-guerre non encore renouvelée, la date d'expiration qui est indiquée, doit être prorogée de quatre mois ou de sept mois, suivant que l'abonné se trouve dans la zone occupée ou non occupée.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou Médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

Abonnements pour les Médecins prisonniers

Le Groupement corporatif de la Presse périodique générale nous fait savoir qu'il a reçu la communication suivante de l'Administration des Journaux et publications allemands :

« Nous vous prions d'informer tous les éditeurs « du nouvel accord ci-dessous concernant les abon- « nements servis aux prisonniers de guerre.

« Les abonnements ou renouvellements ne peu- « vent être souscrits que pour les prisonniers eux- « mêmes ;

« Le Commandant de chaque Stalag transmettra « leurs commandes respectives à un office spécial à « Cologne, lequel centralisera toutes les demandes, « pour nous les soumettre.

« La fourniture de ces abonnements sera assurée « exclusivement par notre intermédiaire. Toutefois « pour les abonnements souscrits antérieurement « et déjà servis par les éditeurs, ces derniers pour- « ront continuer à les faire parvenir directement, « jusqu'au 31 décembre 1941 inclus.

« Veuillez également prévenir les éditeurs qu'en « aucun cas, à partir du 1er janvier 1942, ils ne « pourront plus fournir d'abonnements aux pri- « sonniers en dehors de ces prescriptions. Ils devront « donc cesser dès maintenant toute publicité solli- « citant ces abonnements.

« Les éditeurs ne devr nt tenir aucun compte « des demandes qui pourraient leur parvenir direc- « tement ou par l'intermédiaire de l'homme de « confiance du Stalag, sans avoir, au préalable, « obtenu notre accord. »

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.* — Le *Journal officiel* publie la nomination de M. le Professeur Cadenat à la chaire de Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine où il succède à M. Grégoire, admis à la retraite.

Nous sommes heureux d'adresser à M. le Professeur Cadenat, qui voulut bien, il y a quelques années, honorer le *Concours médical* de sa haute collaboration, nos plus sincères félicitations.

— *Cours d'hygiène et médecine préventive.* — M. le Professeur Tanon fait son cours au grand amphithéâtre de la Faculté les mardis, jeudis, samedis, à 17 heures. Sujet du cours : les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

— *Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.* (Professeur Loeper). — Conférences pratiques du samedi (amphithéâtre Hayem, à 11 heures) : 13 décembre. Les étapes du traitement de l'ulcus (M. Debray) ; 20 décembre. Le traitement des gastrites et le contrôle gastroscopique (M. Moutier).

— *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.* — Un cours sur les *dosages et traitements hormonaux en gynécologie* sera fait à l'amphithéâtre de la clinique, sous la direction de M. le prof. Cadenat, par M. Claude Béclère, du 8 au 18 décembre, à 18 heures. Le cours est librement ouvert aux docteurs en médecine, ainsi qu'aux internes et externes des hôpitaux.

— *Cours libre d'anthropo-biologie des races.* — Le Docteur René Martial a fait la leçon de réouverture de son cours le 5 décembre 1941, à 18 heures, salle de thèses n° 2.

— **Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail.** — Le cours *d'hygiène industrielle*, commencé le 1er décembre 1941, a lieu les lundis, mardis et jeudis, à 17 h. 30, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique).

— **Hospice des Enfants-assistés.** *Conférence*. — M. Chappaz (de Reims) fera une conférence dans le service de M. Vignes, le mercredi 17 décembre 1941, à 11 heures, sur le sujet suivant : « Prophylaxie et thérapeutique des infections gynécologiques et puerpérales par le bacille de Döderlein ».

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de l'internat (médaille d'or).* — Jury du concours de médecine : MM. Nicaud, de Brun du Bois Noir, Degos, Laporte, Prof. Abrami, Jury du concours de chirurgie et accouchement é MM. Marcel Ombrédanne, Houdard, Merle d'Aubign, Wilmoth et Sureau.

— **Conférence sur la législation raciale allemande.** — Le Professeur Fischer, qui jouit d'une réputation mondiale en matière d'eugénisme et qui a puissamment collaboré à l'élaboration de la législation raciale en Allemagne, a fait le 5 décembre à la Maison de la chimie, à Paris, une conférence sur La législation raciale allemande ».

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame André Alibert ont le plaisir de vous faire part de la naissance de leur fille *Marguerite* ; 9 novembre 1941.
Paris, 20, rue du Vieux-Colombier.

— Le Docteur et Madame Avrilleaud sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille, *Marguerite-Marie*. Le 21 novembre 1941.
Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

— Le Docteur et Madame Souchère ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fille *Hélène*.
Gambais (Seine-et-Oise), le 5 novembre 1941.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Fernand Dupire, d'Hasnon (Nord). Il était le père du Docteur André Dupire, d'Hasnon, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

— Le Docteur Marcel Boulanger, de Louvres (Seine-et-Oise), a la douleur de vous faire part de la mort de son père, M. Jules Boulanger, Inspecteur principal honoraire des chemins de fer du Nord, décédé à Paris le 22 novembre 1941, dans sa 91e année,
L'inhumation a eu lieu à Louvres (Seine-et-Oise) dans le caveau de famille, le 26 novembre 1941.
Nous adressons à notre confrère, le Docteur Marcel Boulanger, et à sa famille, l'expression de notre douloureuse sympathie.



ORDRE DES MÉDECINS

Conseil Départemental de la Seine

Relève des médecins prisonniers

Cette relève devra être faite par des médecins âgés de moins de 40 ans et sans enfants.

Les médecins du département de la Seine, âgés de moins de 40 ans et *pères de famille* sont invités à se signaler, par lettre, au Conseil départemental de la Seine.

Conseil de l'Ordre des médecins des Ardennes

RÉUNION DU 4 NOVEMBRE 1941

Sous la présidence de M. le Docteur Baudoin se sont réunis à 16 heures, MM. les Docteurs : Bellotte, Vilte, Tilman, Maquet.

Docteur Rozoy, secrétaire administratif.

Indemnités kilométriques. — Voiture de 9 CV. et plus : 2 fr. 40 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour ; voiture de moins de 9 CV. : 1 fr. 90 du kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Contrats avec les collectivités. — Les médecins ayant des contrats passés avec des collectivités, contrats écrits ou oraux, doivent les soumettre, pour approbation, au Conseil de l'Ordre, avant le 1er janvier 1942. Passé ce délai des mesures sévères seront prises contre ceux qui auraient négligé cette formalité.

Liste des médecins rentrés dans les Ardennes depuis le 1er octobre. — MM. les Docteurs Veyrat, à Braux ; Giorgi, à Charleville ; Delmas, à Hautes-Rivières ; Lafon, à Liart ; Barbier, à Signy-L'Abbaye.

Comité Sanitaire de la Région Parisienne

Dans sa séance du 28 octobre le Comité sanitaire a évoqué le problème de la documentation.

MM. Dalby, des laboratoires Astier, De Luna, des laboratoires Debat, et Paulin, des laboratoires Roussel, sont venus exposer ce que chacune de ces trois grandes firmes avait réalisé et les services qu'elle offrait aux chercheurs.

Mme Gouin, du Bureau d'informations et d'orientation sociales, décrivit ensuite le rôle de ce bureau destiné à réunir, dépouiller et tenir à jour tous les renseignements qui concernent les différentes formes de l'activité sociale.

M. Dally ,après avoir montré l'intérêt qu'il y aurait à mettre de l'ordre dans l'ensemble de ces initiatives privées et à les harmoniser, fit enfin adopter le vœu suivant :

Le Comité sanitaire de la région parisienne,

Reconnaissant la valeur de nombreux centres de documentation, généralement spécialisés, dus à des initiatives privées qu'on ne saurait trop féliciter de l'hospitalité qu'ils offrent aux chercheurs ;

Estime que ces organismes prendraient toute leur valeur s'ils étaient coordonnés dans un centre actif, qui mettrait en valeur les documents qu'ils contiennent en respectant scrupuleusement leur indépendance et leurs efforts si méritoires.

Ce centre devrait être autonome et placé sous le contrôle supérieur soit de l'Académie de médecine, soit du Secrétariat d'Etat à la Santé publique, et être ouvert à tous ceux qui ont en charge la santé nationale, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, auxiliaires médicaux etc.,..

Retrait de la nationalité française

La qualité de Français est retirée à : Gottschalk (Adolphe) docteur en médecine demeurant à Paris, 6, rue Henri-Duchêne.

Grunberg (Siegfried), docteur en médecine, demeurant à Paris, 28, rue Censier.

Schaffer (Herbert), docteur en médecine ayant demeuré à Paris, 52, rue de la Clef.

Szwarc (Samuel), docteur en médecine, demeurant à Paris, 95, boulevard Beaumarchais.

Sur la nécessité du relèvement de l'indemnité kilométrique

Nous sommes heureux de publier ci-dessous le travail d'un de nos plus fidèles correspondants, secrétaire d'un Conseil départemental de l'Est. Nous l'avons soumis à notre conseiller technique automobile qui en a approuvé les conclusions générales, tout en critiquant certaines évaluations de détail. Les modifications qu'il propose ne changent d'ailleurs rien aux chiffres auxquels notre correspondant aboutit.

Nous remercions notre correspondant d'avoir bien voulu nous communiquer ce travail qui intéressera certainement beaucoup nos lecteurs.

PRIX DE REVIENT AU KILOMÈTRE

parcouru pour une petite voiture Peugeot 202 par exemple (neuve) médecin de campagne non montagneuse, recevant 80 litres d'essence par mois, parcourant par conséquent 8.000 kilomètres par an environ.

1° *Essence* : 12 litres aux 100 kilomètres. Arrêts et départs fréquents — consommation augmentée à cause de l'alcool ajouté en grande quantité. 12 × 9 = 108 francs, soit au kilomètre	1,080
2° *Huile moteur* : 4 litres au 1.000 kilomètres. La consommation d'huile actuelle étant médiocre est augmentée 18,50 × 4 = 74 francs, au kilomètre	0,074
3° *Lavage-graissage* : Huile boîte et Técalémit 55 francs tous les 20 jours, soit 990 francs pour 8.000 kilomètres, au kilomètre	0,123
4° *Réparations, accus, crevaisons*, 1.500 francs pour 8.000 kilomètres, au kilomètre	0,187
5° *Pneus* à 500 francs = 2.500 francs pour 20.000 kilomètres maximum avec les pneus actuels, soit au kilomètre	0,125
6° *Amortissement* en 6 ans, valeur actuelle 33.500 francs, soit 5.580 francs par an pour 8.000 kilomètres, au kilomètre	0,690
7° *Assurance* contre les tiers et tous risques, 3.000 francs par an pour 8.000 kilomètres, au kilomètre	0,370
8° *Garage*, 500 francs par an pour 8.000 kilomètres, soit au kilomètre	0,062
9° *Intérêt* argent de voiture à 4 % allant en diminuant d'année en année, moyenne par année 780 francs pour 8.000 kilomètres, soit au kilomètre	0,097
10° *Assurance* individuelle 800 francs par an pour 8.000 kilomètres, soit au kilomètre	0,100
Total	2,908

En ville, le garage coûte plus cher. La voiture qui ne fait pas 8.000 kilomètres est plus coûteuse et c'est le cas le plus fréquent de beaucoup. On doit donc évaluer le prix de revient du kilomètre au

minimum à 3 francs, et du kilomètre aller et retour à 6 francs.

Temps passé : On peut compter 30 kilomètres à l'heure de moyenne (arrêts et départs compris). Un conducteur de taxi demande 30 francs de l'heure en stationnement d'attente. En taxant à 50 francs l'heure, le temps passé par le médecin sur la route par tous les temps, verglas, neige, à toute heure de jour ou de nuit, cela ne paraît pas exagéré. 50 : 30 = au kilomètre 1,66.

Total général : Débours : 3,00, temps passé : 1,66 = 4,66 et aller et retour : 9,32, soit 9 francs en chiffre rond minimum. Le même calcul en 1937 fait sur la même voiture avec 12.000 kilomètres à 25 francs de l'heure pour le temps passé, donnait un total de 4 francs du kilomètre aller et retour.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances Sociales

Loi du 18 novembre 1941 portant création d'un Institut national d'action sanitaire des Assurances Sociales.

RAPPORT AU MARÉCHAL DE FRANCE, CHEF DE L'ETAT FRANÇAIS

Vichy, le 31 octobre 1941.

Monsieur le Maréchal,

Les Caisses d'assurances sociales ont pour devoir de contribuer à sauvegarder la santé des salariés dont elles sont les assureurs.

Elles ont été autorisées à employer leurs excédents de ressources à la réalisation des œuvres qui, par une action préventive ou curative contre les maladies, répondent à cette haute préoccupation sociale.

C'est grâce à leur initiative ou à leur généreuse participation, trop souvent ignorée, qu'ont pu être créées ou soutenues de nombreuses institutions de dépistage et de soins dont les effets bienfaisants n'ont cessé de se traduire au cours des dernières années par une régression de la mortalité et surtout de la mortinatalité parmi la population laborieuse.

Toutefois, les louables efforts d'organismes multiples, agissant dans le cadre de leur circonscription, restent quelque peu dispersés et ne bénéficient parfois qu'aux assurés des Caisses les plus favorisées. Leur efficacité se trouve ainsi réduite lorsqu'il s'agit de mener la lutte contre les fléaux sociaux les plus graves, tels que la tuberculose et le cancer. Chaque Caisse ne dispose que de moyens techniques ou financiers souvent limités. Chaque établissement de soins qu'elle crée ou qu'elle entretient ne s'intègre pas toujours dans le plan d'équipement sanitaire du pays, qu'il convient cependant de réaliser, non pas seulement avec ardeur, mais avec méthode, en évitant tout autant les lacunes que les doubles emplois.

Pour remédier à cette situation, les Unions régionales des Caisses d'assurances sociales ont été habilitées et incitées à jouer ce rôle de coordination et de concentration dans ces domaines sanitaires et médico-sociaux. Elles ont répondu à cet appel. Mais il apparaît aujourd'hui que c'est sur le plan national que l'œuvre de prévention déjà entreprise doit se réaliser pour en faire mieux profiter tous les assurés sociaux.

Aussi la loi soumise à votre haute approbation confie-t-elle cette tâche de regroupement à un éta-

blissement représentant l'ensemble des Unions régionales des Caisses d'assurances sociales, et lui attribue notamment pour mission de gérer des institutions sanitaires d'intérêt national et, éventuellement, de reprendre à son compte les créances ou les participations acquises, dans le même ordre d'action, par les Caisses d'assurances sociales.

Pour faire face à ses obligations, le nouvel institut est doté de ressources importantes, mais pour tenir compte de l'origine et de l'affectation sociale de ces fonds, son fonctionnement est étroitement soumis au contrôle des pouvoirs publics. Toutefois, il n'a pas paru possible de lui donner la qualification d'établissement public sans modifier de ce fait le caractère fondamental des institutions d'assurances sociales, qui sont et demeurent des organismes privés assurant la gestion d'un service public. C'est pourquoi l'article 2 du présent projet en a fait un établissement d'utilité publique.

Tel est, monsieur le Maréchal, l'objet du texte que nous avons l'honneur de soumettre à votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Maréchal, l'expression de notre respectueux et complet dévouement.

Le secrétaire d'Etat au travail,

René Belin.

Décret :

Art. 1er. — Il est créé un Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales.

Art. 2. — L'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales est un établissement d'utilité publique doté de la personnalité civile, fondé et géré au moyen des fonds des Assurances sociales et avec le concours des Caisses d'assurances sociales et de leurs Unions. Il est placé sous l'autorité du secrétaire d'Etat au travail et sous le contrôle technique du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 3. — L'Institut a pour objet d'organiser, dans l'intérêt des assurés sociaux et de leur famille, la lutte contre les grands fléaux sociaux et de contribuer à toute œuvre destinée à sauvegarder ou à rétablir la santé des travailleurs.

Art. 4. — L'Institut coordonne — sous l'autorité du secrétaire d'Etat au Travail — l'action sociale et sanitaire des Caisses d'assurances sociales et des Unions régionales.

Il coopère à l'équipement sanitaire du pays par l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement, l'aliénation et la gestion de tous établissements d'hygiène sociale, de prévention, de cure et de repos d'intérêt national après approbation du secrétaire d'Etat au Travail et agrément technique du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 5. — L'Institut est administré par un Conseil d'administration comprenant des délégués des Unions régionales des Caisses d'assurances sociales visées à l'article 30 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié, assisté par un Conseil technique sanitaire.

Les attributions ainsi que le nombre et le mode de désignation des membres du Conseil d'administration et du Comité de direction qui en est issu seront fixés par un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail.

La composition et les attributions du Comité technique sanitaire seront fixées par un arrêté contresigné par le secrétaire d'Etat au Travail et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Voir la suite page XLIII-2163

PROPOS DU JOUR

LETTRE D'ALLEMAGNE — LETTRE DE FRANCE

Les médecins et chirurgiens des prisonniers de guerre en Allemagne protestent avec énergie contre l'épithète de « médecins prisonniers » qui ne cesse de leur être appliquée. Une telle désignation méconnaît à la fois la Convention de Genève, la mission extraordinaire dont nous nous sommes trouvés chargés par les accords de M. Scapini, et en même temps, le rôle actif que nous remplissons auprès des prisonniers de toutes armes et de toutes nationalités, français, belges, anglais, serbes, russes. Sait-on bien que nous sommes ici médecins traitants des prisonniers ? On ne l'a, hélas que trop oublié, ce qui a faussé bien des choses. Et le Gouvernement vient seulement, semble-t-il, de s'en aviser en nous attribuant une indemnité journalière de 60 francs depuis le 1er août. Pourquoi d'ai leurs à partir de cette date ? Pourquoi pas depuis le moment où cette mission a été voulue par M. Scapini ? Sait-on que parmi nous, il y a des médecins qui n'on jamais été faits prisonniers et qui ont été envoyés en Allemagne sur la teneur des accords de M. Scapini ? Pourquoi donner à certains d'entre nous le sentiment qu'ils ont été sacrifiés à une politique démagogique, alors que le désir de voir les prisonniers français soignés en captivité par des médecins français est un souci honorable et légitime ? La mission que nous accomplissons ici est à l'honneur du Corps médical tout entier. Il pourra demain en tirer une légitime fierté devant la Nation. Certes, on peut regretter que cette mission ait été distribuée un peu au petit bonheur, et qu'elle nous ait été confiée sans contre-partie et sans statut. On peut regretter que les médecins militaires ne l'aient pas revendiquée comme leur revenant de droit. Mais le nombre imposant de malades qui passent entre nos mains, le nombre de ceux que nous faisons rapatrier, sans compter le bienfait moral de notre présence parmi les prisonniers et subissant avec eux la captivité, sont des témoignages d'un *Service national* dont l'épithète de « médecin prisonnier » ne rend pas compte.

Voulez-vous être assez aimable pour publier ces mots ? Confraternellement,

Dr Ch..

La lettre ci-dessus émane, en s'en est rendu compte, d'un de ceux mêmes que nous appelons, depuis des mois, les médecins prisonniers et que le signataire entend, lui, qu'on dénomme : « médecins *de* prisonniers ».

La distinction paraîtra peut-être subtile à certains, en particulier à ceux qui n'étant pas, leur dit-on, prisonniers, endurent néanmoins les dures conditions des captifs. « C'est jouer sur les mots, s'écrieront-ils ; de tout ce que nous revendiquons et qui nous ramènerait à l'existence d'hommes normaux, voilà ce qu'on trouve à nous concéder : un changement d'épithète. Qu'on nous épargne de telles plaisanteries ! »

J'avoue qu'à leur place tel serait mon langage et que, dès l'abord, je goûterais médiocrement la lettre du Docteur Ch. A la réflexion peut-être mon sentiment aurait-il changé ; comme il a changé lorsque, ayant lu une première fois cette lettre avec humeur, je l'ai reprise, par scrupule, et lui ai trouvé une valeur qui m'avait d'abord échappé.

Il vaut, je crois, la peine de s'en expliquer entre médecins. Ce sera l'occasion aux uns, ceux qui sont en France, de méditer sur le rôle qu'assument, là-bas, nos confrères, d e leur rendre hommage, et, peut-être, de se sentir requis par un devoir de solidarité confraternelle. Pour les autres, ceux qui sont en Allemagne, puissent-ils trouver dans cet entretien amical, matière à réconfort. Les colis familiaux aident à leur résistance physique. Nous aurions un légitime orgueil de réussir à tonifier leur moral.

***

Un hebdomadaire parisien rendait compte dans son dernier numéro d'un voyage en Allemagne effectué par plusieurs écrivains français à l'occasion du « Congrès des écrivains » tenu à Weimar.

Nos compatriotes ne se bornèrent pas à assister aux séances de ce Congrès, à visiter la maison de Gœthe, à saluer les tombes jumelles de Gœthe et de Schiller. Ils se souvinrent qu'actuellement vivent en Allemagne plus d'un million de Français, les uns ouvriers travaillant dans les usines, les autres prisonniers dans les stalags, les oflags et les kommandos. Ils voulurent les voir, leur parler, leur apporter un air de France, sonder l'esprit de cette collectivité nationale constituée par l'adversité en terre étrangère.

Et le compte rendu, abordant la question du statut des prisonniers, s'exprimait ainsi : « On sait que, par une innovation juridique sans précédent, la France est désormais sa propre « puissance protectrice » en Allemagne ». Ces lignes m'avaient paru entachées d'une certaine grandiloquence peu convenable à un si douloureux sujet. En temps de guerre, les intérêts d'une nations belligérante sont confiés, chez la nation adverse, à une puissance neutre qui les gère dans l'indépendance et l'impartialité. Hélas ! la

◆◆

France de 1941, défaite et affaiblie non seulement dans l'opinion étrangère mais même dans sa propre estime, n'est en mesure de gérer les intérêts de personne, ni même les siens et moins encore, me disais-je, ceux de ses prisonniers internés en Allemagne.

La lettre du médecin-lieutenant Ch. m'a remis à la mémoire cette expression paradoxale « sa propre puissance protectrice ». En ce qui concerne du moins les prisonniers, je comprends maintenant que cette expression a un sens, et même je sais qui sont les agents de protection délégués par la Nation auprès de ses fils malheureux. La tâche est dure et la mission ingrate, car elle est méconnue de la plupart des Français. Ceux mêmes qui en sont bénéficiaires, les prisonniers, s'en rendent-ils compte ? Et cependant, il est impossible de ne pas marquer cette différence fondamentale : à eux, combattants, les réseaux de barbelés marquent les limites imposées par la loi impitoyable de la guerre ; aux médecins, ces mêmes limites sont celles assignées par un devoir et un sacrifice. On conçoit que le Docteur Ch. tire de ce décalage dans l'altitude des disciplines une légitime fierté. Je le remercie ici de m'avoir fait percevoir cette nuance qui a l'air de tenir dans un mot mais est, en réalité, infiniment plus riche de sens qu'elle ne semble.

Un des sentiments les plus pénibles à l'homme, c'est de se voir relégué à l'écart des activités productrices, d'être amené à considérer son propre effort comme une vaine agitation, aussi inutile à la collectivité que le jeu d'un enfant. Et je me rends fort bien compte de l'amertume que peut engendrer une telle pensée. Peut-être mine-t-elle autant le moral des prisonniers que la hantise du foyer et le manque de nouvelles.

C'est donc quelque chose, et même quelque chose d'essentiel, de se réhabiliter à ses propres yeux en apercevant le point par où l'on s'engrène dans les rouages de la Nation. C'est, du fond de l'exil, reconquérir les prérogatives du citoyen. C'est déjà, en quelque sorte, rentrer au pays puisqu'on y reprend sa place.

***

Rentrer au pays ! Je crains, ô vous dont c'est l'unique pensée depuis dix-huit mois, que ces mots, si vous les lisez, ne réveillent en vous la douleur à l'instant peut-être où elle s'assoupissait. Ma seule idée est pourtant de vous adresser quelques mots fraternels en ces jours lugubres où l'hiver s'acharne sur vous et vous fait plus durement encore sentir ce dont vous êtes privés et que d'autres possèdent. Vous songez au foyer, ce mot qui ne retrouve son sens plein qu'en cette saison, à votre table de travail où se concentrait la lumière de la lampe ; vous songez à Noël qui vient, au jour de l'An, et vous évoquez des cris d'enfants. Et vous redoutez cette recrudescence de solitude que ces jours là signifieront pour vous. C'est un dénuement total que le vôtre ; rien ni personne ne peut vous consoler, et il vous faut trouver en vous-mêmes, inlassablement, les renforts nécessaires pour faire face aux assauts de l'ennemi intérieur.

Médecins des prisonniers, mes amis, parmi vous je compte de nombreux correspondants dont j'ignore tout, leur visage, leur stature, le son de leur voix. Chacun d'eux n'est qu'un nom et un numéro au bas d'une carte écrite au crayon; et je voudrais pouvoir imaginer du moins, à l'aide de ces lettres et de ces chiffres dont se compose votre adresse, l'endroit d'où vous m'avez écrit, le paysage qui était sous vos yeux, la baraque que vous habitez, afin de pouvoir cerner d'un trait plus précis les soucis et les détresses que vous m'exprimez souvent. Mais vous demeurez irrémédiablement perdus dans la brume, cette brume des pays du Nord, du fond de laquelle on se prend à douter du soleil. Comment s'étonner que vous doutiez de tout, de ce que peut vous réserver encore la vie, de vos confrères, de votre profession, et même, parfois de la France ? Ces doutes vous épuisent et je ne sais si mes pauvres mots vous sont d'un grand secours. Quelques lignes d'amitié ne peuvent contrebalancer tant de raisons d'être malheureux.

Mais du moins, mes amis, ne doutez plus de vous-mêmes. Retrouvez en vous la dignité humaine en péril de sombrer dans le vide des heures et l'abandon de la volonté ! Redressez-vous à votre taille de Français, de médecins.

Médecins des prisonniers, vous êtes nos missionnaires auprès de compatriotes plus dénués que vous ; vous êtes, en pays étranger, les fondés de pouvoir de la France « puissance protectrice ».

G. Lavalée.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

SÉRUMS DE CONVALESCENTS (1)

par M. J. Hautefeuille
Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens

L'emploi des sérums de convalescents dérive de la sérothérapie animale, créée par Roux en 1894, qui consiste à traiter la diphtérie par le sérum de chevaux immunisés par inoculation de toxine diphtérique.

L'emploi de cette sérothérapie animale est limité par la possibilité de transmettre la maladie humaine à l'animal.

Pour les maladies non transmissibles à l'animal on ne peut trouver les corps immunisants que dans le sérum des anciens malades.

L'efficacité du sérum de convalescents des diverses maladies infectieuses varie suivant les processus de défense utilisés par l'organisme pour lutter contre le germe infectieux. Celui-ci peut être détruit ou neutralisé ou bien subsister dans des centres de résistance d'où il pourra déclancher des attaques nouvelles.

Dans le premier cas, le germe agresseur est complètement détruit ; la guérison est absolue. L'organisme retrouve son intégrité antérieure mais il n'est pas immunisé ; il reste réceptif vis-à-vis du même germe et peut contracter à nouveau la même maladie : La pneumonie, certaines infections streptococciques, le chancre mou en sont des exemples. Dans ces maladies le sérum de convalescents n'a aucune valeur thérapeutique.

Dans un deuxième cas, le germe est neutralisé *il y a adaptation réciproque de l'organisme et du microbe.* Dans la fièvre typhoïde le sérum acquiert des propriétés agglutinantes vis-à-vis du bacille ; mais celui-ci n'est pas détruit après la convalescence ; on le retrouve dans les selles et dans la bile pendant une très longue durée ; le sujet reste porteur de germes qui ne se sont pas modifiés et qui ont conservé leur virulence vis-à-vis des individus sains. C'est l'organisme qui s'est adapté à leur présence qui s'est immunisé contre une nouvelle infection exogène.

La plupart des maladies infectieuses réalisent ainsi une immunisation par adaptation de l'organisme au germe infectieux. C'est sur cette notion que repose la sérothérapie.

Dans un troisième groupe de faits, l'organisme est définitivement infecté par des agents pathogènes qui manifestent leur activité par des poussées successives entrecoupées de périodes de guérison apparente : *un parasitisme latent* alterne avec des retours évolutifs.

L'endocardite maligne d'Osler, le rhumatisme articulaire aigu, le paludisme, l'amibiase, la syphilis sont des infections chroniques qui procèdent par poussées successives.

La tuberculose semble être une forme de passage entre les infections immunisantes et celles à parasitisme latent. Son évolution est faite de trêves et de réveils d'activité. On sait qu'une certaine immunisation est possible et que la maladie est faite de l'intrication de périodes d'immunisation et de sensibilisation. Calmette a montré que la présence du bacille était nécessaire au maintien de cette immunisation qu'il a tenté de réaliser par le B. C. G.

On conçoit donc d'après cet exposé que l'efficacité des sérums de convalescents sera conditionnée par le pouvoir immunisant des différentes maladies.

Propriétés des sérums de convalescents

Pouvoir anti-microbien et anti-toxique : Les sérums de convalescents agissent par les anticorps produits par le conflit de l'organisme avec l'antigène vaccinal. Les anticorps n'ont pu être isolés mais leur existence se manifeste par un certain nombre de propriétés.

Pouvoir neutralisant : Béclère a montré que le sérum des sujets vaccinés neutralise le

(1) Pour plus amples renseignements consulter l'excellente monographie « Les sérums de convalescents » par le Docteur Stillmunkès. Doin, 1937.

virus vaccinal. L'inoculation du mélange (sérum plus virus) reste sans effet alors que le virus seul engendre la maladie habituelle.

Les mêmes propriétés se manifestent dans le sérum des sujets guéris de poliomyélite, de rougeole, d'oreillons.

Pouvoir anti-toxique : Ce pouvoir manifeste dans les sérums anti-diphtérique et antitétanique existe aussi dans le sérum de convalescents de certaines maladies, en particulier dans la scarlatine.

D'après les frères Dick l'agent pathogène de cette maladie serait un streptocoque hémolytique sécrétant une toxine érythrogène dont l'inoculation provoquerait l'éruption scarlatineuse.

Si dans le derme d'un scarlatineux en pleine éruption on injecte du sérum de convalescent on obtient le blanchiment de l'éruption. C'est le phénomène de Schultz-Charlton qui se produit également avec le sérum d'anciens scarlatineux mais non avec celui d'individus qui n'ont jamais contracté cette maladie.

In vitro ces sérums d'anciens scarlatineux neutralisent les propriétés érythrogènes d'un filtrat de culture de streptocoques. L'inoculation de ce mélange ne provoque plus l'éruption de l'épreuve de Dick.

L'antitoxine semble former une combinaisou avec la toxine.

Pouvoir agglutinant : Le pouvoir du sérum du malade d'agglutiner en amas les germes de la maladie en cours est bien connu dans la fièvre typhoïde. Il existe aussi dans la coqueluche pour le bacille de Bordet et Gengou, dans la scarlatine pour les streptocoques isolés de la gorge ou de la peau des scarlatineux. Ce pouvoir agglutinant contribue à l'immunisation.

Pouvoir sensibilisateur : Bordet a montré que dans le phénomène de Pfeiffer la lyse des vibrions cholériques introduits dans la cavité péritonéale de cobayes immunisés contre eux est indépendante de l'activité leucocytaire. La lyse microbienne est due à l'intervention d'une sensibilisatrice, anti-corps spécifique engendré par la vaccination qui fixe le complément anticorps commun à tout sérum.

La recherche de la sensibilisatrice par fixation du complément a été appliquée au diagnostic de diverses maladies, en particulier de la syphilis (r. de Bordet-Wassermann). Elle sert aussi au diagnostic de la coqueluche dans les formes frustes.

Pouvoir floculant : C'est la propriété que possède le sérum de condenser en flocons les micelles colloïdales.

La spécificité de la réaction a été utilisée par Dopter pour identifier les races de méningocoques.

Spécificité des sérums de convalescents : La spécificité de la vaccination contre un germe nous a été démontrée par l'expérience de la guerre de 1914.

La vaccination contre l'Eberth a bien enrayé l'épidémie de fièvre typhoïde ; mais a été inefficace contre les paratyphoïdes dont l'extension a nécessité l'usage du vaccin mixte T. A. B. On sait que les sérums anti-méningococciques ne sont actifs que contre la race contre laquelle ils ont été préparés. La même spécificité des anticorps se retrouve dans les sérums de convalescents. L'injection de sérum de rougeoleux guéri prévient ou atténue lamaladie mais n'a aucune action sur un érythème morbilliforme non rougeoleux.

Dans la scarlatine la spécificité du sérum de convalescent est mise en évidence par le phénomène d'extinction de Schultz-Charlton qui n'apparaît pas dans les érythèmes scarlatiniformes étrangers à la scarlatine. C'est un excellent test pour vérifier l'authenticité d'une scarlatine.

Cependant l'acquisition de l'immunité anti-infectieuse n'est pas toujours consécutive à une atteinte antérieure de la maladie. La notion de spécificité semblera donc parfois en défaut. L'immunité peut être héréditaire. On sait que les nouveau-nés sont réfractaires jusqu'au sixième mois à la plupart des maladies contagieuses, grâce aux anticorps maternels transmis par le sang placentaire.

D'autre part, l'organisme peut s'immuniser à la faveur d'une maladie inapparente.

Toutes les épidémies évoluent suivant une courbe ascendante puis descendante. Après une phase d'extension progressive le nombre des malades diminue et l'épidémie s'éteint spontanément. On explique ce phénomène par l'immunisation occulte. La plupart des individus subissent la contamination, ils résistent complètement à l'infection ou subissent une maladie fruste, inapparente mais sont immunisés. Ainsi s'explique l'immunité régionale qui s'établit dans les localités où a sévi une épidémie. Netter a montré par expérimentation sur le singe la présence d'immunisines chez des adultes habitant une localité atteinte par une épidémie de poliomyélite.

La pratique de la réaction de Dick dans les hôpitaux a montré que des individus réceptifs à la diphtérie à leur entrée, devenaient réfractaires au bout d'un an.

De même, dans les régiments, les jeunes recrues, réceptifs à leur arrivée, deviennent réfractaires avec l'ancienneté par l'établissement de l'immunisation spontanée occulte.

Debré pense qu'un individu qui a eu autrefois la rougeole a un sang plus riche en immunisines lorsqu'il vient d'être à nouveau en contact avec un rougeoleux. Il est possible que son sang renferme aussi certaines immunisines vis-à-vis des infections qui s'associent à la rougeole et qu'il soit ainsi supérieur au sérum de convalescents.

D'ailleurs, chez tout individu, l'âge modifie l'aptitude à contracter les maladies infectieuses ; les contacts répétés avec des agents pathogènes étendent et intensifient les défenses humorales et tissulaires. C'est pourquoi les gens âgés sont moins réceptifs que les jeunes enfants, grâce au renforcement et à la polyvalence de leur immunité, pourquoi la paralysie infantile sévit surtout chez les jeunes enfants.

La conclusion pratique c'est que dans une famille le sang des adultes, père ou mère, peut, dans une certaine mesure remplacer le sérum de convalescents.

Indications. Avantages et inconvénients de la sérothérapie humaine

Les propriétés anti-microbiennes, anti-toxiques ou virulicides des sérums de convalescents peuvent être employés à titre préventif ou curatif.

Toutes les maladies infectieuses ne sont pas justiciables de leur emploi.

Contre les infections à germe connu (diphtérie, tétanos) on dispose de vaccins et de sérums animaux dont l'efficacité est bien établie.

C'est surtout aux affections à germe inconnu : rougeole, scarlatine, oreillons ,poliomyélite, que l'on réserve les sérums humains.

A titre prophylactique, le sérum de convalescents a une efficacité presque certaine s'il est injecté assez tôt et à dose massive suffisante pour éviter la dilution trop grande des anticorps ; une seule injection doit suffire. L'immunité passive ainsi obtenue est immédiate et absolue ; mais sa durée ne dépasse pas trois ou quatre semaines ; une fois ce temps écoulé, le sujet est aussi réceptif qu'auparavant.

Si une épidémie est persistante, on prolongera l'immunité par une seconde injection ; mais la réceptivité reparaîtra vers le dixième jour.

Pour obtenir une immunité durable il faudra des injections de plus en plus fréquentes. Tout se passe comme si la première injection développait des anti-corps contre les suivantes. Il sera préférable d'employer à l'abri de la prévention sérique l'immunité active plus durable par la vaccination quand elle est possible.

A titre curatif, une série d'injections est nécessaire.

Avec les sérums humains, l'anaphylaxie n'est pas à redouter. On peut observer des réactions locales (rougeur, œdème, au point d'inoculation) sans gravité et qui ne durent que 24 ou 48 heures.

A défaut de sérum de convalescents, on pourra recourir au sang total d'anciens malades, ou au sang familial.

La voie sous-cutanée est la plus employée.

Dans les cas graves, on peut transfuser du sang de convalescents. Cette immuno-transfusion a donné des succès dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, en particulier dans les scarlatines malignes. Elle agit à la fois par ses propriétés immunisantes et par son pouvoir hémopoïétique.

Pour la prophylaxie, le moment opportun de l'injection varie avec chaque maladie suivant la durée de l'incubation.

Le mode d'immunisation varie également dans les différentes maladies. Il convient donc d'étudier pour chacune d'elles l'époque du prélèvement, la date de l'injection et la dose de sérum à injecter.

Rougeole

Evolution de l'immunité. — Les anticorps morbilleux existent dans le sang dès les premiers jours de la convalescence. Leur quantité augmente pour atteindre un maximum du septième au dixième jour, puis décroit pendant un mois et se maintient ensuite à un taux fixe.

Epoque du prélèvement. — Le prélèvement se fera donc de préférence du septième au dixième jour après la chute de la température.

Date de l'injection. — Le sérum de convalescents de rougeole n'a aucune action curatrice lorsqu'il est employé à la phase d'invasion. Injecté au moment où l'éruption apparaît, il provoque une inhibition locale (tache blanche au niveau de l'injection). Il n'a donc aucune valeur thérapeutique quand la maladie est déclarée. C'est seulement à la période d'incubation que son action empêchante se manifeste. Il a donc uniquement une valeur prophylactique.

La date de l'injection varie suivant que l'on veut obtenir la séro-prévention ou la séro-atténuation.

Si le sérum est injecté avant la contamination, ou moins de cinq jours après, pendant la période d'incubation qui dure douze jours, l'action empêchante est absolue ; la maladie ne se produit pas, la séro-prévention est totale ; mais elle ne persiste pas au-delà de vingt-cinq jours. Passé ce délai, l'enfant est aussi réceptif qu'auparavant.

Si le sérum est injecté plus tardivement, du sixième au neuvième jour après la contamina-

◆◆◆

tion, il n'aura qu'une action modératrice ; l'enfant présentera une rougeole atténuée, mais il deviendra définitivement réfractaire à cette maladie.

La date de contamination est facile à calculer si le contact avec le rougeoleux n'a duré que quelques heures ; mais ele est plus difficile à préciser si le contact a duré pendant toute la période d'invasion qui dure en moyenne quatre jours. On admet que la contamination s'opère généralement le troisième our de l'invasion. Lorsqu'on fait l'injection à l'enfant contaminé le jour même où l'éruption apparaît chez le rougeoleux contamineur, on obtient une séro-prévention totale. Si on attend deux ou trois jours, on obtient une séro-atténuation.

La séro-prévention faite avant le sixième jour qui suit la contamination est indiquée dans tous les cas où le pronostic apparaît sombre chez les enfants au-dessous de trois ans chez lesquels la rougeole est souvent grave, chez les débiles, tuberculeux ou convalescents d'une autre maladie. Elle évitera aussi les épidémies meurtrières des salles d'hôpital, des crèches, des pouponnières, des casernes.

Dans les autres cas, la séro-atténuation par injection du sixième au neuvième jour est préférable puisque, au prix d'une maladie atténuée, elle donnera une immunité solide définitive.

Dose de sérum a injecter. — Le sérum prélevé du septième au dixième jour après la chute de la température et conservé en ampoules depuis moins d'un mois sera utilisé en injections sous-cutanées ou intra-musculaires aux doses suivantes :

0 à 1 an : 3 c. c.
1 an à 2 ans : 4 c. c.
2 ans à 5 ans : 5 à 8 c. c.
5 ans à 15 ans : 10 c. c.
Au-dessus de 15 ans : 15 à 20 c. c. au maximum.

Si l'on emploie du sérum conservé depuis plus d'un mois ou du sérum d'anciens malades, il conviendra de tripler les doses.

Si l'on a recours, à défaut de sérum, au sang total du père ou de la mère de l'enfant, il faut également tripler la dose.

Une seule injection suffit à assurer la prophylaxie. Les accidents sériques sont rares ; ils apparaissent immédiatement et sont toujours bénins.

Scarlatine

La sérothérapie peut être utilisée contre la scarlatine à titre préventif et même à titre curatif.

Conception actuelle de la maladie. — Le streptocoque est-il l'agent pathogène de la maladie, ou simplement un germe de sortie dont l'élimination est favorisée par un virus spécifique ?

On trouve constamment des streptocoques hémolytiques dans la gorge et dans les complications métastatiques des scarlatineux.

Les frères Dick, par friction de la gorge d'individus sains avec une culture de streptocoques recueillis dans la gorge de scarlatineux, reproduisent fréquemment une angine rouge ou une scarlatine typique ; argument impressionnant en faveur du rôle spécifique du streptocoque.

Immunité. — L'immunité conférée par une atteinte de scarlatine est d'une solidité variable. On observe des rechutes pendant la convalescence, ou des récidives plus ou moins lointaines.

Il peut exister une immunité naturelle qui explique la réceptivité variable des individus.

Cette immunité anti-scarlatineuse est mise en évidence par deux test : la réaction de Dick et le phénomène d'extinction de Schultz.

Réaction de Dick. — Technique : injection intradermique de 0 c. c. 2 d'un filtrat de culture de streptocoques hémolytiques isolés d'un scarlatineux à la face antérieure de l'avant-bras au tiers moyen ; injection témoin avec filtrat chauffé à 100°. La lecture doit être faite au bout de quatre heures. S'il apparaît une auréole rouge d'un centimètre cube avec induration la réaction est positive ; s'il ne se produit aucune rougeur, la réaction est négative.

Si l'injection témoin rougit comme l'injection test, il s'agit d'une fausse réaction due à la sensibilité du sujet aux protéines.

Pour éviter ces fausses réactions il faut diluer le filtrat à un taux maximum pour obtenir encore la réaction positive tout en évitant la sensibilité aux protéines.

La réaction est due à une toxine soluble érythrogène contenue dans le filtrat. Lorsqu'elle est positive elle indique la réceptivité de l'individu à la scarlatine. Lorsqu'elle est négative, elle indique que le sang contient de l'antitoxine ; l'individu est immunisé, n'est pas réceptif.

Chez les scarlatineux, la réaction est positive jusqu'au quinzième jour de la maladie, puis devient négative.

La réaction de Dick positive indique donc les sujets réceptifs et est très utile pour la prophylaxie de la maladie.

La réaction négative décèle les sujets immunisés par une atteinte antérieure. Le pourcentage des réactions positives baisse avec l'âge à cause des scarlatines frustes et de l'immunisation occulte.

Phénomène d'extinction de Schultz-Charlton. — Si chez un scarlatineux en pleine

éruption, on injecte dans le derme 1 c. c. de sérum de convalescent ou de sérum normal, l'exanthème s'efface entièrement au bout de 6 à 12 heures sur une zone à limites sinueuses mais très nettes. Cette extinction est définitive.

Elle ne se produit pas si l'érythème n'est pas dû à la scarlatine.

Dans le procédé indirect on injecte à un scarlatineux en pleine éruption le sérum d'un malade présentant une éruption de nature indéterminée. Si celui-ci est atteint de scarlatine l'extinction ne se produit pas.

La réaction de Schultz est le meilleur test pour déceler les scarlatines frustes.

Elle réalise une neutralisation *in vivo* de la toxine érythrogène par l'antitoxine contenue dans le sérum de convalescent.

Utilisation du sérum de convalescent. — Le sérum de convalescent de scarlatine est antitoxique. Il neutralise la toxine de Dick et donne le phénomène d'extinction de Schultz.

La teneur du sérum en anti-toxines augmente graduellement. Nulle au début de la scarlatine, elle atteint son maximum du trentième au quarantième jour, dates auxquelles on doit effectuer le prélèvement chez les convalescents.

A défaut de convalescents, bon nombre d'adultes sont immunisés et peuvent être utilisés comme donneurs si leur réaction de Dick est négative et leur sérum suffisamment riche en anti-toxines.

Prophylaxie. — Les doses de 10 à 20 c. c. pour jeune enfant, 20 à 30 pour adulte sont suffisantes pour la prophylaxie. L'immunité ne dure que vingt jours. Passé ce délai, la réaction de Dick redevient positive.

Son efficacité est démontrée par l'arrêt des poussées épidémiques.

Il y a intérêt à l'employer chez la femme enceinte chez qui la scarlatine est souvent maligne.

Traitement curatif. — L'injection doit être aussi précoce que possible. Le sérum est actif dans les cinq premiers jours de la maladie, la toxine est libre, n'est pas encore fixée aux tissus et peut encore être neutralisée par l'antitoxine ; cependant, il peut encore agir à une période plus tardive, dans les scarlatines secondairement malignes. Il est indiqué chez les débilités, cardiaques, etc. ; ou dans les scarlatines secondaires à une rougeole ou autre infection.

Les doses de 10 ou 20 c. c. sont insuffisantes ; 150 à 200 c. c. sont nécessaires, et renouvelées si le besoin s'en fait sentir en injections intramusculaires ou sous-cutanées.

Quand le sérum est efficace, la température s'abaisse dès la troisième ou quatrième heure après l'injection. Si la fièvre remonte au bout de 24 heures, une nouvelle injection donne une chute définitive de la température. Parfois la température reste élevée mais les symptômes s'amendent : le pouls devient plus lent et mieux frappé, le délire, les signes ataxo-adynamiques et la dyspnée s'atténuent les urines plus abondantes, l'éruption pâlit ; la teinte cyanique des scarlatines malignes fait place à une teinte rouge brique qui diminue d'intensité.

Dans les cas graves où il faut agir vite, dans les scarlatines aiguës et septiques avec angines nécrotiques, ou avec complications infectieuses tardives l'immuno-transfusion donne de bons résultats ; il faut s'assurer des compatibilités sanguines du donneur.

Coqueluche

Immunité. — La coqueluche immunise d'une façon solide et durable. Les récidives, rares, se manifestent par des formes frustes ou atténuées.

Cette immunisation peut être mise en évidence par l'agglutination du bacille de Bordet Gengou par le sérum de convalescents, propriété d'ailleurs inconstante et par la réaction de déviation du complément, le sérum de convalescent additionné d'une émulsion du bacille de la maladie fixant l'alexine.

Cette réaction apparaît à la fin de la deuxième semaine et peut persister de nombreuses années.

Elle permet de fixer la date du prélèvement sanguin chez les donneurs au moment où leur sérum est le plus riche en sensibilisatrice, en général à partir de la quatrième semaine et de déceler dans l'entourage du malade les personnes qui ont contracté antérieurement la maladie, ce qui permet l'hémoprophylaxie familiale mieux acceptée en clientèle que l'injection du sérum d'un inconnu.

Contagiosité. — Elle s'étend depuis toute la période pré-quinteuse jusqu'à la troisième semaine de quintes. Dans les cas douteux à phase catarrhale ou à quintes non typiques, le diagnostic bactériologique doit être utilisé. Il consiste à faire tousser le malade à 10 centimètres sur des boites de Petri préparées au milieu de Bordet et Gengou. Cette méthode permet de préciser, non seulement la date d'apparition, mais la fin de la contagiosité.

Action curative du sérum de convalescents. — L'action curative du sérum de convalescents ne paraît pas décisive. Certains le croient capables de raréfier et d'atténuer les quintes et de diminuer l'expectoration d'autres

signalent son efficacité dans les bronchopneumonies sans que l'intensité des quintes soit modifiée.

L'utilisation du sang maternel semble préférable comme curateur en raison de sa facilité.

SÉRO-PROPHYLAXIE, SUJETS A PROTÉGER. — L'immunisation active par la vaccination ne peut souvent être pratiquée en temps opportun, l'immunisation passive plus rapidement obtenue par le sérum de convalescents est indiquée quand apparaît un premier cas de coqueluche, dans les collectivités d'enfants : service d'hôpital, crèches, pouponnières, garderies d'enfants, familles nombreuses. Elle est nécessaire surtout pour les enfants de moins de 3 ans chez lesquels la coqueluche est particulièrement grave et *a fortiori* chez les nourrissons de moins d'un an.

S'il y a pénurie de sérum on l'utilisera donc d'abord pour les enfants en bas âge, les débiles, les tuberculeux ou les convalescents de maladies aiguës.

DATE DE L'INJECTION. — La durée de l'incubation de six à douze jours laisse en général le temps de pratiquer la séro-prévention.

Si l'infection est précoce, aussitôt après la contamination on obtient la prévention totale : aucune quinte n'apparaît : si elle est faite un peu plus tard, on voit apparaître au bout d'une semaine environ des quintes caractéristiques mais légères qui ne persistent pas au-delà de deux à trois semaines ; on a obtenu la séro-atténuation.

Si elle est trop tardive, des quintes typiques éclatent au bout de quelques jours, l'action préventive est nulle.

Tandis que pour la rougeole l'immunité définitive n'est acquise que par une atteinte de la maladie, pour la coqueluche certains individus sont peu réceptifs, ils possèdent à un certain degré une immunité naturelle ; il faut donc rechercher plutôt la séro-prévention totale par une injection très précoce.

DOSES A INJECTER. — Les doses à injecter sont les mêmes que pour la rougeole : 3 c. c. chez les enfants de moins de 3 ans ; 3 à 6 c. c. de 3 à 10 ans ; 6 à 8 c. c. chez les grands enfants et les adultes.

Si l'on utilise le sang total d'adultes en s'adressant à un membre de la famille du malade ancien coquelucheux, il faut injecter une dose de sang double de la quantité de sérum qu'on aurait injecté.

Poliomyélite

IMMUNITÉ. — Une première atteinte de poliomyélite laisse après elle une immunité durable ; les récidives sont exceptionnelles.

Certains individus semblent avoir une immunité naturelle et échappent à la maladie dans des épidémies, même sévères.

Le cheval et certaines espèces de singe possèdent un état réfractaire naturel.

Cette maladie, due à un virus filtrant qui a une affinité élective pour les cornes antérieures de la moëlle peut être reproduite expérimentalement par inoculation de la moëlle d'un malade, au singe, chez qui elle provoque une paralysie des membres et souvent la mort en deux ou trois jours.

Les singes qui survivent à une première atteinte restent paralysés mais ne montrent plus aucun trouble à une deuxième inoculation. Ils sont immunisés ; leur sérum renferme des anticorps. Mis au contact d'une moëlle virulente, il neutralise le virus. Le mélange peut être inoculé sans provoquer la maladie.

Le sérum de singe normal ne neutralise pas le virus.

Le sérum humain de convalescent de poliomyélite a un pouvoir neutralisant très élevé, même si la maladie est très ancienne.

Cent doses mortelles pour le singe sont neutralisées par une dilution à 1/200 d'un centimètre cube de sérum.

Le sérum agit *in vivo* s'il est injecté 24 heures après l'inoculation.

Chez l'homme, le pouvoir immunisant apparaît à partir du douzième jour et se conserve indéfiniment quelle que soit l'ancienneté de la maladie. Il se conserve au moins trois ans dans le sérum en ampoules scellées maintenues à la glacière.

IMMUNITÉ RÉGIONALE. — Quand une épidémie de poliomyélite a sévi dans un pays, elle n'y reparaît plus, comme s'il s'établissait une *immunité régionale* qui semble s'expliquer par des atteintes frustes, abortives rendant tous les individus réfractaires.

IMMUNISATION PROVOQUÉE. — En 1917, Pettit a obtenu un sérum neutralisant par des inoculations répétées de moëlle et de bulbe de singes poliomyélitiques au cheval, animal réfractaire.

DIAGNOSTIC DE LA POLIOMYÉLITE. — Comme le démontre l'expérimentation chez le singe, le succès de la sérothérapie dépend de la précocité de l'injection. Il existe une période, dite période d'utilité du sérum qui correspond à la période d'invasion et à l'éclosion des paralysies. Dès que celles-ci débutent la phase infectieuse est dépassée, les dégats neurologiques commencent, l'action du sérum peut encore les limiter.

Un diagnostic précoce est donc essentiel dès la période d'invasion qui dure deux à quatre

jours en moyenne, parfois seulement quelques heures.

Mais en dehors de la notion épidémique ce diagnostic est très difficile, la maladie affectant l'allure d'un état infectieux indéterminé avec troubles gastro-intestinaux. Une ébauche de syndrome méningé doit attirer l'attention :

Une hyperesthésie généralisée ou parfois circonscrite aux régions qui seront paralysées constitue le signe de Muller.

Les paralysies sont le plus souvent précédées par une parésie des groupes musculaires appelés à être paralysés.

On peut rechercher pour déceler ces parésies *l'astasie abasie*. L'enfant ne peut se tenir debout, il s'effondre.

Chez le nourrisson on a décrit le signe du ballottement. On saisit avec les deux mains le nourrisson par le tronc et on provoque un léger ballottement d'avant en arrière, l'oscillation du membre parésié est plus ample que celle du membre sain.

La surveillance des réflexes tendineux et cutanés doit être attentive ; leur disparition fait prévoir les paralysies.

L'aspect porcelanique, vitreux avec gonflement périorbitaire (signe de Lange) serait caractéristique.

On ne négligera pas la ponction lombaire qui donnera un liquide clair, limpide, un peu hypertendu, riche en albumine et en lymphocytes prédominants sans aucun germe.

Traitement sérothérapique précoce. — Il est efficace à la phase infectieuse et 48 heures au plus après le début des paralysies, résultats aléatoires à partir du troisième ou quatrième jour, nuls si les paralysies existent depuis une semaine.

Suivant la précocité on peut espérer la prévention de toute paralysie, l'arrêt de l'extension progressive et même la disparition d'une paralysie constituée. Le sérum n'agit pas sur les destructions cellulaires mais peut neutraliser le virus actif libre qu'hébergent encore les centres nerveux.

Sources du sérum. — On peut utiliser :

1° Le sérum des convalescents dont le pouvoir neutralisant apparaît le douzième jour après la stabilisation des paralysies.

Les prélèvements peuvent être faits à partir de la troisième semaine de maladie.

2° Le sérum des anciens malades, quelle que soit l'ancienneté de la maladie.

Si ces ressources sont insuffisantes on s'adresse.

3° A l'entourage des convalescents ou anciens malades : infirmiers, membres de la famille.

4° Aux personnes saines ayant vécu dans une localité où a sévi la maladie et qui sont supposées avoir profité de l'immunisation régionale.

Technique. — L'injection intra-rachidienne n'est pas toujours inoffensive. Elle peut être suivie d'œdèmes locaux qui risquent d'irriter la moëlle. Netter l'a abandonnée.

On utilisera habituellement les voies sous-cutanées ou intra-musculaires et en cas d'extrême urgence la voie intra-veineuse.

On discute sur la valeur relative du sérum de Pettit et sur le sérum de convalescents. L'un et l'autre sont actifs puisqu'ils ont leurs partisans. Les deux sérothérapies peuvent être employées chez le même malade. La précocité de l'injection étant essentielle on emploiera d'abord celui qu'on peut se procurer, quitte à se servir de l'autre par la suite. La supériorité du sérum humain est d'éviter les accidents sériques.

Doses a injecter. — Il faut toujours injecter de fortes doses, même chez de jeunes enfants : 50 à 60 c. c. tous les jours jusqu'à sédation de la température.

Plus l'infection est sévère et extensive, plus les quantités de sérum doivent être élevées. La sérothérapie doit être continuée un temps assez long pour se mettre à l'abri des rechutes.

On a aussi proposé l'utilisation du liquide céphalo-rachidien du malade en injections intra-musculaires combinées aux injections de son propre sang ou à celles de sérum.

Le diagnostic est souvent posé tardivement alors que les paralysies sont déjà constituées ; une semaine après leur apparition le sérum est inopérant.

Il faudra alors utiliser les agents physiques dielectrolyse, diathermie, radiothérapie, etc.

Conclusions

L'emploi du sérum de convalescents dans la prophylaxie et la thérapeutique des maladies infectieuses est une méthode très intéressante, efficace et inoffensive.

La difficulté est de se procurer du sérum. Un certain nombre de centres qui préparent et distribuent des sérums de convalescents existent à Paris et dans certaines grandes villes.

Les hasards de l'évacuation m'ont mené à Toulouse où j'ai pu admirer la parfaite organisation du centre de sérologie et de transfusion créé et dirigé par notre éminent confrère le Docteur Stillmunkès. Il est souhaitable que des centres analogues soient créés dans toutes les régions.

En attendant, les médecins praticiens peuvent, avec un peu d'ingéniosité, à défaut de convalescents récents, utiliser le sang d'anciens malades et le sang familial, suivant les indications données pour les diverses maladies.



L'EXPLORATION BIOLOGIQUE DES GLANDES ENDOCRINES PAR LA MÉTHODE DE JONNARD

Par

le Docteur René Biot, le Docteur Pierre Galimard,

et Mademoiselle Peisson

Si on passe en revue les diverses méthodes d'exploration des glandes endocrines, on a vite fait le tour des procédés de laboratoire couramment utilisés ; et, dans ce petit nombre, il n'en est pas qui soient exempts de défauts et qui ne donnent lieu le plus souvent à de graves difficultés d'interprétation.

Le *métabolisme basal* lui-même, qui est le plus ancien de ces procédés et le plus fréquemment demandé par le médecin praticien, n'est pas seulement le reflet de l'activité du corps thyroïde ; et il est certain que l'hypophyse et les surrénales contribuent à régler la consommation de l'oxygène par l'organisme ainsi que toutes les autres combustions tissulaires. Comment alors déceler la part de telle ou telle glande dans les modifications du métabolisme basal, si déjà on n'est pas prévenu cliniquement de la dysfonction de l'une d'elles. Ainsi le métabolisme basal apparaît plus comme un moyen de contrôle de l'efficacité d'un *traitement (en particulier* dans l'hyperthyroïdie) que comme un procédé diagnostic.

L'*exploration aux ondes courtes*, introduite depuis quelques années dans la pratique courante (rappelons qu'elle consiste à faire des applications successives d'ondes courtes au niveau des principales régions glandulaires et à contrôler *in vivo* au moyen d'un spectroscope la courbe des modifications du temps de réduction de l'oxyhémoglobine) est intéressante, parce qu'elle donne d'abord une orientation d'ensemble, mais indique le plus souvent une dysfonction de telle ou telle glande,sans pouvoir préciser s'il s'agit d'activité excessive ou insuffisante. Elle nous apparaît donc jusqu'à présent comme une méthode adjuvante, utile, pour apprécier les résultats d'une thérapeutique,mais incapable de préciser un diagnostic.

Les *méthodes biochimiques* seront, elles aussi, des adjuvants,tant qu'on ne pourra doser couramment,dans le sang des malades, les hormones circulantes ou qu'on n'aura pas élucidé les rapports qu'ont avec les endocrines des corps tels que le cholestérol, le gluthation ou les vitamines.

Plus intéressantes sont à l'heure actuelle les *réactions d'hémolyse de Gabriel Richard*, mais nous manquions jusqu'à présent d'éléments de comparaison pour apprécier les résultats qu'elles donnent,et nous ne savons pas encore lire dans un grand nombre de cas, d'une manière satisfaisante, les phénomènes qui s'y produisent. Nous pensons pouvoir dans un proche avenir confronter avec elles les réactions,dont nous allons parler maintenant.

L'*interférométrie par la méthode de Hirsch* a été abandonnée depuis plusieurs années en raison des résultats contradictoires qu'elle apportait et des difficultés d'interprétation au milieu desquelles on se trouvait. Jonnard a mis au point depuis quelques années une méthode entièrement originale, qui n'a de commun avec la méthode de Hirsch que l'appareil même de lecture des résultats, qui est dans l'un et l'autre cas un interféromètre. C'est cette méthode que nous avons appliquée à l'étude de nos malades endocriniens.

Principes de la méthode de Jonnard (1). — Cette méthode consiste à lire, à l'aide de l'interféromètre, les variations de concentration du sérum sanguin lorsqu'on y adjoint un corps donné en proportion définie (en l'espèce les hormones, ou bien d'autres corps tels que le cholestérol, l'acide ascorbique, etc.). Au-dessous d'un certain seuil, qu'on détermine empiriquement pour chaque corps en expérience, il se produit une adsorption de ce corps par les protéines du sérum,qui se traduit par une diminution de concentration du mélange. Au-delà du seuil, on dépasse la capacité de saturation du sérum et on augmente au contraire la concentration du mélange. Il y a donc « une véritable *affinité* sérique caractéristique pour chaque corps par une dose exactement saturante » (Jonnard).

Dans certains cas, ce pouvoir d'adsorption se trouve affaibli soit par sursaturation de la substance ajoutée, soit par altération physico-chimique des protéines. Nous disons alors qu'il y a *saturation* ou *hypoaffinité* du sérum pour le corps envisagé.

Dans d'autres cas, il y a au contraire adsorption plus ou moins complète et nous disons qu'il existe une *affinité* ou une *hyperaffinité* du sérum.

(1) Consulter : Jonnard. — Réfractométrie interférentielle et structure du sérum sanguin. Thèse de doctorat ès-sciences, Paris, 1937.

Applications cliniques. — Partant de ces données fondamentales, nous avons pu établir qu'un certain nombre d'hormones (thyroïdiennes en particulier) ou de corps divers (acide ascorbique...) donnaient le long du temps des réactions sensiblement identiques avec les sérums normaux, traduisant ainsi une stabilité de la sécrétion glandulaire correspondante ou des besoins de l'organisme.

D'autres corps au contraire (hormones génitales, gonadotropes, cholestérol...) donnent une courbe que nous avons pu préciser avec exactitude chez la femme, les variations cycliques qui se produisent chez l'homme restant beaucoup plus douteuses.

Exploration des cycles hormonaux féminins. — Normalement la folliculine et la lutéine donnent le long du cycle une courbe comparable que nous avons schématisée dans la fig. 1 : courbe basse au début du cycle, montée rapide aux environs du 14e jour ; plateau positif jusqu'à la veille des règles ; chute brusque immédiatement avant les règles et les annonçant en quelque sorte.

Dans certains cas, cette chute se fait de manière plus précoce (3, 4 ou même 6 jours avant le début des époques) et moins brutale, sans qu'on doive considérer la chose comme anormale.

Pendant la même période, la concentration du sérum, qui traduit en gros l'activité anté-hypophysaire s'inscrit sur une courbe inverse (fig. 2) : forte concentration après les règles, chute au moment de l'ovulation et pendant la deuxième quinzaine du cycle.

Il est intéressant de constater que, par la méthode de Jonnard, on vérifie cliniquement ce que l'on sait depuis longtemps sur l'endocrinologie du cycle menstruel qui se schématise ainsi : 1re phase d'activité hypophysaire déclenchant la maturation de l'ovule et sa ponte ; 2e phase, folliculinique et lutéinique de congestion et de prolifération de l'endomètre ; 3e phase (en l'absence de la nidation de l'œuf de chute de la folliculinémie et de la lutéinémie que suit immédiatement l'apparition des règles.

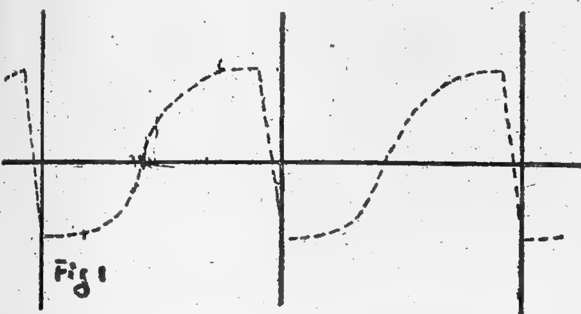


Fig. 1.
Cycle de la folliculine et de la lutéine.

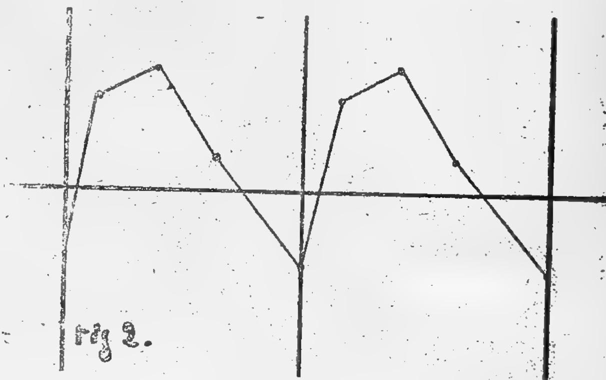


Fig. 2. — Cycle de l'activité gonadotrope de l'hypophyse (concentration du sérum)

Grossesse. — Lorsqu'au contraire, il y a eu fécondation et nidation de l'œuf, cette chute de la courbe folliculine-lutéine ne se produit pas et corrélativement, l'activité anté-hypophysaire devient de plus en plus faible, pour remonter à la fin de la grossesse et redevenir normale après l'accouchement (fig. 3).

Irrégularités menstruelles et aménorrhées. — La plupart des troubles menstruels (irrégularités, retards, aménorrhées, voire même manifestations pathologiques rythmées par les règles sans modifications apparentes de celles-ci) se traduisent à l'interféromètre par des modifications plus ou moins importantes de la courbe que nous venons de schématiser.

De l'examen de ces courbes anormales dans les différents cas que nous avons eu à traiter, on peut tirer des conclusions d'importance sur la conduite thérapeutique à tenir.

1° Un premier renseignement nous est donné par la *courbe d'activité anté-hypophysaire.*

A. Dans un certain nombre de cas (souvent, il s'agit d'aménorrhée liée à un état d'anorexie mentale ou de précachexie hypophysaire), la courbe de concentration du sérum (en rapports constants avec l'activité de l'hypophyse) est anormalement basse. On peut donc penser que les troubles menstruels ne sont que secondaires. Un traitement anté-hypophysaire seul, appliqué au début du cycle, doit alors en principe réveiller l'activité ovarienne. Souvent d'ailleurs, et les examens ultérieurs précisent l'indication en signalant l'absence de réponse des ovaires, il faut adjoindre un traitement folliculinique et même lutéinique pour obtenir le retour de menstrues normales, en même temps qu'une amélioration, parfois surprenante de l'état général.

B. Dans d'autres cas, l'activité anté-hypophysaire semble normale d'après les examens interférométriques et c'est dans les modifications des courbes folliculine-lutéine qu'il faut rechercher la cause de troubles pathologiques observés.

2° La richesse de l'organisme en hormones œstrogènes est traduite par les courbes de folliculine et de lutéine et la comparaison de celles-ci permet le plus souvent de déceler l'insuffisance ou l'excès de chacune des deux hormones.

A. Parfois on trouve une *courbe folliculine-lutéine continuellement basse*, traduisant par conséquent une hyperaffinité du sérum pour les deux hormones génitales à la fois. Il s'agit alors d'une déficience qui tient à la gonade elle-même et il est indiqué de la suppléer et de créer un « cycle artificiel » par des séries d'injections successives de folliculine, puis de lutéine. On ne les ferait précéder, comme nous l'avons vu, d'hormones gonadotropes que si, par ailleurs, l'activité hypophysaire semblait elle aussi déficiente.

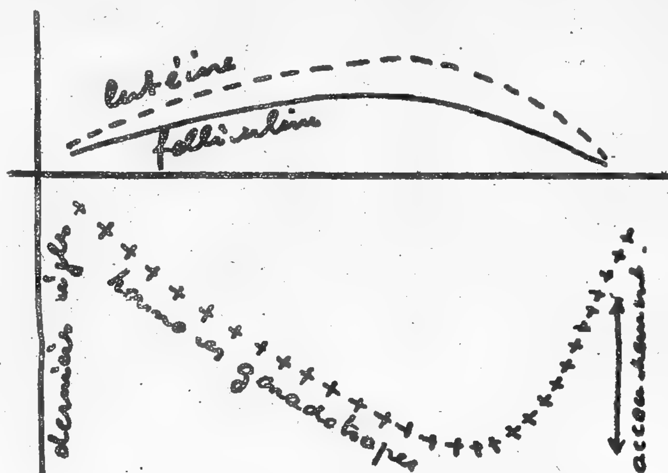


Fig. 3. — Activités endocriniennes de la grossesse

B. On peut trouver au contraire une *dissociation de la courbe folliculine-lutéine* (par exemple folliculine anormalement basse par rapport à la lutéine, ou bien, pendant la grossesse, corps jaune insuffisant). Là encore, nous sommes armés pour rétablir un cycle normal, en procurant à l'organisme, au moment voulu, l'hormone qui lui manque.

C. Dans un certain nombre de cas d'aménorrhée ou de troubles de la menstruation, l'interférométrie nous a montré une *courbe en plateau positif* sans chute de folliculine, ni de lutéine. Il peut s'agir alors soit d'un défaut d'élimination hormonale qui relève d'un trouble fonctionnel des émonctoires (reins en particulier), soit d'une hypersécrétion vraie et, dans ces cas, nous sommes incomparablement moins bien armés que lorsqu'il s'agit d'insuffisance.

Exploration d'autres glandes endocrines. — Nous nous sommes un peu étendus sur les troubles du cycle menstruel, parce que la méthode interférométrique rend là les plus grands services en mettant un peu de clarté dans l'intrication des activités œstrogènes ; mais cette méthode peut s'appliquer à toutes les hormones (sous réserve de certaines difficultés techniques parfois difficiles à résoudre) et nous l'avons utilisée pour déceler l'affinité du sérum vis-à-vis de la di-iodotyrosine, des hormones testiculaires et hypophysaires, et de diverses autres substances. On peut être sûr que, lorsqu'elle décèle des troubles nets de l'affinité, on obtient un résultat thérapeutique évident, soit en apportant à l'organisme l'hormone reconnue déficiente, soit en freinant une activité excessive par l'action d'un antagoniste. Nous mettons au point à l'heure actuelle le seuil de l'hormone cortico-surrénale. Là encore, la méthode de Jonnard doit rendre de grands services, étant donné notre indigence de méthode d'exploration en ce qui concerne la surrénale.

Conclusions. — Nous croyons que la méthode de Jonnard est appelée à rendre de grands services en endocrinologie. Nous l'utilisons depuis plusieurs années (1), avec grand profit, car elle nous a permis, en particulier, de débrouiller certains troubles menstruels apparemment assez complexes et de confirmer ou d'infirmer l'orientation endocrinienne, donnée par un examen clinique, en nous montrant l'affinité réelle du sérum pour telle ou telle hormone. Il ne s'agit pas, en effet, d'un dosage chimique et le résultat, donné par la méthode de Jonnard, n'est jamais un chiffre brut d'hormone circulante, c'est un examen proprement biologique, qui manifeste une propriété dynamique de l'organisme, et montre si celui-ci est saturé ou au contraire en état d'hyperaffinité vis-à-vis des substances hormonales.

(*Travail de l'Institut lyonnais d'endocrinologie et de psychologie*).

(1) Se reporter à nos articles : « Recherches sur le sérum par l'interférométrie ». *Lyon médical*, 10 avril 1938 ; « Les endocrines et l'adsorption du sel par les protéines du sérum ». *Progrès médical*, 11 février 1939.



CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

De la sulfamidothérapie en gynécologie

D'après les travaux de G. COTTE et J. MATHIEU et ceux de M. J.-E. MARCEL

Les sulfamides ont une action prépondérante sur le gonocoque et le streptocoque ; mais si le 1162 est plus particulièrement antistreptococcique, ils sont tous, quoique à des doses diverses, antigonococciques. Aussi leur emploi est-il spécialement intéressant en gynécologie, où ces deux germes pathogènes se trouvent purs ou associés dans le déterminisme d'un très grand nombre de processus infectieux. Tous les modes d'administration sont ici possibles. La voie buccale reste néanmoins le mode le plus courant d'utilisation, car elle rend possible l'imprégnation de l'organisme par la méthode des doses décroissantes ; cependant, elle n'est pas toujours possible, surtout chez des opérées récentes ou des malades présentant des vomissements. On doit alors recourir à la voie parentérale, par badigeonnages de solutions sulfamidées ou par pulvérisation de produits choisis *loco dolenti*, surtout en chirurgie vaginale.

Les auteurs mettent en relief l'innocuité des doses, même massives, qu'ils ont données à des malades, astreintes presque toutes, il est vrai, à un repos absolu. Ils ont noté souvent des nausées, parfois même des vomissements, quelquefois des érythèmes scarlatiniformes, une cyanose transitoire, mais tous ces troubles ont été passagers. Ils ont été parfois amenés à renoncer à la voie buccale pour les injections hypodermiques, mieux tolérées dans l'ensemble, mais ont été exceptionnellement obligés d'interrompre le traitement. Cette bénignité de la sulfamidothérapie, à condition de respecter les contrindications de rigueur tirées en particulier de l'état hépatique, explique l'étendue de ses indications possibles.

LES ANNEXITES

Les annexites constituent le chapitre de la gynécologie, qui a bénéficié au maximum des découvertes de la chimie moderne. Pratiquement, à moins que leur nature bacillaire ne fasse aucun doute, elles sont toutes justiciables de la sulfamidothérapie, quel que soit le type étiologique ou anatomique, dont elles relèvent.

Chroniques, elles peuvent, dans une certaine mesure, être heureusement influencées. Ainsi en est-il dans les petites poussées inflammatoires, qui surviennent si souvent à l'occasion de l'ovulation ou de la menstruation, se traduisant par des douleurs, des hémorragies et une légère élévation de la température ; le traitement par les sulfamides, combiné ou non au traitement hormonal ou diathermique, a souvent les plus heureux résultats. Par contre, dans les lésions éteintes cicatricielles à forme d'hydrosalpinx, de salpingo-ovarite chronique avec adhérences résiduelles, le traitement par les sulfamides doit laisser la place à la chirurgie.

Aiguës, elles bénéficient de résultats immédiats et importants. Chez ces malades mises au repos et à la glace, on assiste à une chute rapide, presque verticale, de la température ; les noyaux de base des corps amidés possèdent tous, en effet, un pouvoir antithermique net. La sédation des douleurs est aussi très constante. Cependant cette amélioration fonctionnelle ne répond pas toujours à l'évolution anatomique des lésions perçues au toucher, qui est, en fait, la plus importante. Fréquemment, le premier examen est presque négatif. Hormis une sensation d'empâtement des culs-de-sac et une mobilisation utérine douloureuse, les sulfamides peuvent juguler l'évolution vers des lésions constituées, et avoir pour conséquence un rôle décisif sur l'annexite, stoppée *à son stade du début.* Mais souvent aussi le traitement n'a pas de valeur abortive ; localement le processus évolue vers le stade phlegmoneux, avec apparition au toucher de masses annexielles, qui deviennent perceptibles à l'examen quinze jours ou trois semaines après le début des accidents, alors que la température est revenue à la normale, et que subjectivement on pourrait croire à une guérison. Cependant, sous l'influence des sulfamides et du repos au lit, au cours des examens successifs, les lésions se mobilisent, deviennent moins douloureuses et peuvent exceptionnellement rétrocéder complètement. Le plus souvent, une annexite s'individualise uni ou bi-latérale, mais beaucoup moins importante qu'on aurait pu le craindre au début. Pareils résultats s'obtiennent aussi par la vaccinothérapie des annexites. Mais l'effet des sulfamides est plus constant que celui des vaccins, et rend plus nécessaire l'obli-

(1) G. COTTE et J. MATHIEU. *Revue de chirurgie*, avril-juin 1941. — M. J.-E. MARCEL. Société française de gynécologie, 6 octobre 1941.



gation de baser les indications thérapeutiques sur l'évolution des signes physiques, sans trop s'attacher à l'amélioration subjective. Un autre avantage des sulfamides est la possibilité de l'administration perorale du produit actif, tandis que la vaccinothérapie exige des injections douloureuses, et provoque souvent des réactions fort pénibles.

D'une manière très générale, les annexites survenant sur un terrain indemne de toute lésion régressent beaucoup plus facilement que les autres ; sans atteindre les succès obtenus dans la blennorragie de l'homme, les sulfamides ont fait perdre de sa gravité à l'infection gonococcique de la femme. Toutefois les annexites de la ménopauses sont assez rebelles à la sulfamidothérapie : la plupart sont améliorées sans être guéries et récidivent, si on les abandonne à leur évolution spontanée. Dans la convalescence, les sulfamides peuvent faciliter les possibilités de la chirurgie conservatrice, grâce à une imprégnation préopératoire. Si celle-ci n'est pas suffisante, la vaccinothérapie reprend tous ses droits.

Enfin, la sulfamidothérapie est très logique, dans les péritonites généralisées, d'origine génitale.

Les affections de l'utérus

Pour les métrites cervicales, il ne semble pas que les sulfamides doivent entièrement supplanter les anciens agents de désinfection. Dans les exocervicites, avec leurs larges ulcérations aisément visibles sur le pourtour du col, les pulvérisations, les tamponnements avec des mèches imbibées de solution de corps amidés ont pu donner des guérisons. Mais ce traitement ne tient pas toujours ses promesses, et il est certainement plus long et difficile à supporter que l'électro-coagulation diathermique, qui, en une fois, assèche définitivement le col. Dans les endocervicites, où les lésions sont déjà « en profondeur », la chimiothérapie sulfamidique perd ses avantages par rapport aux aspirations de glaires, avec désinfection au Lugol. Cependant, au moyen d'un traitement précoce *per os* de la blennorragie féminine par les sulfamides, le gonocoque disparaîtra du col, sans traitement local.

Enfin, les sulfamides semblent pouvoir être utilisés très largement, dans les formes bourgeonnantes comme dans les formes ulcérées du cancer du col utérin, où il y a une flore bactérienne abondante de streptocoques.

Les affections du corps utérin ne sont guère, en principe, justiciables de la sulfamidothérapie, car elles ne sont pour ainsi dire jamais inflammatoires. Cependant les suites opératoires des interventions conservatrices peuvent largement bénéficier de la chimiothérapie complémentaire ; on l'utilisera systématiquement des myomectomies les plus simples aux hystérectomies vaginales, dès que la température atteint ou dépasse 38°5 ; il en sera de même (voie buccale) dans les cas de manœuvre endo-utérine (curettage post-abortum, explorateurs intra-utérine, curiethérapie pour fibrome).

Les affections vulvo-vaginales

On connaît les bons effets de la sulfamidothérapie dans la blennorragie aiguë, avec une réserve toutefois pour les infections en profondeur (skeenites, bartholinites, au stade d'abcès collecté).

Les vulvo-vaginites de la petite fille, autrefois si rebelles, se montrent très sensibles aux divers composés amidés ; mais à la sulfamidothérapie exclusive, il faut préférer le traitement mixte, chimique et hormonal : la folliculine amenant une régénération de la muqueuse vaginale, les sulfamides n'agissant que sur l'élément infectieux.

Chez la femme adulte, en période d'activité génitale, les corps amidés ont, au contraire, un rôle prépondérant : voie buccale combinée à des badigeonnages du vagin au mercurochrome, ou au stovarsol ; traitement local, simple et efficace, en raison des fréquentes infections à trichomonas. Chez la femme âgée, les vulvo-vaginites sont dues, comme chez la fillette, à un trouble de l'acidité vaginale, consécutif à l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire ; dès lors la folliculine redevient essentielle pour la disparition des écoulements fétides. Enfin, la pulvérisation ou la columnisation sulfamidée ont un heureux effet dans la préparation opératoire des prolapsus ulcérés.

En résumé, mis en action au début d'une infection génitale, les sulfamides peuvent sans doute en enrayer les progrès et permettre ainsi la guérison complète. Malheureusement ces cas sont rares en gynécologie : presque toujours l'infection, a déjà migré en profondeur, et si l'on peut encore en enrayer les progrès, le temps qu'il faudrait pour en obtenir la guérison complète, est trop long pour qu'on renonce actuellement aux avantages que donnent actuellement les interventions conservatrices. Enfin les sulfamides peuvent être utilement employés à titre préventif, précédant une thérapeutique gynécologique médicale ou chirurgicale — ou lui succédant — qui comporte un risque local (suppuration) ou à distance (annexite, phlébite).

G. Fischer.

MÉDICAMENTS RARES OU MANQUANTS ET SUCCÉDANÉS

M. Goris vient de présenter à l'Académie de médecine un rapport sur l'état de nos approvisionnements en produits pharmaceutiques en novembre 1941, d'après les indications du *Comité d'organisation* du commerce de ces produits.

Beaucoup de médicaments sont devenus rares et la pénurie de produits pharmaceutiques est peut-être plus grande encore qu'elle le paraît, les stocks qui existaient dans les pharmacies allant vers l'épuisement. Aussi, M. le Professeur Goris appelle-t-il à nouveau l'attention des médecins sur l'importance qu'il y a à ne prescrire les médicaments déficitaires ou susceptibles de le devenir qu'à bon escient et en quantité strictement nécessaire. Certains agents médicamenteux, dans les conditions présentes, doivent être employés par priorité pour des applications particulières (les sels de bismuth pour les préparations injectables, la quinine pour le traitement du paludisme, l'insuline pour les accidents graves du diabète) ; d'autres doivent être réservés aux cas d'urgence absolue (la théobromine, par exemple). Pour nombre de médicaments, il faudra recourir à des succédanés.

Quoiqu'il en soit, voici la situation actuelle des approvisionnements pharmaceutiques :

Le *coton* est toujours très difficile à se procurer (l'ouate-cellulose est elle-même peu abondante). La *glycérine* est distribuée aux droguistes dans la proportion de 2 % de leur consommation antérieure. La *vaseline* et *l'huile de vaseline* font l'objet d'une attribution trimestrielle de 1 à 2 kilogrammes aux pharmacies. Glycérine, vaseline et huile ne doivent être délivrées que sur ordonnance médicale et avec parcimonie. La fabrication de la *lanoline*, dont les stocks étaient inexistants, pourra être reprise bientôt mais en quantité très limitée. L'axonge, réservée pour l'alimentation, ne se trouve plus en pharmacie. L'absence d'axonge, la rareté de la vaseline, de la lanoline et de l'huile rendent difficiles les traitements dermatologiques. Or, les dermatoses parasitaires, la gale en particulier, se développent dans des proportions notables, du fait des conditions présentes d'existence et de la promiscuité amenée dans les familles par le froid et le défaut de chauffage, en hiver. La réapparition de la lanoline atténuera peut-être cette situation mais à défaut de pommade d'Helmerich ou de Milian, il faudrait envisager un nouveau traitement de la gale, sous forme de fumigations sulfureuses, etc. On se procure, il est vrai, assez difficilement le soufre, qui vient d'Italie.

La *farine de moutarde* a presque disparu des officines. M. Codevelle, directeur du 5e bureau au secrétariat général de la santé, a informé les pharmaciens qu'ils ne devaient pas délivrer, sauf indication précise mentionnée sur l'ordonnance, plus de 100 grammes de farine de moutarde et quatre sinapismes (ces derniers sont la forme d'utilisation la plus économique de cette matière première). Et, cependant, il est entré dans le port de Marseille, en mars et mai 1941, 950 tonnes de graines de moutarde, dont 900 tonnes ont été réservées aux fabricants de moutarde alimentaire, produit culinaire d'une utilité actuellement discutable. L'absence de farine de moutarde, en cas d'épidémie grippale, serait véritablement catastrophique pour les enfants. Le syndicat des moutardiers ne se refuserait certainement pas à un arrangement pour faciliter l'approvisionnement des officines en farine de moutarde.

L'huile de foie de morue manque totalement. *L'essence de niaouli* (*goménol*) n'arrive plus sur le marché. Le *camphre naturel* est réservé pour la préparation des produits injectables. *L'acide borique* et le *borate de soude* ne sont délivrés que dans la proportion de 5 % par trimestre ; l'*iode* et les *iodures* le sont sur la base de 10 % de la consommation annuelle antérieure. Il serait opportun de remplacer la teinture d'iode, dans les applications antiseptiques externes, par des solutions de sels d'orthoxyquinoléine ou de l'oxymercuridibromofluorescéine (mercurochrome).

L'attribution aux pharmaciens est pour la *codéine* de 10 à 30 grammes par trimestre et, pour le *laudanum*, de 125 grammes à 300 grammes. Il faut prévoir l'utilisation partielle de la narcéine en remplacement de la codéine. La cocaïne devra être remplacée par la novocaïne ou tout autre anesthésique local, afin de réserver la petite quantité restante à des cas d'indispensabilité absolue.

La *caféine* et la *théobromine* sont très contingentées : 20 à 40 grammes aux pharmaciens d'officine par trimestre. Les sels de *bismuth* également : 50 à 150 grammes par trimestre. Le bismuth doit, dans ces conditions, être proscrit pour les pansements gastriques. L'attribution trimestrielle aux pharmacies est pour les sels de quinine de 20 à 100 grammes.

La préparation du *lactose*, celle de *l'acide lactique* sont pratiquement arrêtées. Le *glucose* pur fait presque défaut. Toutefois, une attribution de fécule vient d'être faite aux industriels pour sa fabrication.

Les *produits opothérapiques* sont très rares, y compris l'*insuline*.

Autres listes de médicaments rares et à ménager :

1° *Alcaloïdes* (ne se fabriquant plus faute de matières premières et pour lesquels on utilise jusqu'à épuisement les provisions existant antérieurement) : aconitine, atropine, cocaïne, émétine, lobéline, pilocarpine, scopolamine, théophylline, strychnine, yohimbine.

2° *Produits chimiques* contingentés : sels d'argent cristallisés et colloïdaux, sels de zinc, de mercure, de cuivre, de calcium, de magnésium ; acides minéraux (chlorhydrique, sulfurique, phosphorique) ; soufre, tannin, dérivés de la houille, solvants organiques, xylol, etc.

Ces produits seront encore livrés (parcimonieusement) tant que les usines chimiques et pharmaceutiques pourront se procurer le charbon qui leur est délivré également avec parcimonie.

3° *Matières premières exotiques*, que nous ne recevons plus : agar-agar, aloès, baume du Pérou, baume de tolu, boldo, buchu, cannelle, cascara, coca, ergot de seigle, fève de Saint-Ignace, graines de lin, gommes, hamamélis, hydrastis, ipéca, lobélie, noix vomique, podophylle, polygala, ratanhia, scammonée, rhubarbe, séné.

Dans ce domaine, il faut envisager l'utilisation de produits indigènes de remplacement d'après le tableau suivant donné à titre d'indication. Noter qu'une grosse réserve de ces produits vient d'être la proie d'un incendie.

Produits de remplacement

Comme *purgatif* et *laxatif* : la bourdaine, la bryone, la coloquinte, au lieu de jalap, de scammonée, de podophylle et de cascara.

Amers : gentiane au lieu de colombo, de noix vomique.

Pansements gastriques : kaolin, alumine, au lieu de sous-nitrate de bismuth.

Astringents, anti-diarrhéiques : salicaire, châtaignier, bistorte, au lieu de cachou, de tannin, de ratanhia.

Cholagogues et *chlolérétiques* : romarin, artichaut, pissenlit, au lieu de boldo, de combretum.

Expectorants : lierre terrestre, aunée, marrube, au lieu de grindélia, de polygala.

Révulsifs : térébenthine, ventouses, au lieu de farine de moutarde.

Sédatifs généraux : narcéine, au lieu de codéine.

Fébrifuges : gentiane stabilisée, antipyrine et succédanés, au lieu de quinquina, quinine.

Toni-cardiaques : spartéine, muguet, adonis, digitaline, ouabaïne (injectable), au lieu de caféine, de strophantus.

Hypotenseurs : gui, ail, acétylcholine, au lieu de pilocarpine, d'ésérine.

Vaso-constricteurs : cupressus, marron d'Inde, au lieu d'hamamélis, d'hydrastis.

Hémostatiques : adrénaline, bourse à pasteur, au lieu d'Ergot de seigle.

Diurétiques : baies de genièvre, uva-ursi, scille, au lieu de buchu, de théobromine.

Nervin : valériane, au lieu de passiflore.

Sédatifs utérins : séneçon, marron d'Inde, valériane, au lieu de viburnum, de piscidia.

Dépuratif : saponaire au lieu de salsepareille.

Galactogogue : galéga, fenouil, au lieu de gossypium.

Antiseptiques locaux : sulfate d'orthoxyquinoléine, oxymercuridibromofluorescéine, au lieu d'iode et de teinture d'iode.

Anesthésiques locaux : novocaïne, stovaïne et produits analogues, au lieu de cocaïne.

P. LACROIX.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les agents physiques dans le traitement de la blennorragie chronique féminine

La sulfamidothérapie a complètement bouleversé la thérapeutique de la blennorragie récente aiguë. Malheureusement, constate la Doctoresse Denise BLANCHIER, la phase initiale de la blennorragie féminine passe souvent inaperçue ; le gonocoque s'installe plus ou moins sournoisement, et c'est en tapissant le fond des glandes muqueuses qu'il entretient une infection chronique ou latente, aussi rebelle aux sulfamides qu'aux thérapeutiques usuelles.

La haute fréquence en reste la médication avec ses deux grandes indications : d'une part, la diathermie pelvienne des annexites et séquelles pelvi-péritonéales, d'autre part, l'électro-coagulation des métrites cervicales chroniques et des petites localisations vulvaires. Ainsi, pour éviter de nouvelles contaminations et des reprises infectieuses ultérieures, on pourchassera systématiquement le gonocoque à trois étages différents de l'arbre génital. La région vulvo-urétrale, le col utérin, les trompes de Fallope, avec leurs nombreux replis muqueux et leurs multiples glandes annexes lui offrent des habitats, d'où il est d'autant plus difficile de le déloger qu'ils sont plus haut situés. Par contre, le vagin dépourvu de glandes muqueuses, et le corps utérin, dont la muqueuse se renouvelle à chaque menstruation, ne sont guère favorables au passage à la chronicité. (*La Médecine*, septembre 1941).

Sur la clinique de l' « hypertrophie de la prostate »

MM. BAUER et KNAUER basent leur travail sur l'observation de 319 cas de la tuméfaction du système lymphatique péri-urétral, dénommée : hypertrophie de la prostate. Cet accident arrive en troisième ligne dans les causes de mortalité après l'âge de 65 ans. Il est nécessaire d'en faire tôt le diagnostic et de le distinguer du cancer de la prostate et des autres affections de cette glande ; à cet égard la cystoscopie est très utile, mais souvent mal supportée par les prostatiques ; une exploration du système urinaire aux rayons X avec pyélographie est plus recommandable, car elle permet de déceler la dilatation éventuelle de la vessie, et les répercussions possibles d'une rétention sur les uretères et les reins.

Mais il est encore plus important d'établir le stade de la maladie : troubles simples de l'évacuation avec éventuel résidu urinaire ; dilatation et atonie du muscle vésical, complications rénales. A ce dernier point de vue, la polyurie indique déjà un fléchissement dans le pouvoir de concentration des reins, et il y a lieu de recourir également à l'épreuve de Volhard ; une élévation de la pression sanguine sera d'un élément fâcheux.

Au premier stade de dysurie, on pourra parfois faire disparaître le résidu urinaire par des cathétérismes réguliers, auxquels on joindra l'administration d'antiseptiques urinaires pour éviter la fâcheuse infection ; du même coup, on parera à la dilatation de la vessie.

Si l'on n'obtient pas le résultat recherché, ou si l'infection se déclare : plus de doute, il faut intervenir et pratiquer l'ablation totale du tissu hypertrophié. Ici se recommande une préparation sérieuse du malade par la sonde à demeure, afin de diminuer l'infection, de faire disparaître le résidu urinaire et de réduire la pression artérielle, ainsi que la polyurie. Si l'on réussit, ce sera du meilleur présage pour l'opération radicale elle-même : mieux vaut la prostatectomie transvésicale que la voie périnéale, qui a presque toujours pour conséquences, même entre des mains expertes, la perte des *potestas coëundi*, et, dans un certain pourcentage, l'éventualité d'une incontinence, d'une fistule urinaire, d'un rétrécissement.

La prostatectomie procure une guérison radicale de l'infirmité, et l'âge ne constitue nullement une contrindication.

La résection électrique de la prostate ne doit être réservée qu'aux sujets présentant des contrindications formelles à l'intervention radicale : artério-sclérose grave, ictus, myocardite, hypertension sérieuse. Alors que la prostatectomie donne 96 % de guérisons, la résection ne procure la guérison clinique que dans 45 % des cas, et une amélioration dans la proportion de 50 %. La mortalité pour l'opération radicale est de 13 % contre 14 % pour la résection. A noter que les prostatiques, pour lesquels on n'intervient d'aucune façon, meurent de leur infirmité ou de ses complications dans la proportion de 75 %. Il est donc facile de savoir choisir sa meilleure chance de survie, quand on est atteint d'une hypertrophie de la prostate. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 4 juillet 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur une demande d'addition d'antiseptiques aux confitures pour leur conservation

(M. L. TANON ; 14-10-1941)

En juillet dernier, l'Académie s'est prononcée contre l'addition d'antiseptique dans la fabrication des confitures. Une nouvelle demande a été adressée par les services du Ravitaillement, visant cette fois non plus la fabrication, mais la conservation, en l'espèce la conservation de 4.000 tonnes de confitures fabriquées par mois et dont l'altération est possible dans les fûts de bois où elles sont stockées. M. l'Intendant Ley a demandé à titre exceptionnel et pour la récolte 1941 seulement, l'autorisation d'ajouter aux confitures et marmelades 1 gramme d'acide benzoïque, d'acide salicylique ou de leurs sels pour un kilo de produit. M. Tanon pense que l'on pourrait, sous certaines réserves, dans le but d'éviter la perte de denrées souvent réclamées par la population, donner exceptionnellement une autorisation provisoire.

— M. MARTEL rappelle les nombreux rapports défavorables présentés au Conseil d'hygiène quant à l'addition d'antiseptiques aux produits alimentaires. On invoque, il est vrai, certaines tolérances admises à l'étranger, en Grande-Bretagne, en Pologne, en Suisse, pour ce qui concerne l'adjonction d'acide benzoïque au jus de fruits et confitures. Mais l'action antiseptique de l'acide benzoïque est faible : 2 gr. 5 p. 1.000 ne mettent pas les hachis de viande à l'abri des putréfactions. A cette dose, l'antiseptique s'élimine mal chez l'homme.

Quelques réglementations étrangères acceptent aussi l'addition de l'acide salicylique à faible dose. Les propriétés germicides de l'acide salicylique sont fugaces (Christian). L'action nocive est mal définie chez l'homme. Pour Brouardel (1887), l'usage journalier d'une dose même minime de cette substance est suspect chez les personnes dont le foie ou le rein n'est pas intact.

— M. LAUBRY, à une demande de M. Rist, répond que le salicylate de soude à la dose proposée reste sans danger pour le cœur. M. CLERC s'associe à cette opinion.

— M. Jules RENAULT, au Conseil d'hygiène comme à l'Académie de médecine, a toujours voté contre l'addition de produits antiseptiques aux substances alimentaires. Le cas actuel est différent : il s'agit de ne pas laisser perdre une quantité de confitures dont la conservation pourrait être compromise non par une préparation défectueuse, mais par le conditionnement incertain des récipients. La consommation de ces confitures sera forcément momentanée et la dose d'acide salicylique ajoutée (1 gramme par kilo) ne pourrait, dans ces conditions, présenter d'inconvénient réel.

La proposition de M. Tanon relative à l'autorisation exceptionnelle d'ajouter les antiseptiques en question est adoptée, les fabricants étant invités à trouver, dans un délai de six mois, un procédé qui évite l'emploi des substances chimiques.

De la fréquence de l'aortite non syphilitique en clinique rurale. Essai de pathogénie et de traitement

(M. Raymond MOLINÉRY ; 19-8-1941)

M. Molinéry fait sur cette question une communication dont les points principaux ont été publiés antérieurement dans le *Concours Médical* (nº du 31-8-1941).

— M. LAUBRY, chez les malades de sa consultation cardiologique, a relevé à peine 10 % d'aortites syphilitiques indubitables. A son avis la syphilis, en dehors de la panaortite caractéristique qu'est l'anévrysme et où elle règne en maîtresse, laisse dans le domaine des aortites une large place à d'autres facteurs, infectieux, toxiques, humoraux, neuro-endocriniens.

— M. MILIAN déplore que l'on diminue l'importance de la syphilis dans l'étiologie de l'aortite. Ce sont, dit-il, les malades qui en pâtiront, car les priver du traitement spécifique, c'est les condamner à la persistance de symptômes pénibles et les vouer au développement progressif de leur maladie.

— M. Emile SERGENT adopte une opinion de conciliation entre les idées divergentes professées par MM. Laubry et Milian. Les malades, les aortiques, vus par les cardiologues ne sont pas pour un certain nombre ceux qu'observent les syphiligraphes. Cependant, il ne faut pas rejeter radicalement la possibilité d'une étiologie syphilitique parce qu'une aortite résiste au traitement spécifique. Voit-on le tabès regresser sous l'influence d'une thérapeutique anti-syphilitique ?

Un danger qui grandit : la tuberculose

(M. Marcel MOINE ; 2-9-1941)

Les phtisiologues et les praticiens ont pu constater l'augmentation de fréquence et de gravité de la tuberculose pulmonaire dans les circonstances actuelles. M. Marcel Moine appuie ces constatations sur des statistiques dont il fait l'exposé.

P. J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES BESOINS ALIMENTAIRES DE LA PUBERTÉ ET LES RESTRICTIONS ACTUELLES

Par le Dr Fernand DECOURT

En compulsant dernièrement les archives de l'A. P. I. M. (1), j'eus l'occasion de lire un article du Docteur Charles RICHET sur « les besoins alimentaires de la puberté ». Bien qu'écrit en 1936 (2), période antédiluvienne par rapport à celle que nous traversons, cette étude n'en est pas moins de pleine actualité ; elle l'est même plus que jamais, alors que si les restrictions alimentaires actuelles sont fâcheuses pour les adultes, elles risquent de devenir catastrophiques pour un adolescent en pleine croissance.

Charles Richet, à la suite d'enquêtes effectuées sur ce sujet, montre que « l'augmentation pondérale physiologique » de l'adolescence (alors qu'elle porte sur les muscles, le squelette et les viscères chez les garçons et, en plus, sur la graisse chez les filles) « implique *a priori* la nécessité d'une alimentation abondante... De tout temps, sous tous les climats, dans toutes les classes sociales, l'appétit des adolescents est considérable... ; par kilog, l'adolescent mange plus que ses parents. »

Il cite deux enquêtes : celle de GEPHART, aux Etats-Unis, l'autre faite par lui-même en France — enquêtes portant toutes deux sur des enfants de la classe bourgeoise.

Or, tandis que chez l'adulte, on compte une moyenne de consommation de 40 à 50 calories par kilo et par jour, Richet a trouvé chez des enfants de 8 à 15 ans, une moyenne de 85 calories. Quant à Gephart, dans une grande école américaine, il est arrivé aux moyennes suivantes suivant l'âge des enfants : à 13 ans, 116 calories ; à 14 ans, 102 ; à 16 ans, 100. Donc consommation notablement plus marquée aux Etats-Unis, mais dans les deux cas, une augmentation indéniable sur la consommation chez les adultes.

L'expérience a porté sur les quatre éléments suivants : ration calorique, ration protéinique, ration de sels et ration de vitamines.

Chez l'adulte, comme ration calorique, il n'est à envisager que « les dépenses de fond et les dépenses de travail ». Chez l'enfant, il y a en plus les dépenses de croissance. L'observation et le calcul ont montré que, vers 12 ans, le rendement de la ration de croissance était de 4 % et vers 20 ans de 1 %, soit en moyenne 2,5 %. Pour une année, chez un enfant de 15 à 16 ans, par exemple, où l'accroissement physiologique est de 4 kilos, il faut compter 750 calories supplémentaires par jour. Donc, *pour un garçon de* 14 *à* 18 *ans la ration calorique doit être celle de l'adulte plus* 750 *calories* (sans tenir compte même de l'activité musculaire plus considérable en général à cet âge).

Quant à la ration protéinique, tous ceux qui ont étudié la question ont admis qu'elle devait être plus considérable que celle de l'adulte. Les chiffres donnés dans l'étude de Charles Richet ne diffèrent guère. Tandis que, chez l'adulte, on admet généralement qu'elle doit être par kilo et par jour, entre un gramme et 1 gr. 40, chez l'enfant, les chiffres donnés forment une moyenne de 2 gr. 75, avec un maximum vers 13 à 14 ans.

Les besoins de vitamines sont beaucoup plus impérieux chez les adolescents que chez les adultes. Il en est de même pour les besoins de sels minéraux et, en particulier, les sels de calcium. « On peut évaluer, au cours de la période pubère, à dix centigr. par jour la quantité de calcium que doit fixer le squelette ».

En résumé, il est nécessaire de varier l'alimentation de l'enfant, mais, « de toute façon, dit Ch. Richet, on introduira dans cette alimentation les légumes frais et les fruits frais d'une part ; d'autre part le lait, le beurre et le fromage, riches en vitamine et en calcium. Tous ces faits sont importants, car l'adolescent est plus sensible que l'adulte aux méfaits de l'insuffisance alimentaire, dont le plus grave est *la tuberculose* ».

Et Ch. Richet conclut son étude par ce qui suit :

« *Les besoins de l'enfant sont considérables. Il doit manger deux fois par jour de la viande. Le lait ou les laitages, les fruits et les légumes frais doivent entrer dans son alimentation ; sa ration alimentaire doit être, à partir de* 11 *ans et jusqu'à* 13 *ou* 14 *ans, égale à celle de l'adulte. A partir de* 14 *ans et jusqu'à* 20 *ans, elle doit lui être supé-*

(1) A. P. I. M. : Association professionnelle internationale des médecins.

(2) Bulletin trimestriel de l'*Organisation d'hygiène* de la Société des Nations. Vol. 5, n° 3, septembre 1936.

rieure. Sous une autre forme, l'enfant doit manger plus que son père. »

***

Ces lignes furent écrites en 1936. Elles deviennent fort graves en cette année 1941..... Sans doute, on s'est efforcé de donner à l'adolescent une alimentation plus copieuse, ou plus justement moins entachée de restrictions, que celle dont doivent se contenter les adultes. Néanmoins a-t-on fait TOUT LE POSSIBLE en cet ordre d'idées ?

On a distribué des gâteaux et des bonbons « vitaminés » dans les écoles, les collèges, les lycées. C'est fort bien. Mais, à côté de cela, les enfants ont-ils une quantité *suffisante* physiologiquement de nourriture chaque jour ? Hélas ! j'ai été à même de constater trop souvent qu'il n'en est rien et que *trop d'enfants sont sous-alimentés.*

Dans les milieux modestes, là où l'argent est rare, là où le père est malade, chômeur — ou prisonnier — là où la femme a la douleur de voir ses enfants souffrir de la faim littéralement, malgré tous ses efforts pour leur assurer une nourriture suffisante (j'en ai des exemples !) n'est-il il pas lamentable de voir ces adolescents maigrir, s'étioler et de penser qu'ils sont guettés par la sinistre tuberculose ?

La sous-alimentation n'est pas l'apanage de certains milieux deshérités. J'ai vu maintes fois des enfants venant de déjeuner au lycée et recommencer le jeudi en arrivant chez les parents..... Gourmandise peut-être, pensera-t-on ? Nullement, car j'en ai vu — maintes fois — manger « n'importe quoi » avec l'appétit normal d'un début de repas... Ceux là avaient évidemment été *insuffisamment alimentés* au déjeuner pris en commun avec leurs camarades de classe...

Je n'incrimine personne, certain que ceux qui ont la charge, bien lourde en ces temps, de nourrir des élèves tous plus ou moins « aux dents longues » font de leur mieux. Quand on suit de près les menus des repas, on se rend compte qu'on a cherché « *la qualité* » le plus possible. Mais, en ces temps où les « tickets » sont les dispensateurs des biens de ce monde, « *la quantité* » est trop souvent limitée inexorablement.....

C'est pourquoi je voudrais que le Corps médical français prenne en main la cause de l'adolescence et fasse entendre hautement sa voix si qualifiée en l'espèce. Et c'est pourquoi enfin, après avoir lu l'étude de Ch. Richet, dans le *Bulletin de l'Organisation d'hygiène de la S.D.N.*, j'ai pensé qu'il était bon de rappeler ce qui s'était dit en des temps plus heureux et qui devient actuellement une prophétie à la Cassandre... et d'une tragique actualité.

LA REVENDICATION D'UN JEUNE MÉDECIN

La lettre ci-dessous émet un avis qui mérite d'être porté à la connaissance des ordonnateurs de la profession.

Il n'est pas douteux en effet que les nouveaux aménagements déjà réalisés ou en projet intéressent plus que quiconque les jeunes médecins dont toute la carrière risque d'en être affectée.

En conséquence, sur toutes ces innovations qui nous entraînent vers un destin imprévisible n'auraient-ils pas leur mot à dire et ne conviendrait-il pas de le leur laisser dire ? Qu'ils soient représentés dans les Conseils départementaux de l'Ordre, ou qu'ils aient accès aux délibérations de ceux-ci par une voie quelconque semblerait équitable.

Dans une situation aussi tourmentée que la nôtre les hommes investis du pouvoir de décision ne s'entoureront jamais assez de renseignements. Pour reconstruire nous comptons sur notre jeunesse ; mais sans doute en obtiendrions-nous un effort plus spontané et plus efficace si nous comptions aussi *avec* elle.

N'avez-vous pas remarqué que, des Conseils départementaux, sont soigneusement écartés les jeunes, les tout jeunes ?

Cela paraît tellement naturel que personne n'en a été surpris : les jeunes manquent d'expérience — la jeunesse n'implique pas à coup sûr toutes les qualités — enfin, leur avis est négligeable.

Nous voyons les choses autrement :

Sur qui doit-on compter pour l'avenir, sur ceux qui sont à quelques années ou quelques mois de la retraite ? Qui doit cotiser durant 30, 40 années et peut-être davantage aux diverses charges prévues : retraite, allocations, affiliations ?

Justement ceux qui ne sont pas représentés dans les Conseils. Comme cela est logique, dans la bonne tradition française !

Il serait juste, et tous mes camarades installés dans cet après-guerre le pensent, de voir dans chaque Conseil au moins un représentant des jeunes, qui aurait ainsi le loisir d'acquérir l'expérience nécessaire à un futur dirigeant, et que l'on pourrait parfois, prudemment, consulter.

Si l'on ne veut pas, enfin, couper les ponts entre « les jeunes » qui n'ont connu de l'exercice du métier que les difficultés sans nombre d'une défaite, et « les vieux » qui ont vécu, et exercé dans des conditions normales (et, si je me rappelle bien le temps où je remplaçais bien des confrères, à un moment où, pour le médecin, il faisait bon vivre), il faut que chaque catégorie soit représentée dans les Conseils.

Malgré leurs défauts et leur inexpérience, les jeunes sont la future France médicale, il serait maladroit de les écarter des Conseils, et assez peu conforme au plan de redressement national, qui compte sur la jeunesse.

D[r] Th. COURTOIS.

A PROPOS D'UNE BROCHURE ET D'UN ARTICLE

LES MÉDECINS DEVANT LE RISQUE-MALADIE ET LES ASSURANCES SOCIALES

Dans notre numéro du 16 novembre dernier, nous avons publié sous la rubrique « Libres Opinions » un intéressant mais paradoxal article du Docteur Maire, sur le nouveau régime des Assurances sociales, que nous nous étions réservés d'argumenter dans la suite. Cette critique est d'autant plus d'actualité qu'une brochure diffusée récemment par la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise est venue développer, à propos de la révision de la loi sur les Assurances sociales, des thèses parallèles à celles de notre auteur, hérétique, non conformiste, mais courageux. Il est donc temps de faire valoir les arguments contraires et d'essayer de conclure.

La thèse des Assurances sociales

Préfacée par M. Heller, président du Comité général d'entente de la Mutualité et des Caisses d'Assurances sociales, la brochure « Assurances sociales et Santé publique », œuvre du médecin général Jullien et de M. R. Dupuch, directeur adjoint de la C. I. A. S. (pourquoi pas M. Martin ?) nous paraît présenter, officieusement peut-être, mais nettement cependant la position des Caisses devant la réforme en cours de l'assurance-maladie. Il est donc opportun d'en donner à nos lecteurs un résumé schématique, afin qu'ils détiennent toutes les pièces du procès. Nous essaierons de le faire de manière aussi objective que possible.

Les Caisses se reconnaissent à elles-mêmes deux plans d'activité différents : la médecine curative et la médecine préventive.

Etudions tout d'abord la première, à notre avis la plus importante. Deux systèmes peuvent être proposés pour la couverture sociale du risque-maladie : le système des *prestations en nature* et celui des *prestations en espèces*. Ce dernier se borne à compenser partiellement dans le budget de l'assuré les dépenses occasionnées par la maladie, alors que dans le premier, les Assurances assument elles-mêmes la charge des soins. Nous sommes actuellement sous le régime des prestations en espèces, mais les Assurances sociales ne cachent pas leur préférence pour celui des prestations en nature, répandu dans la plupart des pays européens, et vers lequel tendent tous leurs efforts.

Après avoir rappelé la résistance du Corps médical français qui a voulu et obtenu l'insertion de sa « charte » dans la loi sur les Assurances sociales, et fait un court historique des tentatives opérées depuis 1930 par les Caisses pour réduire la charge de l'assuré de 50 % (ce qu'elle es environ aujourd'hui) au simple ticket modérateur de 20 % (en oubliant on ne sait pourquoi les pourparlers de 1938 et 1939 et les « Circulaires confédérales » 87 et 88), les auteurs de la brochure proposent leur solution du problème actuel.

Ne voulant pas « introduire *sans transition* en France le système des prestations en nature », qui pose inévitablement la question du « tiers payant », ils s'en tiennent « *au moins provisoirement*, au système des prestations en espèces » Mais ce système se présenterait comme suit :

a) *Libre choix.* — « Il ne peut être évidemment question en France d'instituer des médecins de Caisse mensuellement appointés ». Mais les Caisses prétendent avoir un « droit de regard » sur le choix fait par l'assuré, choix qui ne devrait s'exercer que parmi les *médecins « agréés* par les Caisses en accord avec la Corporation médicale et qui auront acceptés les tarifs de responsabilité établis également en accord avec la Corporation ».

b) *Rémunération du médecin.* — En attendant le régime du « tiers-payant », l'assuré ferait l'avance des frais médicaux, mais « serait certain d'être remboursé intégralement sous la réserve du ticket modérateur ». Les tarifs seraient *fixés*, d'accord avec la Corporation médicale, sur les bases suivantes : *forfait* global opératoire pour la chirurgie (comprenant honoraires, frais de clinique, pharmacie), *forfait* également pour toute affection nécessitant des actes médicaux coûteux et répétés et des traitements spéciaux, rémunération à l'acte pour les autres maladies ;

c) *Liberté de prescription.* — Il faut tendre, par l'enseignement médical, vers des modes de traitement à la fois préventifs, économiques et sociaux, les spécialités n'étant ordonnées que si elles ne sont pas remplaçables par une prescription magistrale ;

d) *Secret professionnel. Contrôle.* — « Nul ne songe à imposer aux médecins la communication de leurs diagnostics à des tiers non médecins ». Mais nos deux auteurs ne voient aucun obstacle légal à ce que ces renseignements confidentiels soient communiqués aux médecins contrôleurs, avec lesquels le praticien doit entretenir des relations confiantes. Cette même confiance devrait s'étendre aux infirmières visiteuses « auxiliaires particulièrement précieuses » pour le médecin traitant. Indiquons tout de suite pour ne plus y revenir que cette thèse ignore volontai-

rement le droit et le fait. Tant qu'une loi n'aura pas prévu une dérogation formelle à l'art. 378 comme elle l'a fait pour les maladies contagieuses, le médecin contrôleur restera un tiers à l'égard du praticien. Quant aux infirmières visiteuses, elles se font le plus souvent de leur rôle à l'égard du médecin traitant une conception fort éloignée de « l'auxiliaire précieuse » que l'on nous dépeint.

e) *Hospitalisation.* — L'admission dans un hôpital doit être précédée d'un préavis du médecin traitant. Une *durée d'hospitalisation* serait fixée pour chaque maladie ou opération. Les Caisses doivent conserver le droit d'avoir leurs propres établissements à titre de « témoins ».

En matière de médecine préventive, un principe est posé : l'insuffisance au point de vue collectif du médecin de famille. La politique sanitaire préventive relève de l'Etat. Mais son rôle doit se borner à coordonner afin d'éviter un « fonctionnarisme » stérilisant. Les Caisses d'Assurances sociales ne peuvent se limiter au financement des soins médicaux, elles doivent « éloigner de leurs assurés, les misères de la maladie et améliorer leurs conditions d'existence ». En conséquence :

— Les Caisses devraient avoir le droit de faire procéder ou de contrôler les vaccinations obligatoires concernant leurs assurés et leur famille. Elles devraient en outre « être *autorisées légalement à imposer* aux assurés ou à leur famille *les procédés d'immunisation dont l'obligation n'est pas inscrite dans la loi,* mais dont l'efficacité démontrée par l'expérience est officiellement reconnue » (1).

— Une politique de *dépistage et de soins précoces* conduirait à examiner systématiquement les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants d'âge scolaire et les assurés entre 40 et 50 ans. D'autre part, — ce à quoi nous applaudissons — les soins préventifs prévus par l'art. 6, § 16 du décret-loi seraient développés notamment pour les maladies telles que la tuberculose et la syphilis. Cette politique de dépistage serait facilitée grâce aux infirmières visiteuses et aux assistantes sociales.

— Enfin, une politique générale d'amélioration des conditions de vie collective (colonies sanitaires, organisation des congés payés, lutte contre le taudis...), ainsi qu'une politique d'éducation nationale en faveur d'une vie saine couronneraient le tout.

En résumé, les Assurances sociales seraient les « animatrices » de la politique de médecine préventive et de redressement sanitaire. Elles lutteraient en particulier contre la tuberculose par la « multiplication du nombre de leurs établissements de cure et leurs préventoriums ». « Mais surtout, elles placeraient à la base de cette construction sanitaire des *Centres de recherche de diagnostic et de prophylaxie* indispensables pour l'établissement d'un diagnostic précis et d'une *thérapeutique* scientifiquement et rationnellement conçue ». La création de ces centres par les soins des Caisses n'est envisagée que si la Corporation médicale refuse sa collaboration et ne consent pas à renoncer à ses vieilles habitudes particularistes. Les praticiens dont les Assurances sociales *formeront de plus en plus la principale clientèle* trouveront dans la médecine préventive collective la compensation des *diminutions d'honoraires* qu'ils auront acceptées au titre de la médecine curative individuelle. Ainsi nous nous orienterons « dans un proche avenir » vers le système des *prestations en nature*, service essentiel des Caisses d'assurances. Et la brochure se termine dans une belle envolée lyrique, invoquant, à propos de la charte médicale, « le linceul de pourpre où dorment les dieux morts » !

La thèse du Docteur Maire

Elle repose avant tout sur un syllogisme, et comme telle déjà, nous paraît fragile : la capacité de paiement de la clientèle n'a cessé de décroître. Si l'on veut que les charges de maladie restent supportables, il faut donc : ou augmenter en valeur absolue cette capacité de paiement, ou fonctionnariser les médecins, ou *abaisser les tarifs médicaux.* La première solution est invraisemblable, la seconde peu souhaitable. Il ne reste donc que la troisième.

Cette solution et elle seule permettra aux praticiens de ne pas être éliminés de la médecine sociale et de la médecine prophylactique, formes d'avenir de la médecine tout court.

Bien plus, pour soutenir victorieusement la concurrence des dispensaires et hôpitaux, et maintenir sinon augmenter le revenu des praticiens en diminuant leurs tarifs, ceux-ci devront se mettre vis-à-vis du malade dans la même situation que ces organismes sociaux. Ceci entraîne la suppression de l'avance faite actuellement par l'assuré, l'institution du tiers-payant, la suppression même du ticket modérateur pour atteindre à la *gratuité complète,* et pour alléger les charges du médecin rendre ainsi viables et l'abaissement des tarifs, l'*organisation de la médecine en équipe,* par la création de *cabinets médicaux communs.*

Pour la réussite d'un tel plan, il importe que le Corps médical fasse de lui-même cet effort d'organisation et présente à l'État des propositions constructives. S'il se contente d'une attitude

(1) Nous avons tenu à citer intégralement cette phrase d'une monstrueuse inconscience. (N. D. L.R.)

d'obstruction antisociale, l'Etat se chargera de la réforme, et le Corps médical dans une vie incertaine, accablé de charges, sous le contrôle de médecins fonctionnaires omnipotents et omniscients, tendra vers un prolétariat auprès duquel la fonctionnarisation paraîtrait une solution pleine de promesses et d'attraits.

Critiques et contre-projets

De quoi s'agit-il ? De diminuer la charge supportée par les assurés en cas de maladie. Or cette charge est le résultat d'une différence : les tarifs médicaux d'une part, les tarifs de responsabilité d'autre part. Fort obligeamment, les Caisses se sont chargées d'étudier de quelle manière le premier terme pourrait être abaissé. Si le Corps médical s'inquiétait en revanche du second terme qui pourrait peut-être essayer de se rapprocher du premier ? On nous dira (on nous a déjà dit) que cet effort a des limites. Il est opportun avant d'aller plus avant d'essayer de les déterminer. Première question.

S'il se révèle que, cet effort réalisé, la coïncidence des deux tarifs n'est pas atteinte, doit-on l'obtenir par un abaissement des tarifs médicaux ? Cette solution est-elle possible et opportune ? Quelles en peuvent être les modalités optima ? Deuxième question.

Mais n'y a-t-il pas d'autres solutions permettant de sortir du dilemme « Maire » et de réduire la charge de l'assuré en modifiant les conditions du problème , en apportant des éléments nouveaux ? Troisième question.

Enfin, en matière de médecine préventive, le rôle que les Caisses prétendent remplir, les charges financières qui en découlent sont-elles légitimes ? Le médecin praticien ne doit-il être toléré en ce domaine que comme obligatoire agent d'exécution payé au moindre prix sur le plan de la concurrence, ou n'a-t-il pas un rôle plus brillant à revendiquer, à jouer ? Dernière question.

1° PEUT-ON RELEVER LES TARIFS DE RESPONSABILITÉ ? — Question oiseuse nous répondra-t-on. C'est déjà chose faite. La loi du 29 mai 1941 a transformé en tarif minimum le tarif maximum, c'est-à-dire l'ancien tarif limite de réassurance qui est entré en vigueur depuis le 1er juillet dernier. Il nous a été facile de faire observer qu'en réalité rien n'est résolu, ce fameux tarif limite étant appliqué en fait par la grosse majorité des Caisses depuis quelques années. Ce n'est pas une question de mot, mais une question de chiffre que nous discutions. L'effort promis reste donc à faire. De combien peut-il être ?

En cette matière, les Caisses invoquent généralement les chiffres du rapport Lebas duquel il résulte que « les recettes ont, en cinq ans, diminué de 20 % alors que les prestations légales augmentaient de 50 %. Ce phénomène s'explique... par l'accoutumance de plus en plus grande des assurés à la loi.... On peut donc estimer que fin 1936, les excédents des Caisses très amoindries ne représentent pas plus de 6 mois de dépenses. L'équilibre financiers est donc établi d'extrême justesse » (*Manuel pratique des Assurances sociales*, dernière édition).

Nous sera-t-il permis de rappeler que ce fameux rapport Lebas, s'arrête à 1935 et que depuis lors bien des choses ont changé ? Pourquoi les Caisses ignorent-elles systématiquement un rapport de trois ans plus récent, dont les conclusions sont diamétralement opposées au précédent et qui n'en est pas moins officiel, puisqu'il émane de M. René Brouillet, auditeur à la Cour des Comptes, et fut présenté au Conseil supérieur des Assurances sociales le 5 juillet 1938 ? Une telle ignorance est d'autant moins excusable que ce rapport est intégralement publié dans le *Bulletin de Documentation de l'Union des Caisses* du 10 octobre 1938.

« Le fait majeur qui caractérise l'évolution des recettes des Caisses d'Assurances sociales au cours des deux dernières années, c'est un énorme gonflement du produit des cotisations et il en est résulté tout naturellement une augmentation des ressources mises à la disposition des Caisses d'Assurances sociales maladie-maternité ». (Produits des cotisations en 1935 : 3.085 millions. En 1937 : 4.186 millions. De manière plus frappante encore, 1er trimestre 1936 : 412 millions, 1er trimestre 1937 : 863, 1er trimestre 1938 : 1.277). « La hausse importante et continue du rendement des cotisations » provient du relèvement de 7 à 8 % du taux de la cotisation à partir du 1er janvier 1937, des hausses de salaires opérées depuis 1936 et enfin du relèvement des chiffres limites pour l'assujettissement aux Assurances sociales.

Aucun de ces facteurs de hausse n'a disparu à l'heure actuelle. Le taux des salaires est resté nominalement le même, ou plutôt, il s'est augmenté d'une somme allant jusqu'à 200 francs par mois en vertu de la récente loi du 23 mai 1941. Les salaires anormalement bas sont révisés et relevés. Le salaire minimum vital va être prochainement fixé, et l'application de la charte du travail ne peut que favoriser le rehaussement général des salaires. Le taux de la cotisation est toujours de 8 %. Mais son mode de calcul a été révisé par la loi du 15 mars 1941 : elle porte dorénavant sur le salaire effectivement payé, ce qui procurera aux Caisses des recettes supplémentaires (1). Nominalement, ce gonfle-

(1) Cette loi est invoquée dans la brochure des Caisses comme un argument en faveur d'une réduction de la charge des assurés par un effort du côté médical. Ceci est encore d'un incroyable illogisme : parce que l'assuré paye plus à la Caisse, il doit payer moins au médecin !

ment des recettes n'a pu donc que s'accroître.

Sur ce chiffre total, quelle a été la part des Caisses primaires de répartition ? Depuis 1936, cette part a été quelque peu réduite par des arrêtés successifs modifiant le mode de ventilation de la cotisation totale. « En effet, la différence entre les recettes et les dépenses des Caisses de répartition a pu apparaître telle que le ministre des Finances et le ministre du Travail ont été amenés à réduire le pourcentage des cotisations attribué à ces Caisses » (1). L'augmentation de leurs ressources reste cependant fort sensible (1936 : 1.267 millions, 1937 : 1.816 millions, 1938 : 2.057 millions, chiffres auxquels il faut encore ajouter les revenus du portefeuille des Caisses, soit 2.125 millions) (1).

Quelle a été maintenant l'évolution des dépenses des Caisses primaires ? Elles augmentent de 45 % de 1931 à 1935 en raison de l'accoutumance progressive des assurés à la loi. Ce facteur est invoqué par la brochure de la C. I. A. S. qui laisse croire que cette progression est continue et qu'il faut en tenir compte dans les prévisions de dépenses actuelles. Rien n'est plus faux. Cette accoutumance s'est opérée depuis longtemps, c'est-à-dire depuis 1935. « A partir de l'année 1936, par un singulier paradoxe, les dépenses des Caisses d'assurances sociales maladie-maternité ont semblé se stabiliser lors même que ne s'est pas manifestée une régression » (1) (1935 : *1.258 millions, 1936 : 1.155 millions, 1937 : 1.232* millions) (1). Notons que les honoraires médicaux ne représentent que 20 % des dépenses-maladie.

La comparaison des recettes et des dépenses faisant ainsi ressortir une marge bénéficiaire de 2.125 — 1.232 = 893 millions que le rapporteur par prudence, tenant compte des frais de gestion, de l'influence directe de la hausse des prix et des modifications d'alors dans les tarifs de remboursement, réduit à 410 millions. Le rapporteur conclue alors « qu'on se trouve en présence de ce *paradoxe d'institution d'entr'aide sociale* dont les *ressources* se sont énormément *accrues* et dont les *dépenses n'ont guère varié* ». En conséquence « une révision dans leur ensemble des prescriptions du tarif de réassurance » s'imposait. Cette revision eut lieu en octobre 1938; les chiffres proposés furent retenus (de 18 francs le remboursement de la visite passait à 22 fr. 50). Ce sont ces chiffres limites qui constituent actuellement le tarif minimum en vigueur depuis le 1er juillet dernier.

Quelles peuvent être les répercussions de l'application généralisée de ce tarif minimum ? Le rapport Brouillet, bien que datant de 1938, va nous permettre d'y répondre, car ses conclusions générales s'efforcent de les prévoir. En effet, tenant compte de la mise en vigueur du nouveau tarif de réassurance, il évalue à 1.965 millions le total des dépenses des Caisses primaires, ce qui laisse subsister *une marge appréciable de* 160 *millions.*

« Pour donner leur pleine valeur à ces approximations, il convient d'insister sur ce fait que les *evaluations de dépenses* ont été opérées sur la base des chiffres de 1935 qui sont *relativement élevés*... Dans une hypothèse pessimiste et à supposer que les recettes à provenir des cotisations n'atteignent pas le chiffre prévu, il convient de faire observer que, à la faveur des tarifs particulièrement faibles de ces dernières années, les Caisses *ont pu accumuler des excédents considérables*... Enfin, si le déséquilibre entre les recettes et les dépenses s'avérait plus important, la ressource extrêmement simple consisterait à revenir à des *coefficients de ventilation moins défavorables* pour les Caisses maladie-maternité, au moment de la répartition du produit des cotisations... La situation des Caisses est *prospère* et leur permet de fournir *un effort plus énergique* en faveur des assurés sociaux. Un système d'assurances est adapté à sa mission lorsqu'il est *capable de procurer des indemnités suffisantes* aux assurés en cas de *réalisation de tel ou tel des risques que l'assurance a prétendu couvrir. Il doit en être de même d'un système d'assurances sociales* » (1).

En résumé :

— La situation prospère des Caisses en 1938 (recettes, réserves) leur permettait d'appliquer dès 1938, le tarif de réassurance comme tarif minimum de responsabilité, ainsi qu'il en va depuis le 1er juillet 1941, et cette application leur laissait encore une marge bénéficiaire importante.

— Les facteurs d'augmentation des recettes se sont maintenus et même accrus depuis lors (hausse des salaires, application de la charte). Les taux de ventilation des cotisations peuvent être revisés dans un sens favorable aux Caisses maladie-maternité.

— Il serait donc légitime que les Caisses fissent un nouvel effort en faveur de leurs assurés et tendent vers la couverture intégrale des risques-maladie, ce d'autant plus qu'elles doivent faire passer leur rôle d'assureur avant toute autre mission de prévention, d'hygiène ou de politique comme nous comptons le démontrer plus loin.

(*A suivre.*) Jean MIGNON.

(1) Rapport Brouillet.

(1) Rapport Brouillet.

L'HABITATION DE DEMAIN

GÉNÉRALITÉS ET PRINCIPES

par Albert Daniel
Hygiéniste Paranaturiste

Parmi les nombreux problèmes qui sollicitent l'attention de l'hygiéniste français et de tout hygiéniste des pays que ravage la guerre, il en est un que *l'hygiéniste paranaturiste* semble vraiment qualifié, sinon pour résoudre, du moins pour envisager sous tous ses aspects : *le problème de l'habitation de demain.*

Qu'est-ce, en effet, que le *paranaturisme* ou naturisme scientifique ? « L'intégration des principes directeurs d'une vie conforme aux lois de la nature » et il faut entendre par « vie » non seulement l'ensemble des manifestations d'une activité purement physiologique, corporelle, mais la vie totale, telle que le Créateur la fait s'épanouir chez l'être humain, vivant en société, chez l'homme social aux multiples besoins physico-chimiques (n'oublions pas le monde des radiations), intellectuels et psychiques.

L'hygiéniste paranaturiste, à qui est familière la notion de « *milieu biologique* » et de « *milieu social* », considère le hameau, le village, le bourg, la ville et la métropole, la cité-jardins et le sky-scraper (gratte-ciel) et la maison-tour, le logis multiple et la maison individuelle, non pas d'un point de vue strictement unilatéral (homme politique et banquier : financement ; artiste : esthétique ; médecin classique : santé somatique ; architecte : plans, devis ; ingénieur : méthodes et matériaux pour l'agglomération, son assainissement, ses communications), mais comme le « milieu », le cadre où l'individu (disons mieux : *la famille*) cellule nécessaire de la société, va pouvoir exercer *toutes* ses activités, matérielles et spirituelles, visibles ou non, continues et discontinues.

Seul l'urbaniste (pourquoi le terme : « ruraliste », aménageur des campagnes, landes, champs, bois et grèves, ne serait pas également classique ?) a des devoirs de *synthèse* aussi impérieux et une tâche aussi vaste et lourde que l'hygiéniste paranaturiste, à qui « rien de ce qui est humain ne doit être étranger». L'urbaniste, qui creuse, autour de nos foyers, le sillon de circum-vallation, fixateur de nos destins civiques, n'a-t-il pas été qualifié par nous : le chef d'orchestre des artisans et techniciens de la santé ?

Comme l'urbaniste, dont il est le conseiller le plus nécessaire et le premier adjoint, l'hygiéniste paranaturiste doit tour à tour, puis simultanément, envisager les *influences sur la famille humaine* (et *l'enfant* conçu ou s'ébattant déjà n'est-il pas notre souci majeur, notre essentielle raison de vivre, dans cette affreuse tourmente qui disloque les institutions et broie les cœurs ?) du soleil (avec ou sans taches !) des vents, des précipitations atmosphériques, du sol, des eaux vives ou stagnantes, de surface ou souterraines, des radiations lumineuses, caloriques et autres, des îlots et masses de végétation, de l'altitude et des océans, des neiges et des embruns des ions positifs ou négatifs ?

Il a également le devoir de connaître des *influences de l'agglomération humaine sur le milieu ambiant*, dont les caractéristiques physico-chimiques sont modifiées par les fumées, poussières, gaz, vapeurs, buées des foyers industriels et domestiques, par les produits de l'expiration, de la perspiration cutanée, les excréta de l'homme et des animaux, ses familiers.

De plus, son attention sera attirée par la production, la propagation des bruits, l'influence de ceux-ci sur l'entité psycho-physiologique, leur suppression, atténuation, ou mieux leur prévention, afin d'éviter l'empoisonnement lent ou le détraquement rapide du système nerveux.

Il envisagera, dans métropolis, l'organisation d'une circulation rationnelle (masses de piétons et véhicules à répartir dans un temps donné) et économique (la notion d'économie s'appliquerait-elle seulement aux moyens de paiement ? pourquoi pas au temps, à l'effort, à l'énergie humaine, la plus précieuse de toutes ?)

Que l'hygiéniste soit un statisticien et un démographe habile à parler le langage des chiffres et à éviter les périls inhérents à leur maniement quand il faut comparer, interpréter, extrapoler ! Ces techniques, indifférentes à l'homme de la rue, lui permettront de voir clair dans l'action réelle ou supposée de l'air pur, de l'habitation salubre, du taudis urbain ou rural, de la densité humaine au mètre carré, de la construction en hauteur ou en surface, sur la genèse et la propagation de certains fléaux « dits *sociaux* », dont l'existence et l'importance justifient, ou non, une intervention publique et privée sociale, des efforts et dépenses considérables.

Qu'il use de la méthode statistique et use aussi de ses propres yeux ; que tantôt il déduise,

tantôt il induise, lorsqu'il aura à considérer en fonction du problème du logement les épidémies, les contages, la guerre, le ravitaillement en denrées alimentaires, les carences (d'air pur et en mouvement, de lumière naturelle, d'eau pure et vivante, de silence), les déficiences (du corps et de l'esprit), les maladies chroniques, les états pré-morbides.

Son ignorance de la guerre moderne et de l'action sur les bâtiments individuels et collectifs des projectiles aériens, explosant ou consumant, de l'atteinte aux vies humaines par l'arme chimique, et éventuellement la bactériologique, ne devra pas être telle qu'il laisse supposer une conviction philosophique absolue de la bonté du cœur de l'homme.

Assauts des éléments naturels (conflit de forces antagonistes : liquides et gaz, à la surface du sol, là où tout immeuble repose sur ses fondations), erreurs, renouvelées depuis des siècles, dans la technique des bâtisseurs (fausse sélection des matériaux, épaisseur des parois murales insuffisante, inclination inopportune des toits, etc.), comportement irrationnel des occupants favorisant l'apparition d'éléments d'insalubrité, style architectural et matériau non adaptés aux nécessités régionales, l'hygiéniste paranaturiste devra scruter tout l'horizon pour déceler le danger qui vient fondre sur la maison de demain.

La soif de profits exagérés, l'anarchie dans les lotissements et alignements, l'incompréhension de l'auguste fonction du « foyer », voilà des périls certains et bien connus de nous : le rôle « préservateur » des pouvoirs publics renseignés utilement par les corporations sera primordial.

Disons, pour clore cette introduction, que l'hygiéniste devra savoir pour prévoir, et prévoir pour pouvoir : pouvoir fournir le home au « magna quies », où se développera la famille française, objet de l'attention bienveillante de nos législateurs, mainteneurs des plus anciennes traditions.

L'HABITATION DE DEMAIN SERA UN MOYEN DE RÉALISER LA SANTÉ INTÉGRALE.

PROPRETÉ ET HYGIÈNE DE L'HABITATION DANS LES VILLAGES DE LA GRANDE RUSSIE A LA FIN DU XIXe SIÈCLE

Nos hygiénistes ont fait à diverses reprises la critique de nos villages du Centre de la France au point de vue de l'hygiène et même de la propreté. Sous ce rapport, ils sont bien supérieurs aux habitations rurales de la Grande Russie. Elisée Reclus nous en donne dans sa *Géographie universelle* (1), le triste tableau et il est bien probable que la situation au bout de 60 ans soit restée la même :

« En hiver, écrit le géographe, la cabane du paysan est emplie d'un air immonde presque irrespirable. Un rempart de fumier entoure la maison pour la tenir plus chaude. Les fenêtres enduites de mastic, quelquefois recouvertes de paille, empêchent l'entrée de l'atmosphère extérieure. Les haleines confondues de tous les membres de la famille couchés sur le poêle ou sur les polati (tables latérales), empestaient le réduit. L'air du dehors ne pénètre par la porte rapidement entr'ouverte que lorsque les habitants sortent pour vaquer à leurs affaires. Des insectes se développent dans les boiseries de la cabane grandrussienne en telle multitude que l'existence devient tout à fait intolérable. Pour faire disparaître les cancrelats, il n'y a qu'un moyen, c'est de laisser la maison inhabitée pendant les journées les plus rigoureuses de l'hiver. Des paysans ont fréquemment recours à ce remède héroïque : lorsque la terre gèle à pierre fendre, on les voit errer dans les bois près de leur demeure où souffle le vent.

« Les villages de Grande Russie sont des groupes de pauvres cabanes, serrées les unes contre les autres, sans jardin qui les séparent ; même la plupart des villes sont de simples amas de construction en bois, toujours à la merci de l'incendie. Les huttes en bois de sapin revêtues de chaume, hérissé, entourées de tas de paille et de foin d'amas de branches et de copeaux, sont des bûchers tout préparés pour l'incendie qu'il plaira d'allumer à la première étincelle de hasard ».

Dans les provinces de la Russie Centrale, on comptait que tous les sept ans, l'incendie devait opérer le « rajeunissement » des villages ; et il en était de même dans les villes où, sauf les édifices officiels et les palais, les maisons étaient construites en bois.

J. N.

(1) E. RECLUS. — GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE. *La terre et les hommes.* Tome : V (1880).

Chronique automobile



LA MISE EN ROUTE DES MOTEURS PENDANT L'HIVER

La mise en route des moteurs l'hiver est toujours une opération délicate, parfois difficile. Elle l'est plus encore maintenant, d'abord parce que l'essence qui est mise à la disposition des privilégiés qui peuvent encore rouler contient une assez forte proportion d'alcool. D'autre part, on n'a plus maintenant toujours la possibilité de renouveler les batteries d'accumulateurs qui ont déjà un long service.

Néanmoins, il y a encore des moyens de se tirer d'affaire : ce sont des moyens essentiellement pratiques dont nous allons parler aujourd'hui.

Les causes de la difficulté de mise en route

Quelques mots d'abord pour résumer les causes qui rendent la mise en route difficile par le froid. En tête, mettons nettement et résolument l'insuffisance des appareils de démarrage : démarreur et surtout batterie d'accumulateurs ; cette insuffisance est générale, on peut dire sur toutes les voitures françaises.

La température agit d'autre part, pour augmenter la viscosité de l'huile, ce qui augmente la résistance passive du moteur, absorbe beaucoup de courant et ne lui permet pas de tourner assez vite. La volatilité du carburant est d'autant plus faible que la température est plus basse et si ce carburant contient une forte proportion d'alcool, il peut se faire que la mise en route devienne presque impossible sans précaution spéciale.

La température agit également pour augmenter la résistance intérieure de la batterie d'accumulateurs et diminuer par suite sa puissance.

Enfin, et par répercussion, la température a un mauvais effet sur l'allumage : augmentant en effet la résistance du moteur à la rotation, elle provoque un débit de courant plus élevé de la batterie et par suite une chute de tension telle que la bobine d'allumage peut ne plus donner d'étincelles aux bougies.

Les remèdes

Voilà les causes. Voici maintenant les remèdes.

Tout d'abord, et insistons sur ce point, il est essentiel que tous les éléments du moteur soient dans le meilleur état possible du point de vue mise en route. Au commencement de l'hiver donc, il convient de vérifier les points suivants :

L'allumage : L'écartement des pointes de bougies doit être réduit à 4/10 de mm. Les bougies douteuses doivent être remplacées.

Les fils qui vont du distributeur aux bougies doivent être vérifiés quant à la qualité de leur isolant : des fils trop vieux ont leurs isolants craquelés et très souvent, le courant secondaire se trouve dévié par des fuites intempestives, d'où pas d'étincelles aux bougies.

La rupture doit avoir ses contacts parfaitement propres et bien réglés : écartement 4/10 de mill. quand la came soulève le rupteur.

La bobine doit donner à vide au moins 8 mm. d'étincelle. S'il n'en est pas ainsi, il conviendra de la changer.

Enfin, n'oublions pas que pour la mise en route, il faut donner une avance à l'allumage assez considérable, quitte à la réduire quand le moteur s'est réchauffé.

Carburation : Le carburateur doit être parfaitement réglé et, en particulier, ceux de ses éléments qui concourent au démarrage : à savoir, le starter et le réglage du ralenti. On aura souvent intérêt, surtout avec l'essence alcoolisée, à augmenter le diamètre du gicleur du starter ; il est bon de faire faire ce réglage par un mécanicien connaissant bien le carburateur. On aura, en outre souvent intérêt, pour améliorer la marche du moteur, quand il fait froid, à diminuer d'un point le diamètre du diffuseur : mais ce dernier réglage n'influe pas sur la mise en marche.

Les soupapes : les soupapes doivent être bien étanches, ce qu'on vérifie en tâtant le moteur à la manivelle : si un ou plusieurs cylindres ont une compression mauvaise, la mise en route sera très difficile ; il conviendra alors de vérifier l'étanchéité des soupapes, et au besoin de faire *effectuer un rodage.*

***

Le moteur étant supposé en parfait état, nous allons chercher à diminuer l'intensité des frottements qui s'opposent à sa mise en rotation rapide, par le démarreur.

Il conviendra à cet effet d'employer de l'huile fluide, dite huile d'hiver. En temps de paix, il était facile de trouver des huiles présentant une très grande fluidité aux basses températures (huile type artic). Actuellement, c'est beaucoup plus difficile et parfois impossible. Nous devrons donc chercher un autre moyen.

Cet autre moyen, c'est de réchauffer le moteur ou de l'empêcher de se refroidir pendant l'arrêt qui précède la mise en route. Donc, calorifuger le mieux possible le capot y compris le dessous du moteur et recouvrir le tout d'une épaisse couverture quand on remise la voiture le soir au garage.

Quoi qu'on fasse d'ailleurs, il est difficile de maintenir l'eau assez chaude dans le radiateur puisque ce radiateur est forcément construit en vue de refroidir son contenu.

Le moyen le plus radical consiste à vider le moteur tous les soirs et à faire le plein avec de l'eau bouillante ou au moins très chaude, quelques minutes avant de tenter la mise en route : ce moyen réussit toujours. Malheureusement, il est d'un emploi extrêmement incommode. En particulier pour le médecin qui peut avoir à partir de façon improvisée, la possibilité d'avoir immédiatement à sa disposition 10 ou 15 litres d'eau bouillante lui échappe souvent. Mais voici un moyen de tourner la difficulté avec le minimum de complication.

Avec un bidon ou un récipient quelconque dont la contenance est au moins égale à celle de l'ensemble du système de circulation d'eau, on constitue une sorte de marmite norvégienne bien calfeutrée. L'orifice de remplissage du bidon doit être fermé par un bouchon qui ne comporte que deux étroites ouvertures. Dans l'une, on fera pénétrer un tuyau et l'autre servira de prise d'air.

A ce tuyau, on branche un petit tuyau de caoutchouc de 6 à 8 mm. de diamètre intérieur assez long pour que, sans déplacer la marmite norvégienne, on puisse adapter l'extrémité libre au robinet de vidange du radiateur. En arrivant au garage, le soir, on exécute le branchement qui se fait très aisément et sans qu'il soit nécessaire de faire une ligature et on ouvre le robinet de vidange. L'eau se transvase ainsi du moteur dans la marmite, alors que sa température est de 80 ou 90°.

Au moment de repartir, il suffit de fermer le robinet de vidange et de vider le contenu de la marmite norvégienne dans le radiateur : l'opération ne demande que quelques minutes et fera certainement gagner du temps sur la durée de la mise en marche.

Si l'on prévoit un long arrêt dans la journée, on pourra très bien loger la marmite norvégienne à l'arrière du véhicule et l'utiliser, nous l'avons dit, pour retrouver de l'eau chaude au moment de partir.

Pour entretenir le moteur chaud pendant la nuit, on préconise également de placer sous le capot un réchauffeur. Les réchauffeurs catalytiques du type Thermix rendaient autrefois de grands services. Malheureusement, ils exigent de l'essence pour fonctionner et, de ce fait, sont peu intéressants aujourd'hui. D'ailleurs, il est bon de noter qu'un réchauffeur catalytique ne fonctionne qu'avec de l'essence pure et marche généralement très mal (si même il marche), avec de l'essence alcoolisée. Laissons-le donc de côté.

Le réchauffeur électrique est plus commode, si l'on dispose d'une prise de courant dans son garage. Ce réchauffeur peut d'ailleurs être tout simplement constitué par une ou plusieurs ampoules à filament de charbon faisant en tout 2 ou 300 watts (soit 100 à 120 bougies). Les lampes à charbon consomment en effet de 2 à 3 watts par bougie.

A défaut de lampes à charbon, on se servira des lampes ordinaires, mais on en mettra davantage.

On peut également utiliser un vulgaire réchaud électrique à placer sous le capot en prenant soin toutefois de ne pas le mettre en dessous du carburateur ni à un endroit où le carburant pourrait venir couler sur le fil incandescent. (Danger d'incendie).

***

La batterie d'accumulateurs doit, pour permettre d'effectuer un démarrage par le froid, être parfaitement chargée. Il arrive très souvent l'hiver, quand on roule à petite allure et qu'on ne fait que des courses de faible étendue, que la dynamo la charge insuffisamment. Il est donc conseillable d'avoir au garage un chargeur d'accumulateurs que l'on mettra en service le soir en arrivant, et qui aura chargé la batterie à bloc le lendemain matin.

L'avantage de la charge nocturne se manifeste également par le fait que le passage du courant dans la batterie empêche celle-ci de se refroidir et lui laisse par conséquent sa puissance normale.

Néanmoins, la batterie peut être fatiguée par un long usage et ne plus donner ce qu'on est en droit d'attendre d'elle lorsqu'elle est neuve. Il est assez difficile actuellement de remplacer les batteries de démarrage. Il n'y a donc qu'à vivre avec son mal : on peut néanmoins la faire réparer chez un spécialiste sérieux et s'il est possible chez son constructeur même : un changement de plaques positives remet pratiquement à neuf une batterie pour une durée égale à la moitié de sa durée normale.

Si l'on a la chance de posséder une batterie de réserve, on pourra l'utiliser heureusement pour des mises en route lorsqu'elles se révèlent pénibles . Deux modes d'utilisation se présentent : montage de la batterie de secours en parallèle ou en série avec la batterie de la voiture.

Le montage en parallèle est très simple : il suffit de brancher le pôle négatif de la batterie de secours à la masse et le pôle positif à la borne qui surmonte le démarreur et à laquelle aboutit déjà le gros câble de la batterie de la voiture.

La capacité des batterie s'ajoute ainsi et il est assez rare que le moteur ne démarre pas dans ces conditions.

Mais, on peut également monter la batterie en série, et cela, de la façon suivante : on débranche le câble qui va de la borne de la batterie de la voiture à la masse.

Le pôle — de la batterie de secours est lui-même mis à la masse et son pôle est connecté avec la borne — de la batterie de la voiture. La tension des deux batteries s'ajoute dans ce cas. Il n'y a aucun inconvénient pratique à faire fonctionner ainsi le démarreur sous une tension plus forte que sa tension normale à condition bien entendu de ne pas prolonger pendant plusieurs minutes le travail du démarreur.

Si l'on a sur la voiture une batterie de 12 volts, il suffira de brancher en tension une batterie de six volts : ce sera toujours suffisant. La batterie de secours doit avoir autant que possible la même capacité que la batterie normale ou au moins une capacité très voisine.

Quelques petits trucs pour la mise en route

Voyons maintenant quelques petits trucs bien connus des vieux automobilistes d'autrefois pour faciliter la mise en route.

D'abord, quand on effectue la mise en marche, il convient de débrayer : on diminue ainsi les résistances passives, puisque le moteur n'a plus à entraîner l'arbre primaire de la boîte de vitesse qui nage dans une huile assez épaisse.

Si la mise en route se révèle un peu délicate, on doit donner quelques tours de démarreur avec le starter en position de marche, *mais sans allumage* : on admet ainsi une certaine quantité d'essence dans les cylindres. Après quelques secondes (10 ou 20 secondes), on met l'allumage et on actionne de nouveau le démarreur. Le moteur démarre très généralement.

Il arrive que le moteur donne une ou deux explosions, puis s'arrête. Dans ce cas, répéter la manœuvre que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire quelques tours de démarreur sans allumage, puis essai de démarrage avec allumage.

Si le moteur a donné des signes d'activité, puis s'est arrêté, et si, après plusieurs tentatives, il n'y a plus aucune explosion, ne pas insister, mais changer les bougies : on trouvera presque toujours des bougies complètement mouillées à l'intérieur avec un mélange d'huile et d'essence. Si l'on n'a pas de bougies de rechange, on fera sécher les bougies qu'on vient de démonter en les chauffant soit sur une flamme de gaz, soit sur une flamme d'alcool.

Si le démarreur prend tellement de courant qu'il fasse baisser la tension de la batterie en-dessous de celle qui est nécessaire pour provoquer la formation de l'étincelle, on tentera la mise en marche de la façon suivante : manœuvre du démarreur avec starter mais sans allumage. Puis, une fois le contact mis, on démarre à la manivelle : ce procédé réussit très fréquemment, *mais attention aux retours de manivelle* dont on ne se méfie plus maintenant qu'on a l'habitude des démarreurs, mais qui sont toujours à craindre dans une mise en route à la manivelle.

Le mélange d'un peu d'éther à l'essence favorise souvent le démarrage à froid : on peut ajouter un tiers d'éther par exemple, ou même 50 % dans la cuve du carburateur et cela, sans danger pour le moteur.

Enfin, si aucun de tous ces moyens n'a réussi, il reste le moyen héroïque : sortir la voiture à bras, mettre en prise en seconde vitesse, débrayer et faire pousser ; quand la voiture a acquis une vitesse suffisante, embrayer après avoir mis le contact. Heureux ceux dont le garage est situé en haut d'une côte ; ils ont ainsi la possibilité d'utiliser la pesanteur pour démarrer sans main-d'œuvre auxiliaire.

Mise en régime et marche normale

Si la mise en route est pénible, la mise en régime de température l'est également. Comme les moteurs sont réglés pour marcher à l'essence pure, il faudra, si on les alimente avec de l'essence alcoolisée, ce qu'on ne peut pas toujours éviter, faire disposer une prise d'air chaud à l'entrée du carburateur : on y gagnera du point de vue consommation et aussi du point de vue agrément de marche. On peut également interposer entre le carburateur et la bride d'aspiration une fausse bride chauffante à double paroi, à l'intérieur de laquelle on fait passer une dérivation de l'échappement.

On reconnaît là les moyens que nous avons indiqués pour l'adaptation du moteur à l'alcool ; on peut s'y reporter quand il s'agit de marche par très grand froid : le cas est à peu près le même.

Henri Petit.



Variétés



LA PLACE DE LA POLITIQUE DANS LA VIE DE LAENNEC

Laënnec est né en 1781 ; il est mort en 1826.

Dans l'intervalle de ces deux dates la France avait connu l'une des périodes les plus troublées et les plus décisives de son histoire. Elle avait tâté de plusieurs régimes, tour à tour humant la mousse et ravalant la lie de chacun ; elle avait jeté son feu dans l'amour de la Liberté et s'était retrouvée, peu après, assez mûrie pour concevoir la nostalgie de l'Ordre.

Parmi un tel tohu-bohu d'aspirations contradictoires dont le flux et le reflux emmenaient le peuple aux extrêmes, quelle pouvait être la position intellectuelle d'un homme comme Laënnec ?

S'il est, dans l'histoire d'un pays, des accalmies au cours desquelles le savant peut se laisser porter par l'ambiance et s'inclure tout entier dans sa recherche, les périodes critiques ne lui consentent plus cet isolement un peu hautain. Bon gré malgré, il lui faut alors porter les yeux sur l'actualité, prendre son parti, descendre parmi les hommes et se joindre ou peut-être s'opposer à eux, dût le sens de sa vie en être définitivement dénaturé. Kant lui-même ressentit le lointain ébranlement qui secouait l'Europe le jour où éclata la Révolution française. Laënnec n'habitait pas Kœnigsberg, mais Nantes. En 1789, ce n'était qu'un gamin de 8 ans, mais il en avait 11 lorsque la Constitution civile du clergé mit le feu à la Vendée et chassa près de 400 prêtres de la Loire-Inférieure. L'oncle Guillaume, dans la maison de qui il logeait, commentait les événements à la table familiale. Et bien qu'encore enfant, Théophile Laënnec écoutait avec curiosité les rumeurs qui venaient de Paris.

En mars 1793 partent les premiers coups de feu et Nantes est gagnée par la fièvre de la capitale. Clisson, Savenay, Machecoul tombent en quelques heures aux mains des paysans révoltés. Le 14, aux portes mêmes de la ville, une échauffourée met aux prises les insurgés et les gardes nationaux. Le lendemain, la guillotine se dresse place du Bouffay, devant le vieux château.

« La famille Laënnec logeait à côté (1). Le quartier devint bientôt inhabitable. Les airs de mort de la populace, le roulement de la fameuse charrette des condamnés, les applaudissements quand tombait une tête résonnaient à tout moment dans la maison, malgré les croisées les mieux fermées. Pour comble d'horreur, on était quelquefois obligé de se montrer aux fenêtres : c'était un gage de civisme qu'on ne pouvait négliger sans susciter la colère de la foule qui hurlait aussitôt devant la maison suspecte : l'aristocrate, à la lanterne ! On évitait le plus possible aux enfants de tels spectacles. Cependant, pour aller au collège ou en revenir, ils se heurtaient souvent à l'atroce cortège, ou encore les domestiques les entraînaient vers les fenêtres qui donnaient sur le Bouffay, pour en faire, sans doute, de bons patriotes ».

Pris dans cette atmosphère d'émeute, les enfants prenaient leur part de l'excitation générale et délaissaient les jeux pour les discussions politiques.

« Au Collège, parmi les amis de Théophile, régnait la fièvre. Chacun racontait, non sans les exagérer, les conversations des parents. Ils ajoutaient leurs propres réflexions. Tous, par mépris pour les *brigands*, faisaient profession de foi patriote et révolutionnaire..... Une odeur de poudre et de sang les grisait ».

Le 28 juin, l'armée de Charette marche sur la ville et emporte sans coup férir les premières maisons. Seule la blessure mortelle de Cathelineau amène du flottement pour les assaillants et Nantes est sauvée de justesse.

Et bientôt surgit Carrier.

La municipalité, pour faire sa cour au représentant de la Convention, ordonne d'illuminer le soir de son arrivée. Le vent fait rage et éteint les lampions à mesure qu'on les allume. Mais la populace tire des coups de feu sur les fenêtres demeurées obscures et Madame Laënnec, la tante de Théophile, lutte désespérément contre le vent et veille sur les lumignons. On raconte à voix basse que Carrier est porteur d'ordres terrifiants et qu'il vient renouveler à Nantes les exploits de Fouché à Lyon. L'oncle Guillaume se sait suspect de fédéralisme et l'angoisse règne dans la maison.

Soudain, on frappe à la porte : des voix inconnues retentissent dans le couloir et un grand diable en uniforme s'encadre dans la porte.

C'est Carrier lui-même que le cousin Prégent a cru habile d'amener afin de détourner les soupçons.

Carrier, d'abord aimable, expose tout en soupant ses projets, s'échauffe peu à peu, devient grossier et ignoble, à ce point que la mère de

(1) LAENNEC. Docteur Henri Duclos. Collection « Chef de file », chez Flammarion, éditeur, Paris.

Mme Laënnec, Mme de Gennes, éclate : « Mais ce sont là des projets qui ne conviendraient qu'à des coquins ! »

D'un coup de poing terrible asséné sur la table, Carrier fait sauter bouteilles et vaisselle. « Des coquins, hurle-t-il ! cette vieille bougresse m'a appelé coquin ! »

Finalement, il clôt la scène avec une plaisanterie ordurière et s'en va : l'oncle Guillaume en sera quitte pour six semaines d'arrêts de rigueur à l'Hôtel-Dieu.

D'abord épouvanté, Théophile ne retint ensuite que le burlesque de cette soirée. Mais on imagine à quel point de telles visions marquaient les enfants d'alors.

Ce sont ensuite les sinistres journées de Nantes : l'échafaud, les fusillades, les noyades et, dans les prisons infestées de vermine, les épidémies. Mais, en même temps, c'est aux frontières, la lutte contre l'invasion, les faits d'armes, les victoires, le mémorial des héros de vingt ans.

Théophile se meut à la fois dans l'horreur de la guerre civile et dans l'épopée de la guerre étrangère. Il a treize ans ; les hauts faits de l'armée du Rhin sont plus présents à ses yeux que les ignominies de la populace nantaise ; il vit dans l'enthousiasme.

Lorsqu'éclate la troisième insurrection vendéenne et que les rebelles, dans la nuit du 20 au 21 octobre 1799, surprennent Nantes, Laënnec patrouille et, comme garde national, se bat jusqu'au matin.

En janvier 1800, une armée de 60.000 hommes est levée pour réduire l'insurrection. Il part alors comme officier de santé de 3e classe et, au retour, fait une relation fantaisiste et humoristique de la campagne sous le nom de « *guerre des Vénètes* ».

Un an après, le 20 avril 1801, il partait pour Paris. Il avait 20 ans ; sa carrière d'homme commençait.

***

Moins de deux ans après, il écrivait à son père : « Je me suis tourné vers Celui, qui seul peut donner le vrai bonheur, et votre fils est entièrement rentré dans le sein de la religion ».

Cette évolution philosophique s'était faite sous l'influence des premiers amis qu'il s'était faits à Paris : Bayle, Regis Buisson, cousin de Bichat, Louis Pizeau et Brulé, l'ami qui devait finir évêque de Vincennes, dans l'Illinois.

On a parlé à ce propos de crise mystique. Le vrai, c'est qu'élevé par son oncle, Guillaume, gallican et favorable à la Constitution civile du clergé, Laënnec avait tout naturellement suivi celui-ci dans son indifférence, vis-à-vis de la religion. Mais une fois livré à lui-même, à Paris, et ému par l'atmosphère de renaissance religieuse qui s'y respirait alors — le « *Génie du Christianisme* » paraissait en librairie, le Concordat était proclamé — il avait réfléchi, longuement hésité et finalement était rentré dans le giron de l'Eglise.

Parallèlement, il s'était senti endetté de reconnaissance à l'égard de l'Empire pour avoir sauvé la France de l'anarchie et de l'impiété. L'adolescent enivré de l'enthousiasme républicain avait déjà fait place à un homme pondéré qui préférait les réalités de l'ordre au prestige des grands mots.

L'assassinat du duc d'Enghien dans les fossés de Vincennes, la sauvage répression du complot Cadoudal, le heurtent et lui inspirent le dégoût du régime impérial qu'il avait cru providentiel. Comme Beethoven au frontispice de sa « Symphonie héroïque », il plante l'épitaphe « A un héros mort » sur ses sentiments bonapartistes. C'est sans l'avoir nullement sollicité qu'il occupe le poste, pourvu de trois mille francs d'appointements annuels, de médecin du cardinal Fesch, l'oncle de l'Empereur. Prébende qui n'est du reste pas de longue durée, puisque, dès le 1er mars 1812, le cardinal tombait en disgrâce et recevait de son impérial neveu l'ordre de regagner son diocèse de Lyon. Laënnec le regretta beaucoup. Avant son départ, le cardinal lui avait donné son buste et celui-ci était placé en bonne place sur la cheminée du cabinet de consultation, au risque de mécontenter les puissants du jour.

Depuis les démêlés de l'empereur avec le pape, Laënnec, solide dans sa piété reconquise, détestait Napoléon et dénombrait avec joie les signes avant-coureurs de l'écroulement. Ce n'étaient ni les chevauchées romantiques à travers l'Europe, ni les moissons de drapeaux qui l'avaient séduit dans le régime. Il préférait aux aventures fulgurantes, la solidité d'une bonne administration intérieure ; lorsque s'avérèrent les faiblesses et les vices de celle-ci, le suffrage de Laënnec lui fut retiré. Il refusait de s'inféoder à une politique pour ses prestiges militaires.

Mais la dernière coalition surgissait. C'était la bataille de Leipzig puis, peu après, toutes les frontières de la France menacées à la fois, sur le Rhin, sur l'Adige, sur les Pyrénées. Cette fois, la situation changeait de face et nul n'avait plus le droit de se tenir en dehors du débat.

La campagne de 1814 fait refluer les populations de l'Est et des amis, passant par Paris, le pressent de partir avec eux au lieu d'attendre l'arrivée des coalisés à Paris. Bien qu'aucun poste officiel ne le retienne, il refuse. Dans une ville énervée par les nouvelles contradictoires et l'angoisse du lendemain, assaillie par les blessés et les malades de l'armée, infectée de typhus, Laënnec reste. Il se rend à la Salpêtrière où affluent les conscrits bas-bretons, leur parle leur idiome incompris de tous, les soigne, leur

apporte du réconfort. Onze élèves en médecine meurent à ses côtés. Dans une lettre à un ami, il est obligé d'avouer, malgré sa réserve habituelle, « le service est réellement fatigant ». Mais il tient bon.

Bientôt c'est la reddition de Paris, l'abdication à Fontainebleau. Ravi de la Restauration, Laënnec n'essaye pas le moins du monde d'en tirer profit. Les hommes du Gouvernement impérial l'avaient tenu systématiquement éloigné de tous les postes officiels. C'était, pour le nouveau régime, un titre de gloire et de compensation. Au lieu de faire sa cour, il quitte Paris le 10 août et va se reposer en Bretagne.

Surviennent les cent jours. Laënnec suit les derniers soubresauts de l'Empire d'un œil résigné et ironique. Certains, à le voir si calme, pourraient le croire indifférent. Mais la lecture de l' « *Acte additionnel* » dans le *Moniteur* du 23 avril 1815 le révolte. Parler au peuple de sa souveraineté et lui imposer sa propre tyrannie, c'en est trop. Laënnec proteste, mais à sa manière. Il s'assied à sa table et sur un mode mi-sérieux, mi farce, bâcle en une nuit le *Dilemme de Maître Corentin Pen-Kalt, ancien boursier du Collège Sainte-Barbe, actuellement magister à Kernetra, dans les Montagnes d'Arvé* (*Finistère*). Le héros breton concluait avec force : que le peuple soit souverain ou non, Bonaparte est un usurpateur qui va contre la volonté de son souverain.

Puis l'auteur, soulagé de sa colère, fourre le libelle dans un tiroir et va se coucher.

Quelques jours plus tard, pour classer ses idées, il compose une brochure d'une cinquantaine de pages intitulée : *Le rétablissement de la féodalité était-il plus à craindre sous le gouvernement du Roi que sous l'Empire de Bonaparte* ? Et, par jeu, quelques jours plus tard, la lit à des amis royalistes. Ceux-ci le supplient de la leur donner, la font imprimer à Gand, la répandent par toute la France. Le langage ferme et mesuré, les arguments solides tirés de la logique et de l'histoire éveillent des échos en bien des intelligences hésitantes.

Ensuite les événements se précipitent. Juin arrive, Napoléon part pour la Belgique. La France est de nouveau assaillie de toutes parts. Il n'est plus temps d'exprimer des préférences personnelles. Puisque le destin a voulu qu'encore cette fois la France s'incarnât en Napoléon, Laënnec fait litière de ses griefs contre l'homme et souhaite ardemment la victoire au général.

Le 18, Waterloo met un trait final, de feu et de sang, au destin de l'Empire. C'est, plus hideuse que jamais, l'invasion. Paris est occupé : Laënnec doit loger un soldat allié et payer une contribution de cinq cents livres.

C'est ainsi que Laënnec prit part aux événements politiques de son temps, de son temps si proche, par certains côtés, du nôtre. Ni les guerres, ni les convulsions intérieures n'ont manqué, en France, entre 1789 et 1815. Leur aboutissement fut très comparable à celui que nous contemplons aujourd'hui.

Il était bon de rappeler qu'un homme comme Laënnec, dont il est inutile de jalonner la carrière pour rappeler de celle-ci les prestigieux sommets, n'a pas cru pouvoir s'abstraire de son milieu. Il a préservé sa dignité en ne demandant aux Pouvoirs publics ni faveurs, ni privilèges. Mais cette dignité qui lui était chère et qui lui coûtait cher, il n'a pas estimé l'aventurer en prenant parti lorsque la CHOSE PUBLIQUE était en péril.

Sans doute estimera-t-on que c'est là une leçon de civisme dont les Français de 1941 peuvent tirer profit.

G. LAVALÉE.

Avez-vous lu...... ?

EDITIONS MIDY

La goutte au compte-goutte ou 47 adaptations gastronomiques. Ed. de Pomiane.

Luxueuse édition d'un manuel de « cuisine d'aujourd'hui » ; l'époque où ces conseils se situent est du reste précisée en arrière-plan, sur la couverture même, par la reproduction d'une carte de matières grasses.

Le gastronome bien connu qu'est le Docteur de Pomiane enseigne ici la façon de faire contre mauvaise fortune bon cœur et..... moyenne chère.

Editions DENOEL,
19, rue Amélie, Paris

La Maison sous la mer, Paul VIALARD.

Un drame d'amour où plane le « fatum » antique, sans autre explication possible que « parce que c'était elle, parce que c'était lui ».

L'auteur décrit avec tendresse ce pays du Cotentin mi-bucolique par ses herbages, mi-tourmenté par ses falaises ravinées et l'assaut de la mer.

Beau livre où l'action et le style vont d'une allure également vive et prenante.

G. L.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE — Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

ART. 6. — L'Institut est dirigé par un directeur général nommé sur proposition du Conseil d'administration par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et révocable dans les mêmes formes. Les directeurs des établissements d'hygiène sociale, de prévention, de cure et de repos sont proposés par le Conseil d'administration à l'agrément du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

....

ART. 9. — Les ressources de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales comprennent :

1° A titre de dotation initiale :

a) La fraction du fonds de réserve constitué au 31 décembre 1940 par les Caisses d'Assurances sociales maladie-maternité et excédant le minimum fixé par l'article 34 (§ 1er) du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par l'article 10 de la présente loi, au delà duquel lesdites caisses ne sont plus tenues d'affecter à leur fonds de réserve des excédents annuels de recettes ;

b) Un prélèvement exceptionnel sur le fonds de garantie de la caisse générale de garantie dont le taux sera fixé par décret rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et du secrétaire d'Etat au Travail ;

2° A titre de ressources permanentes :

a) Les revenus et les intérêts des fonds placés ;

b) Les produits d'exploitation des établissements gérés par l'Institut ;

c) Un prélèvement sur les cotisations d'Assurances sociales, dont le taux est fixé par l'arrêté prévu à l'article 2 (§ 7) du décret-loi du 28 octobre 1935.

....

Le ministre secrétaire d'Etat à l'économie nationale et aux finances,
Yves BOUTHILLIER.

Le secrétaire d'Etat au Travail,
René BELIN.

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé,
Serge HUARD.

(*J. O.*, 20 novembre 1941).

Enseignement

Décret du 8 novembre 1941 fixant la situation des professeurs de faculté vis-à-vis des Administrations hospitalières

ART. 1er. — Les professeurs de clinique médicale, chirurgicale et de spécialités des villes de Facultés doivent obligatoirement posséder le titre de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux d'une ville de Faculté.

ART. 2. — Ils ont droit aux mêmes prérogatives et sont soumis envers les Administrations hospitalières aux mêmes devoirs et aux mêmes règles de discipline que les autres chefs de service des hôpitaux desdites villes.

(*J. O.*, 22 novembre 1941.)

Inspection du travail

Loi du 31 *octobre* 1941 *relative à la protection médicale du travail*

Art. 1er. — Afin de compléter l'action du service de l'inspection du travail en vue de l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs, le secrétaire d'Etat au travail est autorisé à recruter trois médecins inspecteurs généraux auxquels seront adjoints, dans la limite des crédits ouverts à cet effet, des médecins inspecteurs et inspectrices du travail chargés de missions de caractère temporaire.

Art. 2. — Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services médico-sociaux des établissements visés à l'article 65 du livre II du Code du travail.

L'activité des médecins inspecteurs s'étend, avec l'accord des administrations intéressées :

1° Aux services médicaux des organismes d'orientation, de formation et de reclassement professionnel;

2° Aux services médico-sociaux qui pourront être créés dans les offices du travail, en vue, notamment, du classement des travailleurs sans emploi.

Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec ceux-ci à l'application de la réglementation relative à l'hygiène du travail. Ils doivent fournir au médecin inspecteur général duquel ils relèvent, ainsi qu'à l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve l'établissement ou l'organisme visité, le compte rendu des constatations faites au cours des visites, accompagné de leurs propositions. Ils adressent périodiquement au directeur régional de la santé un rapport résumant leurs constatations. Ils travaillent en accord avec lui et en reçoivent des directives pour tout ce qui concerne les questions sanitaires d'ordre général

Art. 3. — Les médecins inspecteurs généraux, sont désignés par le secrétaire d'Etat au travail, après accord du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Ils sont chargés, sous l'autorité du directeur du travail, de coordonner et de contrôler l'activité des médecins inspecteurs et inspectrices du travail dans une région déterminée. Ils peuvent, en outre, être chargés, sur toute l'étendue du territoire, de missions spéciales se rattachant à la protection de la santé des travailleurs.

L'un des médecins inspecteurs généraux peut, tout en continuant d'assurer sa mission dans les conditions ci-dessus fixées, être chargé des fonctions de conseiller technique de l'administration centrale pour tout ce qui touche à la protection médicale du travail et aux attributions des médecins inspecteurs du travail.

Chaque année, les médecins inspecteurs généraux adressent au secrétaire d'Etat au travail un rapport sur leur activité dans la circonscription qui leur est attribuée et les résultats obtenus dans le domaine de la protection de la santé des travailleurs. Les rapports des médecins inspecteurs généraux sont communiqués par le secrétaire d'Etat au Travail au ecrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 4. — Il est institué auprès de la direction du travail un comité permanent qui élabore la doctrine de la médecine du travail et fixe les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail.

Les membres du comité sont nommés pour six ans par le secrétaire d'Etat au travail, qui désigne parmi eux le président. Un tiers d'entre eux est désigné sur la proposition du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé (secrétariat général de la santé). Le directeur du travail et le médecin inspecteur général qui serait éventuellement désigné comme conseiller technique font obligatoirement partie du comité.

Art. 5. — Il est créé, au sein du Comité consultatif d'hygiène de France, une section d'hygiène industrielle et de médecine du travail, composée de six à neuf membres nommés par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. La section délibère sur toutes les questions d'ordre technique qui lui sont soumises par le secrétaire d'Etat au Travail et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 6. — Les dispositions du Code du travail relatives aux pouvoirs et obligations des inspecteurs du travail sont étendues aux médecins inspecteurs et inspectrices et aux médecins inspecteurs généraux du travail, à l'exception des dispositions de l'article 107 du livre II du Code du travail relatives aux procès-verbaux et de l'article 68 du même livre relatives aux mises en demeure.

En vue de la prévention des affections professionnelles, les médecins inspecteurs du travail sont autorisés à faire, aux fins d'analyse, tous prélèvements portant notamment sur les matières mises en œuvre et les produits utilisés.

. . . .

(*J. O.*, 20 novembre 1941).

Ordre des Médecins

Loi du 26 novembre 1941 modifiant la loi du 7 octobre 1940, instituant l'ordre des médecins

Art. 1er. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est modifié comme suit :

Un décret contresigné par le garde des sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, et par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par des conseils élus.

Les modalités des élections seront fixées par les règlements d'administration publique. Ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux conseils élus.

Jusqu'à la date fixée par le décret prévu au premier alinéa du présent article, les conseils nommés seront renouvelables par tiers annuellement. Les membres à renouveler seront désignés par voie de tirage au sort au cours du dernier trimestre de chaque année. Le tirage sera effectué par les soins du Conseil supérieur de l'Ordre pour les Conseils départementaux et par les soins du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé pour le Conseil supérieur.

Art. 2. — Est abrogée la loi du 2 août 1941.

(*J. O.*, du 29 nov. 1941).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

LE TRIOMPHE DES ASSURANCES SOCIALES OU VERS LE SALARIAT MÉDICAL — MÉDECINS DE CHEMIN DE FER ET SECRET PROFESSIONNEL — SUR LES ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES.

Décidément la Corporation médicale n'a pas de chance : nous nous étions imaginé naïvement que la médecine sociale, qu'elle soit préventive ou de soins, dépendait d'elle seule sous le contrôle de l'Etat, que rien ne se ferait sans son étroite participation, que c'en était fini des médecins de dispensaires, du salariat, de la fonctionnarisation.

Quelle erreur fut la nôtre, et quelle surprise devant la loi du 18 novembre 1941 (*V.* p. 2136) autorisant les Caisses à utiliser leurs excédents de ressources à la réalisation d'œuvres menant « *une action préventive ou curative contre les maladies* ».

N'est-ce pas pour les médecins d'une cruelle ironie que de lire sous la plume du rapporteur des phrases louant « *l'initiative ou la généreuse participation trop souvent ignorées des Caisses* » grâce auxquelles ont pu être « *créées ou soutenues de nombreuses institutions de dépistage ou de soins* », que de voir ce même rapporteur regretter l'insuffisante efficacité de ces institutions, et la limitation actuelle tant technique que financière des Caisses en ce domaine.

Ainsi dorénavant l'**Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales** recevra-t-il en dotation les excédents de réserve, les revenus du portefeuille des Caisses primaires, ainsi qu'un prélèvement sur les cotisations, afin d'organiser ou de soutenir « **toute œuvre destinée à sauvegarder ou à rétablir la santé des travailleurs.** »

Le choix est donc fait : plutôt que de couvrir le risque maladie en élevant leurs tarifs, en permettant ainsi le recours à la médecine libre, les Caisses ont obtenu de prendre en charge elles-mêmes le service des soins. La médecine tend ainsi vers sa forme la moins digne : le salariat.

Encore cette manne ne sera-t-elle réservée qu'à quelques privilégiés. La masse des praticiens subira au contraire la concurrence la plus dure qu'elle ait jamais connue, la plus inégale aussi, et pourra se demander à quoi sert donc l'organe corporatif dont on l'a généreusement doté.

Car cet Ordre, dont tous les pouvoirs publics seraient tenus, aux termes d'une récente conférence, de prendre l'avis en matière médicale, et qui réglemente souverainement en tous domaines la profession, a donc connu, a donc accepté la loi du 18 novembre, cet Ordre a donc signé sa propre abdication devant les Assurances sociales.

***

Dans un écho du 16 novembre, nous avons souligné combien le statut actuel des médecins des chemins de fer nous semblait incompatible avec l'art. 62 du Code de déontologie, qui interdit à un médecin d'être à la fois contrôleur et médecin traitant d'un même malade. Nous émettions le vœu de voir l'Ordre tenter d'obtenir une modification de ce statut.

Le Conseil supérieur vient d'obtenir un premier résultat, partiel il est vrai, mais important, sur la question particulière de l'observation du secret professionnel par les médecins des chemins de fer.

A la suite de démarches auprès d'elle, la S. N. C. F. a mis en service de nouvelles fiches maladie, sur lesquelles il suffira au médecin traitant d'indiquer si la maladie dont est atteint son client figure ou non sur la liste des « maladies donnant droit à remboursement ».

Par ailleurs, il a été admis que le terme « nature de la maladie », qui figure actuellement sur les formules de la S. N. C. F., ne doit pas imposer au médecin l'indication du diagnostic, mais est destiné à lui faire préciser seulement si la maladie est aiguë, ou chronique, etc...

***

Nous croyons savoir que les pourparlers entre les Caisses d'Assurances sociales agricoles et le Conseil supérieur seraient au point mort, et que le Conseil Supérieur aurait pris la décision d'interdire aux médecins de passer aucune convention avec une caisse d'Assurances sociales agricoles tant qu'une entente ne serait pas intervenue avec le secrétariat d'Etat à l'Agriculture.

Louons l'Ordre de manifester ainsi son désir de sauvegarder les intérêts du Corps médical en matière d'assurances agricoles.

Regrettons que ce souci n'ait pas été marqué davantage par lui en ce qui concerne le régime général des Assurances sociales.

Emettons enfin le vœu que, pour aboutir à une solution vis-à-vis de l'Agriculture, l'Ordre ne se cantonne pas dans une attitude négativement boudeuse, mais fasse des propositions concrètes de collaboration afin de ne pas être gagné de vitesse et de ne pas être exposé, en matière agricole, à un nouveau « 18 novembre ».

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.478. — Prise en charge par une compagnie

J'ai eu à donner mes soins à un accidenté du travail pour contusion lombaire.

Le médecin de l'Assurance a visité le blessé une première fois en ma présence, a « reconnu l'accident » a même accordé trois séances de massage à ce blessé.

Plus tard, le blessé n'étant pas guéri, ce même médecin contrôleur a visité ce blessé, toujours en ma présence, mais a émis des doutes et l'Assurance, les

jours suivants, m'a adressé une lettre en me disant qu'elle refusait de prendre en charge cet accident.

Le fait pour le médecin contrôleur d'avoir reconnu l'accident ne constitue-t-il pas un engagement vis-à-vis de la Compagnie d'assurances à mon égard ?

Dr L.

Réponse

L'exercice du contrôle par le médecin du chef d'entreprise de la victime ou par l'Assurance du chef d'entreprise en matière d'accident du travail ne peut être considéré comme une reconnaissance de l'accident ou de son imputabilité au travail.

En effet, dans de nombreux cas, le patron ou l'Assurance ne peuvent prendre de décisions à cet égard qu'après avoir pris connaissance des conclusions du médecin contrôleur.

Il appartient donc au blessé, dès lors que la Compagnie conteste l'accident, d'établir soit la matérialité de celui-ci, soit la liaison de cause à effet entre le traumatisme survenu au cours du travail et la lésion dont il est actuellement atteint.

Pour cela, il faut qu'il cite son patron en paiement du demi-salaire devant le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent. S'il obtient gain de cause, vous aurez à votre tour, une action contre le patron en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif.

ALLOCATIONS FAMILIALES

5.438. — Pas d'exonération des cotisations pour les médecins « employeurs »

J'ai lu récemment dans le *Concours* que : « Les « médecins ayant élevé au moins quatre enfants jus- « qu'à l'âge de 14 ans, peuvent prétendre à l'exemp- « tion du paiement des cotisations à la Caisse d'allo- « cations familiales (arrêté du 1er novembre 1940). ».

Me référant à cette affirmation, j'ai donc demandé l'exemption à la Caisse d'allocations familiales, pour ma cotisation personnelle. Je suis en effet, âgé de 75 ans, j'ai cinq enfants, tous mariés, et 26 petits-enfants.

Or, la Caisse me répond :

« L'exonération des cotisations prévue par l'ar- « rêté ministériel du 1er novembre 1940 ne concerne « que les travailleurs indépendants. Elle ne vise pas « du tout les employeurs. Etant donné que vous faites « partie de cette dernière catégorie, vous ne pouvez « prétendre en bénéficier. »

Cette réponse me surprend. J'occupe en effet du personnel, pour lequel je continuerai à payer les cotisations prévues par la loi. Mais je ne vois pas pourquoi je ne pourrais bénéficier de l'exonération, en ce qui concerne ma cotisation personnelle. Pourquoi y aurait-il deux poids et deux mesures ?

Dr B.

Réponse

L'arrêté ministériel du 1er novembre 1940 qui exempte du paiement de toutes cotisations de compensation les pères de famille ayant élevé au

moins quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans, ne s'applique, ainsi que le texte le spécifie, qu'aux travailleurs indépendants.

Les médecins ayant des aides professionnels perdent la qualité de travailleurs indépendants pour acquérir celle d'employeurs. Ils ne peuvent donc, dans ces conditions, bénéficier des dispositions de l'arrêté ci-dessus.

C'est donc à bon droit, et en application de la loi, que la Caisse d'allocations familiales vous a répondu en vous refusant le bénéfice de ces mesures.

4.928. — Les cotisations pour les allocations familiales ne sont pas dues en cas de suspension de l'exercice de la profession

J'ai été affilié à la Caisse des allocations de S... jusqu'au 30 juin 1940.

J'ai versé ces allocations à mon chauffeur jusqu'au 16 mai 1940 jour où il a quitté son service. A la même date, j'ai moi-même cessé toute activité professionnelle jusqu'au 31 décembre 1940.

Je me suis affilié ensuite à la Caisse des allocations, 66, Chaussée d'Antin, à Paris. Celle-ci m'a fait payer neuf mois sur l'année 1940, soit 9 × 34 = 306 francs.

Or, je me demande si n'ayant pas exercé du 16 mai au 31 décembre, je devais payer pour cette période.

D[r] D.

Réponse

Les médecins n'ont l'obligation d'adhérer à la Caisse d'allocations familiales, et d'en acquitter les cotisations de compensation, que s'ils exercent effectivement la médecine.

Etant donné que vous avez cessé toute activité du 16 mai au 31 décembre 1940, vous n'avez pas à acquitter de cotisations pour cette époque. Il vous suffira d'ailleurs de préciser votre situation à la Caisse d'allocations familiales pour qu'elle vous exempte et vous rembourse ce qu'elle aurait perçu en trop.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

5.448. — Réduction de fracture
a) sous écran
b) après pose d'appareil plâtré

Je suis en contestation avec une Compagnie d'assurances sur les deux points suivants :

1° une note comptée 200 francs pour réduction de fracture sous écran m'est retournée et remplacée par : « radiographie de l'avant-bras face, soit 80 francs avec le motif suivant : « la radioscopie avec réduction de fracture sous écran étant supprimée depuis le 1[er] février 1939 » ;

2° La radiographie sous plâtre du bras, facturée 155 francs m'est retournée modifiée de la façon suivante : radiographie de l'avant-bras face et profil : 125 francs.

Je vous serais très obligé de me dire si ces rectifications de la part de la Compagnie d'assurances sont fondées et de me préciser dans ce cas, quel tarif doit être appliqué :

1° pour les réductions faites sous écran en collaboration avec le chirurgien ;

2° si les radiographies sous plâtre ne donnent plus lieu à une majoration.

Dr C.

Réponse

1° Il est exact que la « radioscopie » pour réduction de fracture fut supprimée par la Commission du Tarif pour le tarif de 1939 et cela, nous a-t-on dit, à cause des nombreux abus auxquels donnait lieu cette rubrique (*sic*).

D'autre part, pour les réductions faites sous écran avec la collaboration d'un chirurgien, je ne vois nulle part qu'il en soit fait mention dans le Tarif. On n'y parle (art. 17) que de : « Extraction de corps étrangers profonds effectuée sous écran ». Je serais donc d'avis de suivre la proposition de la Compagnie, de compter une radiographie ;

2° La majoration pour radiographie sous plâtre a été supprimée, sur l'avis même des radiographes qui nous déclarèrent, à la Commission du Tarif, qu'avec les progrès de la technique radiographique le plâtre n'était plus une complication à retenir.

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

5.039. — Interventions endonasales

Jusqu'ici, quand je pratiquais une résection sous-muqueuse de cloison accompagnée d'une ou deux cornectomies, je marquais sur la feuille d'Assurances sociales : O.R.L. K.40 + 1 ou 2 O.R.L. K.12. Les Caisses remboursaient selon cette tarification, mais selon le règlement, en diminuant le coefficient de la seconde opération.

Or aujourd'hui, une Caisse, dont paraît-il, l'état financier est peu brillant, ne rembourse à un client chez lequel j'avais pratiqué O.R.L. K.40 + 2 O.R.L. K.12 que K.40 simplement, se basant sur l'article de la nomenclature « désobstruction nasale par plusieurs opérations endonasales ».

Est-ce que cette façon de faire est régulière. Il me semble que, ayant fait plus qu'une simple résection de cloison (O.R.L. K.40), le coefficient devrait par conséquent être supérieur à O.R.L. K.40.

Ou est-ce un moyen pour arriver à la première occasion, à diminuer le coefficient de la résection de cloison ? Je le croirais volontiers

Dr H.

Réponse

Le K.40 (O.R.L.) me semble formel. « Désobstruction nasale totale par plusieurs opérations endonasales ».

Ces termes me semblent entraîner K.40 uniquement, non seulement pour une résection sous-muqueuse de la cloison, mais même lorsque cette intervention est suivie d'une ou plusieurs autres « opérations endonasales ».

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

4.884. — Opération à l'hôpital ou en clinique et frais de pansement

Je me permets de vous demander les renseignements suivants pour un de mes clients assuré social.

Celui-ci a été opéré par moi en juillet 1939 d'ulcère perforé de l'estomac (suture et drainage à la Mickulicz).

Son séjour à ma clinique ayant été de 40 jours, sa Caisse d'assurances sociales lui a remboursé :

40 jours d'hospitalisation à 17 fr. 90 : 716 francs.
20 jours à 3 fr. 20 (au-delà du 20e jour) : 64 francs.
Intervention chirurgicale K.80 : 448 francs.

Elle refuse de rembourser les frais d'objets de pansements et médicaments parce que (je copie textuellement la lettre des Assurances sociales) :

« Les fournitures sont afférentes à l'opération proprement dite et ne donnent pas lieu à remboursement, étant comprises dans le prix forfaitaire de l'opération ».

Pourriez-vous me dire si cette prétention de la Caisse d'assurances sociales est justifiée (rien ne doit étonner dans cet ordre d'idées).

Dans la négative à quelle juridiction doit s'adresser le malade pour obtenir le règlement refusé à tort par la Caisse ?

Dr D.

Réponse

Le tarif limitatif de réassurance des Caisses, établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938, dit, à propos des « soins à l'hôpital ou à la clinique » : « . . . . . 2. Honoraires médicaux : . . . la prestation ainsi définie sera destinée à couvrir en plus des honoraires du chirurgien, le coût des objets de pansements, ainsi que les autres frais accessoires de l'opération ».

Dr F. Decourt.

4.866. — Un assuré assisté doit présenter une feuille spéciale

Etant abonné au *Concours médical* et affilié au « Sou médical », je me permets de venir vous demander un renseignement au sujet d'une de mes clientes. Cette malade m'a présenté une feuille bleue venant de la mairie de F., d'assistance médicale gratuite et de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales. Je fais à cette petite malade des ultra-violets et je voudrais savoir comment fonctionne cette association Assistance médicale gratuite et Assurances sociales et quel est le tarif remboursable par la Caisse.

D'autre part, je voudrais savoir quel est le chiffre-clé de base pour B qui, au point de vue par exemple des allocations familiales, est placé dans la banlieue 1re zone (canton de T). De même le tarif du chiffre-clé K, pour les actes de spécialités est-il toujours de 8 pour les actes inférieurs à 40, et 15 pour les actes supérieurs à 40 (coefficient 40).

Dr R.

Réponse

a) Si cette malade est une assurée sociale inscrite à l'Assistance médicale gratuite, c'est une « assurée assistée » et, comme telle, elle doit vous présenter non pas deux feuilles distinctes, mais la feuille spéciale aux assurés assistés. Cette

« feuille bleue » dont vous parlez est-elle précisément cette feuille spéciale ? Si oui, tout est en règle. Si non, il y a lieu de demander ladite feuille à la mairie du domicile de la malade. Au besoin, vous pourriez faire cette demande pour elle ;

b) Le tarif des soins donnés aux assurés assistés est le Tarif de responsabilité de la Caisse intéressée. Le plus souvent, c'est le même tarif pour toutes les Caisses (ou à peu près) d'un même département ;

c) Les questions de « chiffre-clé » sont d'ordre régional et varient dans chaque département ;

d) Le tarif correspondant à la valeur de K est de même genre. Le prix de 8 francs au-dessous du coefficient 40, et 15 francs au-dessus, sont ceux du tarif de réassurance des Caisses, qui, depuis la loi du 29 mai 1941 est égal au tarif de responsabilités.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

5.440. — Supplément pour les malades

Quels sont les divers suppléments alimentaires ou autres qui peuvent à l'heure actuelle, être officiellement attribués aux malades.

Dr S.

Réponse

Voici les suppléments dont les malades peuvent à l'heure actuelle bénéficier :

Rations alimentaires : Seuls les tuberculeux présentant des lésions indiscutables en activité, les tuberculeux osseux, les personnes présentant un état d'anémie grave, ainsi que les convalescents de maladie grave ou d'intervention chirurgicale sérieuse peuvent, sur présentation d'un certificat médical, obtenir des suppléments alimentaires dans les limites suivantes : 90 grammes de viande tous les deux jours, 15 grammes de matières grasses par jour.

En ce qui concerne les autres malades, vous savez qu'ils ne peuvent obtenir qu'une modification qualitative de leurs rations par l'attribution de l'un des quatre régimes établis par l'administration.

Charbon. — Les malades dont l'état nécessite l'entretien d'une température constante dans leur chambre, peuvent obtenir, sur certificat médical, la délivrance de suppléments de charbon dans la limite de 50 kgr. par mois.

Savon. — Les malades dont l'affection nécessite des nettoyages importants du corps ou du linge, peuvent obtenir des attributions supplémentaires de savon, sur justification constituée par un certificat médical légalisé, comportant l'indication de la quantité supplémentaire de savon à accorder, et précisant que cette attribution est faite en application de l'article 10 de l'arrêté ministériel du 7 mars 1941, publié au *J. O.* du 1er avril 1941 (*Concours médical*, 1941, no 15, p. 701).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants ... 80 fr.

Le Numéro ... 4 fr.

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques postaux Paris 167-95.

N° 364. — Nombr. livres d'occas. médec. et chirurgie en parf. état. Ecr. pour liste à M. Pons, 72, boul. Sénart, à Saint-Cloud-les-Coteaux (S.-et-O.).

N° 365. — Veuve de médec. loue chambre meubl. exposée au soleil pr. du Luxembourg. Visible de 14 à 16 h. Mme Renault, 27, rue Gay-Lussac, Paris.

N° 366. — Paris. Raison santé, cherc. confr. jeune act. pour collabor. Cession éventuelle cabinet. Ecr. René Jean, 38, rue Camille-Pelletan, Chatenay-Robinson.

N° 367. — Méd. banl. Nord. Pavillon, confort, jard. garage, échangerait poste contre situat. correspondante dans autre banl. S'ad. Mme Deforge, 1, square de la Mayenne, Paris (XVIIe). Tél. Gal. 81-54.

N° 368. — Manipulatrice radiograp. est demandée pour Centre de réforme de Paris, 139, rue de Bercy. Se présent. munie de référ., au médecin-chef.

N° 369. — A vendre vélomoteur Terrot excell. état. Pneus neufs. 3.500 francs. Mlle le Docteur Feine, Fontaine-le-Port (S.-et-M.).

N° 370. — A reprendr. suite import. Maison orthopédie, cotée sur place Paris en voie extens., avec cabinet application prothèse, bandag., fabricat. gr. et détail. Ecr. à Leroy, 18, rue Notre-Dame-de-Lorette, Paris.

N° 371. — Jeune doct. franç. A. E. H. P., cèderait contre faible indemn. bon poste proph. Rech. collab. vue success. dans centre import. avec confr. âgé; médec. géné et homœp. Rég. centre-sud-ouest. Ecr. Dr David, Archères-le-Marché (Loiret).

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — *Odéon* 36-46



Paris, très ancien cab. d'électro-radiol. Belle install. Prix à débattre.

Centre. — Très import. client. industrielle. Prix 100.000.

Seine-et-Marne. — Ancienne client. rurale, bon rapport. Prix 40.000 comptant.

Ouest. — Grande ville méd. génér., gros rapp., belle install. profess. Prix à déb.

Normandie. — Belle région, seul méd. propharm., grand rayon. Prix 60.000 francs.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le **Concours Médical** ***leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter*** **2** ***francs en timbres.***

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer des tablettes de **Mangaïne**, c'est saliver abondamment une salive digestive, antiseptique et agréable.

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le Docteur Raphaël Massart (de Paris) nous fait part de sa nouvelle installation à Saint-Raphaël (Var) et de son association avec le *Docteur Paul Lieutaud.*

Spécialité exercée : orthopédie, chirurgie des os.

Clinique Notre-Dame Tél. 624. St-Raphaël (Var).

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Nous rappelons à nos abonnés que la date d'expiration de leur abonnement est celle qui figure sur la bande d'envoi de leur journal, *quand cette bande es tirée à la machine à adresses.*

Quand elle est imprimée, et qu'il s'agit par conséquent d'une bande d'avant-guerre non encore renouvelée, la date d'expiration qui est indiquée, doit être prorogée de quatre mois ou de sept mois, suivant que l'abonné se trouve dans la zone occupée ou non occupée.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Assemblée générale

Cette assemblée aura lieu au siège social, le mardi 30 décembre prochain à 14 heures.

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général.

2° Rapport du trésorier.

3° Décision relative au transfert du portefeuille et des réserves en application de l'art. 11 du décret-loi du 14 juin 1938.

4° Questions diverses.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Sur le rationnement pharmaceutique.* — M. DUHAMEL a proposé, au nom de la Commission du rationnement pharmaceutique, le vœu suivant, adopté par l'Académie :

« Que certains produits nécessaires en thérapeutique mais pouvant servir à d'autres usages, tels que la farine de moutarde, le marron d'Inde, le petit lait, etc., soient réservés par priorité pour la préparation des médicaments, et, s'il le faut, réquisitionnés.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.* — M. le Professeur E. BRUMPT commencera son cours le 6 janvier 1942 à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Maison de Saint-Lazare.** *Internat.* — Un concours pour l'admission à trois emplois d'interne titulaire en médecine à la Maison de Saint-Lazare et pour la désignation de dix internes provisoires aura lieu le lundi 19 janvier 1942 à la Préfecture de Police.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de Police (Personnel). Il sera clos le samedi 20 décembre 1941, à 16 heures.

— **Hôpital intercommunal de Créteil (Seine).** — *Internat.* — Un concours pour la nomination à huit places d'internes en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hôpital inter-communal de Créteil s'ouvrira le 5 janvier 1942.

Pourront prendre part au concours : 1° les externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants possédant au moins douze inscriptions de doctorat. Les candidats ne pourront être admis à concourir qu'après avis d'un médecin-contrôleur les reconnaissent aptes à faire un service régulier.

Durée de l'internat : deux ans, avec possibilité de prolongation d'une année. Avantages : indemnité de 9.500 francs la première année ; 9.900 francs la seconde année ; supplément temporaire de 4.500 francs ; indemnité de résidence de 3.225 francs, etc.

Inscriptions au Secrétariat de l'hôpital intercommunal de Créteil, 70, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine), jusqu'au 25 décembre 1941.

— **Préfecture d'Eure-et-Loir.** *Inspection médicale des écoles.* — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture d'Eure-et-Loir (Inspection de la Santé, 6, rue de Beauvais, Chartres) pour le recrutement de quatre médecins-inspecteurs des écoles, affectés respectivement à Chartres, Dreux, Châteaudun, Nogent-le-Rotrou.

L'indemnité mensuelle forfaitaire est de 3.500 francs, plus remboursement des frais de déplacement.

— **Hôpital-hospice de Saintes.** — Un concours pour deux places de médecins à l'hôpital-hospice mixte de Saintes aura lieu le 15 janvier 1942 à l'hôpital de La Rochelle.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital de Saintes.

— **Dispensaires antituberculeux de la Charente-Maritime.** — Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert à la Préfecture de la Charente-Maritime en vue du recrutement d'un médecin des Dispensaires anti-tuberculeux de ce département. Les épreuves auront lieu, le 23 décembre 1941, au sanatorium-hôpital Delarue (Hospices civils de La Rochelle).

L s candidats doivent se munir, pour se rendre à La Rochelle, d'un laisser-passer, à demander à la Kriegskommandantur locale, pour la province, à la Préfecture de police, pour Paris.

Le traitement de ces fonctions va de 45.000 à 55.000 francs.

Les dossiers de candidature doivent être adressés avant le 20 décembre 1941 à la Préfecture de la Charente-Maritime (Inspection de la Santé).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul Gastou, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; du Docteur Pardoux, de Paris, ses obsèques ont eu lieu le 26 novembre 1941 dans la plus stricte intimité ; du Docteur Ernest Meyer, de Mulhouse, replié à Cusset (Allier) ; du Docteur Raoul Baudet, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris ; du Professeur Léon Dieulafé, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

— Les Docteurs Jean et René Leplat de Wattrelos (Nord), ont la douleur de vous annoncer la mort, à l'âge de 79 ans, du Docteur Victor Leplat, chirurgien honoraire de l'hôpital de Wattrelos.



Une conférence sur la race et la législation raciale allemande

Le Professeur Eugen Fischer, directeur de l'Institut d'anthropologie de Berlin, a fait un exposé complet de cette question le 5 décembre 1941 à la Maison de la Chimie.

La race est déterminée non pas seulement, comme on le pensait autrefois, par l'anthropographie, mais essentiellement par l'anthropobiologie : elle résulte de facteurs physiques et moraux, influençant à la fois le corps et l'esprit ; ces facteurs ont pour caractéristique d'être uniquement héréditaires. Leurs éléments biologiques sont représentés par les chromosomes des noyaux cellulaires. Certes, ceux-ci peuvent subir des mutations sous des influences extérieures, d'ordre général ou pathologique, mais il est exceptionnel que celles-ci deviennent transmissibles au point de vue racial ; il faudrait en tous cas des milliers d'années pour qu'elles s'impriment dans le caractère racial ; or, comme les races sont fixées depuis six mille ans environ, on peut aujourd'hui les considérer comme immuables, et cela pour les principaux peuples. Dès lors, un peuple se distingue par un patrimoine culturel, dont font partie la langue, la civilisation, l'histoire, la manière de vivre, etc.

Cependant, des croisements de races restent toujours possibles à l'intérieur d'un peuple : ils aboutissent à des métissages, qui peuvent entraîner pour les métis un caractère racial, se rapprochant plutôt de la race qui s'est trouvés la plus inférieure dans le croisement. Il est donc essentiel qu'un peuple doive maintenir sa race principale : d'où, en Allemagne, les principales lois édictées dans ce but. A remarquer toutefois que, pour atteindre un résultat, il ne suffit pas à un peuple de légiférer ; il lui faut surtout la ferme volonté de respecter ses lois raciales.

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Est inscrit aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur :

Pour Chevalier :

DRUELLE (Honoré), *médecin lieutenant à l'Hôpital complémentaire de Paris-Plage :*

« Médecin d'une haute conscience morale et d'un grand dévouement. Toujours volontaire pour les cas d'urgence, assurait avec courage l'une de ces missions dans la nuit du 19 mai 1940 lorsqu'il fut grièvement blessé par éclat de bombe à la tête. A peine guéri, a demandé à reprendre son service, faisant preuve d'une grande énergie ».

(*J. O.* du 23 novembre 1941).

Retrait de la nationalité Française

La qualité de Français est retirée à :

Lichtenberg (Hirsch-Perez), docteur en médecine, demeurant à Paris, 97, boulevard Poniatowski.

Mendel (Marcel), docteur en médecine, demeurant à Paris, 346 *bis*, rue des Pyrénées.

Mordo (Bohor-Nissim dit Alexandre), docteur en médecine, demeurant à Paris, 1, villa Dancourt.

Nacht (Sacha-Emmanuel), docteur en médecine, demeurant à Paris, 47, rue des Vignes.

Scialom (Isaac dit Ino), docteur en médecine, demeurant à Paris, 4, square du Rhône.

Parysko (Hirsz), docteur en médecine, demeurant à Paris, 33, rue Lecourbe.

Sapoznik (Leiba), docteur en médecine, demeurant à Paris, 184, rue du Faubourg-Saint-Denis.

Spitzer (Geyza), docteur en médecine, demeurant à Paris, 3, avenue de la République.

(*J. O.*, 26 novembre 1941).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Contrôle médical scolaire

Décret du 22 novembre 1941 relatif au financement du contrôle médical dans les établissements d'enseignement primaire.

Art. 1er. — Le secrétaire d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse (commissariat général à l'Education générale et aux Sports) est autorisé à participer aux dépenses que supportent les collectivités locales en vue d'assurer le contrôle médical dans les établissements d'enseignement primaire, dans une limite fixée à 10 francs par enfant visité et pour deux visites annuelles au moins.

Art. 2. — A titre provisoire et pour l'année 1941, le secrétaire d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse (commissariat général à l'Education générale et aux Sports) est autorisé à recruter quatre médecins chargés de la mission d'inspecter les médecins assurant le contrôle visé à l'article précédent.

Les chargés de mission perçoivent une indemnité mensuelle dont le maximum est fixé à 4.000 francs par mois, sans que la moyenne puisse dépasser 2.500 francs par mois.

Cette indemnité est exclusive de toute rémunéra-

tion accessoire en dehors des allocations familiales ; les chargés de mission ont droit au rembou sement de leurs frais de mission et sont classés à cet effet dans le groupe II.

(*J. O.*, 25 novembre 1941).

Exercice de la médecine par les étrangers

Loi du 22 *novembre* 1941 *réglementant l'exercice de la médecine par les praticiens étrangers*

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien en France, s'il n'est Français et né de père français.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, ceux qui ne sont pas nés d'un père français pourront, *s'ils possèdent la nationalité française*, exercer les professions susvisées, en France, lorsqu'ils appartiendront à l'une des catégories suivantes :

1o Naturalisés pour s rvices exceptionnels rendus à la France dans les conditions qui seront fixées par une loi ultérieure ;

2o Protégés et administrés français originaires de pays relevant du secrétariat d'Etat aux colonies et du secrétariat d'Etat aux Affaires étrangères qui sont naturalisés Français ;

3o Militaires et marins ayant servi dans les armées françaises de terre, de mer ou de l'air, auxquels la qualité de combattant a été reconnue par application, soit du décret du 1er juillet 1930, soit du décret du 27 décembre 1940 ;

4o Ascendants, épouses ou veuves et descendants de militaires ou marins morts pour la France ou ayant servi dans les conditions définies au paragraphe 3o, sous réserve, en ce qui concerne les épouses e! les veuves, que le mariage ait été contracté avant la date de la publication de la présente loi ;

5o Alsaciens et Lorrains réintégrés de plein droit dans la nat onalité française à dater d 11 novembre 1918 lorsqu'ils descendent, en ligne paternelle, s'il s'agit d'enfants légitimes, et en ligne maternelle s'il s'agit d'enfants naturels, d'un ascendant ayant perdu la nationalité française par application du traité franco-allemand du 10 mai 1871 ou lorsqu'ils sont nés en Alsace ou en Lorraine avant le 11 novembre 1918 de parents inconnus, ainsi que ceux qui auraient droit à cette réintégration s'ils n'avaient déjà acquis ou revendiqué la nationalité française antérieurement au 11 novembre 1918 ;

6o Enfants nés en France de parents inconnus ou de mère française et de père inconnu, à condition toutefois qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger.

Art. 3. — Ceux qui ne sont pas nés d'un père français pourront, en outre, *s'ils possèdent la nationalité française*, être habilités, à titre exceptionnel, à exercer en France les professions susvisées, par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, pris après avis d'une Commission supérieure de contrôle dont la composition sera déterminée par décret.

Art. 4. — Le médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens à qui aurait été interdit l'exercice de leur profession en exécution de la loi du 16 août 1940 pourront, le cas échéant, réclamer le bénéfice des dispositions de l'article 2 de la présente loi.

Art. 5. — Les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers exerçant leur profession en France à la date du 19 août 1940 seront autorisés à continuer la pratique de leur art conformément *aux conventions diplomatiques* et dans les conditions prévues par les lois et règlements relatifs à l'exercice de ces professions.

Cette disposition ne s'applique qu'aux médecins

chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers qui ont présenté une demande de dérogation à la loi du 16 août 1940 avant le 7 juin 1941.

L'autorisation leur sera accordée par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis de la Commission supérieure de contrôle visée à l'article 3 de la présente loi.

Les étrangers non couverts par les dispositions conventionnelles pourront, à titre exceptionnel, obtenir l'autorisation précitée, dans les formes prévues à l'alinéa précédent.

Art. 6. — La loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine est abrogée.

(*J. O.*, 29 novembre 1941.)

Décret du 1er octobre 1941 relevant certains médecins, chirurgiens- entistes et pharmaciens de l'interdiction d'exercer en France.

Art. 1er. — Les médecins dont les noms suivent sont relevés de l'interdiction d'exercer la médecine en France, prononcée par application de l'article 1er de la loi du 16 août 1940 :

Département de l'Ain

M. le Docteur Huber (Ernest), à Neuville-sur-Ain.
M. le Docteur Perrot (Jean-Baptiste), à Lagnieu.
M. le Docteur Rosette (Joseph), à Chavannes-sur-Suran.

Département de l'Aisne

M. le Docteur Huart (René), à Saint-Quentin.

Département de l'Allier

M. le Docteur Tempelhoff (Max), à Vichy.

Département des Alpes-Maritimes

M. le Docteur Arochas (Henri), à Golfe-Juan.
M. le Docteur de Hayes (Alexandre), à Nice.
M. le Docteur Horn (Gottried), à Nice.

Département de l'Ardèche

M. le Docteur Keun (Guillaume), à Burkct.
M. le Docteur Luraschi (Georges-Eugène), à Ruoms.

Département des Bouches-du-Rhône

M. le Docteur Chabert (André), à Marseille.
M. le Docteur Gallian (Jean), à Marseille et Aubagne.
M. le Docteur Hawthorn (Edward), à Marseille.
M. le Docteur Sergene (Adam), à Marseille.

Département du Calvados

M. le Docteur Chamilan (Aramaïs), à Campeaux.
M. le Docteur Pecker (Marc), à Caen.

Département de la Charente

M. le Docteur Libow (Abraham), à Cognac.

Département de la Charente-Maritime

M. le Docteur Scherman (Savinien), à La Rochelle.

Département des Côtes-du-Nord

M. le Docteur Wolinetz (Emmanuel), à Saint-Brieuc.

Département de l'Eure

M. le Docteur Aronwald (Jacques), à Ezy.
M. le Docteur Staerman (Léon), à Conches.

Département d'Eure-et-Loir

M. le Docteur Maksud (Paul), à Bonneval.
M. le Docteur Pana (Constantin), à Gallardon.
M. le Docteur Souyoultzis (Nicolas), à Dreux.

Département d'Indre-et-Loire

M. le Docteur Hagoplan (Hagop), à Saint-Martin-le-Beau.
M. le Docteur Lieffring (Jean-Jacques), à Tours.
M. le Docteur Schtein (Yves), à Avoine.

Département de l'Isère

M. le Docteur Cohen (René), à Saint-Hilaire-du-Touvet.
M. le Docteur Ivanoff (Georges), à Bourgoin.
M. le Docteur Mileff (Stoyan), à La Tour-du-Pin.

Département des Landes

M. le Docteur Burucoa (Henri), à Bayonne (Basses-Pyrénées).
M. le Docteur Maton (Maurice), à Biarritz (Basses-Pyrénées).

Département de la Loire

M. le Docteur Beutter (Charles), à Saint-Etienne.
M. le Docteur Hillebrand (Bertil), à Sail-sur-Couzan.
M. le Docteur Moskovtchenko (Paul), à Fiolay.
M. le Docteur Muller (Henri) St-Etienne.
M. le Docteur Vignes (René-Joseph), à Roanne.

Département de la Loire-Inférieure

M. le Docteur Van der Stappen, à Nantes.

Département du Loiret

M. le Docteur Hart (Joseph), à Ladon.
M. le Docteur Szigeli (Robert), à Montargis.
M. le Docteur Tchekoff (Pierre), à Briare.

Département de Maine-et-Loire

M. le Docteur Blanc (Israël-Serge), à Villevêque.
M. le Docteur Moscovici (Léon), à Vernoille-Fourier.
M. le Docteur Seidner (Ladislas), à Trémentines.

Département de la Marne

M. le Docteur Segal (Jankel), à Reims.
M. le Docteur Segal (Max), à Reims.

Département de la Mayenne

M. le Docteur Carosin (Joseph-Raoul), à Laval.

Département de Meurthe-et-Moselle

M. le Docteur Feltgen (Mathias), à Lunéville.
M. le Docteur Gamlaia (Nicolas), à Nancy.
M. le Docteur Golzlowski (Stéphan), ou Goglowski (Etienne), à Maréville.
M. le Docteur Lapy (Maurice), à Nancy.

Département de la Nièvre

M. le Docteur Duncombe (Charles), à Nevers.
M. le Docteur Valladis (Jean), à La Chapelle-Saint-André.

Département du Nord

M. le Docteur Bonte (Albert), à Tourcoing.
M. le Docteur Godin (Pierre), à Luisselles.
M. le Docteur Jenart (Désiré), à Roubaix.
M. le Docteur Ledoux (Jean), à Comines.
M. le Docteur Louf (Albert), à Halluin.
M. le Docteur Petyt (Roger), à Roubaix.
M. le Docteur Vincart (Raoul), à Homaing.
M. le Docteur Vanheuverswyn (Charles-Eugène), à Lille.
M. le Docteur Willems (Eugène-Henri-Louis), à Roubaix.

Département de l'Oise

M. le Docteur Breiman (Leib), à Crillon.
M. le Docteur Guran (Noé), à Beauvais.

Département des Pyrénées-Orientales

M. le Docteur Giralt (Bonaventure), à Saint-Lamens-de-Cerdans.
M. le Docteur Kapler (Victor), à Saillagouse.
M. le Docteur Puig-Amettler (Albert), à Perpignan
M. le Docteur Rabinovici (Chivé), à Saint-Laurent-de-Cerdans.
M. le Docteur Van Varseveld (Frédéric), à Perpignan.

Voir la suite page LI-2223

PROPOS DU JOUR

L'ORGANISATION DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DANS QUELQUES PAYS D'EUROPE : ANGLETERRE, ESPAGNE, ITALIE, TURQUIE

Il n'y a pas qu'en Allemagne et en France qu'on ait songé à réglementer l'exercice de la profession médicale. Cette réglementation s'est établie dans presque tous les pays d'Europe. Il n'est pas sans intérêt de comparer ces diverses organisations qui ont plus d'un point de commun bien qu'elles diffèrent sensiblement, surtout avec notre Ordre (1).

***

En Angleterre, pays conservateur des traditions et de l'*habeas corpus*, la médecine peut être exercée par tous les sujets de sa Majesté britannique, mais s'ils ne sont inscrits au *Medical Register* qui a presque un siècle d'existence, ils ne peuvent remplir aucune fonction officielle devant les tribunaux, ni dans les services médicaux ou chirurgicaux, ils ne peuvent être médecins de la Santé publique (*Medical Officer of Health*), médecins militaires, médecins de la marine, pas même de la marine marchande. Il leur est interdit de délivrer des certificats de pratique médicale courante, tels que les certificats de constatation de décès. Les soins aux vénériens, la prescription des toniques leur sont défendus. En somme, l'exercice de la médecine est pour eux réduit à peu de chose.

Le Medical Act de 1858 a créé le *General Medical Council* qui a pour but non de défendre les intérêts des médecins, mais de protéger le public. Ce Conseil est composé de 38 membres : 18 sont désignés par les Universités qui possèdent une Faculté de médecine, 9 sont choisis par des Sociétés médicales et, parmi elles, le Collège royal de Médecine et de Chirurgie ; 5 sont nommés par le Roi en son Conseil privé et 6 sont élus par les médecins qualifiés

Le *General Medical Council* doit tenir le *Medical Register* et veiller à ce qu'un médecin n'y soit pas inscrit comme qualifié s'il ne justifie pas de sérieuses connaissances professionnelles. Il a mission de rayer du Medical Register les médecins qualifiés qui n'ont pas droit à inspirer confiance au public. Il doit publier la Pharmacopée officielle et peut émettre des vœux et donner des conseils sur les questions pour lesquelles il peut être consulté.

Le médecin est qualifié *praticien* par l'inscription au *Medical Register*, les titres et les diplômes universitaires en dehors de cette inscription ne lui confèrent aucun droit. Il peut être rayé en cas de félonie, de violation de la loi ou s'il est coupable d'actes infamants dans sa pratique professionnelle. Il tombe alors dans la catégorie des non-inscrits auxquels s'appliquent les interdictions que nous avons énumérées plus haut et qui sont passibles de poursuites judiciaires s'ils se parent d'un titre capable de les faire passer pour des praticiens qualifiés.

On voit que l'organisation anglaise, déjà très ancienne, n'a aucun rapport avec les organitions allemande et française.

***

En Espagne, l'exercice de la médecine est réglementé par la loi du 6 décembre 1917. Le praticien doit s'inscrire au Collège médical de sa pro-

(1) D'après l'article de M. Henri de Bonnechose La législation et l'Ordre des médecins. (*Revue des Deux-Mondes*, 1er septembre 1941).

vince. Les buts du Collège sont : 1° de défendre les droits et les prérogatives du Corps médical ; 2° de régler les questions d'honoraires qui lui sont soumises par les clients, les autorités et même les tribunaux.

Il peut prononcer des sanctions contre ses membres qui consistent en avertissement, réprimande avec inscription au procès-verbal, proposition faite au Gouverneur de la province de prendre contre les délinquants une sanction légale, radiation de l'inscription avec suspension temporaire de la faculté d'exercer durant un mois. Contre ces sanctions, on peut faire appel devant le Comité provincial de santé et en dernier ressort devant le ministre de l'Intérieur.

***

En Italie, le décret-loi royal du 5 mars 1935 a créé les syndicats sanitaires fascistes provinciaux qui comprennent les médecins et chirurgiens, les vétérinaires, les pharmaciens et les accoucheuses. Ces derniers doivent être inscrits par la Direction des syndicats sur un registre permanent par catégories. La radiation du registre peut être effectuée par la Direction du Syndicat d'office ou à la requête du Procureur du Roi. Cette Direction assure la discipline sous la surveillance du ministre de l'Intérieur par l'intermédiaire des Préfets. Elle dispose de sanctions qui consistent en l'avertissement, la censure, la suspension du droit d'exercer pendant un mois et jusqu'à 6 mois et la radiation. Au ministère de l'Intérieur siège une Commission centrale pour les médecins, les vétérinaires, les pharmaciens et les accoucheuses, présidée par un Conseiller d'Etat, et composée de huit membres, dont trois doivent être des spécialistes, qui sont désignés pour cinq ans et dont les pouvoirs peuvent être renouvelés. La Commission centrale juge en cas d'appel les décisions des Directions des Syndicats. Elle peut prononcer des sanctions contre ces Directions et même contre ses propres membres. Les recours contre ses décisions peuvent être portés devant la Cour de cassation qui siège toutes chambres réunies, en cas d'incompétence ou d'excès de pouvoir. Ces appels n'ont pas d'effet suspensif.

***

En Turquie, l'exercice de la médecine est régi par la loi du 14 avril 1928. Le ministre de l'Hygiène et de l'Assistance crée des *Chambres de médecine* dont il désigne le siège et fixe la juridiction. Ces chambres ont pour rôle le maintien de la dignité du Corps médical turc et la défense de ses intérêts professionnels. Les *Conseils d'honneur* au sein des Chambres règlent des différends entre confrères et prononcent des sanctions en cas de fautes professionnelles contre les médecins, les chirurgiens et les dentistes. La *Chambre des médecins* en assemblée générale élit pour deux ans un *Comité administratif*, composé de trois à cinq membres.

Tous les médecins, même les médecins fonctionnaires, sont tenus de faire partie de la Chambre.

Les Conseils d'honneur peuvent prononcer les sanctions suivantes : avertissement, réprimande, suspension du droit d'exercer de huit jours à six mois. Cette dernière peine doit être approuvée par le *Conseil supérieur d'honneur*, siégeant à Ankara et présidé par le sous-secrétaire d'Etat de l'Hygiène et de l'Assistance. Si la peine de six mois de suspension est prononcée deux fois, elle entraîne l'interdiction définitive d'exercer la médecine avec retrait du diplôme de docteur.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RELATIONS DU VIRILISME DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE AVEC LES LÉSIONS DE L'ÉPIPHYSE OU GLANDE PINÉALE

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de médecine

Le virilisme (1) est un syndrome qui consiste dans l'existence, chez un individu qui n'est pas un homme fait (*vir*, homme), des caractères ou de certains caractères d'un homme fait.

Chez les enfants et les jeunes gens, on observe le *virilisme précoce du garçon*, le *virilisme de la fille*, le *virilisme de la gynandroïde* ou femme à corps d'homme.

Quel que soit le type clinique, le virilisme est un *syndrome sexuel*. Il est lié à une activité prématurée et exaltée des testicules ou à des altérations des ovaires, qui leur font acquérir des fonctions masculinisantes. Ces altérations des glandes sexuelles, tantôt sont *primaires*, tantôt sont ou paraissent *secondaires* à des altérations de l'épiphyse ou glande pinéale et des centres nerveux voisins, de la cortico-surrénale, peut-être de l'antéhypophyse.

J'ai déjà étudié le virilisme lié aux altérations primaires des glandes sexuelles (2). Je vais exposer les problèmes que posent les *relations du virilisme dans l'enfance et la jeunesse avec les lésions de l'épiphyse*.

***

Le virilisme peut s'installer chez des enfants et des jeunes gens porteurs de certaines tumeurs de l'épiphyse.

La première observation serait due à Morgagni. Mais, c'est seulement dans ces cinquante dernières années que les rapports du virilisme avec l'épiphyse ont été étudiés. Après quelques observations de Fleichenfeld (1885), se placent les importants travaux d'Askanazy (1893), de Pellizzi, et de bien d'autres.

Je citerai entre autres, les études de Marburg (1909), Frankl-Hochwart (1910), Pierre Lereboullet (1). Je lui ai consacré moi-même plusieurs écrits (2).

Le syndrome virilisme réalisé par certaines tumeurs de l'épiphyse est dénommé *præcocitas psycho-somo-genitalis* par Askanazy, *macrogénitosomie précoce* par Pellizzi. On l'appelle parfois *syndrome de Pellizzi*, mais à tort, car il a été décrit avant lui.

Le virilisme qui accompagne certaines tumeurs de l'épiphyse, sans être fréquent, *n'est pas très rare*. Déjà, en 1909, Marburg en réunit 54 cas.

Il se rencontre surtout dans le *sexe masculin*, dans 72 % des cas, d'après Gabriel.

Il peut apparaître dès l'âge de 2 ans, mais il

---

(1) Nobécourt (Pierre). — Du virilisme dans l'enfance et la jeunesse. *Journal des Praticiens* (sous presse).

(2) Nobécourt (Pierre). — Du virilisme des enfants et des jeunes gens causé par des altérations primaires des glandes sexuelles. *Journal de médecine de Paris*. 1er novembre 1941, p. 495 et *La Clinique infantile*, novembre 1941, p. 317.

(1) Lereboullet (Pierre). — Les syndromes hypophysaires et épiphysaires en clinique infantile. Rapport présenté au IIe Congrès de l'*Association des pédiatres de langue française*, Paris, juillet 1922.

(2) Nobécourt (Pierre). — *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*. Ernest Flammarion Paris, 1923.

Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance. Masson et Cie, Paris 1926. Les hypertrophies staturales de l'enfance (6 décembre 1924).

Nobécourt (P.) et Kaplan (M.). — Hypertrophies staturales et gigantisme. *In* Nobécourt (P.) et Babonneix (L.). *Traité de médecine des enfants*, Masson et Cie, Paris, 1934. Tome I, p. 144.

s'*installe surtout de* 10 *à* 15 *ans*, rarement après cet âge. Il ne survient qu'exceptionnellement après la trentaine : d'après Gabriel, 98 % des cas surviennent avant 30 ans.

Le garçon, dont j'ai relaté l'histoire dans la leçon citée ci-dessus, sous l'appellation d'*hypertrophie staturale avec puberté précoce*, est un bel exemple du syndrome. Son observation complète a été publiée par Pierre Lereboullet, Marcel Maillet et Brizard (1).

Robert J... (D. 4.296) est normal jusqu'à 11 ans ; il a même une taille un peu faible.

A partir de 11 ans, il grandit rapidement, des poils poussent sur le pubis et dans les aisselles, les organes génitaux grossissent.

Quand il entre à l'hôpital, à 12 ans 1 mois, il mesure 149 cent., au lieu de 139 cent. 5 (2), a un excès statural de 9 cent. 5, soit de 6,8 %. Il pèse 39 kgr., au lieu de 29 kgr. 800 pour son âge, de 36 kgr. 300 pour sa taille. Son buste et ses membres inférieurs sont proportionnés. Sa stature est celle d'un garçon de 13 ans 8 mois.

Ses caractères sexuels sont développés comme ceux d'un adulte. Il donne l'impression d'un adulte, mais, malgré sa taille élevée pour son âge, d'un adulte de petite stature. Il a, en effet, des toisons pubienne et axillaires fournies, de la moustache, de la barbe, une verge et des testicules d'adulte, des érections assez fréquentes (on ne peut préciser s'il a des éjaculations), une voix grave. Son intelligence est normale ; elle ne semble pas être particulièrement précoce.

Robert présente donc un syndrome de *virilisme précoce*. D'autre part, il a un *syndrome neurologique* : accès de céphalée et de vomissements du type cérébral, somnolence habituelle, diplopie et surtout, signe de premier ordre, limitation des mouvements des yeux dans le sens vertical, vision réduite à 2/3, papillite bilatérale avec atrophie optique ; raideur de la nuque, du tronc, des membres inférieurs ; liquide céphalo-rachidien hypertendu. La radiographie du crâne n'apporte pas de renseignements ; notamment la selle turcique est normale.

Somme toute, ce garçon de 12 ans, présente :

1° Une *hypertrophie staturale légère* : excès de 6 % sur la taille moyenne de l'âge ;

2° du *virilisme précoce* ;

3° Un *syndrome neurologique* d'hypertension intra-cranienne, faisant penser à une *tumeur cérébrale*, que la paralysie verticale du regard permet de localiser dans la région des tubercules quadrijumeaux.

L'ensemble symptomatique fait porter le diagnostic de *tumeur de l'épiphyse*.

L'enfant s'affaiblit et ne tarde pas à mourir.

La nécropsie confirme le diagnostic. On découvre un *neuro-épithéliome de l'épiphyse*, qui comprime l'aqueduc de Sylvius et provoque l'hydrocéphalie des ventricules latéraux.

LE VIRILISME lié à une TUMEUR DE L'ÉPIPHYSE est caractérisé cliniquement par les trois syndromes que je viens d'énumérer. Suivant les cas, ce sont soit les troubles de la croissance et de la sexualité, soit les troubles nerveux qui attirent d'abord l'attention.

A. — La **croissance staturale** est supérieure à la croissance normale des sujets du même âge ; elle est rapide et plus ou moins forte. Elle entraîne une *hypertrophie staturale*, légère, moyenne ou forte ; la stature de Robert n'a rien d'excessif et n'est pas rare chez des enfants normaux. Il semble que les hypertrophies staturales se rencontrent surtout chez les enfants les plus jeunes.

Voici quelques tailles de garçons avec l'excès statural approximatif réel et pour 100 cas.

Noms des auteurs	Age du malade	Taille	Excès statural réel	Excès statural pour 100 cm.
Frankl-Hochwart........	4 ans 1/2	123 cm.	23 cm.	23 cm.
Hudovernig et Popovits...	5 ans	140	39	35
Urechia et Groza (3)......	6 ans	114	6	5,5
Nobécourt..............	12 ans 1 mois	149	9,5	6,8

L'hypercroissance staturale se poursuit pendant plus ou moins longtemps, puis la croissance se ralentit, devient très faible ou même nulle, car les cartilages de conjugaison se soudent. Dès lors, au lieu d'hypertrophie staturale, peut s'installer une *hypotrophie staturale*. Un garçon de 15 ans, observé par Klippel, Mathieu-Pierre Weil et Minvielle (1920 et 1922), présente les premiers symptômes à 10 ans ; sa croissance est très rapide ; mais, à 15 ans, elle est arrêtée et la taille reste fixée à 133 cent., soit une réduction staturale de 24 cent. ou 15 p. 100, c'est la taille d'un garçon de 10 ans et demi.

Dès lors, si l'enfant ou le jeune homme a l'air d'un adulte du fait de son virilisme, c'est un

(1) LEREBOULLET (Pierre), MAILLET (Marcel) et BRIZARD. Un cas de tumeur de l'épiphyse. *Société de pédiatrie de Paris*, 19 avril 1921.

(2) Les valeurs moyennes indiquées ici sont celles que j'ai adoptées, depuis que j'ai observé ce malade.

(3) URECHIA et GROZA. — Un cas de syndrome épiphysaire, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 avril 1931, p. 652.

homme de petite stature. On pourrait parler de *nanisme épiphysaire*.

B. — La **précocité de la puberté et de l'installation du virilisme** est beaucoup plus caractéristique.

Les *toisons pubienne* et *axillaires* sortent et deviennent fournies ; la moustache et la barbe poussent ; différentes parties du corps se couvrent de poils.

Chez la fille, les *seins* grossissent fréquemment (Askanazy) ; chez le garçon, la poitrine reste plate.

Les *organes génitaux* s'hypertrophient. Des garçons de 4 ans et demi ont des *pénis* longs de 9 cent. (Œstrich, Slawik et Heubner), de 7 cent. (Frankl-Hochwart). Les testicules sont, en général, proportionnellement moins développés. L'enfant a des *érections* et parfois des *éjaculations* d'un sperme riche en spermatozoïdes (Pellizzi, Pierre Lereboullet, Berblinger).

La *précocité intellectuelle* est parfois remarquable.

C. — Le **syndrome neurologique** consiste dans un *syndrome d'hypertension intracranienne* (accès de céphalée, vomissements du type cérébral, somnolence habituelle, raideur de la nuque et des membres, etc.), et dans *divers symptômes*, qui se rencontrent avec une fréquence plus ou moins grande. Les voici, d'après M. Laignel-Lavastine et J. Malméjac (1).

Signes oculaires, dans 45 % des cas ; irrégularité et inégalité des pupilles, troubles des réflexes pupillaires à l'accommodation, paralysie des mouvements associés des yeux, paralysie des mouvements des yeux dans le sens vertical signe de grande valeur, associée ou non à une paralysie de la convergence, paralysie des nerfs moteurs, diminution de l'acuité visuelle, qui peut être réduite à 2 /3, papillite bilatérale avec atrophie optique.

Signes cérébelleux et cérébello-vestibulaires dans 42 % des cas : ataxie, troubles statiques.

Signes vestibulaires : vertiges, nystagmus.

Hypertension du liquide céphalo-rachidien.

L'ÉVOLUTION est en général, assez rapide ; le malade se cachectise et meurt ; mon malade Robert présente les premiers symptômes à 11 ans et meurt vers 12 ans et demi. Mais il y a des exemples de surve assez longue.

A la NÉCROPSIE, on trouve généralement une **tumeur de l'épiphyse**. La tumeur est rarement *secondaire* à une autre localisation, presque toujours *primaire*. Dans la majorité des cas, 3 fois sur 11 d'après Askanazy, il s'agit *d'un tératome* dont la structure est plus ou moins complexe.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE (M.) et MALMÉJAC (J.). — Glande pinéale in *Traité de physiologie normale et pathologique* publié sous la direction de ROGER (G.-H.) et BINET (Léon). 2e édition, Tome IV, p. 607, 1939, Masson et Cie, Paris.

Il y a des cas où l'**épiphyse est intacte.** Un garçon de 6 ans, observé par G. Heuyer, J. Lhermitte, de Martel et Mlle Cl. Vogt (1) a un *épendimo-gliome de la région mamillo-tubérale.*

Un malade de A. Thomas et H. Schœffer (2) a une volumineuse *hydrocéphalie*, une *symphyse triméningée cervicale*, des *lésions inflammatoires* étendues de la *région infundibulo-tubérienne.*

D'autre part, on rencontre des **tumeurs de l'épiphyse chez des malades qui ne présentent pas de virilisme.** J.-B. Globus et S. Silbert (3) l'ont observé 6 fois sur 7 ; A. Baudoin, J. Lhermitte et J. Lereboullet (4) en ont observé un cas.

Ces faits conduisent à mettre en doute le rôle de l'épiphyse dans la production du virilisme et à attribuer le rôle important au système nerveux.

L'expérimentation sur les animaux peut seule apporter des éléments conduisant à la solution du problème.

***

L'EXPÉRIMENTATION SUR LES ANIMAUX a été poursuivie par de nombreux chercheurs. M. Laignel-Lavastine et J. Malméjac en ont donné un exposé très documenté.

A. L'**épiphysectomie** ou **pinéalotomie**, réalisée chez de jeunes animaux impubères, donne des résultats assez discordants.

1° Pour beaucoup d'expérimentateurs, elle est suivie, *chez le mâle*, d'un *développement corporel anticipé et rapide.*

En 1912, C. Foa enlève l'épiphyse de poussins âgés de 3 à 5 semaines. Les caractères sexuels secondaires apparaissent notablement plus tôt, et sont plus accentués que chez les témoins ; la crête, les ergots prennent rapidement les dimensions qu'ils ont chez les animaux adultes ; ils chantent de bonne heure ; ils sont sacrifiés de 7 à 11 mois ; on trouve des testicules hypertro-

(1) HEUYER (G.), LHERMITTE (J.), DE MARTEL et VOGT (Mlle Cl.). — Un cas de macrogénitosomie précoce liée à un épendimogliome de la région mamillo-tubérale. *Revue neurologique*, août 1931.

(2) THOMAS (André) et SCHŒFFER (H.). — Macrogénitosomie précoce chez un enfant hydrocéphale sans néoplasie intra-cranienne. *Société de neurologie*, 5 novembre 1931.

(3) GLOBUS (J.-B.) et SILBERT (S.). — Pinéalomes. *Archivs of Neurology and Psychiatry*, XXV, n° 5, mai 1931, p. 937.

(4) BAUDOIN (A.), LHERMITTE (J.) et LEREBOULLET (J.). — Pinéalome sans macrogénitosomie ; le problème de la cachexie hypophysaire. *Société de neurologie*, 18 février 1932.



phiés par hyperplasie des tissus séminifères et interstitiels. Chez un coq de 7 mois, opéré à 22 jours, la crête pèse 72 grammes au lieu de 41 grammes, un testicule 18 grammes au lieu de 11 grammes ; toutefois le poids du corps n'est que de 1.725 grammes au lieu de 1.770 grammes.

S. Traina opère des poussins de race libournaise à l'âge de 8 jours. A 176 jours, le poids est supérieur à celui des témoins ; les testicules pèsent 30 grammes au lieu de 20 grammes, le rapport du poids du testicule à celui du corps est de 1 /63 au lieu de 1 /85.

C. Foa, chez le rat et la souris, Sarteschi (1913) chez le lapin, le chien, le chat, Horran, chez le cobaye, obtiennent des résultats de même ordre.

Les effets de l'épiphysectomie sont passagers. D'après C. Foa, les rats opérés ont un développement somatique et testiculaire rapide ; mais le développement se ralentit à partir de 26 à 30 jours ; vers 50 jours, rats privés d'épiphyse et rats témoins sont devenus sensiblement identiques.

S. Traina opère des jeunes coqs à 113 jours, alors que le développement sexuel est déjà commencé, que la crête et les barbillons indiquent déjà le sexe. Ils sont sacrifiés à 298 jours ; le poids du corps et des testicules est inférieur à ceux des témoins. Les effets de l'épiphysectomie sont donc inverses de ceux qu'elle entraîne quand elle est réalisée chez les jeunes.

Yokoh (1917) constate que l'ablation simultanée de *l'épiphyse* et des testicules n'est suivie d'aucun effet ; les phénomènes consécutifs à l'ablation de l'épiphyse sont donc bien dus à l'hyperfonctionnement de la glande sexuelle.

Chez la *cobaye femelle*, l'ablation de l'épiphyse n'a, en général, aucune conséquence, d'après C. Foa et Horran ; l'opérée se comporte comme le témoin. Par contre, pour Isawa (1926), la *rate blanche* présente, comme le rat, un développement corporel accéléré, l'utérus et les ovaires sont hypertrophiés.

2° Pour certains expérimentateurs, l'épiphysectomie *n'a pas d'effets appréciables*. Il en est ainsi chez le lapin pour Exner et Bœse, chez le chien, pour Biedl et pour Dandy, chez le poulet, pour Badetscher, chez le têtard, pour Adler, Hoskins, et surtout chez le rat, pour Kolmer et Lœwy, del Castillo, Weinberg, Werchi, Anderson et Wolf.

3° Pour quelques expérimentateurs, l'épiphysectomie est suivie d'un *retard du développement somatique et de l'apparition des caractères sexuels secondaires.*

Cette constatation a été faite par Christan chez le coq, par Demel chez le bélier.

Des béliers sont opérés à un mois. Comparés aux témoins, ils ont une croissance plus faible, une taille inférieure, une toison moins fournie, des cornes plus petites ; cependant leurs testicules sont au moins aussi gros, sinon plus gros. Au bout de quelques mois, ils rattrapent les témoins.

Les résultats discordants de l'épiphysectomie ont soulevé bien des discussions. « Négateurs ou partisans d'une intervention de l'épiphyse dans le développement, écrivent M. Laignel-Lavastine et J. Malméjac, critiquent réciproquement les résultats de leurs contradicteurs sans apporter une argumentation décisive dans le débat ».

Plusieurs **facteurs** peuvent intervenir pour modifier ces résultats. Ce sont, notamment :

1° *L'espèce animale.* Les effets de l'épiphysectomie diffèrent suivant les espèces ; ils sont au maximum chez le coq, et c'est chez ce dernier qu'on obtient les résultats les plus constants (P. Engel) ;

2° *L'âge*, où l'intervention est réalisée. Les effets diffèrent suivant que l'animal est impubère ou pubère ;

3° *Le sexe.* Chez la femelle, les résultats sont beaucoup plus inconstants que chez le mâle.

D'autre part, il est possible qu'il existe des *épiphyses accessoires*, qui assurent une suppléance. On en trouve chez le chien et certains singes (Kolmer et Lœwy), le chevreau femelle (Roux).

Enfin, l'ablation de l'épiphyse est une *intervention difficile*, surtout chez un petit animal ; elle cause des lésions nerveuses, surtout au niveau des tubercules quadrijumeaux, et celles-ci peuvent jouer un grand rôle.

En **conclusion**, on peut admettre, avec C. Foa, que l'*ablation de l'épiphyse ou glande pinéale, chez le mâle impubère, a pour conséquence un développement prématuré et rapide des caractères sexuels secondaires, des testicules et du corps.* Les premiers de ces phénomènes traduisent une hyperactivité des glandes sexuelles. Les choses se passent comme si l'ablation de l'épiphyse supprimait un frein s'opposant à l'évolution des testicules. Ce frein génital existerait au début de l'existence et cesserait d'agir à l'époque de la puberté, par suite d'une régression physiologique de la glande.

Les données expérimentales qui conduisent à cette théorie concordent, mieux que les autres, aux données cliniques exposées ci-dessus.

B. — Les **extraits épiphysaires** doivent avoir, en principe, une action inverse de celle de l'épiphysectomie, c'est-à-dire une *action frénatrice sur le développement des glandes sexuelles et du corps.*

En fait, de même que l'épiphysectomie, les injections d'extraits aqueux, soit totaux, soit privés de leurs protides et même de leur choline, donnent expérimentalement des *résultats discordants* :

1° *Action frénatrice sur le développement des organes génitaux et du corps.* — Le retard du développement des organes génitaux a été constaté chez les jeunes mâles impubères : lapin (del Priore, Pellizzi, Wislanski), canard (C.-I. Parhon et G. Werner), rat (Bertlinger, J. Calvet), etc. On a noté également un accroissement moindre des os longs.

D'après Wislanski, chez le lapin, l'action frénatrice s'exerce également chez le mâle et la femelle. L'accroissement du corps est retardé. Les ovaires contiennent de nombreux follicules dégénérés ; dans l'utérus, les fibres musculaires sont diminuées et le tissu conjonctif est augmenté. Les cellules des testicules sont dégénérées. Après six mois de traitement, mâles et femelles deviennent stériles.

D'après L.-G. Rowntree, S.-H. Clark, A. Steinberg et A.-M. Hanson, les injections intra-péritonéales d'extrait épiphysaire à plusieurs générations de rats albinos entraînent, à la cinquième, un *nanisme avec précocité sexuelle.*

2° *Pas d'action appréciable.* — C'est la constatation faite par Sisson et Finnay, S. Hartog et F. Weil chez le rat, J. Calvet chez le têtard, Roux chez les insectes, les têtards, les rats.

3° *Action stimulante sur l'accroissement somatique.* — Dana, Berkeley, Godart et Cornell ont constaté un accroissement accéléré du poids et de la taille chez des animaux jeunes : lapin, chien, chat, rat. D'après Godart, après un traitement de trois semaines, un rat impubère pèse 34 grammes au lieu de 31 grammes ; mais ses testicules sont plus petits que ceux des témoins, tout en ne présentant pas de modifications appréciables.

Pour Max Cord, Adder et Chidester, Grœbbels et Khun, Roux, Takacs, l'ingestion d'épiphyse accélère l'accroissement du poids, mais retarde l'apparition et entraîne une atténuation des caractères sexuels secondaires.

Somme toute, il semble bien que les extraits épiphysaires exercent une *action frénatrice sur l'appareil génital,* que l'*influence sur l'accroissement somatique* soit beaucoup moins appréciable.

Pende pense que l'épiphyse élaborerait des substances stimulantes et des substances frénatrices ; suivant la prédominance des unes ou des autres les effets seraient différents.

D'après Krabbe, la stimulation de l'accroissement somatique serait due à la teneur élevée de l'épiphyse en acide nucléinique.

C. — Les **greffes et implantations d'épiphyse.** — Les *greffes* d'épiphyse réunissent rarement ; les greffons sont vite résorbés. Rien d'étonnant à ce que les expérimentateurs n'aient obtenu aucun résultat.

Les *implantations* d'épiphyse, répétées tous les jours ou tous les deux jours, réalisent un *hyperpinéalisme chronique* du fait de la résorption successive des glandes implantées. Elles ont été effectuées chez le rat (E. Johnson et L. Lahr, J. Calvet) et le cobaye (J. Calvet). Elles déterminent, chez le mâle impubère, un accroissement moindre du testicule, un retard de la spermatogénèse, une descente lente des testicules ; chez la femelle, un accroissement faible des ovaires et un retard de l'ouverture du vagin. Elles n'ont aucune action sur la croissance.

D'une façon générale, les *extraits* et les *implantations d'épiphyse* ont des effets contraires à ceux de l'épiphysectomie ; ils exercent sur les organes sexuels une action frénatrice, tandis que cette dernière a une action stimulante. Ainsi se trouve confirmée la conclusion formulée ci-dessus à propos de l'épiphysectomie.

L'épiphyse semble bien freiner l'accroissement des organes sexuels jusqu'à la puberté. Par contre, son action sur l'accroissement somatique est très inconstante. Il convient donc de distinguer ces deux ordres de phénomènes.

On admet généralement que l'épiphyse est une **glande endocrine**, dont elle possède d'ailleurs les caractères morphologiques, et qu'elle agit par sa *sécrétion interne.* Cette sécrétion se déverse dans le sang, car la vascularisation de la glande est très riche, et dans le liquide céphalo-rachidien (Lœwy) et influençant probablement aussi directement le système nerveux voisin (Pende, Molfino). D'après G. Roussy et M. Mosinger, il existe un *complexe neuro-endocrinien épithalamo-épiphysaire* ; il existe, d'ailleurs, entre ces deux systèmes, des fibres nerveuses constituant une *voie hypothalamo-épiphysaire.*

On conçoit donc que des lésions du système nerveux, respectant l'épiphyse, puissent avoir une action semblable à celles de l'épiphyse.

On doit se demander si l'épiphyse agit *directement* sur les glandes sexuelles et éventuellement sur l'accroissement somatique ou *indirectement* par l'intermédiaire des autres GLANDES ENDOCRINES susceptibles d'influencer ces phénomènes.

L'épiphysectomie n'entraîne pas de modifications appréciables de la *glande thyroïde* (Dandy) et de la *cortico-surrénale.*

Par contre, elle a une influence manifeste sur l'*antéhypophyse.* L'antéhypophyse (Yokoh), ainsi que le lobe postérieur (C. I. Urechia et Ch. Gregoriu) s'hypertrophient ; dans sa totalité, le volume de l'hypophyse triple. On constate une augmentation du nombre des cellules acidophiles, de la colloïde qui remplit les acini, et une hyperplasie simple du lobe postérieur. L'épiphysectomie provoque, somme toute, un hyperfonctionnement de l'hypophyse.

L'antéhypophyse a une action somatotrope et gonadotrope ; l'épiphyse a une action frénatrice sur le développement des gonades et peut-

être l'accroissement somatique. Il semble donc y avoir **antagonisme entre l'épiphyse et l'antéhypophyse** et il est possible que l'action de la première s'exerce par l'intermédiaire de la seconde.

En tout cas, l'expérimentation donne la preuve de l'antagonisme.

J. Calvet, chez des rats blancs impubères, *greffe simultanément un poids égal d'épiphyse et d'antéhypophyse* : l'effet sur l'accroissement génital et somatique est nul. La greffe d'une seule des glandes chez des animaux différents réalise une action frénatrice avec l'épiphyse, une action stimulante avec l'hypophyse.

P. Engel *injecte simultanément* à des rats, des souris, des lapins, des *hormones hypophysaires gonadotropes et des extraits épiphysaires* ; l'effet des hormones gonadotropes est nul ou atténué. D'autre part, il constate qu'avec les *injections simultanées d'extraits épiphysaires* et soit de *folliculine*, soit d'*hormone mâle*, les effets sont les mêmes que chez les animaux qui reçoivent seulement ces dernières, sans extrait épiphysaire. Donc l'action frénatrice de l'épiphyse ne s'exerce pas directement sur les glandes sexuelles, mais indirectement par l'intermédiaire de l'antéhypophyse.

P. Engel fait des constatations de même ordre avec l'*hormone hypophysaire somatotrope*.

Il est conduit à penser que l'épiphyse élabore une *hormone antigonadotrope*. On pourrait parler aussi d'une *hormone antisomatotrope*.

L'appellation d'hormone ne doit pas être retenue. Depuis Starling (1905), on appelle *hormone* un produit spécifique élaboré par une glande endocrine, agissant comme un excitant fonctionnel : ὁρμάω, j'excite. Depuis Edward A. Schafer, on appelle *chalone*, un produit spécifique élaboré par une glande endocrine inhibant ou diminuant l'activité de certains organes : χαλάω, je ralentis. L'épiphyse élaborerait donc une chalone et cette élaboration prendrait fin à l'époque de la puberté.

***

Malgré l'importance des constatations anatomo-cliniques et expérimentales, qui plaident en faveur du rôle de l'épiphyse dans certains cas de virilisme dans l'enfance et dans la jeunesse, tout le monde n'est pas d'accord à ce sujet. Trois théories sont émises.

La première théorie est la **théorie glandulaire.** Elle a pour base les constatations anatomo-cliniques et physiologiques. Le virilisme est causé par une *tumeur de l'épiphyse*. Celle-ci entraîne la destruction de la glande et *supprime son action frénatrice sur les glandes sexuelles*, qui, normalement, ne cesse qu'à l'âge de la puberté. Par suite, les facteurs de la puberté agissent avant l'âge habituel et entraînent l'*installation du virilisme*.

La deuxième théorie est la **théorie nerveuse.** Elle est basée sur les observations anatomo-cliniques dans lesquelles le virilisme est provoqué par des *tumeurs et des lésions de l'encéphale, alors que l'épiphyse est intacte*. Ayant constaté des faits de cet ordre, relatés ci-dessus, A. Baudoin et H. Schœffer, Lhermitte, etc., pensent que le virilisme n'a aucune relation avec la destruction de l'épiphyse. La *tumeur de l'épiphyse, quand elle existe*, n'agit pas par la destruction de la glande, elle *agit en entraînant l'hydrocéphalie* et l'*hypertension intra-ventriculaire* ; celle-ci excite les centres nerveux, notamment ceux de l'hypothalamus, et provoque un *hyperfonctionnement de l'antéhypophyse, l'élaboration prématurée d'hormone gonadotrope et l'entrée en activité du testicule.*

Les observations anatomo-cliniques sont exactes et le virilisme précoce, supposé d'origine épiphysaire, peut avoir une origine extra-épiphysaire. Mais il ne faut pas éliminer pour cela l'intervention de l'épiphyse. La lésion nerveuse peut rompre l'équilibre du complexe neuro-endocrinien épithalamo-épiphysaire et entraîner l'inhibition de la fonction chalonique de la glande.

La troisième théorie est la **théorie néoplasique,** soutenue par Askanazy. Les phénomènes provoqués par les affections de l'épiphyse ne sont pas dus à la suppression de ses fonctions ; ils relèvent de la tumeur elle-même. La tumeur est presque toujours un *tératome embryonnaire* ; or, les tératomes, quel que soit leur siège, provoquent des réactions de tout l'organisme et peuvent suffire à déclencher l'évolution de l'appareil sexuel. Krabbe, en 1938, ne rejette par cette interprétation.

On peut objecter toutefois que le virilisme peut s'installer avec des tumeurs qui ne sont pas des tératomes embryonnaires.

Le problème des relations du virilisme dans l'enfance et la jeunesse avec les lésions de l'épiphyse est donc complexe et n'a pas encore reçu de solution définitive. Il se pose aujourd'hui dans les mêmes termes qu'il y a une vingtaine d'années, quand, en 1923, j'ai publié mon livre sur *Les syndromes endocriniens*. Toutefois, les nombreuses recherches poursuivies depuis cette époque ont contribué grandement à élucider les fonctions de l'épiphyse. Il semble légitime d'admettre que le rôle de l'épiphyse dans la production de certains faits de virilisme doit être retenu.

En tout cas, quand on constate le syndrome décrit ci-dessus, le *traitement médical* est purement symptomatique, il faut avoir recours après avoir vérifié par les techniques appropriées, l'existence d'une tumeur, à la *neuro-chirurgie* ou à la *radiothérapie*.

PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

RÉGIMES, SOINS ET MÉDICATIONS A PRESCRIRE AUX PRÉMATURÉS

Par M. le Docteur R. Liège

Ancien Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Les problèmes que posent les prématurés sont nombreux. Nous n'envisagerons ici que ceux susceptibles d'intéresser le praticien :

Les régimes, les soins, les médications à prescrire.

Voici l'histoire, prise entre plusieurs observations, des difficultés que peuvent créer au médecin l'état de prématuration, rencontré nous semble-t-il d'une façon un peu plus fréquente dans les circonstances actuelles qu'en temps ordinaires.

P... Françoise, est née le 16 septembre 1941, avant terme à 7 mois. Les parents sont bien portants, c'est leur premier enfant.

Dans les derniers mois de la grossesse, sur les conseils de la sage-femme, la mère est restée alitée ; de fait, il existait un placenta prævia.

Le poids de l'enfant à la naissance est de 1.700 grammes. Huit jours après, quand nous la voyons, pour la première fois, le poids est tombé à 1.520 grammes. Le bébé est enveloppé d'ouate, emmailloté et entouré de bouillottes d'eau chaude. On ne note aucune malformation. Il existe un ictère léger. Le cri n'est pas mauvais, mais mise au sein après deux ou trois efforts de succion, l'enfant s'endort ; aussi depuis sa naissance utilise-t-on un tire-lait pour nourrir l'enfant à la cuiller. La sage-femme a conseillé de mettre à profit l'existence dans la famille d'un nourrisson d'un mois pour favoriser la montée laiteuse chez la mère par succion d'un nourrisson normal et d'utiliser conjointement le lait de la mère de ce dernier pour nourrir le prématuré.

En maintenant l'alimentation par le lait de femme, donné conformément aux besoins caloriques du bébé, en ajoutant des injections de plasma de Quinton, le poids se relève assez rapidement et atteint 2.030 grammes le 3 octobre.

A partir du 7 octobre, surviennent des incidents dramatiques qui, à plusieurs reprises, mettent la vie du bébé en danger. C'est d'abord une rhinopharyngite avec élévation de la température à 40°6 qui déclenche une otite, nécessite une paracentèse double avec issue de pus du côté gauche.

Une légère dyspnée et quelques râles de bronchite font craindre une broncho-pneumonie. Celle-ci ne survient pas. Le calme paraît renaître, lorsque le 10 octobre, après avoir crié toute la journée, l'enfant vomit, n'a plus de selle et présente une brusque augmentation de volume du ventre.

Le tableau réalisé est celui d'une occlusion aiguë avec abdomen tendu météorisé, ombilic déplissé. Une sonde rectale ramène une selle ; l'enfant est maintenue en position genu pectorale ; le lendemain, l'abdomen a diminué de volume, mais augmente à nouveau, le soir, l'enfant paraissant présenter de véritables crises douloureuses abdominales avec contractions intestinales visibles sous la paroi ; si bien que le lendemain, une consultation chirurgicale paraît nécessaire.

Le Docteur M. Fèvre voit l'enfant et conclut à un état de sub-occlusion en partie d'origine infectieuse, en partie d'origine mécanique, dans lequel la chirurgie ne peut être d'aucun secours. On se borne à administrer un lavement goutte à goutte de sérum salé hypertonique. Dans les jours suivants, les phénomènes intestinaux s'amendent, les crises douloureuses s'espaçant, mais les oscillations thermiques restent impressionnantes. La température s'étage entre 36°5-40°5-41°. A deux reprises, elle atteint 41°9. On donne à ce moment des bains courts à 38°.

Le poids du bébé tombé à 1.920 grammes le 11 octobre, remonte progressivement. On note 2.080 grammes le 17 octobre, 2.240 grammes le 21, 2.335 grammes le 23, 2.430 grammes le 25, l'enfant étant alimenté en partie avec du babeurre, en partie avec le lait de la mère et recevant deux injections quotidiennes de plasma de Quinton. A partir du 25 octobre la température se régularise, l'état de l'enfant s'améliore. L'accroissement pondéral devient rapide.

Le 1er novembre, le poids atteint 3.000 grammes.

Le 15 novembre, il est de 3 kgr. 600 et l'enfant fait sa première sortie.

Cette observation est une occasion de rappeler les soins si spéciaux dont sont justiciables les prématurés.

I. — Régime. — Pratiquement le seul régime qui convienne à ces enfants et qui soit susceptible de mener à bien ces élevages pleins d'écueils, c'est le lait de femme. On alimente le prématuré plus tôt qu'on ne le fait pour un enfant normal. Dès la douzième heure, on commence à donner du lait de la mère et on en donne pratiquement autant qu'il est possible d'en faire prendre à l'enfant.

Le prématuré étant le plus souvent incapable de têter, on l'alimentera à la petite cuiller ou au compte-gouttes. Comme dans l'observation présente, on peut mettre à profit la succion d'un nourrisson plus robuste, si la chose est possible pour favoriser la montée laiteuse. Un tire-lait est nécessaire.

Dans la pratique de ville, le mieux est d'utiliser le tire-lait électrique ABD que l'on trouve à louer dans le commerce.

Si la mère ne peut allaiter son enfant, on utilisera le lait d'une autre femme, ou l'on recourera aux centres de donneuses de lait qui fonctionnent dans certaines maternités.

Dans l'alimentation du prématuré, on se rappellera que les besoins sont supérieurs à ceux de l'enfant né à terme, et supérieurs à ceux que le lait de femme peut satisfaire (d'où adjonction de



sel ou de sucre), et qu'en conséquence, la ration alimentaire doit être supérieure à celle des enfants nés à terme.

Pratiquement, on calculera cette ration alimentaire du prématuré d'après la loi de Budin. Le poids de l'enfant évalué en décagrammes est doublé. On ajoute à ce nombre 20 ou 40 grammes. Un prématuré de 1.500 grammes, selon ce calcul simple, prendra une ration de 320 à 340 grammes.

Lorsque l'état de l'enfant ne permet pas l'administration du lait par la bouche, à la cuiller ou au compte-gouttes, on peut utiliser la voie nasale en versant le lait dans la narine de l'enfant, dont la tête est maintenue horizontale. Toutefois, le risque de broncho-pneumonie de déglutition, que fait courir cette technique, fait souvent préférer l'alimentation par la sonde œsophagienne facile à réaliser avec une sonde uréthrale d'un calibre de 8 à 12, munie d'un entonnoir de verre. Le nombre des repas sera également fixé en tenant compte des possibilités, des réflexes, de la force vitale, de la somnolence des prématurés.

Pratiquement le point important est de faire prendre à l'enfant la ration, qui lui est nécessaire.

Cette ration sera répartie dans certains cas en douze prises toutes les deux heures, même la nuit ; dans d'autres en dix ou huit prises.

Si l'enfant s'améliore et prend du poids, on diminue le nombre des prises en augmentant la quantité ; on fractionne davantage dans le cas contraire.

II. — Soins a donner. — Ils exigent la présence d'infirmières spécialisées.

Il faut surveiller la température ; protéger le prématuré contre la perte de chaleur, sans toutefois perdre de vue que ces bébés font de l'hyperthermie presque aussi facilement que de l'hypothermie. Le moyen le plus simple consiste à placer l'enfant dans un enveloppement ouaté, la tête couverte et de l'entourer dans son berceau de bouillottes d'eau chaude. On placera un thermomètre sous la couverture, sur la poitrine de l'enfant. Les couveuses sont actuellement peu utilisées. Elles nécessitent un personnel habitué à leur maniement et sont peu pratiques en ville.

La question du bain préoccupe l'entourage. Là encore on agira avec prudence. Le bain chaud et rapide est pratiquement possible dès la chute du cordon ; les soins de la peau seront antérieurement assurés par des lavages rapides avec la solution préconisée par le Professeur Marfan (iode métallique 0,50 ; alcool rectifié et glycériné ââ 150). Séchage à l'ouate hydrophile chaude et poudrage au talc stérile.

III. — Les médications a utiliser et a prescrire. — Elles sont, en réalité peu nombreuses. Le chlorure de sodium peut être utilisé soit *per os* en l'adjoignant aux prises de lait à la dose de un à deux centigrammes par 100 grammes du poids du corps, soit en lavements ou en injections sous-cutanées. Il accélère les augmentations du poids.

Les injections de sérum salé hypertonique. à 30 p. 100, dans le sinus ou la transfusion sanguine par la même voie, nécessitent à notre avis des manœuvres bien délicates chez des bébés aussi fragiles et nous n'y avons pour notre part encore jamais eu recours, bien que ces procédés soient préconisés par certains auteurs.

Le *sucre* peut être également utilisé *per os* ; on augmentera le sucrage du lait de la mère en ajoutant 5 à 10 p. 100 de saccharose. Comme le sel, on peut l'administrer sous forme d'injections de sérum glucosé isotonique. On peut alterner au besoin les injections de solutions salines et de solutions sucrées.

De toutes façons, la fréquence et la dose de ces injections seront basées sur la facilité de résorption des bébés.

Pour accélérer l'augmentation de poids, on a conseillé les injections simultanées de sérum glucosé et de une à deux unités cliniques d'insuline.

La *folliculine* a été introduite dans le même but, en se basant sur l'hypothèse qu'il devait y avoir carence de folliculine chez les prématurés.

Pratiquement, on utilise une solution hydroalcoolique de folliculine titrée au 1/10e de mill. par c. c. dont on donne huit gouttes par jour (soit 160 unités internationales) réparties en deux prises. D'après Martin, Petié, Walter, Schilder, la cure doit commencer le premier jour de la vie. Elle doit cesser lorsque le poids atteint 2.500 grammes. Nous n'avons pas l'expérience de cette thérapeutique, pas plus que celle du sérum de jument gravide également préconisée en partant de principes identiques.

L'oxygène en inhalations a l'avantage de ne pas fatiguer l'enfant, et est une thérapeutique stimulante d'administration facile.

S'il est nécessaire, on utilisera la caféine ou la coramine. On peut prescrire cinq à dix gouttes d'une solution de citrate de caféine à 10 p.100, ou une à deux gouttes de coramine, ou des injections de caféine de un à deux centigrammes par c. c. Il sera bon d'avoir près de l'enfant des ampoules de lobéline dosées à 0,003 par c. c. La défaillance respiratoire qui, pratiquement, se manifeste soit sous forme d'accès d'apnée, ou d'accès de cyanose, est l'accident brutal que l'on redoutera, car il vient souvent terminer brusquement la vie du prématuré.

Ce danger doit être connu de l'entourage.

Le bain chaud, l'injection de lobéline (moitié d'une ampoule à 0,003) sont les remèdes héroïques. Il est rare que le médecin puisse agir d'une

façon plus active. Toutefois, dans certains cas, il pourra être amené à discuter l'opportunité d'une ponction lombaire.

La cyanose, que l'on constate chez certains prématurés, n'est pas toujours due à des phénomènes d'atélectasie pulmonaire, mais à des hémorragies intracraniennes, qui se produisent pendant l'accouchement. Dans ce dernier cas, en libérant la compression des centres respiratoires par l'issue d'une certaine quantité de liquide céphalorachidien, on peut faire céder la cyanose.

C'est avec ces soins minutieux que l'on aura quelque chance de diminuer le pourcentage élevé de mortalité, que grèvent lourdement les prématurés. En tenant compte des différents facteurs individuels inhérents à chaque cas et qui peuvent le faire varier, l'axe du pronostic reste fourni par les lois de Marfan, savoir :

Les prématurés de moins de mille grammes ne vivent presque jamais ; de 1.000 à 1.500 grammes un très petit nombre vit, ce n'est qu'à partir de 2.000 grammes que les chances deviennent appréciables.

A l'heure où la situation actuelle, du fait de la dislocation de nombreux foyers, risque d'être un nouveau facteur de dénatalité, il convient plus que jamais de redoubler de soins pour les prématurés.

Leur sauvetage peut constituer une récupération qui n'est pas sans intérêt, le prématuré étant susceptible dans bien des cas de se comporter ultérieurement comme un enfant né à terme.

VALEUR DU TEST DE SCHILLER

Le test de Schiller consiste en une simple pulvérisation du col de l'utérus avec une solution de Lugol faible. On observe alors la couleur obtenue. Normalement, sur un col sain, l'application de Lugol donne une couleur brun foncé uniforme. Le test de Schiller est basé, en effet, sur la constatation qu'une solution de Lugol faible colore en brun acajou les zones, riches en glycogène et ne colore pas les zones dans lesquelles l'épithélium est pathologique. Du fait, que la pulvérisation de Lugol faible ne donne pas la couleur brun acajou, on se trouve en présence d'un col anormal et pathologique. Très préconisé en France par plusieurs auteurs, notamment par Palmer, ce test peut surtout rendre service pour diagnostiquer un cancer du col utérin.

Mais deux éventualités sont à considérer : la femme est avant la ménopause ou bien la femme est après la ménopause.

1° Avant la ménopause.

Avant la ménopause, une tâche blanchâtre sur le col, au lieu de la coloration uniforme brun foncé, indique qu'il y a une lésion de l'épithélium. Elle doit donc mettre de suite l'observateur en garde. Quant à affirmer la nature exacte de cette lésion, seule une biopsie, suivie d'un examen histologique, permet de le dire. Dans bien des cas, il s'agira d'ailleurs d'un cancer malpighien.

L'existence d'une tache rose indique la disparition, à cet endroit, de l'épithélium malpighien : elle est tout aussi anormale.

3° Apres la ménopause.

Après la ménopause, la valeu du test de Schiller se trouve, par contre, sensiblement différente. Que la ménopause soit naturelle ou qu'elle soit la conséquence d'une intervention chirurgicale, l'absence de sécrétion de folliculine par les ovaires va faire disparaître le glycogène des cellules de l'épithélium vaginal, et la coloration en brun acajou par la solution de Lugol faible ne se fera pas. Si, cependant, elle se produit encore peu de temps après l'arrêt de la fonction ovarienne, elle est peu nette et ira sans cesse en diminuant. Comme Schockaert l'a montré, l'accumulation du glycogène se fait sous l'influence de la fonction folliculigène des ovaires. « Pas de folliculine, pas de glycogène », écrit-il, et, comme corollaire, moins de possibilités de voir le test de Schiller suffisamment net. D'où l'intérêt de se rappeler, lorsqu'on fait cet examen, si on est en présence d'une femme ménopausée ou non.

Conclusion. — Le test de Schiller constitue un nouveau signe clinique assez facile à rechercher et susceptible d'indiquer rapidement et facilement l'état d'un col. A lui seul, il ne saurait cependant constituer un examen suffisant pour poser un diagnostic étiologique. C'est l'examen histologique du laboratoire qui précisera la nature de la lésion. Malgré tout, en indiquant macroscopiquement une lésion, il attire davantage l'attention sur une néoplasie possible. De plus, en montrant si bien le siège et les limites de la zone suspecte, le test de Schiller indique l'endroit précis dans lequel il faudra faire la biopsie. La recherche du test de Schiller est donc recommandable à tous points de vue.

Pierre Labignette,
Chef de laboratoire de la
Maternité de l'hôpital Boucicaut.

BASEDOW DE GUERRE A DÉBUT ÉMOTIF

Par Georges Boudin

Médecin assistant à l'hospice de Bicêtre

Les influences nerveuses ont une grande importance dans l'étiologie de la maladie de Basedow, et le rôle d'une émotion brusque a suscité de nombreuses discussions. On a même signalé une augmentation de fréquence de la maladie après des grands tremblements de terre ou au cours des guerres, en particulier au cours de la guerre 1914-18. Nous avons eu l'occasion, au cours de la guerre actuelle, d'étudier à l'H. O. E.2 de Bar-le-duc, l'histoire d'un jeune sergent de chasseurs à pied, qui fit une malade de Basedow typique apparemment déclenchée par une émotion violente. En voici l'observation :

Ma... Louis-Marie, âgé de 22 ans, est sergent dans un bataillon de chasseurs à pied depuis plus d'un an et n'a, jusqu'alors, jamais été malade.

Le 12 octobre 1939 a lieu une attaque allemande sur son secteur. Il se souvient être dans un trou individuel près de l'un de ses hommes ; celui-ci part pour une raison qu'il a oubliée ; il prend alors le fusil mitrailleur de l'homme et s'apprête à tirer ; il voit avancer l'infanterie allemande, et à ce moment précis, perd brusquement connaissance. De la suite, il ne se souvient de rien, il se retrouve une semaine plus tard à l'hôpital de Lunéville présentant un trou complet de huit jours dans ses souvenirs. Ce qu'il sait, c'est qu'à Lunéville sa maladie de Basedow était constituée et qu'il avait en une semaine fait un amaigrissement massif de onze kilos.

Quand nous l'examinons le 3 janvier 1940, notre jeune sergent présente tous les symptômes d'une maladie de Basedow caractéristique. On est frappé par son exophtalmie importante, bilatérale, variable d'un examen à l'autre, et prédominante du côté gauche. On constate un goitre mou et diffus, sans nodule, prenant les deux lobes du corps thyroïde, assez mal limité vers le bas où il paraît s'insinuer derrière la fourchette sternale. Il s'accompagne d'un léger enrouement.

Il existe une tachycardie importante, variant de 100 à 140 pulsations à la minute, sans troubles fonctionnels cardiaques.

Un tremblement menu, fin, à petite oscillations rapides, généralisé, prédominant au repos, vient compléter la classique tétrade symptomatique. Il n'existe ni diarrhée, ni insomnie, quoique depuis quelques jours le malade dorme mal, avec des cauchemars (chute dans les précipices). Les réflexes tendineux sont vifs, le malade accuse des douleurs dans les jambes et les bras, avec des crampes musculaires, et du dérobement des jambes ; il a des envies fréquentes d'uriner, et quelques troubles génitaux. Des accès subits de rougeur des pommettes, et un dermographisme des plus nets témoignent des perturbations du système sympathique.

Le psychisme est troublé : le malade est devenu hyperémotif et irritable, il ne peut supporter la moindre observation, et, sa femme étant venue le voir à Lunéville, il ne voulait pas certains jours la recevoir. Son intelligence est touchée : son attention est diminuée parce que, dit-il, il s'énerve trop vite, il oublie les dates et même l'orthographe présentant une amnésie légère mais globale, il calcule lentement.

Tous ces troubles sont apparus brusquement, sans épisode fébrile, et existaient très marqués pendant son hospitalisation à Lunéville. Trois mois de convalescence chez lui l'ont un peu amélioré, quoi qu'il se fasse beaucoup de soucis pour sa femme qui est enceinte de huit mois. Il n'a pas continué à maigrir, mais n'a guère engraissé.

Nous n'avons pu faire pratiquer de métabolisme basal. La réaction de Wassermann est négative.

Il s'agit, en somme, d'une maladie de Basedow caractéristique, dont le point curieux est son installation brusque au cours d'une émotion violente. C'était la première fois que ce jeune sergent voyait une attaque allemande. En quelques jours, la maladie atteint sa période d'état.

Faut-il admettre que cette forte émotion a suffi à déclancher la maladie de Basedow ; Crile et Cannon pensent que l'émotion entraînerait une hypersécrétion surrénale avec décharge d'adrénaline qui agirait sur la sécrétion thyroïdienne par l'intermédiaire d'une excitation sympathique ?

Faut-il penser au contraire que l'émotion, comme le traumatisme, ne joue qu'un rôle occasionnel, révélant brutalement un trouble thyroïdien latent et survenant sur un terrain prédisposé ?

C'est là une controverse, qui a suscité de nombreuses polémiques, que nous ne voulons pas reprendre ici. Signalons seulement que nous n'avons pas trouvé chez notre jeune sergent d' « hérédité thyroïdienne », ni de passé névropathique particulier ; son équilibre nerveux avait toujours paru normal jusqu'à la maladie.

L'intérêt de cette observation est de venir s'ajouter aux autres Basedow apparemment émotifs, et de montrer, par le rôle occasionnel ou non que prend l'émotion, l'importance des brusques perturbations du système sympathique dans le déclanchement de la maladie.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR





Les lendemains opératoires de certaines tumeurs présumées bénignes du sein

D'après le Professeur agrégé R. HUGUENIN, le Docteur J. DELARUE et Mlle A. PRUVOST (1)

SUITES BÉNIGNES, ET SURPRISES DRAMATIQUES

Il est certes des cas, particulièrement typiques, où le diagnostic de tumeur bénigne semble hors de toute contestation. Ainsi en est-il du *kyste*, quand il est nettement arrondi, bien limité, directement palpable sous la peau, parfaitement mobile, sans aucune adénopathie, et aussi quand il ne donne pas la moindre opacité à la transillumination. De même pour l'*hyperplasie mammaire* : les lobules, augmentés de volume, sont palpables sous la forme de masses bosselées, multiples et non adhérentes, légèrement douloureuses ; leur bilatéralité est un bon signe, comme aussi leurs poussées douloureuses pré-menstruelles, et leur clarté à la transillumination.

Par contre, une tumeur, quoique petite encore, dure, apparemment bien limitée, mais isolée du doigt, qui palpe, par un *œdème pré-tumoral*, surtout lorsqu'elle est opaque à la transillumination, impose avec une quasi-certitude le diagnostic de malignité.

Tout serait pour le mieux, si ces lésions, presque caractéristiques, étaient aussi fréquentes qu'on le croit volontiers. Malheureusement, il n'est pas souvent ainsi, et, dans la majorité des cas, la clinique reste hésitante. — Ou bien la tumeur dure, de limites nettes ou indécises, répondant à ce qu'il est classique d'appeler « l'adénofibrome », s'accompagne de *ganglions*, qui, pour n'avoir pas de caractères dûment néoplasiques, éveillent tout de même quelque soupçon. — Ou bien, dans un sein hyperplasique, existe un nodule *plus dur* que les autres. Est-ce un kyste, dont la coexistence est banale dans l'hyperplasie ? Est-ce un épithélioma au début, très fréquent aussi dans les mamelles hyperplasiques, ce qui ôte toute valeur diagnostique aux poussées prémenstruelles ?

Un signe clinique, joint aux résultats de la transillumination, peut être d'un grand secours : c'est le palper de la glande à pleine main, et non point sur le plan résistant du thorax ; il permet de mieux apprécier certains caractères de la tumeur, en particulier l'induration, le volume, l'étendue de la masse suspecte perdue dans la glande hyperplasique.

Mais il convient surtout alorsde ne pas perdre vue la malade, de vérifiei que les caractères cliniques *ne se modifient pas au cours des mois suivants*, pour ne pas courir le risque que la femme, tranquillisée par un premier examen médical rassurant, laisse évoluer, sans nul souci, une tumeur maligne.

Pareille surveillancesera nécessaire également d'une manière rétrospectlve, lorsqu'on a été amené à intervenirchirurgicalement, et cela afiu d'éviter encore des surprises dramatiques. Ici l'examen histologique de la tumeur enlevée s'impose, l'examen macroscopique aurait-il confirmé l'impression de bénignité. Mieux encore, l'examen histologique per-opératoire sera conduit dans des conditions spéciales : il est indispensable que l'on découpe la masse prélevée en de muiltples fragments, pour que le microscope ne laisse rien qui ne soit examiné. Il ne suffit pas, en effet, de regarder un unique fragment, puisque l'on constate souvent que l'épithélioma est minuscule, au sein d'un volumineux nodule hyperplasique, extirpé par le chirurgien. Même pour une tumeur d'aspect macroscopiquement bénigne, ce sont les multiples sections systématiques qui révèlent, à l'œil habitué, qu'une zone est peut être suspecte, ce que l'histologie pourra seule affirmer. Ainsi, il arrive encore trop souvent que, sous le prétexte d'une certitude pour la valeur que possèdent les signes cliniques des tumeurs du sein, des interventions chirurgicales partielles soient pratiquées sans nul contrôle histologique. Et si un examen histologique tardif donne une réponse de mauvais aloi plusieurs jours après l'intervention, le problème ne se résumera certainement pas à l'exérèse retardée du sein et des gîtes ganglionnaires.

(1) *Gazette médicale de France*, septembre 1941.



Les délicats problèmes thérapeutiques, qui peuvent se poser a retardement pour sauvegarder l'avenir de la malade

Voici plusieurs groupes de faits cliniques, intéressants des malades ayant subi une première exérèse de la tumeur.

I. — Une tumeur ayant toutes les apparences de la bénignité (bien limitée, non adhérente à la peau) est extirpée ; *plus tard*, dans un délai variable s'étant étendu jusqu'à six mois, l'évolution clinique, les adénopathies comme aussi l'examen histologique de la tumeur enlevée indiquent la malignité. Dans un cas, le microscope démontrait même l'existence d'un épithélioma atypique encore grossièrement encapsulé, sans envahissement de tissu graisseux, Ces faits permettent de concevoir combien trompeurs peuvent être les caractères cliniques que présentent ces tumeurs et d'admettre, du même coup, le peu de valeur de ceux-ci.

Que faire en pareille occurence ? Sans doute peut-on, sans tarder, compléter par une exérèse élargie l'ablation limitée d'un nodule tumoral. Mais cette conduite facile n'est pas pour cela logique ; en effet, on ignore si les traumatismes chirurgicaux itératifs sont fastes ou néfastes pour la vitalité des cellules néoplasiques déjà éloignées du siège initial de la tumeur. Le seul fait que des coups de ciseaux, forcément aveugles, aient été donnés profondément, ouvrant vaisseaux sanguins et lymphatiques, et que l'épithélioma ait été traîné, pour l'extraire, à travers la graisse mammaire, donne à penser qu'un vaste ensemencement a pu être réalisé par des cellules néoplasiques. Maintes fois, ce geste a été suivi d'accidents dramatiques, et ses méfaits ont été mis en évidence par certaines recherches expérimentales. Mieux vaut donc avoir recours à la *radiothérapie immédiate* : ou bien celle-ci pourra être favorable à une intervention chirurgicale ultérieure, ou bien elle sera entreprise à titre purement « moral ».

II. — Une tumeur apparemment bénigne a fait l'objet d'une extirpation limitée ; cependant un examen histologique est venu démontrer sa nature cancéreuse. Puis, une *récidive locale* s'est produite rapidement, souvent au niveau même de la cicatrice ; elle a pu même s'accompagner d'adénopathie ; en plus de ses caractères cliniques (adhérences cutanées, etc.), la tumeur est opaque à la transillumination.

Il semble alors plus rationnel pour l'avenir de surseoir, pour le moins, à une exérèse massive. Certaines observations semblent le prouver. Une opération mutilante serait alors susceptible de déclencher, par coup de fouet évolutif, le processus néoplasique évolutif, hors même de l'atteinte de nos thérapeutiques locales, dans des zones plus ou moins éloignées, où peuvent giter des cellules cancéreuses encore quiescentes.

On se contentera, dès lors, de mettre en œuvre un *traitement radiothérapique*, dût-il être plus ou moins intense : télé-radiothérapie, radiothérapie locale, sans oublier un traitement général adjuvant. Ainsi on aura parfois l'heureuse surprise d'observer une régression progressive de la masse tumorale et de l'adénopathie, parfois même leur dsiparition complète et définitive.

A noter enfin qu'un cancer du sein, apparu avant une *grossesse* ou bien au cours de celle-ci, est susceptible de subir un accroissement anormalement rapide. Aussi doit-on être averti de l'influence exercée sur l'évolution de pareille tumeur par les modifications hormonales, qui accompagnent la gestation (1). Il s'agit parfois aussi d'un épithélium extirpé une première fois, puis récidivé. Traité avec succès par la radiothérapie, il aura complètement disparu, mais sera susceptible de récidiver, même au bout de plusieurs mois à l'occasion d'une grossesse.

Pour conclure, nous devons avouer que la clinique est bien souvent impuissante à nous guider avec certitude pour le diagnostic des tumeurs du sein ; aussi ses signes ne doivent-ils jamais être considérés que comme des approximations plus ou moins justes.

Sans doute, la transillumination est un appoint qui, dans certaines circonstances, permet de relever l'erreur où eussent conduit l'inspection et le simple palper. Mais, tout comme l'examen radiologique, elle a aussi ses insuffisances et ses limites. Lorsque ses résultats sont douteux, elle a du moins l'avantage d'imposer le contrôle histologique pre-opératoire. Celui-ci, à la condition d'être complet, sans laisser rien d'inexploré, peut seul apporter la démonstration définitive. Cependant il arrive que l'image histologique reste imprécise ; il appartiendra dès lors à l'histologiste d'être aussi modeste que le clinicien et le chirurgien, de laisser planer le doute pour qu'intervienne la décision thérapeutique adéquate. A ce sujet, sachons également différer, le cas échéant, une intervention mutilante quand il y a récidive après une opération limitée, et n'oublions pas alors les ressources possibles de la radiothérapie, ne dût-elle que mieux préparer la malade à une exérèse totale, à laquelle elle pourrait être soumise plus tard.

G. Fischer.

(1) J. Verne, R. Huguenin et M. Perrot. Relations apparentes entre l'évolution d'un cancer du sein, la grossesse et le post-partum. (*Bulletin du cancer*, janvier 1939).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'A. B. C. du cystoscopiste

Le Docteur F. CATHELIN veut faire profiter ses confrères de la longue expérience, qu'il a acquise dans la pratique de la cystoscopie, car, dit-il, ce sont ceux qui sont en possession d'une bonne technique, qui réussissent. Point n'est besoin, en général, de préparation préalable ; la méthode est ambulatoire ; une anesthésie quelconque, surtout une anesthésie de la muqueuse, se révèle inutile et n'est pas exempte de dangers. A noter la question du repérage, puis celle de l'éducation de l'œil pour interpréter les lésions vues.

En résumé, l'examen cystoscopique de la vessie a une importance telle qu'il devrait être pratiqué chez presque tous les malades se présentant à notre examen, ce qui permettrait de faire des découvertes insoupçonnées, qui passent inaperçues faute d'être vues, et de formuler ainsi des diagnostics d'une précision telle qu'on ne peut en trouver d'analogues dans aucune autre branche de la chirurgie. (*Journal des Praticiens*, 27 septembre 1941).

Les pneumonies à pneumobacilles de Friedlander

Le Docteur A. FIEHRER publie une nouvelle observation de pneumonie à pneumobacilles de Friedlander chez une enfant de 11 ans ; ce qui la caractérise, c'est une guérison rapide par le traitement sulfamide, alors que généralement il s'agit d'une affection grave, pour laquelle la mort est de règle.

On peut faire rapidement le diagnostic de pneumonie à Friedlander, si l'on s'astreint à faire tôt un examen bactériologique de l'expectoration de toute pneumonie batarde ou sévère. Certains signes généraux sont en faveur de cette affection : les frissons répétés, l'absence d'herpès, la céphalée tenace, les vomissements, une ébauche de syndrome de Kernig, l'allure désarticulée de la température qui demeure élevée. Il en est de même pour l'aspect des crachats toujours hémorragiques, soit « jus de pruneaux », soit « abricots » avec filets sanglants. A noter que l'allure évolutive peut rappeler certaines pneumonies à pneumocoques avec crise franche.

Dans le cas particulier la pneumonie s'est révélée écourtée, d'une durée de quatre jours et demi. Elle a été traitée par le camphosulfonate de sulfamide (Silenan) : quatre comprimés le premier jour, puis six comprimés par jour jusqu'à la chute thermique ; puis, quatre, trois et deux comprimés par jour jusqu'au douzième jour après la chute de la température. Ainsi se trouve démontrée l'action rapide des sulfamides dans la pneumonie à Friedlander. Le camphosulfonate de sulfamide s'est révélé très maniable et peu toxique, amenant d'autre part la guérison rapide d'une pneumonie à pneumobacilles, au pronostic habituellement si sombre. (*Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1941).

Généralités sur le traitement de l'épilepsie

Le Docteur A. KNAPP développe sur ce sujet quelques considérations intéressantes, parmi lesquelles certaines méritent de retenir l'attention. C'est ainsi qu'il est parfois possible d'éviter l'apparition de la crise ; notamment quand le sujet perçoit l'aura au niveau de segments de membres, des doigts par exemple, on peut l'empêcher de progresser, si l'on enserre à temps avec un lien le point critique ; dès lors la crise se trouve jugulée. Cependant, malgré tout, il subsiste parfois à la suite de ces manœuvres un état de malaise, de dépression, de céphalalgie. Enfin, certains malades sont capables d'enrayer la crise en instance grâce à un effort de volonté.

Parmi les causes efficientes, on ne doit pas négliger les troubles gastriques et intestinaux, surtout ceux qui sont en relation avec un parasitisme intestinal, pour leur appliquer une thérapeutique rationnelle. Il en sera de même des polypes nasaux, des affections auriculaires, des lésions dentaires.

On a remarqué aussi que les affections fébriles écartaient momentanément les crises, et les auteurs ont rapporté cet heureux effet à une vaso-dilatation ; d'où l'idée de conseiller des inhalations de nitrite d'amyle.

D'autre part, l'état épileptique serait souvent dû à l'interruption d'un traitement bromuré institué depuis longtemps, et à hautes doses ; il est cependant possible d'éviter pareille éventualité en diminuant les doses de bromures, grâce à un régime hypochloruré, ou en remplaçant le brome par le gardénal.

Il ne faut pas perdre de vue non plus l'influence favorisante du chloroforme sur l'apparition des crises, afin de recourir à d'autres anesthésiques, lorsqu'il s'agit de pratiquer une intervention chirurgicale chez un épileptique. (*Munch. Mediz. Wochensch.*, nos 30 et 31, 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les stigmates de la syphilis occulte

(M. G. MILIAN ; 2-9-1941)

M. Milian exprime le regret que l'on perde actuellement un peu de vue l'importance de la syphilis en pathologie vasculaire, nerveuse et générale : la thérapeutique, dit-il, pâtit de cette méconnaissance étiologique. A côté de la syphilis à manifestations externes grossières, existe aussi une syphilis muette, occulte, qui reste ignorée du patient si le médecin ne l'a pas dépistée à certains stigmates, jusqu'au jour où elle se réveille.

Cette syphilis occulte est connue expérimentalement. Lorsqu'on inocule 100 lapins, 80 seulement prennent un chancre, les 20 autres restant apparemment indemnes. Kolle a montré que les 20 lapins indemnes d'accident primaire donnent néanmoins la syphilis à un animal neuf par l'inoculation du suc d'un ganglion. C'est là un exemple typique de syphilis occulte.

Chez l'homme, on a pu mettre en évidence de la même façon la syphilis muette. Cliniquement, on *connaît certains stigmates de cette syphilis* occulte. Landouzy insistait sur la leucoplasie buccale. M. Milian rappelle que le vitiligo, l'énurésie, la chorée, le diabète, l'hémiplégie des jeunes ont été rattachés, pour bien des cas, à la syphilis, soit connue, soit ignorée le plus souvent. Il y ajoute d'autres stigmates, notés par lui à la bouche et aux ongles : les cicatrices radiées des commissures labiales, reliquat des fissures du nourrisson ; la cicatrice médiane des lèvres, qui s'ouvre l'hiver par le froid ; les fissures linéaires et leurs cicatrices, bordées d'une petite bande leucoplasique, des parties latérales de la langue ; les raies transversales et les érosions ponctuées des ongles, apparaissant en dehors de toute dermatose locale et de toute maladie générale (intoxication arsenicale, scarlatine), et offrant un caractère particulier d'irrégularité quant à leur siège sur les différents ongles : les raies et érosions ponctuées causées par les dermatoses et les affections générales ont, au contraire, le même siège sur tous les ongles, se produisant au même moment.

Charbon pulmonaire et causes favorisantes

(MM. H. VELD, P. SOULIÉ et G. BELLOCQ ; 16-9-1941)

Certains auteurs estiment que le charbon pulmonaire peut être produit par la pénétration de spores dans les alvéoles pulmonaires sans altération préalable de celles-ci. D'autres pensent qu'une lésion locale est indispensable pour entraîner l'infection par la bactéridie. Expérimentalement, Buchner a obtenu la contamination d'animaux d'expérience avec de hautes doses de spores. Lodge, d'autre part, a montré le rôle irritant de la poussière de chaux dans la pathogénie du charbon pulmonaire. D'une série d'expériences faites chez la souris, MM. Velu, Soulié et Bellocq concluent que le chlore, si fréquemment utilisé dans l'industrie lainière, doit être ajouté à la poussière de chaux comme cause favorisante du charbon pulmonaire, chez les sujets ayant inhalé un très petit nombre de spores.

L'oxycarbonémie de la grossesse

(MM. H. VIGNES, GLOMAUD et L. TRUFFERT ; 16-9-1941)

A l'instigation de M. Loeper, M. Vignes et ses collaborateurs ont étudié l'oxycarbonémie chez les femmes enceintes. Ils ont trouvé de façon constante des quantités appréciables de CO dans le sang pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, en particulier chez les éclamptiques. Les dosages ont été pratiqués chez seize femmes.

Le traitement chirurgical de l'hémorrhagie cérébrale

(MM. J. LHERMITTE et J. GUILLAUME ; 7-10-1941)

L'idée d'une intervention chirurgicale dirigée contre l'hémorrhagie cérébrale n'est pas nouvelle, mais si diverses opérations ont été proposées, elles n'avaient pas donné jusqu'à ces dernières années de résultats décisifs.

Une première observation démonstrative de guérison de l'hémorragie cérébrale par traitement chirurgical est due à Th. de Martel et Guillaume et date de 1936. Encouragés par ce succès, MM. Lhermitte et Guillaume ont soumis deux malades frappés d'apoplexie à la même thérapeutique : trépanation à l'anesthésie locale et évacuation du foyer hémorragique (du volume d'une mandarine pour le premier et du volume d'une pomme pour le second). Les malades reprirent conscience quelques heures après l'opération. Guérison après dix et quinze jours.

De toute évidence, toute apoplexie n'est pas justiciable de l'intervention sanglante. Pour que l'opération puisse être envisagée, il faut que l'hémorragie se soit réalisée d'emblée et se révèle massive et limitée. L'intervention s'adresse aux hémorragies développées en territoire sain, aux processus auxquels s'applique le terme d'hématome cérébral.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur les thromboses de l'artère pulmonaire dans les cardiopathies

(MM. Ch. LAUBRY et J. LENÈGRE ; 11-7-1941)

Les auteurs étudient leur fréquence, leur mécanisme, leurs conséquences anatomiques, en se basant sur 126 observations anatomo-cliniques complètes. La thrombo-artérite intervient dans 66 p. 100 des cas, soit beaucoup plus souvent que l'embolie (10 % des cas) dans les processus d'obstruction de l'artère pulmonaire. A noter que la présence d'une thrombose dans les cavités droites du cœur n'augmente pas la fréquence des thromboses de l'artère pulmonaire chez les cardiaques.

D'ailleurs l'embolie et l'artérite ne résument pas l'étiologie des thromboses de l'artère pulmonaire. Une coagulation intra-vasculaire peut résulter — en partie tout au moins — d'une stase, par exemple par vaso-dilatation, d'où stase et coagulation dans l'artère, extravasation séreuse (œdème aigu) ou sanguine (apoplexie et infarctus) dans le poumon. Il faut y ajouter des facteurs hémo-dynamiques (ralentissement circulatoire des asystoliques) ; physico-chimiques (modifications séro-sanguines compliquant l'asystolie et lésions souvent profondes du poumon cardiaque) ; inflammatoires (soit d'ordre rhumatismal, soit par surinfection pneumococcique, par exemple).

Quant aux conséquences anatomiques d'une thrombose de l'artère pulmonaire, elles sont souvent déconcertantes. S'il n'en résulte jamais de nécrose (puisque ce n'est pas une artère nourricière), il peut exister toute une gamme de lésions parenchymateuses variées assez analogues à celles observées dans les viscères qu'irriguent les artères de la grande circulation (cerveau, cœur, reins), et qui vont de l'extravasion sanguine massive et systématisée (infarctus de Laennec) à l'apoplexie diffuse et à l'extravasation purement séreuse (œdème aigu localisé du poumon). Il peut même arriver que le parenchyme pulmonaire tolère de façon apparemment parfaite la thrombose de ses artères fonctionnelles.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 27 mai 1941

L'hypertension artérielle d'origine surrénale

M. E. DONZELOT rappelle que la conception surrénalienne de l'hypertension artérielle, soutenue dès 1904 par H. Vaquez, a connu, depuis cette époque, des fortunes diverses au gré des découvertes cliniques et expérimentales.

Les observations qui ont permis d'identifier le surrénalome hypertensif sont, à la vérité, peu nombreuses. Si l'on ne retient que les cas accompagnés de détails cliniques précis et de constatations nécropsiques ou opératoires, ils ne sont guère qu'au nombre d'une trentaine dans toute la littérature mondiale.

Il existe, dans la littérature mondiale, quelques rares cas de tumeurs, non plus de la médullaire, mais de la corticale surrénale, accompagnées d'hypertension artérielle en général permanente.

De nombreuses observations ont été publiées qui montrent la fréquence des altérations surrénales chez les hypertendus permanents ; hyperplasie, adénomes, foyers d'infiltration plasmocytaire.

La conception surrénalienne de l'hypertension artérielle devait tout naturellement conduire à envisager la possibilité d'un traitement chirurgical.

Il est, actuellement, prématuré de vouloir porter un jugement définitif sur la valeur de ces différentes interventions. M. E. Donzelot, d'après son expérience personnelle, croit pouvoir cependant dire que ces différentes opérations : 1° décapitent le syndrome hypertensif de ses poussées paroxystiques ; 2° améliorent très nettement la symptomatologie subjective ; 3° présentent une action modeste et, en général, transitoire sur la tension moyenne qui constitue de beaucoup le meilleur critérium.

A propos d'un cas de péricardite calcifiante

M. MOUQUIN apporte une observation qui permet d'évoquer deux questions à l'ordre du jour : celle de la péricardite calcifiante, et celle des signes électrocardiographiques des lésions coronariennes.

Ce cas prouve combien certains faits peuvent être loin des descriptions classiques. En effet, on ne retrouve chez la malade aucun des éléments de ces descriptions : le foie n'est pas gros, le cœur est gros au contraire ; il n'y a ni œdèmes, ni dilatation veineuse. Cette patiente n'est qu'une scléreuse, insuffisante cardiaque, et sa calcification du péricarde reste en quelque sorte contingente, n'influençant en rien l'aspect ni l'évolution de sa cardiopathie.

Le fait que la calcification du péricarde ne semble pas jouer un rôle important dans l'évolution des accidents d'insuffisance cardiaque, d'ailleurs relativement bénins, explique que l'on n'ait pas discuté dans ce cas l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Infarctus du cœur. Etude anatomique

M. R. LUTEMBACHER étudie quelques infarctus de formation récente.

Cette étude anatomique montre à quelles destructions irrémédiables aboutit l'oblitération coronarienne. C'est pourquoi il importe d'intervenir avant le grand syndrome angineux à type oblitérant. Il est rarement le premier en date, il est habituellement précédé par des signes prémonitoires tels que le syndrome angineux d'effort ; celui-ci, aussi bien que la claudication intermittente, pour les membres, révèle la phase sténosante de l'artérite.

Indications et résultats de l'artériographie dans les lésions artérielles des membres

MM. R. Giroux, H. Reboul et J. Sicot exposent ce que l'on doit raisonnablement espérer, dès à présent, de l'artériographie, en délimitant les indications actuelles.

Les qualités d'un bon artériogramme impliquent une visibilité parfaite de tout l'arbre artériel à partir du lieu de l'injection jusqu'aux artérioles. En l'absence de lésions pariétales des artères, le contraste doit être parfaitement homogène, les contours parfaitement réguliers ; le trajet aux courbes allongées doit donner l'impression d'une souplesse parfaite et le calibre décroître de façon presque insensible.

Dans les différentes affections artérielles des membres, chacun de ces caractères se modifie. On ne saurait préconiser l'artériographie ni chez les séniles déficients situés bien au-delà de toute possibilité chirurgicale, ni, tout au moins dans l'état actuel des connaissances thérapeutiques, chez les malades atteints de thrombo-angéite oblitérante puisque, dans cette affection, toutes tentatives locales (sympathectomie périartérielle, artériectomie) ont été constamment suivies d'échecs. On ne recommandera pas davantage cette méthode d'exploration dans les cas, si fréquents, d'artérites parfaitement tolérées, parfois simples découvertes d'examen. Il appartient à la clinique, en ce domaine comme en tout autre, de prévoir avec éclectisme l'utilité probable de l'artériographie.

C'est ainsi que chaque fois où se discute l'intérêt d'une sympathectomie périartérielle, de la résection d'un segment artériel oblitéré ; de même que dans les cas d'hésitation sur la hauteur d'une amputation, seule l'artériographie objectivera avec précision la valeur de la circulation principale, le point et la longueur de son interruption, l'importance de la circulation collatérale. L'amélioration du résultat de ces interventions ainsi judicieusement conduites n'est plus à opposer aux incidents et accidents du début de l'artériographie.

L'opération de Beaussenat. Cardiotomie exploratrice

M. Frank Viala rappelle que le 16 février 1915, M. Maurice Beaussenat, au cours d'une intervention faite pour extraire un projectile dans la région du cœur, constata que ce projectile était situé dans une cavité cardiaque. Il ouvrit cette cavité, en retira le projectile et le blessé guérit.

Le 8 octobre 1915, M. Maurice Beaussenat pratiqua la même opération chez un blessé qui présentait une balle de schrapnell dans une cavité cardiaque. Il ouvrit le ventricule droit et en retira le projectile, le blessé guérit. L'opération de la cardiotomie était née.

Société des Chirurgiens de Paris

Séance du 11 octobre 1941

Ectopie ovarienne double

MM. Masmonteil et Vautier rapportent une observation d'ectopie ovarienne primitive en position haute, malformation qui fut découverte grâce à l'exploration radiologique. Il s'agit d'une affection très rare qui se traduit en clinique par des crises douloureuses abdominales. La reposition sanglante a pu être pratiquée avec plein succès d'un côté, avec un succès relatif de l'autre par suite de la brièveté du pédicule.

Embolie pulmonaire précédant l'apparition d'une phlébite dans une opération d'hallux-valgus

Mme P. Brian-Garfield présente l'observation d'une malade opérée en deux fois pour *hallux-valgus* double. Vingt-trois jours après la seconde opération, infarctus du poumon droit, lui-même suivi, environ dix jours après, de l'apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche. Au bout du douzième jour, nouveau foyer pulmonaire suivi environ vingt jours après d'une phlébite du membre inférieur du côté opposé. L'auteur étudie la pathogénie de ces accidents et se demande s'il eut été possible de les prévoir et de les éviter.

Les fractures du col fémoral ont-elles augmenté de fréquence ?

M. C. Rœderer, au cours de l'année écoulée, a cru remarquer une augmentation du nombre des fractures du col, ceci en valeur absolue et l'on ne peut tenir compte de la statistique relative rapportée aux autres ordres de fracture, puisqu'elle est fortement viciée du fait des conditions particulières de la vie actuelle (moindre activité usinière, limitation de la circulation des automobiles). Cette constatation amène l'auteur à se demander s'il ne faut pas faire jouer un rôle à la décalcification consécutive aux restrictions alimentaires, aux modifications de régime et rapproche ce fait de l'observation qu'il a faite d'une augmentation du nombre des rachitismes tardifs et aussi de la réapparition de rachitisme grave signalée récemment.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité



UNE INTERVIEW DU DOCTEUR SERGE HUARD

Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé

A PROPOS DE LA LOI SUR LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

La loi sur la réforme hospitalière est prête ; elle sera publiée incessamment au *Journal officiel.*

Avant que ce texte, d'une importance capitale dans l'organisation sanitaire du pays, prenne force exécutoire, le Docteur Serge HUARD a bien voulu la commenter pour les lecteurs du *Concours Médical,* en indiquer l'esprit et les principales dispositions. Il est superflu d'insister sur l'intérêt que cette loi présente pour le Corps médical et sur l'attention que méritent les explications fournies par son auteur même.

Le nouveau texte rend caducs les textes antérieurs ; il abroge donc le régime instauré par la loi de 1851 et modifié par le décret-loi du 29 juillet 1939 lequel, du reste, par défaut du règlement d'administration publique qui devait l'interprêter, était demeuré inappliqué.

Une première réforme importante modifie la composition des Commissions administratives. Celles-ci comprennent : des représentants de la municipalité désignés par le Préfet ; un représentant de l'Ordre des médecins choisi par le Conseil départemental, un représentant des Caisses d'Assurances sociales auxquelles il faut reconnaître voix au chapitre en tant qu'organisme finançant les soins donnés dans l'hôpital aux assurés sociaux. Cette participation consentie aux Caisses dans la gestion de l'hôpital a pour but dans la pensée de l'auteur de la loi de contre-carrer la tendance qu'elles ont de créer des organismes hospitaliers leur appartenant en propre et fonctionnant hors de tout contrôle de l'Etat.

A côté de la Commission administrative ainsi composée, siège un Conseil technique émanant du Corps médical hospitalier ; il est appelé à donner son avis sur la répartition des services les problèmes d'organisation intérieure hygiénique (hygiène des salles, nourriture des malades, aménagements divers) et médicale (achat d'appareils, gardes, etc...).

Telle est la structure de direction dans l'hôpital nouveau style.

***

Une autre importante innovation réside dans la formule d'admission des malades. Ce n'est plus un organisme charitable, depuis longtemps du reste détourné de sa destination première. Il devient un hôpital toutes classes, selon une formule proche de la formule niortaise et selon aussi la formule adoptée par nombre de pays étrangers, en particulier chez les Anglo-Saxons des deux continents.

Ici, le Docteur HUARD souligne un fait que beaucoup d'auteurs ont dénoncé comme une anomalie particulière à la France. La médecine moderne, en s'entourant d'une technicité de plus en plus compliquée et, en conséquence, de jour en jour plus dispendieuse, a cessé d'être à la portée de tous. Le seul point de vue financier joue ici un rôle d'exclusive à l'encontre des malades privés de ressources suffisantes. Les indigents tournent l'obstacle en recourant à l'hôpital — centre charitable, qui les prend en charge et les fait bénéficier de la puissance financière de la collectivité. Ils partagent donc seuls, avec les classes riches, le privilège de recevoir des soins où intervient le coefficient des perfectionnements récents. Par contre, les classes moyennes ne peuvent par elles-mêmes rémunérer les traitements dispendieux et, d'autre part, ne sont pas admises (théoriquement en tous cas et à moins de recourir à la fraude) à l'intervention charitable de l'hôpital. Il faut que cesse ce paradoxe excluant une catégorie de contribuables qui,

après tout, apportent leur quote-part au budget communal de l'assistance.

L'hôpital toutes classes comporte des salles communes pour tous les malades qu'assiste un tiers payant : indigents, assurés assistés, accidentés du travail, pensionnés de guerre. Dans ces salles sont admis en outre, les assurés sociaux dont les ressources atteignent au maximum 30.000 francs par an, ainsi que disposent les règlements actuels, et plus généralement les malades dont le revenu est du même ordre que celui des assurés sociaux, tels que les petits artisans. Dans les salles communes, le seul personnel médical admis est celui de l'hôpital, nommé par concours régional sur épreuves et sur titres, étant entendu que ces titres auront une valeur équivalente à celle d'ancien interne d'une ville de faculté.

Par voie de conséquence, en salle commune, l'entente directe n'existe pas ; mais il n'en va pas différemment aujourd'hui.

A côté des salles communes, des chambres de deux ou trois lits ou des chambres particulières admettront une nouvelle catégorie de malades, petits payants, non assurés sociaux, dont les ressources sont bien faibles pour une maison de santé pourvue de tous les perfectionnements techniques et qu'il est cependant abusif d'adopter gratuitement à l'hôpital comme cela se pratique aujourd'hui. A ces malades dont un arrêté ultérieur déterminera la définition, suivant le chiffre de leurs revenus, il est fait application de la nomenclature des Assurances sociales, mais avec un chiffre-clé fixé régionalement, chiffre qui sera en tous cas nettement supérieur à celui des Assurances sociales. A côté des Services hospitaliers proprement dits, admettant les catégories de malades dont nous venons de parler, les hôpitaux ou Unions hospitalières auront la possibilité d'adjoindre des pavillons-cliniques admettant toutes les catégories de malades et ouvertes à tous les médecins. L'entente directe y sera la règle comme dans une clinique quelconque, mais les malades et les médecins bénéficieront de tous les moyens spécialisés techniques existant dans l'hôpital.

***

On peut se demander quel sera le sort des maisons de santé privées en face de tels organismes. Le Docteur Huard observe que l'innovation est moins radicale qu'elle ne paraît puisque, en fait, nombre de malades aisés étaient déjà admis dans les hôpitaux. Le premier résultat obtenu sera que la fraude n'aura plus lieu de s'exercer comme elle fait aujourd'hui. En outre, le prix de journée sera égal ou peut-être supérieur à celui des cliniques privées, puisque les annexes d'hôpitaux sont encore presque toutes à construire et que le prix de journée devra comprendre l'amortissement de la bâtisse et du matériel. Les cliniques privées continueront à l'emporter par le confort et l'individualisation des soins donnés aux malades. Enfin, le Docteur Huard reconnaît que sa conception convient plus à la province qu'à Paris où abondent les cliniques pourvues de l'outillage le plusperfectionné. Il n'en est pas de même dans la plupart des centres provinciaux où l'hôpital toutes classes pourra occuper une place jusqu'à ce jour vide. D'autre part, précise-t-il, il sied que les 40.000 lits dont disposent en France les cliniques privées ne demeurent pas hors du circuit de l'organisation sanitaire nationale. Ceux-ci pourront être admis à participer à l'œuvre d'assistance en hospitalisant des indigents ou des assurés assistés. Ou bien, selon les conditions locales, telle clinique particulièrement adaptée à ce rôle pourra constituer un service spécialisé annexe de l'hôpital si celui-ci n'en possède pas d'analogue.

Tous ces problèmes, à étudier sur place et un par un, se poseront au Comité d'organisation des cliniques privées dont la création s'avère nécessaire si l'on veut introduire un peu d'ordre dans ce qui a été jusqu'à présent dispersion et individualisme. Ne serait-ce que pour assurer à ces cliniques privées leur ravitaillement, chaque jour plus précaire, en coton, objets de pansement et médicaments, ce Comité d'organisation devait être créé.

Les consultations hospitalières sont maintenues. Mais cette question se rattache à celles des dispensaires, question vaste, délicate et encore à l'étude.

***

Si la nouvelle loi tient compte du prix de revient de la médecine actuelle pour créer des aménagements en faveur des classes moyennes de la société, elle n'ignore pas que ce prix de revient touche aussi, par d'autres incidences, les médecins. Aujourd'hui, un jeune médecin qui s'installe doit disposer de plusieurs dizaines de milliers de francs ; pour le jeune chirurgien qui est réduit à édifier sa propre maison de santé, c'est de plusieurs centaines qu'il s'agit. L'initiative privée est de plus en plus mise en difficulté. L'organisation nouvelle pare à cette défaillance.

D'autre part, dans les conditions d'aujourd'hui, le Corps médical travaille dans les hôpitaux à peu près gratuitement et la fraude s'exerce surtout à ses dépens. Désormais, il y trouvera une juste rétribution de son travail et chaque malade l'honorera proportionnellement à ses propres ressources. Il faut se souvenir que ce ne sont pas quelques gros honoraires, exceptionnels et aléatoires, qui peuvent faire vivre un

médecin ou un chirurgien, mais bien la poussèire de petits clients dont l'apport est à peu près régulier. Le fond du budget d'un médecin est fait de visites à 35 ou 40 francs et non d'accouchements à 1.000 francs ; le fond du budget d'un chirurgien est fait d'appendicites et de hernies à 800 ou 1.000 francs et non d'hystérectomies à 5.000 francs.

***

L'équipement hospitalier du territoire a été étudié selon une formule entièrement nouvelle.

Au chef-lieu de la région, le plus souvent (sauf dans l'Ouest) ville de faculté, se trouve le Centre médico-chirurgical capable de satisfaire à tous les besoins et où toutes les spécialités sont représentées. Il est pourvu, en médecine, d'un service consultant de cardiologie, de neurologie, de phtisiologie ; en chirurgie, d'un Centre consultant de chirurgie, orthopédique, d'urologie, de chirurgie infantile voire même de neuro-chirurgie. L'électro-radiothérapie, la curiethérapie, y sont pourvues de toutes les ressources souhaitables ainsi que l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie. Ainsi, sont réalisés la décentralisation médicale et le désencombrement de Paris.

Au chef-lieu du département : services de médécine et de chirurgie générales, de médecine et chirurgie d'enfants, de contagieux, de tuberculeux, d'oto-rhino-laryngologie.

Au chef-lieu de canton : un service de médecine, radiodiagnostic et installation pour la chirurgie d'urgence. Ici : pas de personnel chirurgical spécialement affecté, le courant de malades n'étant pas suffisant.

Tout ce système est placé sous le contrôle des directeurs régionaux qui, émanation du pouvoir central, se réunissent chaque mois au Ministère où se constitue l'unité de doctrine et se donnent les grandes directives.

***

Pour compléter l'équipement sanitaire sur le plan social, le Docteur HUARD se déclare partisan des Caisses mutuelles médicales et chirurgicales afin de rendre financièrement accessibles à la population, les soins médicaux convenables. Ce n'est pas une mutualité d'Etat qui est souhaitable, mais une organisation régie par l'Ordre des médecins d'une part et les diverses corporations de l'autre.

En outre, il exprime sans ambages sa volonté de voir les réserves des Caisses d'Assurances sociales contribuer à l'équipement sanitaire en finançant l'achat ou le fonctionnement de tel ou tel centre nécessaire dans une région.

A ce propos, il s'est laissé questionner sur ce qu'il fallait penser de la loi du 18 novembre, créant l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, émanation des Unions régionales des Caisses. Cette innovation n'avait pas manqué de porter le trouble et l'inquiétude dans le Corps médical qui redoutait d'y voir une sorte d'agrément donné aux initiatives des Caisses en matière de soins.

Il a précisé qu'il s'est agi d'intégrer dans un plan d'ensemble des organisations déjà existantes et d'étendre sur celles-ci le contrôle de l'Etat dont elles sont jusqu'à ce jour indépendantes.

Dans sa pensée, l'Institut sanitaire aura purement et simplement à s'occuper de la lutte contre les fléaux sociaux et principalement la tuberculose.

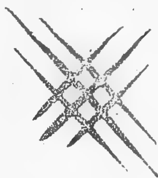
Le texte du 18 novembre prévoit des créations nouvelles, mais le Secrétariat d'Etat ne déviera pas de sa politique et tiendra en respect toute tentative de déborder le domaine concédé. Son agrément technique est nécessaire à toute innovation et il ne le donnera qu'à bon escient et moyennant tous les apaisements souhaitables. Il demeure entendu que les Caisses doivent se cantonner dans un rôle de financement et de comptabilité, et ne pas devenir les animatrices d'une politique indépendante.

Le contre-seing dévolu au Secrétariat d'Etat, est, affirme le le Docteur HUARD, une arme suffisante pour que le Corps médical n'ait pas à redouter de voir les Caisses empiéter abusivement sur son patrimoine professionnel.

Le *Concours médical* qui avait déjà perçu les échos de l'inquiétude éveillée chez les médecins par la loi du 18 novembre, est particulièrement heureux d'avoir recueilli ces déclarations rassurantes de la bouche même de M. le Secrétaire, d'Etat à la Famille et à la Santé.

En les portant à la connaissance de ses lecteurs il a la conviction de contribuer efficacement à ramener dans les esprits un apaisement et une confiance à tous égards désirables dans les jours que nous traversons.

G. LAVALÉE



A PROPOS D'UNE BROCHURE ET D'UN ARTICLE

LES MÉDECINS DEVANT LE RISQUE-MALADIE ET LES ASSURANCES SOCIALES (*)

(*Suite*)

2° FAUT-IL ABAISSER LES TARIFS MÉDICAUX ? — Ce titre étonne dès l'abord au temps où nous sommes. Nous avons au reste relu attentivement l'article du Docteur Maire auquel nous avons fait allusion. Il ne peut s'agir, encore bien qu'il ne l'ait pas assez précisé, que d'une baisse relative et non nominale des honoraires. Le maintien de ceux-ci à leur taux d'avant-guerre, devant la hausse du coût de la vie, est en soi-même une baisse absolue indéniable bien que difficile à chiffrer. Une baisse doit donc s'entendre soit d'une stabilisation des honoraires, soit d'une hausse nominale inférieure aux résultats que donnerait l'application des coefficients de variation des indices de prix.

Du seul point de vue économique, la thèse du maintien en valeur absolue des ressources du médecin par une multiplication des actes médicaux due à une baisse de tarif (dans le sens que nous l'entendons) est soutenable. Mis à part les frais de déplacement sur lesquels aucun rabais ne peut être fait, le prix de revient d'un acte médical, se composant uniquement de frais généraux, est d'autant plus faible en effet que le nombre des actes est élevé.

Mais est-il opportun, du point de vue professionnel, de tendre à ce que chaque médecin soit obligé pour vivre de multiplier le nombre de ses actes médicaux ? Cette conception économique, industrielle, cadre-t-elle bien avec l'exercice d'une profession libérale ? N'est-ce pas justement cette méthode que l'on reproche aux organismes sociaux de soins ? Le but de notre étude n'est-il pas, au contraire, de permettre aux assurés sociaux l'accès à la médecine libre, libre surtout de ce souci de l'économie et de la série qui ne peut que préjudicier au traitement ? Est-ce enfin le moment, en période de pléthore, de pousser chaque médecin à cette âpre concurrence, aspect nécessaire de la lutte pour la vie ? Poser ces questions, c'est croyons-nous les résoudre.

Nous reprocherons, en effet au Docteur Maire, d'avoir méconnu par là l'une des caractéristiques du régime professionnel où nous entrons. Nous ne devons plus envisager le côté économique d'une corporation sous l'unique angle du libéralisme, c'est-à-dire de la libre concurrence. Si les médecins ont un Ordre, s'ils aspirent à un régime corporatif, c'est justement afin que cette concurrence déloyale des dispensaires et hôpitaux cesse, *ce n'est pas pour lutter avec elle en faisant de la sous-enchère.* Et l'Ordre, bien que n'étant pas la Corporation, a des armes à cet égard, car un dispensaire ne peut soigner que par un médecin lequel dépend de la discipline de ses pairs. Cette conception n'est pas seulement nôtre. Elle nous fut exposée il y a plus d'un an par une éminente personnalité du secrétariat à la Santé.

Il faut cependant retenir, des conceptions du Docteur Maire, une idée féconde. On peut diminuer le prix de revient de l'acte médical, non pas en en multipliant le nombre, mais *en diminuant les frais fixes d'exercice par une concentration des cabinets médicaux.* Cela n'est pas une utopie, diverses réalisations nous le prouvent. Il s'agit tout d'abord des Sociétés entre médecins, dont la validité sous certaines conditions, est reconnue par la jurisprudence, et dont le nombre s'accroît. Nous nous proposons d'y consacrer prochainement une monographie. Il s'agit en second lieu des « *Centres de santé, de diagnostic ou de soins* » que les Syndicats médicaux avaient entrepris de créer peu avant guerre, dont les meilleurs exemples furent ceux de Périgueux, de Villeneuve-Saint-Georges et de Nice. Les Conseils départementaux de l'Ordre auraient intérêt à en étudier de près les conditions de fonctionnement et à reprendre à leur compte cette idée et cette politique, car la médecine libre n'est pas dispensée parce que libre d'un effort de réorganisation. Du même coup, le Corps médical répondrait à l'appel lancé par les Assurances sociales (1) et anéantirait la menace qui y est contenue.

Nous continuerons par contre à nous élever contre ce que nous considérons comme *deux fausses solutions* du problème des honoraires médicaux, à savoir le *tarif limitatif et le forfait.*

a) *Le tarif limitatif*, proposé par les Assurances sociales, accepté à titre exceptionnel par le Conseil supérieur, et par le Docteur Maire qui, avec franchise va jusqu'au bout de l'idée, c'est-à-dire jusqu'au tiers-payant (les Assurances sociales se contentent de faire entrevoir ce stade final), le tarif limitatif disons-nous ne résoud

(*) Voir *Concours Médical* du 7 décembre pages 2159 et suivantes.

(1) Voir à ce sujet notre résumé de la brochure de la C. I. A. S. dans notre précédent article.

rien. Ce qui importe c'est le tarif minimum pratiqué par la moyenne des praticiens. Que dans certaines hypothèses exceptionnelles, soit par la qualité du client, soit par celle du médecin, l'assuré ait à payer des honoraires supérieurs, ceci est socialement de faible intérêt. On nous dira que l'on peut craindre des abus. A ceci nous répondrons que le rôle de l'Ordre des médecins est justement de les prévenir et de les réprimer puisque son Code de déontologie lui permet de contrôler dans chaque cas la légitimité des honoraires demandés. C'est en tout cas à l'Ordre et à lui seul que ce contrôle peut appartenir. Les Caisses n'ont pas à l'exercer et nous rejetons par avance *toute liste de médecins « agréés »* à moins que cette liste ne coïncide exactement avec le tableau départemental.

b) *Le forfait* est prévu par les Caisses pour les interventions chirurgicales et les maladies nécessitant des traitements spéciaux. Il ne s'agit là somme toute pour les Caisses que de se décharger sur le dos du médecin des risques de complication, *risque dont le praticien devient assureur*. Cette confusion de fonctions n'est guère défendable. La Caisse assure et doit comme telle supporter tout frais légitimement entraîné par l'état de l'assuré. Le métier du médecin est de soigner sans avoir à se préoccuper d'autres questions que celles relevant de son art. Le précédent invoqué en l'espèce est le régime des honoraires découlant de la convention entre l'Ordre et la K. V. D. Il est à regretter que l'Ordre ait en l'espèce purement et simplement décidé de reverser aux médecins le forfait par « cas de maladie » alors qu'une rémunération à l'acte dans la limite des sommes mises à sa disposition par la Caisse allemande eût été parfaitement réalisable.

En définitive, l'erreur du Docteur Maire est de n'avoir vu que les rapports médecin-client et de s'être enfermé dans le dilemne : relever la capacité de paiement du client, fonctionnariser les médecins ou abaisser les tarifs. Où cette erreur apparaît manifeste, c'est lorsque le Docteur Maire conclut que la médecine doit être gratuite pour l'assuré aussi bien chez le praticien qu'au dispensaire. Il est évident que dans ce cas les honoraires du praticien doivent être *supportés par un tiers*. Ce *tiers supportant* (excusons-nous de ce terme barbare) c'est la quatrième solution, et tout le reste du raisonnement tombe. Quel est-il en pratique : en premier lieu nous trouvons la Caisse d'assurances sociales, mais nous avons vu que son action a des limites. Un écart subsiste entre son effort et celui des médecins. Faut-il combler cet écart par une réduction d'honoraires, ou bien n'y a-t-il pas lieu d'augmenter les ressources financières du tiers-supportant, en *adjoignant une assurance complémentaire aux Assurances sociales*, nous voulons parler d'une *Caisse médicale mutuelle* ? La forme même de notre question prouve que nous avons choisi :

3° La solution mutualiste. — Nous ne reviendrons pas sur le détail de ce projet de réforme que le Docteur Vignoli a parfaitement exposé ici-même. Rappelons le schéma : l'assurance-maladie, appliquée à toutes les classes sociales, mais en particulier aux assurés sociaux, est pratiquée par des Caisses médicales ou chirurgicales mutualistes alimentées par les cotisations de leurs membres (et, nous ajoutons, par une fraction des ressources prélevées sur les bénéfices des entreprises par les Comités sociaux). Ces mutualités nouvelles prennent en charge pour les assurés sociaux l'écart subsistant après intervention de l'assurance obligatoire. Leur intervention a lieu en vertu *d'accord* conclus régionalement avec les *Conseils de l'Ordre des médecins*, qui mettent ainsi à la disposition de la généralité des malades l'ensemble des ressources de la médecine libre, préalablement réorganisée et concentrée par voie d'associations spontanées ou de créations corporatives.

Qu'on ne nous dise pas que nous entrons dans les domaines d'Utopie. Les C. C. M. ont déjà étudié et résolu le problème de l'écart dont nous avons parlé. Des projets de conventions avec les Caisses d'Assurances sociales ont été publiés et mis en pratique (1). Et les C. C. M. ne sont pas des pièces de musées. Les derniers renseignements que nous possédons (2) font ressortir plus de 58.000 adhérents dans les Bouches-du-Rhône, 43.000 dans le Gard, 60.000 dans la Gironde, etc..., et les Caisses existantes, par la plume du président de leur Fédération, se déclarent prêtes à remplir le rôle élargi qui peut leur revenir. La voie est donc ouverte, il suffit de s'y engager hardiment.

4° La politique sanitaire des Assurances sociales. — Bien que notre protestation prenne de plus en plus un caractère anachronique, nous tenons à nous élever contre les prétentions des Caisses d'Assurances sociales à être les « animatrices » et les « agents d'exécution » de la politique nationale sanitaire et préventive.

Quoiqu'une loi en date du 18 novembre 1941, publiée dans notre dernier numéro, soit venue consacrer la thèse des Caisses en créant un Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, quoique cet institut ait pour

(1) *V.* not. Congrès des C. C. M. de 1935. Rapport de M. André Loisy.

(2) *Bulletin de la Fédération nationale des C. C. M.*, octobre 1941.

mission la lutte contre les fléaux sociaux et le développement de toute œuvre destinée à protéger ou rétablir la santé des travailleurs, nous persistons à soutenir que cet emploi des fonds des Assurances sociales n'est point légitime et normal. Ainsi que l'a fort justement dit M. R. Brouillet dont nous avons déjà cité le remarquable rapport « un système d'assurances est adapté à sa mission *lorsqu'il est capable de procurer des indemnités suffisantes aux assurés, au cas de réalisation de tel ou tel des risques que l'assurance a prétendu couvrir. Il doit en être de même d'un système d'Assurances sociales* ».

Autrement dit, tant que les Caisses ne couvrent pas les frais médicaux jusqu'à concurrence de 80 %, on peut raisonnablement soutenir qu'elles détournent leurs fonds excédentaires de leur véritable emploi en les consacrant à des œuvres d'hygiène ou de prévention. Que dirait-on en effet d'une Compagnie d'Assurances contre les accidents d'automobiles qui ne verserait en cas de sinistre que 50 % du dommage en invoquant qu'elle subventionne les travaux publics tendant à diminuer le nombre des accidents ? Nous ne voyons pas pourquoi une assurance dite « sociale » aurait le droit de faire moins qu'une assurance tout court.

Certes il serait utile que les Assurances sociales coopèrent à la défense de la Santé publique en communiquant leur documentation et les observations précieuses que leur contact avec la maladie leur permet de faire. Mais leur prétention à prendre cette défense en charge, à en devenir les « animatrices », à en être l'âme, nous rappelle infailliblement cette accusation de « totalitarisme » qu'on leur a lancée autrefois. L'Etat ne peut pas accepter de se démettre ainsi d'une de ses importantes missions. Les assurés ne sont pas les « assujettis » des Caisses dont ces dernières peuvent régenter la santé comme elles l'entendent en les soumettant aux vaccinations, examens ou traitements qu'elles jugent opportuns. Ces assurés restent avant tout des citoyens ne dépendant que des lois générales du pays.

L'Etat, nous dit-on, ne peut lui-même mener à bien la tâche de médecine préventive qui lui incombe en raison de la lourdeur de son appareil administratif. Mais croit-on réellement que les Caisses aient quelque chose à lui envier à cet égard. En quoi un dispensaire d'Assurances sociales diffère-t-il d'un dispensaire public ? Qu'on ne voit pas que des abstractions. *Celui qui mène le véritable combat contre la maladie, c'est en définitive le médecin.* Un organisme comptable et financier ne pense pas, ne soigne pas, n'agit pas. *L'animateur, l'âme de la médecine préventive, ce doit être le médecin.* Certes le praticien isolé ne peut suffire. Mais la communauté des médecins, la famille des professions médicales peuvent être ce corps animé, animateur que l'on cherche, auquel l'Etat pourrait confier sous son contrôle la haute mission que les Caisses revendiquent.

***

La loi du 18 novembre dernier organisant le développement des dispensaires de prévention ou de soins pose de manière plus aiguë, plus urgente que jamais, le problème des rapports entre les médecins et les Assurances sociales. Elle le pose sur son véritable terrain : *doit-on accepter le régime des prestations en nature et abandonner celui des prestations en espèces* ? Elle donne aux termes « prestations en nature » leur véritable sens.

Ou bien en effet les Caisses se placent sur le plan technique et prennent en charge l'organisation matérielle de la médecine pour assurés sociaux, rémunérant elles-mêmes leurs médecins. Ou bien au contraire le plan technique et matériel reste le domaine propre du Corps médical, qui conserve son indépendance et continue à travailler pour son compte, son organisation étant mise globalement à la disposition des assurés par un accord Ordre-Caisses se déroulant sur le simple plan administratif et financier.

Cette deuxième solution est seule compatible avec la conception libérale et corporative de la profession que nous persistons à croire conforme aux données de l'heure présente.

Elle exige un effort financier des Caisses, mais nous avons montré qu'il est possible. Elle exige en second lieu le développement de l'assurance-maladie, la création ou plutôt la généralisation d'une mutualité nouvelle venant prendre place aux côtés des Caisses sur le plateau de la balance pour faire contre-poids aux charges de la médecine.

Mais elle exige aussi, ne nous le dissimulons pas, un effort du Corps médical sur le plan technique, pour que ses charges soient les moins lourdes possibles, et cet effort doit porter sur l'organisation matérielle, sur la diminution des frais généraux, sur la concentration des moyens.

Sur ces deux plans, nous dirons presque sur ces deux fronts, l'Ordre a un rôle d'une importance capitale à jouer. Qu'il en prenne conscience, qu'il donne l'impulsion qu'on attend de lui, mais qu'il le fasse vite. La loi du 18 novembre est un avertissement qu'on ne saurait négliger !

Conçu dans cet esprit, l'offre du Corps médical prendrait non plus ce caractère conservateur et défensif qu'on lui a souvent reproché, mais un aspect positif qui permettrait d'espérer un accord enfin sincère et fécond entre ces deux adversaires d'hier, ces deux collaborateurs de demain : les médecins et l'assurance-maladie.

Jean MIGNON.

ACCIDENTS DU TRAVAIL



BLESSÉS DE L'INDUSTRIE ET BLESSÉS AGRICOLES

Note du Docteur Fernand DECOURT

Je reçois, encore assez souvent, des lettres de confrères qui dénotent une confusion entre les assurés de l'industrie et les assurés agricoles, d'où différends entre Compagnies d'assurance et médecins traitants, en matière de soins donnés aux accidentés du travail. Ces différends ont, parfois, une certaine importance pour le médecin traitant, comme on va le voir, surtout pour les accidentés *hospitalisés*. Aussi, je crois utile d'exposer brièvement la question dans le *Concours* pour épargner à certains confrères : notes irrégulières, ennuis, correspondance inutile et... une véritable déception.

Etablissons, tout d'abord, que la *loi du 1er juillet* 1938, en modifiant la loi du 9 avril 1898, n'a modifié — en rien — la situation des accidentés agricoles. Elle le dit nettement, en effet, dans son article 1er, dont voici le passage à ce sujet :

« L'art. 1er de la loi du 9 avril 1898 est modifié ainsi qu'il suit : « Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, en quelque lieu que celui-ci s'effectue, donnent droit, dans les conditions indiquées par la présente loi, *et sans préjudice des dispositions spéciales des lois du* 15 *décembre* 1922 *et du* 30 *avril* 1926, *étendant aux exploitations agricoles la législation des accidents du travail.....* ».

Donc voilà qui est net : la loi de 1938 ne s'applique pas aux accidentés « d'exploitation agricole ». Il s'ensuit que, pour ceux-ci, les choses restent dans le *statu quo ante*, à savoir que la loi de 1898 reste toujours en vigueur.

Mais alors est également toujours en vigueur, dans ce cas, l'alinéa 3 de l'art. 4 de cette loi de 1898, en ce qui concerne les accidentés hospitalisés et qui fixe, en ces termes, les limites de la responsabilité patronale.

« *Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, outre des obligations contenues en l'article* 3, *des frais d'hospitalisation, qui,* TOUT COMPRIS, *ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'art.* 24 *de la loi du* 15 *juillet* 1893, *majoré de* 30 % ».

Tel est le texte de la loi de 1898 — du moins, après la modification qu'il avait subie, sur ce point, par la loi du 12 avril 1922. Ajoutons que la loi du 15 juillet 1893 n'est autre que celle intéressant l'Assistance médicale gratuite. Il en résulte qu'actuellement encore, pour les accidentés hospitalisés agricoles, le tarif de responsabilité patronale ne saurait dépasser le prix payé par les communes pour leurs indigents hospitalisés, avec toutefois une majoration de 30 %.

Il s'ensuit que, entre autres, tout le titre V du Tarif du 5 mai 1939 qui, en ses art. 30 et 31, concerne spécialement les « *soins aux accidentés hospitalisés* » NE S'APPLIQUE PAS AUX ACCIDENTÉS AGRICOLES. Aussi, pour le médecin d'hôpital (sauf certaines conventions particulières entre la Commission administrative de l'hôpital et lui-même) c'est à titre gracieux, si je puis dire, qu'il soigne, dans son service hospitalier, tout accidenté agricole.

J'ai donné cet exemple du blessé hospitalisé, mais il y a quelques autres dispositions nouvelles de la loi de 1938 qui ne peuvent davantage s'appliquer aux accidentés agricoles. Il appartient donc aux patrons, sans doute, mais aussi aux médecins traitants de bien consulter cette loi de 1898 (y compris ses modifications successives évidemment, mais qui sont incorporées d'ordinaire dans le texte) avant de se lancer dans une controverse avec une Compagnie d'assurance. D'ailleurs, en un tel cas, — afin d'éviter tout « faux pas » — les confrères membres du « Sou » devront avoir bien soin de le consulter sur ce qu'il convient de faire, avant toute réclamation envers une Compagnie d'assurance, lorsqu'il s'agira, je le répète, d'un blessé du travail appartenant à « une exploitation agricole ».



CRITIQUES ET DISCIPLINE

Le Conseil départemental du Cher a adressé aux médecins et spécialistes du département une importante lettre-circulaire à propos des honoraires médico-chirurgicaux.

Ayant le souci de voir résoudre « cette importante question, où se trouvent engagés à la fois l'honneur de la profession médicale et les intérêts légitimes du médecin praticien », et, en même temps, le sentiment que « dès l'origine le problème avait été mal posé », il avait, en juillet 1941, fait adopter par la Commission régionale d'Orléans un projet que le délégué du Conseil supérieur se chargeait de présenter à celui-ci.

Ce projet répondait aux deux principes essentiels définis par le Conseil supérieur : suppression absolue de la clandestinité et du partage des honoraires, absence de toute proportionnalité entre les honoraires du médecin et ceux du chirurgien ou spécialiste. Il proposait que le Conseil départemental de l'Ordre s'entremit entre le chirurgien et le médecin pour faire tenir à celui-ci les honoraires légitimement dus et portés sur une note commune avec indication nette de leur destination.

La doctrine du Conseil départemental du Cher était que :

1° *La clientèle n'est pas préparée* à assurer isolément le règlement des honoraires dus au médecin et au chirurgien ; obtenir de ce dernier qu'il en rappelle la nécessité au client resterait vraisemblablement une précaution souhaitable mais peu efficace.

Les recours ultérieurs contre le client pour sauvegarder les intérêts du médecin porteraient sans aucun doute une atteinte des plus préjudiciables au prestige moral de la Corporation médicale.

2° La question de présence à l'intervention ne peut être discutée actuellement : la pénurie d'essence ne permet habituellement pas au médecin rural d'assister à une intervention dont il a posé les indications opératoires.

Et le projet fixait dans le détail les modalités à adopter pour ménager les intérêts matériels et moraux de chaque partie.

Le Conseil du Cher n'obtint aucune réponse du Conseil supérieur sinon sous la forme d'un article publié dans le n° 4 du *Bulletin de l'Ordre* et où se trouvait supprimée la tolérance de la note commune, où la décision opératoire n'était plus jugée comme un facteur d'évaluation du service rendu, où n'était plus admise en médecine sociale une rétribution pour assistance opératoire sinon au dessus de K. 40.

Le Conseil départemental s'inclina mais avec regret devant une solution qui « lèse gravement le médecin praticien dans des droits que nous continuons à considérer comme légitimes ». Il affirma avec force, dans une lettre au Conseil supérieur, que si « la présence du praticien à l'intervention peut être à la fois un réconfort pour le patient et une occasion d'enseignement pour le médecin traitant, elle ne constitue cependant pas l'acte essentiel du médecin dans la collaboration médico-chirurgicale, cet acte essentiel étant représenté par le diagnostic et l'indication opératoire ».

« N'est-il pas étonnant de sous-estimer la valeur de cette collaboration au moment même où les grands services de chirurgie parisiens la considèrent comme une condition scientifique de leur bon fonctionnement ? »

Enfin considérer le médecin comme aide ou anesthésiste c'est lui attribuer un rôle aujourd'hui périmé puisque la plupart des chirurgiens opèrent avec une équipe constituée et éduquée par eux.

Pas davantage le temps passé ne peut-il être un élément d'appréciation valable d'un acte essentiellement intellectuel.

La lettre-circulaire du 10 novembre adressée par le *Conseil* départemental du Cher à ses adhérents retrace par le détail cet historique et conclut en invitant médecins et chirurgiens à se conformer aux directives du Conseil supérieur.

Ainsi marque-t-il sous une forme, à notre avis, parfaitement opportune et digne : 1° Qu'il garde son libre-arbitre à l'égard des doctrines et son libre-parler à l'égard des hommes, et que chaque conseiller, en tant qu'homme et que médecin se réserve le droit de juger les ordres venus d'en haut ; 2° qu'il ne méconnaît cependant pas la nécessité d'une discipline professionnelle sans laquelle l'Ordre ne serait pas plus efficient que les défunts syndicats, qu'il est capable de transmettre des ordres qu'il réprouve et de veiller à leur exécution.

Il nous apparaît que telle est l'attitude à adopter pour chaque Conseil départemental. Une véritable coopération ne peut exiger le renoncement et la capitulation muette des uns devant les autres.

C'est seulement du jour où tous les Conseils départementaux auront adopté l'attitude critique mais, en définitive, soumise si bien inaugurée par le Conseil du Cher que l'Ordre aura commencé de vivre sa vraie vie.

Et c'est aussi de ce jour-là que sa vraie doctrine commencera de se dégager des hésitations premières.

RÉFLEXIONS SUR L'ORGANISATION MÉDICALE

L'homme est loin d'être parfait ; le médecin est un homme.

Le médecin d'antan se rapprochait davantage que celui d'aujourd'hui de la perfection morale. Il exerçait réellement un sacerdoce médical, parce qu'il n'était pas autant incité à mal faire que celui d'aujourd'hui.

Ses dépenses (nourriture des chevaux, loyer, son entretien et celui de sa famille) étaient sensiblement constantes. Il n'était pas alors question d'abandonner ses clients à un remplaçant pour voyager ou aller se reposer. Maintenant la vie du médecin est toute autre. Avec les facilités de déplacement, le médecin a pu augmenter son rayon d'action et le nombre de ses clients ; mais il a pu aussi augmenter ses dépenses, en proportion de ses appétits (théâtre, cinéma, sorties, voyages, bains de mer, etc.). De sorte que le médecin moderne, peu comptable de par sa formation professionnelle, n'est plus aussi certain que son aîné de réaliser son équilibre budgétaire.

L'avènement du tiers-payant est venu encore compliquer sa comptabilité ; mais lui apporter, en même temps, une possibilité bien tentante d'augmenter ses recettes.

C'est alors qu'apparut la nécessité du contrôle médical.

Pour qu'un contrôle médical soit efficace, il faut que l'agent de contrôle soit compétent, juste et désintéressé ; les deux premiers qualificatifs se comprennent sans commentaires. Que l'agent soit désintéressé, qu'il n'ait aucun avantage d'aucune sorte à remplir sa mission d'une façon incomplète ou fausse. Pour bien faire, un médecin chargé d'un contrôle quelconque, d'une appréciation médicale pour mieux généraliser, ne doit pas faire de clientèle « payante » ; ne pas avoir d'intérêts commerciaux ou sentimentaux dans la région où il instrumente.

C'est pourquoi je comprendrai l'organisation médicale de la façon suivante : La clientèle payante, directement ou par tiers interposé, avec libre choix médical, serait « exclusivement » réservée aux médecins patentés. Par contre, la médecine gratuite (hôpitaux, dispensaires, etc.) leur serait interdite.

Les médecins appelés à faire une appréciation médicale quelconque (expertise, contrôle, etc.) ne pourraient faire de clientèle payante, ni être intéressés dans une entreprise de soins. Ils auraient un traitement fixe et ne seraient pas patentés.

Ces médecins, non patentés, garderaient le contact des malades en assurant les soins dans les hôpitaux, les dispensaires, dans toute installation où les soins médicaux seraient dispensés « gratuitement ».

Les professeurs de Faculté ou d'École ne s'occupant plus de clientèle, pourraient être moins nombreux, mieux honorés, se consacrer seulement à l'enseignement des étudiants, au perfectionnement constant des médecins, aux soins des malades des hôpitaux, voire même à certaines expertises.

Les médecins faisant des expertises ne pourraient faire de médecine patronale, de médecine de contrôle pour l'Etat et toutes administrations (communes, douane, postes, chemins de fer, usines, Compagnies d'assurances, etc.).

Il est essentiel, pour qu'une visite de contrôle soit efficace, qu'elle soit inopinée pour le malade ou blessé, et faite en présence du médecin traitant. Le préavis au médecin traitant, exigé pour le contrôle des accidents du travail, annule la surprise. Le médecin contrôleur devrait « se rendre » au cabinet du médecin traitant pour le mettre au courant de sa mission, se documenter près de lui sur les modalités de l'affection et du traitement, et l'inviter à l'accompagner dans son contrôle.

Evitant ainsi le plus possible, les causes de collusion comme de friction, le malade serait soigné à son choix, par un médecin libre de son traitement ; et le tiers payant serait efficacement renseigné et protégé.

***

Une minorité des médecins civils gagne largement sa vie de l'exercice de sa profession. La supériorité économique de ces médecins vient de leur vocation, de leur ardeur, de leur supériorité scientifique et technique souvent ; de leur absence de conscience professionnelle exceptionnellement.

La majorité des médecins civils gagne plus ou moins péniblement sa vie de l'exercice de sa profession, parce que moins douée que la minorité des qualités précitées, mais aussi parce qu'il y a pléthore médicale et insuffisance de rémunération professionnelle.

Plusieurs remèdes sont en voie d'application pour relever le niveau social de cette majorité, notamment la suppression des cumuls.

Les cabinets multiples, l'exercice combiné de la médecine et de la pharmacie sont sur le point d'être interdits. Il est aussi question du cumul de l'exercice de la médecine civile avec une retraite professionnelle de l'Etat (médecin militaire, de marine, des colonies, etc.).

Pour les deux premiers, l'Ordre s'est décidé à permettre aux intéressés d'opter entre leurs deux sources de revenus professionnels ; pour le dernier rien ne paraît avoir été fait.

Ce cumul n'est pas comparable aux autres. Va-t-on brutalement interdire à ces médecins d'exercer ? Ce serait regrettable d'éloigner de la médecine des personnalités de valeur, alors que l'on peut mieux faire.

Cette retraite est versée aux médecins d'active pour leur permettre de vivre en se reposant d'une carrière médicale et militaire. Il était dans l'esprit du législateur qu'en fin d'exercice, les médecins, épuisés, ne pourraient subvenir à leurs besoins, par le travail. Nous voyons couramment, au contraire, ces confrères prendre leur retraite et ne pas hésiter à affronter les fatigues de la médecine civile. Nous les voyons même plus alertes et plus ardents que leurs confrères civils du même âge bien que militaires et civils aient également fait les deux guerres et éprouvé les mêmes fatigues.

Les médecins de complément ont eu le temps, pendant leurs mobilisations, d'apprécier que leurs fonctions, même comme médecins de régiment, exception faite des risques, comportaient régulièrement moins de fatigue que la médecine de clientèle courante. Et, à leurs démobilisations, ils se sont surmenés pour récupérer leur ancienne situation ou en obtenir une.

Les médecins d'active ont continué à faire de la médecine militaire, mais du temps de paix probablement moins déprimante que celle du temps de guerre. Et du fait de leur avancement en grade ils ont obtenu une situation, des émoluements et une retraite plus élevés.

Pour ces médecins je comprendrai que l'Ordre accepte de les inscrire à son tableau à la condition qu'ils lui abandonnent définitivement la totalité de leur retraite militaire. De cette façon, ils auraient le choix ou de vivre de leur retraite (ce qui en est le but) ou d'être admis au rang de médecin civil. Ceux qui opteraient pour leur inscription au tableau se rangeraient ainsi à la règle commune ; et ils bénéficieraient de la retraite dans les mêmes conditions que leurs confrères plus anciens civils. La retraite des médecins civils fait l'objet de beaucoup de commentaires. Ce projet rencontre surtout des difficultés financières pour faire face au paiement des retraites les premières années. Les retraites militaires abandonnées à l'Ordre par leurs titulaires seraient un appoint non négligeable pour le démarrage des retraites civiles.

L'abandon de la retraite militaire au bénéfice de l'Ordre soulève un point de droit. Il peut être aplani par une décision gouvernementale qui avantagerait ainsi et l'Ordre et les retraités militaires intéressés à être inscrits au Tableau. La Nation a aussi intérêt à ne pas être privée des services que peuvent encore lui rendre des médecins éminents français.

Dr L. T.

L'ACTUALITÉ A LA FRANÇAISE

Voici une lettre qui témoigne que les caractéristiques de la race sont toujours vivaces. Parmi celles-ci la moins précieuse n'est certes pas le goût de tourner à la blague nos propres misères.

Durant l'autre guerre le combattant français trouvait des mots drôles pour décrire les périls et les inconforts dont était tissée son existence.

Cette fois c'est l'après-guerre qui abonde en épreuves de toutes sortes. Pour les médecins en particulier la vie actuelle bouscule pas mal d'habitudes et exige un effort d'adaptation constant.

D'où l'humoristique proposition suivante, véritable témoignage du sort qu'est le nôtre en cette année 1941 :

Après avoir lu dans votre journal de nombreux articles concernant la réforme des études médicales, je suis tonné de n'y avoir trouvé aucune suggestion au sujet d'épreuves relatives à l'aptitude cycliste des futurs médecins.

Ex-manieurs émérites du « macaron », les médecins de bas étage, dits « praticiens » ont dû depuis dix-huit mois faire avec la « petite reine » une connaissance de plus en plus approfondie.

Chaque année d'études médicales devrait donc être sanctionnée — en plus des examens spécifiquement médicaux — par une épreuve cycliste dont la formule s'inspirerait des parcours médicaux habituels, avec quelque chose de plus.

Je proposerais, par exemple, une course de 70 kilomètres contre la montre avec vitesse minima de 16 kilomètres à l'heure correspondant à la mention « passable » et bonifications progressives accordant « très bien » à partir de 30 à l'heure. La tenue du candidat devrait être calquée sur celle du médecin en exercice : veston, chapeau mou, pantalon ou culotte au choix. L'équipement comprendrait : thermomètre, stéthoscope, seringues et ampoules d'urgence, tubes à examens de laboratoire, instruments de petite urgence chirurgicale, forceps et l'inévitable tensiomètre sans lequel on ne peut plus soigner ni angine ni entorse.

On reconnaîtrait par cette épreuve vélocipédiste les solides vocations médicales vraiment modernes.

Croyez.....

Dr Pasgrimaud (Loire-Inférieure).

HYGIÈNE DE L'ALIMENTATION



LE PROBLÈME DU PAIN

« Le remplacement du pain par un autre produit appelé « pain blanc » n'est qu'un épisode au cours de la révolution alimentaire qui s'est produite récemment.

.....Un bouleversement dans l'alimentation humaine ne se fait sentir la plupart du temps qu'avec un retard appréciable de plusieurs années et même, dans certains cas, on ne juge exactement l'action qu'après deux ou trois générations, soit un décalage pouvant aller jusqu'à 50-60 ans ».

Ainsi s'exprimait dans la *Revue de métrologie pratique* de mai 1939, le Docteur Folley. Ces paroles laissent transparaître une appréhension qui ne peut nous être indifférente puisqu'elle s'applique à notre avenir de collectivité. Et elles résonnent avec un accent plus grave encore aujourd'hui qu'un autre bouleversement né de la guerre se superpose au premier. Celui-ci ne mettait en cause que la qualité et le choix de nos aliments. Nous en sommes maintenant à lésiner sur la quantité et à ruser avec la faim. Des produits de première nécessité nous manquent ; il s'agit de tirer le meilleur parti possible de ce qui nous reste et de nous adapter à notre nourriture de pauvres.

C'est ici que le problème du pain reprend une importance primordiale. En des siècles moins comblés que n'était le nôtre et qui firent cependant la grandeur de la France le pain fut l'aliment national. Il n'est pas chimérique de penser que notre race en tira certaines de ses caractéristiques anatomiques, physiologiques, peut-être même intellectuelles et morales. En ce moment où la dure loi du destin nous contraint à nous replier sur nous-mêmes, à nous enraciner plus profond dans le terroir natal et à écouter monter en nous la sève qui a cheminé parmi les ossements des ancêtres, à cette heure solennelle, l'humble problème du pain l'emporte peut-être en urgence sur bien d'autres plus pompeux.

Avant de songer à régir des hommes, il faut d'abord assurer à ces hommes un présent et un avenir. Une constitution est un texte abstrait et qui ne tient sa force que des forces humaines ; c'est donc à celles-ci de prendre le pas et de poser les premières leurs conditions.

***

« Il n'y a pas bien longtemps, poursuit le Docteur Folley, chez le paysan de France, il existait un aliment tout prêt, tout cuit, qui restait non altéré pendant quinze à vingt jours. Cet aliment cuit (véritable « conserve » ne durant qu'une quinzaine de jours) était absorbé à tous les repas en grande quantité ; il n'avait que peu de goût et on le mangeait avec du fromage, un peu de viande, de porc salé, fumé, de lard, etc... Cet aliment de base, chez les pauvres et chez les riches, était le pain ; chez tous, le poids du pain digéré chaque jour dépassait de beaucoup les autres aliments d'origine végétale et animale ».

En 1861, la ration journalière du soldat français se composait de 250 grammes de viande de boucherie, de 750 grammes de pain de munition, de 325 grammes de pain blanc pour la soupe et de 200 grammes de légumes.

Pendant des siècles et même des millénaires le mot : pain eut un sens bien défini et constant. Il désignait un produit fait de pure farine de froment ; un peu de farine, humectée d'eau, était malaxé, placé dans un endroit chaud ; pendant plusieurs jours, la pâte fermentait, gonflait et donnait le levain, à odeur et saveur nettement acides. Ce levain, mélangé à une grande quantité de pâte, y provoquait la même fermentation acide laquelle, après quelques heures, était arrêtée par la mise en miches et la cuisson au four.

Le pain ainsi obtenu se maintenait frais pendant quelques jours et attestait sa valeur alimentaire par l'épreuve suivante : un homme, un chien, nourris exclusivement de pain et d'eau pendant un mois se maintenaient en bonne santé.

Le pain blanc d'aujourd'hui n'est plus du pain, car à chaque étape de sa fabrication, il s'éloigne sensiblement du standard primitif.

Autrefois, la semence, transmise au cours des âges, était adaptée au climat et au sol ; le sol, travaillé selon des méthodes empiriques et qui avaient fait leurs preuves, était fertilisé au fumier ; le blé était battu au fléau, ramassé en tas sur un sol dallé de sorte que s'il n'avait pas une cuticule épaisse, il devenait la proie des charançons. La minoterie était à eau ou à vent, de rendement faible et les farines n'étaient pas stockées pendant de longs mois, d'autant que la farine grise rancit plus vite que la farine blanche. Le broyage était fait par des meules. La fermentation par levain durait, suivant la température ambiante et l'activité du levain, de 4 à 6 heures. Le four, de briques ou de pierres, chauffé au bois, produisait une cuisson lente permettant

aux bulles gazeuses de se dilater et d'alléger la pâte.

Tel était le pain autrefois, un des très rares aliments complets. Il est à noter, à travers l'histoire, que les terres à blé, et où, en conséquence, était forte la consommation de pain, ont suscité des peuples forts, prolifiques et prospères.

C'est au cours du siècle dernier que s'est faite petit à petit, en silence, une véritable révolution alimentaire. Elle eut des motifs avoués d'hygiène, de propreté, de commodité, et aussi, accuse le Docteur Folley, des motifs inavouables et cachés de lucre et de politique. La rapidité des transports a introduit sur le marché de nombreuses denrées étrangères ou coloniales et en a chassé des denrées autochtones. Même les produits demeurés en apparence inchangés se sont transformés à un point tel qu'il est abusif de leur garder leur nom ancien. Ainsi du pain.

La semence de blé a été complètement transformée par les sélections des agronomes et les initiatives des chimistes ont amélioré à leur façon, le rendement des terres. Le battage, la vannage, la minoterie sont devenus mécaniques et à grand rendement, ce qui implique la nécessité de stocker les farines, donc de les empêcher de rancir, donc de les traiter chimiquement. Le broyage est fait par des cylindres, le taux de blutage est imposé suivant des considérations extérieures au goût et à l'intérêt des consommateurs. La fermentation se fait non au levain, mais à la levure, c'est-à-dire qu'à une fermentation acide s'est substituée une fermentation alcoolique. Au lieu de 4 à 6 heures, la fermentation alcoolique n'en exige que 1 à 2.

Ainsi, de changement en changement et d' « amélioration » en substitution, le « pain blanc » est devenu tout à fait autre chose que le véritable pain.

Peu importerait en définitive si l'un et l'autre n'avait fait ses preuves, le vrai pain ayant, au long de milliers d'années, nourri des peuples et les ayant maintenus en bonne condition physique, le pain blanc s'était avéré lourd, peu nourrissant, et provocateur de troubles divers.

Le plus grave, c'est que les inconvénients principaux n'apparaissent que tardivement. « Le vrai pain contenait toute une série d'indosés indispensables pour le maintien de la vitalité et de la possibilité de reproduction des individus aussi bien animaux qu'humains ». Et, ces indosés, il est difficile, sinon presqu'impossible, de les trouver ailleurs.

100 grammes de pain blanc contiennent environ 50 *gamma* de vitamine B1, alors que le pain complet de seigle ou de froment en contient plus du quadruple. Si l'on note que 100 grammes de viande, de pommes de terre, de légumes verts en contiennent respectivement environ 100, 70 et 60 *gamma*, et que le besoin quotidien de l'organisme en vitamine B1 est de 1.000 à 2.000 *gamma*, on voit le rôle presque irremplaçable du pain complet (1).

Le pain complet est riche aussi en vitamine E, dont on sait le rôle dans la reproduction.

Mais ce n'est pas ici qu'une question de vitamines : les éléments minéraux, phosphore, calcium, magnésium et fer et tout un *indosé* dont il est difficile d'apprécier la valeur interviennent aussi. Enfin l'on sait que le pain complet comprend des parties inassimilables (son) qui servent de stimulant mécanique au péristaltisme intestinal. On a objecté que ces parties inassimilables faisaient précisément obstacle à l'assimilation du reste. Mais des recherches récentes montrent que dans le pain complet les composants de l'embryon du grain sont parfaitement utilisés et que les protides des cellules à aleurone peuvent être assimilés dans la proportion de 75 %. Le pain complet favorise le développement et la conservation des dents ; le pain blanc favorise leur carie.

Il en résulte que les « maladies de la civilisation » éclosent avec une rapidité sans cesse accrue et dans une même famille, une dégénérescence de plus en plus marquée au fur et à mesure que l'on examine des individus plus jeunes.

Le pain blanc n'est pas seul en cause et les profondes modifications apportées à notre alimentation, la révolution alimentaire, elle-même, ne sont pas l'unique face du problème qui se pose aux démographes. Il ne faut pas cependant s'en dissimuler l'importance grave ni méconnaître qu'il est temps d'agir.

Agir ! Oui, mais comment ?

Il paraît impossible, en ce qui concerne le pain, de revenir à la miche d'antan et pour plusieurs causes. Le blé total d'aujourd'hui ingéré sous une forme culinaire quelconque, n'est plus supporté et un soi-disant pain, préparé avec des farines complètes et de la levure, donne également des troubles ; la fabrication même du levain paraît impossible.

Nous voici donc aux prises avec une menace provenant de notre régime alimentaire et incapables de nous défendre contre elle. C'est une situation paradoxale, un réel affront à notre siècle qui considérait que rien ne lui était plus impossible.

L'apprenti sorcier ne sait plus le mot magique pour arrêter son sortilège, et sa science imparfaite le pousse sans pitié au néant.

G. L.

---

(1) *Annali d'igiene*, janvier 1941.

LIBRES OPINIONS

LES PARENTS TERRIBLES

D'abord cela ne s'est pas passé comme je l'avais prévu. Quand on est jeune on a de l'imagination et puis tant de romans, d'articles de journaux faussent le jugement ! Et les paroles que j'avais préparées, j'ai été déçu de n'avoir pas à les prononcer. J'avais trop évoqué la jeune fille rougissante qui m'avouerait sa faute, la divorcée ou la veuve me suppliant dans ses larmes. Non ce n'est pas venu comme cela.

En effet ce n'est pas au nouveau venu qui vient de s'installer que les femmes qui cherchent le soulagement de leur ventre vont se confier. Un avortement est une chose sérieuse ; le nouveau médecin ne sait peut-être pas s'y prendre ; et puis il n'a pas encore rendu de services. Tandis que le médecin que l'on connaît, qui est venu dans la famille, comprendra certes mieux. Car c'est un service, sans plus de conséquences qu'un autre, que, dans les mœurs actuelles, on va demander au médecin comme la chose la plus naturelle du monde.

Entrez chez ce brave confrère : un homme et une femme sont dans son cabinet. C'est le mari et son épouse. Ils sont légitimement unis. Une mise décente écarte toute idée de misère ou de gêne : « Voici, dit le mari, ma femme n'a rien « vu » ce mois ci et nous sommes inquiets ». Et quelques instants plus tard : « Eh bien docteur, il faut lui donner quelque chose ; vous pensez bien par le temps qui court... »

Par le temps qui court... Il a bon dos le temps qui court ! C'était la crise... alors par ces temps de crise ! et puis c'était la guerre, alors pour ce qu'on fait des enfants... ! Maintenant ce sont les restrictions : pour ce qu'ils seront beaux les enfants qu'on va faire... !

Qu'on me pardonne d'aborder ainsi un sujet si scabreux. Mais est-il un médecin qui n'ait frémi d'entendre tant de paroles impies, d'avoir constaté sous la chaleur moite des draps tant de lâchetés contre la vie, dont il devait se faire le silencieux complice. Alors puisqu'il faudra bien s'en occuper de cette tare sociale, pourquoi n'en parlerions-nous pas, nous médecins, éduqués d'une pratique journalière. Nous contenterons-nous toujours de lire les articles théoriques où les nudités des kiosques à journaux sont brandies comme des épouvantails tout juste bons à faire rougir les bonnes âmes, alors que leur vue a peut-être suscité plus d'une naissance. Pour parler net voici mon opinion :

Je pose en principe que toute grossesse indésirable, chez un couple illégitime, peut être sauvée, si le médecin s'y emploie avec art et patience : la fille séduite sera épousée par son séducteur si le médecin peut joindre celui-ci ; sinon l'enfant d'abord maudit sera bientôt l'adoration des grands parents. La veuve, la séparée de corps, vivront leurs semaines d'impatience pour aller le dimanche embrasser l'enfant de l'amour.

Je pose en principe que toute grossesse indésirée chez un couple légitime sera fatalement supprimée. Ni vos leçons de morale, ni vos menaces n'empêcheront les gestes sacrilèges. L'avortement est donc avant tout une affaire de famille. Or pour que la famille en soit arrivée ainsi à se stériliser d'elle-même il faut qu'elle ait été organisée contre nature. J'en veux voir ici quelques fautes fondamentales.

J'estime avant tout que, dans la famille, la femme doit rester chez elle. Pour une femme qui « travaille », une grossesse, si elle n'est une exception, une vacance que l'on prend une fois dans la vie, est un désastre. La vie de bureau, la vie d'usine exigent une régularité de présence, de train-train journalier, pour laquelle un enfant est un trouble inacceptable. En vain donnera-t-on une prime d'allaitement ; est-ce vous qui laverez les couches du gosse, le soignerez quand il aura coliques et bronchites ? La famille qui a pour base le foyer doit pour subsister avoir quelqu'un à ce foyer.

Au législateur à donner des compensations d'argent, permettant à la femme de ne point s'éloigner pour un travail mercenaire.

Le ménage a-t-il d'ailleurs tellement besoin d'argent ? A quoi sert l'argent d'un ménage stérile ou à enfant unique, sinon à se procurer des joies artificielles et stupéfiantes. Il faut le dire courageusement. On a pour des fins électorales et financières, c'est d'ailleurs tout comme, abruti systématiquement l'individu en l'enchaînant à un superflu qui absorbe sans profit son temps et ses économies. On a diffusé dans tous les milieux des *Revues* féminines qui, en quelques semaines, faisaient lever des pépinières de Bovary d'uniprix ne rêvant plus que

vernis à ongles et luxe de pacotille. Combien faudra-t-il de temps maintenant pour qu'elles se rendent compte de la valeur exacte du rouge à lèvre et des indéfrisables. On lutte bien contre l'opium qui endort et abrutit. Ne luttera-t-on pas contre ces toxiques plus faciles à se procurer et plus abrutissants : Revues, radio, et produits dits de beauté.

Et puis il y a le Corps Médical et ses fautes ! Quand ferons-nous enfin notre *mea culpa* ? Beaucoup de médecins ont oublié que leur rôle était surtout de soigner des malades. Emportés par le torrent des réclames et des affaires de grande envergure, nous avons voulu étendre à tout individu, à toute heure de la journée et à chacune de ses actions notre influence. Depuis que Knock a formulé que le bien portant entrait dans son rayon d'action comme le malade le plus typique, nous avons tous marché d'enthousiasme, comme si l'essence de notre métier n'était pas de nous réserver aux instants rares de la vie où le corps fléchit, où l'individu sort de l'habituelle vitalité. Un enfant va-t-il à l'école ? Vite un médecin, qu'on le pique, le radiographie. La guerre est-elle déclarée ? Vite, des médecins, des ambulances, des infirmières. Journaux et Revues destinés au grand public prêchent à chaque instant l'importance de notre tâche. Des hommes masqués et gantés sont chaque jour à la première page des grands quotidiens. Les secrets les plus intimes de l'anatomie et de la physiologie sont étalés à la fois par les profanes les plus romanesques et par les maîtres les plus réputés. Voici les résultats de ces divulgations : Pour quelques femmes qui n'y auraient pas pensé, les leçons d'anatomie ont ouvert, quant à leur action personnelle, des horizons qu'elles ne soupçonnaient pas et je vous assure qu'elles en ont profité ! Pour les autres, et ce sont les plus nombreuses, l'affolement leur en est resté. L'avons-nous assez démontré que toute douleur était alarmante, qu'il fallait y parer au plus tôt ! L'exigence de la clientèle témoigne de ce trouble. La moindre élévation de température exige l'impérieux coup de téléphone, le moindre borborygme une heure d'explication. Pour deux enfants qu'elle a sous sa coupe, une femme qui lit manuels et journaux est écrasée de responsabilité et je comprends ses craintes de se charger encore. Allons-nous enfin laisser le public tranquille ? Voilà pour l'Ordre une tâche utile et courageuse : ramener ceux qui l'ont oublié à leur rôle nécessaire, mais humble, à la fois noble et discret. Que la médecine préventive et sociale s'organise et progresse chaque jour, félicitons-nous en, entre nous, mais sachons qu'il en est de même dans bien d'autres domaines non moins utiles : la surveillance des voies et des machines industrielles sauve elle aussi chaque jour des milliers d'êtres et se targue moins d'honneurs pompeux.

Notre salut me paraît là : libérer l'individu du triple esclavage dont notre civilisation le liait : esclavage d'un travail absurde, esclavage de plaisirs conventionnels, esclavage de soucis corporels chimériques. Vérités peu agréables à exposer, mais vérités tout de même. En d'autres temps, j'aurais peut-être gardé pour moi ces réflexions chagrines ; mais c'en est fini. Nous avons trop souvent pensé en haussant les épaules, au cours des jours passés, que les fous couraient à leur perte. Ne voyons-nous pas aujourd'hui qu'ils nous ont entraînés avec eux ? A nous de réagir et de parler ferme, quand nous croyons avoir vu juste, si nous ne voulons pas que notre passivité soit un suicide plus stupide que le leur.

Dr Jean POUZERGUES.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

Département du Rhône

M. le Docteur Aba (Isaac), à Thizy.
M. le Docteur de Botton (René), à Lyon.
M. le Docteur Buckel (Moses dit Maurice), à Lyon.
M. le Docteur Delattre (Joseph-Constant), au Bois-d'Oingt.

Département de la Haute-Saône

M. le Docteur Malitchenko (Alexis), à Vesoul.

Département de Saône-et-Loire

M. le Docteur Ducomet (Eugène), au Creusot.
M. le Docteur Fradkine (Sacha-Jacques), à Autun.

Département de la Sarthe

M. le Docteur Bedoucha (René), à Precigne.

Département de la Seine

M. le Docteur Alemdar dit Grenier, à Boulogne-Billancourt.
M. le Docteur Guenin (Pierre), à Paris.
M. le Docteur de Kouroch (Rostilaw), à Paris.
M. le Docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris.

Département de la Seine-Inférieure

M. le Docteur Allaeys (Jean), à Eu.
M. le Docteur Cauderay (Henri), au Havre.

Département de Seine-et-Marne

M. le Docteur Gatowsky (Emile), à Lagny.
M. le Docteur Leboff (Marcel).
M. le Docteur Plouvier (Alphonse), à Nangis.

Département de Seine-et-Oise

M. le Docteur Alpern (Léo-Jacques), à Sartrouville.
M. le Docteur Frossard (Fernand), à Sainte-Geneviève-des-Bois.
M. le Docteur Halberg (Frédéric), au Vésinet.
M. le Docteur Horowitz (Martin), à Argenteuil.
M. le Docteur Œconomo (Cléovoulos), à Versailles.
M. le Docteur Pour (Henri), à Chilly-Mazarin.
M. le Docteur Schmitko (Calman Con tant), à Argenteuil.
M. le Docteur Vandeputte (Ferdinand), à Chaville.
M. le Docteur Vioget (Maurice), aux Essarts-le-Roi.
M. le Docteur Wojlanski (Paul), à Etrechy.
M. le Docteur Burg (Hersch (Henri)), à Argenteuil.

Département des Deux-Sèvres

M. le Docteur Abd El Nour (Alexandre), à Secondigny.
M. le Docteur Trivas (Jacques), à Niort.
M. le Docteur Valiadis (Nestor), à Coulonges-sur-l'Autize.

Département du Tarn

M. le Docteur Muller (Robert), à Albi.

Département des Vosges

M. le Docteur Maulini (Marc l), à Cornimont.

(*J. O.*, 29 novembre 1941).

Préparation d'extraits opothérapiques

Arrêté du 25 octobre 1941 concernant la récolte, collecte et répartition des organes destinés à la préparation d'extraits opothérapiques, de produits thérapeutiques, hygiéniques ou chirurgicaux.

Art. 1er. — En vue d'assurer la récolte des organes nécessaires à la préparation d'extraits opothérapiques, de produits thérapeutiques, hygiéniques et chirurgicaux, les bouchers, charcutiers, chevillards et, d'une manière générale, toute personne sacrifiant des animaux dans les abattoirs municipaux, centres d'abatage et abattoirs industriels ne pourront s'opposer au prélèvement, dans ces établissements, des organes ci-après désignés :

Placenta, fœtus et embryon, tissus lymphatiques

(ganglions, amygdales, etc.), épiphyse (glande pinéale), hypophyse, parathyroïdes, surrénales, thyroïde, glandes génitales (ovaires, testicules), pancréas, glandes salivaires, mammaire, prostatique et, dans la mesure des possibilités de prélèvements, au stade du gros, la moelle épinière et la moelle osseuse.

D'autre part, les organes suivants :

Cœur, cerveau, poumon, rate, thymus, foie, reins, intestin, estomac, seront soumis à la réglementation sur la collecte et la répartition des abats.

Un contingent, fixé par le bureau national de la viande, en accord avec l'office central de répartition des produits industriels (section chimie) sera livré par priorité, à la préparation d'extraits opothérapiques et de produits thérapeutiques, hygiéniques ou chirurgicaux. La vésicule biliaire et la bile seront soumises à ces dispositions et comprises dans ce contingent.

Art. 2. — Dans les établissements d'abattage visés par la loi du 8 octobre 1940 et par les arrêtés pris pour son application, la récolte des pancréas reste réservée à la préparation de l'insuline et demeure régie par les dispositions de ces textes.

Art. 3. — Dans chaque département, sont seuls autorisés à prélever les organes énumérés à l'article 1er les organismes récolteurs agréés par le Préfet, sur la proposition du directeur départemental des services vétérinaires.

Ces organismes sont tenus d'assurer la conservation des organes récoltés, dans les conditions permettant leur utilisation pour la préparation d'extraits opothérapiques, de produits thérapeutiques, hygiéniques ou chirurgicaux.

Art. 4. — Les services vétérinaires sont chargés des contrôles quantitatif, qualitatif, hygiénique et sanitaire que comporte l'application du présent arrêté.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

STATUT DES CHIRURGIENS-DENTISTES. — COMITÉ D'ORGANISATION DES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES. — MÉDECINS ÉTRANGERS. — UNE GRANDE DAME PERD SON INDÉPENDANCE. — INDEMNISATION DES ACCIDENTS CORPORELS CAUSÉS PAR LES TROUPES D'OCCUPATION. — ASSEMBLÉE DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX. — INSPECTION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Nous sommes en mesure de donner dès maintenant les précisions suivantes sur le statut des chirurgiens-dentistes.

Nul ne pourra à l'avenir exercer la profession dentaire s'il n'y est habilité par le Conseil départemental de l'Ordre dont il dépend territorialement.

Auprès du Conseil supérieur et des Conseils départementaux de l'Ordre, il est créé une section dentaire composée de médecins-stomatologistes et de chirurgiens-dentistes.

Cette section, réunie en Assemblée avec le Conseil de l'Ordre :

— délibère sur toutes les questions intéressant la pratique de la profession dentaire ;

— maintient la discipline intérieure de la profession ;

— assure le respect des lois et réglements qui la régissent.

Les syndicats dentaires sont dissous et leurs biens sont dévolus aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui, dans chaque département, seront créés par la section dentaire en accord avec le Conseil de l'Ordre.

Nul ne pourra à l'avenir être propriétaire, copropriétaire, gérant ou exploitant d'un cabinet dentaire s'il ne remplit les conditions requises pour l'exercice de la profession. Néanmoins, au décès du titulaire, comme pour les pharmaciens, la veuve, les enfants ou à défaut les ascendants, pourront continuer à tenir le cabinet avec l'autorisation du directeur régional à la Santé, prise après avis de la section dentaire.

Toute publicité commerciale se trouve interdite. Seule est autorisée l'apposition d'une plaque de dimension limitée.

Les membres des sections dentaires seront nommés par les pouvoirs publics jusqu'au jour où les élections pourront être organisées.

***

Un décret du 29 novembre 1941, dont nous publierons le texte dans notre prochain numéro, institue un Comité d'organisation des maisons de santé privées.

Cet organisme a pour mission de procéder à un recensement dans le délai de trois mois, d'étudier leurs installations et leur fonctionnement dans le cadre du plan d'équipement sanitaire national, et enfin d'organiser leur ravitaillement.

Sont nommés membres de ce comité : M. le Docteur Edmond Bussard, président responsable ; MM. les Docteurs Rémi Courjon, Albert Desgranges, Lucien Fromenteau, Jean Haour, Paul Jacquet, André Rigal, François Tobe.

***

La loi du 16 août 1940 interdisant, sauf dérogations particulières, l'exercice de la médecine aux praticiens nés de père étranger, se trouve abrogée par la loi du 22 novembre 1941 parue au *Journal Officiel* du 29 novembre.

Nos lecteurs trouveront un commentaire de ces nouvelles dispositions dans notre prochain numéro.

Disons simplement aujourd'hui que le nouveau texte fait justice des critiques méritées adressées à la loi du 16 août 1940. La qualité de combattant se trouve maintenant bien définie. Les conventions diplomatiques sont respectées. Le sort des femmes est réglé.

Tous les praticiens interdits par application de la loi du 16 août 1940 peuvent, en se basant sur la nouvelle loi dont les dispositions sont plus larges, déposer une nouvelle demande de dérogation.

La procédure prévue sera beaucoup plus rapide que l'ancienne. Aussi pouvons-nous espérer que cette question délicate se trouvera définitivement réglée dans quelques mois.

***

On nous informe de bonne source que l'Assistance publique de Paris perdrait l'autonomie qu'elle détenait de la loi du 10 janvier 1849, pour être soumise dorénavant au contrôle administratif et technique du secrétariat d'Etat à la Santé publique, et financier du secrétariat d'Etat aux Finances.

***

Les personnes victimes d'accidents corporels causés en période d'armistice par les troupes d'occupation, pourront, aux termes d'une circulaire du 6 novembre 1941, se faire rembourser :

— *les frais médicaux, chirurgicaux, dentaires et pharmaceutiques* sur la base du tarif des accidents du travail ;

— *les frais d'hospitalisation* sur la base du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes ;

— *les appareils de prothèse et d'orthopédie* seront fournis gratuitement ou feront l'objet du versement d'une indemnité compensatrice ;

— *les frais funéraires* seront fixés par les soins du préfet sur proposition du maire ; ils ne pourront être inférieurs à 300 francs ni supérieurs à 1.000 francs.

La procédure à suivre pour obtenir ces indemnités est analogue à celle relative au paiement des réquisitions, c'est-à-dire demande remise par l'intéressé au maire de la commune de son domicile qui transmet, après avis, au préfet ; ce dernier décide, fixe l'indemnité et en fait effectuer le règlement par le receveur municipal.

***

La réunion des présidents des Conseils départementaux de la zone occupée qui devait avoir lieu à Paris le 14 décembre est reportée à la fin janvier.

Rappelons qu'il s'agit là du pendant de l'assemblée tenue en zone non occupée en septembre dernier à Aix-les-Bains, et au cours de laquelle le Docteur Serge Huard avait fait d'importantes déclarations dont nous nous étions fait l'écho.

***

La loi du 31 octobre 1941, publiée dans notre numéro du 7 décembre, et relative à la protection médicale du travail, prévoyait le recrutement de trois médecins inspecteurs généraux et d'une vingtaine de médecins inspecteurs et inspectrices du travail qui seraient, à titre temporaire, chargés de mission.

Administrativement ces médecins devraient assurer la liaison entre les directeurs régionaux du travail et les comités de sécurité des entreprises.

Médicalement, ils devraient veiller à l'application de la législation relative à l'hygiène du travail, la protection de la santé du travailleur (établissement de carnet de santé, dépistage des fléaux sociaux et des maladies professionnelles, contrôle de l'aptitude du travailleur à son emploi...)

Mais où en sont ces nominations ?

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

5.622. — Intervention de nuit

J'ai encore recours à votre compétence pour vous prier de me donner votre avis sur le taux des honoraires que je dois demander à une Compagnie d'Assurances pour un accident de travail agricole survenu à un ouvrier en service commandé par son patron.

Visite nuit (certificat). Deux points de suture. Pansements multiples sur le même membre (tête). Distance kilométrique (1 kil.).

Réponse

Il y a deux façons de compter :

1° En se basant sur l'art. 4 : *Visite de nuit* : triplée, soit 17 × 3 = 51 francs, plus déplacement.

2° *Interventions de nuit* : *a*) Deux points de suture = 27 francs ; *b*) Plus pansements multiples sur un même membre = 22 francs. Total 27 + 22 = 49 francs auquel il convient d'ajouter 25 % pour majoration de nuit (art. 8) soit 49 + 12,25 = 61 fr. 25 plus déplacement.

Nota. — Pas de majoration pour les déplacements de nuit. Donc, même tarif que dans la journée.

Enfin, dernière remarque. Je vous ai donné deux solutions possibles parce que vous ne pouvez additionner le prix d'une visite et celui d'une ou de plusieurs interventions. Ce serait le cumul interdit par l'art. 13.

Dr F. DECOURT.

---

b) *Assurances sociales*

5.476 — « Aide opératoire » et « médecin traitant » sont deux situations différentes

Je suis l'assistant habituel d'un chirurgien.

Pour les *opérés, assurés sociaux,*

Lorsque l'intervention est de coefficient :

a) Inférieur à K 40 : c'est le chirurgien qui me paie sur ses honoraires... suivant ce qu'il veut ;

b) Au moins égal à K 40 : c'est l'opéré qui me paie, et je marque P. C. 6 sur la feuille de maladie, et signe après avoir été payé (150 francs).

Dr C.

Réponse

Qu'il s'agisse d'une intervention au-dessous de K. 40 ou au-dessus, c'est-à-dire quel que soit le prix global de l'intervention, ce prix, dit l'Instruction pour l'utilisation de la nomenclature à la page VII : « Ce prix global comporte la rémunération des aides, y compris l'anesthésiste... »

Sans doute, il est dit dans la Nomenclature de pratique médicale courante en P. C. 6 : « Assistance du médecin traitant à intervention de coefficient au moins égal à 40 ». Mais il s'agit là du *médecin traitant* de l'assuré, à cause de sa responsabilité personnelle envers celui-ci pour l'avoir fait opérer après soins et diagnostic établi et appel d'un chirurgien.

Vous me dites : « Je suis *l'assistant habituel* d'un chirurgien », ce qui n'a aucun rapport avec la situation d'un *médecin traitant* responsable de l'intervention vis-à-vis de celui qui s'est confié à ses soins et s'est fait opérer parce que « son médecin le lui a conseillé ».

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

5.381. — Demande d'acceptation de prise en charge pour une intervention

Abonné au *Concours Médical* depuis mon installation, je me permets de vous envoyer en communication une lettre d'une caisse d'Assurances sociales. Dans cette affaire il s'agit d'un jeune homme atteint de paraphimosis depuis plusieurs jours déjà lorsque je l'ai vu pour la seule et unique fois, irréductible ; il souffrait beaucoup, je l'ai fait opérer d'urgence. Cela se passait vers la mi octobre. Le lendemain, ou le surlendemain de l'hospitalisation, la caisse a dû recevoir la carte-lettre obligatoire en pareil cas sur laquelle l'envoi à l'hôpital et le nom de ce dernier étaient mentionnés en gros caractères.

Je voudrais savoir :

1° Si cette opération peut être considérée comme urgente ;

2° Ou au contraire si en pareil cas, il faut attendre que la caisse veuille bien soit envoyer son médecin pour en contrôler l'utilité soit donner son consentement. Il en résulterait une perte de temps de plusieurs jours.

3° Le phimosis existant évidemment avant l'immatriculation de l'assuré, la caisse peut-elle, pour cette raison, refuser de prendre l'opération en charge.

4° Je serais heureux de savoir ce qu'elle entend par « opérations présentant un caractère exceptionnel d'urgence ». Je sais bien que les hernies, les néoplasmes etc., ne sont pas des opérations d'urgence.

Dr L.

Réponse

a) S'il s'agit de « paraphimosis », il est évident :

1° qu'il y avait urgence à opérer ;

2° que ce paraphimosis n'existait pas au moment de l'immatriculation quelques mois auparavant.

b) L'art. 24 de l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le réglement intérieur des Caisses dit : « Si le praticien estime nécessaire... une intervention chirurgicale... les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé préalablement au traitement et sur demande de l'assuré..., l'acceptation de prise en charge des prestations... » Et à l'alinéa suivant il est dit qu'en cas d'urgence «... une justification doit être adressée au médecin-contrôleur de la Caisse

par le médecin traitant, le spécialiste ou l'assuré dans les trois jours de l'intervention ou de la consultation. »

Ces prescriptions ont-elles été suivies en l'espèce ? Si non, la position de la Caisse me paraît justifiable, en fait, d'après les textes mêmes rapportés ci-dessus.

Si les règlements ont été suivis, il y a lieu de porter l'affaire devant la Commission tripartite saisie par lettre recommandée adressée par l'intéressé au greffier du Juge de paix de son domicile, indiquant la nature de l'affection. A cette lettre doit être joint un certificat du médecin traitant.

Dr F. DECOURT.

5.041. — Fracture traitée successivement par deux médecins

Un de mes clients, assuré social, jouant au football un dimanche à une vingtaine de kilomètres d'ici, est victime d'un accident sérieux fracture des deux os de la jambe au tiers moyen, avec troisième fragment tibial.

Il est examiné sur le terrain par un confrère qui pose immédiatement un appareil plâtré.

Au bout de 48 heures, en présence des douleurs intolérables et du gonflement du pied, et des mauvaises odeurs des plaies de la jambe, je suis obligé de faire sauter le plâtre et de soigner les écorchures superficielles qui se sont aggravées sous le plâtre, et les énormes phlyctènes dues à l'appareillage en laissant la jambe immobilisée dans une gouttière en treillage.

Au bout d'une quinzaine de jours, il m'est possible de refaire un second plâtre.

Les feuilles d'Assurances sociales remplies dès les premiers jours par mon confrère comportent évidemment : Chi K.20.

Comment dois-je m'y prendre pour tarifer mes interventions :

Suppression de l'appareil plâtré.
Radioscopie, (absence de films).
Pansements étendus au tulle gras.
Confection d'un plâtre classique.

D'autre part, le confrère était-il bien en droit de porter Chi K.20, sachant qu'il n'assumait pas la suite du traitement ?

Dr D.

Réponse

1° En matière d'assurances sociales, c'est toujours « l'entente directe ». Vous pouvez donc demander à votre client ce que vous demanderiez en clientèle courante. Mais celui-ci sera remboursé sur K.20 qu'il ait eu affaire à un ou plusieurs médecins successivement ;

2° Toutefois, comme vous avez dû refaire un deuxième appareil plâtré, vous êtes en droit d'ajouter sur la feuille K.8 puisqu'il est dit à ce coefficient : « répétition d'un appareil plâtré pour segment de membre » ;

3° Enfin, vous pouvez indiquer sur une feuille de spécialité ER.K.10, puisqu'il est dit à ce coefficient « radioscopie pour intervention, réduction, etc. ».

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

5.678. — Départ à froid

Est-il possible d'améliorer le départ le matin, avec le froid actuel et avec l'essence alcoolisée à 30 % distribuée en ce moment ? Ma voiture est une Citroën traction A.V. 11 ch. carburateur inversé, qui, l'hiver dernier, fonctionnait et partait à merveille avec de l'essence faiblement alcoolisée.

Dr P.

Réponse

Le meilleur moyen pour favoriser la mise en route d'un moteur quand l'essence qui l'alimente contient beaucoup d'alcool, c'est de le réchauffer le plus possible : vous auriez satisfaction, je pense, en remplissant votre radiateur d'eau chaude quelques minutes avant la première mise en route. Evidemment, c'est une opération assez désagréable, mais elle donne des résultats certains.

Vous pourriez également maintenir la température de votre moteur pendant la nuit au moyen d'un réchauffeur électrique placé sous le capot, et en abritant celui-ci avec une couverture. Enfin, je crois que vous auriez grand avantage également à prévoir sur votre carburateur une prise d'air chaud qui irait chercher l'air réchauffé sur la tuyauterie d'échappement : cela faciliterait, non pas la première mise en marche évidemment, mais la mise en régime et la marche générale.

Henri Petit.

5.275. — Carburant de remplacement. Mélange alcool-huile de ricin

Abonné au *Concours* depuis mon installation, et très intéressé par la chronique « Automobile » de votre journal, je serais désireux de recevoir le renseignement suivant :

« Pour une voiture utilisant l'alcool carburant, quelle est la dose optima d'huile de ricin qu'on peut ajouter au dit carburant. sans avoir à risquer d'incidents tels que : gommage des cylindres, etc...

Réponse

Quelle que soit la dose d'huile de ricin utilisée en mélange avec l'alcool, il y a toujours à craindre, surtout pendant l'hiver, un léger gommage des segments, gommage qui n'a d'ailleurs en général pas grande importance et qui disparaît quand le moteur est chaud.

La quantité d'huile à ajouter à l'alcool doit être d'environ un quart de litre pour 100 litres d'alcool.

Je considère d'ailleurs qu'il vaut mieux utiliser un appareil de super-huilage alimenté en huile minérale, surtout pendant l'hiver.

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

4.955. — Agrément des laboratoires effectuant le diagnostic biologique de la grossesse

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire comment doivent être établis les dossiers pour l'agrément d'un laboratoire d'analyses médicales en vue de continuer d'y effectuer les examens nécessaires au diagnostic biologique de la grossesse.

D'autre part, en attendant l'agrément, les laboratoires peuvent-ils continuer à faire ce genre d'examens (je ne fais, depuis mon installation, il y a 12 ans, que du laboratoire).

Je serais également très heureux d'avoir votre avis sur le point suivant : ne faisant que du laboratoire, et uniquement pour des clients envoyés par leur médecin, je ne déclare pas les maladies contagieuses (diphtérie, typhoïde, gonococcie, syphilis, etc.), laissant ce soin au médecin-traitant. Le médecin-chef du laboratoire départemental, à qui j'ai soumis la question, m'a approuvé : mais étant donné l'importance de ce sujet, je désirerais avoir votre opinion.

Dr V.

Réponse

Aux termes du décret du 18 mai 1940, les formalités à remplir pour obtenir l'agrément du ministre de la Santé publique par le directeur d'un laboratoire destiné au diagnostic biologique de la grossesse sont les mêmes que celles imposées par les articles 15, 16, 17 et suivants du décret du 19 mars 1940 relatif aux laboratoires effectuant les examens sérologiques pour maladies vénériennes.

Voici quelles sont ces formalités :

« Art. 16. — Toute personne physique ou « morale qui se propose d'entreprendre ou de « poursuivre l'exploitation d'un laboratoire d'a- « nalyses médicales autorisé à effectuer les exa- « mens sérologiques nécessaires au diagnostic de « la syphilis formule une demande écrite.

« La demande, sur papier timbré, mentionne « les nom, prénoms, profession, nationalité, do- « micile de l'auteur de la demande. Si elle est « formée par une personne morale (société, asso- « ciation, fondation), elle mentionne les noms, « prénoms, professions, nationalités et domiciles « des administrateurs ou gérants responsables.

« Toutefois, la disposition du paragraphe pré- « cédent n'est pas applicable s'il s'agit d'un labo- « ratoire relevant de l'Etat, d'un département, « d'une commune ou d'un établissement public. « En ce cas, la demande formée sur papier libre, « est signée du fonctionnaire préposé à la direc- « tion du laboratoire.

« Art. 17. — A la demande est jointe une dé- « claration énonçant les noms, prénoms, adresses « et titres scientifiques du praticien ou des pra- « ticiens chargés d'assurer en qualité de direc- « teur, de directeur suppléant ou de directeur « adjoint, en conformité des prescriptions de « l'art. 15 ci-dessus, la direction du laboratoire « faisant l'objet de cette demande. Les pièces « justifiant de la possession par ces praticiens des « diplômes et certificats mentionnés audit « article 15 y sont également jointes.

« Art. 18. — La demande est adressée au « Préfet du département dans lequel fonctionne « ou doit fonctionner le laboratoire. Le Préfet en « délivre récépissé et la transmet avec l'avis de « l'inspecteur départemental d'hygiène et ses « propositions au ministre de la Santé publique.

« Il est statué sur la demande par décision « ministérielle prise après avis du Conseil supé- « rieur d'hygiène publique de France ou de celle « des sections de ce Conseil déléguées par lui à « cet effet.

« Art. 19. — Le ministre de la Santé publique « arrête et tient à jour la liste des laboratoires « agréés ; il prend toutes mesures utiles pour la « communication de cette liste, aux organisa- « tions professionnelles de médecins et de phar- « maciens.

« Toute décision ministérielle accordant l'au- « torisation prévue à l'article précédent entraîne « l'inscription du laboratoire qu'elle concerne sur « cette liste.

« Le numéro d'inscription sur ladite liste est « mentionné dans la notification de la décision « ministérielle.

« Il devra figurer de façon très apparente sur « tous les comptes rendus d'analyses émanant du « laboratoire. »

Il résulte de ces textes que vous n'avez pas de temps à perdre pour déposer votre demande d'agrément, mais, bien entendu, vous pouvez faire ce genre d'examen jusqu'à ce que vous l'ayez obtenu.

En ce qui concerne la question de savoir si vous devez déclarer les maladies contagieuses dont vous avez connaissance à l'occasion des examens que vous pratiquez, nous sommes dans l'obligation de répondre par l'affirmative à cette question.

En effet, l'art. 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 dispose que la déclaration à l'autorité sanitaire de tout cas de l'une des maladies déterminées dans les conditions prévues à l'art. 3 ci-après, *est obligatoire,* d'une part *pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence.* La loi ne fait donc pas de distinction entre médecins biologistes et médecins traitants.

Avant le décret-loi sur les laboratoires effectuant les examens sérologiques pour maladies vénériennes on pouvait prétendre que le médecin effectuant de tels examens avait connaissance des maladies contagieuses, non pas en qualité de médecin, mais en qualité de chef de laboratoire (il n'y avait, en effet, pas obligation pour les directeurs de laboratoires de cette spécialité d'être docteurs en médecine), mais aujourd'hui que le décret-loi impose à tout directeur de laboratoire d'être docteur en médecine, une telle distinction n'est plus possible.

Nous croyons donc, qu'en pratique, vous auriez intérêt à vous mettre dans chaque cas en rapport avec le médecin traitant. Si celui-ci fait la déclaration vous n'avez qu'à vous abstenir. Au cas où il désirerait ne pas la faire vous auriez alors à prendre vos responsabilités.

Dans le cas où la déclaration est obligatoire, nous croyons que vous devriez la faire. Dans le cas où elle est facultative, c'est par accord avec le médecin traitant que vous pourriez résoudre la question dans chaque cas particulier.

Soixante-troisième année — N° 51 — 21 Décembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants ... 80 fr.

***Le Numéro*... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

N° 372. — Recherc. crâne excellent état. Faire off. avec prix Dr Choffat, 8, rue de Vesoul, Saint-Quentin (Aisne).

N° 373. — M. très relationné ds le Corps Médical recherc. prospection pour un ou plus. laboratoires. Déjà au courant de ce service. Ecr. à M. Chailloux, 38, Chemin de l'Allouée, Nantes (Loire-Inférieure).

N° 374. — A vendre, apr. décès, excellt matériel O. R. L. et yeux. S'ad. à la Clinique Sainte-Anne à Morlaix (Finistère).

N° 375. — Indre-et-Loire. 14 km. de Tours, cabinet de médec. génér. à céd. apr. décès. Conditions à débattre. Ecr. à Mme Obrenovitch à Savonnières (Indre-et-Loire).

N° 376. — Bordeaux, à céd. client. de médec. génér. Prix modéré, urg. S'ad. L. Cros, 28 cours Saint-Médard, Bordeaux (Gironde).

N° 377. — 300 fr. Appareil sédiment. globulaire Cogit cause double emploi, tr. b. état. D Roy, 16, rue Gérot, Auxerre (Yonne).

N° 378. — A céd. cabinet d'oto-rhino-laryng. avec instrumentation. VIe arrt. S'adr. Dr Pasquier, 109, rue de Rennes, Paris.

N° 379. — Cabinet consultat. cœur, foie, gd. centre z. o. beau rapp. Prix débattre. Possibilité reprise radio-Ecr. Franceschini, 40, av. Petit Chambord, Bourg-la-Reine (Seine).

N° 380. A céd. cabinet d'oto-rhino-laryng. avec ou ss instrumentation. Petit loyer. Quartier Châtelet. S'ad. Dr Pasquier, 109, rue de Rennes, Paris.

N° 381. — Médec. 30 a. retour de capt., cherc. remplacem. médec. génér. et phtisio. z. n. o. Tte durée. Ou bien poste dans labor. Ecr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 382. — Anc. méd. mil. :30 a. recherc. urg. poste ou emploi labo-spécial ou anal. clin. assist assur. assoc. avec conf. instal. préfér. z. n. o. Dr Lerond, 6, rue Gambetta, Brantome (Dordogne).

N° 383. — Doct. anc. ext. hôpit. Paris, disposant capit. achèterait cabinet médic. phtisiologie. Ecr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 384. — Par suite déc., client. ophtalmologiste, instruments et locaux disponibles à Grenoble. Ecr. à M. Clerc, 1, rue de la Liberté à Grenoble (Isère).

N° 385. — Chirurgien, ayant eu gros. activité en zone interd. cherche en z. n. o. situation chirurgicale, assoc. success. ou création possible ds petite ville (chirurg. géné. Gyn. chir. urén.) Ecr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Somme. — Zone occupée, gros bourg, 3 médecins, belle habitation, bon rapport, prix à discuter.

Banlieue. — Appartement 4 pièces, bon rapport, prix modéré.

Nièvre. — Gros bourg, belle habitation confort, gros rapport, prix minime.

Somme. — Sud-Ouest, seul propharm., loyer 2.000 fr., confort, bon rapport, prix moitié.

Normandie. — Chef-lieu du département, très gros rapport, prix moitié.

Paris. — O. R. L. exclusivement bel appartement, 9 pièces, très gros rapport, prix moitié.

Oise. — Bourg important, clientèle de 38 ans, tout confort, loyer 4.000 fr., très bon rapport. Prix à discuter.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Aux mères qui réclament un fortifiant pour leurs enfants, ordonnez 3 tablettes de **Mangaïne** par jour, vous serez très utiles aux enfants (études du Docteur CAMESCASSE, à Forges-les-Eaux) et vous serez très agréables aux mamans. 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Le Docteur Raphaël Massart (de Paris) nous fait part de sa nouvelle installation à Saint-Raphaël (Var) et de son association avec *le Docteur Paul Lieutaud.*

Spécialité exercée : orthopédie, chirurgie des os.

Clinique Notre-Dame. Tél. 624. St.-Raphaël (Var).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou Médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

Paiement des abonnements au « Concours Médical » et de la cotisation au « Sou Médical »

Les abonnés au *Concours Médical*, peuvent à la cotisation au « Sou Médical », dont le paiement leur est demandé ci-dessus, joindre comme chaque année, le montant de l'abonnement au journal, par un versement global de 257 francs, opéré au compte du « Sou Médical ».

Les membres de la *Mutualité familiale* peuvent également utiliser cette méthode pour le versement de leur cotisation.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours complémentaire de pathologie rénale* par MM. Busser, chef des travaux, et Thiébaut, chargé de recherches. — Ce cours commencera le lundi 5 janvier 1942, à 17 h. 30, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, amphithéâtre des travaux pratiques, escalier B, 2e étage) et se poursuivra les jours suivants, sauf le samedi, à la même heure, jusqu'au vendredi 30 janvier 1942.

Ce cours comportera : 1° quinze conférences (publiques et gratuites) où seront traités, des points de vue anatomique et clinique, les principaux chapitres de la pathologie rénale ; 2° cinq séances pratiques où seront projetées à l'écran et commentées des préparations microscopiques se rapportant aux lésions essentielles du rein.

Pour les séances pratiques, les droits d'inscription sont de 250 francs ; le nombre des auditeurs est limité. Les inscriptions sont reçues dès maintenant au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet 4) les lundi, mercredi et vendredi de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures.

— *Clinique chirurgicale Saint-Antoine.* — Le *cours d'Endocrinologie gynécologique* que M. Claude Beclere devait commencer le lundi 8 décembre est remis à la date probable du lundi 5 janvier à 18 heures.

Les médecins qui ont l'intention de suivre ce cours sont priés de s'inscrire par lettre à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine, Paris (VIe), en indiquant leur nom et leur adresse pour qu'on puisse les prévenir de la date exacte du cours.

— *Laboratoire de bactériologie. Cours complémentaire.* — Le Professeur Gastinel et le Docteur Henri Bonnet, agrégé, chef des travaux, commenceront le lundi 5 janvier 1942, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, et cessera le 28 mars.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Les droits pour les travaux pratiques sont de 600 francs.

Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie, tous les jours, de 15 à 17 heures, avant de retirer leur bulletin de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 16 heures.

— **Institut d'hygiène et d'épidémiologie (Faculté de médecine de Paris).** *Cours de perfectionnement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène,* sous la direction de M. le Professeur Tanon et de M. P. Joannon, agrégé. — Ce cours commencera le lundi 5 janvier 1942 pour la bactériologie et le lund

2 mars 1942 pour l'hygiène. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté.

— **Hôpitaux de Paris.** *Externat* — Jury : MM. Pollet, Perrault, Dérot, Albot, Hepp, Mialaret, Rudler, Longuet, Richier.

— **Hôpital Broussais.** *Nouveaux services.* — Deux nouveaux services ont été ouverts à l'hôpital Broussais : un service de médecine (M. de Brun du Bois Noir, médecin des hôpitaux, chargé du service) et un service de chirurgie (M. Patel, chirurgien des hôpitaux, chargé du service).

— **Hôpitaux d'Angers.** — Ont été nommés, après concours : ophtalmologiste des hôpitaux : M. le Docteur R. Rousseau ; ophtalmologiste adjoint : M. le Docteur Hermann ; oto-rhino-laryngologiste adjoint : M. le Docteur Van den Bossche.

— **Hôpital des réfugiés de Clermont-Ferrand.** — Les différents services de l'hôpital fonctionnent sous la direction des Professeurs Rohmer, Barré, Vlès, Forster et Géry.

— **Hôpital des réfugiés de la Dordogne, à Clairvive.** — Les différents services fonctionnent sous la direction des professeurs Pautrier, Ambard, Redslob, Keller, Pfersdorf et Fontaine.

— **Hôpital de Saint-Denis (Seine).** *Internat.* — Un concours pour douze places d'internes titulaires s'ouvrira à l'hôpital de Saint-Denis, le lundi 19 janvier 1942.

Sont seuls admis à prendre part au concours, les étudiants et étudiantes en médecine, français à titre originaire comme étant nés de père français (Lois du 13 août 1940 sur les sociétés secrètes et du 2 juin 1941 portant Statut des Juifs), pourvus d'au moins 16 inscriptions nouveau régime et âgés de moins de 30 ans au 1er janvier de l'année du concours. (Cette limite d'âge sera reculée d'un laps de temps égal à la durée des services militaires accomplis par les candidats).

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture du concours.

Avantages : indemnités mensuelles variables (environ 1.425 francs).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'Hôpital de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures.

— **Naissances.** — Cécile Jourdan a la joie de vous faire part de la naissance de sa sœur *Annie*. Le 6 novembre 1941.

Docteur Jourdan, Marigny (Manche).

— Anne-Marie et Lucile Ouvrard ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Jean-Louis*. Le 25 novembre 1941.

Docteur Ouvrard, Mareuil-sur-Lay (Vendée).

— Jean-François et Chantal Cherrey sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Marie-Laure*. Le 2 décembre 1941.

Docteur P. Cherrey, Fayl-Billot (Haute-Marne).

Le Livre d'Or du Corps Médical Français

Citation à l'Ordre de l'Armée

Docteur Tixier (André) :

« Médecin de bataillon, animé de la plus haute conception du devoir. Dans un point d'appui encerclé et soumis à des bombardements meurtriers et continus, n'a pas hésité à risquer maintes fois la mort en se portant héroïquement sur tous les coins du champ de bataille pour panser, relever et transporter de nombreux blessés.

S'est fait remarquer en toutes circonstances par son inlassable et sublime dévouement.

Etait l'objet de la vénération de tous et a fait de plus l'admiration de l'ennemi. »

Cette citation comporte l'attribution de la Croix de guerre avec palme.

Fondation Française pour l'étude des problèmes humains

Le *Journal officiel* du 5 décembre 1941 publie le texte de loi instituant cette fondation et en remettant la régence au Docteur Alexis Carrel.

Nous saluons ici et l'institution, si nouvelle dans son esprit, si riche par son programme, et son régent trop universellement renommé pour qu'il soit décent de la présenter à nos lecteurs.

Comptons sur le grand savant pour voir se dissiper quelque peu les brumes qui nous masquent encore « l'homme, cet inconnu. »

Comité sanitaire de la Région parisienne

I

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1941

Service vétérinaire sanitaire. — M. Veloppé. — La première loi organisant les services sanitaires vétérinaires en France, date du 21 juillet 1881. Elle créait le service des épizooties, et il faudra attendre 1909 pour que ce service soit imposé aux communes, sous la direction des vétérinaires départementaux. Ce fonctionnaire contrôlait les abattoirs et les tueries, les marchés aux bestiaux, les services d'inspection des viandes, de prévention et de désinfection vétérinaires. La clientèle lui était interdite. Par la loi du 3 mai 1923, il devenait de fonctionnaire départemental fonctionnaire d'Etat, sous la haute direction d'un Inspecteur général et sous le contrôle du ministère de l'Agriculture. L'inspection vétérinaire bénéficiait du précieux concours des vétérinaires praticiens, recevant du Préfet une Commission de vétérinaires sanitaires, pouvant être chargés de missions ou d'enquêtes qui permettaient de remonter jusqu'au foyer originel des infections épidémiques. Leurs initiatives furent toujours bien accueillies des propriétaires, qui en comprirent l'utilité.

Peu à peu les attributions de l'inspecteur vétérinaire se sont étendues aux questions d'hygiène alimentaire, qui jadis étaient réservées à des fonctionnaires, quelquefois peu compétents, désignés par les Maires. Actuellement, l'inspection des viandes est toujours faite par un vétérinaire ; toutefois, en province, les vétérinaires praticiens qui en sont chargés n'ont pas toujours le temps de l'exercer efficacement,

surtout si leurs visites sont trop régulières ; il faudrait qu'elles fussent inopinées, afin de tenir les bouchers en haleine. L'inspection vétérinaire s'applique aussi aux poissons, aux crustacés, aux champignons. Mais, seule de tous les pays civilisés, la France n'a pas encore organisé le contrôle du lait. Il semble que cette surveillance essentielle soit prochainement réalisée.

L'inspection sanitaire vétérinaire assure également la prophylaxie par la surveillance des fourrages, des emballages, par le contrôle des ateliers d'équarrissage et par les postes installés aux frontières terrestres et dans les ports. Il faudrait compléter ce service par le contrôle de l'élevage.

Cette organisation a certainement évité nombre de maladies qui menaçaient le cheptel français, comme la pneumonie des bovins ; elle a pratiquement supprimé le rouget, la morve, la rage. Mais il reste deux grands fléaux, la tuberculose et la fièvre aphteuse.

II

Séance du 25 novembre 1941

Etat sanitaire pendant la période de repliement. — M. Rouèche. — Le repliement s'est souvent fait dans des conditions défectueuses, notamment en ce qui concerne les enfants. Le personnel enseignant qui les accompagnait y était mal préparé, et les conditions de logement des départements d'accueil (15 environ) étaient insuffisantes. Les inspecteurs d'Académie et les services d'hygiène firent de leur mieux, secondés par les services de protection maternelle et infantile, créés par le ministère de la Santé, sous le contrôle de MM. Couvelaire et Lesné. Des médecins requis furent envoyés dans les départements, mais ne purent souvent y rester à cause des conditions matérielles insuffisantes qui leur avaient été faites. On ne connaît pas exactement le nombre de réfugiés dans les départements d'accueil, mais on sait que la population parisienne diminua des deux tiers en 1939 et 1940. L'état sanitaire des enfants et des familles repliées ne fut pas mauvais ; l'hiver de 1940 ne fut meurtrier que pour les vieillards. Les jeunes enfants tirèrent profit du séjour au grand air. La plupart des départements du Midi virent leur population tripler ou quadrupler. On estime à huit millions le nombre des rapatriés. Peu d'épidémies se déclarèrent. Le ravitaillement en lait a été suffisant et l'approvisionnement était normal à cette époque. Beaucoup d'adolescents subirent dans leur déplacement des fatigues exceptionnelles et virent diminuer leur résistance à la tuberculose.

Incidence des restrictions alimentaires sur la santé des enfants et des adolescents. — M. Rouèche donne quelques indications tirées d'une enquête menée sur la demande du secrétaire d'Etat à la Santé par le Comité national de l'enfance. La mortalité et la morbidité ne semblent pas augmenter chez les jeunes, mais la rougeole a marqué une recrudescence. La croissance en poids et en taille a été influencée, surtout chez les adolescents et on a remarqué des chutes de poids de 3 à 5 kilos. Les filles résistent en général mieux que les garçons. La résistance à l'effort diminue, et la réceptivité vis-à-vis des infections augmente. La tuberculose a fait l'objet de remarques inquiétantes par la concordance des formes graves, aiguës, en particulier chez les adolescents et l'augmentation du nombre des primo-infections.



A propos du réapprovisionnement des pharmaciens

Nous avons reçu de notre excellent confrère et collaborateur, le Professeur agrégé H. Vignes, la lettre suivante :

Que certains produits aient absolument disparu et que les stocks de certains autres soient très diminués, le fait est indéniable et il n'y a qu'à se résigner à trouver des produits de remplacement. Mais le *Concours* ne pourrait-il pas attirer l'attention de qui de droit sur la difficulté que l'on éprouve à se procurer d'autres spécialités qui ne font nullement défaut. Nombre de pharmaciens à qui l'on demande tel ou tel produit répondent qu'il n'existe plus, alors qu'il en existe encore. J'en ai eu la preuve pour plusieurs, en m'informant auprès des fabricants. Tantôt ceux-ci étaient de très importants spécialistes, tantôt ils étaient plus modestes. Ce n'est donc pas dans l'importance ou la non-importance du laboratoire qu'il faut chercher le motif de cette « carence ».

Quand on va au fond des choses, on s'aperçoit que les produits que l'on ne peut pas se procurer sont des produits de petite vente. Si vous demandez un flacon d'un médicament souvent acheté, le pharmacien (ou le grossiste) trouve toujours moyen de se le procurer ; quand au contraire, il faut envoyer un cycliste pour aller chercher un flacon de vente rare on se fait tirer l'oreille. Cela se comprend, étant donnée la difficulté des transports. Mais les pharmaciens jouissent d'un monopole et, dans ces conditions, ils ont le devoir, en contre partie, de procurer aux clients les médicaments nécessaires, ou, tout au moins, de ne pas répondre que le produit ne se fabrique plus.

Croyez.....

C'est bien volontiers que, répondant à la suggestion de notre correspondant, nous portons le fait à la connaissance des lecteurs. Il convient, en effet qu'ils ne se laissent pas mettre en difficulté par la faute d'un pharmacien négligent.

La situation actuelle est déjà assez difficile pour les médecins comme pour les malades, du fait que de nombreux médicaments importants manquent irrémédiablement sur le marché pour ne pas l'aggraver encore d'une égoïste passivité.

Nous sommes persuadés qu'il aura suffi de signaler celle-ci aux fabricants de spécialités et aux grossistes pour qu'ils prennent les mesures convenables ; de même sommes-nous surs que la grande majorité des pharmaciens détaillants aura à cœur d'assurer à la population une fourniture de médicaments aussi complète que les circonstances le permettent et de surmonter les difficultés incontestables du réapprovisionnement.



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 5 décembre 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

14.544 Béal Clément, 19, Cours Lafayette, Cusset (Allier), Docteur Victor Béal.

14.545 Boudon, Sana M. Mercier, Roches (Allier).

14.546 Brugnot René, 57, Grande-Rue, Nogent-en-Bassigny (Haute-Marne). Ordre des médecins.

14.547 Chauvise Jean, Bassou (Yonne). Docteurs Collette et Letailleur.

14.548 Claisse, 58, rue Boissière, Paris (XVIe). Ordre des médecins.

14.549 Desbonnets Gérard, 25, rue Négrier, Lille (Nord). Ordre des médecins.

14.550 Desjardins Jean, 64, boulevard Thiers, Remiremont (Vosges). Ordre des médecins.

14.551 Dupond, Cucuron (Vaucluse.

14.553 Gouzy Pierre, 9, rue Joseph-Barra, Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne). Docteurs Sainton et Cornu.

14.555 Harand Camille, 11, rue Albert-Thomas, Champigny-sur-Marne (Seine). Ordre des médecins.

14.556 Hazebrouck Gabriel, Chaumes-en-Brie (Seine-et-Marne). Ordre des médecins.

14.557 Laflotte Lucien, 3, rue Emile-Gilbert Paris (XIIe). Docteurs Brongmart et Mesombe.

14.558 Madrange Henri), Egletons (Corrèze). Ordre des médecins.

14.559 Néret Marie-Louise, 59, rue Galilée, Paris (VIIIe). Ordre des médecins.

14.560 Oliviesi Jean, 5, Passage Menguy, Paris (XIXe). Docteurs Fleury et Boschatel.

14.561 Patron Claude, 77, rue du Maréchal-Pétain, Saint-Denis (Seine). Ordre des médecins.

14.562 Picot Guy, 9, rue Lautour-Labroise, Argentan (Orne).

14.563 Puyau Marie-Joseph-Jean, Sore (Landes). Docteur Lagrave.

14.564 Rolland André, Laruns (Basses-Pyrénées).

14.565 Toravel Francis, Pleugueneuc (Ille-et-Vilaine). Ordre des médecins.

14.566 Valadou Pierre, Roumégoux (Cantal). Docteurs Giroux et Rigal.

14.567 Vanney Pierre, Granges-sur-Vologne (Vosges). Ordre des médecins.

14.568 Verroust Georges, 62, avenue du Chemin-de-Ver, Vitry-sur-Seine (Seine).

14.569 Vignon Daniel, 199, rue Diderot, Vincennes (Seine). Ordre des médecins.

Voir la suite page LI-2275



PROPOS DU JOUR

MISE EN ACCUSATION DES MÉTHODES D'ÉDUCATION MODERNES

Il y a des années (cela remonte je crois bien au sortir de l'autre guerre) que les instructeurs de la jeunesse, à tous les degrés de l'enseignement, dénoncent l'ignorance croissante de leurs élèves. A les en croire ce retour à la jachère spirituelle est manifeste en particulier dans les examens et concours où la moyenne des candidats baisse de niveau d'année en année. Chaque session de baccalauréat, qui rassemble des jeunes gens de plus en plus nombreux et est en passe de devenir un autre conseil de révision, fait entendre les mêmes lamentations : examinateurs criant à la scandaleuse nullité des élèves, élèves protestant contre la difficulté des épreuves et la sombre cruauté des examinateurs. Or un fait demeure certain pour le profane qui juge impartialement le débat : quelle que soit la soi-disant rigueur de l'examen les bacheliers pullulent. Et lorsque, nantis de leur titre, ils abordent l'enseignement supérieur, les mêmes évidences s'imposent : les étudiants sont, en majorité, ignares ; des notions que l'on tenait autrefois pour élémentaires leur manquent ; c'en est venu au point que l'on éprouve une véritable gêne à constater, chez des jeunes gens dont les titres impliquent des études prolongées, des « trous » béants parsemant le domaine de la connaissance. Quelques-uns parent ce paysage désolé de camouflages au vernis, reluisants et fragiles, bien dans la mode du jour, et au contact desquels le prudent conseil revient aussitôt à l'esprit : glissez, mortels ; n'appuyez pas.

D'autres, plus frustes, n'aperçoivent pas ce que ces accrocs à leur vêture intellectuelle ont d'affligeant et presque d'impudique ; et c'est à propos d'eux que s'apprécie la profondeur de la béatitude : Heureux les simples d'esprit. Si heureux sont en effet ceux-ci qu'ils jouissent souvent d'un contentement intérieur proportionnel à leur bêtise. La mentalité primaire est entre toutes enviable pour ce qu'elle bannit le doute et le scrupule et que, le hasard aidant, de grandes réussites sont possibles à ceux qui ne doutent de rien, et surtout pas d'eux-mêmes.

***

Il convient pourtant de se demander pourquoi cette primarité de l'esprit sévit aussi cruellement en notre siècle, et quels facteurs l'ont favorisée.

Le ciel m'est témoin que je ne tombe pas en pâmoison devant la culture, si vaste soit-elle. Car elle n'est faite que de prélèvements sur le fonds commun de l'humanité, et de longues études peuvent avoir orné un esprit uniquement d'oripeaux d'emprunt sans qu'il y ait ajouté le moindre apport personnel. Or c'est seulement cet apport personnel, le tour personnel qu'il a donné à son acquis, le ferment original avec lequel il a fait lever et remanié la masse, c'est seulement cela qui jauge et qui juge un homme.

Néanmoins, lorsque des jeunes gens se sont adonnés, des années durant, à l'étude, donc à l'accumulation des connaissances, lorsqu'ils ont admis la culture comme le soubassement nécessaire de leur édifice intellectuel, il est surprenant et choquant de les trouver aussi mal équipés. Il faut bien admettre, puisqu'antérieurement et sur ce même terrain, la récolte était plus abondante, ou que la méthode fut fautive ou que les récoltants furent nonchalants. Vraisemblablement c'est à la fois aux deux qu'en revient la faute, et avant tout à la méthode, laquelle est comptable, sans échappatoire admissible et de la matière qu'elle enseigne et des esprit, qu'elle forme.

***

Ceux qui, vers 1910 ou 1911 (mais où sont les neiges d'antan ?), avaient coutume, en sortant du restaurant ou de l'Ecole Pratique, de faire un tour sous les galeries de l'Odéon, peuvent se rappeler y avoir vu surgir une bien curieuse collection de livres d'enseignement. Les titres en étaient tels que : Eulalie ou le Grec sans larmes ; Cornélie ou le Latin sans pleurs ; chaque volume accrochait le regard d'une promesse de bénignité. A la vérité c'était plutôt aux dilettante de la culture qu'aux potaches que cette collection s'adressait et le directeur était, je crois bien, Salomon Reinach, c'est-à-dire tout autre chose qu'un ânonneur de déclinaisons.

Nous, cependant, qui n'étions pas si loin, à cette époque, du lycée, de ses thèmes sournois et de ses rébarbatives versions, nous sentions, à la lecture de tels titres, une effusion de gratitude s'élancer en nos cœurs vers Salomon Reinach, et un amer regrêt de n'avoir pu profiter de cette entreprise humanitaire.

Trente ans plus tard, méditant sur la jeunesse française de ces récentes années, sur ce qu'elle fut et ce qu'elle ne fut pas, et sur les responsabilités des méthodes d'éducation en usage, je trouve à ces titres apitoyés, à cette collection tout sucre et tout miel, la valeur d'un symbole. Et je me demande en outre si elle n'a pas inau-



guré et peut-être inspiré la mode que l'on vit ensuite s'épanouir de dorloter les écoliers et de leur ouater l'existence.

Toujours est-il que, rentrés de la guerre, dans les années 20, nous assistâmes à un bouleversement accéléré et extravagant des méthodes éducatives. On dénonça sans cesse le surmenage des écoliers (qui était peut-être réel) et dix fois les programmes furent taillés et retaillés pour les rendre moins abrupts. Les vacances étaient progressivement allongées par des « ponts » et des combinaisons diverses ; les élèves se dispensant de venir à l' cole à partir du 14 juillet le ministre, en sa toute puissance, décidait de légaliser l'abus qu'il n'avait pas l'énergie d'interdire. Sous couleur de méthode Montessori, dans les écoles primaires, on amusait les enfants par mille trucs astucieux et pédagogiques et l'on se flattait de les instruire presque malgré eux : l'A. B. C. sans douleur. A la « période de la facilité » où s'ébattaient les adultes correspondit la période de veulerie et de flagornerie à l'égard des enfants.

Dans le même temps nous vîmes s'élever un peu partout des bâtiments vastes, somptueux, où n'étaient ménagés ni les matériaux de choix ni les artifices techniques. Chacun d'eux dominait le quartier environnant de ses dehors cossus ; on songeait, tout en s'étonnant parfois de l'emplacement, à quelque banque capitonnée d'or, à quelque « folie » d'industriel regorgeant de capitaux. C'étaient des groupes scolaires. Et si le dehors en imposait, le dedans était tout bonnement stupéfiant. Le dernier mot du confort ne s'est guère vu réaliser que là, où l'éclairage connaissait de merveilleux raffinements, où le chauffage électrique narguait les prix de revient, où les conditionnements d'air rivalisaient d'ingéniosité. Je jure sur l'honneur avoir lu dans l' « Hygiène scolaire » de Dufestel la description d'une cuvette de W. C. pour école primaire où le rebord logeait une circulation d'eau chaude afin d'éviter aux pauvres petites fesses un contact désagréablement frais. « Le caca sans frisson ». Il est difficile d'imaginer sensiblerie plus bêtasse et dévergondage d'imagination plus grotesque.

***

A l'école et hors de l'école cette jeunesse manifestait une volonté arrêtée de « ne pas s'en faire », suivant la charmante expression en usage. Dorlotée et affranchie, affranchie du restect des usages qu'elle tenait pour une servitude et surtout détendue de tous ses ressorts, elle s'avançait dans la vie un peu folette et fort gourmande de ses aises.

De moroses censeurs ont-il assez crié au scandale des jeunes gens restant assis dans le métro pendant que des femmes ou des vieillards étaient debout, ou ricanant au passage d'une femme enceinte, en fumant leur cigarette au mépris des règlements. Aucune retenue ne valait pour ces « affranchis » qu'une ivresse libertaire dévergondait sans qu'ils en eussent ni conscience ni plaisir. Ils avaient des excuses ? Certainement. Mais nous, nous n'en avions pas qui les laissions se vautrer ainsi et qui, après le laisser-aller de la grande guerre, leur offrions comme milieu de culture l'atmosphère délétère des années folles où l'argent se jetait à pleines mains.

Tout cela on pouvait en rire ou en soupirer voici quelques années, parce que nous ne soupçonnions pas vers quels abîmes nous descendions. Nous le savons maintenant que nous avons atteint le fond, et je ne pense pas que dans cette décadence qui a pris la figure d'un affaissement, nos méthodes d'éducation soient innocentes. Un peuple a la jeunesse qu'il mérite : c'est aux générations aînées, à nous, que le reproche peut être justement fait d'avoir laissé choir en quenouille les vertus ancestrales.

Pendant que nous efféminions notre jeunesse en lui enseignant la fuite devant l'effort, d'autres entraînaient la leur à de dures disciplines. Les deux méthodes se sont affrontées sur le terrain et rien ne servirait de camoufler le résultat. Il est au contraire essentiel et même vital de ne pas se « blouser ». Ce n'est pas l'issue d'une guerre qui juge une nation ? D'accord ; encore que celle-ci ait, par certains côtés, plus été un « test » psycho-biologique qu'une guerre. Et si nous avons été si durement touchés par la défaite c'est qu'elle ne signifiait pas seulement, je dirai même pas *surtout*, une défaite militaire mais une débâcle morale. Tout ce que Carrel dit de l'individu se rapporte avec autant de justesse à une collectivité : un physique robuste, une morale solide ne s'acquièrent ou ne se gardent qu'au prix d'un effort constant, d'une réactivité sans cesse en éveil contre le milieu ambiant. Il faut souffrir pour être fort.

En dépit du « Latin sans pleurs » et du « Grec sans larmes » c'est en peinant fut-ce jusqu'aux larmes *et seulement à ce prix*, que l'on acquiert un savoir de qualité et durable. C'est dans la lutte et pas autrement, que s'élabore un caractère.

Tant pis si certains se gaussent et crient au père Fouettard. Mais je tiens que rien ne vaut une poigne un peu rude pour inculquer à l'enfance le sens de « ce qui se doit », et pour la préparer à la mêlée impitoyable qui l'attend une fois atteint l'âge d'homme. Ainsi pensaient nos pères et ainsi firent-ils sans pour cela être dénaturés. Et ils n'avaient pas si mal réussi !

Nous avons voulu raffiner sur ces mœurs d'autrefois. La correction est venue, en une seule fois, et plus sévère ; et il nous faut faire un réel effort pour en concevoir la vertu éducative.

G. Lavalée.

PARTIE SCIENTIFIQUE

QUELLE CONDUITE TENIR EN PRÉSENCE D'UNE ÉVISCÉRATION POST-OPÉRATOIRE

(Importance du Mickulicz)

Marcel CHATON

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Besançon

Il s'agit, ici, à vrai dire d'une complication post-opératoire, heureusement tout à fait exceptionnelle, car sa gravité est grande. Mais tout chirurgien s'est trouvé ou se trouvera quelque jour en présence de ce redoutable accident. C'est pourquoi, nous avons pensé utile d'attirer l'attention sur elle ainsi que sur son traitement.

Nous nous poserons, à ce sujet, les quatre questions suivantes :

1° Quand doit-on la redouter ? 2° Quand peut-on la prévoir ? 3° Comment la prévenir ? 4° Comment la traiter ?

QUAND DOIT-ON REDOUTER UNE ÉVISCÉRATION ?

Il est des causes d'ordre local et, d'autres, d'ordre général.

Dans les premières, se range toute intervention abdominale septique, dans laquelle, au temps de réfection de la paroi, les plans constitutifs de cette dernière auront pu être contaminés et dans laquelle, de ce fait, une suppuration pariétale est à redouter. Certaines régions, aussi, on le sait, sont plus particulièrement exposées à la désunion, telle la région épigastrique.

L'état général, de son côté, doit être pris en considération. Toute cause de déchéance organique apporte une entrave à une réparation normale (diabète, albuminurie, syphilis, état cachectique, etc...) A cause des cris incessants poussés par lui, on sait que le nourrisson y est particulièrement exposé.

QUAND PEUT-ON LA PRÉVOIR ?

On peut la prévoir d'abord en cas de suppuration pariétale évidente, portant sur toute l'étendue d'une plaie, et encore dans les états péritonéaux subaigüs avec foyer localisé ou généralisé, dans la péritonite avec distension progressive de l'abdomen.

Mais on peut la prévoir aussi, plus tardivement et alors plus sournoise, sans manifestations pathologiques antérieures, *dans une circonstance clinique qui n'est pas de notion classique*, mais, cependant capitale et sur laquelle, pour ce fait, nous croyons devoir insister.

Quand, arrivé au moment habituel de l'ablation des points de suture, on se trouve, même sans réaction inflammatoire locale évidente, en présence d'une *cicatrice déprimée, en gouttière,* amorçant un angle, dont le fond, constitué par la ligne de coalescence au sommet de l'angle, est élargi d'un ou deux millimètres, d'une teinte bleutée, manifestement fragile, le danger est grand. Les plans sous-jacents musculo-aponévrotique ont lâché. La désunion est dans la profondeur. Si on enlève agrafes ou points sans soutenir, un éternuement, la toux, un effort normal de défécation ou de miction sont susceptibles de réaliser la rupture de la mince pellicule dermo-épidermique, qui cache le désastre.

Ce dernier s'annoncera parfois à l'infirmière, fait impressionnant et grave, par la présence d'une anse intestinale qui déborde le pansement, plus souvent heureusement par une hémorragie révélatrice qui souille ce pansement. La présence de cette dernière à ce moment est d'une précieuse signification.

COMMENT LA PRÉVENIR

On peut le faire à deux *périodes* :

1° Au cours même de l'opération lors du temps de réfection de la paroi.

2° Dans le post-opératoire au cours des pansements, si on constate la présence de la redoutable cicatrice en gouttière.

a) Dans la première alternative, il est de pratique banale, outre les points résorbables profonds péritonéo-musculo-aponévrotiques (exécutés en un, deux ou trois plans selon les habitudes de chacun) de placer trois ou quatre crins cutanéo-musculo-aponévrotiques qui seront serrés avant la pose des points cutanés eux-mêmes.

b) Dans la seconde alternative, en présence d'une cicatrice fragile déprimée en gouttière où la désunion profonde est déjà réalisée, il faut, ou bien attaquer primitivement de suite la lésion (ce qui est mieux) ou tout au moins, prévoyant la catastrophe, s'efforcer d'en diminuer la gravité.

Si on intervient primitivement, le sujet sera endormi, et l'on refera automatiquement les plans profonds avant la désunion cutanée.

Si l'on a des raisons de n'intervenir que secondairement, des précautions indispensables sont à prendre immédiatement. Localement, il faudra désinfecter largement la peau de voisinage à la teinture d'iode ou au mercurochrome ; recouvrir la plaie d'une bande de gaze antisep-

tique iodoformée ou autre ; appliquer avec force un agglutinatif d'excellente qualité, prenant un point d'appui large sur les téguments de voisinage de chaque côté de la ligne d'incision ; envelopper l'ensemble dans un champ opératoire stérile et maintenir encore le tout par un bandage de corps bien rembourré de coton et exactement appliqué. Il conviendra aussi de recommander à l'infirmière et au sujet de limiter le plus possible tout effort physiologique ou autre à retentissement abdominal.

L'ÉVISCÉRATION EST RÉALISÉE, COMMENT LA TRAITER ?

C'est là le point capital, d'où dépend la vie du sujet. Nous envisagerons le cas habituel où l'accident est découvert au lit du malade, dans les conditions que nous avons exposées et dans sa forme la plus grave où les anses intestinales sont extériorisées.

Il convient tout d'abord de conserver son calme et son sang froid, de ne rien tenter avec une précipitation néfaste au lit même de ce malade, de ne même pas enlever le pansement pour mieux voir.

A) PRÉLIMINAIRES. Le malade est transporté à la salle d'opération et là, ayant à sa disposition les moyens de rigueur dans toute intervention abdominale, il sera endormi.

Certaines précautions sont à prendre. L'anesthésie sera réalisée avec douceur. Un assistant, à travers le pansement, à l'aide de ses deux mains empaumant les organes éviscérés et faisant plaque de contention, veillera avec intelligence et souplesse à ce que, par suite de l'agitation anesthésique, un mouvement, une quinte de toux inopportune, la hernie ne soit pas aggravée.

Le sommeil complet obtenu, bandage et pansement seront seulement enlevés. Prenant un champ stérile, l'opérateur en enveloppera soigneusement, comme dans un sac, l'ensemble des organes éviscérés regroupés. L'aide pratiquera un badigeonnage iodé soigné et large de l'abdomen et disposera lui-même les champs opératoires de protection. A ce moment seulement, l'opérateur enlèvera le sac contenteur des organes herniés et les laissera reposer sur le champ aseptique ainsi préparé.

B) TACTIQUE OPÉRATOIRE. Trois temps restent à exécuter : désinfection de ces organes herniés toujours plus ou moins souillés, leur réduction, leur contention.

a) *Désinfection des organes herniés.*

Pour cette désinfection, lavage à l'éther peut-être un peu shockant, lavage au sérum physiologique tiède surtout d'action mécanique et d'efficacité douteuse, ont été tour à tour utilisés. L'arrosage de ces anses avec une dilution, réalisée avec une quantité suffisante d'eau bidistillée tiède, dans laquelle aura été versé le contenu d'une ampoule d'un sulfamidé destiné à l'injection intra-musculaire, nous paraît d'une efficacité plus certaine. Nous avons pratiqué récemment de cette manière avec plein succès dans le cas un peu semblable d'une hernie crurale étranglée négligée chez une vieille femme où, après l'incision du collet de l'étranglement, alors que nous examinions l'anse grêle sortie hors le ventre, une perforation avec irruption de matières inondant cette anse et la plaie se produisit. Une fermeture en bourse, suivie d'un arrosage de l'anse avec une solution rubiazolée, l'infiltration parenchymateuse méthodique des divers plans souillés (comme nous avons coutume dans les plaies gravement infectées), avec la même solution, fut accompagnée de suites idéales du côté du péritoine, et, d'une réunion *per primam*, comme dans la cure la plus correcte d'une hernie à froid, en ce qui concerne la paroi.

b) *La réduction.*

Sous une compresse péritonéale faisant sac, avec l'ensemble des deux mains la recouvrant, elle s'opérera avec une douceur extrême, qui ne doit pas exclure le déploiement d'une certaine force. Dans cette manœuvre, l'opérateur exécute une pression constante, laissant ses deux mains obéir au rythme de la respiration, en s'efforçant de gagner surtout un peu, à chaque temps expiratoire.

c) *La contention.*

Pour maintenir cette réduction, refermer la paroi par les plans totaux non résorbables au fil de bronze, par exemple, en drainant en un point, est une pratique qui corrige le mal certes, mais ne nous satisfait pas. Elle laisse subsister de graves dangers d'infection.

Dans un cas récent, nous avons avec succès eu recours à une méthode, qui nous semble *a priori* plus logique et plus prudente. Nous pensons qu'elle mérite d'être signalée dès maintenant.

Le procédé consiste tout simplement, les organes étant réduits, à appliquer à leur contact un Mickulicz en refermant la paroi, comme dans les conditions ordinaires, sur son sac.

Au quatrième jour, on enlèvera les mèches intérieures, et du huitième au douzième, on enlèvera le sac.

Ce procédé a deux avantages évidents, qui ne sauraient être contestés.

Il assure d'abord au maximum le drainage d'un foyer septique, et prévient les redoutables accidents péritonéaux immédiats.

En second lieu, à l'ablation du sac (du huitième au douzième jour) la barrière, constituée par les adhérences des anses intestinales avec la paroi et entre elles, sera réalisée comme de coutume, s'opposant à la reproduction de l'éviscération.

CLINIQUE CHIRURGICALE

FRACTURES DU SCAPHOÏDE CARPIEN

M. J.-P. TOURNEUX

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui des fractures du scaphoïde carpien, dont vous avez eu l'occasion, il y a quelques jours à peine, de voir un fort bel exemple : c'est celui d'un de vos camarades qui, à la suite d'une chute sur la paume de la main droite, a présenté au niveau du poignet du gonflement, de la douleur ainsi que de l'impotence fonctionnelle. Pensant qu'il ne s'agissait que d'une vulgaire entorse, il ne s'est pas tout d'abord préoccupé des conséquences de sa chute, puis lorsque, au bout de plusieurs jours, il s'est rendu compte que son état ne s'améliorait pas, il s'est enfin décidé à se faire examiner.

Notre blessé s'est présenté la main rigide, en extension et légère inclinaison radiale, accusant une douleur spontanée assez vive dans la partie externe du poignet. Les mouvements des doigts, sauf ceux du pouce, étaient bien conservés, mais par contre, ceux de la main étaient très limités, non du côté de la pronation et de la supination demeurées à peu près intactes, mais de celui de la flexion et de l'extension et surtout de l'adduction et de l'abduction, qui, très douloureuses, étaient presque impossibles. Je n'ai pas relevé d'ecchymoses, mais toute la région du poignet était le siège d'un gonflement assez régulier, un peu plus accusé dans la région postéro-externe, et remontant jusque dans la tabatière anatomique qui était comblée. Par suite de la présence de ce gonflement, il m'a été rendu impossible de procéder à une palpation régulière et méthodique me permettant de relever soit une disposition osseuse anormale, soit des points douloureux précis : il n'a pas non plus été possible de mettre en évidence de crépitation.

Devant ce tableau clinique et bien que certains éléments d'appréciation, dont vous verrez tout à l'heure l'importance, m'aient manqué, j'ai pensé tout de suite que votre camarade devait, au cours de sa chute, s'être fait non pas une entorse du poignet, mais bien une fracture d'un des os du carpe et probablement du scaphoïde, vu la limitation des mouvements du pouce. Il me restait à vérifier cette hypothèse, et c'est pourquoi j'ai fait procéder à des radiographies de face et de profil, qui nous ont permis de constater une solution de continuité du scaphoïde, qui était divisé en deux fragments par un trait de fracture passant au niveau de sa partie moyenne, le fragment inférieur ayant basculé en arrière et en dehors pour se placer dans la tabatière anatomique.

Quelques jours plus tard, lorsque le gonflement eut à peu près disparu, un nouvel examen m'a permis de relever les différents signes physiques et fonctionnels, qui n'avaient pu être mis en évidence précédemment : ecchymose, déplacement fragmentaire, douleur exquise, sur lesquels je reviendrai dans quelques instants. C'est à ce moment, que, comme traitement, j'ai procédé à la réduction du déplacement : pour cela, la main étant mise en flexion et inclinaison cubitale forcées, position qui ouvre bien la loge scaphoïdienne, avec mes deux pouces placés l'un dans la tabatière anatomique et l'autre sur le dos de la main, j'ai refoulé vers la paume le fragment scaphoïdien inférieur basculé en arrière, en essayant de mouler les deux fragments sur la tête du grand os. Puis j'ai appliqué un appareil plâtré fixant la main dans cette attitude d'inclinaison cubitale et qui devra rester en place une quinzaine de jours. Lorsque le plâtre aura été enlevé, le poignet devra être soumis à un massage très doux et à une prudente mobilisation.

Les fractures du scaphoïde, bien que signalées au début du siècle dernier par Bouchet (1834) et par Jarjavay (1846), ont été longtemps confondues avec les fractures de Pouteau et les entorses du poignet : l'avènement de la radiographie a jeté un jour tout nouveau sur ces solutions de continuité et a permis à Destot de donner une description précise de ces fractures, presque ignorées avant la découverte de Rœntgen.

Constituant d'après Mouchet la plus fréquente des lésions du carpe, ces fractures, peuvent être isolées ou associées à des lésions du radius ou des autres os du carpe. Exceptionnelle chez l'enfant et chez le vieillard, se rencontrant beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, comme d'ailleurs tous les traumatismes, la fracture du scaphoïde s'observe de préférence chez l'adolescent et surtout chez l'adulte, du côté droit plutôt que du côté gauche : la bilatéralité, à la suite d'une chute sur les deux mains, est très rare.

Plusieurs mécanismes se partagent l'étiologie de ces solutions de continuité, qui peuvent être causées par des violences directes ou indirectes.

Les fractures de cause directe sont exceptionnelles en tant que lésions isolées, car un traumatisme direct détermine ordinairement des lésions multiples du poignet.

Les fractures indirectes succèdent le plus souvent à des chutes sur la paume, plus rarement sur le dos ou le talon de la main, et exceptionnellement à un mouvement d'hyperextension



forcée. Elles se produisent par écrasement, par flexion ou par arrachement : comme l'a bien indiqué Tanton, c'est le mécanisme de l'écrasement qui est le plus fréquemment réalisé, le scaphoïde, dans la chute sur la paume de la main, étant pris entre la résistance, le sol et la puissance représentée par le poids du corps transmis directement par le radius.

Au point de vue anatomo-pathologique, si l'on a signalé un certain nombre de cas de fractures incomplètes, simples fissures ou arrachements corticaux, habituellement la solution de continuité est complète, le trait de fracture passant soit à la partie moyenne, soit au tiers supérieur ou inférieur. Les fractures de la partie moyenne sont celles que l'on rencontre le plus souvent : le trait à peu près horizontal prolonge assez bien l'interligne médio-carpien et passe à l'union de la partie articulaire radiale et de la partie non articulaire. Quant aux surfaces fracturées, elles sont régulières ou irrégulières, parfois dentelées ; l'engrènement et la pénétration ne sont pas exceptionnels. Les fractures de la base, dont le trait, presque transversal, vient aboutir au niveau du grand os, sont rares ; celles du tiers supérieur, qui sont intra-articulaires, se voient un peu plus fréquemment : le trait de fracture, vertical ou oblique en bas et en dedans, détache l'extrémité supérieure de l'os sous forme d'un fragment de petit volume. J'ajouterai que Hirsch a décrit en 1905, une fracture de l'apophyse pyramidale du scaphoïde, extra-articulaire, *ayant comme* cause l'arrachement par le *ligament stylo*-radial fortement tendu dans la flexion cubitale de la main.

Bien qu'ordinairement, le trait de fracture soit unique, on en a signalé de doubles donnant des fractures à trois fragments ; il existe également quelques cas de fractures comminutives.

En ce qui concerne la disposition des fragments, deux cas peuvent se présenter, le déplacement peut être nul, ou plus ou moins important. Assez bien maintenus au contact par leurs attaches aux os voisins, les liens fibreux qui les recouvrent et les tendons qui les encadrent, les fragments ont peu de tendance à se déplacer : leur coaptatation est d'ailleurs parfois assurée par l'engrènement de leurs dentelures ou leur pénétration partielle. Quand le déplacement s'effectue, ordinairement le fragment supérieur reste en contact avec le radius, et c'est le fragment inférieur qui bascule en arrière et en dehors, venant combler la tabatière anatomique. Beaucoup plus rarement, c'est le fragment supérieur qui vient s'énucléer à la face dorsale du poignet.

Quant aux fractures du scaphoïde associées à d'autres fractures ou aux luxations médio-carpiennes partielles ou totales, je me borne à vous les signaler, car leur étude m'entraînerait beaucoup trop loin.

Envisageons maintenant la symptomatologie de ces lésions. Assurément, le jour où notre blessé s'est présenté pour la première fois à notre examen, certains symptômes physiques et fonctionnels étaient assez difficiles à mettre nettement en évidence par suite du gonflement considérable que présentait la région traumatisée, mais quelques jours plus tard, lorsque l'œdème se fut dissipé, il n'en a plus été de même.

Je n'insisterai pas sur le traumatisme, symptôme commémoratif, caractérisé ici par une chute sur la paume de la main, ni sur la douleur locale très vive qui s'est manifestée à la suite de l'accident, ni sur le gonflement et sur l'attitude que présentait le blessé lors du premier examen, sur lesquels je me suis déjà suffisamment étendu. Je me permettrai de vous signaler d'abord l'importance de l'ecchymose, limitée à la loge de l'éminence thénar, apparue tardivement, et qui constitue d'après Vialle un excellent symptôme de la fracture isolée du scaphoïde et, en second lieu, les signes fournis par la palpation. Celle-ci m'a montré que la tabatière était en partie comblée par une saillie dure, osseuse, répondant au fragment scaphoïdien déplacé, et qu'elle était en même temps le siège d'une douleur exquise. Un deuxième point douloureux a pu être relevé dans le prolongement de la gouttière du pouls, immédiatement au-dessous du talon thénarien de la main, entre l'apophyse radiale et le tubercule du scaphoïde. Souvenez-vous bien que ces deux points douloureux ont une très grande valeur et que leur association avec un soulèvement du fond de la tabatière anatomique devient un signe pathognomonique.

En outre, la mensuration m'a permis de constater une légère diminution de hauteur du carpe dans sa partie externe, qui se traduisait par un abaissement de la styloïde radiale. Il n'y a que la crépitation, seul symptôme qui pour Jarjavay et Malgaigne permettait de faire le diagnostic de fracture du scaphoïde, que je n'ai pu mettre en évidence : elle est d'ailleurs très difficile à rechercher et ne se relève que rarement.

J'ajouterai, pour terminer cette étude symptomatologique, que, lorsque le fragment supérieur du scaphoïde s'est luxé à la face dorsale du carpe, la palpation y montre l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, faisant saillie sous la peau, d'une dureté osseuse, mobile et donnant de la crépitation lorsqu'on la déplace.

Considéré primitivement comme très sombre, le pronostic des fractures du scaphoïde, même à l'heure actuelle où un certain nombre de terminaisons favorables ont pu être observées, doit être tenu pour sérieux.

La consolidation osseuse est l'exception et la pseudarthrose la règle, surtout dans les fractures intra-articulaires : le déplacement des fragments, leur nutrition insuffisante, le peu de périoste qui

les entoure expliquent la fréquence de cette terminaison. Les fragments sont unis par un cal fibreux, ou aucun signe d'union n'existe entre eux, les surfaces fracturées pouvant même se recouvrir d'un fibro-cartilage. Les pseudarthroses fibreuses serrées sont tolérables, celles dont les fragments sont mobiles et déplacés, entraînent souvent des phénomènes plus ou moins graves d'arthrite chronique.

C'est la situation de son trait qui conditionne la fracture et à ce point de vue, les fractures du tiers supérieur dont le trait est intra-articulaire sont les plus sérieuses : le fragment supérieur peut même former un véritable corps étranger articulaire, dont la présence est la cause de phénomènes douloureux persistants et de troubles fonctionnels graves. Si les fractures de la région moyenne respectent l'articulation radio-carpienne, elles intéressent la médio-carpienne, aussi les mouvements de flexion et d'extension se trouvent-ils limités par l'arthrite médio-carpienne, suite de fracture. Seuls les arrachements de l'apophyse, extra-articulaires, ont un pronostic plus bénin.

La non réduction du déplacement fragmentaire entretient l'arthrite qui se traduit par la persistance du gonflement, des douleurs spontanées ou à la pression sur l'interligne radio-carpien, une sensibilité plus vive sur le scaphoïde, une impotence fonctionnelle accusée tenant à la contracture musculaire et une diminution notable de l'amplitude des mouvements du poignet.

L'arthrite déformante avec ses néoformations autour de la styloïde et des lèvres radiales n'est pas rare, ainsi que l'ankylose radio-carpienne, qui se voit surtout après des fractures scaphoïdiennes associées à des lésions du radius et du semi lunaire. Si les complications nerveuses, névrites du radial ou du médian, sont rares et de courte durée, par contre l'atrophie de Sudeck est une séquelle fréquente et grave, en raison des douleurs permanentes et de l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne. Les cas les plus favorables ne guérissent guère sans une diminution plus ou moins sensible des mouvements du poignet portant sur l'extension plus que sur la flexion et pouvant entraîner une invalidité de 15 à 40 % suivant le degré de raideur de l'articulation et le côté intéressé.

Au point de vue du diagnostic, la fracture du scaphoïde doit être différenciée de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, de l'entorse du poignet ainsi que des lésions des autres osselets du carpe.

Il vous sera assez facile d'éliminer la fracture du radius par suite de l'absence de troubles de la pronation et de la supination, par la constatation du siège maximum du gonflement situé au-dessous de la ligne bi-styloïdienne : la conservation de l'obliquité normale de cette ligne et l'absence de déformation en dos de fourchette vous permettront de rejeter la fracture de Pouteau avec pénétration.

Avec l'entorse du poignet, qui ne serait d'après Destot et Gautier qu'une subluxation scapholunaire, le diagnostic est un peu plus difficile : la diminution de hauteur de la colonne externe du poignet, la saillie douloureuse comblant la tabatière anatomique, les troubles fonctionnels du côté du pouce devront vous incliner vers l'idée d'une fracture du scaphoïde, que la radiographie viendra confirmer.

Les fractures du semi-lunaire sont plus rares ; elles s'accompagnent d'une diminution de hauteur du carpe dans toute son étendue, et la douleur siège non plus dans la tabatière anatomique, mais au niveau de l'os atteint. Quant à la dislocation du carpe, vous devrez l'éliminer si vous ne constatez pas une diminution de hauteur coïncidant avec une augmentation considérable du diamètre antéro-postérieur du poignet, l'existence d'une saillie sur la face antérieure, la saillie dorsale du grand os au-dessous de la ligne bistyloïdienne, l'aspect spécial de la main en demi extension et l'existence de troubles nerveux dans le domaine du médian.

Dans l'interprétation radiographique il existe des cas de division congénitale du scaphoïde : la netteté de l'interligne, l'absence d'angles vifs, la bilatéralité de la disposition et sa coexistence avec d'autres lésions osseuses congénitales d'une malformation.

A quel traitement recourir ? S'il s'agit d'une lésion récente, sans déplacement, se borner à immobiliser le poignet pendant une quinzaine de jours dans un appareil plâtré, dont l'ablation devra être suivie de massage et de mobilisation. Mais s'il existe un déplacement du fragment inférieur dans la tabatière anatomique, pratiquer tout d'abord sa réduction.

Si la fracture s'accompagne de luxation du fragment supérieur sur le dos de la main, il vaudra mieux en faire l'ablation précoce plutôt que la réduction qui aurait les plus grandes chances d'être défectueuse. L'exérèse du fragment suivie de massage et de mobilisation vous donnera le meilleur résultat fonctionnel.

Dans le cas de fracture ancienne avec arthrite chronique et ankylose plus ou moins complète, relevant le plus souvent de déplacement fragmentaire persistant, lorsqu'un traitement mécanothérapique longtemps pratiqué aura échoué et que les douleurs et la gêne fonctionnelle persisteront ou même s'aggraveront, il conviendra de recourir à une intervention sanglante qui, suivant les cas, consistera soit dans l'ablation de la totalité du scaphoïde ou de son fragment supérieur seul, soit dans la résection totale du carpe, intervention qui a fourni à Vallas de très beaux succès dans des cas très graves.

LES SULFAMIDES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Dans un récent article de la *Revue de chirurgie*, M. Paul TRUFFERT vient d'exposer les indications des sulfamides dans les otites, mastoïdites, méningites otitiques, rhino-sinusites, affections pharyngo-laryngées.

D'une enquête faite en 1939 aux Etats-Unis, Musser Hausser conclut que 60 % des pédiatres et des auristes de l'Amérique du Nord pensent que l'usage du sulfamide au cours des otites diminue le nombre des complications mastoïdiennes. En France, l'opinion des auristes est plus réservée. M. Moulonguet, dans la *Vie médicale* (numéro d'octobre 1941. Enquête de M. Morhardt), reconnaît aux sulfamides en pareil cas une action imprécise : le pourcentage des mastoïdites ne lui a pas semblé diminué par la sulfamidothérapie. Dans les otites très aiguës, néanmoins, et dans toutes formes pouvant faire craindre une complication, la sulfamidothérapie générale (associée ou non à des instillations locales de sulfamide) est à recommander, sans préjudice bien entendu des thérapeutiques classiques indispensables (paracentèse, intervention mastoïdienne lorsqu'il y a lieu, etc.) Les sulfamides, en résumé, sont à ajouter, dans un certain nombre de cas tout au moins, aux autres traitements de l'otite aiguë.

Dans les otites chroniques, les applications locales de sulfamide (instillations, poudrage), d'activité réduite s'il s'agit d'otorrhée tubaire, sont plus efficaces s'il s'agit d'otorrhée atticale. Assez souvent, il est vrai, la sulfamidothérapie locale ne paraît pas avoir, dans l'otite chronique suppurée, une action supérieure à celle des autres bains classiques (Moulonguet).

L'application la plus importante des sulfamides en otologie est son emploi dans les labyrinthites, les complications cérébro-méningées des otites, thrombo-phlébites du sinus latéral, méningite otogène, abcès du cerveau d'origine otique. Un des triomphes des sulfamides, dit M. Jousseaume, se manifeste dans la lutte contre la méningite streptococcique compliquant une otite. Depuis la sulfamidothérapie, le pronostic de la méningite otitique septique a été totalement modifié, pourvu que le traitement soit convenablement conduit (Aubry). Ce traitement comportera les interventions chirurgicales nécessaires et l'administration rationnelle des sulfamides suivant les règles connues, doses fortes au début, fractionnées, sulfamidothérapie rachidienne si la concentration céphalo-rachidienne de sulfamide permettant l'action bactériostatique du médicament n'est pas obtenue. Des dosages du produit dans le liquide céphalo-rachidien seront effectués fréquemment. Il faut aussi prendre en considération l'agent microbien en cause : si le sulfamide doit être utilisé dans les infections à streptocoque et à coli-bacille, les sulfapyridines (non intra-rachidiennes) sont à préférer au cas d'infection à pneumocoque. Lorsque le staphylocoque est l'agent de l'infection, les résultats sont plus lents et plus incertains. Dans l'abcès du cerveau, les thrombo-phlébites du sinus latéral, quelques résultats intéressants ont pu être obtenus. Il s'agit là, certes, de complications toujours graves, mais la sulfamidothérapie a pu améliorer notablement leur pronostic, pour la méningite otitique en particulier.

En rhinologie, les sulfamides ont des applications du même ordre : sulfamidothérapie générale dans les rhinites et sinusites infectieuses, surtout s'il y a menace d'une complication encéphalo-méningée, sulfamidothérapie locale (instillations) dans les états infectieux localisés (rhinites aiguës et chroniques). Cette dernière application ne saurait procurer toutefois que des résultats de moindre envergure. En fait, on pourra, en thérapeutique rhinologique locale, associer ou alterner les sulfamides avec les autres instillations et médications courantes, sans en espérer des effets supérieurs, le contact du médicament avec la muqueuse n'étant d'ailleurs pas très prolongé en général. A noter cependant que dans les sinusites passant à la chronicité, l'instillation dans le sinus (après évacuation du pus) de 4 à 5 c. c. de préparation sulfamidée (technique de Hirsch-Lorent) peut donner de bons résultats.

Pour ce qui concerne les affections du pharynx, la sulfamidothérapie trouvera son indication dans les angines infectieuses, les strepto-diphtéries. En laryngologie, le sulfamide est de peu de secours, en dehors du traitement des plaies, traumatiques ou opératoires.

En résumé, les sulfamides offrent d'intéressantes applications soit locales, soit surtout générales, en thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Dans le traitement des otites aiguës graves, des sinusites infectieuses, des angines infectieuses, des complications cérébro-méningées des otites, ces médicaments employés judicieusement ont une très heureuse influence sur le pronostic.

P. LACROIX

A PROPOS DU DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES ÉCOLES

Par le Docteur P. BAIZE,

Ancien chef de Clinique à la Faculté

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article du Docteur Jean Marinet récemment paru ici-même (1), et je voudrais faire part de quelques réflexions qu'il suggère. Cette question du dépistage et de la prévention de la tuberculose à l'école est une de celles qui, à juste titre, préoccupent le plus l'hygiéniste et le pédiatre, c'est dire que je suis complètement d'accord avec le Docteur Marinet sur la nécessité et l'urgence de les organiser. Nulle part ailleurs qu'à l'école, en effet, l'occasion n'est aussi belle de surprendre l'infection tuberculeuse à ses débuts, puisqu'on y a pour ainsi dire sous la main la presque totalité des enfants de 5 à 15 ans et que c'est précisément à cette période de la vie que l'être humain subit d'ordinaire la première contamination tuberculeuse.

Mais nous différons sur les moyens d'assurer ce dépistage. Si j'ai bien compris le Docteur Marinet, celui-ci estime que le procédé le plus efficace à cet égard serait l'*examen radioscopique systématique de tous les écoliers.* Cet examen serait effectué par les Assurances Sociales, puisque ce sont elles qui, par l'allègement ultérieur des budgets affectés aux soins des tuberculeux, doivent en être en dernier ressort les bénéficiaires.

Or, l'examen radioscopique ne paraît pas être un bon procédé de dépistage de la tuberculose. Nous voyons journellement à l'écran des enfants dont les hiles sont « chargés » ou présentent des « calcifications » impressionnantes, voire un véritable « complexe ganglio-pulmonaire », chez lesquels la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction tuberculiniques restent obstinément négatives, et qui ne sont certainement pas des tuberculeux. Sans la cuti-réaction, et sur la foi de la seule radioscopie, de tels sujets seraient certainement classés comme tuberculeux ou tout au moins comme très suspects.

Inversement, bien des tuberculisations ne s'accompagnent pas d'images radiologiques caractéristiques. En particulier, la radioscopie ne nous apporte aucune information sur les sujets les plus intéressants, c'est-à-dire *sur ceux qui sont devenus depuis peu allergiques* et qui, sans présenter de lésions radiologiques nettes, sont cependant des sujets à surveiller, à ménager, ou même à mettre au repos.

De novembre 1940 à février 1941, les Assurances Sociales ont, à titre d'expérience, fait radioscoper par des médecins compétents environ 23.000 enfants des écoles primaires de diverses communes de la Seine. Cette prospection a abouti à considérer comme « suspects » ou même comme carrément pathologiques *près de la moitié des enfants examinés.* Il est évident qu'une proportion aussi élevée ne correspond pas à la réalité et que, parmi les sujets classés comme suspects ou pathologiques, un grand nombre ne sont pas tuberculeux. Quand il ne s'agit pas de lésions importantes, rarement constatées chez des écoliers (qui ne sont pas des malades), l'*examen radioscopique, sans le critère des tests tuberculiniques, est à peu près dépourvu de signification.*

D'autre part, on ne peut manquer de trouver bien rapide le rythme, adopté dans cette expérience, d'*une centaine d'enfants à l'heure.* On aurait même l'intention, pour pouvoir examiner dans les délais les plus courts les quelques 420.000 écoliers de la région parisienne, de porter ce rythme à 150. Il est hors de doute qu'à cette vitesse, nombre de lésions, même non discrètes, doivent passer inaperçues.

Pour ces diverses raisons — et c'est aussi l'opinion de la plupart des médecins qualifiés qui ont étudié la question, notamment à la Société de Pédiatrie, — *les examens radioscopiques en grande série, tels qu'on se propose de les pratiquer, doivent être rejetés comme moyen de dépistage de la tuberculose à l'école.* Le premier temps d'une prospection de ce genre doit être la mise en œuvre des *réactions tuberculiniques,* et plus particulièrement de la *cuti-réaction.* Inoffensive et sûre, de technique aisée, la cuti-réaction a encore l'avantage de coûter peu et de n'exiger l'entrée en action d'aucun autre personnel que celui déjà existant, c'est-à-dire *des médecins inspecteurs scolaires* qui ont mission de surveiller la santé des écoliers, et des assistantes qui les secondent.

La cuti-réaction doit être pratiquée *périodiquement,* une première fois sur tous les écoliers à la rentrée des classes, et ensuite tous les ans (tous les six mois serait préférable), sur les sujets dont la réaction était négative lors de la première investigation. Tous les enfants, dont la cuti-réaction aura été trouvée initialement positive, et, dans la suite, tous ceux chez qui l'on aura constaté *le virage de la cuti-réaction,* seront soumis à un examen clinique et radiologique approfondi, qui pourrait être confié à l'Office Public d'Hygiène Sociale, dont le dépistage de la tuberculose est précisément l'une des tâches essentielles. Il paraîtra indispensable dans chaque cas de fixer *par une radiographie,* l'état pulmonaire de ces enfants, le film constituant un document qui



(1) *Concours médical,* du 2 novembre 1941, p. 1913.

reste et qui permet la comparaison lors des examens ultérieurs.

Ainsi, comme le dit M. Boulanger-Pilet, qui s'est également élevé contre le danger des radioscopies-express, « au lieu d'examiner un nombre trop considérable d'enfants, et dans de mauvaises conditions, on examinerait un nombre environ trois fois moindre d'enfants et dans des conditions convenables d'exploration » (1). Qu'on n'allègue pas le coût excessif des radiographies, puisqu'il existe actuellement des procédés de microradiographie, si économiques que le cliché revient à peine à 1 franc ! (2)

Le principal obstacle à la réalisation de ce programme de dépistage est le *veto* trop souvent mis par les parents quand on leur demande (par une formule d'ailleurs maladroite,) l'autorisation de pratiquer la cuti-réaction sur leur enfants (3). Ils acceptent facilement la radioscopie, mais ils se méfient de la cuti-réaction, et cela pour des raisons obscures où la raison tout court a généralement peu de part. Il est évident qu'on n'aboutira jamais à rien, si l'on tient compte de semblables oppositions. L'intérêt général ne doit-il pas primer les considérations particulières ? La cuti-réaction est un moyen de dépistage merveilleux et parfaitement inoffensif; si l'on s'en passe, nombre d'enfants tuberculeux — donc contagieux — continueront chaque année à s'asseoir sur les bancs de l'école, parmi leurs camarades. Il n'y a donc pas à hésiter : *il faut rendre la cuti-réaction obligatoire* et refuser l'entrée de l'école à tout enfant, dont les parents sont réfractaires. Pour ma part, j'avoue ne m'être jamais soucié de savoir si je pouvais faire ou ne pas faire la cuti-réaction ; comme M. Coffin (4), j'estime que je dois la faire, et je la fais, et jamais je n'ai reçu de protestation pour les réactions pratiquées sans autorisation préalable.

* * *

Un autre point sur lequel, à mon avis, n'insiste pas assez le Docteur Marinet, est la nécessité de faire porter le dépistage non seulement sur les écoliers, *mais encore et surtout sur leurs maîtres, et, d'une façon générale, sur toutes les personnes qui par leur métier, sont en contact habituel avec eux.* L'enfant tuberculeux constitue certes un danger pour ses camarades, mais l'enfant crachant peu avant sa 10e ou 12e année, ce danger n'est pas très considérable à côté de celui que représente pour les élèves un instituteur tuberculeux qui, à longueur de journée, du haut de sa chaire, les ensemence au bacille de Koch, en parlant et en toussant en face d'eux.

Cette éventualité du maître tuberculeux est malheureusement moins rare qu'on ne le croit ; on en est prévenu en général par l'éclosion de véritables *épidémies de contaminations,* frappant les élèves d'une même classe, et dont certaines peuvent être fort graves ; tous les médecins scolaires pourraient à cet égard, conter des histoires édifiantes, témoin celle que rapporte le Docteur Marinet lui-même, et où l'on voit une institutrice tuberculeuse infecter en très peu de temps autour d'elle huit élèves et une de ses collègues. Trop de maîtres, par un tour d'esprit inexplicable, se dérobent à l'examen médical, qu'ils semblent considérer comme une injurieuse suspicion à leur endroit.

La question est trop importante pour qu'on s'embarrasse de pareilles délicatesses. Oui ou non, veut-on freiner le développement de la tuberculose ? Si oui, il faut tarir une des sources les plus certaines et les plus importantes de la contagion, et *obliger toutes les personnes qui s'occupent des écoliers, depuis la simple fille de service jusqu'au directeur ou à la directrice, sans omettre le personnel médical lui-même, à subir, au moins, une fois l'an, un examen clinique et radiologique de contrôle.* Sans doute, un tel examen est-il actuellement exigé avant l'entrée dans la plupart des administrations ; mais ce n'est pas suffisant, et, pour être efficace, ce dépistage doit être *renouvelé fréquemment* et quiconque refuserait de s'y soumettre serait *ipso facto* considéré comme suspect et suspendu de ses fonctions. On ne comprend pas, du reste, comment cet examen pourrait être refusé ; n'est-ce pas en définitive l'intérêt de l'individu de s'y soumettre ?

* * *

En résumé, je crois qu'un pas décisif sera fait dans la voie du dépistage et de la prévention de la tuberculose à l'école, lorsque, conformément aux vœux maintes fois exprimés soit à l'Académie de Médecine, soit à la Société de Pédiatrie, par des médecins qualifiés, on voudra bien :

1o *pratiquer périodiquement et systématiquement chez tous les enfants d'âge scolaire, la cuti-réaction,* suivie d'une *radiographie pulmonaire* quand celle-ci devient positive ;

2o *englober dans cette surveillance toutes les personnes, tant du personnel enseignant que du personnel de service que leurs fonctions mettent en contact intime avec les enfants,* et écarter sans faiblesse les sujets dangereux.

Alors, mais alors seulement, on évitera ces contaminations multiples, trop fréquentes dans nos écoles, et on pourra, dès le virage des réactions cutanées, prendre les mesures utiles, et placer suivant leur état, les enfants allergiques en sanatorium, en préventorium ou en école de plein air.

(1) *Société de Pédiatrie*, 22 avril 1941, p. 171.
(2) *Société de Pédiatrie*, 20 mai 1941, p. 177.
(3) Il y a quelques années, Mlle Dreyfus-Sée (*Société de Pédiatrie*, 17 novembre 1936, p. 588), rapportait que sur 117 demandes d'autorisation formulées selon les règles, elle avait eu 68 *refus*.
(4) *Société de Pédiatrie*, 17 novembre 1936 p. 592,

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

Des cancers dits « professionnels »

D'après le Professeur agrégé R. HUGUENIN
Médecin de l'Institut du Cancer (1)

PEU NOMBREUX SONT, MALGRÉ TOUT, LES MÉTIERS SUSCEPTIBLES DE LES ENGENDRER « DIRECTEMENT »

La médecine légale entend par « maladie professionnelle », les désordres organiques qui peuvent résulter *directement* de l'exercice, dans des conditions normales, d'une profession ou d'un métier, en raison des facteurs nocifs pour la santé, que celle-là ou celui-ci met *obligatoirement* en jeu. Jadis, le prototype de la maladie professionnelle était réalisé par les accidents nerveux dus à une intoxication par le plomb, qui atteignaient les peintres en bâtiment employant la céruse.

Pour ce qui est du cancer, deux conditions cependant doivent être remplies pour qu'il puisse être classé comme « cancer professionnel » :

1° Qu'il soit plus fréquent dans la profession incriminée que dans la population en général ;

2° Qu'il y ait une association suffisante entre l'ouvrier et la substance, dont le rôle cancérigène est prouvé par l'expérience, pour que soit réalisée l'influence « directe » imposée par la définition.

Ces conditions devant être réalisées, on voit, lorsqu'on compulse les statistiques, que le pourcentage, sauf dans quelques rares métiers, est faible, et que la majorité de la population ouvrière d'une industrie dite « nocive » n'est pas atteinte.

Passons rapidement en revue les différentes variétés de cancers professionnels.

Le plus anciennement connu est le *cancer des ramoneurs*, qui siègeait presque toujours dans la région scrotale, et ne se manifestait que très longtemps après le contact avec la suie, et bien après que la cause nocive avait cessé d'agir. L'épithélioma gagnait les testicules, voire le pénis, et le malade mourait de cachexie. De nos jours, ce type de cancer professionnel est pratiquement inconnu. Il a semblé qu'il fallait incriminer soit le charbon imparfaitement comburé, soit le charbon brut lui-même. Dans cette dernière hypothèse on cite : le cancer des pieds chez les femmes travaillant dans les chantiers de charbon, le cancer de l'oreille chez les ouvriers portant depuis de longues années des sacs de charbon. On arrive ainsi à un autre cas du même : genre le *cancer des goudronneurs* (qu'il s'agisse du goudron de houille ou surtout de poix). Celui-ci siège plus fréquemment au niveau de la face et du cou pour la poix, au niveau des bourses pour le goudron de houille. L'activité carcinogène du goudron, chez l'homme, s'est manifestée dans toute sa pureté, dans les cas très rares de « cancers aigus du goudron ». D'autre part, certains goudrons seuls seraient actifs, et cela en raison de leur constitution et de la présence de carbures d'anthracine particuliers ; les expérimentateurs le savent bien, puisqu'ils ne peuvent employer que ces goudrons pour créer des tumeurs malignes chez l'animal. Quant au *cancer des briquetiers*, des épithéliomas se développent assez souvent sur les verrues, lésions banales chez les ouvriers des usines, où l'on prépare des combustibles par agglomérations de poussières de charbon avec de la poix des usines à gaz. A noter cependant que, plus rarement, ils siègent au niveau du scrotum, et, contrairement aux autres, ils sont graves et pernicieux.

On connaît encore le cancer des ouvriers qui manipulent les produits bruts de *l'anthracène* (car l'anthracène pur n'est pas cancérigène) ; ou de ceux qui sont occupés aux *générateurs de gaz des aciéries* (d'où émanent les produits de la distillation du charbon) : chez les premiers, il s'agit de lésions cutanées, chez les seconds, de cancers pulmonaires. Citons les cas plus rares de cancer des *raffineurs de pétrole brut ou d'huile minérale*, de cancer *du mazout*, de cancer *des paraffineurs* ; le cancer *des briquetiers* est dû à la projection de gouttelettes d'huile minérale, dont on enduit, avant de l'enfourner, la brique « apparente ».

Pendant longtemps le *cancer des fileuses de coton* fut, en Angleterre, le cancer professionnel le plus fréquemment observé. Le métier à filer a toujours été largement lubrifié par une huile, et celle-ci vient imbiber le pantalon de l'homme ; or le cancer n'apparut que du jour où l'huile minérale vint remplacer l'huile animale ou végétale, employée jusqu'alors ; celui-ci siège habituellement sur le scrotum, beaucoup plus rarement à l'avant-bras, au visage et au cou.

Chez les ouvriers de *l'aniline* le cancer est devenu plus fréquent depuis que l'industrie des

(1) *Arch. des maladies professionnelles*, nos 3-4, 1941.

colorants s'est développée. Il s'agit alors de tumeurs de la vessie, qui se révèlent par l'hématurie et l'examen cystoscopique. 5 à 25 ans après les débuts dans le métier, même abandonné depuis très longtemps,

Chez les *mineurs*, atteints de pneumoconiose, les cancers sont fréquents ; ici l'influence pathogène des minerais extraits (bismuth, cobalt, arsenic) semble perdre son importance, depuis que l'on a mis en évidence la teneur élevée en émanations radio-actives de l'air de la mine. Dans le même ordre d'idées, le *cancer des radiologistes* survient après un temps de latence assez long, mais moindre que pour tous les autres cancers professionnels (de 4 à 14 ans) ; son siège d'élection est la face dorsale de la main et des doigts ; il se développe sur des lésions préexistantes de radiodermites. Ce cancer diminue de fréquence à mesure que s'améliorent les moyens de protection. Chez les médecins et les ouvriers manipulant les sels radifères, de graves altérations sanguines servent de signal d'alarme et rendent ainsi plus rare le cancer du radium, en écartant du danger les intéressés.

Le mode d'apparition de ces cancers, a la base d'une prophylaxie rationnelle

Dans les professions « nocives », l'apparition de *dermites*, qui sont de véritables maladies professionnelles, n'est pas obligatoirement suivie de la *tumeur maligne*. Un intervalle, parfois très long, peut exister entre la détermination de lésions tissulaires, apparentes ou inapparentes, par attaque suffisante et répétée de la substance agressive, et la cancérisation. D'autre part, dans les mêmes conditions de danger, tous les intéressés ne font pas de cancérisation.

Quand cet intervalle libre n'existe pas ou quand il est raccourci, c'est que l'agent *nocif* est particulièrement *actif*, — ou qu'un « *terrain de prédisposition* » vient exercer une grande influence, générale ou locale. (La paraffine ou la poix donnent surtout des cancers de la face. ou des membres, ; l'huile minérale, le goudron de houille ont une prédilection pour le scrotum).

Le même facteur de prédisposition générale *(diathèse cancéreuse de Verneuil)* intervient pour expliquer que, tardivement, certains ouvriers font ou ne font pas de cancer. Or, si cette prédisposition générale est généralement héréditaire, il semble qu'elle puisse également être acquise à la suite des contacts répétés avec la substance nocive : dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'un trouble physico-chimique de la vie cellulaire, d'une allobiose, qui faciliterait la prolifération néoplasique. La possibilité pour certains d'acquérir cette allobiose, et non d'en hériter, expliquerait la longueur possible de l'intervalle libre, avant la cancérisation.

Pour une prophylaxie rationnelle, il faut donc tenir compte de deux facteurs :

1° La valeur agressive et cancérigène du facteur nocif. 2° Certains états de prédisposition individuelle.

1) Lorsque le cancer ne doit être considéré que comme un accident évolutif d'une « maladie professionnelle », apparente ou inapparente, la prophylaxie réside avant tout en la prévention de cette dernière.

2) Quand un état constitutionnel de prédisposition, de terrain, joue un rôle important, sinon prépondérant, dans l'éclosion de la tumeur maligne, des mesures particulières visant la prévention, non plus de la maladie professionnelle courante, mais du cancer lui-même doivent y être ajoutées.

1) *La prophylaxie de la maladie professionnelle* se résume en quatre mesures simples : protéger l'ouvrier contre les substances agressives, l'en débarrasser, dépister les accidents initiaux, traiter ceux-ci immédiatement.

La protection collective vise soit l'extraction des substances nocives dans les appareils parfaitement clos ; soit l'emploi d'appareils empêchant la saturation de l'air par les substances dangereuses, ou les éliminant complètement par le choix des substances chimiques (tous les goudrons ne sont pas cancérigènes). La protection individuelle se fait par le port de masque et de vêtements protecteurs, et le changement fréquent de service.

Une surveillance médicale périodique permettra de dépister les altérations morbides dès le début. Le moindre trouble pathologique décelant la maladie « professionnelle » fera éliminer l'ouvrier de l'atelier nocif. Puis les lésions superficielles seront immédiatement traitées.

Ainsi seront réalisées la prophylaxie et la thérapeutique de la « maladie professionnelle » et du même coup la prévention du « cancer ».

2) Il faudra ensuite éliminer d'emblée les ouvriers, qui paraissent comme *prédisposés* : ceux qui ont des cancéreux dans leurs antécédents héréditaires ou collatéraux, etc.

Si malgré tout le cancer se développe, n'oublions pas que les épithéliomas cutanés ne font guère précocement de métastases ; ils guérissent parfaitement, s'ils sont traités à temps (rayons X ou radium).

Enfin, il importe de ne pas attribuer avec une trop facile aisance, et sans plus de preuves, la genèse de cancers cutanés et viscéraux à un facteur professionnel, à moins que la coexistence de cas multiples, ou bien une succession de phénomènes patents ne prouvent, de façon péremptoire, le rôle d'un facteur professionnel à l'origine de la tumeur.

G. Fischer.

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE ET RHUMATISME

Je viens de lire, dans la *Presse médicale*, nos 14-15, l'article du Professeur Sergent, à propos d'une controverse entre lui-même et les auteurs d'un article paru dans le même journal, sur « la prévention de la tuberculose pulmonaire des pleurétiques », signé par MM. Hénault, Renaud et Fillol.

Je m'intéresse d'autant plus à cette discussion qu'au mois d'octobre 1940, j'avais envoyé à un journal médical parisien deux observations, demeurées inédites, sur le sujet suivant : *Rhumatisme et pleurésie séro-fibrineuse.*

Il n'est, en aucune façon, dans ma pensée, de mettre en doute l'existence des pleurésies séro-fibrineuses bacillaires, qui font leur preuve par une évolution pulmonaire, compte non tenu de l'examen cyto-bactériologique, dont les résultats sont, d'ailleurs, trop souvent, fragmentaires, imprécis ou douteux.

Ceci dit, je me crois fondé à déclarer qu'il existe, au moins, une seconde variété de pleurésie aiguë avec épanchement séreux, analogue à la précédeste par son aspect clinique, mais *d'origine rhumatismale.* On ne saurait trop insister sur ce fait, si contraire au dogme fortement, mais injustement établi dans l'esprit de la plupart des praticiens, à savoir : que toute pleurésie séro-fibrineuse doit être considérée comme étant d'origine tuberculeuse.

Certes, au chapitre du diagnostic différentiel, les classiques citent la pleurésie rhumatismale, mais au lit du malade, le médecin perd de vue cette notion, s'agissant d'une affection rarement évoquée, parce que mal connue.

On envisage principalement, semble-t-il, les manifestations pleurétiques secondaires du rhumatisme articulaire, quoique la chose soit assez rare. Mais, sur le véritable *rhumatisme pleural primitif,* avec épanchement séro-fibrineux, on ne trouve guère de documentation précise dans les traités ou publications scientifiques qui sont entre nos mains.

Cependant, le rhumatisme aigu pleural constitue une entité morbide, au même titre que le rhumatisme articulaire aigu, et présente le même aspect morphologique que la pleurésie séro-fibrineuse classique, à cette différence près d'une évolution bénigne et d'un pronostic favorable.

On saisit, dès lors, l'importance qui s'attache à un diagnostic précoce, ainsi qu'à une prudente réserve, quant à la « préventio n de la tuberculose pulmonaire des pleurétiques ».

En tant que séreuse, la plèvre ne saurait être exclue d'entre les localisations possibles de l'infection rhumatismale : elle peut même en devenir le siège primitif et unique, réalisant ainsi le tableau clinique de la pleurésie rhumatismale.

L'expérience de quelques observations personnelles, m'autorise à attirer l'attention des cliniciens sur cette variété de pleurésie, insuffisamment connue, à mon sens.

Au cours des dernières années, j'ai eu l'occasion de rencontrer, surtout chez des femmes, plusieurs cas de cette affection.

Suivant une méthode déjà vieille, j'ai eu recours au salicylate de soude : le résultat de ce traitement, d'ailleurs anodin, s'est montré, particulièrement dans deux cas, tellement surprenant, que désormais, je n'hésite pas à utiliser ce médicament, à titre d'essai, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, au début de toutes les pleurésies séro-fibrineuses.

Voici mes deux observations les plus récentes :

Obs. 1. — Mlle Z..., 17 ans, présente depuis quelques jours des maux de tête et de l'inappétence. Elle est triste, elle a de la fièvre. L'auscultation révèle, à la base de l'un des poumons, une respiration diminuée, avec matité.

Etant, pour la première fois, appelé dans cette famille, j'explique à la mère de la malade qu'il s'agit probablement d'une affection pleuro-pulmonaire peu bruyante, dont la nature exacte est difficile à identifier d'emblée, en la priant, si la fièvre ne monte pas trop, si l'état général le permet, de bien vouloir amener sa fille à mon cabinet, en vue d'un examen radioscopique.

Le lendemain, à l'écran, on remarquait un voile semi-transparent de l'hémithorax droit, avec une ombre floue, dont le bord supérieur s'élevait jusqu'au mamelon. En inclinant la malade, le niveau supérieur de cette ombre suivait l'inclinaison générale du thorax, au lieu de tendre vers l'horizontale, comme dans le cas d'un liquide libre, soumis aux lois de la pesanteur.

Contrairement à mes prévisions, l'examen radioscopique n'apportait donc aucun renseignement précis, quant à la nature de cette ombre. Force était de recourir à une ponction exploratrice, qui fournit un liquide jaune citrin, fortement albumineux.

Le traitement salicylé, à la dose de 3 grammes par jour, fut entrepris le lendemain, ma première visite ayant eu lieu le 26 mai.

Au bout de cinq à six jours, la malade ne présentait plus ni fièvre, ni point de côté, pas, ou très peu de toux. Elle mangeait avec appétit. L'auscultation montrait la réapparition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire dans la zone muette ; la matité ayant notablement diminué.

Ma dernière visite remonte au 6 juin. Malheureusement les évènements se précipitèrent et ma malade, évacuée comme toute la population du pays, dut s'éloigner dans une voiture de tourisme.

Après son retour d'exode, j'ai revu cette jeune fille ; elle se trouvait en parfait état, cliniquement et radiologiquement et apte à reprendre ses occupations.

Obs. 2. — Madame N..., 32 ans. L'histoire de cette malade est plus complexe. Successivement,



j'ai été appelé pour une lymphangite de la jambe et de la cuisse, consécutive à une plaie infectée du dos du pied ; puis, une deuxième fois pour une angiocolite infectieuse, avec subictère et même ictère, de courte durée, le tout s'étant terminé en une huitaine de jours.

La semaine suivante, nouvelle alerte : il s'agit, cette fois, d'une douleur thoracique, avec fièvre et pesanteur gastrique, sensation de boule rétro-sternale avec gêne et oppression.

Un examen attentif révèle la présence d'une nouvelle affection : matité de la base du poumon gauche avec bronchophonie, diminution notable du bruit respiratoire, respiration un peu soufflante du côté opposé — par propagation.

La ponction exploratrice pratiquée le lendemain, fournit un liquide, non plus ambré, comme dans le cas précédent, mais plus foncé : rouge cerise.

Traitement. Repos au lit. Alimentation normale. Salicylate de soude.

Au bout de quatre jours, la fièvre tombait, la toux disparaissait, le niveau du liquide s'abaissait, mais la bronchophonie persistait.

Quinze jours après le début de la maladie, cette dame pouvait faire, à pied, près de trois kilomètres pour se rendre à ma consultation, prenant la barque pour traverser l'Oise.

La radioscopie thoracique montrait une clarté homogène des champs pulmonaires et des sinus avec une mobilité normale des deux diaphragmes.

Dans l'un comme dans l'autre de ces deux cas, il s'agissait de pleurésie séro-fibrineuse rhumatismale, présentant un aspect clinique identique à celui de la pleurésie aiguë *a frigore* dite tuberculeuse.

Les deux malades, uniquement traitées par le salicylate de soude, ont eu des guérisons particulièrement rapides, sans aucune séquelle pleuro-pulmonaire, soit clinique, soit radiologique.

Docteur ANDRÉASSIAN,
de Parmain (Seine-et-Oise).

HERNIE ET ACCIDENT DU TRAVAIL

Je lis dans le *Concours médical* du 9 novembre 1941, l'observation du Docteur Noël. Il me semble intéressant de poser la même question aux confrères.

Voici mon observation :

En 1935 ou 1936, lors d'un Congrès médical en Italie, j'ai aidé des dames de confrères à descendre de wagon à la gare de Milan : en enlevant une lourde valise du filet porte-bagages, j'ai senti une douleur vague dans la région inguinale droite : le soir, je constatais que j'avais une pointe de hernie.

Comme cela ne me gênait pas du tout, je continuai une vie normale.

En mai 1940, lors de la grande semaine de l'invasion, je maigris de 7 kilos, soit le 1/10e de mon poids, car la ville manquait d'eau, d'électricité de gaz : j'étais à l'hôpital le seul médecin qui ne fut point parti ; en ville, il restait trois confrères âgés de 78, 80 et 82 ans. L'ouvrage abondait et je fis chez moi, de gros efforts en soulevant des poids lourds et en faisant des besognes auxquelles je n'étais pas habitué. La pointe de hernie devint une hernie, je fus opéré en septembre 1940. Il y a donc là deux faits plaidant en faveur de l'accident du travail.

Ancien champion de l'Université, en cyclisme et en natation, grand amateur de patinage, je n'étais pas prédisposé à cette hernie, qui fut causée par un excès de galanterie et de travaux lourds, et je termine en pensant, comme le Docteur Noël, qu'on est tout de même mieux placé pour parler de l'accident herniaire quand on l'a eu soi-même.

Dr M. D., chirurgien.

A PROPOS DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE DANS LA CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE DES NOUVEAU-NÉS

La conjonctivite gonococcique des nouveau-nés est, en effet, devenue rare, heureusement d'ailleurs. Comme vous le dites dans votre numéro du 16 novembre 1941, le traitement demandait beaucoup de soins et d'attention, choses que l'on ne trouvait pas toujours facilement dans la famille et nécessitait de fréquentes visites.

Il y a quelques six mois, j'ai été appelé près d'un bébé de trois jours atteint depuis la veille de cette redoutable affection ; l'intérieur ne me permettait pas de compter sur les soins continuels et attentifs nécessaires, et je pensais que l'emploi des sulfamides était indiqué ; je me contentais d'écarter au maximum les paupières encore assez faciles à mobiliser, et je projetais sur la conjonctive une bonne couche d'une poudre d'un sulfamide ; je recouvrais la fente palpébrale de la même poudre, recommandais de répéter cette manœuvre quatre ou cinq fois dans la journée et la nuit. Le lendemain, l'enfant ouvrait les yeux plus facilement et au bout de trois jours tout était terminé. J'oublie de dire que je m'étais contenté de prescrire des lavages extérieurs des paupières, afin de décoller les sécrétions plus ou moins épaissies par le mélange avec la poudre. Je pense que cette manœuvre faite à la naissance, et pendant un ou deux jours après, vaudrait bien les instillations de sels d'argent ou autres habituellement employés à titre préventif.

Dr A. GIRERD (Ivry-sur-Seine).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La détection des rayons mitogénétiques par les anneaux de Liesegand

Gurwitsch a décrit, sous le nom de rayons mitogénétiques, des rayonnements situés dans le spectre ultra-violet, et qui seraient émis par certains tissus en prolifération. Ces rayonnements auraient la propriété de déclencher des mitoses dans les cellules qu'ils frappent, certaines cellules étant plus spécialement réceptrices. Or, ces rayons pourraient être décelés par des modifications, déterminées dans les anneaux de Liesegang, lesquels résultent d'une précipitation rythmique et circulaire que provoque le chromate d'argent placé au centre d'une solution de gélatine.

Etant donné l'importance de cette question — d'une part en biologie générale (production de rayonnement par les cellules cancéreuses), d'autre part en cancérologie par la possibilité de préciser par cette méthode certains diagnostics, MM. Jeanneney, Wangerniey et Ladignac ont entrepris une série de recherches tendant à vérifier et à préciser les résultats déjà obtenus par d'autres auteurs. Leurs expériences démontrent que de nouvelles recherches sont nécessaires avant d'affirmer — en se basant sur les seules modifications du phénomène de Liesegang — l'existence de rayonnements mitogénétiques au niveau de tel ou tel système biologique. (*La Presse Médicale*, avril 1941).

Explorations fonctionnelles, échelonnées et convergentes, et diagnostic hormonal dans la stérilité

Le but que poursuit le Docteur R. Palmer est le traitement de la stérilité ; mais le diagnostic hormonal de celle-ci ne prend d'intérêt que quand, par les explorations nécessaires, on a éliminé : 1° les stérilités liées à un processus infectieux encore en évolution (il faut d'abord traiter celui-ci jusqu'à guérison confirmée) ; 2° les stérilités dues à une sténose ou à une obturation des trompes : l'insufflation utéro-tubaire kymographique permet sans aucun danger ce diagnostic fonctionnel ; 3° les stérilités d'origine masculine : un examen direct du sperme est évidemment désirable ; toutefois la constatation de spermatozoïdes bien vivants et assez nombreux dans le mucus cervical filant de la période de l'œstrus, quelques heures après un rapport, peut dispenser de cet examen.

On a ainsi, au moins provisoirement, éliminé près des deux tiers des cas. Provisoirement, car si, à un moment donné, l'idée d'une intervention possible sur l'obstacle tubaire était soulevée, il faudrait, avant d'y consentir, avoir vérifié dans toute la mesure du possible que tous les autres facteurs de fécondation et de nidabilité sont normaux.

Cette ébauche du diagnostic hormonal, que présente l'auteur, est encore fragile ; c'est ainsi qu'un comportement hormonal ovarien normal n'implique pas nécessairement une ovulation normale, c'est-à-dire la ponte au moment normal d'un ovule fécondable et qu'inversement un fonctionnement anormal n'élimine pas la possibilité de la ponte d'ovules fécondables.

Ceci posé, on peut être renseigné sur le fonctionnement hormonal :

1° Par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique : étude de la menstruation ; morphologie vulvaire ; secrétion vaginale ; examen du col au spéculum, test de Schiller ; toucher pour déterminer le degré de développement du corps et du col de l'utérus, ainsi que des ovaires au moment du cycle ; examen général.

2° Par la question des titrages hormonaux, qui, malgré certains espoirs, est d'un intérêt assez limité, du moins dans la stérilité. Ces titrages peuvent donner la notion d'une hyperfolliculinémie ou d'une hyperfolliculinurie ; ils peuvent rendre très probable l'existence d'un corps jaune par la constatation du prégnandiol ; mais ils ne donnent aucune notion sur le rapport progestérone-folliculine.

3° Par l'étude attentive de la courbe thermique, qui indique avec précision le déroulement dans le temps des fluctuations hormonales ovariennes.

4° Enfin, les explorations fonctionnelles échelonnées et convergentes (notamment, recherche des glaires filantes, mesure du tonus et de la contractilité utérine, test post-hypophysaire, biopsies échelonnées) indiquent, à chaque période du cycle, l'effet sur le tractus génital de l'équilibre hormonal du moment (*Revue franç. de gynécologie*, octobre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la production des sérums antivenimeux au moyen des anavenins et des substances adjudantes de l'immunité

(MM. G. RAMON, P. BOQUET, R. RICHOU, L. NICOL, et Mme DELAUNAY-RAMON ; 7-10-1941)

Grâce à l'utilisation des anatoxines et des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité (tapioca, etc.), M. Ramon a pu obtenir, ces dernières années, des sérums (anti-diphtérique, anti-tétanique) d'activité plus grande que ceux produits avec les anciens procédés et en un temps beaucoup plus court. Cette nouvelle technique peut également s'adapter à la préparation des sérums anti-venimeux et procurer les mêmes avantages.

E. Grasset, en Afrique du Sud, Mallick, aux Indes, ont eu recours déjà aux méthodes de Ramon (anavenins, tapioca comme substance adjuvante) pour l'obtention de sérums anti-venimeux. M. Ramon et ses collaborateurs communiquent aujourd'hui leurs travaux sur cette question. Pour le sérum contre les morsures de vipères (*Vipera aspis*), alors que six mois d'immunisation des chevaux producteurs étaient jusque-là nécessaires, un mois a suffi avec l'anavenin *spécifique (venin formolé* et chauffé pendant douze jours). Mêmes avantages pour la production des sérums anti-cobra (*Naja tripudians*) et anti-*Cerastes cornatus*.

Cultures microbiennes cryptogéniques et création d'arséno-résistance « in vitro »

(M. G. MILIAN et Mme NOURRY ; 7-10-1941)

Il y a quelques mois, à l'occasion d'un abcès gangréneux et putride à *perfringens*, développé au point d'injection d'une solution d'adrénaline, M. Milian a montré que l'adrénaline était un facteur favorisant de la pullulation de ce germe. Si, à une culture de perfringens assez diluée pour qu'elle ne pousse plus, on ajoute de l'adrénaline, on obtient rapidement une pullulation du microbe dans le bouillon de culture. Cette expérience de laboratoire est intéressante pour le clinicien.

Dans un ordre d'idées analogues, l'auteur a étudié l'action de l'arsenic, de l'arsénobenzol sur le streptocoque et le staphylocoque. Un bouillon arsenical, ensemencé avec ces germes, reste au premier aspect stérile, mais c'est seulement une apparence car un ensemencement d'une parcelle de ce milieu limpide peut donner une culture. L'arsénobenzol a bien empêché le développement du staphylocoque et du streptocoque, mais il n'a pas tué ces microbes (microbisme latent, culture cryptogénique).

En utilisant cette propriété de culture cryptogénique du staphylocoque sur milieu arsenical, on peut créer une série de staphylocoques résistant à l'arsenic, qui pousse alors d'emblée dans des milieux assez chargés en produit arsenical.

Vaccination anti-rabique des chiens après morsure

(MM. REMLINGER et J. BAILLY ; 7-10-1941)

MM. Remlinger et J. Bailly ont pu faire, à Tanger où il n'existe aucun règlement relatif à la prophylaxie de la rage, des essais de vaccination antirabique des chiens après morsure. Ils estiment que cette vaccination, après morsure, des chiens non vaccinés préventivement, pourrait être autorisée, dans certains cas du moins et avec certaines précautions.

Sur le régime des adolescents et le déficit de calcium alimentaire

A propos de la communication sur ce sujet de Mme Randoin et de M. Ch. Richet, que nous avons analysée (nº 44 de 1941), le *Bulletin* de l'Académie publie la rectification suivante au texte concernant l'emploi du glycéro-phosphate de chaux comme médication compensatrice du déficit actuel de calcium alimentaire : *au lieu de* : le glycérophosphate de chaux nous paraît moins indiqué ; *lire* : le glycérophosphate de chaux nous paraît déjà assez bien indiqué.

Sur la pratique des sports et la sous-alimentation

(M. LE NOIR ; 14-10-1941)

L'Académie adopte le vœu suivant, à la suite du rapport de M. Le Noir :

L'Académie, considérant que toute préparation aux épreuves sportives exige une alimentation très forte pouvant fournir au minimum 6.000 calories par jour et 9.000 calories le jour des épreuves, et que la ration imposée est déficitaire, demande que les épreuves des grands sports ne soient pas encouragées et que l'on s'en tienne aux compétitions locales et privées d'exercices physiques courants ; qu'il soit plutôt prévu des exercices de délassement qui n'exigent qu'un effort physique modéré. Tout match de boxe, football, nage, bicyclette, course à pied exige une alimentation qui ne peut être attribuée à chaque coureur dans les circonstances présentes qu'au détriment du ravitaillement général.

P. L.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER

Peut-on employer la voie fémorale dans les transfusions difficiles

MM. G. ROUX et J. PATOUNAS. — A la suite d'une hémorragie très importante ayant déterminé un syndrome d'anémie aiguë post-opératoire et un état de mort apparente, la recherche d'une veine susceptible par ponction ou dénudation de recueillir le sang d'une transfusion s'avérant négative, les auteurs tentent la voie intra-artérielle fémorale sans incidents et recommencent le lendemain sous le contrôle de la vue. Guérison.

Psoïtis à répétition, consécutive à une pleurésie purulente

MM. GUIBAL et BALMES rapportent l'histoire d'un malade qui, après une pleurésie purulente opérée et cicatrisée, présentait annuellement les signes généraux d'un foyer de suppuration sans explication pleuro-pulmonaire. Discrètement, apparaissent des signes de psoïtis. Au bout de sept ans (cinquième poussée), l'abcès du psoas devient évident. Malgré un large drainage, il récidive deux fois en seize mois. Il s'agit bien d'une psoïtis d'origine pleurale.

Tumeur épigastrique d'origine traumatique par épiploïte chronique

MM. RICHE et AUSSILLOUX. — Il s'agit d'une volumineuse tumeur épigastrique survenue dans les mois qui suivirent un traumatisme de la région, faisant penser à un kyste du pancréas. L'intervention démontra que seul l'épiploon était en cause. Observation à verser au compte de l'épiploïte post-traumatique.

Septicémie puerpérale à staphylocoques. Guérison

MM. LAPEYRE, ESTOR, NEGRE, rapportent l'observation d'une septicémie puerpérale à staphylocoques blancs, qui s'est terminée par la guérison, après trois localisations secondaires en quatre mois d'évolution.

Il semble que les différentes thérapeutiques employées (transfusions, sulfamides, alcool en perfusions veineuses) se soient montrées peu actives.

Septicémie staphylococcique aiguë sans porte d'entrée apparente

MM. M. JANBON, J. BIGONNET et Mlle RABEJAC. — L'évolution totale s'est faite en huit jours, marquée par un début brutal, par un état infectieux grave avec foyers plumonaires successifs, ictère, néphrite azotémique, arthralgies, purpura hémorragique.

Il n'existait aucun foyer actuel de staphylococcie locale. Dix jours auparavant, le sujet avait noté un minime « bouton » à la marge de l'anus, dont il ne persistait aucune trace.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Un cas peu banal de mort apparente du nouveau-né

M. GHEERBRANT rapporte l'accouchement gémellaire assez dramatique d'une femme de vingt-six ans, secondipare. Le placenta, déjà presque entièrement détaché après la naissance du premier enfant, fut expulsé au cours de l'extraction du second. Celui-ci était en état de mort apparente, livide et flasque, et ne fut ranimé qu'avec peine.

Suites de couches normales ; les deux fillettes sont en parfaite santé.

Sur un cas d'hématomyélie traumatique de la région cervicale

M. BRADIER. — Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans qui a présenté, à la suite d'un traumatisme de la colonne cervicale, une paralysie flasque des deux membres supérieurs, d'emblée totale, avec impotence complète, sans troubles de la sensibilité, paralysie qui a régressé rapidement en laissant quelques séquelles.

M. DELATTRE. — J'ai publié, dans ma thèse sur *les lésions commotionnelles de la moelle cervicale*, des cas analogues et je ne crois pas qu'on puisse parler, ici, d'hématomyélie ; celle-ci se traduit, en effet, par des signes de destruction et les lésions ne régressent pas. Au cours de la guerre 1914-18, j'ai observé des cas de diplégie attribuables à la dégénération des cylindraxes et suivis de guérison. Il n'y a vraisemblablement pas de lésions des cornes, dans ces cas ; les fibres superficielles des faisceaux pyramidaux sont lésées, tandis que les fibres profondes qui se rendent aux membres inférieurs restent intactes.

Ostéite tuberculeuse de l'astragale traitée par astragalectomie. Guérison.

MM. VINCENT et J. LEGRAND. — Il s'agit d'une enfant de cinq ans qui présentait une caverne de l'astragale, déterminant une arthrite tibio-tarsienne et qui fut traitée avec succès par l'astragalectomie.

M. CAMELOT. — Le résultat fonctionnel est réellement très intéressant. Il est peu fréquent que de telles affections soient opérées si précocement, avant que les lésions aient envahi l'articulation.

M. VINCENT. — J'insiste sur l'intérêt de la radiographie qui permet une intervention précoce ; l'astragalectomie est l'opération de choix, elle nous a donné une guérison parfaite et particulièrement rapide.

M. D'HALLUIN. — Il est toujours hasardeux de comparer les cas cliniques. J'ai vu cependant des lésions du calcanéum et de l'extrémité inférieure du radius, dont les radiographies étaient, pour ainsi dire, calquées sur celles qui nous sont présentées et qui ont guéri par l'héliothérapie.

Les Thèses

Mp. — Dr Eugène SIDAINE. — **Contribution à l'étude des rétentions placentaires silencieuses après l'avortement.**

Après l'avortement, les rétentions placentaires qui sont assez fréquentes et s'accompagnent généralement d'une symptomatologie bruyante, peuvent ne se manifester, pendant plusieurs mois, par aucun symptôme et rester silencieuses.

Le diagnostic clinique de ces rétentions silencieuses, impossible pendant la période de tolérance, est souvent très difficile au moment où le silence est rompu : on devra rechercher soigneusement dans l'anamnèse l'existence d'un retard de règles ou d'un avortement nettement caractérisé dans les mois précédents. L'exploration gynécologique à elle seule ne permettra pas de résoudre le problème : le corps utérin, augmenté de volume, est de consistance ferme, le col est dur et fermé.

L'hystérographie révèlera l'existence d'une formation intra-utérine, sans toutefois en préciser la nature. Elle permettra aussi de la localiser et de pratiquer un prélèvement intra-utérin dirigé.

Le diagnostic biologique présente peu de valeur dans les rétentions placentaires, les réactions devenant très vite négatives.

Seul l'examen histologique précise d'une façon certaine la nature de la formation intra-utérine.

La thérapeutique à mettre en œuvre est l'évacuation de la cavité utérine par curettage le plus souvent.

P. — Dr Hélène DUFRESNE. — **A propos de deux cas récents de charbon humain** (Thèse 1940)

L'inoculation par des objets de toilette, blaireaux à barbe, lanières et gants de crin, ou par des lainages portés à même la peau est un facteur qu'il ne faut pas négliger lorsqu'on étudie l'étiologie du charbon.

La sérothérapie curative du charbon est la thérapeutique de choix et qui doit conserver la première place. Elle doit être massive et précoce, pratiquée autant que possible *in situ*, dans l'œdème péri-pustuleux et sous la pustule maligne elle-même.

La chimiothérapie par les sulfamidés : 693, 1162 F, etc., semble donner également d'excellents résultats dans le traitement de la pustule maligne. Associée à la sérothérapie, elle accélère l'amélioration des signes locaux et généraux. Et dans certains cas même, elle peut à elle seule amener la guérison. On l'emploiera donc sans hésitation et sans arrière-pensée dans tous les cas où une impossibilité matérielle empêchera ou retardera la sérothérapie.

P. — Docteur Jean PITON. — **L'amyotrophie Charcot-Marie.** ÉTUDE CLINIQUE, ÉLECTROLOGIQUE, ANATOMIQUE ET GÉNÉTIQUE D'UNE MALADIE FAMILIALE (1941).

P. — Docteur Jean-Marie INBONA. — **Etude clinique des avitaminoses nicotiniques** (1941).

P. — Docteur Jean SCHNEIDER. — **Contribution à l'étude de l'impaludation thérapeutique. La méthode de la Salpêtrière de l'impaludation en deux temps** (1940).

P. — Docteur Jean-Paul JOLY. — **Morphologie de l'oeil sénile. Aspects cliniques et biomicroscopie** (1941).

P. — Docteur Roger ALLILAIRE. — **Le cancer de l'oreille** (1940).

P. — Docteur Pierre COUTURIER. — **Les rétrécissements amibiens du rectum depuis la réaction de Frei** (1940).

P. — Docteur Claude VERSTRAETE. — **Contribution à l'étude de la rupture dite spontanée du tendon du long extenseur du pouce** (1941).

P. — Docteur Pierre LATAIX. — **Les pseudarthroses de cuisse et leur traitement** (1941).

P. — Docteur Paul-François MORY. — **Sur le drainage pariétal avec aspiration des cavernes tuberculeuses pulmonaires** (MÉTHODE DE MONALDI) (1941).

P. — Docteur Ch. Edouard-Paul FEUILLET. — **L'épilepsie cardiazolique. Etude clinique et physiopathologique** (1940).

P. — Docteur Pierre CAMUS. — **Le syndrome de Heerfordt. Rappel clinique. Parentés morbides. Problème étiologique** (1940).

P. — Docteur Guillemette MARQUIS. — **Etude radiologique des coronarites.** Travail de la Clinique cardiologique de la Faculté de Paris et du service de radiologie du Docteur Ledoux-Lebard (1941).

P. — Docteur François LE ROY. — **Contribution à l'étude du traitement des fistules stercorales et anus contre nature et plus spécialement de leur fermeture par un procédé extra-péritonéal** (1941).

P. — Docteur Edmond CORCOS. — **Contribution à l'étude des faux kystes du pancréas** (KYSTES A SIGNES PSEUDO-HÉPATO-VÉSICULAIRES) (1941).



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

❖ ❖

L'ORDRE DES MÉDECINS PEUT-IL INTERVENIR DANS L'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE ?

La Charte du Travail a donné à l'organisation professionnelle, une orientation corporative et créé un organisme nouveau : le Comité social.

Ce Comité social voit sa compétence affectée à deux ordres de problèmes : tout d'abord, les problèmes essentiellement techniques : production, vente, marchés, salaires et rapports avec les corporations connexes.

D'autre part, il aura à résoudre toute la série des problèmes sociaux : allocations familiales, retraites, logements, protection maternelle et infantile, colonies de vacances, accidents du travail et, enfin, les soins médicaux dans leur ensemble, c'est-à-dire : Médecine, Chirurgie, Maternité.

L'ampleur de la cotisation syndicale obligatoire doit permettre à la profession de prendre en charge tous ces risques ; mais, même à l'état adulte, c'est-à-dire parvenue au stade corporatif, cette profession est-elle armée pour assurer la gestion de ces risques ?

Il semble, *a priori*, que l'autonomie corporative en matière sociale, ne peut aboutir qu'à une anarchie, au gâchage de doubles emplois, à une diversité qui serait mal interprétée par les bénéficiaires eux-mêmes.

Déjà nous assistons à la création d'organismes, non spécifiquement professionnels, qui assurent la gestion du risque social pour l'ensemble des professions.

Le type est représenté par les Caisses départementales d'allocations familiales.

Pour les mêmes raisons, il est vraisemblable que le risque médical sera géré par des organismes centralisateurs, sinon étatiques du moins départementaux ou provinciaux.

Avant d'aborder le fonctionnement proprement dit d'un tel organisme, une première question se pose, pratiquement impérative :

Quelle somme la cotisation syndicale devra-t-elle affecter à la couverture du risque médical global et où les corporations trouveront-elles les données statistiques exactes leur permettant de connaître cette somme ?

Aux Assuraaces sociales ? Les Caisses primaires sont incapables de connaître la dépense par tête de bénéficiaire. Elles ne ventilent ces dépenses que par tête de cotisant, n'ayant pas à s'inquiéter du nombre exact de bénéficiaires, mais seulement de leurs droits aux prestations.

D'autre part, leur tarif de responsabilité varie avec la qualité du risque : médecine, chirurgie, maternité et surtout en matière de frais de pharmacie, le remboursement étant inversement proportionnel à l'importance des frais réels.

L'Etat peut-il offrir des statistiques plus utilisables ? Pas davantage. Les dépenses d'assistance sont exagérées, d'un côté par les abus de malades gratuits et, d'un autre côté, diminuées du fait de la gratuité (illogique), des honoraires à l'hôpital.

Les budgets d'assistance concernent des risques multiples dont les comptes sont fort difficiles à ventiler : soins à domicile et à l'hôpital, assistance aux vieillards, aux incurables.

Elle prend en charge une bonne partie du chômage, sans s'en rendre compte, le chômeur connaissant bien le parti qu'il peut tirer d'une affection chronique quelconque.

Les Compagnies d'assurances ne pourraient, pour leur part, connaître que les seuls frais chirurgicaux ; mais la statistique, là aussi, devient inutilisable, car ces frais ne concernent que des accidents, généralement soignés à l'hôpital avec des séjours contre la prolongation desquels les Compagnies ne peuvent se défendre.

Reste la Mutualité dont les statistiques étaient, il y a dix ans, absolument insuffisantes, mais qui,

depuis la création des Caisses chirurgicales mutuelles, possède aujourd'hui des statistiques très complètes, tout au moins en matière de chirurgie et spécialité.

On se doute bien que les pionniers de ces C. C. M. ont cherché depuis longtemps à étendre leur action au risque médical et maternité. L'étude, à peu près au point, a permis à mon ami Vignoli de donner, dans ce journal, en novembre dernier, les précisions les plus encourageantes sur son projet de Caisse départementale unique : Médecine, Chirurgie, Maternité, Pharmacie.

Croyez bien que nous n'avons rien de la poule en contemplation de l'œuf qu'elle a pondu ; mais le travail considérable qui nous a amenés à la formule des C. C. M., la richesse des résultats de l'expérience nous a convaincus qu'une réalisation médico-sociale ne pouvait être menée à bonne fin que par des médecins, quelle que soit la bonne volonté et le sens social des non médecins.

Qui, en effet, mieux que nous connaît la technicité du problème ? les abus habituels ou exceptionnels que doit combattre un règlement bien établi ?

A titre d'exemple, les C. C. M. ont étroitement lié l'intérêt matériel et l'honnêteté du chirurgien. Ces C. C. M. ont pour eux assez d'intérêt pour qu'ils ne les mettent pas en péril par des abus d'indications opératoires. Elles sont équilibrées (ou doivent l'être) pour un pourcentage normal. Plus de dix ans d'expérience, près de cinquante C. C. M., sept ou huit cent mille sociétaires nous permettent aujourd'hui d'apporter des statistiques exactes.

Alors, nous nous demandons pourquoi le Corps médical n'est pas consulté, pourquoi il ne peut même pas se faire entendre.

Si nous sommes dotés d'un Ordre, pourquoi cette Corporation essentiellement sociale est-elle condamnée, dès l'origine, au rôle de Corporation mineure ?

Nous ne pouvons décider ni de nos tarifs, ni de notre vie professionnelle et nos suggestions en matière sociale ne sont ni réclamées, ni écoutées ?

Que l'Etat intervienne à titre d'arbitre pour freiner notre égoïsme professionnel, tout à fait d'accord. Il imposera cet arbitrage à toutes les professions et pour la même raison.

Mais, pour autant que nous soyons reconnaissant au Docteur Huard de réclamer l'unification des tarifs médicaux, nous sommes surpris que cette initiative soit prise par un organisme d'Etat, le ministère de la Santé et non par l'Ordre des médecins. Il y a des années que le Corps médical s'élevait contre ce non-sens d'une tarification différente pour le même acte médical selon le payeur : Assistance médicale gratuite, Assurances sociales, pensionnés de guerre, etc...

Ce n'est pas que du formalisme, croyez-le bien.

Pourquoi la répartition des médecins échappe-t-elle aux Conseils de l'Ordre ? Pourquoi le bouleversement que l'on nous annonce de l'Assistance publique s'élabore-t-il à notre insu ?

L'explication nous paraît assez simple. L'Ordre des médecins est né dans des conditions dramatiques, pour nous éviter le double danger de la fonctionnarisation et de l'Etatisation. Sa formation même nous fait craindre qu'il ne nous précipite avec ardeur vers ce double danger.

On a reproché au syndicalisme médical les tares qui, en réalité, étaient celles du Syndicalisme en général. Encore faut-il constater que c'était le plus corporatif des syndicalismes et que nous étions honnis par la C. G. T.

On nous a reproché le suffrage universel, les mandatés devant, par la force des choses, défendre les intérêts de la masse et négliger, peut-être, ceux de l'élite.

Mais qui empêchait l'Etat-arbitre d'inviter les Ordres de médecins à désigner par le suffrage de leurs pairs, trois confrères pour un seul poste à fournir, laissant ainsi au Ministre le choix du titulaire définitif ?

Au lieu de ce compromis facile à imaginer, l'Etat désigne nos dirigeants. Il le fait souvent en recherchant les anti-syndicaux ou les a-syndicaux, oubliant, c'est le signe de la période actuelle, que les syndicats médicaux avaient tout de même préconisé certaines réformes qui, avant la lettre, étaient marquées du signe de la Révolution actuelle.

Nous trouvons donc parmi nos dirigeants des confrères qui, par leur attachement désuet à une médecine dite traditionnelle, s'étaient enfermés dans une tour d'ivoire, volontairement aveugles devant l'évolution sociale. Nous y trouvons encore des confrères qui, par égoïsme ou négligence, voulaient bien profiter des efforts syndicaux, mais qui ne se mettaient au courant ni des lois nouvelles, ni de l'ambiance de plus en plus pénible des discussions avec les collectivités.

Enfin, êtes vous persuadés que nos conseils de l'Ordre soient tous profondément attachés à suivre les directives officielles ?

Aujourd'hui, tous ces confrères responsables, la plupart excellents camarades, quelques-uns savants prestigieux, se trouvent brutalement en face de leur ignorance des choses professionnelles.

Ils doivent apprendre en quelques semaines ce que les anciens ont acquis en des dizaines d'années. Ils seront jetés dans des Commissions mixtes où ils trouveront des adversaires, vieux routiers des Commissions, pleins de ruse, rompus aux truquages d'ordres du jour où la question

essentielle est escamotée, habiles à utiliser les incidents de séances, habiles à garder leur sang-froid, à éviter une réflexion pertinente, mais maladroite et scandaleuse.

Ceux d'entre nous qui ont eu à lutter contre la haine de classe contre les médecins, ceux qui, à force de patience, avaient pu calmer certaines animosités, freiner les ardeurs intransigeantes de leurs confrères, ceux qui avaient appris à connaître dans ses détails un texte de loi ou un arrêté semé de ponctuations traîtresses, d'incertitudes voulues, ceux-là plaignent les « nouveaux » dont la tête éclate devant ce labeur inattendu et lourd.

Mais aussi ils tremblent que devant tant d'innocence et d'inexpérience nos défenses ne soient irrémédiablement enfoncées.

Car nous avons des adversaires de taille ; les Assurances sociales, le Ministère du Travail, l'ancienne Mutualité et ses formules de fonctionnarisation.

Tous ces adversaires — on peut l'affirmer — restent imbus d'un étatisme centralisateur, ont en général la paresse de garder les anciens rouages et ne pensent nullement en corporatifs.

Ce qu'ils demandent, c'est le Corps médical mis à leur disposition, je devrais dire à leur merci, c'est le médecin réduit, enfin, au rôle de fonctionnaire subalterne, c'est la mise en tutelle de ceux dont l'Ordre a la prétention de réformer la conscience et de rehausser le prestige.

La solution du problème médico-social, nous la voyons dans la Mutualité, mais une Mutualité d'une autre envergure que l'ancienne.

Cette ancienne Mutualité, officiellement et petitement représentée au ministère du Travail était, par contre, officieusement représentée par la Fédération française de la Mutualité dont les dirigeants, constamment francs-maçons, prônaient la laïcité, le caractère prolétarien et entretenaient l'hostilité contre les médecins.

Cette Mutualité se caractérisait par sa mesquinerie, ne réclamant que des cotisations démagogiques ridicules pour servir des prestations insuffisantes. Elle se caractérisait trop souvent par l'avarice des trésoriers de sociétés de Secours mutuels, plus acharnés à défendre leur caisse qu'à faire œuvre sociale.

Elle avait obtenu des subventions de l'Etat dont le principe nous paraît illogique, la Mutualité devant, avant tout, soulager l'Etat.

Enfin, cette Mutualité avait été laissée libre d'adopter des solutions dangereuses pour l'ensemble même de la Nation. Les cliniques mutualistes, si elles se généralisaient, réduiraient le nombre des chirurgiens en France de 1,300, indispensables aux besoins de l'armée, à 275 à peine. Si, en effet, on peut admettre qu'un chirurgien doit correspondre à 30.000 habitants, une clinique mutualiste, pour tourner rond, doit avoir 150.000 adhérents confiés à un seul chirurgien.

Sait-on que les promotions d'internes des hôpitaux de Paris qui comportaient, il y a 15 ou 20 ans, 20 ou 25 chirurgiens, n'en comportaient plus, en 1938, que 4 ou 5 ? Sait-on que plus les services hospitaliers se développaient, tout le monde y étant admis, la pépinière que représente l'internat se développait au moment où la clientèle payante était chaque jour plus réduite.

Quel ministère s'est préoccupé de ces questions, que Vignoli, moi-même et d'autres, avions posées depuis plus de cinq ans ?

Ne sont-ce pas là des questions de la compétence exclusive de l'Ordre des médecins ?

Nous demandons donc, pour revenir à nos moutons, la refonte de la Mutualité, son rattachement au ministère de la Famille et de la Santé. Nous demandons que l'État lui donne les directives et les moyens légaux de faire œuvre très large et utile.

Que cette Mutualité absorbe une bonne partie de l'Assistance dont elle diminuera le parasitisme, qu'elle donne des garanties substantielles, qu'elle soit, enfin, animée d'un esprit de collaboration avec le Corps médical, collaboration infiniment féconde.

Tout ceci, les C. C. M., en ont montré la possibilité. Leurs créateurs ont constamment été choisis parmi les mutualistes amis des médecins ou parmi les médecins amis des mutualistes.

Cette néo-Mutualité peut redonner aux médecins de France le goût de leur grandeur et de leur dévouement, aux malades le sens de leur dignité et de leur personnalité.

Rejetons donc l'étatisme et la centralisation que, par paresse, on nous propose de nouveau, malgré les directives de la Révolution nationale, corporative et décentralisatrice.

Nous avons à portée de main, une solution française du problème médico-social. Allons-nous copier bêtement des organisations étrangères qui font de l'homme un bétail et des hôpitaux des « parcs à soins ».

Médecins, mes frères, ne nous endormons pas, ne piétinons pas , nous avons devant nous une si belle route et nous avons tant à faire dans une France nouvelle et rénovée.

Dr Delmas (Agen)



L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES ÉTRANGERS

LOI DU 22 NOVEMBRE 1941

La loi du 16 août 1940 posant le principe de l'interdiction de l'exercice de la médecine par les praticiens étrangers s'était, dès sa promulgation, révélée d'une application délicate pour ne pas dire impossible.

Les exceptions qu'elle édictait paraissaient bien arbitraires et ne répondaient ni aux vœux du Gouvernement, ni aux nécessités politiques ou diplomatiques. Aussi, fut-il rapidement question de sa modification. Quinze mois ont été nécessaire pour le réaliser.

La loi du 22 novembre 1941 promulguée au *Journal officiel* du 29 novembre abroge en son article 6 la loi du 16 août 1940 :

« La loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine est abrogée ». (*art.* 6).

et règlemente ainsi qu'il suit, l'exercice de la médecine.

I. — Principe

« Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien en France, s'il n'est Français et né de père Français ». (*art.* 1).

Pour pouvoir exercer la médecine, il faut donc désormais remplir la double condition suivante :

— Etre Français de naissance ;

— Avoir un père français.

Est considéré comme né de père français, celui dont l'auteur, bien que d'origine étrangère, se trouvait naturalisé au moment de la naissance. Par contre, tombe sous l'interdiction de principe, celui dont le père n'a requis la nationalité française que postérieurement à la naissance.

Tous les patriciens remplissant les conditions édictées par l'article premier, se trouvent habilités de plein droit, à entreprendre ou à continuer l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire ou de la pharmacie. Ils doivent seulement pouvoir justifier à toute réquisition des autorités administratives ou professionnelles, de leur qualité de Français ainsi que de celle de leur auteur.

II. — Exceptions

Au principe de base posé par l'article 1er, le législateur a admis un certain nombre de dérogations.

Ces dérogations sont, selon leur nature, de valeur très différente. Les unes (*art.* 2) s'imposent à l'administration, les autres (*art.* 3 *et* 5) sont, au contraire, soumises à l'appréciation souveraine d'une Commission supérieure de contrôle.

a. *Exceptions s'imposant à l'administration*

« Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, ceux qui ne sont pas nés d'un père français pourront, s'ils possèdent la nationalité française, exercer les professions susvisées, en France, lorsqu'ils appartiendront à l'une des catégories suivantes :

1° Naturalisés pour services exceptionnels rendus à la France dans les conditions qui seront fixées par une loi ultérieure ;

2° Protégés et administrés français originaires de pays relevant du secrétariat d'Etat aux colonies et du secrétariat d'Etat aux Affaires étrangères qui sont naturalisés Français ;

3° Militaires et marins ayant servi dans les armées françaises de terre, de mer ou de l'air, auxquels la qualité de combattant a été reconnue par application, soit du décret du 1er juillet 1930, soit du décret du 27 décembre 1940 ;

4° Ascendants, épouses ou veuves et descendants de militaires ou marins morts pour la France ou ayant servi dans les conditions définies au paragraphe 3e, sous réserve, en ce qui concerne les épouses et les veuves, que le mariage ait été contracté avant la date de la publication de la présente loi ;

5° Alsaciens et Lorrains réintégrés de plein droit dans la nationalité française à dater du 11 novembre 1918 lorsqu'ils descendent, en ligne paternelle s'il s'agit d'enfants légitimes, et en ligne maternelle s'il s'agit d'enfants naturels, d'un ascendant ayant perdu la nationalité française par application du traité franco-allemand du 10 mai 1871 ou lorsqu'ils sont nés en Alsace ou en Lorraine avant le 11 novembre 1918 de parents inconnus, ainsi que ceux qui auraient droit à cette réintégration s'ils n'avaient déjà acquis ou revendiqué la nationalité française antérieurement au 11 novembre 1918 ;

6° Enfants nés en France de parents inconnus ou de mère française et de père inconnu, à condition toutefois qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger. » (*art.* 2).

Les dérogations prévues par cet article ont l'avantage sur celles édictées par la loi du 16 août 1940 d'être bien déterminées.

Le cas des femmes est prévu ainsi que celui des protégés et administrés français. La qualité de combattant se trouve maintenant fixée par rapport à des textes précis qui sont le décret du 1er juillet 1930 pour la guerre de 1914-18 et celui du 27 décembre 1940 pour celle de 1939-40.

Le champ d'application de cet article étant beaucoup plus vaste que celui des dérogations prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940, le législateur a décidé que :

« Les médecins chirurgiens-dentistes et pharmaciens à qui aurait été interdit l'exercice de leur profession en exécution de la loi du 16 août 1940 pour-

ront, le cas échéant, réclamer le bénéfice des dispositions de l'article 2 de la présente loi. » (*art.* 4).

Nous verrons comment par la suite.

b. *Exceptions soumises au contrôle de la Commission supérieure*

« Ceux qui ne sont pas nés d'un père français pourront, en outre, s'ils possèdent la nationalité française, être habilités, à titre exceptionnel, à exercer en France les professions susvisées, par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, pris après avis d'une Commission supérieure de contrôle dont a composition sera déterminée par décret. » (*art.* 3).

....

« Les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers exerçant leur profession en France à la date du 19 août 1940 seront autorisés à continuer la pratique de leur art conformément aux conventions diplomatiques et dans les conditions prévues par les lois et règlements relatifs à l'exercice de ces professions.

Cette disposition ne s'applique qu'aux médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers qui ont présenté une demande de dérogation à la loi du 16 août 1940 avant le 7 juin 1941.

L'autorisation leur sera accordée par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis de la Commission supérieure de contrôle visée à l'article 3 de la présente loi.

Les étrangers non couverts par des dispositions conventionnelles pourront, à titre exceptionnel, obtenir l'autorisation précitée, dans les formes prévues à l'alinéa précédent. » (*art.* 5).

Les étrangers naturalisés français pourront donc après décision favorable du secrétaire d'Etat à la Santé publique être admis à exercer en France bien que ne remplissant aucune des six dérogations prévues par l'article 2.

De plus, il sera à l'avenir tenu compte des conventions diplomatiques dont le législateur du 16 août 1940 ne s'était nullement soucié. Empressons-nous d'ailleurs de préciser que ces conventions seront révisées à cette occasion et qu'elles ne seront prorogées qu'autant qu'elles assureront la réciprocité aux praticiens français exerçant dans les pays avec lesquels elles sont conclues. C'est ainsi qu'il est vraisemblable que la grande majorité des Roumains exerçant en France, sous l'empire de la convention du 27 août 1930, ne pourra en invoquer le bénéfice étant donné les conditions politiques actuelles.

Remarquons également que les médecins invoquant les dispositions de l'alinéa 1er de l'article 5, ne peuvent le faire qu'à condition d'avoir exercé à la date du 19 août 1940 et d'avoir déposé avant le 7 juin 1941 une demande de dérogation à la loi du 16 août 1940.

Cette disposition indique expressément que la loi du 22 novembre 1941 est *rétroactive.*

Ainsi se trouve terminée, en nous donnant gain de cause, la discussion doctrinale engagée entre Me Auger, avocat au Conseil d'Etat, soutenant, en notre nom, le principe de la rétroactivité de la loi du 16 août 1940, et son confrère Me Henri-Simon qui, reprenant avec d'autres arguments la thèse de M. Perraud-Charmantier, prétendait au contraire qu'elle n'avait aucun effet rétroactif.

Enfin le dernier alinéa de l'art. 5 donnant la possibilité aux étrangers non couverts par des dispositions diplomatiques, d'obtenir à titre individuel et exceptionnel l'autorisation d'exercer, permettra, pensons-nous, d'accorder quelques facilités aux protégés et administrés français non naturalisés dont personne ne s'était, jusqu'alors soucié.

III. — Procédure

La procédure sera différente suivant que les requérants réclameront le bénéfice de l'article 2 ou celui des articles 3 et 5.

a. *Bénéficiaires de l'art.* 2.

Les médecins invoquant l'un des six cas prévus par l'art. 2 devront adresser au secrétariat d'Etat à la Santé publique (Paris, 7 rue de Tilsitt, ou Vichy) Direction de la Santé, premier bureau, mention Exercice de la médecine) une demande à laquelle ils joindront toutes pièces justificatives, se référant le cas échéant au dossier qu'ils avaient constitué sous l'empire de la loi du 16 août 1940.

Le rôle de l'administration consistera uniquement à vérifier si chaque postulant remplit bien les conditions exigées par la loi. Après examen du dossier, elle enverra à chaque intéressé un avis officiel lui notifiant qu'il satisfait ou non à la condition de nationalité imposée par la loi du 22 novembre 1941.

Dans l'affirmative, le bénéficiaire pourra entreprendre ou continuer l'exercice de la médecine après s'être mis en règle avec l'Ordre.

Dans la négative, le requérant se verra interdire l'exercice de la médecine et ce sans appel possible, si ce n'est le recours de droit commun contre tout acte administratif, c'est à-dire en Conseil d'Etat pour excès de pouvoir.

b. *Médecins invoquant les articles* 3 *ou* 5.

Les praticiens se basant sur ces articles devront également adresser au secrétariat d'Etat une demande de dérogation dans laquelle ils invoqueront les titres sur lesquels ils se fondent pour prétendre au bénéfice de ces mesures exceptionnelles. Ces requérants ne pourraient être autorisés que par arrêté individuel du secrétaire d'Etat à la Santé publique pris après avis de la Commission supérieure de contrôle.

Cette Commission est composée d'un conseiller d'Etat, président, du directeur de la Santé, d'un représentant du Conseil supérieur de l'Ordre. A ces trois membres sera adjoint

un fonctionnaire du Ministère des Affaires étrangères chaque fois que se poseront des questions relatives aux Conventions diplomatiques.

Les arrêtés d'autorisation ou d'interdiction seront notifiés à chaque intéressé personnellement.

Précisons enfin que les demandes de dérogation présentées en vertu de la loi du 22 novembre 1941 n'entraîneront en aucun cas l'autorisation provisoire d'exercer ainsi qu'il en avait été pour la loi du 16 août 1940.

Seuls continueront à bénéficier de leur autorisation provisoire ceux qui l'avaient obtenue sous l'empire de l'ancienne loi et dont les dossiers n'ont reçu, à ce jour, aucune solution.

Conclusions

La loi du 22 novembre 1941 fait justice des critiques méritées adressées à la loi du 16 août 1940 dont elle comble les lacunes. Il est cependant regrettable que sa promulgation ait demandé tant de temps puisque tout le travail relatif au dépouillement de dossiers se trouve aujourd'hui à reprendre, pour les passer au crible de la nouvelle loi.

Souhaitons d'ailleurs que ce travail se fasse plus rapidement que pour la loi du 16 août 1940, qui, en quinze mois d'application, n'a abouti qu'à l'interdiction d'un millier de médecins d'origine étrangère et à l'autorisation de cent trois exactement dont les noms, avec un à-propos qui ne manque pas d'ironie, parurent dans le même *Journal Officiel* que celui qui promulguait la nouvelle loi abrogeant celle du 16 août.

Il faut en effet que cette question des médecins étrangers soit rapidement et définitivement tranchée et ce dans l'intérêt de tous.

Brice MAUREL.

DOCUMENTATION PRATIQUE

DOMMAGES CORPORELS ET MATÉRIELS CAUSÉS PAR LES TROUPES D'OCCUPATION

Nous publions ci-dessous le texte de deux Circulaires importantes qui ne manqueront pas d'intéresser nos lecteurs par les renseignements pratiques qu'ils y puiseront.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE NATIONALE ET DES FINANCES

—

Direction du Trésor

Service Central des Réquisitions allemandes

Paris, le 15 octobre 1941

L'Ambassadeur de France,
Délégué général du Gouvernement français dans les territoires occupés

à Messieurs les Préfets,

Objet : Indemnisation des dommages causés aux personnes et aux biens par les troupes d'occupation.

Des instructions m'ont été fréquemment demandées sur les conditions dans lesquelles devait être assurée la mise en état d'examen des dossiers relatifs à l'indemnisation des victimes des dommages ou de leurs ayants-cause, conformément aux dispositions de la lettre commune, nº 4.383 G/LC 345 et 73-0 du 5 mai 1941 du département des Finances, relative à l'indemnisation des dommages causés aux personnes et aux biens par les troupes d'occupation.

J'ai l'honneur de vous adresser, ci-après, tous renseignements complémentaires à l'établissement et à la transmission des dossiers susvisés.

Qu'il s'agisse d'un accident corporel ou d'un dommage causé aux biens, le requérant ou les ayants-cause devront établir une demande d'indemnité sur papier libre avec l'exposé des faits justificatifs. Cette déclaration sera adressée au maire du lieu de l'accident ou du dommage.

Au vu de cette réclamation, le maire fera constituer un dossier comprenant :

1º Les noms et adresses de la victime du dommage et des témoins, ainsi que tous renseignements qui pourront être recueillis tant sur l'auteur du dommage que sur les circonstances dans lesquelles ce dommage est survenu ;

2º La description des dommages corporels et des dégradations matérielles relevés, ces renseignements étant consignés, toutes les fois que ce sera possible, dans un procès-verbal d'enquête du commissaire de police ou de la gendarmerie relatant, en même temps que l'état des lieux et les constatations et vérifications faites, les particularités relevées et les déclarations des témoins. En cas d'accident provoqué par des véhicules automobiles, il conviendra de mentionner le numéro d'immatriculation des véhicules, l'état

des lieux, et d'indiquer sur un croquis, notamment en cas de dommage corporel, les emplacements de la victime et de l'auteur de l'accident, le point de collision, ainsi que toutes particularités de nature à permettre de déterminer les responsabilités.

Enfin, et toutes les fois que ce sera possible, il y aura intérêt à joindre au dossier le procès-verbal établi par la Feldgendarmerie allemande à l'occasion de l'accident en cause ou un extrait de ce procès-verbal.

Le dossier ainsi constitué sera transmis par le maire, avec son avis, au Préfet.

Le rassemblement des renseignements susvisés ne préjuge en rien la responsabilité de l'Etat français et il conviendra de le préciser sur toutes les pièces du dossier.

En cas d'accidents survenus à des personnes, il conviendra lorsque l'importance des dommages causés le justifiera, de faire examiner la victime par un médecin à désigner par vos soins et choisi sur les listes de médecins experts établies par les tribunaux. Ce dernier constatera la nature et la gravité des blessures. Il établira, dès la consolidation de celles-ci, un rapport médical d'expertise relatant la durée de l'indisponibilité totale ou partielle en résultant. Il indiquera le taux de l'incapacité temporaire ou permanente, sans tenir compte du *pretium doloris*, et visera les différentes notes de frais (frais médicaux, frais de traitement, frais pharmaceutiques) produites par l'accidenté.

. . . .

En ce qui concerne les dossiers déjà constitués et déposés dans les Préfectures, il conviendra d'examiner, dans chaque cas particulier, s'il convient de les faire compléter dans les conditions fixées par la présente circulaire, toute initiative vous étant laissée à ce sujet.

Enfin, pour ce qui est des dommages causés aux personnes, j'ai décidé d'autoriser, au profit des victimes ou de leurs ayants-cause dont la situation pécuniaire le justifierait, le règlement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et, le cas échéant, de sépulture. Il vous appartiendra de prendre une décision à ce sujet dans chaque cas particulier. Cette allocation est, bien entendu, indépendante du secours prévu par la lettre commune susvisée.

. . . .

Je ne puis que vous laisser le soin de porter à la connaissance des maires, les dispositions de la présente Circulaire en y ajoutant toutes instructions complémentaires que vous jugerez utiles.

DE BRINON.

***

MINISTÈRE DES FINANCES

—

Direction du Trésor

Service Central des Réquisitions allemandes

Paris, le 6 novembre 1941,

L'Ambassadeur de France,
Délégué général du Gouvernement français dans les territoires occupés,

à Messieurs les Préfets,

Objet : Indemnisation des dommages causés aux personnes par les troupes d'occupation.

Ma Circulaire du 15 octobre 1941, relative à l'indemnisation des dommages causés aux personnes et aux biens par les troupes d'occupation, a prévu, dans son avant dernier alinéa, le règlement, au profit de certaines victimes, des frais médicaux (1), pharmaceutiques, d'hospitalisation, et, le cas échéant, de sépulture.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'évaluation des frais susvisés se fera sur les bases suivantes :

1° *Frais médicaux, chirurgicaux, dentaires et pharmaceutiques* :

Tarifs ministériels en vigueur en ce qui concerne les accidents du travail ;

2° *Frais d'hospitalisation* :

a) Prix de journée applicable aux malades, payants dans les salles communes ;

b) Honoraires médicaux et chirurgicaux d'après le tarif visé au paragraphe 1er ;

3° *Appareils de prothèse et d'orthopédie* :

Fourniture et renouvellement (ou indemnité représentative), y compris les frais de prothèse dentaire ;

4° *Frais funéraires* :

Devront être fixés par vos soins, sur proposition du maire du lieu de l'inhumation, et seront compris entre 300 et 1.000 francs.

DE BRINON.

(1) Auxquels il convient d'ajouter les frais chirurgicaux.

Libres Opinions (*)



LE LIBRE CHOIX DANS LE CADRE DE L'ORDRE

Suivant un principe fortement proclamé, mais nettement sapé, le malade a le droit d'accorder sa confiance au médecin qui lui en paraît digne, à celui qu'il estime capable de lui donner des soins honnêtes et compétents.

Si l'on peut constater que ce libre choix ne conduit pas toujours chez le médecin probe et instruit, on ne doit pas moins envisager les facteurs de cette instruction et de cette probité qui constituent le devoir du médecin. Ensuite, il sera possible de se demander si les droits du malade n'ont pas des contre-parties.

Ces éléments pourront faire naître quelques réflexions relatives à l'exercice du libre choix dans les conditions où les actes médicaux sont actuellement dispensés au public et à l'influence de l'Ordre.

La *Compétence médicale* est conditionnée par l'Autorité qui délivre le ou les diplômes.

Le nombre des étudiants croît dans des proportions inouies et, loin de s'en affliger, il faut s'en réjouir car, parmi tant de candidats, nos Maîtres auront la possibilité de choisir les meilleurs.

Ceux qui pourront être évincés doivent connaître à l'avance le risque auquel ils s'exposent, ils doivent savoir qu'après deux ou trois années d'études, ils pourront se trouver dans la même situation que les refusés des grandes écoles qui auront préparé leur concours d'admission pendant le même temps et pour lesquels il n'a jamais été voté de subvention.

Les modalités de ces évictions n'ont pas leur place ici. Le diplôme de docteur en médecine doit sanctionner, non des études, mais des acquisitions.

L'honnêteté médicale dépend :

1° De l'éducation scientifique et de l'orientation d'esprit acquis au cours des études ;

2° Des règles édictées par l'Ordre ;

3° Des moyens mis à la disposition de l'Ordre pour faire respecter sa discipline et de la protection accordée par lui au médecin qui s'y conforme.

En effet, si la scolarité ne servait qu'à l'enseignement des sciences médicales, elle n'aurait rempli qu'une partie de sa tâche. Elle doit former des médecins, c'est-à-dire des hommes qui, partant d'un bagage à la fois théorique et pratique, soient capables d'utiliser leur culture générale, d'exercer leur sens de l'observation, leur désir de continuer à s'instruire en s'astreignant à la discipline scientifique, leur esprit critique, le tout sous le couvert de leur dignité personnelle et de leur bonté.

Tous ces facteurs semblent indissociables et, s'il en manquait un, on ferait peut-être des savants, on ne ferait pas des médecins.

C'est sur ce terrain soigneusement préparé, que l'Ordre pourra mettre son emprise.

D'autre part, la profession médicale s'exerce en des domaines tellement variés qu'il semble impossible de la codifier jusque dans ses moindres détails sans courir le risque de se contredire à échéance plus ou moins brève.

Peut être pourrait-on se limiter à des généralités assez précises, toutefois, pour servir de bases à des cas d'espèces.

Un honnête médecin ne dépassera jamais les limites de sa compétence éprouvée, il ne s'attribuera jamais des titres fallacieux. Il ne retirera de son malade qu'un profit minimum, en limitant le nombre et l'importance de ses activités à ce qui est juste nécessaire pour accomplir sa mission. Ce profit sera établi d'accord entre la ou les parties payantes, il sera exclusif de tout bénéfice occulte, mais il sera suffisant pour permettre au médecin de vivre dignement sans avoir recours à des supercheries.

Le taux minimum des honoraires pourra être établi par les soins de l'Ordre, dans le but d'empêcher un avilissement des prix qui serait un facteur de concurrence et remettrait en question des pratiques déjà condamnées.

Au-dessus de ce taux minimum, le médecin doit avoir le droit de fixer lui-même le chiffre de ses honoraires, à la condition qu'il y ait accord entre les parties et juste rapport entre les possibilités du malade et les services rendus.

Aller plus loin, vouloir codifier chaque cas particulier, c'est, peut-être s'exposer à la paraphrase d'une lettre de Catherine-II « Le papier supporte tout », mais la peau médicale est autrement sensible et chatouilleuse.

En regard de ces obligations, le médecin doit avoir des droits, notamment celui d'être *soutenu* et au besoin, *défendu* par l'Ordre, tant au point de vue moral que dans le domaine matériel, tant auprès des particuliers que des Pouvoirs publics.

(*) Nous rappelons que sous cette rubrique nous publions des articles qui n'engagent que leurs auteurs, mais qui peuvent documenter nos lecteurs.

Bien plus, il semble qu'en outre des cas qui lui seraient signalés, l'Ordre devrait prendre l'initiative d'enquêtes approfondies au cours desquelles des médecins désignés par le sort seraient surveillés, étudiés pendant de longues périodes ininterrompues. Il pourrait ainsi faire des classements utilisables après des cas malheureux dont nul n'est exempt et surtout prévoir des délits au moyen d'avertissements ou de sanctions préventives s'il y avait lieu.

Ce serait de la « basse police » ? Non. La discipline ne peut être obtenue sans surveillance ; ce serait une prophylaxie, ses résultats sur l'honnêteté et la dignité du Corps médical ne manqueraient pas d'être heureux.

Ainsi, le public pourrait exercer son libre choix en toute sécurité parmi des médecins dont la compétence hélas ! ne serait pas uniforme, mais dont l'honnêteté ne pourrait être mise en doute.

En échange de ce libre choix et des garanties de son exercice, le malade doit endosser les responsabilités pécuniaires et autres qui en découlent.

Il doit notamment payer régulièrement les honoraires de son médecin et de plus, ne pas croire que le versement de ceux-ci le libère. Ce n'est pas avec de l'argent que l'on s'acquitte de la reconnaissance, et le public ne doit pas ignorer les inquiétudes qui assaillent le praticien avant, pendant et après ses prescriptions. Il doit savoir que son sens critique le tient éveillé, souvent pendant des nuits entières au cours desquelles il attend avec angoisse les faits qui viendront... peut-être ? confirmer ses espoirs.

En outre, la clientèle doit renoncer à solliciter ces mille complaisances qui n'ont qu'un rapport lointain ou nul avec la thérapeutique, dont le refus est pénible pour le médecin et dont l'octroi ne réussit guère qu'à diminuer l'estime dont il peut jouir.

Dans un autre ordre d'idées, les lois sociales ont créé, pour leurs assujettis, des droits, sans instaurer une contre-partie d'obligations pourtant élémentaires.

En matière d'accidents du travail, par exemple, le patron doit réparer à ses frais les lésions contractées au cours et à l'occasion du travail, même s'il a pris toutes les précautions destinées à empêcher les accidents et même si l'accidenté a méconnu ses instructions.

Or, si le patron doit payer, la victime a le droit de choisir les moyens de réparation. Entre plusieurs méthodes également efficaces, elle n'a aucune raison d'opter pour la moins onéreuse... elle ne paie pas.

Il en résulte un déséquilibre flagrant. Malgré les contrôles prévus par les lois, des bobos servent de prétextes à de longs repos, des lésions plus ou moins graves ont créé la sinistrose. Les frais d'assurances en sont augmentés ; répartis sur la masse, ils contribuent à la hausse des frais généraux qui se répercutent sur le prix de la vie. La sinistrose a fait naître la profitose qui est contagieuse et qui a déformé le conscience en créant un état d'esprit préjudiciable à la force de la Nation.

Du côté médical il en est résulté des sortes d'industries gérées par des diplômés qui s'en sont proclamés les chevaliers.

Il semble donc que, sans toucher au principe qui est passé dans les mœurs, si l'on donne à l'ouvrier le droit à réparation aux frais du patron, on doive laisser à ce dernier le choix des moyens, c'est-à-dire la direction du traitement, tout en permettant à la victime d'être traitée selon les règles de l'humanité, de la compétence et de l'honnêteté médicales et de faire valoir ses droits au cas où elle s'estimerait lésée.

Il en est de même pour les Assurances sociales. Sous certaines conditions de cotisations et d'affiliations, les Caisses prennent en charge le soin de rendre la santé ou de créer un état de consolidation optimum aux assujettis. Elles ont fixé d'avance le montant de sa contribution, mais laissent l'intéressé choisir lui-même les moyens d'atteindre le but visé et souvent de décider de cette atteinte.

Elles pratiquent des contrôles dont l'insuffisance est proverbiale et, au grand dam de l'intérêt général, les « Lions de Caisses » ont pu naître et prospérer.

Les indemnités pour frais médicaux sont parcimonieusement accordées, on rogne sur quelques frais pharmaceutiques, mais l'administration s'est révélée impuissante à réprimer des abus constants en matière de repos, de prescriptions excessives ou injustifiées de médicaments onéreux, ceux-ci pouvant être échangés contre des produits sans rapport avec les affections alléguées.

Et cependant personne n'est content, les assurés s'estiment mal remboursés, le personnel des Assurances sociales est assez fréquemment de mauvaise humeur, les dirigeants parlent de la nécessité d'abaisser leurs coefficients de responsabilités pendant que s'amassent des millions sans emploi.

Le système est donc loin de la perfection. Si les assurés sociaux ont droit aux soins, ces soins et les indemnités qui en sont le corollaire ne doivent pas dépasser les bornes de la nécessité.

Ces lois sociales inspirées d'un équitable souci d'humanité n'ont pas été exemptes des méthodes démagogiques. La démagogie devrait faire place à la Justice.

A cette situation, il faudrait un remède et il faudrait pour l'appliquer, choisir entre deux méthodes.

La nécessité d'un contrôle réel s'impose. Pour le rendre efficace, les feuilles de déclaration pourraient comporter une formule complémentaire que le malade ou le blessé serait tenu d'utiliser dès la nécessité de faire appel au médecin. Cette feuille devrait être expédiée à l'assurance, au patron ou à la Caisse en franchise, par les moyens les plus rapides (pneumatique à Paris, transmission télégraphique en province), les frais étant à la charge du destinataire.

Dès réception, l'Assurance ou la Caisse devraient dépêcher un médecin contrôleur qui aurait mission d'examiner le sujet sans délai, puis de le suivre périodiquement. Son rapport mentionnerait les symptômes observés et se prononcerait sur l'utilité du repos ou de la thérapeutique. La surveillance serait constante et ainsi, les abus pourraient être réprimés dès l'origine, tandis qu'actuellement, un pneumonique n'est visité qu'après une quinzaine, — quand il l'est — c'est-à-dire à l'époque où il est à peu près impossible de savoir s'il ne s'est pas agi d'un rhume banal compatible avec les occupations.

Ce système ne paraîtrait onéreux qu'à des non initiés. Les frais de contrôle seraient largement compensés et au-delà par la suppression des abus. Il ne semblerait vexatoire qu'à des profiteurs quels qu'ils soient, médecins ou assujettis.

Certes ce contrôle devrait être fait avec l'esprit médical en tenant compte de l'impossibilité fréquente où l'on se trouve de poser un diagnostic ferme dès le début d'une affection ; cependant, de bonne foi, médecin traitant et contrôleur seraient vite d'accord sur l'objectivité de symptômes commandant le repos et une thérapeutique active. Rien ne devrait non plus les séparer s'il s'agissait de freiner l'exploitation éhontée à laquelle se livrent certains « pilons ».

On pourrait aussi — mais que de boucliers vont se lever ! — admettre que l'organisme de traitement (Accident du travail ou Assurances sociales) ayant la mission de réparer ou de consolider les lésions, doit avoir le choix des moyens et qu'il lui appartient de faire donner les soins par des médecins à sa solde.

Ces médecins seraient des fonctionnaires ! Que deviendraient les notions d'après lesquelles la médecine est une profession libérale ? et celles qui régissent le libre choix ?

On ne peut cependant nier que beaucoup de médecins soient tentés par la limitation de la tâche, par la sécurité du présent et de l'avenir qui sont le lot du fonctionnaire. Ils pourraient les trouver dans un Corps de médecins compétents, recrutés au concours, soumis à la surveillance d'inspecteurs et chargés de l'application des lois sociales.

Les autres médecins, débarrassés de la paperasse des réclamations, des entorses au secret professionnel seraient libres d'exercer leur profession comme ils l'entendraient et où ils voudraient, dans les milieux non assujettis à ces lois. L'absorption de nombreux confrères par les cadres des médecins fonctionnaires auxquels la clientèle serait interdite leur laisserait un champ libre et suffisamment vaste. Sous la seule obligation de se conformer aux règles édictées par l'Ordre, leurs initiatives et leurs activités n'auraient aucune entrave, aussi bien dans le temps que dans l'espace.

Les assurés ne seraient pas cependant à plaindre puisque s'ils devaient renoncer à un libre choix, souvent illusoire, ils seraient certains de ne recevoir les soins que de médecins qualifiés, sélectionnés par un concours et surveillés. En outre, des mesures pourraient être prises pour qu'ils aient le droit de défendre leur point de vue, au cas où ils s'estimeraient lésés.

On en arriverait ainsi à deux catégories de malades et à deux catégories de médecins :

Les bénéficiaires des lois sociales devant accepter les soins des médecins désignés par les organismes auxquels ils ont adhéré, mais se trouvant débarrassés de tout souci pécuniaire relatif à leur santé.

Le reste de la population devant faire entrer les frais sanitaires dans son budget mais libre d'utiliser les soins de son choix.

Du côté médical, on aurait les médecins fonctionnaires recrutés après un concours, ayant opté volontairement et régis par un statut fixé d'avance, et des médecins libres désireux d'affronter tous les aléas de la liberté pour en retirer tous les avantages.

Utopies ! dira-t-on. Peut-être, mais si l'on veut que cessent de sévir :

L'institution de nègres blancs, médecins mi-fonctionnaires mal payés, mal disciplinés, mauvais auxiliaires des lois sociales.

Les abus criants auxquels ces lois ont donné naissance. La gêne engendrée par la pléthore médicale, celle-ci conditionnée, pour beaucoup, par l'appât de quelque fixe « décroché » le plus souvent à la faveur.

L'anomalie née de l'engagement par l'un de frais payés par l'autre ; Le droit, c'est moi ; la fraternité c'est toi.

Il faudra bien quelque jour, mettre un peu d'ordre dans la maison, trouver une troisième solution qui ne soit pas un expédient ou se rallier à l'une de celles qui viennent d'être exposées.

C'est évidemment l'affaire de l'Ordre. L'Ordre ne sera générateur d'ordre que s'il a le pouvoir d'édicter des règlements en rapport avec les nécessités et surtout celui de se faire obéir.

G. JULIEN.

Histoire de la Médecine



LA VIE AVENTUREUSE D'AMBROISE PARÉ

Lorsque, âgé de 15 ou 16 ans, il arriva de son petit village de Bourg-Hersent, proche Laval, à Paris, Ambroise Paré n'était qu'un méchant apprenti barbier qui avait tout ou presque à apprendre de son métier. Le premier maître qu'il eut dans la grande ville lui apprit à passer au feu les vieilles perruques, à faire des papillotes et autres mignardises ; en outre il se faisait assister dans les « cogitations et curation des clous, bosses, anthrax, charbon, phlébotomies et saignées ».

Le plus souvent qu'il pouvait, sa besogne finie, le jeune homme courait rue de la Bûcherie pour suivre les cours de la Faculté, ou feuilletait les livres de Galien, Lanfranc et Jean de Vigo. Car il était studieux et avide d'exceller dans son art.

Comme l'Hôtel-Dieu manquait une année de compagnons chirurgiens, un choix fut fait parmi les plus habiles apprentis de la ville et Ambroise fut nommé. Durant la peste de 1533 il eut fort à faire à panser les vivants et disséquer les morts. Cette rude pratique le fit rapidement progresser, et il ambitionna de passer ses examens de barbier-chirurgien. Mais il était léger d'argent et, même en retournant toutes ses poches, il ne put rassembler que quelques livres tournois.

C'était l'époque des luttes ardentes entre François-Ier et Charles-Quint. Et comme M. de Montejean, colonel général de l'Armée des gens de pieds, menait son armée en Piémont, il partit avec lui comme chirurgien. Cette première campagne décida de sa carrière, peut-être de sa gloire. Qui sait si, moins impécunieux, Ambroise Paré n'eût pas fini obscurément dans une quiète boutique de Paris, comme il avait commencé.

Durant cette campagne, un jour que l'huile de sambuc manquait pour la verser « toute bouillante » dans les plaies, il prit le parti d'improviser un ersatz d'urgence et composa « un digestif fait de jaune d'œuf, d'huile rosat et de térébenthine ». Initiative fort osée pour un chirurgien d'occasion ; mais il se trouva que les blessés ainsi pansés allaient mieux que les autres, cautérisés à l'huile bouillante. Dès lors il « délibéra de ne jamais plus brûler ainsi cruellement les pauvres blessés des arquebusades » et se contenta, peu après, de perfectionner son digestif suivant la recette, obtenue à grand peine, d'un chirurgien de Turin « qui était faire bouillir dans l'huile de lys des petits chiens nouvellement nés et des vers de terre préparés avec de la térébenthine de Venise ». Cette formule lui donna par la suite entière satisfaction.

M. de Montejean mourut au cours de cette campagne et Ambroise Paré s'en revint à Paris terminer ses études. Son vieux maître Sylvius l'engage alors vivement à répandre sa technique de pansement et à publier ses observations. En français ? Ma foi tant pis ! puisque par défaut d'instruction primitive il ne sait pas le latin et même pas très bien non plus le français. Après tout « pourquoi ne me serait-il pas permis d'écrire en ma langue française laquelle est autant noble que nulle autre étrangère » (1). En attendant il commence avec ardeur ses révisions, se fait inscrire et verse les droits, un écu pour chaque docteur du jury ; ayant passé ses examens avec succès il se voit élevé au grade de barbier-chirurgien.

C'est le droit d'ouvrir boutique. Mais quoi ? raser ? tondre ? se contenter de quelques interventions bénignes alors qu'il se sent de force à mieux faire ? Etre barbier alors que toute la chirurgie germe en lui ? Grave débat intérieur ; ce serait une raison pour devenir un bon et paisible bourgeois ; mais la chirurgie le tenaille.

En 1541 convaincu par son expérience première, qu'elle ne s'apprend pas ailleurs que sur les champs de bataille, bien que marié de quelques mois, il suit M. le Vicomte de Rohan au camp de Perpignan.

Là une attaque meurtrière des Espagnols fait beaucoup de morts et de blessés et, parmi ceux-ci, M. de Brissac « grand maître de l'artillerie », atteint d'un coup d'arquebuse à l'épaule droite. Trois ou quatre chirurgiens, les plus experts de l'armée, assemblés à son chevet, ne peuvent trouver la balle. M. Paré, consulté en désespoir de cause, demande au blessé de se placer *dans la position où il se trouvait lors du coup de feu*, suit la direction de la balle et là, sous l'omoplate, repère une petite tuméfaction dure et douloureuse au centre de laquelle M. Nicole Lavernault, chirurgien de M. le Dauphin, n'a plus qu'à la tirer.

Peu de temps après, le camp est rompu et M. Paré, remontant sur son cheval, prend le chemin du retour vers sa jeune femme et le calme de sa maison proche du pont Saint-Michel.

Mais les batailles reprennent et le voici qui

(1) La Vie d'Ambroise Paré. Docteur Léon MICHELET, 1930.

court au camp de Marolle, à trois lieues d'Avesnes, contre les Espagnols, puis à Landerneau, contre les Anglais. Durant ses courts séjours à Paris c'étaient, dans la journée, la clientèle devenue nombreuse, le soir le livre à parachever sur la « méthode de traiter les playes faites par la poudre à canon ».

Celui-ci est à peine édité que l'auteur repart, cette fois pour la Champagne que Charles-Quint vient d'envahir. Ici se place le fameux épisode de la blessure du Duc de Guise, atteint « d'un coup de lance au-dessus de l'œil dextre, déclinant vers le nez, et passant outre de l'autre part entre la nuque et l'oreille ». Les chirurgiens du Roi trouvent la blessure si grave qu'ils refusent d'intervenir : ils craignent que l'œil saute en retirant le fer demeuré dans la plaie.

M. Paré, consulté en désespoir de cause, saisit des tenailles de maréchal, demande à M. le Duc la permission de lui mettre un pied sur le visage et tire de toutes ses forces.

Par miracle, M. le Duc en réchappa ; il fut, par la suite, surnommé le Balafré.

La renommée et les biens du chirurgien de M. de Rohan croissaient ; il se trouvait en état d'acquérir un petit domaine « au lieu dit de Meudon, en la rue des Pierres » où il aimait aller se reposer de ses travaux. Là il rencontrait un certain François Rabelais, docteur en médecine et curé du village, mais ne le fréquentait guère, car ce curé-médecin se plaisait en la compagnie de personnages imaginaires et fantasques et ne paraissait pas très sérieux au chirurgien.

A la mort de François-Ier la guerre contre les Impériaux continuait et M. Paré se rendit à Metz. Un jour, tandis que quelques gentilshommes de ses amis, assemblés sous la tente de M. de Rohan, discutaient et trinquaient avec celui-ci, un coup de couleuvrine traversa la tente et atteignit l'un des interlocuteurs. Il tomba à terre ; le sang filtrait de ses chausses. On appela un chirurgien.

M. Paré arriva. Il s'agissait d'une fracture ouverte et l'amputation s'imposait. C'était une opération qui durait une heure ; pour arrêter l'hémorragie, il était recommandé de brûler l'extrémité du membre au fer rouge et de brûler profond de façon à atteindre le vaisseau « retiré fort avant vers son principe ». Le blessé, déjà torturé par l'incision des parties molles, hurlait, se tordait, se débattait. En entendant parler d'amputation il savait ce qui l'attendait.

M. Paré le rassura. Après avoir enroulé une bande compressive au-dessus de la plaie, il saisit son bistouri, lavé à grande eau, enfonça la lame et le sang gicla. Il saisit une scie et acheva de détacher le membre. De nombreux chirurgiens assistaient à la scène. Précédé d'un Suisse, Monseigneur l'Evêque arriva et se mit à réciter les prières des agonisants que M. Paré, hérétique notoire, n'écoutait guère. Car il ruminait depuis longtemps un projet qu'il s'agissait, dans l'occasion, de mettre à exécution. Il coupa un bout de fil, pinça avec un « bec de corbin » une artère tibiale, l'enfila à l'aide d'une « aiguille triangulaire », et, à la stupeur générale, la lia.

C'était contraire à la doctrine des Anciens et, autour de la table, les chuchotements allaient leur train. L'opérateur laissait dire : il acheva en lavant le moignon avec un bout d'étoffe trempé d'eau et l'entourant d'un pansement.

Qu'allait-il arriver ? Ses confrères l'attendaient au dénouement. Au bout d'un mois le gentilhomme put se lever, aidé de béquilles. M. Paré le renvoya en sa maison « gaillard, avec une jambe de bois » et fort heureux d'avoir échappé à l'infernale brûlure.

Quant au hardi novateur, peu après, il prit congé de M. de Rohan et regagna Paris, ayant, dans ce simple épisode, conquis un de ses titres de gloire.

***

Or en 1552, M. de Rohan, le maître et le protecteur d'Ambroise Paré, mourut, laissant à celui-ci d'amers regrets. Etait-ce la fin de ses chevauchées de bataille en bataille ? de ses interventions de blessé en blessé au cours desquelles il se sentait peu à peu acquérir la maîtrise et la renommée ? Non pas, car cette renommée était déjà assez établie pour que les gens de guerre eussent souci de l'emmener dans leurs campagnes. C'est ainsi qu'il reçut un jour un message de M. de Vendôme, Roy de Navarre (et père du futur Henri-IV) le conviant à venir à Saint-Denis en France. Paré, intrigué, se rendit à Saint-Denis où il fut par M. de Vendôme prié à le suivre en qualité de chirurgien jusque vers Château-le-Comte. Le Roy de Navarre avait le dessein de mener par là une armée afin d'y faire quelques « dégats ». M. Paré y alla, fit de bonne besogne et M. de Vendôme, à l'issue de la campagne, envoya un gentilhomme devers le Roy Henri-II pour lui faire rapport de tout ce qui s'était passé et faire grands éloges du chirurgien. A la suite de quoi Henri-II « commanda à M. de Goguier, son premier médecin, qu'il eût à m'écrire qu'il me retenait à son service pour l'un de ses chirurgiens ordinaires et que je l'allasse trouver à Reims dedans dix ou douze jours ».

Sur ces entrefaites, l'Empereur avait assiégé Metz avec une armée de cent vingt mille soldats. Les médicaments manquaient dans la ville et M. de Guise demandait au Roi d'en envoyer. Pour parvenir jusqu'aux assiégés, il fallait tra-

verser le camp ennemi. L'affaire était donc de trouver un homme décidé et sûr. Paré fut choisi pour cette mission hasardeuse, la mena à bien et, s'en revenant devers le Roi, fut « reçu avec bon visage ».

Six mois de vie paisible et bourgeoise, et la guerre reprend. L'armée est envoyée à Hesdin et se laisse assiéger dans le château dont, après quelques attaques, l'ennemi devient maître. Voici Ambroise Paré prisonnier des Espagnols et, n'étant pas gentilhomme, en danger de torture et de mort. Il se tira néanmoins à son honneur de l'aventure. Et voici comment :

Il demanda de rester auprès d'un gentilhomme, M. de Martigues, blessé à la poitrine. Mais il fallait éviter de se laisser reconnaître comme chirurgien du Roi afin d'éviter une trop forte rançon. Pour cela, il changea de costume, noircit sa chemise et son linge, frotta avec des cailloux ses chausses et ses souliers afin de les user. « On m'eut plutôt pris pour un ramoneur de cheminée que pour un chirurgien du Roi ». Les médecins et chirurgiens de l'Empereur et du duc de Savoie vinrent visiter M. de Martigues et se firent rendre compte de la nature de la blessure et du traitement institué. Paré le fit en termes clairs et précis et ajouta même un pronostic, qui était fatal, et qui fut confirmé par l'événement. Bien mieux, c'est lui qui dut embaumer le corps, les chirurgiens de l'Empereur ne sachant pas faire cette opération ; tout en pratiquant l'autopsie, il la commenta de telle façon que sa réputation chirurgicale fut décidément établie dans le camp des Impéraux et que le duc de Savoie lui fit demander de rester à son service.

Il remercia « bien humblement ».

« J'ai décidé de ne demeurer avec nul étranger ».

— « Bien, riposta le duc vexé. Envoyez cet hommes aux galères ».

***

Quatre hallebardiers se présentèrent ; ils parlaient allemand et M. Paré crut comprendre qu'il devait les suivre. Où le menait-on ?

Une porte s'ouvrit et il aperçut le duc de Savoie en compagnie de M. de Vandeuille, colonel de l'armée ennemie. Celui-ci était atteint depuis sept ans d'un ulcère calleux à la jambe que rien ni personne n'avait pu soulager.

— « Si vous me guérissez, je ne prendrai aucune rançon de vous ».

— « Et s'il vous met le feu à la jambe ? » demande le duc de Savoie.

— « Dans ce cas, je lui ferai couper la gorge ».

Situation, on le voit, nette, mais délicate.

Ambroise Paré commença par développer, devant le médecin et le chirurgien ordinaire de M. de Vandeuille, la méthode qu'il comptait suivre et qui fut approuvée. La liberté lui était promise dès que l'ulcère aurait diminué de moitié.

« Dès lors, je pris un peu de papier pour mesurer la grandeur de son ulcère, que je lui baillai, et en retins autant devers moi ».

Et la cure commença : elle comprenait des scarifications sur le pourtour de l'ulcère, l'excision des bords calleux, un onguent, un bandage de la jambe, *commençant au pied et finissant au genou* et le repos *sur* le lit.

Faisons-nous beaucoup mieux aujourd'hui ?

Au bout d'un temps l'ulcère voulut bien guérir. M. de Vandeuille se déclara satisfait et fit accompagner le chirurgien par un trompette jusqu'à Abbeville. Là M. Paré prit la poste et s'en alla retrouver le Roi son maître à Auffimont.

Après une telle alerte convenait un peu de calme et de repos. Le barbier-chirurgien, déjà célèbre, s'avisa de l'humilité de son titre et passa les examens pour devenir chirurgien-barbier. Il ne brilla guère et ne fut reçu qu'avec l'indulgence du jury et à la condition expresse « d'apprendre le latin et la chirurgie ».

Dans la politique européenne une période d'accalmie commençait : Charles-Quint était mort. Philippe II signa le traité du Cateau-Cambrésis et, pour un moment du moins, la paix régna, mais la France n'en fut pas plus tranquille.

Le roi Henri II était blessé mortellement dans un tournoi ; quelques mois après, François II mourait en quinze jours d'un mal mystérieux. Pour l'un et pour l'autre, Paré fut appelé et ne put rien faire.

Charles IX montait sur le trône dans un moment où les querelles religieuses prenaient de l'aigreur. Cela en vint à ce point que, tout chirurgien du Roi qu'il était et très renommé, Paré, parce que protestant, fut l'objet d'une tentative d'empoisonnement et n'échappa que par chance. Les escarmouches se succédaient et les esprits se montaient peu à peu.

Il en fut ainsi jusqu'au vendredi 22 août 1572, où, vers midi, Ambroise Paré fut introduit dans la chambre de l'amiral Coligny ; en pleine cour du Louvre, celui-ci venait d'être frappé d'un coup d'arquebuse tiré par on ne savait qui. Le bras gauche était brisé et l'index broyé. Le chirurgien opéra la réduction et fit le pansement promettant la guérison en quelques semaines. Le lendemain, Catherine de Médicis confiait au Roi qu'elle était l'instigatrice du crime et pour défendre la couronne contre les protestants qui devenaient menaçants. En outre, elle pressait Charles IX de faire périr tous les chefs huguenots. La discussion dura longtemps ; à minuit, la vieille reine n'avait pas encore obtenu gain de cause. Finalement Charles IX débordé par l'astuce maternelle eut le cri fameux « Tuez les...... Mais tuez-les tous afin qu'il n'en reste pas un pour me le reprocher ».

Le lendemain dimanche, au petit jour, Coligny était achevé d'un coup d'épée dans le ventre. Sitôt après le tocsin se mettait en branle, la populace s'attroupait, le massacre commençait : c'était la Saint-Barthélémy.

Charles IX, horrifié, hagard, arpentait sa chambre. Il envoya chercher Ambroise Paré en qui il avait grande confiance.

Par des ruelles détournées, le chirurgien parvint au Louvre. Il savait que des assassins étaient à ses trousses. Charles IX le pressa de se convertir.

« Par la lumière de Dieu, Sire, répliqua-t-il, je crois qu'il vous souvient m'avoir promis de ne jamais me commander quatre choses. Savoir : rentrer dans le ventre de ma mère, me trouver à un jour de bataille, quitter votre service et aller à la messe ».

Le Roy n'insista pas. La nuit tombait. Au loin flamboyaient les incendies, le sang inondait les ruisseaux. Il cacha Ambroise Paré dans sa garderobe ; celui-ci y demeura deux jours entiers, et le mardi soir seulement, le long des rives de la Seine encombrées de cadavres et éclaboussées de rouge, il put regagner son logis.

Ce fut ensuite la vieillesse, environnée de gloire et du respect de tous, traversée aussi de chagrins domestiques : la mort de sa femme, la brouille avec sa fille, la mort de deux enfants d'un second mariage. Les joies du foyer étaient rares et le plus cher refuge était le travail, écrire des livres, polémiquer en vieux lion indomptable avec les jaloux qui l'attaquaient sournoisement, voir encore quelques clients. A quatre-vingt ans, encore plein de verdeur intellectuelle, il interrompait ses travaux de chirurgie pour aller écouter le maître-potier Bernard Palissy, qui discourait sur « les fontaines, pierres, métaux et autres natures ».

Quand vint décembre de l'année 1590, il s'affaissa et dut garder la chambre. En quelques jours, il ne fut plus qu'une ombre murmurant des mots sans suite et la veille de la Saint-Thomas, il s'éteignit.

Le bruit s'en répandit dans Paris avec l'étonnante rapidité qu'ont toujours les mauvaises nouvelles.

Et l'on vit par toute la grand'ville des manants et de riches seigneurs, des catholiques et des huguenots, des vieillards et des enfants réciter en pleurant les prières des morts.

Ainsi vécut aventureusement et mourut en patriarche le Père de la Chirurgie, grande et belle figure du terroir français.

G. LAVALÉE.

Variétés

❖ ❖ ❖

TALLEYRAND AUX EAUX DE CAUTERETS EN 1817

Le Prince de Talleyrand en juin 1877 était avec sa nièce à Valençay. Il résolut de faire sa saison cette année non à Bourbon-l'Archambault comme d'habitude, mais à Cauterêts. Cela lui procurerait l'occasion d'un voyage pittoresque dans les Pyrénées. Il partit donc accompagné de sa nièce, la Princesse Edmond de Périgord, fille de la Duchesse de Courlande, de la Princesse Tyszkiewiez, née Poniatowski, une de ses plus fidèles amies et du Docteur Andral (1).

Le 23 juin, ils étaient à Bordeaux où ils restèrent trois jours. Ils arrivèrent à Cauterêts le 7 juillet et descendirent à l'Hôtel de France sur la rive droite du Gave. Ils y séjournèrent jusqu'au 26 août et sur les conseils du médecin le plus réputé de la station interrompirent leur traitement durant une semaine.

(1) C'était le clinicien célèbre, qui fut le gendre de Royer Collard et dont le fils vice-président du Conseil d'Etat, fut chargé de l'exécution du testament de Talleyrand.

M. G. Lacour-Gayet dans le tome III (chapitre V) de son livre sur Talleyrand donne sur la cure de Talleyrand, à Cauterêts, d'intéressants détails (1) :

« Le prince suivit un traitement à deux sources différentes. On peut reconstituer l'une de ses journées : le matin, les bains de César, avec gargarisme, boisson, humage, bain ou douche, promenade aux abords du Gave, l'après-midi, montée en chaise à porteurs à l'Acropole de la Raillère, dans le cadre grandiose de rochers et de forêts où confluent les eaux écumantes de Gave deGaube et du Gave d'Estour ; là et à Mahourat, nouvelle séance de gargarismes et de boisson. Et ainsi chaque journée apportait aux bronches de l'oncle et de la nièce une quantité bienfaisante de soufre et de radium.

J. NOIR.

(1) Consulter le livre sur Cauterêts du Docteur G. LABAYLE.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance sociale

Décret du 12 novembre 1941 instituant un diplôme d'Etat d'assistant ou d'assistante médico-social, et un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières ou d'infirmiers hospitaliers, d'assistants ou d'assistantes et de monitrices médico-sociaux.

(*J. O.*, 3 décembre 1941).

Décret du 12 novembre 1941 instituant un diplôme d'Etat d'assistante ou d'assistant social et un Conseil de perfectionnement des écoles préparant à ce diplôme.

(*J. O.*, 3 décembre 1941).

Direction régionale de la Santé

Par décret du 30 novembre 1941 :

M. le Docteur Schmutz, inspecteur de la Santé du Rhône, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance en résidence à Montpellier, en remplacement de M. le Docteur Grenoilleau, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 3 décembre 1941).

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 1er décembre 1941, sont créés :

Un deuxième poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne).

Un troisième poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

Par arrêtés en date du 2 décembre 1941, sont affectés :

A l'hôpital psychiatrique de Maréville, M. le Docteur Edert, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire.

A l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence Mme le Docteur Gardien, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron.

A l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, M. le Docteur Regis, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

A l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence en qualité de médecin chef de service, M. le Docteur Gardien, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoit.

A l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoit, M. le Docteur Donnadieu, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Ber-Réchid (Maroc).

Inspection de la Santé

Avis de concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé

Un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé aura lieu le 10 février 1942.

Les épreuves auront lieu simultanément à Paris et dans des centres de la zone non occupée qui seront désignés ultérieurement.

Le nombre des places mises au concours est fixé à vingt-huit.

Le concours est réservé aux candidats du sexe

masculin, sous réserve des dérogations prévues par le règlement du concours en faveur des candidats ayant exercé, à titre temporaire, les fonctions d'inspecteur ou d'inspecteur adjoint de l'hygiène ou de la santé.

Pour être admis à concourir, il faut notamment :

Posséder la qualité de Français, être né de père français, sauf exceptions prévues par la loi du 3 avril 1941 (*Journal officiel* du 2 juin 1941) ;

Remplir les conditions prévues par la loi du 2 juin 1941 portant statut des Juifs (*Journal officiel* du 14 juin 1941) ;

Avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée ;

Etre âgé de trente-cinq ans au plus au 1er janvier 1942, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, validables pour la retraite ;

Etre titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897.

Les dossiers de candidatures seront reçus jusqu'au 15 janvier 1942, au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé :

Pour la zone non occupée : service du personnel, du budget et de la comptabilité, 1er bureau, hôtel Radio, à Vichy (Allier) ;

Pour la zone occupée : services du personnel, du budget et de la comptabilité, 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris (XVIIe).

Pour tous renseignements complémentaires sur les conditions d'admission, les pièces à fournir et le programme des épreuves, s'adresser aux services ci-dessus indiqués.

(*J. O.*, 5 décembre 1941).

Institut national d'hygiène

Loi du 30 novembre 1941 créant un institut national d'hygiène

Art. 1er. — Il est créé à Paris un établissement public qui prend le nom d'institut national d'hygiène.

Cet établissement, rattaché au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Art. 2. — L'institut national d'hygiène a pour objet :

1° De provoquer et d'effectuer des travaux de laboratoires intéressant directement la Santé publique ;

2° D'étudier les conditions d'utilisation et les modalités d'application pratique des résultats des recherches scientifiques de tous ordres, notamment par l'aménagement de stations d'essais (assainissement, désinfection, etc.), et par l'extension du champ d'expérimentation (épidémiologie, prophylaxie générale des maladies transmissibles, problème de la nutrition, etc.) ;

3° De confronter les résultats des enquêtes menées dans diverses collectivités avec les investigations de laboratoire (nutrition et état sanitaire, sous-alimentation et tuberculose, etc.) ;

4° De réunir et de tenir à jour une documentation complète sur la situation sanitaire du pays et sur l'hygiène générale ; d'entreprendre ou d'encourager la publication de travaux susceptibles d'enrichir cette documentation ; de faciliter, en cette matière, la rédaction de textes de vulgarisation ou d'enseignement.

Art. 3. — L'institut se compose des quatre sections suivantes :

1° Section d'épidémiologie ;

2° Section d'hygiène générale ;
3° Section de nutrition ;
4° Section des maladies sociales (cancer, syphilis, tuberculose, alcoolisme).

....

(*J. O.*, 6 décembre 1941.)

Maisons de santé privées

Décret du 29 *novembre* 1941 *instituant un Comité d'organisation des maisons de santé privées.*

Art. 1er. — Il est institué, par application de la loi du 16 août 1940, un Comité d'organsation des maisons de santé privées de toutes catégories.

Art. 2. — Le Comité est chargé :

1° De donner des directives générales à l'ensemble de ces établissements, qu'il devra recenser dans les trois mois à dater de la mise en vigueur du présent décret ;

2° D'étudier toutes les questions et de soumettre au Gouvernement tous projets concernant leur exploitation, notamment les modalités à prévoir pour leur classement, les conditions de leur installation et de leur fonctionnement ;

3° D'organiser, avec les services publics compétents, la répartition de tous objets, produits ou denrées nécessaires auxdits établissements.

Le Comité représente l'ensemble des établissements dans leurs rapports avec les Pouvoirs publics et les organismes ou groupements de toute nature, français ou étrangers.

Art. 3. — Le Comité comprend huit membres nommés par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé qui désigne parmi eux un président responsable.

Les fonctions de commissaire du Gouvernement auprès du Comité sont exercées par le directeur de la Santé ou son représentant.

Le Comité ne peut valablement délibérer que si quatre membres au moins prennent part au vote. En cas de partage des voix, celle du président responsable est prépondérante.

En cas d'absence ou d'empêchement du président responsable, le commissaire du Gouvernement, agissant par délégation du secrétaire d'Etat, peut désigner un autre membre du Comité pour exercer, à titre temporaire, les fonctions de président responsable.

Art. 4. — Le Comité peut constituer, à titre permanent ou temporaire, des sections d'étude ou des commissions pour l'examen préalable des questions rentrant dans sa compétence.

Pour constituer sa documentation, il peut prescrire aux établissements visés à l'article 1er ci-dessus les déclarations qui lui semblent indispensables, et les soumettre à toutes enquêtes ou vérifications utiles.

Art. 5. — Le président responsable réunit le Comité les sections d'étude ou les commissions quand il le juge nécessaire. Il peut convoquer aux réunions, à titre consultatif, toute personne dont l'avis ou le concours lui paraît utile.

Il est dressé procès-verbal des réunions tenues par le Comité. Les procès verbaux sont communiqués au commissaire du Gouvernement appuyés de l'avis du président responsable, chaque fois que les délibérations font apparaître des divergences de vues.

Les délibérations consignées dans ces procès-verbaux ne sont applicables qu'après visa du commissaire du Gouvernement ou, à défaut de ce visa, après un délai de quinze jours à compter de leur communication.

Art. 6. — Le président responsable, les membres du Comité ou des Commissions, ainsi que leurs collaborateurs, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du Code pénal.

Art. 7. — Le Comité d'organisation est doté de la personnalité civile. Il est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par son président responsable qui peut déléguer à tel mandataire de son choix tout ou partie des pouvoirs qu'il tient du présent article.

Art. 8. — Les dépenses de fonctionnement du Comité seront couvertes au moyen des ressources créées dans les conditions prévues, soit par la loi du 16 août 1940 (art. 4), soit par le décret du 15 mai 1941.

Le projet de budget arrêté par le Comité sera soumis au visa du contrôleur financier désigné par le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances.

Par arrêté du 1er décembre 1941, sont nommés membres du Comité d'organisation des maisons de santé privées de toutes catégories :

MM. les Docteurs Edmond Bussard, Rémi Courjon, Albert Desgranges, Lucien Fromenteau, Jean Haour, Paul Jacquet, André Rigal, François Tobe.

Les fonctions de président responsable du Comité seront assumées par M. le Docteur Bussard.

(*J. O.*, 4 décembre 1941).

Nominations. Affectations

Par arrêtés du 2 décembre 1941, sont affectés :

Au département des Pyrénées-Orientales, M. le Docteur Fonroget, inspecteur adjoint de la Drôme.

Au département de la Drôme, M. le Docteur Beckerich, inspecteur adjoint des Pyrénées-Orientales.

Au département de l'Oise, M. le Docteur Lambolez inspecteur adjoint de l'Aisne.

Par arrêté en date du 2 décembre 1941, l'arrêté du 17 septembre 1941 portant affectation dans l'Oise de Mlle le Docteur Solente, inspecteur adjoint du Calvados, est rapporté.

Par arrêté du 3 décembre 1941, M. le Docteur Kermabon, inspecteur adjoint du Morbihan, est affecté, à titre temporaire, au département de la Manche.

(*J. O.*, 5 décembre 1941).

Stomatologistes et chirurgiens-dentistes

Loi du 17 novembre 1941 organisant l'exercice de la profession dentaire

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la profession dentaire s'il n'est habilité à cet effet, dans les conditions prévues par la présente loi, par le Conseil de l'Ordre des médecins du département où il exerce.

TITRE Ier

SECTION I

De la section dentaire du Conseil supérieur

Art. 2. — Il est créé auprès du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins une section dentaire du Conseil supérieur de l'Ordre.

Art. 3. — Cette section est composée de six membres, médecins stomatologistes et chirurgiens-dentistes, parmi lesquels sera désigné le président, dont, en cas d'égalité des suffrages, la voix sera prépondérante. Les membres de cette section sont nommés

dans les mêmes conditions que les membres du Conseil supérieur de l'ordre des médecins et renouvelables par tiers, tous les deux ans.

Art. 4. — La section dentaire se réunit au moins une fois par trimestre avec le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins en une commune assemblée présidée par le président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Cette assemblée délibère sur toutes les questions intéressant la pratique de la profession dentaire : elle maintient la discipline intérieure et générale de la profession. Elle assure le respect des lois et règlements qui la régissent ; elle a la garde de son honneur de sa morale et de ses intérêts.

Elle fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts. Elle délibère sur les affaires soumises à son examen.

Elle est l'interprète des praticiens de la profession dentaire auprès des pouvoirs publics.

La section dentaire se réunira, au moins une fois, en assemblée privée avant de participer à chaque assemblée commune.

Section II

De la section dentaire du Conseil départemental de l'Ordre

Art. 5. — Il est établi, auprès de chaque Conseil départemental de l'Ordre des médecins, une section dentaire du Conseil de l'Ordre.

Art. 6. — Les membres de cette section, au nombre de trois à sept, sont nommés par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, sur la proposition de l'Assemblée constituée par la réunion du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et de sa section dentaire.

Ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Ils sont choisis parmi les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes qui exercent leur art dans le département.

Art. 7. — Sur toute l'étendue de son ressort, la section dentaire du Conseil de l'Ordre surveille l'exercice de la profession dentaire.

Elle examine les problèmes qui s'y rattachent et peut en saisir le Conseil départemental de l'Ordre des médecins : dans ce cas, et pour l'examen de ces problèmes, les membres de la section dentaire sont joints aux membres du Conseil de l'Ordre en une commune assemblée ; cette même assemblée examine les problèmes communs à l'exercice de la médecine et à l'exercice de la profession dentaire. Les décisions relatives aux problèmes examinés ne peuvent être prises que par cette assemblée.

TITRE II

Du tableau et de la discipline

Art. 8. — Dans chaque département, l'assemblée constituée par la réunion du Conseil départemental de l'Ordre des médecins et de la section dentaire correspondante dresse un tableau public des personnes qui, n'étant pas inscrites au tableau de l'Ordre des médecins, mais remplissant néanmoins les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la profession dentaire, sont admises par elle à pratiquer cette profession.

Art. 9. — Les médecins uniquement et entièrement spécialisés dans les maladies de la bouche et des dents demeurent soumis à la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins ; ils sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins et ne relèvent que de sa juridiction.

. . . .

TITRE III

Dispositions générales

. . . .

Art. 20. — Les syndicats dentaires existants à ce jour sont déclarés dissous et ne pourront être reconstitués sous quelque forme que ce soit.

. . . .

Art. 22. — Nul ne peut être propriétaire, copropriétaire, gérant ou exploitant d'un cabinet dentaire s'il ne remplit pas les conditions requises pour l'exercice de la profession.

Toutefois, au décès du titulaire, et pendant une année au plus, la veuve, les enfants, ou à défaut les ascendants, peuvent continuer à tenir ouvert son cabinet s'ils y sont autorisés, après avis conforme de la section dentaire du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, par le directeur régional de la Famille et de la Santé.

Cette autorisation ne peut être délivrée que si les bénéficiaires de cette mesure obtiennent le concours régulier d'un médecin stomatologiste ou celui d'un chirurgien-dentiste, opérant eux-mêmes ou contrôlant, sous leur propre responsabilité, un étudiant en chirurgie dentaire majeur étant en dernière année de scolarité.

Art. 23. — Sont interdits : l'apposition d'affiches, la distribution d'imprimés publicitaires et, d'une façon générale, tout mode de publicité sur la voie ou dans les lieux publics, au profit de cabinets dentaires. Demeure seule permise l'apposition d'une plaque professionnelle à l'entrée du domicile ou du cabinet. Les dimensions de cette plaque ne doivent pas dépasser 50 centimètres de côté.

. . . .

(*J. O.*, 6 décembre 1941).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

RENOUVELLEMENT DES CONSEILS DE L'ORDRE. — RETRAITE DES VIEUX. — FUTUR STATUT DU PERSONNEL HOSPITALIER. — LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES ET LES ASSURANCES SOCIALES. — RÉDUCTION DE LOYER POUR ABSENCE DE CHAUFFAGE. — HONORAIRES DES MÉDECINS VACCINATEURS

La loi du 26 novembre 1941 modifie l'art. 18 de celle du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins.

Elle prévoit le renouvellement partiel et par tiers chaque année des Conseils départementaux et supérieur de l'Ordre et ce, jusqu'au moment où des élections pourront être faites.

Certains médecins prenant le désir du corps Médical pour une réalité, avaient cru comprendre, à la lecture rapide de ce texte, que les nouveaux membres seraient élus.

Il n'en est rien.

Ces nouveaux conseillers seront nommés par le secrétaire d'Etat à la Santé publique, et choisis sur une liste établie pour chaque département par le Conseil supérieur.

D'ailleurs, nous croyons qu'il ne faut pas s'attendre à l'organisation des élections avant la fin des hostilités et le retour des prisonniers.

***

Les vieillards inaptes à tout travail peuvent, dans certains cas, solliciter l'attribution anticipée de l'allocation aux vieux travailleurs, baptisée « Retraite des vieux ».

Lorsque les postulants ne peuvent se déplacer, la Commission régionale d'inaptitude au travail demande à un médecin local de les examiner et de rédiger un certificat.

Les praticiens seront directement honorés par la Caisse générale de garantie selon un tarif actuellement à l'étude, qui sera prochainement fixé par arrêté ministériel.

***

L'interview du Docteur HUARD publiée dans notre dernier numéro a donné quelque aperçu du futur statut des hôpitaux.

Aujourd'hui nous préciserons le mode de recrutement du futur personnel hospitalier.

Les médecins, chirurgiens, spécialistes et pharmaciens des hôpitaux seront désormais nommés par le Préfet sur proposition du directeur régional de la Santé, et choisis sur une liste d'aptitude établie à la suite d'un concours sur épreuves ou sur titres.

Les conditions de nomination seront ultérieurement précisées par un règlement d'administration publique,

***

On sait qu'en application de l'art. 6, paragraphes 8 et 9 du décret-loi sur les Assurances sociales, un arrêté ministériel du 15 mars 1938 a dressé des tarifs de remboursements particuliers applicables aux médicaments spécialisés. Ces tarifs comprennent quatre catégories (80 %, 80 % jusqu'à 25 francs et 60 % au delà, 40 % et 10 %). Les listes classant les spécialités pharmaceutiques dans ces quatre catégories ont été revisées à diverses reprises. Un quatrième supplément à la liste primitive vient d'être publié à l'Imprimerie Nationale, comprenant les médicaments dont le classement a été opéré par la Commission des spécialités pour la période du 16 octobre 1940 au 14 mai 1941.

***

Nos lecteurs connaissent déjà la jurisprudence qui accorde au locataire privé du chauffage ou de l'eau chaude promis par le bail, une réduction du montant de son loyer, pendant les mois d'hiver.

Jusqu'à présent, cette jurisprudence n'était l'œuvre que des tribunaux de première instance et des cours d'appel. La Cour de cassation a rendu un arrêt en date du 10 octobre 1941 qui confirme les décisions des juridictions inférieures. La question est donc définitivement tranchée en faveur du locataire.

L'arrêt de la Cour suprême est d'autant plus intéressant qu'il refuse de tenir compte d'une clause du bail invoquée par le propriétaire, et d'après laquelle celui-ci n'aurait dû subir aucune réduction de loyer dans le cas où le fonctionne-

ment du chauffage aurait été arrêté pour une cause quelconque, notamment par suite d'une réglementation administrative ou du manque de combustible.

La Cour de cassation se base, pour annuler cette clause, sur ce que le décret-loi du 26 septembre 1939 est d'ordre public, et qu'aucune stipulation particulière ne peut y faire échec.

***

Nous avons dit, il y a quelque temps, l'importance actuelle du rôle du médecin vaccinateur, et les responsabilités graves qui sont attachées à cette fonction. Nous nous étions permis de souhaiter que l'Administration en tienne compte dans la fixation des honoraires et qu'elle abandonne le taux dérisoire d'autrefois que pouvait seule justifier une médecine en grande série.

Il faut croire que notre voix est restée sans écho : un de nos correspondants nous signale que les tarifs préfectoraux (modifiés en 1941) d'un département du centre allouent généreusement aux médecins les sommes de 1 fr. 50 par sujet, 1 fr. 25 par kilomètre, et 10 francs globalement pour une séance de révision.

N'est-ce pas déshonorer une profession libérale que de lui proposer, aux temps que nous vivons, de tels..... pourboires ? L'Ordre ne verra-t-il pas qu'en combattant de telles pratiques il défendrait la déontologie mieux encore qu'avec son Code ?



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.595. — Obligations du patron responsable en cas d'hospitalisation d'un accidenté du travail

Pourriez-vous avoir l'amabilité de m'indiquer s'il existe un tarif concernant les journées d'hospitalisation en clinique pour les accidents du travail et le cas échéant combien je dois réclamer par jour d'hospitalisation à la Compagnie en cause.

Dr B.

Réponse

Suivant les dispositions du paragraphe 3 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, en cas d'hospitalisation du blessé, le patron est seul tenu des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne peuvent excéder le prix de journée pour l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 %, et ceci que le blessé soit hospitalisé dans un hôpital public ou dans une clinique privée.

Suivant la jurisprudence, cette solution ne recevait d'exception que dans le cas où l'hospitalisation en clinique avait été commandée par la nature exceptionnelle de la lésion ou par l'urgence, ou bien lorsqu'elle avait été demandée par le patron lui-même.

Mais la loi du 9 avril 1898 a été modifiée par une loi du 1er juillet 1938, entrée en vigueur le 1er janvier 1939.

Seule l'agriculture reste soumise aux dispositions de la loi du 9 avril 1898, sans changement.

Désormais (depuis le 1er janvier 1939) dans tous les autres cas d'accidents du travail, le patron est tenu de payer, en cas d'hospitalisation du blessé à l'hôpital ou dans une clinique privée, le prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes à l'hôpital, plus les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention, tels qu'ils sont prévus au tarif des accidents du travail pour les soins donnés à domicile et au cabinet, sous les réserves suivantes :

a) Les pansements qui figurent au paragraphe 1er de l'art. 16 du Titre II, les actes inscrits aux autres paragraphes du Titre II et du Titre IV avec un prix inférieur à 40 francs, les séances de massage et de mobilisation, ne donnent pas lieu à un honoraire au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique ;

b) Toute journée d'hospitalisation donne lieu à un honoraire forfaitaire journalier de 5 francs au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique.

Toutefois, la journée d'hospitalisation, qui donne lieu à un honoraire à l'acte, au profit du chef du service d'hôpital ou du médecin de la clinique, ne comporte pas d'honoraire forfaitaire journalier pour le même praticien ;

c) Si, au cours de l'hospitalisation, un acte de spécialité est pratiqué, à la demande du chef de service ou du médecin de la clinique, par un spécialiste autre que le chef de service ou le médecin de la clinique, cet acte, quel qu'en soit le prix, sauf s'il s'agit de séance de massage ou de mobilisation, donne lieu à un honoraire au profit du spécialiste qui l'a exécuté, au tarif prévu pour les soins au domicile et au cabinet.

En ce cas, avis préalable doit être donné par lettre recommandée à l'employeur ou son assureur substitué ; en cas d'urgence, la notification doit être faite aussitôt après la première des interventions susvisées.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

5.460. — Infiltration anesthésique et électrolyse en une même séance

Accident du travail : Comment faut-il tarifer les séances d'ondes courtes précédées par une infiltration du cou-de-pied par la méthode de Leriche ?

Dr A.

Réponse

Au point de vue tarif, les séances d'ondes courtes peuvent être toutes précédées d'une infiltration anesthésique Leriche, mais le cumul de paiement ne peut se faire que la première fois puisque la tarification de l'infiltration (50 ou 100, ou 120 francs suivant le cas) n'est

comptée qu'un seule fois quel que soit le nombre des séances d'infiltration.

Donc, le jour où l'on compte : Infiltration + ondes courtes, il faut compter chaque acte médical ainsi qu'il est dit à l'art. 14. La minoration de 50 % en cas d'interventions multiples dont il est parlé à l'alinéa 2 de l'article 10 n'a lieu qu'en cas « d'interventions chirurgicales » ou bien de « plusieurs opérations concomitantes », ce qui n'est pas le cas dont vous parlez.

Conclusion. — Le premier jour, je vois à compter : 1° Infiltration Leriche pour entorse = 50 francs + 2° Diathermie à ondes courtes = 50 francs, soit 100 francs pour les deux actes médicaux.

Les autres jours il n'y aurait à compter que la diathermie à ondes courtes, soit 50 francs. Quant à l'infiltration, elle est comprise désormais dans le prix de la visite ou consultation... mais non comptable puisque ce prix ne peut l'être sans pratiquer le cumul interdit par l'art. 13, puisqu'on compte déjà une intervention.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

5.478. — Contention d'une fracture par gouttière et attelles

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir dans la correspondance du *Concours* le tarif suivant :

Pour gouttière postérieure du genou avec attelles sous et sus-jacentes au genou pour fracture épicondylienne.

Dr C.

Réponse

a) S'il s'agit d'un *accidenté du travail*, il y a lieu de savoir de quelle sorte de fracture il s'agit.

Si fémorale, le prix de la réduction et contention est de 275 francs.

Si tibiale = 220 francs.

Et cela s'il s'agit d'un appareil plâtré au silicate, ou d'une extension continue.

Sans doute vous n'avez pas mis d'appareil plâtré, mais une simple gouttière. Les prix ci-dessus ne doivent donc pas s'appliquer dans ce cas *a priori*?... Certes, mais dans les rubriques « sans appareil plâtré au silicate ni extension continue » il n'est parlé de réduction et contention (pour le membre inférieur) que pour rotule et péroné. Auquel cas, puisqu'il s'agit d'une autre fracture je m'entendrais à l'amiable avec le médecin de l'assurance afin de fixer un prix judicieux pour ma pose de gouttière. Il est marqué 35 francs pour fracture du péroné en cas de simple gouttière ; il me semble que 50 ou 60 francs serait assez normal s'il n'y a eu que la pose d'une simple gouttière.

b) S'il s'agit d'un *assuré social*, la situation est bien plus claire, et « meilleure » si je puis dire, pour le médecin.

En effet, on lit en K. 12 « fracture fermée : réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, attelles, extension continue des membres, du rachis, rotule ».

Vous voyez la différence des prix quand il s'agit d'un cas spécial comme le vôtre. Et cependant...

Dr F. DECOURT.

Solxante-troisième année — N° 52 — 28 Décembre 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants........... 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche).

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se reserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.
Elles doivent comporter une adresse.
Prix des insertions : 6 francs la ligne de 45 lettres ou signes (3 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Nº 386. — Chirurg. franc. cathol. célib. 34 a. cherche assoc. ou rempl. en vue succession. Gellé, 15, rue Duguay-Trouin, Paris (VIe).

Nº 387. — A vendre oscillomètre universel de Boulitte (neuf : 1.000 francs). Docteur Lavoine, 43, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine.

Nº 388. — On demande d'urg. remplaçant spécialiste pour yeux, nez, gorge, oreilles. Ecr. Mme Bézier, 34, rue de la Gare, Laval (Mayenne).

Nº 389. — Médec. céderait cabinet électroradiogie tr. bien installé 16e arrdt. Ecr. Mme Peltier, 117, rue Lamennais, Paris.

Nº 390. — On demande un jeune confr. célibat. disposé à occuper une place d'assist. ds une Maison de santé. Dr Bussard, 16, rue de Vélizy à Bellevue (S.-et-O.) Tél. Obs. 15.63.

Nº 391. — Recherc. appareil émetteur infrarouge de préfér. lampe solaire Boulitte. Offr. à M. Cosse, 10, rue Greffulhe à Paris.

Nº 392. — Dr Herdner, Bourges (Cher) est acheteur d'un rechargeur d'accus bon état.

Nº 393. — Chirurg. ayant eu grosse activit. en zone interd. cherche en z. n. o. situat. chirurgicale, assoc. success. ou création possible ds petite ville. (Chirurg. géné. gyn. chir. urin.) Ecr. M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 394. — A vendre : appareil à rayons U. V. lampe à vapeurs de mercure. Parf. état. Ecr. Lutz, av. du Colonel Monteil à Tulle (Corrèze).

Nº 395. — A céder poste import. médec. génér. ds ville industrielle de la Loire. Ecr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 396. — A vendre : installation radiologique complète, comportant : table R. H. R. avec écran et tube, cone de compression et de centrage. Générateur avec son pupitre de commande. S'adr. Mme Léon Berard, Oyonnax (Ain).

Nº 397. — Pour cause de santé à céd. intéres. client. chirurgicale. On louerait clinique et matér. y compris radio. ser. garanties exigées. Sud-Ouest, zone N. O. S'ad. M. P. Ribeyre, 5, rue A. Clément à Vals-les-Bains (Ard.)

Nº 398. — Echangerais raison santé poste ville avec gd appartement, contre poste campag. Ecr. M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 399. — Licencié ès sciences (certif. de physiol., biologie, ethnol. et P.C.N.), recherche emploi 3 ou 4 jours ou après-midi par semaine, dans labor. ou pour travail de secrétar., bibliographie, documentat. ou rédact. scientif. S'ad. Dr Lavalée, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Cabinet BREITEL et GORET
1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Bonne client. ancienne. Loyer 4.000. Prix 70.000 (y compris matériel).

150 kil. Paris. — Grande ville, cab. uniquem. de consultations gros rap. Prix 80.000 à déb. un peu.

Centre. — Très import. client. Prix 100.000.

Picardie. — Seul propharmacien. Gros rapp. Prix 60.000.

Yeux. — Normandie, seul spécial., possib. adj. O. R. L. Prix 20.000.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (IXe).

Fumer est une habitude ; s'abstenir est un malaise ; oublier le tabac, et guérir le tabagisme, est un des rôles des tablettes de **Mangaïne**.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Cotisations 1942

Les adhérents du « Sou Médical » peuvent dès maintenant nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir avant le 1er janvier 1942, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182.31.

Paiement des abonnements au « Concours Médical » et de la cotisation au « Sou Médical »

Les abonnés au *Concours Médical* peuvent, à la cotisation au « Sou Médical », dont le paiement leur est demandé ci-dessus, joindre comme chaque année, le montant de l'abonnement au journal par un versement global de 257 francs, opéré au compte du « Sou Médical ».

Les membres de la *Mutualité familiale* peuvent également utiliser cette méthode pour le versement de leur cotisation.

SOUHAITS DE NOUVEL AN



1941 *a été une année de deuil et de dures épreuves pour nous tous ; espérons que la nouvelle année sera meilleure et que, pendant son cours, un rayon de bon sens et de paix viendra dissiper l'épaisse brume qui assombrit actuellement le monde entier.*

Souhaitons d'abord le rétablissement de notre France meurtrie dans une Europe régénérée par le **travail**, *le resserrement des biens de la* **famille** *et la bonne entente entre les Etats.*

Souhaitons ensuite le prompt retour de nos Prisonniers au foyer familial. Souhaitons qu'ils retrouvent intacts et comme avant la guerre leurs situations et leurs moyens d'existence.

Souhaitons encore que la **Corporation médicale**, *solidement organisée et énergiquement défendue, assainie avec prudence et équité par l'***Ordre des médecins** *reste une profession libérale et devienne de plus en plus utile, prospère et respectée.*

Souhaitons que, prenant conscience de la gravité de l'heure, et pour le pays et pour la profession, nous ayons la sagesse de ne pas nous désunir, que, bridant des impatiences légitimes, nous sachions faire crédit à ceux qui ont la rude tâche de nous mener vers le renouvellement de notre destin.

***

Le **Concours médical** *adresse à ses lecteurs ses meilleurs vœux pour eux et les leurs ; il espère qu'ils n'auront pas à souffrir de trop de privations en 1942, en attendant des temps meilleurs et le règne de la* **Paix sur la Terre aux Hommes de Bonne Volonté.**

J. Noir.

AVIS

Nous informons nos abonnés qu'en raison de directives reçues de nos Groupements corporatifs, nous sommes dans l'obligation de ne pas faire paraître notre premier numéro de janvier. En conséquence, nos abonnés recevront le prochain numéro du *Concours Médical*, à la date du 11 janvier. Nous nous excusons auprès d'eux de cette suppression d'un numéro, qui nous est imposée par les circonstances.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Médecine légale* : DROIT MÉDICAL ET LOIS SOCIALES. — Le jeudi, de 18 à 19 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Le 8 janvier 1942. M. PIÉDELIEVRE : tuberculose et traumatisme. — Le 15 janvier 1942. M. LAIGNEL-LAVASTINE : examen médico-légal d'un commotionné.

— **Faculté libre de médecine de Lille.** *Concours d'agrégation de médecine.* — Un concours pour une place d'agrégé de médecine aura lieu à la Faculté libre de médecine de Lille en octobre 1942. La date exacte et les délais d'inscription seront précisés ultérieurement. Le règlement du concours a été publié dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* du 18 mars 1934, p. 244.

Avant toute inscription, il est indispensable d'obtenir l'agrément de Monseigneur le Recteur.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Institut catholique, rue François-Baes, à Lille.

— **Cité universitaire.** *Consultation cardiologique.* — A partir du 1er janvier 1942, les consultations cardiologiques de la Cité universitaire (service du Docteur Soulié, pavillon Gréard) fonctionneront comme il suit, de 9 heures à midi :

Lundi : Docteur Pierre Laubry ; mardi : Docteur Routier ; mercredi : Docteur Walser ; jeudi : Professeur Ch. Laubry (examen radiologique des malades le vendredi) ; vendredi : Docteur Joly (cardiopathies infantiles) ; samedi : Docteur Soulié.

En outre auront lieu : le mercredi : une consultation spéciale pour le rhumatisme : Docteur Hamelin ; le samedi : une consultation spéciale pour les maladies des veines : Docteur P. Sicard.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Une place de laryngologiste adjoint à l'hôpital des Enfants est mise au concours. Les épreuves auront lieu le 24 mars 1942. Inscriptions au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, Bordeaux, avant le 10 mars.

— **Médicaments rares ou manquants.** — A propos de l'article que nous avons publié sur cette question dans notre numéro du 7 décembre 1941, nous avons reçu de M. Guyennon, représentant d'une maison d'importation de graines de moutarde de Marseille (et gendre de notre confrère, le Docteur Mallard, de Dijon), une lettre concernant la rareté actuelle de la farine de moutarde. M. Guyennon estime, comme

M. le Professeur Goris, que la farine de moutarde médicale doit avoir une priorité mais il ajoute que si nous en manquons, ce n'est nullement la faute des fabricants de moutarde, obligés eux-mêmes, faute de matière première, de fabriquer un condiment de remplacement. Certains fabricants de moutarde auraient déjà fermé leurs usines et d'autres seraient sur le point de les fermer, par défaut de graines et de farines diverses, dit notre correspondant.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame André Destouches sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fils *Bernard*.

Montrichard (Loir-et-Cher), 10 décembre 1941.

— Le Docteur et Madame Henri Doublet ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Michel*.

Beautiran (Gironde), le 30 novembre 1941.

— Le Docteur Jean Heisch, Croix de guerre 1914-1918 ; le Docteur Cochart, Croix de guerre 1940 et Madame, née Anne-Marie Heisch, ont la joie de vous annoncer la naissance de leurs petite-fille et fille *Nicole*. Le 6 décembre 1941.

Bouligny (Meuse), 5, rue du Maréchal-Pétain, et 3, rue Victor-Hugo, Longuyon (Meurthe-et-Moselle).

— Michel, Danièle, Philippe, Jacques Brévière sont heureux de faire part de la naissance de leur frère *Henri*, 28 septembre 1941.

Docteur A. Brévière, Mogador (Maroc).

— Le Docteur et Mme A. Delseriès ont la joie de vous annoncer la naissance de leur fille *Josette*.

Cheragas, le 2 novembre 1941.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Moure, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Le Docteur Lherminez, président des « Familles nombreuses » de Raimbeaucourt (Nord), a la douleur de faire part de la mort de Madame Lherminez, sa femme, mère de dix enfants, décédée à l'âge de 52 ans, le 3 décembre 1941, après une longue et cruelle maladie.

— Madame Edouard Forgues a la douleur de faire part du décès du Docteur Edouard Forgues, médecin lieutenant-colonel en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre.

Nîmes, 18, avenue Carnot, le 24 novembre 1941.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué officiel

Au cours de sa XII[e] Session, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a décidé la création d'une « Commission de protection des médecins prisonniers ». Cet organisme, qui comprend en majorité des prisonniers libérés est habilité, entre autres missions, à envisager les conditions d'application de la relève partielle des médecins prisonniers. Celle-ci ne concerne actuellement que les médecins les plus âgés et les plus chargés de famille.

Parmi de nombreuses autres questions, le Conseil supérieur de l'Ordre a examiné les rapports de la médecine et des collectivités ainsi que plusieurs affaires disciplinaires.

Le Conseil supérieur a, d'autre part, entendu le Secrétaire général de la Santé au sujet de la loi du 18 novembre 1941 créant un Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales.

Enfin, le Conseil supérieur a étudié les articles du règlement intérieur de la « Caisse autonome d'entr'aide et de prévoyance corporatives » pour le Corps médical. Le texte de loi est actuellement à l'étude devant les ministères intéressés. En attendant la mise en application, le Conseil supérieur a tenu à distribuer de nombreux secours.

Commission régionale de l'Ordre des Médecins de la région de Paris

La Commission régionale de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris et le Comité de coordination des Conseils de l'Ordre des médecins de la région parisienne (Assurances sociales) se sont réunis le 23 novembre 1941, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Le Comité de coordination a d'abord pris connaissance de la demande de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne relative à l'établissement d'un tarif limitatif d'honoraires opposable au praticien pour tous les actes médicaux y compris la consultation et la visite. Cette demande n'a pas été acceptée par le Comité de coordination. Mais il sera répondu aux Caisses que les honoraires minima fixés par les Conseils de l'Ordre sont appliqués aux assurés sociaux par la grande majorité des praticiens, et que si des honoraires abusifs étaient demandés par certains médecins, chirurgiens ou spécialistes en violation des articles 18 et 21 du Code de déontologie, les Conseils de l'Ordre ne manqueraient pas d'intervenir disciplinairement auprès de ces médecins, chirurgiens ou spécialistes.

Le Comité de coordination a appris avec satisfaction que ses démarches en vue du maintien de la Commission régionale tripartite avaient abouti. La Commission tripartite, où le Corps médical peut faire utilement entendre sa voix, se réunira prochainement pour examiner les tarifs de responsabilité des Caisses qui sont supérieurs aux tarifs de responsabilité minima fixés par la loi du 29 mai 1941.

Le Comité de coordination a enfin examiné de nombreuses questions, parmi lesquelles figurent : la non-application par les Caisses de la région parisienne de la loi du 29 mai 1941, la modification du règlement pour l'application de l'article 19 (assurés assistés) dans le département de la Seine, la future organisation des Assurances sociales agricoles, les répercussions de la Charte du travail sur l'exercice de la médecine, etc...

De son côté, la Commission régionale a pris connaissance des résultats obtenus pour le relèvement des honoraires des médecins des communes de banlieue de la Seine donnant leurs soins aux malades de l'Assistance médicale gratuite. Il est à peu près certain que ce relèvement d'honoraires sera très substantiel et interviendra dans un délai rapproché.

La Commission régionale a donné son accord aux projets de la direction régionale de la Santé et de l'Assistance pour l'organisation des vaccinations antitétanique et anti-diphtérique devenues obligatoires. Ces vaccinations seront faites soit au cabinet du médecin honoraire habituel, soit au cours de séances collectives dans les écoles (par les médecins inspecteurs des écoles) ou dans les consultations de nourrissons annexées aux maternités hospitalières.

Enfin, la Commission régionale s'est occupée à nouveau de l'importante question des dispensaires et

a commencé la discussion du rapport du Docteur Larget sur l'hospitalisation dans les trois départements de la région sanitaire de Paris.

Nous ne pouvons publier ce communiqué sans exprimer à la Commission régionale de l'Ordre des médecins de la région parisienne nos félicitations pour la justesse et la vigueur de son action.

L'attitude qu'elle prend à l'égard des Caisses d'Assurances sociales est en tous points justifiée et louable, et elle défend de la façon la plus pertinente les intérêts de ses commettants.

ORDRE DES MÉDECINS
Conseil Départemental de la Seine

Communiqués

I

Le tableau de l'Ordre des médecins de la Seine va paraître.

Le Conseil de l'Ordre rappelle que seuls figureront sur ce tableau les noms des médecins qui ont rempli toutes les obligations imposées : il prie notamment ceux qui n'ont pas apporté leur diplôme au secrétariat de l'Ordre, ou qui ont omis de le retirer, de remplir immédiatement cette formalité.

II

La direction des Affaires économiques et sociales de la Préfecture de la Seine prie le Conseil de l'Ordre du département de la Seine de faire connaître à tous les médecins qu'il ne pourra être donné suite aux demandes d'attribution de bois qu'ils pourraient formuler.

Le Conseil de l'Ordre.

Fédération des Associations amicales de Médecins du Front

Communiqué

1º *Nomination au grade de médecin sous-lieutenant des médecins volontaires, ou désignés pour la relève des prisonniers.* — La direction du service de santé fait connaître :

Les docteurs en médecine volontaires, ou désignés d'office par les Conseils de l'Ordre des médecins, pour servir dans les camps de prisonniers d'Allemagne, qu'ils soient médecins auxiliaires ou sans aucun grade dans la réserve, ou qu'ils n'aient jamais fait de service militaire, seront, sous réserve de leur aptitude physique, nommés médecins sous-lieutenants pour la durée de leur mission et percevront la solde et les indemnités spéciales prévues à l'article VIII du statut du personnel sanitaire médical affecté au service sanitaire des prisonniers de guerre nº 6.210.

2º *Recrutement de médecins vacateurs.* — Le secrétariat général des Anciens combattants a besoin de recruter quelques médecins vacateurs chargés de l'étude médico-juridique des dossiers de demandes de pensions (de préférence médecins mutilés ou blessés de guerre).

Les candidats à ces fonctions devront s'adresser à M. Morin, chef de service au secrétariat général des Anciens combattants, qui les recevra au siège, 37, rue de Bellechasse, à partir du 15 décembre de 9 à 12 et de 14 à 17 heures.

3º *Postes médicaux ou chirurgicaux libres.* — Un concours sur titres va avoir lieu à Epernay pour

un poste de chirurgien et trois postes de médecins des hôpitaux de la ville.

Un poste de biologiste municipal, avec autorisation de clientèle privée, est vacant à Troyes.

Deux postes de médecins sont disponibles dans la Marne, à Anglure et à Sompuis.

S'adresser, pour renseignements concernant ces divers postes, au directeur régional de la Santé, à Châlons-sur-Marne.

RESTRICTIONS ÉLECTRIQUES

Les restrictions imposées à la consommation d'électricité inquiètent beaucoup de nos confrères, et spécialement les radiologues.

C'est ainsi qu'on nous écrit : « Quels sont les droits des médecins vis-à-vis des restrictions électriques. La consommation qui m'a été allouée est insuffisante pour alimenter normalement mon installation professionnelle ». *Tel autre* : « J'ai attendu samedi avec angoisse le dernier *Concours médical* espérant y trouver des démarches et informations de l'Ordre au sujet des restrictions du courant électrique. On peut affirmer que les restrictions actuelles auront comme conséquence , l'impossibilité absolue d'un exercice normal de la médecine. En fait de démarches de l'Ordre, le *Concours* nous apprend la fondation des Instituts et Dispensaires des Assurances sociales ».

Devant des situations aussi critiques, le Sou médical a pris l'initiative d'effectuer, au nom de ses membres, les démarches que personne n'avait pensé à entreprendre.

Notre voix a été entendue.

Nous venons en effet de recevoir du ministère de la Production industrielle, la lettre officielle suivante qui rassurera, pensons-nous, bien des confrères et qui montrera en tous cas que lorsqu'on veut s'en donner la peine, les Pouvoirs publics sont tout prêt à examiner avec bienveillance les situations particulières qu'on leur soumet.

SECRÉTARIAT D'ETAT
A LA PRODUCTION INDUSTRIELLE

—

Secrétariat général
à l'énergie

—

Direction de l'Electricité

Paris, le 18 décembre 1941,

Monsieur le Secrétaire général,
du « Sou Médical »

Vous avez bien voulu me demander dans une lettre du 4 décembre 1941 de vous présenter quelles étaient les restrictions de consommation qui sont imposées aux médecins utilisant l'électricité pour le fonctionnement de leurs appareils professionnels.

Il y a lieu de distinguer, ainsi que vous le faites remarquer, le cas où le médecin possède un compteur spécial pour le calcul de la consommation de ses appareils professionnels et le cas où le même compteur enregistre à la fois les consommations professionnelles et familiales. Si les appareils professionnels sont alimentés par un compteur spécial force motrice, le taux de réduction à appliquer à ces consommations a été fixé à 90 % par la décision nº 1 du 29 août 1941 (1).

(1) Il faut entendre par là que la consommation autorisée est égale aux 9 /10e de la consommation de référence.

Voir la suite page XXXV-2311

PROPOS DU JOUR

LES NOUVEAUX MAITRES

Nos esprits inquiets par toutes les transformations que subit la médecine française, finissent par ne plus s'intéresser qu'aux côtés matériels de la profession, aux questions de tarifs, de retraites, de *numerus clausus*, aux ordres régionaux, nationaux ou départementaux et ils en arrivent à oublier qu'il y a au-dessus du métier la science médicale, avec ses facultés, ses professeurs dont la tâche difficile est précisément de former les générations futures.

On ne saurait cependant, malgré les soucis de l'heure présente, laisser passer, sans en marquer l'importance, les nominations nouvelles que vient de faire le Conseil de la Faculté de Paris.

En se renouvelant aussi complètement, notre vieille maison a voul u montrer qu'elle prenait sa part de la réforme des esprits et qu'elle entendait s'infuser un sang nouveau, riche et vigoureux.

La tâche n'était point facile de donner des remplaçants aux hommes de valeur qui, disparus ou frappés par la limite d'âge, laissaient leurs chaires vacantes.

Comme professeurs de chirurgie, la génération qui s'en va est celle des hommes qui, groupés autour du *Journal de chirurgie*, ont depuis trente ans dirigé l'évolution de nos idées et dont les techniques répandues à travers le monde, sont devenues classiques et se désignent couramment comme les procédés de Duval, de Cunéo, d'Ombrédanne.

Ces hommes qui furent nos maîtres, eurent la bonne fortune de se réaliser très tôt, de devenir des chefs d'école, alors qu'ils étaient dans leur pleine maturité et d'occuper leurs chaires pendant de longues années. Ainsi, ils ont pu voir grandir autour d'eux des générations d'élèves et nos provinces comptent parmi les chirurgiens distingués qui y exercent, quantité de leurs anciens internes.

Aux regrets que laissent devant leur chaire vacante, Duval, Cunéo et Ombrédanne, il faut joindre Grégoire leur benjamin, Grégoire qui laisse sa place, alors qu'il n'était pas arrivé à la fin de sa course et dont on sentait croître ces dernières années, la bonne influence, faite de logique et de bon sens. J'appréciais beaucoup en lui ces qualités, mais je mettais encore au-dessus son équité et son esprit de justice qui, de temps à autre, se manifestaient spontanément et lui faisaient défendre un inconnu qu'il connaissait à peine, mais dont il s'était plu à reconnaître les mérites.

A celui-là qui n'a pas pu comme les autres donner toute sa mesure et se réaliser complètement, ceux qui l'ont connu et apprécié doivent apporter, au moment où il se retire, l'hommage de leur admiration.

Comme professeurs de médecine, la limite d'âge atteint Laubry, Balthazard et Lereboullet.

Tous les trois , dans des branches différentes, ont marqué leur passage à la Faculté, de leur forte empreinte.

Laubry, c'était, depuis la mort de Vaquez, l'*homme du Cœur*, sa situation scientifique était tellement indiscutée, qu'il ne vint à l'idée de personne de lui opposer quelqu'un d'autre pour la chaire de cardiologie et que le fait pour lui de n'avoir point été agrégé n'entra même point en ligne de compte.

Balthazard est toujours le lutteur dont on peut croire que la retraite ne signifiera pas le renoncement aux activités multiples.

Le Professeur Lereboullet a passé près de vingt ans à se pencher sur les berceaux et son influence s'est manifestée dans bien des réformes sociales en faveur de la première enfance. Il porte un grand nom et est le chaînon d'une dynastie qui se perpétue avec son fils.

La dernière chaire vacante était celle du Professeur Jeannin, dont le clair enseignement a souvent, ici même, intéressé nos lecteurs ; il était le digne successeur de ces accoucheurs qui, depuis cinquante ans, honorent la Faculté de Paris.

A ces chaires vacantes s'ajoutaient deux autres places par suite du mouvement de professeurs déjà nommés, ce qui porte à neuf le nombre des nouveaux maîtres appelés à diriger notre enseignement.

L'élection qui leur confère la robe professorale a bien choisi ceux qui, parmi tant d'autres, aussi méritants et aussi dignes, étaient déjà désignés par le désir de chacun. Ces nouveaux maîtres dont la plupart sont, pour nous, des amis, des camarades d'internat, nous avons pu suivre leur ascension, admirer leur effort et il est juste, aujourd'hui où nous assistons à la réalisation de leur plus cher désir, que nous venions leur dire notre joie.

Mondor, Cadenat, Brocq devenus professeurs de clinique trouvent des chaires à leur mesure. Tous les trois sont des enseigneurs, ils ont toujours aimé répandre autour d'eux la bonne parole et puisque parmi tant d'autres, j'ai eu la bonne fortune de les connaître et de les apprécier, voici bientôt trente ans, je voudrais faire partager à ceux qui me lisent l'admiration que j'ai pour eux.

Cadenat était, lorsque je l'ai connu, interne de seconde année chez Delbet à Laënnec et je vins, par un jour d'octobre 1909, lui demander avec quelques camarades, de nous préparer à l'internat ; il n'était point encore aide d'anatomie, mais déjà la clarté de son esprit nous avait plu et nous sentions confusément qu'il était homme à nous mener au but.

A trente ans de distance, je le revois encore s'animant, dessinant des deux mains, rendant vivante l'anatomie et faisant pénétrer en nous par ses explications lumineuses les questions les

◆◆

plus difficiles. Tel il était, simple, clair, érudit, tel je l'ai toujours retrouvé. Il m'est arrivé d'avoir recours à ses conseils, dans des cas désespérés, j'ai retrouvé dans le consultant les qualités qui m'avaient séduit chez le conférencier et je sais que le jour où je le reverrai dans sa chaire de clinique, je le retrouverai apportant à un nombreux auditoire attentif et intéressé des clartés insoupçonnées sur les sujets les plus ardus.

L'enseignement de Mondor est trop connu partout et par tous pour qu'il me soit permis d'en parler. Beaucoup, hélas, ne le connaissent que par ses livres si vivants, par ses interventions toujours précises et documentées à l'Académie de chirurgie. A tous ceux là il faut conseiller le chemin de l'Hôtel-Dieu au jour où il fait sa clinique. S'ils ont goûté son style, ils seront séduits par l'homme, par son élocution facile, brillante, originale et par cette simplicité que se plaisent à apprécier tous ceux qui le connaissent, car Mondor, malgré son ascension merveilleuse, est toujours resté un excellent ami. Avec Brocq, le chirurgien, la Faculté retrouve les qualités solides qui avaient fait de Brocq le médecin, un grand dermatologue. Sans nul doute, l'influence de l'oncle sur le neveu a été certaine et celui qui a l'honneur redoutable de succéder à Pierre Duval, saura grouper autour de lui, à Vaugirard, les éléments qui auront tôt fait de donner un lustre nouveau à cette nouvelle école.

La chaire de pathologie chirurgicale a été confiée à Jean Quénu, dont le seul nom évoque tout un glorieux passé chirurgical ; pour tout autre que lui, il pourrait paraître lourd à porter. Mais dès le début de ses études Jean Quénu que nous avons connu dès le P. C. N., avec lequel nous avons concouru à l'externat, à l'internat, à l'adjuvat, a compris qu'avant d'être le fils du maître, il se devait d'être lui-même.

Ainsi Quénu s'est élevé par son effort, il a préféré à des assistances qui l'eussent mis en vedette, dans des services réputés, son petit service de l'hôpital privé Bon-Secours où il a travaillé, où il est resté lui-même et d'où son élévation au professorat réjouira tous ceux qui ont toujours admiré ses qualités réelles.

Jacques Leveuf en accédant à la chaire de clinique chirurgicale infantile devient le successeur de Kirmisson, de Broca et d'Ombrédanne. Quatrième titulaire, il y apporte son esprit vif, plein d'originalité, allant parfois jusqu'au paradoxe ; sans doute peut-il se le permettre, car son intelligence est assez souple, pour saisir le juste moment où il doit s'arrêter.

Je suis persuadé qu'aux soirs où le fantôme d'Auguste Broca viendra rôder autour des Enfants-Malades, il regardera avec curiosité et intérêt ce successeur, dans lequel il se plaira à retrouver quelques-unes de ses manières et de ses qualités d'esprit.

Le choix des titulaires des chaires de médecine ne le cède point aux chirurgiens par la qualité des élus.

Donzelot est le successeur depuis longtemps désigné pour la chaire de cardiologie. Son expérience aidée de son sens clinique avisé font de lui un maître incontesté.

Comme Donzelot est un cardiologue né, Cathala a toujours été un pédiatre; c'est dire qu'il occupera la chaire de médecine de la première enfance avec l'éclat de ses plus illustres prédécesseurs.

Il arrive au professorat encore jeune, avec les possibilités qui sont la conséquence d'une réalisation rapide ; de longues années de travail et de recherches s'offrent à lui.

Le Professeur Duvoir à la Médecine légale et le Professeur Gastinel à la Bactériologie sont déjà des figures médicales que la plupart des praticiens connaissent. Chez le premier que les uns ou les autres ont pu connaître au cours d'expertises, ils apprécient le jugement sûr, l'équité des décisions, et la cordialité des rapports ; chez le second qui est un homme de laboratoire et un chercheur, ils retrouveront le maître de la grande école de la bactériologie française.

J'ai connu Portes encore externe alors que d'un crayon sûr et précis, il illustrait les travaux anatomiques de ses amis. On devinait déjà en lui l'enseigneur qu'il allait devenir et nul ne s'étonnera de le voir aussi tôt, s'asseoir dans la chaire de Tarnier. Il complète heureusement l'équipe nouvelle qui entre aujourd'hui au Conseil de la Faculté de médecine de Paris.

La médecine française doit trouver en ces nouveaux maîtres, les hommes susceptibles de redonner à notre vieille Faculté, un éclat qu'on risquait de voir se ternir. Il faut que, de toute la France et particulièrement lorsqu'ils ont été formés à d'autres écoles, les praticiens lorsqu'ils viennent à Paris aillent voir et entendre les maîtres de la médecine. Il est nécessaire, si l'on veut que l'étranger la subisse, que d'abord s'exerce pour le médecin français, l'attraction des grands chefs d'écoles; il est nécessaire que les maîtres se plaisent à attirer chez eux les praticiens désireux de les voir, de les écouter, de les suivre, que leurs services soient plus largement ouverts, que les grandes Cliniques deviennent, comme autrefois, au temps de Charcot et de Dieulafoy, des lieux de réunion où maîtres, élèves, praticiens, visiteurs de la province et de l'étranger se retrouvent et apprennent en s'instruisant, à se mieux connaître.

La Faculté de Paris doit rayonner sur la France et on peut regretter que pendant cette entre-guerre, elle ait manqué à ce rôle.

Les temps nouveaux exigent que nous cultivions avec beaucoup de soin le patrimoine intellectuel qui nous a été laissé et puisqu'aujourd'hui la faveur, les influences occultes et la politique n'ont plus à intervenir dans les nominations, réjouissons-nous de voir qu'on a cherché les plus dignes pour leur confier la formation scientifique et morale des étudiants et qu'on a compris l'importance du choix du haut personnel enseignant.

Ce n'est point pour satisfaire une vanité, pour profiter des privilèges qui sont attachés au titre, qu'on est nommé professeur, c'est pour transmettre les nobles traditions qui font la noblesse de notre tâche, cette forme d'enseignement supérieure à toute autre : l'exemple.

Raphaël MASSART.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malades du 29 *mars* 1941

(TROIS MANIAQUES)

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

rédigée par M. Lionel VIDART

Chef de Clinique à la Faculté

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Après vous avoir montré ici-même, au cours d'une des précédentes présentations de malades, une série de mélancoliques, je vais faire venir aujourd'hui devant vous trois malades comparables les unes aux autres par leur état d'excitation psychomotrice. Ce sont toutes les trois des maniaques. Mais chacune d'entre elles est à un stade évolutif très différent du syndrome et vous pourrez ainsi faire, à cette occasion, une étude clinique comparative des plus instructives.

1. — État maniaque secondaire à un syndrome confuso-onirique apparu à la suite d'un accouchement.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le syndrome psychopathique de la première malade est apparu quelques jours après un accouchement. La grossesse d'Yvonne s'était déroulée normalement. C'est à peine si, dans son observation, on peut noter dans les jours, qui ont précédé l'accouchement, un état d'anxiété légère exprimé par quelques cauchemars.

Elle rêve, à plusieurs reprises, que son enfant n'est pas normal. L'accouchement remonte au 5 décembre dernier. Le travail fut long et difficile. Une application de forceps s'avéra nécessaire et fut suivie d'une déchirure du périnée. Dans la nuit du quatrième au cinquième jour après l'accouchement, Yvonne fait des cauchemars terrifiants. *Elle rêve qu'on lui prend son* enfant et, à la suite de ces rêves, une anxiété s'installe de manière permanente, alimentée, encore, les nuits suivantes, par l'apparition de scènes à caractère manifestement onirique.

Elle entre, le 9 décembre, à l'hôpital Henri-Rousselle. Dès lors, se développe un syndrome confuso-onirique, avec réactions anxieuses, accompagné d'excitation motrice et verbale. Les hallucinations, surtout à caractère visuel, sont multiples, fréquentes et surviennent principalement la nuit. Puis, à partir du 20 décembre, les troubles mentaux s'accompagnent d'une altération rapidement aggravée de son état général. Son faciès est infecté, son teint terreux ; la température monte chaque soir à 40, le pouls est incomptable, l'urée sanguine à 1 gr. 26, l'hémoculture est négative. La numération globulaire montre une hyperleucocytose à 16.000, avec polynucléose.

En somme, le tableau clinique, réalisé à cette époque, était, en tous points, celui d'un délire aigu dont, vous le savez, le pronostic est extrêmement grave. Un traitement énergique fut institué : Sulfamides à hautes doses, toni-cardiaques, abcès de fixation. L'état physique et mental s'est amélioré progressivement ; mais il persistait cependant un état confusionnel hallucinatoire.

Enfin, le 18 janvier, l'état mental s'aggrave brusquement. Yvonne entre à Sainte-Anne le

20 janvier. Au début de son séjour à la Clinique, elle était agitée, anxieuse et c'était encore un état confusionnel hallucinatoire qui prédominait. Puis, les jours suivants, le tableau clinique change d'aspect. Yvonne se met à chanter, à parler d'une manière ininterrompue. Depuis cette date, le syndrome mental ne s'est pas modifié dans ses grandes lignes. Vous allez pouvoir reconnaître les principaux caractères d'un état d'excitation de type maniaque.

(*La malade entre dans la salle*).

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*à la malade*). — Comment vous appelez-vous ?

LA MALADE. — Je m'appelle Yvonne-Charlotte.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quand m'avez-vous vu ?

LA MALADE. — Je vous ai vu quelque part. Il y en a pour tous les goûts.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quel jour sommes-nous ?

LA MALADE. — Je n'en sais rien. Je vous demande infiniment pardon, mais votre pantalon ressemble au costume de Jean.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quelle est la date aujourd'hui ?

LA MALADE. — C'est joliment bon, les dattes, et cela donne du sucre.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Combien font 144 multipliés par 5 ?

LA MALADE. — 720. Il est joli, ce drap. Il est rugueux. Cela pourrait faire une belle cape pour un samaritain.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et votre accouchement ? Comment s'est-il passé ?

LA MALADE. — Je suis partie de chez moi. Je perdais les eaux et cela diluait le parterre.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et après ?

LA MALADE. — Je ne sais plus...

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Depuis quand êtes-vous dans la salle ?

LA MALADE. — Oui, je la connais bien, Madame Lasalle. C'est une belle salle avec des gradins on pourrait faire du cinéma.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Comment vous sentez-vous ?

LA MALADE. — Je vais mieux, mais je suis toujours imbécile. Je lève la jambe, je fais le grand écart. Je parle, je discute toute la nuit.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Voyons son pouls ; il est de 19 au quart.

LA MALADE. — Le quart, c'est comme le bouchon de la petite bouteille Thermos. C'est un puits, un puits d'amour. Au revoir, Messieurs, Dames.

(*La malade quitte la salle*).

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il y a quinze jours, je n'aurais pas pu vous la montrer, car elle était en proie à une agitation incessante. Actuellement, elle est encore hypomaniaque. Elle a de l'aisance, de la familiarité. Elle est euphorique. L'association des idées est verbale et faite surtout par assonnances. Au cours de cet interrogatoire, sa pensée fut constamment déviée. Des remarques superflues, des digressions ont interrompu à tous moments notre conversation. Et vous avez entendu tous ces calembours, ces jeux de mots, ces coqs-à-l'âne, qui viennent encore compléter ce tableau clinique déjà très caractéristique.

Un point intéressant à préciser est celui des circonstances dans lesquelles est survenu ce syndrome de type maniaque. Je vous ai dit qu'il était apparu à la suite d'un accouchement difficile. Vous savez que, chez les accouchées, on peut observer toute une série de troubles mentaux, qui sont, à mon sens, suivant les cas, de nature bien différente. Ainsi, l'accouchement peut être à l'origine d'une démence précoce. C'est une éventualité assez fréquente. Ce n'est pas le cas de cette malade. Il n'y a ici, derrière le syndrome maniaque, aucun signe de dissociation. Yvonne est tout à fait présente et adhère parfaitement à la réalité. D'autres fois, l'accouchement provoque un accès maniaque ou dépressif, chez une déséquilibrée cyclothymique. C'est alors, la notion de l'existence d'un accès antérieur dans les antécédents qui vient révéler la nature exacte du syndrome psychopathique observé. Rien d'analogue n'a pu être retrouvé dans l'histoire d'Yvonne.

Les troubles mentaux, observés chez cette femme, sont certainement de nature infectieuse. Dans les jours, qui ont suivi l'accouchement, un état infectieux grave, probablement dû au streptocoque, s'était installé. Dans la suite, la note infectieuse a persisté. On a noté de l'herpès et des pertes vaginales continues. Puis ces phénomènes ont diminué. L'état mental s'est en même temps amélioré. Il ne persiste plus maintenant qu'un état hypomaniaque, dont Yvonne doit, à mon avis, guérir complètement.

II. — Accès maniaque en voie de guérison, survenu à la suite d'un accouchement chez une déséquilibrée cyclothymique.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Denise présente un syndrome maniaque du même genre. Son excitation psycho-motrice est apparue également à la suite d'un accouchement. Mais le terrain, sur lequel s'est épanoui cette psychose, est tout différent. En effet, la mère de Denise est aussi une psychopathe. A deux reprises différentes, elle a été soignée à l'Hôpital Henri-Rousselle, pour des épisodes dépressifs d'assez longue durée. Son grand-père paternel s'est sui-

cidé à l'âge de 50 ans, vraisemblablement au cours d'un accès mélancolique. Denise, elle-même, qui a maintenant 20 ans, a déjà présenté des troubles mentaux épisodiques. A 17 ans, à la suite d'une discussion, survenue dans l'atelier où elle travaillait à cette époque, elle fut prise d'un état d'agitation confuse qui a persisté pendant une semaine environ. De plus, à la moindre contrariété, survient une excitation anormale qui se maintient pendant quelques jours. Il y a donc, d'une part dans ses antécédents familiaux, incontestablement du côté maternel, une hérédité cyclothymique du type dépressif et d'autre part, dans ses antécédents personnels, la notion d'une dysthymie dans le sens de l'excitation déclanchée par le moindre traumatisme psychologique. Un premier accouchement, il y a un peu plus d'un an, s'était déroulé sans complication du côté mental. Au cours de la grossesse, au septième mois, était survenue une atteinte pyélonéphritique qui, d'ailleurs, ne persista pas après la naissance de l'enfant. Une deuxième grossesse survient peu après. Elle se déroule sans incident notable en dehors d'une rechute de la pyélonéphrite au cours des derniers mois de la gestation.

L'accouchement se passe le 7 novembre. Il fut long et difficile et l'enfant mourut au bout de quelques jours. C'est dix jours après l'accouchement, que débutent les troubles mentaux, dont nous nous occupons maintenant.

Denise fut, tout d'abord, anxieuse. Elle avait peur de mourir. La nuit, elle était agitée. Elle entra alors à l'hôpital de Coulommiers où, brusquement, apparut un état d'agitation bruyante, qui nécessita son transfert à l'hôpital Henri-Rousselle.

Elle fut internée le 29 novembre dernier avec le certificat suivant : « Etat maniaque. Excitation psycho-motrice. Logorrhée. Fuite des idées, propos incohérents, plaisanteries, assonances, cris, chants. Onirisme avec idées subdélirantes floues. Turbulence. A dû être maintenue, etc. » Denise entra le surlendemain à la Clinique. Au début de son séjour ici, elle fut très agitée. Elle était à la fois confuse et maniaque. L'état confusionnel se traduisait par une désorientation temporo-spatiale complète. Elle se rappelait bien le lieu et la date de son accouchement, mais n'était capable d'évoquer correctement aucun autre souvenir récent. Les fausses reconnaissances étaient fréquentes. L'état maniaque était caractérisé par une agitation incessante, par un bavardage presque continu et parfois incohérent, par des colères, qui survenaient et cessaient aussi brusquement. Quelques jours après son entrée, nous avons institué un traitement par le nucléinate de soude, à raison d'une injection par semaine à doses progressivement croissantes : 0 gr. 50, 1 gramme, 1 gr. 50 et nous avons été ainsi jusqu'à 3 grammes par injection. Associé aux sédatifs habituels, ce traitement par les chocs thermiques a donné ici de bons résultats. L'état de Denise s'est progressivement amélioré. L'agitation motrice est tombée peu à peu et nous n'avons plus été obligés de la maintenir. La malveillance coléreuse fit bientôt place à une humeur sensiblement normale. Du côté intellectuel l'amélioration fut peut-être moins rapidement sensible. Denise est cependant beaucoup mieux et vous allez pouvoir en juger par vous-mêmes.

(*La malade entre dans la salle*).

M. Laignel-Lavastine. — Depuis quand êtes-vous ici ?

La malade. — Depuis longtemps. Cela fait près de quatre mois, maintenant.

M. Laignel-Lavastine. — Où êtes-vous ici ?

La malade. — Dans un hôpital.

M. Laignel-Lavastine. — Que vous est-il arrivé ?

La malade. — Je me rappelle mon accouchement et puis après, je ne sais plus ce qui s'est passé.

M. Laignel-Lavastine. — A cette époque, vous étiez jalouse de votre mari et vous pensiez que de nombreuses femmes tournaient autour de lui et en particulier Marlène Dietrich. Je vais vous lire une des phrases dite par vous sur ce sujet : « Elles lui font toutes des avances, et même Marlène Dietrich. Et pourtant, je ne veux pas l'imiter. Elle m'a fait gober sa voix, elle m'a fait gober des œufs, elle m'a fait gober tout. J'ai compris « Marlène est fichue. » Et maintenant, que pensez-vous de tout cela ?

La malade. — Je ne me souviens pas avoir dit tout cela. Je sais bien que Marlène Dietrich ne connaît pas mon mari.

(*La malade quitte la salle*).

M. Laignel-Lavastine. — Vous voyez qu'elle est très améliorée. Elle est presque guérie. Il persiste seulement, par moments, un léger état de subexcitation intellectuelle. Le sommeil n'est pas encore parfait.

Quoi qu'il en soit, nous pourrons bientôt envisager raisonnablement sa sortie et la rendre à sa mère qui s'engage à la surveiller et à la faire traiter jusqu'à sa guérison complète.

III. — Accès maniaque guéri chez une oligophrène

M. Laignel-Lavastine. — Suzanne est complètement guérie. Je vous la montre cependant, car son histoire est intéressante au point de vue diagnostique et pronostique.

(*La malade entre dans la salle*).



A LA MALADE. — Quels sont vos projets ? Que comptez-vous faire ?

LA MALADE. — Je suis maintenant guérie et j'ai l'intention de reprendre mon travail le plus tôt possible.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Aviez-vous déjà présenté des troubles mentaux comme ceux qui viennent de nécessiter votre hospitalisation ?

LA MALADE. — Non. C'est la première fois.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et dans votre famille ?

LA MALADE. — Non. Personne n'a de troubles nerveux. J'appartiens à une famille de treize enfants, dont huit sont actuellement en bonne santé .

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — A quand remonte le début de votre maladie ?

LA MALADE. — A la période de juin 1940.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous rappelez-vous ce qui vous est arrivé à cette époque ?

LA MALADE. — Oui. Depuis plusieurs mois j'étais surmenée. J'avais beaucoup à faire et je devais, pour aller à mon travail, faire un long trajet en chemin de fer, puis à pied. Une nuit, j'ai eu très peur. J'ai cru voir mon tombeau avec trois hommes à côté qui me regardaient. Cette image me terrifiait et, les jours suivants, je n'ai pas pu me rendre à mon travail. Je ne pouvais plus dormir. Puis, je me suis mise à aller et venir et à chanter.

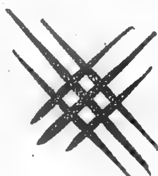
M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et après ?

LA MALADE. — Après ? On m'a conduite à l'Hôpital Henri-Rousselle, puis ici. Mais je n'ai gardé qu'un souvenir assez imprécis de tout ce que j'ai pu raconter.

(*La malade quitte la salle*).

M. LAIGNEL LAVASTINE. — Vous avez pu voir que cette malade est complètement guérie de son accès maniaque. Le début remonte à cette période de juin 1940, où nous avons vu apparaître tant de troubles mentaux. Ce furent, tout d'abord, des phénomènes oniroïdes avec réaction de teinte dépressive. C'est une forme de début assez fréquente de l'accès maniaque. Puis, l'excitation survint. Elle fut, ici, très marquée. L'agitation motrice était extrême. Le syndrome intellectuel tout à fait typique de la manie avec la logorrhée, la fuite des idées, les associations d'idées superficielles et par assonances. L'humeur était très variable. Le plus souvent, euphorique, gaie, d'abord facile, il arrivait à Suzanne, par moments, d'être malveillante et coléreuse. Dans le service, elle exprimait de temps à autre de vagues idées délirantes, mais fugaces, contradictoires et mal systématisées, comme c'est habituellement le cas chez le maniaque. Elle trouvait qu'il se passait des choses curieuses dans le service. « On lui lançait du sel dans les yeux, on mettait des rognures d'ongles dans sa soupe, etc. » Nous avions été un peu inquiétés, à cette époque, par un aspect discordant qui nous avait fait suspecter un début de schizophrénie. Les réactions de la mimique paraissaient parfois paradoxales et bizarres. Un éclat de rire immotivé succédait à une expression anxieuse. Suzanne était aussi, à certains moments, violemment impulsive. Devant l'atypie de cette symptomatologie, nous avons estimé prudent d'instituer un traitement de choc par le cardiazol. Nous n'avons pas constaté d'amélioration immédiate par ce mode de traitement. Aussi, lui avons-nous substitué une thérapeutique par chocs thermiques obtenus, comme dans le cas précédent, par les injections de nucléinate de soude. Le résultat a été très rapidement satisfaisant et en quelques semaines l'état physique et mental était transformé. Il s'agissait bien d'un accès maniaque véritable. Le diagnostic en est quelquefois difficile, comme c'était ici le cas, avec les accès d'excitation qui peuvent marquer le début d'une schizophrénie. Mais l'aspect discordant de la mimique, l'atypie de la symptomatologie peuvent être provoqués par une oligophrénie sous-jacente. Un fond de débilité donne souvent à la manie un cachet particulier et trompeur. Il faut savoir reconnaître l'insuffisance intellectuelle derrière l'excitation et penser au diagnostic de « manie pauvre des débiles » selon l'expression des anciens auteurs. C'est bien le cas de Suzanne, dont l'âge mental n'est certainement pas supérieur à celui de 10 ans. Du fait de son développement intellectuel insuffisant, elle n'a pas réagi convenablement aux évènements de juin 1940.

Par une sorte de choc en retour, elle a présenté un épisode confuso-onirique qui s'est rapidement transformé en accès maniaque. Le traitement institué a donné chez elle de très bons résultats et maintenant elle va pouvoir incessamment sortir et reprendre son travail.



LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

L'ASTHME PROFESSIONNEL PAR SENSIBILISATION

d'après MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier (1)

Ses principales variétés

« Il est des malades, *qui n'ont des crises d'asthme qu'à l'occasion* de l'exercice de leur profession. Quand ils ne se trouvent pas au contact des substances qu'ils manipulent chaque jour, ou dont ils respirent les émanations, ils jouissent d'une *parfaite santé* ; mais, dès qu'ils se mettent dans l'ambiance professionnelle, la crise de dyspnée éclate. Ils présentent un asthme par inhalation de certaines protéines végétales ou animales, ou de certains corps chimiques. La *cuti-réaction* ou l'*épidermo-réaction*, faite avec la substance incriminée, est ordinairement positive ; il s'agit donc d'un asthme par sensibilisation, d'un asthme allergique ».

L'asthme à la farine s'observe chez les boulangers, les pâtissiers, les minotiers, les grainetiers.

Il se présente soit sous la forme de coryza spasmodique isolé, soit sous la forme d'asthme bronchique ; mais, dans ce cas, il est rarement pur, le plus souvent associé au coryza spasmodique, parfois à la toux spasmodique. Les manifestations spasmodiques commencent dès l'arrivée dans l'atmosphère imprégnée de poussières de farine : celui-ci éternuera fréquemment, éprouvera du picotement des yeux, un chatouillement de la muqueuse pituitaire ou pharyngée, puis présentera de l'obstruction nasale ou de l'hydrorrhée ; celui-là se sentira d'abord légèrement oppressé, et sa gêne expiratoire, qui augmentera rapidement, durera tant qu'il restera dans le voisinage du pétrin ou du four. Tous ces troubles ne disparaîtront qu'au moment où, son travail terminé, le boulanger s'éloignera du fournil ; mais, à la condition que toutes les mesures de protection aient été bien observées (calotte protégeant la chevelure et vêtements spéciaux pour le travail au fournil, lavage des mains et du visage en quittant celui-ci).

Cet asthme apparaît ordinairement chez des sujets jeunes, au-dessous de trente-cinq ans, qui exercent leur métier depuis un temps prolongé ; la durée de sensibilisation peut varier de quelques mois à dix-neuf ans (d'après les observations des auteurs). Comme dans toute manifestation allergique, la sensibilisation ne se produit d'ordinaire que lorsque le sujet, ayant arrêté pendant un certain temps son travail, le reprend. Comme pour tout asthmatique, on trouve assez souvent, dans les antécédents héréditaires ou collatéraux, des cas d'asthme, de migraine, d'eczéma, d'urticaire. Parfois, on a pu trouver une cause déclenchante, qui paraît avoir été le point de départ occasionnel des accidents dyspnéiques : déviation de cloison, cautérisations nasales, intoxications par les gaz de combat, bronchite ou congestion pulmonaire.

L'asthme aux émanations de certains animaux peut se rencontrer dans les mêmes conditions chez les sujets, que leurs occupations journalières mettent en contact permanent avec des bovidés, des moutons, des chevaux, même des lapins, des poules, des oiseaux. Une sensibilisation du même ordre s'observe parfois chez ceux, dont la profession est de manipuler des produits d'origine animale : plumes, laine, etc. On cite aussi l'exemple des fourreurs, sensibilisés aux poils de différents animaux manipulés dans la pelleterie, ainsi que des sujets travaillant les crins de cheval, les poils de chien, de chat ou de cobaye.

L'asthme aux substances chimiques s'observe chez des *fourreurs* ; il est provoqué par des colorants spéciaux, dérivés du goudron et désignés sous le nom d'*ursols* ; ceux-ci sont employés pour teindre des fourrures à bas prix, généralement du lapin ou de la chèvre, dans le but de leur donner l'apparence de fourrures de luxe. La teinture habituellement responsable des accidents est la *para-phénylène diamine*.

En pareils cas, les cuti-réactions, faites avec les poils des différentes fourrures, travaillées par le malade, restent négatives ; les crises d'asthme allergique ne sont donc pas dues à des protéines animales.

Les ursols provoquent le plus souvent des manifestations cutanées, évoluant sous la forme d'une dermite eczémateuse diffuse du visage et des mains ; mais à la longue, leurs effets se font sentir sur les muqueuses des voies aériennes et des yeux. Cependant l'asthme à l'ursol ne survient pas fatalement après la dermite ; il peut s'installer d'emblée chez un sujet présentant

(1) L'asthme professionnel d'origine allergique, (*Paris médical*, 10 novembre 1941).

une épine irritative ou un terrain particulier. C'est, en général, après plusieurs mois, parfois plusieurs années, qu'un ouvrier, jusque-là bien portant, présente les premières crises d'oppression. L'asthme à l'ursol semble être dû à un phénomène d'hypersensibilité pour ce produit chimique, analogue à la sensibilisation, aux protéines animales ; à noter que dans ce cas, les *cutiréactions* sont restées négatives avec la paraphénylène-diamine, par contre, les *épidermoréactions* ont été nettement positives.

D'autre part, des ouvriers employant au cours de leur travail des *dérivés de l'aniline* sont exposés aux mêmes manifestations cutanées et respiratoires que les fourreurs : ouvriers les utilisant pour vulcaniser le caoutchouc ; travailleurs du cuir, bottiers et coiffeurs (para-phénylène-diamine) s'en servant comme moyen tinctorial. Les accidents surviennent après une pratique de plusieurs années.

Enfin, d'autres substances chimiques peuvent encore déterminer des crises d'asthme ; mais, pour que celui-ci puisse être déclaré « *par sensibilisation* », il faut que *la cutiréaction ou l'épidermoréaction soit positive*, sinon, tout en étant professionnel, l'asthme sera secondaire à une irritation mécanique des voies respiratoires par les poussières ou par les vapeurs produites au cours du travail. Il s'agit : de galvanisateurs respirant les vapeurs rouge-brun émanant des bacs, dans lesquels ils chroment des pièces métalliques ; de polisseurs d'objets chromés ou nickelés ; d'ouvriers travaillant dans des vapeurs d'essence de térébenthine, de binitrotonuol ou de trinitrotonuol ; de soudeurs au chalumeau oxy-acétylinique ; d'ouvriers de l'industrie de la quinine, de l'aluminium, du duraluminium.

Le plus caractéristique des **asthmes des professions médicales et para-médicales** est l'asthme à l'ipéca. Certains médecins ou pharmaciens ne peuvent supporter l'odeur de l'ipéca, sans être pris aussitôt d'une crise d'asthme. Dans le même ordre d'idées, on cite : les poudres de ricin, d'opium, de lycopode, de rhubarbe, de podophylle ; les farines de lin, de moutarde.

Enfin, parmi **diverses professions**, susceptibles de déclencher des crises de coryza spasmodique et d'oppression, on note : les *fleuristes* sensibles à l'odeur de fleurs à parfum capiteux (lys, narcisses, jacinthes, seringat) ; les *ouvriers du textile*, travaillant le coton ; ceux des scieries, vivant dans une atmosphère de poussières de *bois* ; ceux qui manipulent l'ambrolithe, produit imitant l'ivoire.

LA CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

Un fait domine : on ne peut, par quelque procédé que ce soit, obtenir une désensibilisation réelle, spécifique ou non spécifique. Celui qui souffre d'asthme du fait d'une sensibilisation à une substance, avec laquelle il est en contact au cours de son travail, doit chercher une protection, s'il n'est que relativement peu incommodé — ou changer de métier, si les crises sont fortes et fréquentes ; dans ce dernier cas, il peut ne plus avoir d'asthme ultérieurement, à la seule condition de ne jamais s'exposer, même après plusieurs années, à l'action de l'antigène sensibilisant.

Mais il faut se souvenir aussi que l'*asthme ne survient que sur un terrain spécial* ; aussi des crises asthmatiques d'autre origine peuvent-elles apparaître ultérieurement.

D'autre part, l'asthme professionnel étant un asthme par inhalation, la protection la plus efficace consistera, pour tout sujet sensibilisé, à porter un masque au cours du travail effectué dans une atmosphère de poussières végétales ou animales ou de substances chimiques, pour protéger le nez et la bouche. Mais, comme les poussières peuvent pénétrer aussi par la voie conjonctivale, il sera bon de porter également des lunettes d'automobiliste en caoutchouc, adhérant aux verres et permettant une application directe sur la surface cutanée.

L'ouvrier devra revêtir des vêtements spéciaux au cours de ses occupations professionnelles. La journée terminée, il les quittera ; mais ensuite il se lavera le visage, les avant-bras et surtout les mains, de manière qu'il ne reste sur la peau (autour et sous les ongles même) aucune trace de protéine susceptible de déclencher des crises de dyspnée pendant les heures de repos.

Il conviendra enfin d'établir une large aération des ateliers, avec aspiration mécanique des poussières.

Signalons l'action favorable de la saignée dans l'asthme par sensibilisation : émission à l'aiguille toutes les semaines de 80 à 100 c. cubes de sang ; au bout de quelques semaines, les malades étant ainsi améliorés, on cessera ou on espacera les saignées, quitte à les reprendre ou à les rapprocher, s'il est nécessaire. Des injections endoveineuses d'hyposulfite de soude ou de gluconate de calcium semblent avoir une action efficace.

A remarquer que la question d'indemnisation pour le malade ne se pose pas pour l'asthme professionnel par sensibilisation, parce que celui-ci n'apparaît jamais comme la conséquence des conditions défectueuses du travail. Ne fait pas de l'asthme, qui veut : il faut un terrain spécial, une réceptivité particulière. Le facteur constitutionnel est trop important pour que la cause déclenchante puisse être considérée comme primordiale. D'ailleurs, il suffit de cesser le travail pour guérir immédiatement.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Résultats éloignés des fractures compliquées de jambe

C'est en qualité d'expert que le Docteur M. AUVRAY envisage cette question des fractures ouvertes de jambe, autrement dit des fractures compliquées de plaies ; il ne s'agit, comme l'indique le titre de son travail, que des résultats éloignés ; d'autre part, sont exclues les fractures par plaies de guerre ; enfin, cette statistique se rapporte à des accidents antérieurs à la pratique de la sulfamidothérapie, qui, de son côté, sera capable d'améliorer le pronostic de ces lésions.

Quel que soit le groupe de faits considérés, c'est-à-dire qu'il y ait eu opération de désinfection simple, ou que celle-ci ait été suivie d'une ostéo-synthèse, les fractures ouvertes de jambe sont graves : trois amputations sur un total de 65 cas ; des incapacités temporaires s'échelonnant de huit mois à deux, trois ans et même au-delà. Elles ont provoqué, dans près du tiers des cas, des incapacités permanentes à taux élevé atteignant de 40 % à 75 %.

A noter que dans les cas traités par l'ostéosynthèse, jointe à la désinfection, il existait moins de déformations, d'incurvations, de désaxements, d'attitudes vicieuses du membre inférieur que chez les sujets non ostéosynthétisés ; de même l'absence de raccourcissement était bien plus fréquente et les grands raccourcissements plus rares. Par contre, à la suite de l'ostéosynthèse, les accidents infectieux prolongés au niveau du foyer de fracture ont été observés plus souvent, avec une gravité accrue ; les mouvements du membre et la marche se faisaient dans des conditions moins bonnes. De même, on a relevé un grand nombre d'incapacités permanentes à taux élevé. Cependant, dans certaines circonstances commandées par l'étendue des désordres anatomiques et la très grande difficulté de maintenir les extrémités osseuses en présence, l'ostéosynthèse s'est imposée et a rendu les plus grands services. (*Gazette des Hôpitaux*, 13 septembre 1941).

Etude critique du traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie

Si le Prof. agrégé FUNCK-BRENTANO considère l'hystérectomie totale comme étant actuellement la méthode de choix par rapport à l'hystérectomie subtotale ou supravaginale, c'est que, pour lui, elle est la seule capable de parer aux accidents septiques post-opératoires : la cellulite pelvienne, l'occlusion mixte. Il a vu que la septicité habituelle du moignon de col était à l'origine de l'inoculation du tissu cellulaire sous-péritonéal. L'hystérectomie totale supprime le foyer en supprimant le col ; elle draîne en déclive la zone sous-péritonéale par la mise en place d'un drain vaginal. L'occlusion intestinale post-opératoire étant le fait d'une coudure du grêle sur le drain ou sur la suture péritonéale pelvienne ou de son engagement dans le Douglas, elle sera évitée, avec le maximum de garanties en supprimant le drain abdominal et en annihilant le cul-de-sac recto-vaginal ; pour ce faire, on fermera le petit bassin par un diaphragme unissant le rectum à la vessie. D'ailleurs la mortalité par hystérectomie totale, exécutée ainsi qu'il vient d'être dit, est de 0,33 %, tandis qu'elle est de 3,4 % pour l'hystérectomie supravaginale. La « totale » ne doit cependant pas être d'une exécution systématique ; quelques rares circonstances peuvent commander de recourir à l'autre procédé.

D'une manière générale, toute intervention sanglante ne sera exécutée qu'après étude d'une série d'examens préopératoires ; la malade porteuse d'un fibrome est une malade fragile. Seront faits systématiquement : le dosage d'urée, la numération globulaire, le temps de coagulation. L'anesthésique sera choisi en fonction des résultats de la radioscopie pulmonaire et cardiaque et de la tensimétrie.

Le fibrome utérin appartient à la chirurgie. Mais il est des cas rares, où tout acte chirurgical intra-abdominal fait courir des risques à la malade, hors de proportion avec ceux dont la lésion la menace. Chez une femme obèse, hypotendue, porteuse de varices, présentant un petit fibrome interstitiel, hémorragique, ou bien lorsque le traitement rationnel pré-opératoire s'est montré impuissant à améliorer la résistance et l'état général de la malade, le chirurgien devra savoir renoncer à ses propres armes pour diriger la patiente vers les possibilités que lui offre la physiothérapie. (*Revue de chirurgie*, avril-juin 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'orthostatisme et la fonction circulatoire

(MM. A. TOURNADE et G. CHARDON ; 14-10-1941)

La station droite, en accumulant le sang dans les parties déclives de l'organisme (membres inférieurs et réseau veineux abdominal) modifie les conditions de la circulation sanguine. De fait, alors, comme on peut le constater expérimentalement, la pression dans le système cave s'élève, le débit cardiaque se réduit, le rein fournit une sécrétion amoindrie. Chez l'animal, le lapin en particulier (chez l'homme, dans les conditions normales, des mécanismes actifs de protection interviennent), on peut voir parfois des accidents importants survenir : anémie bulbaire, convulsions, syncope.

Contre cette stase veineuse sous-diaphragmatique de l'orthostatisme, l'organisme dispose de moyens défensifs : la tonicité de la sangle abdominale, qui modère l'extensibilité du réservoir veineux sous-jacent ; les mouvements respiratoires, qui facilitent la circulation de retour ; l'intervention des appareils nerveux et humoraux de régulation de la pression artérielle. On explique ainsi pourquoi les divers *animaux offrent une inégale faculté d'adaptation* aux inconvénients de la station droite, chacun ayant un développement variable des mécanismes de protection. Chez le lapin mis sur planchette en orthostatisme, l'hypotension est notable, et peut aboutir à la syncope, et même parfois à la mort, si l'on tarde trop longtemps à remettre l'animal en position horizontale. Ce même lapin, d'ailleurs, supporte mieux l'attitude verticale si l'on a pris soin de lui bander le ventre (observations de L. Hill).

Le massage de l'abdomen, du pubis à l'hypogastre, semblerait *a priori* recommandable dans le traitement de la syncope. En pratique, la manœuvre s'est révélée dangereuse et a provoqué plusieurs fois la fibrillation myocardique.

Sur un point de pathogénie des accidents gravido-cardiaques

(M. SUREAU. — Présentation par M. LAUBRY ; 14-10-1941)

On connaît les accidents cardiaques provoqués par les anévrysmes artério-veineux : tachycardie, augmentation de la pression veineuse au niveau de l'anévrysme, thrill et souffle à ce même niveau, etc. M. Sureau, à la suite de Burwell (1938), établit une certaine analogie entre ces troubles circulatoires de l'anévrysme artério-veineux et les accidents gravido-cardiaques. L'étude morphologique du placenta montre aussi que l'on est autorisé à considérer cet organe comme une véritable fistule artério-veineuse. Ainsi pourrait s'éclairer la pathogénie de certains troubles gravido-cardiaques précoces, apparaissant alors que l'utérus gravide ne peut encore créer un obstacle mécanique à la circulation de retour.

Nécessité de réformes anti-alcooliques complémentaires

(M. RIÉMAIN ; 14-10-1941)

M. Riémain demande à l'Académie d'émettre des vœux en faveur de diverses réformes anti-alcooliques complémentaires : réduction accélérée du nombre des débits, notamment l'obligation du rachat d'au moins deux licences pour l'ouverture d'un débit ; création d'une épreuve anti-alcoolique dans les examens de fin d'études ; création de cercles populaires municipaux d'où serait exclu tout alcool, etc.

Vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale avec lésions cutanées

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Ch. DURAND et Paul NEVEU ; 21-10-1941)

Les auteurs américains ont signalé les « effets impressionnants » obtenus avec l'amide nicotinique dans certains syndromes mentaux atypiques. C'est un fait de ce genre que M. Laignel-Lavastine et ses collaborateurs ont eu l'occasion d'observer. Leur malade a présenté successivement : une période de troubles confusionnels, une seconde période de cachexie et de lésions cutanées, et enfin une période de réduction des troubles somato-psychiques sous l'influence de la vitaminothérapie. Le traitement comporta l'injection quotidienne de 10 milligrammes d'acide nicotinique pendant vingt-quatre jours. Les résultats furent immédiats : relèvement de la température, qui était aux environs de 36°, augmentation du poids, amélioration de l'état général, diminution de la pyodermite, régression des symptômes mentaux. Le traitement psychiatrique par les petits chocs insuliniques, qui était demeuré sans effet au début, employé à nouveau après la cure vitaminique, donna alors des effets plus satisfaisants.

Le résultat thérapeutique semble démontrer ici l'existence d'un état de carence à l'égard de l'acide ou de l'amide nicotinique, vitamine dont on connaît l'action dans la pellagre.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MOUVEMENT SANITAIRE ET PROFESSIONNEL

AVONS-NOUS UNE CORPORATION ?

Oui, dira-t-on, puisque nous avons l'Ordre des médecins. Mais l'Ordre est-il une Corporation ? Pour ma part, je ne le crois pas.

Je sais qu'Ockinzyc, Grenet, et bien d'autres considèrent qu'Ordre est synonyme de corporation, mais je sais aussi que l'Ordre tel qu'il est constitué est, avant tout, un Organisme d'autorité et de discipline, mais qu'il n'est pas la « république professionnelle » que doit être la Corporation, laquelle doit s'instituer par l'initiative privée. Le Maréchal Pétain n'a-t-il pas dit le 1er mai 1941 à Saint-Etienne « La loi ne saurait créer l'ordre social, elle ne peut que le sanctionner après que les hommes l'ont établi. Cela exige une élite d'hommes qui se donnent à cette mission ».

Loin de nous l'idée de critiquer à tort et à travers les hommes et les œuvres. Nous avons dit ici même ce que nous pensions du Dr Serge Huard qui est « un chef, un patron ». Nous en dirons autant du Docteur Leriche et nous considérons que nous devons les suivre, l'un comme Chef de la médecine, l'autre comme Chef de la santé. Mais selon la chère habitude prise à l'hôpital où l'on discute librement avec les « patrons », qu'il nous soit permis de dire ici ce que beaucoup pensent tout bas.

Il n'est pas question de mettre en discussion le bien fondé de la suppression des Syndicats. Disons cependant que la Liberté syndicale doit être à la base de la Corporation. Et si l'on rapproche les paroles du Maréchal de ce qu'écrivait La Tour du Pin, il y a 50 ans : « la reconstitution des Corporations ne saurait être l'œuvre de décrets *a priori* », on est frappé de la similitude des idées.

La Tour du Pin posait comme principes deux précautions institutionnelles :

1° La loi professionnelle doit être soumise à un referendum au sein du Corps professionnel ;

2° La loi professionnelle doit être homologuée par le pouvoir souverain de l'Etat,

et il considérait comme capital le « droit au jugement des pairs, ce droit que l'armée garde encore, que le clergé a perdu et que possédaient jadis *tous* les professionnels (1). »

(1) Paul CHAUSON. — Autorité et discipline. Constitution de la France selon La Tour-du-Pin. Les Editions du Temps présent, 1941.

« Un demi-siècle s'est écoulé depuis que le maître a formulé ses consignes. Elles sont plus que jamais de saison. C'est par là qu'il faudrait commencer, sous peine de ne constituer que des mécanismes artificiels, car la Corporation *vient d'en bas*, en revenant à la motion *indispensable* de la liberté que l'Etat doit encourager et protéger et *non pas suppléer* ».

L'Ordre d'après le Professeur Olivier Martin peut être considéré comme « un groupement obligatoire basé sur la profession, ayant dans l'Etat un rôle reconnu, et jouissant de certaines prérogatives pour accomplir ses fins ».

L'Ordre en Belgique, qui nous a précédé dans cette voie, ne doit « en aucune manière se substituer ni aux syndicats (qui subsistent) défenseurs des intérêts privés et matériels de la profession, ni aux pouvoirs constitués, défenseurs de l'ordre public. Il est formellement prévu que l'Ordre ne doit pas s'immiscer dans le domaine syndical, c'est-à-dire dans la défense des intérêts matériels de la profession » (1). L'Ordre n'est ainsi que le gardien vigilant de l'honneur et de la dignité du Corps médical.

En France, l'actuel Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, prenant son poste, ne cacha pas ses idées et ses buts : redonner son lustre au Corps médical français en en écartant les médecins étrangers, supprimer les Syndicats et créer une Corporation ou un Ordre des médecins, donner une retraite à tous les médecins âgés n'exerçant plus, ce qui a fait écrire à Oudin. « Il a donc fallu finalement envisager la création d'un nouvel organisme : l'Ordre des médecins dont la mission première doit consister, on le devine, à faire respecter les principes de déontologie, c'est-à-dire les principes de probité, de désintéressement et de dévouement qui sont l'honneur du Corps médical, mission que les syndicats médicaux avaient été impuissants à remplir, faute de pouvoirs disciplinaires suffisants ».

Il n'empêche que tous ceux qui avaient écrit sur la question avaient toujours pensé que la coexistence des deux institutions : ordre et syndicats était possible, comme en Belgique. Et peut-être l'Ordre a-t-il été privé ainsi du con-

(1) *Bruxelles médical* cité par A. OUDIN, docteur en droit. L'Ordre des médecins. Les Editions de la Nouvelle France, 1941.

cours précieux de militants syndicalistes qui avaient passé leur vie à lutter avec des armes insuffisantes, car le Syndicat était bien l'ébauche de la Corporation et H. Lorin en 1909 voyait déjà dans les Syndicats « les Gouvernements provisoires des Sociétés professionnelles en mal d'organisation ».

Le résultat de la création de l'Ordre ainsi conçu a été que celui-ci a dû brusquement prendre la suite des Syndicats et c'est ce qui fait dire au Professeur Leriche dans son discours d'Aix-les Bains, en réponse au Docteur Serge Huard : « Il ne faut pas que l'Ordre soit centré exactement par rapport à lui-même . Il n'a pas été voulu par vous comme un Syndicat d'intérêts professionnels. »

L'Ordre succédant aux Syndicats doit donc s'occuper de l'admission des médecins dans l'Ordre, de la gestion du patrimoine de celui-ci et de la défense des intérêts professionnels qu'assumaient les Syndicats. Et l'Ordre est en plus appelé à créer des organismes de « coopération, mutualité, assistance ou retraite ».

Il a déclaré d'ailleurs qu'il respecterait et utiliserait les Œuvres existantes.

Or patrimoine, intérets professionnels, entr'aide et retraite se trouvent, par la force des choses, au premier plan des préoccupations actuelles et la question financière est plus que brûlante. Car il faut le dire et le redire : la misère médicale est grande, et d'autant plus grande qu'elle vit cachée, honteuse d'elle-même. Est-ce *une raison pour l'ignorer et ne pas faire jouer au* maximum le grand ressort de la Solidarité ? Parler de retraite et de cotisation, qu'on suppose devoir être élevée, oblige l'Ordre à penser aux possibilités de rendre la tâche moins lourde aux médecins et à ne pas nuire au recrutement des Œuvres de prévoyance qui ont fait leur preuve.

Elever les tarifs, c'est ce qu'on a commencé à faire, timidement comme toujours chez les médecins, mais est-ce suffisant pour aider au paiement des cotisations : allocations familiales, retraite et autres ?

L'Ordre peut beaucoup dans ces domaines, car « il est l'interprète des médecins auprès des Pouvoirs publics ». Il peut donc demander à l'Etat une participation de celui-ci pour les allocations familiales ou s'il préfère ne pas le faire, il pourrait au moins suggérer que la même Caisse d'allocations familiales des Professions médicales reçoive les employés et les domestiques des médecins, sans obliger ceux-ci à cotiser à deux Caisses. Les médecins ne peuvent-ils obtenir ce que d'autres Corporations, l'agricole en particulier, ont eu de droit ? Pourquoi les mêmes tarifs d'Assurances sociales que pour les autres employeurs alors que nous soignons gratuitement nos employés et domestiques ?

Dans un autre ordre d'idées, la patente que l'on a reconnue depuis longtemps chose inique, pouvant être considérée comme la « formule délivrée annuellement par la direction des Contributions directes et permettant d'exercer la profession », on comprendrait que l'Ordre qui s'est substitué aux Syndicats pour la défense des intérêts professionnels, se fasse reverser cette patente, puisque c'est lui qui nous donne désormais l'autorisation d'exercer.

Constituer le patrimoine ! mais pourquoi pas d'urgence le certificat et même l'ordonnance sur timbre ? Les officiers ministériels emploient-ils un autre papier pour leurs libellés que le papier timbré ? Pourquoi n'aurions-nous pas notre timbre à nous : des Conseils départementaux de l'Ordre ne font-ils pas déjà payer la contresignature de nos certificats ?

Mais ceci est affaire du Conseil de l'Ordre et nous ne pouvons faire ici que des suggestions, en montrant l'urgence qu'il y a à constituer un patrimoine et à aider les médecins dans l'accomplissement de leurs devoirs de solidarité confraternelle.

L'Ordre n'est pas qu'un Conseil d'Administration , car comme l'a écrit Ockinczye : L'Ordre est la profession organisée en vue de la fonction, donc du devoir d'Etat plutôt qu'en vue de l'intérêt professionnel ». Or qu'a dit le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé à la réunion d'Aix-les-Bains : « Dans l'Etat français notre profession est, comme toutes, préposée à l'intérêt suprême de la Patrie. Dans ce but, l'Ordre est au service de la Nation — société des Français dont tous sont tributaires. Par surcroît, l'Ordre doit à la Société l'œuvre de qualité qui incombe aux élites ».

L'Ordre tel qu'il est conçu peut-il accomplir toutes ces tâches ? Nous ne le croyons pas, car il n'est pas le *corpus mysticum* dont parle A. Oudin et si l'on veut bien me permettre une comparaison osée nous dirons que l'Ordre ressemble à ces maisons en ciment armé dont on pose le toit sur des piliers, tout restant à claire-voie. Il faut remplir ensuite.

Aux Etats-majors qui sont les Conseils de l'Ordre et qui, nous le démontrerons, n'ont pas, la possibilité de s'occuper utilement de la Santé, il faut « de la piétaille » qui ait l'esprit de corps et qui veuille la grandeur du pays.

Ce sera le Corps médical organisé et conscient de son rôle qui apportera alors à l'Ordre, un appui inestimable. Mais il doit s'organiser lui-même, il doit achever, aménager la maison après avoir vérifié ses fondations. Nous montrerons dans un prochain article qu'il n'est pas trop tard pour le faire et comment il doit le faire.

Dr G. BOYÉ.

ASSOCIATIONS DE MÉDECINS ET MAISONS MÉDICALES

ÉTUDE JURIDIQUE — PROJET DE CONTRAT-TYPE

Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié les articles que, dans nos colonnes, notre Directeur le Docteur Noir (1), le Docteur Maire (2) et le Docteur Blairon (3) ont consacrés récemment à la Maison médicale. Dans l'esprit du Docteur Noir et du Docteur Maire, un établissement de ce genre devrait être la propriété indivise des médecins qui y sont attachés. Le Docteur Blairon, au contraire, sans se prononcer très clairement, semblerait souhaiter plutôt la création de « Centres de santé, de diagnostic ou de soins » à structure corporative, c'est-à-dire création de l'Ordre des médecins duquel ils dépendraient juridiquement et financièrement.

Nous consacrerons une étude ultérieure à la Maison médicale corporative, en prenant comme base de discussion les réalisations syndicales de Périgueux, de Villeneuve-Saint-Georges et de Nice.

Contentons-nous aujourd'hui de l'examen de la première formule et montrons comment elle est dès aujourd'hui juridiquement viable, par le mécanisme d'associations de médecins qui ont nom Sociétés civiles.

Une telle étude nous a semblé d'autant plus opportune que notre courrier a montré chez nos correspondants, depuis plusieurs mois, une curiosité marquée quant aux sociétés de médecins.

Les Sociétés civiles entre médecins

Validité de ces Sociétés. — Pour exister juridiquement, les groupements connus dans le langage médical courant sous le nom d'associations doivent revêtir la forme de sociétés.

La validité de ces sociétés a été reconnue par les arrêts de la Cour d'appel de Paris du 18 mai 1934, et de la Cour de Poitiers du 23 juin 1936. Ces sociétés ayant pour objet l'exercice d'une profession libérale doivent être constituées selon les règles des sociétés civiles, fixées par les articles 1832 et suivants du Code civil. Elles pourraient adopter la forme commerciale. Mais nous ne conseillons pas à nos lecteurs d'y recourir, parce que les sociétés commerciales sont assujetties à des formalités et à des contrôles beaucoup plus sévères que les sociétés civiles et parce que la qualité de commerçant jure quelque peu avec le titre de médecin.

(1) *C. M.*, 23 février et 17 août 1941.
(2) *C. M.*, 16 février 1941.
(3) *C. M.*, 13 juillet 1941.

Pour n'être pas nulles, 1° les sociétés entre médecins doivent *ne pas comprendre l'apport* d'une clientèle médicale qui est une chose hors commerce. Un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 15 mai 1892 a prononcé la nullité « d'une association constituée entre deux médecins pour la mise en commun de la clientèle de l'un d'eux » ; 2° elles doivent laisser aux clients l'entière liberté de choisir leur médecin (arrêt de la Cour de cassation du 5 mars 1894).

Objet de la Société. — Le plus grand soin doit être apporté à la rédaction de la clause du contrat fixant l'objet social. Il conviendra de se rappeler que cet objet à peine d'être illicite, ne saurait consister en l'exercice de la médecine, mais seulement en la mise en commun des moyens matériels destinés au traitement médical, et en une concentration des frais d'exercice professionnel.

Durée. — La société peut être constituée soit à durée déterminée, soit à durée indéterminée.

Dans le premier cas, la dissolution ne peut être demandée avant le terme convenu que pour de *justes motifs*. Par exemple, l'un des associés manque à ses engagements, ou une infirmité habituelle lui interdit l'exercice médical.

Dans le second cas, la dissolution peut être demandée à tout moment, à la condition que cette dénonciation soit de bonne foi et non faite à contre temps. Il sera prudent de stipuler un délai de préavis (un an par exemple), pour la prise d'effet de la dénonciation.

En dehors de l'arrivée du terme ou de la dénonciation par l'un des associés, le contrat devra obligatoirement prendre fin par le décès de l'un d'entre eux. Il ne serait pas possible de prévoir la continuation de la société avec les héritiers, dès lors que ceux-ci ne sont pas médecins diplômés. (Arrêt de la Cour de Paris, 18 mai 1934). Cette impossibilité ne frappe toutefois que les sociétés dans le patrimoine desquelles il a été stipulé que les honoraires de chacun des praticiens doivent tomber pour être partagés entre eux. Il en serait autrement pour celles qui ne comporteraient que la mise en commun des moyens matériels de traitement, chaque praticien conservant pour lui les honoraires qu'il touche. Le fonds social étant alors d'ordre extra-professionnel, rien ne s'opposerait à ce que la société se continuât entre le ou les praticiens survivants, et les héritiers du confrère décédé. (Même arrêt du 18 mai 1934). En fait, le plus

souvent on aura stipulé que les honoraires médicaux doivent être versés dans la Caisse commune et la société devra donc être dissoute à la mort de l'un des associés.

Nous verrons comment mettre la Maison Médicale à l'abri des dissolutions multiples qui résulteraient du décès de chacun des médecins attachés.

Apports. — Chaque associé doit faire à la société un apport. Cet apport peut être pur et simple ou consenti à titre onéreux.

L'apport pur et simple est rémunéré par des droits soumis aux chances sociales (parts d'intérêts, fractions de bénéfices sociaux). Il est frappé d'un droit de 3,25 % sur son montant net si l'apport est mobilier. Si l'apport consiste en immeubles, au droit de 3,25 % (droit d'apport), s'ajoute le droit de transcription, soit 2,70 %.

L'apport à titre onéreux est rémunéré par des espèces ou valeurs équivalentes, échappant aux risques courus par la société. C'est une véritable vente. Le droit dont il est frappé varie selon la nature des biens qui en font l'objet (1,65 % pour les effets négociables et créances, 7,60 % pour les meubles, 14,60 % pour les immeubles, plus, le cas échéant, la taxe de première mutation de 3,30 %).

Quant à leur consistance, les apports peuvent être en nature : *mobilier professionnel, instrumentation,immeuble à usage de clinique, etc...;* en numéraire; ou en industrie, c'est-à-dire représenter l'activité professionnelle de l'associé, sa compétence, ses titres, son expérience ou ses relations.

L'article 1847 du Code civil dispose que, sauf clause contraire, l'associé qui fait un apport en industrie « doit compte à la société de tous les gains qu'il a faits par l'espèce d'industrie qui est l'objet de la société », c'est-à-dire de toutes ses recettes professionnelles.

Partage des bénéfices sociaux. — Les bénéfices seront constitués soit par le versement des honoraires ou d'une fraction des honoraires perçus par chaque médecin, soit par les recettes réalisées par la société pour la location et l'utilisation des appareils et locaux qu'elle mettra à la disposition des médecins, soit par les versements des clients ayant séjourné dans l'établissement ou y ayant été traités. Sauf stipulation contraire le partage des gains ou des pertes doit s'opérer dans la proportion des apports. (Art. 1853 du C. civ.) et la part de l'associé qui n'a apporté que son industrie, est réglée comme si sa mise avait été égale à celle de l'associé qui a le moins apporté. Mais toute autre clause serait valable, à la condition qu'elle n'ait pas pour effet, soit d'attribuer à l'un des associés la totalité des bénéfices sociaux, soit de l'exonérer de toute perte. S'il en était autrement, la société serait nulle, comme léonine. On pourrait stipuler valablement un partage inégal des bénéfices, une participation progressivement croissante d'un associé dans les bénéfices, l'attribution exclusive des bénéfices au survivant des associés, ou à l'un des associés si l'autre prédécède sans enfants.

Il y aura lieu de préciser de quelle façon sera déterminée la masse partageable ; le plus souvent, il s'agira des bénéfices nets, déduction faite de tous frais d'exercice professionnel exposés par chaque associé, notamment des frais de transport.

Administration. — Elle appartient à celui qui est désigné par l'acte constitutif. Dans le silence de cet acte, chaque associé aura ce pouvoir. Chez les sociétés de deux ou trois membres, il n'y a aucun inconvénient à ce partage des fonctions d'administration, car l'administration dans ce cas s'identifie le plus souvent avec l'exercice professionnel. Nous verrons que pour la Maison médicale il en ira autrement.

Dissolution de la société. — Si la société est à durée indéterminée, on peut mettre à la charge de l'associé qui prend l'initiative de la dénonciation, sauf cas de force majeure, le versement d'une indemnité aux autres associés.

Il sera bon d'insérer aussi une clause permettant ou interdisant, après dissolution, l'exercice médical à tel ou tel des associés dans un rayon et pour une période déterminés. La validité d'une telle clause est maintenant reconnue par la Cour de Cassation (arrêt du 20 août 1941).

Les règles de liquidation et de partage de l'actif social devront être précisées. Si aucun liquidateur n'a été désigné par les statuts, la liquidation est faite par tous les associés.

Les droits respectifs des associés s'établissent soit d'après la part attribuée à chacun d'eux par l'acte de société, soit, si cette part n'a pas été déterminée, en proportion de leur mise dans le fonds social.

Dans la majorité des cas, il sera bon de laisser à l'associé survivant la possibilité de conserver l'ensemble de l'actif social, à charge par lui de verser aux héritiers de l'associé prédécédé une indemnité fixée sur les bases du dernier inventaire social ayant précédé le décès et payable en espèces soit immédiatement, soit par fractions échelonnées. Cette indemnité devra être, ou non, augmentée de la part de l'associé prédécédé dans les bénéfices de l'année courante.

Impôts. — *a) Patente.* La constitution d'une société avec locaux professionnels communs est avantageuse au point de vue patente : l'associé principal doit, en effet, payer un droit fixe dans

les conditions ordinaires, mais les associés secondaires ne sont assujettis qu'à une portion d'un second droit fixe dont ils partagent la charge. Quant au droit proportionnel, il est calculé sur la valeur locative des locaux servant à l'exercice professionnel. Il sera donc nécessairement moins élevé que s'il y avait exercice indépendant par chacun des associés. C'est une double économie qui est ainsi réalisée.

b) *Impôts sur le revenu.* — La société paiera l'impôt sur les bénéfices non commerciaux, calculé sur les revenus nets encaissés par elle avant partage. Chaque associé ne paiera ensuite que l'impôt général sur le revenu dans le calcul duquel doit entrer le montant de la part des bénéfices sociaux encaissés par lui.

Autrefois, le fisc prétendait en outre faire verser à chaque associé sur sa part de bénéfices, l'impôt spécial sur le revenu des valeurs mobilières, ce qui avait pour effet de faire payer une double imposition cédulaire. Cette charge supplémentaire était juridiquement fondée, par suite d'une lacune du Code des valeurs mobilières qui, voulant viser par cet impôt les sociétés de capitaux, n'en avait formellement exempté que les sociétés de personnes commerciales (sociétés en nom collectif) et avait omis les sociétés civiles. Une loi du 12 mars 1937, promulguée sur de pressantes démarches des milieux syndicaux et notamment du « Sou médical », est venue réparer cet oubli en exemptant de l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières « *les parts d'intérêts dans les sociétés civiles de personnes assujetties à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dont le capital ne comprend que les biens mobiliers nécessaires à l'exercice de la profession des associés* ». Il faut remarquer que pour être dispensé du paiement de l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières, la société ne devra recevoir que des *apports mobiliers.* Nous nous en souviendrons pour l'étude de la Maison médicale.

Telles sont les principales questions que pose la constitution de sociétés civiles entre médecins. Diverses clauses secondaires pourront être utilement insérées dans les statuts : prévision du cas d'extension de l'objet social ou du nombre des associés, date et durée des vacances, exclusivité ou non, au profit de la Société, de l'activité professionnelle de tel ou tel associé, droit de présenter un successeur, conditions d'agrément dudit successeur, etc... Autant de cas particuliers, autant de stipulations différentes que tout homme d'affaires avisé suggèrera à nos lecteurs. Le « Sou médical » est d'ailleurs à la disposition de ceux de ses adhérents, chirurgiens ou autres, qui désirent s'associer avec un confrère, pour les guider.

La Maison Médicale

Tout ce que nous avons dit des sociétés civiles s'applique à la Maison médicale qui, juridiquement, doit être constituée sous forme de société civile. Le nombre des associés sera seulement plus grand que dans les sociétés sur lesquelles nous avons jusqu'à présent raisonné, et au lieu de se limiter à l'exercice d'une ou deux spécialités, l'activité de cette société plus importante pourra englober l'intégralité du domaine médical. Notons seulement quelques points particuliers :

1° Il sera préférable de ne pas fairer entrer dans le fonds social les honoraires des médecins participants, mais de donner comme recettes à la société un prix de location fixe ou proportionnel à payer par les médecins pour la jouissance ou l'utilisation des locaux, des services administratifs ou du matériel social, ou le prix payé par les clients pour leur séjour ou leur traitement dans cet établissement ; ceci afin d'éviter qu'au décès de chaque médecin, la société soit dissoute et qu'il faille reconstituer une nouvelle société ;

2° le fonds social étant nécessairement important et l'administration de la société étant plus complexe que dans une simple association de médecins, il sera bon de désigner un associé chargé de l'administration de la société, responsable de la gestion et ayant seul qualité pour traiter avec les tiers ;

3° il faudra que l'immeuble dans lequel sera installée la Maison médicale ne soit pas la *propriété* de la société, afin d'éviter le paiement de l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières pour les associés (*cfr* colonne ci-contre). La société devra donc être simplement locataire de cet immeuble qui pourra appartenir soit à un associé personnellement, soit à un tiers.

Ainsi, par cette étude un peu technique, nous croyons avoir démontré que la Maison médicale dont le Docteur Noir a déjà préconisé, il y a vingt ans, la large diffusion, n'est pas un plan sans consistance, et que ce plan peut être très rapidement et facilement réalisé. Des plumes plus autorisées que la nôtre ont développé les raisons sérieuses qui devraient inciter les médecins à se grouper pour diminuer les frais professionnels et rendre les soins médicaux plus accessibles aux petites bourses. Notons seulement que la réforme hospitalière imminente par la concurrence très âpre qu'elle va instaurer contre la médecine indépendante rendra plus nécessaire que jamais pour les médecins, la mise en vigueur de ce vieux projet. C'est donc une orientation *vitale* pour la profession.

Pierre Douriez.

PROJET DE CONTRAT-TYPE DE SOCIÉTÉ CIVILE ENTRE MÉDECINS

MM. X. et Y. ont établi ainsi qu'il suit les statuts d'une société civile devant exister entre eux.

Art. 1er. — Il est formé par les présentes entre MM. X et Y une société civile qui sera régie par l'art. 1832 et suiv. du Code civil et par les présents statuts.

Art. 2. — MM. X. et Y. mettent en commun leurs connaissances et leur travail professionnel, ainsi que tous moyens matériels destinés au traitement de .... et plus spécialement de ....., chacun des associés conservant son indépendance et sa responsabilité professionnelle la plus entière, et le choix des malades entre eux demeurant libre.....

Art. 3. — La société est constituée pour une durée de.... années à compter de ce jour,

— *Ou* pour une durée indéterminée.

Son siège est à...

Art. 4. — MM. X. et Y. font apport à la société d'une somme de ...

— *Ou* d'un matériel et instrumentation professionnels constitués par .....

— *Ou* d'un droit au bail.....

— *Ou* d'un immeuble sis à.....

Art. 5. — La société sera gérée et administrée par MM. X. et Y. conjointement,

— *Ou* par M. X. seulement.

Art. 6. — La répartition des bénéfices sociaux se fera annuellement. Les recettes de la société seront constituées par les honoraires reçus par chacun des associés au titre professionnel, quelles que soient les qualifications données à ces sommes par le débiteur et quel que soit le lieu où les soins auront été donnés,

— *Ou*.... par les sommes versées à la caisse sociale par chacun des associés pour l'utilisation et la jouissance du matériel social selon des règles qui seront fixées par un règlement intérieur.

— *Ou*... par les sommes versées par les clients de chacun des associés, pour le séjour ou le traitement dont ils auront bénéficié dans l'établissement, aux conditions fixées par règlement intérieur,

Des recettes brutes ainsi réalisées par la Caisse sociale seront déduites, avant partage, toutes les dépenses d'exercice professionnel exposées par chacun des associés, frais de transport compris,

— *Ou*... chacun des associés conserve la charge de ses frais d'exercice.

Le partage des bénéfices se fera entre MM. X. et Y. par parts égales,

— *Ou* de la façon suivante : 2/3 à M. X.; 1/3 à M. Y.;

— *Ou* la première année 25 % à M. X.; 75 % à M. Y. la deuxième année.... (participation progressive.)

Art. 7. — Aucun des associés ne pourra céder à un tiers ses droits dans la présente société, si ce n'est à un docteur en médecine et avec le consentement exprès de tous les associés.

Art. 8. — En cas de décès de l'un des associés pendant le cours de la société, celle-ci sera dissoute.....

— *Ou* ne sera pas dissoute (*si les honoraires médicaux ne tombent pas dans la Caisse sociale*).

S'il n'existe que deux associés, elle sera par contre dissoute de plein droit et sa liquidation sera opérée par le dernier associé.

Art. 9. — A l'expiration de la société, la liquidation sera faite soit par les associés conjointement,

soit par le ou les survivants...,

soit par celui qui aura été désigné par les autres. Le liquidateur aura les pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif social.

Art. 10. — En cas de dissolution anticipée,

— *Ou* en cas de dissolution avant un délai de... M. X. ou M. Y. (ou MM. X. et Y.), ne pourront exercer la médecine pendant X ans dans un rayon de Y kilomètres autour de...

Si la société est à durée indéterminée, aucun des associés ne pourra dénoncer le présent contrat qu'avec un préavis de X années ou mois.

L'associé prenant l'initiative de la dénonciation devra, sauf le cas de force majeure, verser à ses coassociés une indemnité de....

Art. 11. — En cas de décès de l'un des associés le ou les survivants aura la faculté de conserver la propriété de l'intégralité de l'actif social et de continuer à exercer la médecine à charge par lui de payer aux héritiers du prédécédé une indemnité égale à la moitié dudit actif (ou à une autre fraction) calculé sur les bases du dernier inventaire social ayant précédé le décès....

Art. 11 *bis*. — Si *la société est constituée entre deux médecins dont l'un doit, à l'expiration de la société, succéder seul à l'autre, insérer la clause suivante* : à l'expiration de la société M. X. s'engage à présenter M. Y. pour son successeur. Il s'engage à ne plus exercer la médecine à compter de cette date dans un rayon de X kilomètres autour de.... et pendant Y années.

M. Y. versera à M. X. une indemnité de....

Art. 12. — Pour l'exécution des présentes, les parties font élection de domicile au siège social.

NOTA. — *Le présent projet est volontairement sommaire et contient des clauses très générales. Il devra être soigneusement adapté et complété dans chaque cas particulier.*



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

Si, au contraire, un seul compteur mesure à la fois les consommations professionnelles et les consommations domestiques, le taux de rationnement sera celui qui correspondra à l'usage prépondérant. Si la consommation de base excède 200 kwh. par mois, le taux de rationnement moyen sera fixé par M. l'Ingénieur en chef du contrôle des distributions d'énergie électrique.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur de l'électricité,

ILLISIBLE.

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers

Le Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers, fondé sur l'initiative de l'Union nationale des étudiants de France par le Comité supérieur des Œuvres sociales en faveur des étudiants, vient de publier un remarquable « *Recueil d'informations universitaires et professionnelles* » préfacé par un message de M. Carcopino, secrétaire d'Etat à l'Education nationale, et destiné spécialement aux prisonniers. Ce volume est déjà largement distribué dans tous les camps d'Allemagne. Les étudiants prisonniers y trouveront tous les renseignements capables de les intéresser lors de leur libération.

La relève des médecins de prisonniers

A l'heure où il est question de relève des *médecins de prisonniers*, si le chiffre des volontaires pour cette relève est insuffisant, je pense qu'on pourrait employer plus judicieusement un grand nombre de médecins militaires de carrière qui sont attachés aux camps de prisonniers de la zone occupée.

Le service médical de ces camps pourrait être assuré par des médecins (du cadre de réserve) des localités où ils se trouvent, ce qui rendrait disponibles pour la relève de nos confrères prisonniers un certain nombre de médecins militaires.

Ainsi, à A..., où j'exerce, deux camps sont desservis par un médecin-lieutenant et un médecin-adjudant. J'accepterais volontiers de remplacer l'un d'eux, si cette action dvait permettre le retour d'Allemagne d'un de nos compatriotes.

Dr F.

L'abus des certificats médicaux

Un de nos confrères, à juste titre excédé, nous fait part de son état d'âme en ces termes :

On m'a demandé, dernièrement, un certificat déclarant qu'une jeune fille de 17 ans, parce qu'elle avait fait autrefois du rachitisme vertébral, ne pouvait pas porter de chaussures à talons hauts. J'ai appris, à cette occasion, que les bons pour chaussures à talons plats n'étaient délivrés que jusqu'à l'âge de 16 ans ; le même jour, il m'a fallu, sur une

demande de bon de chaussures, certifier qu'un mutilé des membres inférieurs, du fait de ses blessures, usait ses chaussures plus vite qu'un individu normal ; un de mes amis, chirurgien, me disait ces jours derniers, qu'un de ses opérés, d'ailleurs rétabli, lui avait écrit, sollicitant l'octroi d'un certificat destiné à obtenir du charbon, « flambant et pour poêle à feu continu ». Je ne parle pas des certificats de régimes et des clients que l'on perd lorsqu'on les refuse. Bref, nous sommes de plus en plus noyés dans la paperasserie. Et les commissariats sont de plus en plus encombrés de files de gens qui viennent pour que soit certifiée matériellement la signature de leur médecin.

Bien entendu, ces certificats ne sont jamais, ou sont très rarement, honorés.

Je pense qu'une bonne solution serait que l'Ordre des médecins ordonnât que, sur chaque certificat délivré, soit apposé, sous peine de nullité, un timbre d'une valeur à déterminer et dont une partie tomberait dans sa Caisse, le reste devant aller à l'Etat, ou à une de ses organisations de solidarité : Secours national, Prisonniers de guerre, par exemple.

Le rationnement dans les maisons d'arrêt

Un de nos lecteurs, médecin de la maison d'arrêt de sa ville, nous signale que les prisonniers perçoivent dans cette auberge bénie 400 grammes de pain par jour et 125 grammes de viande trois fois par semaine.

Beaucoup d'honnêtes gens se mettraient bien au régime des prisonniers de L....

Faut-il, décidément, tuer ou escroquer son prochain pour manger à sa faim dans la France nouvelle ?

COURRIER LITTÉRAIRE

AUX EDITIONS DENOEL

— Un ophtalmologue, le Docteur René DEGORNE, va publier sous le pseudonyme de René BREHAT, une vie très fouillée de l'auteur des *Paroles d'un Croyant*. Titre : **Lamennais le trop chrétien.**

— Un chirurgien de Rouen publie sous le pseudonyme de François RAMBOUX un roman sur la psychologie de la femme de quarante ans. Titre : **Roses épanouies.**

— Enfin, Fanny LE JEMTEL, femme de chirurgien, publie un roman très captivant dont toutes les femmes de médecin lui sauront gré. Titre : **Visite de Nuit.** L'auteur y dépeint la vie de la compagne du médecin de province avec une grande exactitude.

— **Portrait du Japon.** Etude solidement documentée de Maurice PERCHERON sur l'histoire du Nippon depuis les samouraïs jusqu'à nos jours.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Académie de médecine

Par arrêté en date du 5 décembre 1941, est approuvée l'élection, par l'Académie de médecine, de M. Courcoux, pour remplir la place vacante de membre titulaire dans la première section (médecine et spécialités médicales).

Par arrêté en date du 5 décembre 1941, est approuvée l'élection, par l'Académie de médecine, de M. Courrier, pour remplir la place vacante de membre titulaire dans la 4e section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

(*J. O.*, 7 décembre 1941.)

Enseignement

Par arrêté en date du 4 décembre 1941, M. le Docteur Auguste, agrégé libre, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Par arrêté en date du 4 décembre 1941, M. Rhenter a été nommé, à compter du 1er décembre 1941, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Par arrêté en date du 3 décembre 1941, M. Max Jayle, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est, à titre exceptionnel, pérennisé dans ses fonctions, à compter du 1er octobre 1941.

Par arrêté en date du 4 décembre 1941 :

M. le Docteur Jacques Dor, agrégé institué, est nommé agrégé, à compter du 1er octobre 1941 (section de chirurgie), à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille.

M. le Docteur Maurice Recordier, agrégé institué, est nommé agrégé, à compter du 1er octobre 1941 (section de médecine), à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille.

Par arrêté en date du 4 décembre 1941 :

M. Pierre Fabre, agrégé, est chargé, à titre provisoire, à dater du 1er octobre 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1941-1942, de l'enseignement de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. Boularan, agrégé, est chargé provisoirement, à dater du 1er octobre 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1941-1942, de l'enseignement de la chaire de clinique chirurgicale et gynécologique à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Sont chargés des cours complémentaires suivants à dater du 1er octobre 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1941-1942, à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. Burollet, docteur en pharmacie et docteur ès-sciences, matière médicale.

M. Virenque, agrégé, pathologie chirurgicale.

M. Dubost, agrégé, physique biologique et médicale.

Par arrêté en date du 4 décembre 1941, M. Billard (Jean), professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique chirurgicale à cette école, en remplacement de M. Lardennois (Henry), admis à la retraite.

(*J. O.*, 6 décembre 1941).

& ÉCHOS COMMENTAIRES

IMPÔTS DES PRISONNIERS. — LIBERTÉ DE TRAITEMENT EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL. — POUR UNE COMMUNAUTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES — MÉDECIN D'USINE. — ASSISTANCE SOCIALE.

Nous avions, en son temps, commenté la circulaire du 10 mai 1941 qui, sous certaines conditions, permettait aux prisonniers d'obtenir le dégrèvement des impôts qui leur étaient réclamés pour les années 1939 et 1940.

Une nouvelle circulaire du Ministre des Finances, datée du 31 juillet 1941, a étendu ces mesures aux cotes d'impôts recouvrables en 1941.

Le bénéfice en est accordé aux contribuables prisonniers au 1er août 1941, pour leurs cotes d'impôts directs (contributions foncière, mobilière, patente...) à l'exclusion des impôts sur le revenu.

Si les cotes sont d'un montant inférieur à 5.000 francs par an et par commune d'imposition, le dégrèvement est prononcé d'office par le percepteur sur simple demande du contribuable justifiant de sa qualité de prisonnier au 1er août 1941.

Si les cotes sont d'un montant supérieur à 5.000 francs, le contribuable ne peut plus prétendre au dégrèvement d'office, mais simplement à une remise gracieuse. La demande doit en être faite au directeur des contributions directes du département, par l'intermédiaire du contrôleur. Ces fonctionnaires ont reçu des instructions leur recommandant la plus grande bienveillance dans l'examen de ces dossiers.

***

Si l'entente directe est légalement condamnée en matière d'accidents du travail, la jurisprudence se refuse encore à instituer, contrairement à ce que certains voudraient, le « traitement dirigé », dirigé bien entendu par le chef d'entreprise ou la Compagnie d'assurances. Un jugement récent (23 septembre 1941) du Tribunal civil de Marseille le rappelle fort opportunément dans le cas suivant.

A la suite d'un accident du travail, un malade était atteint d'une incapacité permanente de 20 %. Le chef d'entreprise, prétendant qu'une néphroscopie aurait sensiblement réduit son invalidité, n'entendait liquider sa rente que sur la base de 5 %.

Le Tribunal a rejeté cette prétention, car un *accidenté est toujours libre de se refuser à subir une intervention, même de faible importance, dès lors qu'elle comporte certains risques.* Le risque résultait, en l'espèce, de la nécessité d'une anesthésie locale dont le choc aurait pu mettre en danger la vie de l'opéré, ou tout au moins le lui laisser croire.

Ce n'est que dans le cas d'opération tout à fait bénigne, améliorant notablement l'état du malade et ne comportant pour lui aucun aléa, qu'il pourrait être tenu compte d'une résistance injustifiée de sa part dans le calcul de la rente.

Les principes de cette distinction, déjà posés par la Cour de Douai dans un arrêt du 12 octobre 1931,

sont admis par la Cour suprême. On ne peut que se louer d'une jurisprudence qui, indirectement, consacre la liberté de traitement du praticien en ce domaine.

***

Sous l'égide de la Chambre des travailleurs intellectuels vient de se constituer le *Comité d'entente et de coordination des professions libérales et artistiques*, dont la présidence a été attribuée au Professeur LERICHE.

Ce Comité s'est donné pour tâche d'organiser et de défendre les professions dites « libérales », qui, jusqu'à présent, s'étaient vu refuser le bénéfice de toute la législation sociale.

Il prônerait également la création de groupes professionnels représentant au sein d'une même organisation toutes les professions tendant à un même but. Nous revenons ainsi à la corporation sanitaire dont nous avons toujours souhaité la réalisation.

***

Par une toute récente circulaire, le Secrétaire d'Etat à la Production industrielle a précisé aux Comités d'organisation des diverses industries qu'il leur appartenait d'organiser dans leurs professions les services médico-sociaux.

Chaque Comité devra s'attacher un médecin-conseil qui aura pour première fonction de créer des services médico-sociaux d'entreprise, ou le cas échéant inter-entreprises.

Les nominations des médecins d'entreprise seront soumises à son agrément. Il leur donnera des directives communes et coordonnera leurs efforts.

Pour être à même de remplir ce rôle de conseiller technique, le médecin-conseil du Comité d'organisation devra posséder une vue d'ensemble des problèmes propres à la profession, afin d'adapter les services aux nécessités techniques au fur et à mesure de leurs transformations.

Etant donné le rôle essentiel que ces conseillers médico-sociaux auront à jouer dans chaque profession, leurs nominations seront soumises à l'agrément du secrétaire d'Etat à la production industrielle.

La médecine du travail s'organise. Il faudrait que l'Ordre s'en occupe de près afin qu'elle se fasse en accord avec sa doctrine.

***

Divers décrets du 12 novembre 1941 ont réorganisé les services d'assistance sociale. Désormais il existe deux diplômes distincts : celui d'assistant ou d'assistante médico-sociale, celui d'assistant ou d'assistante sociale.

La différence de leurs titres précise le rôle qui est assigné à leurs titulaires. Les premiers seront les auxiliaires des médecins dans tout service social public ou privé ; les seconds seront plus particulièrement spécialisés dans les questions familiales.

Les études comprennent un enseignement théorique, pratique et des stages, d'une durée de 2 ans 1 /2. Elles sont réservées aux candidats possédant la première partie du baccalauréat, le brevet supérieur ou ayant satisfait à un examen d'entrée dont le programme sera ultérieurement fixé.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.214. — Délivrance du certificat de guérison en deux exemplaires

Faut-il fournir vraiment un certificat en double exemplaire pour la reprise du travail ?

Réponse

En vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 1er juillet 1938, le médecin traitant a l'obligation d'adresser à l'employeur, dès que les conséquences de l'accident sont connues, et au plus tard dans les huit jours, le certificat en double exemplaire, prévu par l'art. 11 et le même article 11 ajoute : « lors de la guérison de la blessure, sans incapacité permanente ou s'il y a incapacité permanente au moment de la consolidation, un certificat médical, indiquant les conséquences définitives si elles n'avaient pu être ultérieurement constatées, sera déposé dans les mêmes formes ».

Par conséquent, le certificat de guérison doit être déposé en double exemplaire, comme le certificat initial.

ASSURANCES SOCIALES

4.865. — Assurances sociales. Régime spécial des employés de chemin de fer

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur les faits suivants :

Un employé de la S. N. C. F. en bricolant chez lui se blesse et d'urgence vient me trouver. Par la suite, il me dit ne pouvoir continuer à être soigné par moi, son Administration l'obligeant à se faire traiter par le médecin du réseau. D'autre part, il prétend ne pouvoir se faire rembourser par ses Assurances sociales la quote-part des honoraires que j'ai pris, les feuilles de maldaie n'étant délivrées que pour les membres de la famille à l'exception de l'employé qui, lui, est contraint à la thérapeutique ferroviaire.

Je trouve tout cela assez étrange et voudrais bien être fixé. Dr P.

Réponse

Le paragraphe 1er de l'art. 23 de la loi sur les Assurances sociales, exclut du bénéfice de la loi différentes catégories de salariés, et notamment les salariés des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaires et d'intérêt local, etc... Tous ces salariés demeurent soumis aux lois et règlements qui les régissent.

D'autre part, un décret du 6 août 1938 a fixé définitivement le régime des employés de chemins de fer et de leurs familles au regard de la loi sur les Assurances sociales.

Aux termes de ce décret, les agents commissionnés, confirmés ou à l'essai, bénéficient, pour eux-mêmes seulement, des avantages en cas de maladie et de maternité prévus par le règlement des Compagnies de chemins de fer.

Pour leur conjoint et pour leurs ayants-droit, ils ont droit à des prestations équivalentes à celles des Assurances sociales, qui leur sont servies par une Caisse de prévoyance instituée par la Société nationale des Chemins de fer.

Par conséquent, il est exact qu'un employé de Chemins de fer malade ou blessé doit se faire soigner par le médecin de la Compagnie, suivant les formalités et modalités prévues par le règlement intérieur de la Compagnie, et ne peut bénéficier du libre choix, comme les assurés sociaux ordinaires.

AUTOMOBILISME

5.795. — L'emploi de la paraldéhyde est interdit

Comme je marche à la paraldéhyde depuis sept ou huit mois, je vous intéresserai peut-être, à la suite de votre article sur le *Concours*, en vous faisant connaître qu'elle constitue un *excellent* carburant.

D^r^ V.

Réponse

Nous vous rappelons que par décision du répartiteur des carburants, en date du 4 novembre 1941, l'emploi du carbure de calcium et de ses dérivés, et en particulier de la paraldéhyde, est interdit.

5.796. — Comment faciliter les mises en route

Je possède une voiture automobile Peugeot 401 un peu ancienne mais en excellent état de marche et qui me donne toute satisfaction (quand j'ai naturellement de l'essence pour mettre dans le réservoir) mais dès qu'arrive le froid la mise en marche, mon garage étant humide et non chauffé, est extrêmement pénible, généralement je suis amené à démonter les bougies, les chauffer, mettre quelques gouttes d'essence dans les cylindres, malgré cela je ne la mets pas toujours en route ni à la manivelle ni au démarreur.

Votre conseiller ne pourrait-il pas m'indiquer un remède à cette situation. Le réchauffeur que l'on met pour la marche à l'alcool ne me rendrait-il pas service ou ne pourrai-je ajouter à l'essence tourisme que j'emploie un liquide plus volatil, de l'éther par exemple ? La question du garage chauffé qui résoudrait sans doute la question n'est actuellement pas à envisager.

D^r^ L.

Réponse

Vous pourriez, en effet, ajouter à l'essence de l'éther dans la proportion de un tiers à la moitié pour mettre en route : par exemple, remplir la cuve du carburateur avec ce mélange.

Un réchauffeur électrique comme pour l'alcool vous rendrait certainement service et vous permettrait la mise en route quelle que soit la température.

Enfin, je vous signale que le moyen le plus radical consiste à remplir le radiateur avec de l'eau aussi chaude que possible quelques minutes avant de tenter le démarrage.

Un article sur les difficultés de mise en route l'hiver est paru dans le nº 49 du *Concours Médical* (pages 2.165 et suivantes.)

Henri PETIT.

5.797. — La tension normale d'un chargeur d'accus

J'ai un chargeur d'accus pour 6 et 12 volts (marque Guilliet). Or la tension contrôlée aux bornes du chargeur, avec un voltmètre, me donne 9 et 18 volts.

Puis-je sans inconvénient l'utiliser pour la recharge d'accus 6 et 12 volts ?

Dr B.

Réponse

Il est tout à fait normal que votre chargeur ait à circuit ouvert une tension de 9 et 18 volts : cela correspond à ce qui est nécessaire pour charger les accumulateurs de 6 et 12 volts.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

5.127. — Secret professionnel

La mairie de mon village me remet des imprimés pour la déclaration des décès. L'un d'eux sous forme de carte est destiné à indiquer le nom du défunt et dire si le décès est réel et constant, l'autre sous forme de carte-lettre doit porter la cause du décès et est adressé au médecin inspecteur du service d'hygiène.

En m'adressant cette paperasse, ce fonctionnaire me fait savoir que le Conseil supérieur a relevé de l'interdiction prévue à l'article 48 du Code de déontologie, les médecins de l'état civil et pour les besoins de la cause, nous sommes transformés en médecins de l'état civil.

Cette invitation à violer le secret professionnel, soulève dans mon esprit les objections suivantes :

1º De quel droit, le Conseil supérieur de l'Ordre nous transforme-t-il en médecin de l'état civil ?

2º A mon avis, il n'a pas le pouvoir de nous délier du secret professionnel. Pour obtenir ce résultat, il faudrait une loi qui supprimerait l'article 378 du Code pénal ;

3º Cette carte-lettre que nous laisserons au domicile du mort peut très bien être ouverte par les proches pour être lue et recachetée, et ceci peut aussi bien être fait par des étrangers.

Dois-je refuser de remplir ces imprimés ?

Si je le refuse, puis-je être l'objet de poursuites (j'en doute) ?

Si j'obtempère à l'ordre qui m'est donné, puis-je être l'objet de poursuites de la part des parents du décédé ?

Dr C.

Réponse

Il est exact que le Conseil supérieur de l'Ordre, dans le nº 3 du *Bulletin de l'Ordre*, a modifié l'art. 48 du Code de déontologie et spécifié que ces dispositions ne s'appliqueraient pas à la déclaration des causes du décès prévue par la Circulaire ministérielle du 7 janvier 1937, ce certificat devant être rempli par le médecin de l'Etat-

civil ou à défaut par le médecin traitant qui fait alors fonction de médecin de l'état civil.

Donc le fait pour un médecin de délivrer un certificat mentionnant la cause du décès d'un malade qu'il a traité n'est pas une infraction au regard de la déontologie et du Conseil de l'Ordre.

Mais la portée de cette disposition du Code de déontologie doit être très nettement précisée. Il ne s'agit là que d'une mesure d'ordre intérieur et disciplinaire et non point d'un texte ayant une valeur légale.

Il en va d'ailleurs de même de la Circulaire ministérielle du 7 janvier 1937 et des Circulaires subséquentes notamment de celle de M. Serge Huard sur la même question.

Du point de vue juridique, nous devons nous borner aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal, aux dispositions du Code civil sur la déclaration des décès et à la jurisprudence en matière de secret professionnel.

Observons tout d'abord qu'aucune disposition légale n'est venue modifier l'art. 378 du Code pénal et permettre au médecin la révélation de fait secret en matière de causes de décès. Les seules déclarations que la loi a permises et même rendues obligatoires sont en nombre très limité. Il ne s'agit que des déclarations de maladies contagieuses (décret-loi du 30 octobre 1935) des maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919) et plus récemment de la déclaration des avortements (décret-loi sur la Famille du 29 juillet 1939), les maladies vénériennes (décret du 29 novembre 1939).

Quelles sont, par contre, les dispositions légales en matière de déclaration de décès ?

D'après l'art. 77 du Code civil, aucune inhumation ne sera faite sans autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier de l'état civil qui ne pourra le délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès.

Ainsi que vous le voyez, aucune disposition ne subordonne l'inhumation à la délivrance par un médecin d'un certificat mentionnant les causes du décès. La loi oblige seulement le maire ou son représentant à s'assurer du fait matériel du décès et cette fonction est généralement exercée dans les communes d'une certaine importance par le médecin de l'état civil nommé et rémunéré par la commune.

Le médecin de l'état civil n'est donc en définitive qu'un simple mandataire du maire et ce n'est pas une Circulaire ministérielle, non plus qu'une décision du Code de déontologie, qui peut obligatoirement transformer les médecins traitants d'une commune en suppléants du maire pour l'application de l'art. 77 du Code civil.

Il y a lieu d'observer d'ailleurs que les familles peuvent fort bien refuser d'accomplir ladite formalité, c'est-à-dire la fourniture d'un certificat mentionnant les causes du décès et exiger que le maire vienne en personne ou par son représentant vérifier lui-même le fait matériel du décès ainsi que la loi l'y oblige. Cette vérification n'étant d'ailleurs que l'accomplissement d'une fonction imposée par la loi à l'Officier d'état

civil aucune rémunération ne peut être demandée légalement à la famille. C'est à la commune qu'il incombe de rémunérer elle-même son médecin.

A fortiori, la famille du décédé est-elle parfaitement fondée à s'opposer à toute délivrance de certificat mentionnant les causes du décès dans tous les cas où elle estime que cette cause a un caractère secret, c'est-à-dire lorsque sa révélation peut porter préjudice à la mémoire du défunt.

Telle est en effet la jurisprudence de la Cour de Cassation : l'art. 378 du Code pénal n'interdit que la révélation des faits secrets de leur nature c'est-à-dire des faits qui, par eux-mêmes ou par les conséquences qui s'y rattachent, peuvent porter atteinte à la mémoire du défunt (Cour de cassation, Chambre civile, 13 juillet 1936).

Que conclure de là ?

En pratique, lorsque la cause d'un décès n'a pas en elle-même ou par la volonté de la famille, un caractère confidentiel, rien ne s'oppose juridiquement à ce que vous vous conformiez aux demandes de l'Administration et à ce que vous délivriez le certificat de décès sur le modèle officiel qui vous est présenté.

Il est bien évident qu'il ne s'agit là pour vous que d'une faculté et non d'une obligation, car, ainsi que nous l'avons vu, c'est au maire et non au médecin qu'incombe légalement la vérification de décès.

Par contre, dans tous les cas où vous pouvez craindre que la famille considère la cause du décès comme secrète de sa nature, nous vous conseillons de vous abstenir de délivrer le certificat demandé.

C'est en vain que l'Administration invoque les précautions prises pour conserver aux mentions du certificat leur caractère confidentiel. En effet, l'absence de nom dans le certificat n'empêche pas cependant de repérer facilement l'identité du décédé en toute commune de faible importance où il y a peu de décès par jour.

D'autre part, il n'est pas vrai ainsi qu'on l'affirme couramment, que le médecin inspecteur de la Santé, auquel est remis le bulletin confidentiel, soit lié par le secret professionnel, mais plutôt il n'est lié au secret qu'à l'égard des tiers et non à l'égard de l'administration elle-même. Comme tout fonctionnaire, il est soumis aux dispositions de l'art. 29 du Code d'instruction criminelle d'après lequel toute autorité constituée tout fonctionnaire ou officier public qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerra la connaissance d'un crime ou d'un délit, sera tenu d'en donner avis sur-le-champ au Procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès verbaux et notes qui y sont relatifs.

Dans ces conditions, la révélation d'un décès de nature secrète faite par le médecin traitant au médecin inspecteur de la Santé dans un cas de ce genre pourrait motiver une dénonciation et le médecin traitant serait pénalement et pécuniairement responsable à l'égard de la famille.



LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE — SON STATUT

SOMMAIRE

BULLETIN DU MOIS

LE STATUT DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Il n'y a pas un an, nous publiions un supplément consacré au nouveau statut de l'exercice de la médecine, et nous voilà obligés aujourd'hui de le revoir entièrement, tant les lois fondamentales ont été modifiées depuis lors.

Au reste nous ne pourrons encore aujourd'hui donner un tableau définitif des conditions d'exercice de la profession médicale en France et dans l'empire français. Une des questions primordiales du nouveau régime est encore en pleine gestation, nous voulons parler de la question des médecins étrangers ou d'origine étrangère. Nous indiquons, dans le corps de ce numéro, les principales dispositions de la nouvelle loi en préparation. En gros le sens de la réforme est le suivant : une discrimination, qui n'existait pas, même à l'état d'ébauche, dans le texte de la loi du 16 *août, serait dorénavant opérée entre les médecins d'origine étrangère ayant obtenu leur naturalisation et ceux qui ont purement et simplement gardé leur nationalité d'origine. Désormais seuls les premiers pourraient prétendre au bénéfice des dérogations, dont les conditions seraient par ailleurs précisées (en ce qui concerne notamment la qualité de combattant). Toutes les interdictions prononcées en application de la loi du* 16 *août seraient remises en question et les intéressés pourraient faire de nouvelles demandes afin que leur cas soit reéxaminé.*

Ceci dit, quelles sont les principales nouveautés du statut ? Notons tout d'abord l'essentielle : à savoir la refonte de la loi du 30 *novembre* 1892 *opérée fort heureusement par la loi du* 26 *mai* 1941, *qui a intégré dans la loi organique sur l'exercice de la médecine toutes les dispositions résultant des textes postérieurs (nationalité d'origine, inscription au tableau) ainsi que nous l'avions nous-même réclamé. Grâce à cette réforme, les principes posés par les lois du* 16 *août et du* 7 *octobre cessent d'être platoniques, et les sanctions de l'exercice illégal de la médecine pourront être appliquées à ceux qui les enfreignent. L'Ordre des médecins en particulier s'en trouve considérablement renforcé, et son autorité, de morale, devient légale, puisque le médecin violant les règles édictées par lui dans la limite de ses attributions et suspendu temporairement ou définitivement par un Conseil départemental, peut, s'il n'observe pas cette mesure disciplinaire, se voir cité devant le tribunal correctionnel.*

Autre victoire, qui nous fait penser que nos critiques antérieures n'ont point été inutiles, le fameux décret-loi du 20 *mai* 1940 *sur les installations a été abrogé par la loi du* 2 *avril* 1941. *La liberté d'installation a été rétablie en principe, sous réserve des droits des médecins prisonniers libérés, malheureusement mal précisés par les textes et que la pratique administrative ou les décisions des Conseils de l'Ordre ne respectent pas toujours. Cette liberté est pleine et entière et ne peut être indirectement limitée par un refus d'inscription au tableau. En effet, une importante circulaire du Secrétaire d'Etat à la Santé publique est venue reconnaître le bien-fondé de la thèse que nous avons toujours soutenue, à savoir que les Conseils départementaux ne sont pas maîtres de leur tableau et que, si les conditions légales se trouvent remplies, l'inscription est un droit sous la seule réserve des questions de moralité.*

Une seule entorse à ce principe : le nombre limite de médecins fixés dans chaque département par le Conseil local après approbation par le Conseil supérieur, en application de la loi du 2 *avril. Mais rappelons-nous que ce nombre limite ne peut être inférieur au nombre de médecins effectivement en exercice au* 1er *septembre* 1939, *et qu'il sera calculé, d'après une décision du Conseil supérieur, sur la base d'une densité médicale de* 1 *médecin par* 1.500 *habitants, densité relativement forte, même en y comprenant tous les spécialistes. Nous avons déjà publié quelques-uns des taux limites soumis à l'approbation du Conseil supérieur. Mais précisons que ces chiffres n'ont qu'un caractère indicatif et provisoire. Une décision sur ce point n'interviendra sans doute que lorsque ces chiffres pourront être fixés pour l'ensemble du territoire national.*

Une question se posera alors, que la loi du 2 *avril n'a point résolue : de quelle manière les postes seront-ils attribués dans la limite du chiffre adopté. Nous donnons ci-dessous quelques indications sur la manière dont ce problème pourra être traité.*

Signalons enfin que le statut des médecins israélites, que la loi du 3 *octobre* 1940 *n'avait fait qu'ébaucher, se trouve maintenant définitivement précisé.*

Jean MIGNON.

I. L'Exercice de la médecine en France

A) Conditions légales requises pour l'exercice de la médecine

Loi du 26 juillet 1935

modifiée par celle du 26 *mai* 1941

Art. 1er. — « Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France :

« 1° S'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires fixées par les lois des 30 novembre 1892, 13 juillet 1921, 10 août 1924, 13 décembre 1924, 18 août 1927 ;

« 2° S'il ne remplit les conditions requises, au point de vue de la nationalité par la loi du 16 août 1940 ;

« 3° S'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940.

1° Diplôme d'Etat français de docteur en médecine

a) Les élèves en médecine et les internes

Loi du 30 novembre 1892

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1°, 2°, 3°.................................

Les dispositions du 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

....

ELÈVES EN MÉDECINE. — EXERCICE DE LA MÉDECINE. — ABSENCE DE SURVEILLANCE EFFECTIVE DE LA PART DU MÉDECIN RESPONSABLE. — EXERCICE ILLÉGAL. — COMPLICITÉ.

Le fait pour les étudiants en médecine de prendre part habituellement au traitement des maladies, sur les instructions d'un docteur en médecine, qui les envoie en visite chez ses clients, d'établir ainsi des diagnostics et de formuler des traitements, sans que le médecin responsable les ait visités ne peut être considéré comme rentrant dans les prévisions de l'article 16, § 5, de la loi du 30 novembre 1892.

Il importe peu, d'autre part, que les étudiants en question aient été munis du nombre d'inscriptions nécessaires pour effectuer des remplacements, du moment qu'il est établi qu'ils n'étaient pas pourvus de l'autorisation préfectorale.

De tels agissements constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, et le médecin qui a fourni à ces étudiants le moyen de commettre ce délit doit être condamné comme complice.

(Trib. corr. de Reims, 3 avril 1935, Cour de Paris, 19 juin 1936.)

Un médecin étranger, qui n'a pas le droit d'exercer sa profession en France, ne peut invoquer l'art. 16, § 5 de la loi du 3 novembre 1892, et prétendre exercer comme aide d'un docteur dès lors que son rôle ne se borne pas à celui d'un simple agent d'exécution des prescriptions du diplômé, mais qu'il visite les malades, pose des diagnostics, fixe des traitements et en surveille les effets sur un pied d'égalité scientifique et technique avec le médecin qui l'emploie. (Trib. corr. de Bar-le-Duc, 2 février 1938.)

HÔPITAUX. — SOINS ADMINISTRÉS PAR UN INTERNE SOUS LA DIRECTION D'UN DOCTEUR EN MÉDECINE. — RÉGULARITÉ.

Un interne opérant sous la direction d'un docteur en médecine, peut sans irrégularité donner des soins. L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 prescrit en effet que les dispositions sur l'exercice illégal de la médecine ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine agissant comme aide d'un docteur.

(Conseil d'Etat, arrêt Loiseau, 7 nov. 1935.)

INTERNE. — SOINS DONNÉS CONTRE RÉTRIBUTION A DES MALADES NON HOSPITALISÉS. — EXERCICE ILLÉGAL.

L'interne d'un hôpital qui, non muni du diplôme de docteur en médecine, traite clandestinement contre rétribution des malades non hospitalisés se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine.

(Trib. corr. Bourges, *Siècle médical,* 15 avril 1936.)

b) Les remplaçants

Loi du 30 novembre 1892

modifiée par les lois du 6 *mai* 1922 *et du* 28 *mai* 1941

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidé-

mie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Circulaire du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé en date du 24 juillet 1941

relative à la situation des étudiants effectuant des remplacements à l'égard de l'Ordre des médecins

La loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins, a posé en principe que « nul ne pouvait exercer la médecine s'il n'était habilité à cet effet par le Conseil de l'Ordre des médecins ».

Par ma Circulaire nº 36, du 10 avril 1941, adressée à MM. les Préfets et à MM. les Directeurs régionaux de la Famille et de la Santé, j'ai précisé qu'il convenait de donner la plus large interprétation à la loi du 7 octobre, et de l'appliquer en particulier à tous les médecins exerçant effectivement leur art, que ce soit en clientèle privée, ou au service d'une collectivité.

La question m'est posée de savoir s'il convient d'inscrire au Tableau de l'Ordre des étudiants en médecine effectuant des remplacements de médecins.

Or, la loi du 7 octobre n'a pas fait de différence entre les diverses catégories de personnes qui exercent la médecine ; elle s'applique donc indistinctement à toutes celles qui pratiquent effectivement cet art, conformément à la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire tant en vertu des droits conférés par le diplôme de docteur en médecine, qu'en vertu de l'autorisation préfectorale visée par l'article 6 de ladite loi.

En conséquence, j'estime que la loi du 7 octore s'applique parfaitement aux étudiants en médecine effectuant des remplacements, et que ceux-ci doivent, préalablement à tout acte médical, solliciter leur agrément du Conseil départemental de l'Ordre.

S. HUARD.

NOTE. — *L'étudiant qui remplace un médecin doit donc satisfaire à toutes les conditions posées par la loi pour exercer la médecine, sauf celle du diplôme. En particulier, il doit être français d'origine.*

Le principe d'affiliation à l'Ordre que pose très justement cette circulaire pouvait soulever certaines difficultés d'application. Le Conseil supérieur les a résolues en créant une « licence de remplaçant » valable pour toute la France.

ETUDIANT NE REMPLISSANT PAS LES CONDITIONS LÉGALES. — AUTORISATION PRÉFECTORALE DE REMPLACEMENT. — NULLITÉ. — EXERCICE ILLÉGAL. — COMPLICITÉ.

L'étudiant non muni du nombre d'inscription prévu par la loi ne peut valablement remplacer un médecin, même s'il est muni de l'autorisation préfectorale. Cet arrêté est, en effet, frappé de nullité. (Conseil d'Etat, arrêt du 7 décembre 1917).

Faute par le remplaçant d'être légalement habilité, le contrat est nul, et le remplaçant commet le délit d'exercice illégal de la médecine en soignant les clients du remplacé. (Paris, 20 novembre 1907.)

Le médecin remplacé s'expose lui-même aux peines de complicité d'exercice illégal s'il engage sciemment un remplaçant légalement inapte à exercer la médecine. (Cour de Paris, 15 mars 1865.)

EXPIRATION DE L'AUTORISATION PRÉFECTORALE. — CONTINUATION DE L'EXERCICE PAR LE REMPLAÇANT. — EXERCICE ILLÉGAL.

Se rend coupabe d'exercice illégal de la médecine l'étudiant remplaçant un docteur en médecine, qui continue à exercer après expiration de l'autorisation administrative. (Trib. corr. de Bourges)).

c) Diplômes d'Université

Circulaire ministérielle du 6 juin 1902

sur la différence entre le diplôme d'Etat et le diplôme Universitaire

L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, a formulé l'obligation pour les docteurs en médecine de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, ainsi qu'au Greffe du Tribunal civil de l'arrondissement et l'affichage par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, d'une liste annuelle des praticiens ayant satisfait à cette obligation.

Ces dispositions ne prêtent à aucune ambiguïté. Mais à l'époque où la loi ci-dessus visée a été promulguée, il n'existait qu'un seul diplôme de docteur en médecine, le *grade d'Etat*. Or, depuis la mise en vigueur de la loi du 10 juillet 1896, relative à la constitution des Universités, un nouveau titre a été créé : le *doctorat universitaire mention médecine*.

Pour éviter toute confusion entre ces deux diplômes, j'ai l'honneur, sur la demande de M. le ministre de l'Instruction publique, d'appeler votre attention sur les différences qui existent entre le *grade d'Etat* et le *titre universitaire*.

1º *Grade d'Etat*. — Le diplôme d'Etat conserve son caractère exclusivement national et professionnel ; il ouvre droit à l'exercice de la médecine en France. Les étrangers ne sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme qu'en justifiant des mêmes grades exigés des étudiants français. Il y a lieu de remarquer : 1º que ce diplôme est conféré au nom de la République ; 2º qu'il est signé, pour expédition conforme, par le directeur de l'Enseignement supérieur et revêtu du sceau du ministère de l'Instruction publique ; 3º qu'il est délivré par le recteur de l'Académie dans le ressort de laquelle se trouve la Faculté de médecine qui a fait subir les examens probatoires ;

2º *Titre universitaire*. — Les étrangers sont admis à faire leurs études médicales dans les Universités françaises à la faveur d'une dispense de grade de bachelier ; mais, en application des dispositions d'une Circulaire en date du 21 juillet 1896, le diplôme qu'ils

reçoivent à la fin du cours régulier des études (diplôme universitaire) ne leur confère pas le droit d'exercer la médecine en France. Le diplôme universitaire est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat, et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré par le président du Conseil de l'Université, sous le sceau et au nom de l'Université, et non par le Gouvernement. Les Français ne sont pas admis à postuler le titre universitaire, qui est exclusivement réservé aux étrangers.

Des deux diplômes ainsi différenciés, le *diplôme d'Etat* seul doit être enregistré à la préfecture ou sous-préfecture, en même temps qu'au Greffe du Tribunal civil de l'arrondissement par application des dispositions ci-dessus rappelées de la loi de 1892. Le *diplôme universitaire*, au contraire, ne conférant pas le droit d'exercer la médecine en France, ne doit, en aucun cas, faire l'objet de cet enregistrement.

2° Qualité de français

a) Nationalité française à titre originaire

Loi du 16 août 1940

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien en France et dans les colonies françaises **s'il ne possède la nationalité française à titre originaire comme étant né d'un père français.**

Art. 2. — Sur proposition du secrétaire général à la Santé publique un **décret** contresigné par le ministre secrétaire d'Etat à la Famille et à la Jeunesse **peut autoriser** ceux qui ne remplissent pas la condition prévue par l'article 1er **à exercer la médecine en France.**

3) S'ils ont scientifiquement honoré leur patrie d'adoption.

***b*) S'ils ont servi dans une unité combattante de l'armée française au cours des guerres de 1914 ou 1939.**

Art. 3. — La condition prévue par l'article 1er **n'est pas exigée.**

1° Des personnes réintégrées de plein droit dans la nationalite française à dater du 11 novembre 1918, lorsqu'elles descendent, en ligne paternelle s'il s'agit d'enfants légitimes, et en ligne maternelle s'il s'agit d'enfants naturels, d'un ascendant ayant perdu la nationalité par application du traité franco-allemand du 10 mai 1871 ou lorsqu'elles sont nées en Alsace-Lorraine avant le 11 novembre 1918 de parents inconnus ainsi que des personnes qui auraient eu droit à cette réintégration si elles n'avaient déjà acquis ou revendiqué la nationalité française antérieurement au 11 novembre 1918 ;

2° Des enfants naturels nés en France de parents non dénommés ou de mère française et de père inconnu à condition toutefois qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger.

Note. — *La loi du* 16 *août* 1940 *va d'ailleurs être enfin modifiée.*

La Santé publique prépare le texte modificatif concernant la France métropolitaine. Le ministère des Colonies s'occupe de l'Empire français.

En ce qui concerne la France métropolitaine, les exceptions reconnues seraient toujours les titres militaires d'une part, et d'autre part, les titres scientifiques, mais il serait précisé que, dans certains cas particuliers et lorsque les titres militaires ne seraient pas suffisants ou même n'existeraient pas, le ministre de la Santé publique pourrait accorder une dérogation en se basant sur la famille de l'intéressé ; à titre exceptionnel même un postulant n'ayant aucun titre pourrait être relevé de la déchéance légale.

Quant aux femmes touchées par la loi du 16 *août, leurs dossiers seraient examinés en tenant compte des titres de leur mari, leur père et leurs frères.*

Pour les médecins faisant l'objet d'un arrêté d'interdiction, une Circulaire du 17 *septembre prévoit qu'il peut être accordé des sursis renouvelables, lorsque le médecin déchu du droit d'exercer possède une famille française ou a quelques titres particuliers autorisant une mesure de bienveillance à son égard.*

Dans l'esprit de la Santé publique, certains de ces sursis pourraient être renouvelés jusqu'au jour où les frontières seront à nouveau ouvertes.

La Santé publique se défend, par ce procédé, de tourner la loi du 16 août. Elle n'y voit qu'une question d'humanité destinée à protéger les femmes et les enfants français.

Enfin, les dérogations définitives à la loi du 16 *août ne feront pas l'objet d'un décret individuel, mais résulteront de simples arrêtés signés par le* Docteur Huard, *ceci afin d'éviter les lenteurs et les abus qu'avait entraîné le procédé initial.*

Décret du 31 mai 1941

concernant l'application de la loi du 16 *août* 1940

Art. 1er. — Le décret du 5 octobre 1940 relatif à l'application de la loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine est abrogé.

Art. 2. — Les demandes de dérogation à la loi du 16 août 1940 sont instruites selon les modalités que fixera un arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Arrêté du 5 juin 1941

relatif aux demandes de dérogations prévues par la loi du 16 *août* 1940 *modifié par l'arrêté du* 3 *juillet* 1941

Art. 1er. — Les demandes de dérogations prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940 sont instruites par une Commission de contrôle instituée auprès du secrétaire général de la Santé.

ART. 2. — Cette Commission comprend trois membres :

1° Le directeur de la Santé, ou son représentant ;
2° Un représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ;
3° Un membre du Conseil d'Etat désigné par arrêté du garde des Sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice.

Elle est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant.

Art. 3. — Les demandes des intéressés doivent être adressées au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé par l'intermédiaire du Préfet du département où réside le requérant.

Elles sont établies dans la forme prescrite par les instructions du secrétaire d'Etat.

Art. 4. — Les demandes formulées par les médecins exerçant en France, ou dans les Colonies françaises à la date de la mise en vigueur de la loi du 16 août 1940 cesseront d'être recevables à compter de la publication du présent arrêté.

Exception est faite toutefois pour les médecins prisonniers de guerre, qui disposeront, pour présenter leur demande, d'un délai de deux mois à compter du jour de leur libération définitive.

Les requérants sont autorisés à continuer d'exercer la médecine jusqu'à ce qu'il ait été statué sur leur demande.

ART. 5. — Les docteurs en médecine qui ne possèdent pas la nationalité française à titre originaire et qui n'exerçaient pas effectivement la médecine en France ou dans les colonies françaises à la date de la mise en vigueur de la loi du 16 août 1940, doivent formuler leur demande avant d'accomplir aucun acte de leur profession.

Ils ne pourront accomplir aucun acte de cette profession avant qu'il ait été statué définitivement sur leur cas.

Toutefois, ils pourront être autorisés à effectuer des remplacements.

ART. 6. — Les demandes sont obligatoirement communiquées par le Préfet au Conseil départemental de l'Ordre des médecins et au Directeur général de la Famille et de la Santé, qui formulent leur avis motivé.

Elles sont ensuite transmises par ses soins au secrétaire d'Etat avec ces deux avis, auxquels il joint le sien.

Toutefois, l'avis du Conseil départemental de l'Ordre et celui du directeur régional ne sont pas requis pour les demandes transmises antérieurement à la publication du présent arrêté, dans les conditions fixées par le décret du 28 octobre 1940.

Art. 7. — La Commission présente ses conclusions au secrétaire général de la Santé.

Celui-ci établit les propositions définitives et les transmet au secrétaire d'Etat, avec les avis de toutes les autorités qui ont eu à en connaître.

Art. 8. — Toutes les demandes qui ne sont pas comprises dans ces propositions font l'objet d'un arrêté, prononçant leur rejet, qui est immédiatement notifié par l'intermédiaire du Préfet à l'intéressé et au Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Il en est de même des demandes qui ne sont pas retenues par le secrétaire d'Etat.

Si le requérant est bénéficiaire d'une autorisation provisoire d'exercer jusqu'à ce qu'il ait été statué sur sa demande, cette autorisation cesse d'avoir effet le huitième jour qui suit la notification de cet arrêté.

Art. 9. — Les décrets de dérogation sont notifiés aux intéressés et aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins par les soins du secrétaire général de la Santé et par l'intermédiaire des Préfets.

Il appartient à leurs bénéficiaires de solliciter leur inscription au tableau de l'Ordre selon les prescriptions de la loi du 7 octobre 1940, la dérogation qui leur est accordée ne pouvant en aucun cas en tenir lieu. (*J. O.*, 6 juin 1941).

Arrêté du 3 juillet 1941

relatif aux demandes de dérogation prévues par la loi du 16 *août* 1940

Art. 1er. — Les dispositions de l'arrêté du 5 juin 1941 relatif aux demandes de dérogation prévues par l'article 2 de la loi d 16 août 1940, sont applicables aux chirurgiens-dentistes et pharmaciens, à l'exception de celles qui prévoient la consultation de l'Ordre des médecins, la notification audit ordre et l'obligation pour les bénéficiaires de dérogation de solliciter eux-mêmes l'inscription au tableau.

....

MÉDECIN ÉTRANGER. — DEMANDE DE DÉROGATION. — AUTORISATION PROVISOIRE D'EXERCICE. — RETRAIT. — REPRISE DE L'EXERCICE EN APPLICATION DE L'ARRÊTÉ DU 5 JUIN 1941. — VALIDITÉ.

Ne saurait être considéré comme exerçant *illégalement la médecine*, le médecin étranger qui, ayant déposé une requête en dérogation en application de l'art. 2 de la loi du 16 août 1940, a repris l'exercice de son art jusqu'à décision du Ministre, malgré le retrait d'autorisation du Préfet. Ledit médecin peut, en effet, à bon droit se prévaloir des dispositions de l'art. 4 de l'arrêté du 5 juin 1941.

(Trib. corr. de Saint-Claude, 19 septembre 1941).

Résultats pratiques de la loi du 16 août 1940

(compris octobre 1941)

Le Service des médecins étrangers, précédemment rattaché directement au Cabinet, fait maintenant partie du 5e *Bureau de la Direction de la Santé.*

Sur les 3.200 *dossiers déposés,* 3.000 *sont à l'heure actuelle examinés :*

1.000 *ont donné lieu à des arrêtés d'interdiction définitive.*

750 *ont reçu un avis favorable définitif,*

le reste est composé de dossiers réservés qui vont être une nouvelle fois examinés.

b) Médecine frontalière — Divers

Décret du 25 juillet 1889

qui prescrit la promulgation de la convention conclue à Paris, le 29 mai 1889, entre la France et la Suisse

Art. 1er. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires diplômés suisses, établis dans les communes suisses limitrophes de la France, et qui, dans ces communes sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises. Réciproquement, les médecins, chirurgiens-accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires diplômés français, établis dans les communes françaises limitrophes de la Suisse et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes suisses.

2. — Les personnes qui, en vertu de l'art. 1er exercent leur profession dans les communes limitrophes du pays voisin, n'ont pas le droit de s'y établir en permanence, ni d'y élire domicile. Elles seront tenues de se conformer aux mesures légales et administratives prévues dans ce pays.

3. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs admis, en vertu de l'art. 1er, à exercer leur art dans les communes limitrophes du pays voisin et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des remèdes à leurs malades, n'auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays que s'il n'y réside aucun pharmacien. Les vétérinaires diplômés, admis à exercer leur profession dans la zone frontière, sont autorisés à vendre des médicaments dans les communes qu'ils visitent.

4. — Les personnes qui contreviendraient aux dispositions des art. 2 et 3 ci-dessus seraient, à la première contravention, privées pendant un an du bénéfice créé par l'art. 1er ; en cas de récidive, elles perdraient tout droit à ce bénéfice et seraient rayées de la liste établie conformément à l'art. 5 de la présente convention.

5. — Au mois de janvier de chaque année, le Gouvernement fédéral suisse fera tenir au Gouvernement français un état nominatif des médecins, chirurgiens-accoucheurs, sages-femmes, et vétérinaires diplômés établis dans les communes suisses limitrophes de la France, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer. Un état semblable sera remis à la même époque par le Gouvernement français au Gouvernement fédéral suisse.

NOTE. — *Rappelons qu'une Convention analogue était intervenue entre la France et la Belgique, et avait été promulguée par décret en date du* 30 *décembre* 1910. *Les dispositions de cette Convention et de ce décret sont à quelques détails près calquées sur la Convention franco-suisse.*

Loi du 26 juillet 1935

modifiée par la loi du 28 *juillet* 1937

Art. 1er. — ....

Pourront également exercer la médecine sur le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, les médecins sarrois détenteurs des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine dans la Sarre et qui ont obtenu la nationalité française avant le 1er mars 1935.

Des autorisations pourront être accordées individuellement, par le Gouvernement français, aux autres médecins sarrois qui se trouvent actuellement en France et qui ont demandé leur naturalisation avant le 1er mars 1935.

Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent aux chirurgiens-dentistes sarrois résidant en France et détenteurs des autorisations nécessaires pour l'exercice de leur art dans la Sarre.

3° Membre de l'Ordre des Médecins

a) Loi du 7 octobre 1940

instituant l'Ordre des médecins, modifiée par la loi du 2 *aout* 1941

Art. 1er. — **Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un Conseil professionnel dit Conseil de l'Ordre des médecins.**

TITRE Ier

SECTION I. — *Du Conseil supérieur*

Art. 2. — Il est créé auprès du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur un Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Art. 3. — **Ce Conseil est composé de douze docteurs en médecine, nommés par décret, parmi lesquels sera choisi le président de qui, en cas d'égalité de suffrages, la voix sera toujours prépondérante.**

Un membre du Conseil d'Etat exerce auprès d'eux les fonctions de conseiller juridique.

Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Art. 4. — Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre.

Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

Il a la garde de son honneur, de sa morale et de ses intérêts.

Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

Il est l'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics.

SECTION II. — *Des Conseils départementaux*

Art. 5. — Il est établi, au chef-lieu de chaque département, un Conseil de l'Ordre des médecins.

Art. 6. — Les membres de ce Conseil, au nombre de cinq à quinze, sont nommés par le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, sur la proposition du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Ils sont choisis parmi les docteurs en médecine qui exercent leur art sur le territoire du département.

Le bâtonnier de l'Ordre des avocats exercera auprès d'eux, les fonctions de conseiller juridique.

Il pourra, par un acte exprès, déléguer ses fonctions à l'un de ses confrères.

Art. 7. — Sur toute l'étendue de son ressort, le Conseil de l'Ordre des médecins surveille l'exercice de la médecine.

Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le Conseil supérieur de l'Ordre.

TITRE II

DU TABLEAU ET DE LA DISCIPLINE

Art. 8. — Dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art.

Art. 9. — L'inscription au tableau est prononcée par le Conseil après vérification des titres du demandeur.

Elle peut être refusée par décision motivée, si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies.

Appel de cette décision pourra être porté devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le Conseil d'Etat, contre la décision du Conseil supérieur.

Art. 10. — Au moment de leur inscription au Tableau, les médecins prêtent serment, devant le Conseil de l'Ordre, d'exercer leur art avec conscience et probité.

Art. 11. — L'inscription doit être demandée par *les médecins au Conseil de l'Ordre du département* dans lequel ils sont établis.

En cas de changement de domicile, l'inscription sera transférée au tableau du nouvel établissement à la diligence de l'intéressé.

L'inscription au tableau d'un département ne fait pas obstacle à l'exercice de la médecine sur l'ensemble du territoire.

Art. 12. — Le Conseil départemental appellera à sa barre les médecins qui auraient manqué aux devoirs de leur charge.

L'action sera intentée soit à la requête de l'un des membres du Conseil siégeant en comité secret soit sur injonction du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins entendu.

Art. 13. — Le Conseil pourra prononcer l'une des peines suivantes :

1° Un blâme en chambre du Conseil ;

2° Un avertissement public, avec inscription au dossier personnel ;

3° Une suspension d'une durée maximum d'un an ;

4° L'interdiction à toujours d'exercer la médecine comportant radiation du tableau.

Art. 14. — Appel de ces décisions pourra être porté devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qui statuera, **sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.**

Art. 15. — L'action disciplinaire des Conseils de l'Ordre ne fait pas obstacle aux poursuites que le ministère public ou les particuliers voudraient intenter devant les tribunaux de l'Ordre judiciaire pour la répression des infractions pénales ou la réparation des délits civils.

Art. 16. — Le Conseil départemental assure dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre et en gère les biens. Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'Ordre.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 17. — Les médecins n'auront pas le droit de se grouper en associations syndicales, régies par le livre III du Code du Travail.

Les syndicats des médecins existants à ce jour sont déclarés dissous. Leur patrimoine sera dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les Conseils de l'Ordre, après avis du Conseil supérieur, au bénéfice des médecins et de leur famille.

Ces biens seront placés sous séquestre à la requête du ministère public, par ordonnance du président du Tribunal civil du ressort. Ils seront liquidés sans frais dans un délai de deux mois et transférés au Conseil départemental de l'Ordre.

Art. 18. — (modifié par la loi du 2 août 1941).

Un décret contresigné par le garde des Sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, et par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par des Conseils élus.

Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique, ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus.

b) Lois complémentaires

Loi du 26 juillet 1935

modifiée par la loi du 26 *mai* 1941

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France :

1°. — 2° (V. ci-dessus, page 3).

3° S'il n'est inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940.

Loi du 31 juillet 1941

relative à l'application de la loi du 26 *mai* 1940 *aux chirurgiens dentistes*

Art. 1er. — Une loi ultérieure règlera les modalités selon lesquelles les dentistes seront inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

Provisoirement et jusqu'à la publication de cette loi, les dentistes sont autorisés à exercer leur art sans être inscrits audit tableau.

(*J. O.*, 3 août 1941).

Loi du 30 novembre 1892

modifiée par la loi du 26 *mai* 1941 (*art.* 7)

Art. 22 *bis.* — Tout médecin qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au Tableau de l'Ordre sera puni d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de un à trois mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 16. — (modifié par l'art. 6 de la loi du 26 mai 1941).

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et les règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, prend part habituellement...

Art. 26 — (modifié par l'art. 8 de la loi du 26 mai 1941).

Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées, soit à l'article précédent, soit à l'article 13 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins, tombent sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

NOTE. — *Ces deux dispositions répondent aux objections que nous avions soulevées antérieurement quant à l'absence de sanctions pénales dans la loi créant l'Ordre des médecins. Avec ces deux textes, les décisions prises par l'Ordre des médecins dans la limite de ses attributions n'auront pas seulement comme dans l'ancienne rédaction, une force morale et platonique, mais pourront être rendues exécutoires avec l'appui de la force publique.*

Loi du 2 avril 1941

relative à la création ou à l'extension des cabinets médicaux

Article 1er. — Les dispositions du décret du 20 mai 1940 sont abrogées en ce qui concerne les cabinets médicaux.

L'exercice de la médecine est et demeure soumis aux conditions fixées par les lois des 30 novembre 1892, 7 août 1940 et 7 octobre 1940.

Toutefois, aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

ARTICLE 2. — **Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins pourra, sur demande du Conseil départemental, fixer par délibération spéciale le nombre maximum de médecins susceptibles d'exercer leur art dans un département. Ce nombre ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui des médecins en exercice dans ledit département à la date du 1er septembre 1939.**

L'application de cette décision incombera au Conseil départemental de l'Ordre. L'inscription au Tableau institué par l'article 8 de la loi du 7 octobre 1940 ne pourra être refusée par le Conseil départemental, pour motifs tirés de l'encombrement de la profession, à moins que l'inscription sollicitée n'ait pour effet de dépasser le maximum fixé par la délibération du Conseil supérieur.

....

c) *Circulaires d'application*

Circulaire du Secrétaire d'Etat à la Santé en date du 5 juin 1941

relative à l'inscription au tableau

L'examen des affaires journellement soulevées par l'application de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins a permis de constater que ce texte législatif donnait lieu, en particulier de la part des Conseils départementaux, à des divergences d'interprétation regrettables, parce que sources de nombreux conflits.

Parmi les questions soulevées, l'une des plus brûlantes me paraît être celle *des droits des Conseils départementaux en matière d'inscription au Tableau de l'Ordre*..........................

L'article 8 de la loi du 7 octobre s'exprime ainsi :

« Dans chaque département, le Conseil de l'Ordre dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements, concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art ».

Quelle interprétation donner à cette disposition ?

1° Doit-on admettre que, parmi les personnes « remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine », le Conseil départemental reste libre d'habiliter ou refuser qui il lui plaît, ou tout au moins qui ne remplit pas telles ou telles conditions fixées par lui ?

....

2° Doit-on admettre, au contraire, que cette admission *est un droit pour l'intéressé*, du moment qu'il remplit les conditions requises par les lois et règlements ?

....

La seconde interprétation paraît être la bonne.

Ces faits réduisent donc l'inscription au tableau à une *simple formalité*, pour tout candidat représentant les conditions de moralité requises. Le Conseil départemental ne peut absolument pas tirer un motif de refus de la pléthore qui sévit à tel ou tel endroit du département, *non plus qu'il ne peut imposer ou refuser au candidat telle ou telle résidence.* Pour ces raisons, *il n'a aucune qualité pour attribuer ou refuser un poste médical quelconque.*

En somme, tout médecin demeure libre de

s'installer *où il lui plaît*, en un point quelconque du territoire français (sous réserve de l'application de la loi du 2 avril, qui sera examinée plus loin), et sous les seules conditions suivantes :

a) être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

b) être français à titre originaire, sauf dérogation accordée conformément à l'article 2 de la loi du 16 août 1940 ;

c) être inscrit au Tableau de l'Ordre de son département d'installation, cette inscription étant un *droit* à moins que sa moralité ne puisse fournir matière à un refus d'inscripiton *sur décision motivée.*

L'unique exception à cette règle concerne l'application des articles 25, parag. 3 du Code de déontologie, relatifs aux remplaçants.

Conditions supplémentaires apportées par la loi du 2 avril 1941

Son article 2 s'exprime ainsi : (V. ci-dessous page 10).

....

Les dispositions essentielles de la loi du 2 avril sont celles édictées au parag. 2 permettant, dans certains départements, la détermination d'une véritable « densité médicale », ayant valeur légale.

La loi du 2 avril introduit donc *une nouvelle et quatrième condition à l'exercice de la médecine* : celle que, dans les départements pour lesquels avait été fixé un tel chiffre-limite, l'installation sollicitée n'ait pas pour effet de dépasser le maximum fixé par le Conseil supérieur.

Remarquons, à ce propos, que cette « densité médicale » est calculée sur l'ensemble du département, et que le médecin nouvellement admis garde le droit absolu de s'installer *où il lui plaît* sur le territoire de cette circonscription administrative (sous réserve des dispositions transitoires des articles 1 et 3), toute clause ou condition préalable contraire, imposée par le Conseil départemental au moment de l'agrément étant *ipso facto* illégale.

Conclusion

Les lois des 7 octobre et 2 avril, en organisant la profession médicale dans le cadre corporatif, n'ont toutefois pas supprimé *son caractère libéral.* L'installation et le changement de poste du médecin demeurent libres, et les seuls droits des Conseils départementaux résident dans l'examen des titres des candidats, l'appréciation motivée de leur moralité et le contrôle de l'application des règles de « densité-médicale », telles qu'elles ont été définies par la loi.

Vous voudrez bien veiller à l'exacte application de ces principes dans votre département ou votre région. Vous prêterez particulièrement attention à ce que les Conseils n'excèdent en aucun cas les pouvoirs qui leur sont conférés ; et vous me rendrez compte, sous le timbre « Cabinet du Secrétaire général », de toutes circonstances particulières de nature à engendrer des conflits entre les Conseils départementaux et les médecins.

S. HUARD.

Application de la loi du 2 avril 1941 sur la densité médicale

Nous donnons ci-dessous quelques nombres maxima adoptés par le Conseil Supérieur, à titre indicatif, ces chiffres étant provisoires et sujets à révision :

Départements	Nombre maximum	Départements	Nombre maximum	Départements	Nombre maximum
Ain	170	Dordogne	250	Rhône	620
Allier	360	Eure	170	Haute-Saône	98
Basses-Alpes	65	Gard	250	Belfort	38
Alpes-Maritimes	700	Haute-Garonne	530	Sarthe	170
Ardèche	100	Hérault	480	Seine-et-Oise	900
Aude	200	Loire	365	Savoie	162
Aveyron	185	Haute-Loire	100	Tarn-et-Garonne	110
Cantal	90	Lot-et-Garonne	180	Var	300
Charente	175	Puy-de-Dôme	476	Vaucluse	190
Côte-d'Or	260	Pyrénées-Orientales	287	Vendée	210
Côtes-du-Nord	240	Hautes-Pyrénées	142		

NOTE. — *Aucun règlement d'application de l'art. 2 de la loi du 2 avril instituant le principe d'un nombre maximum de médecins admis à exercer leur art dans un département n'est encore paru, et nous le regrettons, car certains Conseils départementaux commencent déjà à faire état de ce texte dans des conditions plus ou moins régulières.*

Des projets de réglementation ont toutefois été établis par la Santé publique et proposés à l'agrément du Conseil supérieur. Voici quelles en sont les lignes générales :

La loi n'a pas désigné l'autorité chargée, en cas de vacance d'un poste dans un de ces départements, de procéder au choix, entre plusieurs candidats, de celui appelé à occuper le poste devenu vacant.

Une telle situation oblige l'autorité responsable à prendre les mesures nécessaires pour éviter dans l'avenir toutes causes de récrimination et de conflit.

C'est afin de combler cette lacune qu'un projet de règlement prévoit l'institution d'une liste par

ordre d'ancienneté des candidatures, *et d'une liste des postes vacants, listes uniques pour toute la France.*

Tout médecin désireux de s'installer se ferait inscrire sur la première liste et obtiendrait un numéro d'ordre ; tous les postes devenus libres (dans les départements pour lesquels aurait été fixé un nombre maximum de médecins) seraient inscrits sur la seconde ; le Conseil départemental aurait l'obligation d'habiliter le candidat dont l'inscription serait la plus ancienne (sous réserve de l'examen des conditions de diplôme, de nationalité et de moralité, conformément aux lois et règlements en vigueur). Des dérogations seraient toutefois prévues pour les fils, gendre et neveu des médecins décédés ou des médecins désireux de voir leurs proches prendre leur succession.

4° Statut des médecins israélites

Loi du 2 juin 1941

remplaçant la loi du 3 *octobre* 1940 *portant statut des Juifs*

Art. 1er. — Est regardé comme Juif :

1° Celui ou celle, appartenant ou non à une confession quelconque, qui est issu d'au moins trois grands-parents de race juive, ou de deux seulement si son conjoint est lui-même issu de deux grands-parents de race juive.

Est regardé comme étant de race juive le grand parent ayant appartenu à la religion juive ;

2° Celui ou celle qui appartient à la religion juive, ou y appartenait le 25 juin 1940, et qui est issu de deux grands parents de race juive.

La non-appartenance à la religion juive est établie par la preuve de l'adhésion à l'une des autres confessions reconnues par l'Etat avant la loi du 9 décembre 1905.

Le désaveu ou l'annulation de la reconnaissance d'un enfant considéré comme juif sont sans effet au regard des dispositions qui précèdent :

....

Art. 3. — Les Juifs ne peuvent occuper, dans les administrations publiques ou les entreprises bénéficiaires de concessions ou de subventions accordées par une collectivité publique, des fonctions ou des emplois autres que ceux énumérés à l'art. 2, que s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

a) Etre titulaire de la carte du combattant instituée par l'art. 101 de la loi du 19 décembre 1926 ;

b) Avoir fait l'objet, au cours de la campagne 1939-1940, d'une citation donnant droit au port de la Croix de guerre instituée par le décret du 28 mars 1941 ;

c) Etre décoré de la Légion d'honneur ou de la Médaille militaire pour faits de guerre ;

d) Etre pupille de la Nation ou ascendant, veuve ou orphelin de militaire mort pour la France.

Art. 4. — Les Juifs ne peuvent exercer une profession libérale, une profession commerciale, industrielle ou artisanale ou une profession libre, être titulaires d'une charge d'officier public ou ministériel, ou être investis de fonctions dévolues à des auxiliaires de justice, que dans les limites et les conditions qui seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

....

Art. 6. — En aucun cas, les Juifs ne peuvent faire partie des organismes chargés de représenter les professions visées aux articles 4 et 5 de la présente loi ou d'en assurer la discipline.

....

Art. 8. — Peuvent être relevés des interdictions prévues par la présente loi, les Juifs :

1° Qui ont rendu à l'Etat français des services exceptionnels ;

2° Dont la famille est établie en France depuis au moins cinq générations et a rendu à l'Etat français des services exceptionnels.

Pour les interdictions prévues par l'article 2, la décision est prise par décret individuel pris en Conseil d'Etat sur rapport du commissaire général aux questions juives et contresigné par le Secrétaire d'Etat intéressé.

Pour les autres interdictions, la décision est prise par arrêté du commissaire général aux questions juives.

Le décret ou l'arrêté doivent être dûment motivés.

Les dérogations accordées en vertu des dispositions qui précèdent n'ont qu'un caractère personnel, et ne créeront aucun droit en faveur des ascendants, descendants, conjoint et collatéraux des bénéficiaires.

Art. 9. — Sans préjudice du droit pour le préfet de prononcer l'internement dans un camp spécial, même si l'intéressé est Français, est puni :

1° d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 500 francs à 10.000 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement, tout Juif qui s'est livré ou a tenté de se livrer à une activité qui lui est interdite par application des art. 4, 5 et 6 de la présente loi ;

2° d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 1.000 francs à 20.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, tout Juif qui se sera soustrait ou aura tenté de se soustraire aux interdictions édictées par la présente loi, au moyen de déclaration mensongères ou de manœuvres frauduleuses.

Le Tribunal peut, en outre, ordonner la fermeture de l'établissement.

....

Art. 11. — La présente loi est applicable à l'Algérie, aux Colonies, pays de protectorat, en Syrie et au Liban.

Décret du 11 août 1941

réglementant, en ce qui concerne les Juifs, la profession de médecin

TITRE Ier

Médecins inscrits au Tableau de l'Ordre

Art. 1er. — Le nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, admises à exercer la profession de médecin, ne peut dépasser, dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre des médecins, 2 p. 100 de l'effectif total des médecins non juifs inscrits au tableau.

Toutefois le nombre des médecins juifs inscrits au tableau dressé par un Conseil de l'Ordre ne peut en aucun cas être supérieur à celui des médecins juifs qui, à la date du 25 juin 1940, étaient régulièrement inscrits, dans la circonscription de ce Conseil, sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892.

L'élimination des médecins juifs en exercice à la date de la publication du présent décret, qui seront en surnombre, sera prononcée dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 ci-après.

Seront maintenus par priorité, même si leur nombre dépasse la proportion fixée au paragraphe 1er ci-dessus, les médecins en exercice avant la publication du présent décret qui satisfont à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre (voir note ci-après).

Pourront également être maintenus ceux de ces médecins qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient à la demande d'un Conseil de l'Ordre, et sur la proposition du Commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels.

Art. 2. — Si le nombre des médecins non juifs inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre vient à diminuer, la réduction corrélative du nombre des médecins juifs ne s'opèrera que par voie d'extinction.

Art. 3. — Dans le délai d'un mois à compter de la publication du présent décret, tout médecin se trouvant à cette date au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 en fera la déclaration écrite au Conseil de l'Ordre de la circonscription où il exerce.

Toutefois, les médecins présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre ne souscriront cette déclaration que dans le délai de deux mois à compter de leur libération.

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé assurera la transmission des déclarations que les intéressés, en raison des difficultés de communication, ne pourraient faire parvenir au Conseil de l'Ordre de leur circonscription.

Le Conseil de l'Ordre accusera réception de cette déclaration et avisera le médecin inspecteur de la Santé.

Art. 4. — A défaut de déclaration dans les délais impartis, l'intéressé sera déféré au Conseil de son Ordre qui devra prononcer la radiation si le défaut de déclaration est volontaire.

Si le médecin est en surnombre, il cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

Art. 5. — Il sera dressé par les soins du médecin inspecteur de la Santé, dans le délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, trois états numériques et nominatifs établis ainsi qu'il est prévu ci-après.

Le premier comprendra tous les médecins non juifs exerçant dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre à la date de la publication du présent décret ; le second, les médecins juifs qui, dans la même circonscription, étaient régulièrement inscrits sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 ; le troisième, les médecins juifs exerçant dans la même circonscription à la date du présent décret, en mentionnant à part ceux qui satisfont à l'une des conditions fixées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941.

Le premier et le troisième de ces états seront ensuite tenus à jour par le médecin inspecteur de la Santé.

Art. 6. — Si, par suite d'un fait postérieur à la publication du présent décret un médecin vient à compter au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, il adressera dans le délai d'un mois à compter de ce fait au Conseil de l'Ordre la déclaration prévue à l'article 3, sous les sanctions prévues à l'article 4.

La déclaration sera transmise au médecin inspecteur de la Santé.

Lorsque celui-ci aura constaté que le déclarant est en surnombre, et le lui aura fait notifier, l'intéressé cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

Art. 7. — A l'expiration du délai prévu à l'article 5 le *médecin inspecteur* de la Santé établira, d'après les renseignements qui lui seront parvenus à cette date, la liste des médecins à maintenir par application du paragraphe 4 de l'article 1er. Cette liste sera revisée au fur et à mesure que les justifications seront dûment produites, et notamment après que le médecin inspecteur de la Santé aura reçu les déclarations de ceux qui sont présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre.

La liste ainsi dressée ou revisée sera immédiatement notifiée par les soins du médecin inspecteur de la Santé au Conseil de l'Ordre et aux intéressés.

Art. 8. — Le Conseil de l'Ordre désignera parmi ceux des médecins juifs qui ne sont pas portés sur la liste notifiée par le médecin inspecteur de la Santé ceux qui devront cesser l'exercice de leur profession.

La décision du Conseil sera immédiatement notifiée aux intéressés, qui cesseront d'être portés au tableau dans le délai de deux mois après la notification.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre des médecins, tant en vertu de l'article 4 ci-dessus que du présent article sont susceptibles d'appel, dans le délai de quinze jours de leur notification, devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la Santé. Il n'est pas suspensif.

Art. 9. — A moins qu'ils ne remplissent l'une des conditions spécifiées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, les médecins juifs ne pourront occuper :

1° Un poste rétribué par l'Etat, par une collectivité publique, par un établissement public ou par les Caisses d'assurances sociales ;

2° Un poste dans un établissement ayant pour objet l'assistance médicale ou l'hygiène et tenant tout ou partie de ses ressources de fonds publics ou de fonds privés recueillis avec le concours des collectivités publiques.

Il devra être pourvu, dans un délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, sous le contrôle des Conseils de l'Ordre des médecins, au remplacement des médecins juifs qui occuperaient de tels postes.

Titre II

Candidats à l'inscription au tableau

Art. 10. — Tout candidat se trouvant au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 et sollicitant son admission au tableau devra, préalablement au dépôt de sa demande régulière, adresser au médecin inspecteur de la Santé une requête précisant sa situation au regard de ladite loi. Il lui en sera délivré récépissé.

Art. 11. — Le médecin inspecteur de la Santé vérifiera si la candidature n'excède pas les limites respectivement fixées aux paragraphes 1er et 2 de l'article 1er ci-dessus et peut, en conséquence, être agréée.

Le résultat de cette vérification sera, pour chaque candidature, notifié au Conseil de l'Ordre des médecins par le médecin inspecteur de la Santé dans le délai maximum de quinze jours à compter du dépôt prévu à l'article précédent.

Art. 12. — Si la candidature excède les limites fixées aux paragraphes 1er et 2 de l'article 1er, le Conseil de l'Ordre, dans les trois jours de la notification, informera le postulant que sa demande n'est pas recevable.

Si la candidature n'excède pas ces limites, le Conseil de l'Ordre, dans le même délai, invitera le postulant à former une demande régulière d'inscription au tableau.

Si le nombre des candidatures excède celui des vacances ouvertes aux candidats juifs par l'effet des dispositions susvisées, le Conseil de l'Ordre les examinera simultanément et retiendra les candidats qu'il jugera les plus qualifiés.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre en vertu du présent article sont susceptibles d'appel, dans les quinze jours de leur notification, devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la Santé. Il n'est pas suspensif.

Art. 13. — Au cas où la déclaration prévue à l'article 10 ci-dessus n'ayant pas été faite, le candidat aurait été irrégulièrement inscrit au tableau, il sera procédé à son égard conformément aux dispositions de l'article 4 ci-dessus.

Art. 14. — Le présent décret n'est pas applicable à l'Algérie, aux territoires relevant du secrétariat d'Etat aux colonies, aux pays de protectorat, à la Syrie et au Liban.

B) *Formalités administratives*

Loi du 30 novembre 1892

modifiée par celle du 26 *mai* 1941

Art. 9 (modifié par les lois du 14 avril 1910 et 26 mai 1941).

Les personnes qui veulent pratiquer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sont tenues, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer sans frais leurs titres à la préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement. Elles doivent ensuite les faire viser à la mairie de leur domicile et, s'il y a lieu, de chacune de leurs résidences professionnelles ; cette formalité doit être renouvelée à chaque changement de domicile ou de résidence.

Pour les diplômes de docteur en médecine, l'enregistrement doit être précédé de l'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins dans les conditions prévues au titre II de la loi du 7 octobre 1940.

Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé au Conseil départemental de l'Ordre ainsi qu'à la mairie du dernier établissement. Celle-ci en avise le préfet et l'autorité judiciaire.

Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département. Il en est de même pour toute personne qui, n'exerçant plus depuis deux ans, désire reprendre l'exercice de sa profession.

Art. 10. — Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes, et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux Colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'Intérieur.

. . . .

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 500 francs.

C) Exercice illégal

1° Textes légaux

Loi du 30 novembre 1892

modifiée

Art. 16 (modifié par les lois du 16 mars 1934 et du 26 mai 1941).

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, à la pratique de l'art dentaire ou à celle des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés ;

2° Toute personne qui, sans être munie du diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ;

3° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

....

Art. 17 (modifié par la loi du 26 mai 1941).

Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les Conseils de l'Ordre, lorsqu'il s'agit de médecins, et les associations professionnelles de dentistes et de sages-femmes régulièrement constituées pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18 (modifié par la loi du 26 mai 1941).

— Les délits visés à l'article 16 de la présente loi sont punis, en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de trois mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas d'infraction commise dans les conditions définies au paragraphe 1er de l'article 16 ci-dessus, le Tribunal ordonne que le jugement de condamnation soit publié intégralement ou par extraits dans trois journaux qu'il désignera et affiché pendant une durée qu'il déterminera et qui ne pourra excéder un mois, à la porte du domicile du délinquant, le tout aux frais de ce dernier.

En cas de suppression, de dissimulation ou de lacération totale ou partielle des affiches ordonnées par le jugement de condamnation, il sera procédé de nouveau à l'insertion intégrale des dispositions du jugement relatives à l'affichage.

Lorsque la suppression, la dissimulation ou la lacération totale ou partielle aura été opérée volontairement par le condamné, à son instigation ou par son ordre, elle entraînera contre celui-ci l'application d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de un à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 14 *bis* (ajouté par la loi du 26 mai 1941).

Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sous un pseudonyme.

Les médecins, dentistes et sages-femmes ayant le droit d'exercer en France ne peuvent donner des consultations gratuites dans les locaux ou dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les médicaments et les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Les infractions aux dispositions du présent article sont punies des peines prévues à l'article 18 (alinéas 1er et 5) ci-après.

2° Jurisprudence

a) Personnes non titulaires du diplôme d'Etat

MÉDECIN MUNI DU DIPLÔME D'UNIVERSITÉ. — DROIT D'EXERCER (NON)

Commet le délit d'exercice illégal de la médecine, l'étranger, qui, muni simplement du diplôme universitaire à lui conféré, a donné des soins à des malades. L'erreur qu'il a pu commettre, quant à son droit, ne saurait faire disparaître le délit, alors même qu'elle aurait été partagée par

l'Administration préfectorale. (Trib., corr. de Carcassonne, 26 décembre 1905.)

Etudiant en médecine non diplômé. — Exercice sans la surveillance et le contrôle d'un médecin. — Exercice illégal.

Pour que l'étudiant en médecine puisse prétendre à l'immunité que lui accorde l'art. 16 de la loi de 1892, il faut qu'il n'agisse que sous la surveillance et le contrôle d'un médecin, sous l'autorité effective duquel il demeure placé, qui seul a qualité pour ordonner la médication ou le traitement et dont lui-même ne fait qu'exécuter les prescriptions et suivre les directions. (Trib. corr. de Nantes, 2 janvier 1929, *C. M.*, 1929, 3.558).

b) Que faut-il entendre par « traitement » ?

Définition du traitement. — Nature. — Imposition des mains. — Exercice illégal (oui)

Doit être déclaré « traitement » tout procédé quelconque, tout acte tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie ou de malaise.

Les termes impératifs et formels de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 n'excluent de la qualification légale du délit d'exercice illégal de la médecine aucun mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel ou suivi, hors les cas d'urgence et exceptionnels.

Tel est bien le caractère de l'imposition des mains, sans qu'il y ait lieu de rechercher son degré d'efficacité, car cette pratique constitue une thérapeutique véritable, destinée qu'elle est à agir sur l'esprit des malades qui, du fluide qui leur serait ainsi dispensé, attendent la guérison ou le soulagement de leurs maux. (Cour de Paris, 11 mars 1935, *C. M.*, 1935, 1619).

Conditions pour que l'imposition des mains, a caractère religieux, puisse être considérée comme exercice illégal de la médecine.

Ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la médecine, le fait d'imposer les mains en déclarant agir comme simple intermédiaire de Dieu, sans porter de diagnostic et sans indiquer de traitement à suivre ou de remèdes à absorber. (Trib. corr. de Valenciennes, 12 novembre 1930.)

Le seul traitement interdit aux non diplômés est le traitement médical, par opposition aux autres moyens curatifs.

Mais l'utilisation des ondes, radiations ou autres émanations du corps humain, pour une fin curative, a le caractère de traitement médical.

Doit donc être condamnée pour exercice illégal de la médecine, la guérisseuse non pourvue de diplôme, qui ne faisant aucune publicité, ne se targuant d'aucun pouvoir, ne prescrivant ni régime, ni médicament, se bornait, pour amener le soulagement et la guérison des malades, à apposer ses deux mains sur leur corps non dévêtu et qui, après une séance de vingt minutes, acceptait du patient un honoraire spontané.

...Alors du moins, qu'on se trouve en présence d'une utilisation naturelle des radiations du corps humain. (Trib. corr. d'Alençon, 28 novembre 1935.)

Imposition des mains. — Magnétisme. — Suggestions. — Exercice illégal (oui)

Le fait par une personne non diplômée de recevoir des malades et de se livrer sur eux en plusieurs séances successives à des pratiques d'imposition des mains, de magnétisme ou de suggestion, comportant l'émission d'un prétendu fluide, sous l'inspiration d'esprits mystérieux, constitue la participation habituelle et par direction suivie au traitement des maladies, caractéristique du délit d'exercice illégal de la médecine.

Peu importe que le guérisseur fut assisté d'un docteur en médecine, si le rôle de ce dernier s'est borné à dépouiller la correspondance et à percevoir les honoraires. (Cass. Ch. criminelle, 29 juin 1929.)

Magnétisme. — Apposition des mains. — Exercice illégal de la médecine

Le fait pour un non diplômé d'intervenir dans le traitement des maladies par l'apposition des mains sur le corps malade, en invoquant un pouvoir surnaturel, et en recourant aux procédés de massages et de passes magnétiques constitue le délit d'exercice illégal de la médecine. (Cass. Chambre criminelle, 17 octobre 1936.)

Constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, les pratiques d'un individu, non docteur en médecine, qui reçoit de nombreux malades, les examine en procédant par des embrassements, des contacts de nature diverse, des impositions de mains, établit des diagnostics, prescrit des traitements, notamment l'absorption d'une « eau fluidifiée » par des procédés dont le caractère fantaisiste se perd dans une apparence d'appel à l'au-delà mystérieux. (Trib. corr. Seine, 17 juin 1937.)

Si le législateur n'a pas voulu réserver aux médecins les expériences de magnétisme et d'hypnotisme, c'est à la condition que les profanes restent dans le domaine des expériences purement scientifiques et ne se servent pas du magnétisme et de l'hypnotisme pour exercer la profession de guérir ; en conséquence, exerce illégalement la médecine, l'individu qui donne ses soins aux malades venus le consulter, soit par imposition des mains, soit en appliquant sur les plaies du coton imbibé d'huile d'olive qu'il

déclarait avoir magnétisé, soit en leur faisant absorber de l'eau également magnétisée ; en effet, le traitement médical ne consiste pas uniquement dans l'usage des produits pharmaceutiques ou autres, mais en des moyens moraux, parmi lesquels rentre le magnétisme. (Trib. corr. de La Rochelle, 29 juin 1937.)

REBOUTEUX. — MASSEURS. — EXERCICE ILLÉGAL

Le sens du mot « traitement » est général et s'entend de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie. Ce sens ne saurait être arbitrairement restreint à la prescription de médicaments ou à la pratique d'opérations chirurgicales proprement dites.

Doit donc être considéré comme exerçant illégalement la médecine, le non-diplômé qui dirige d'une manière suivie, le traitement d'affections chirurgicales, telles que fracture de jambe ou luxation d'épaules en redressant à sa manière les fractures et en faisant des massages. Cour de Paris, 16 mai 1900, *C. M.*, 1900, 332).

MASSEURS. — INTERVENTION DANS LE TRAITEMENT DES MALADES. — ABSENCE DE DIRECTION OU DE SURVEILLANCE PAR UN DIPLÔMÉ. — EXERCICE ILLÉGAL.

Commet le délit d'exercice illégal de la médecine, le masseur qui ne se borne pas à de simples massages, à de simples pressions sur la peau, *selon les indications* qui doivent lui en être données par le médecin traitant, mais qui examine lui-même le malade, diagnostique son état, essaye de réduire une fracture, et prescrit le traitement. (Cour de Dijon, 9 mai 1928.)

PÉDICURES. — RÔLE AUQUEL DOIT SE BORNER LEUR ACTION

Les pédicures doivent borner leurs soins aux affections qui intéressent seulement l'épiderme, mais ils ne doivent pas se livrer à l'extirpation des verrues ou poireaux, ces affections intéressant le derme. (Trib. corr. de la Seine, 12 mars 1926.)

RAYONS ULTRA-VIOLETS. — USAGE PAR UN NON-DIPLÔMÉ

Il est incontestable que l'usage des rayons ultra-violets constitue un procédé de guérison. Un non-diplômé ne peut en faire usage qu'à une double condition : d'abord que les malades aient été examinés par un docteur en médecine, seul compétent, pour apprécier l'état général de celui qui réclame les soins, et ensuite, que le médecin ait surveillé à plusieurs reprises, pendant le traitement, l'état des malades, afin de constater les résultats obtenus. (Trib. corr. de la Seine, 22 décembre 1927.)

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — OPTICIEN SKIASCOPIE

Commet un acte d'exercice illégal de la médecine, l'opticien qui recourt à la méthode de la skiascopie pour procéder à l'examen des yeux de ses clients, et il importe peu qu'il ait ensuite laissé à ceux-ci le choix des verres à acheter si ce choix leur a été inspiré par les résultats de l'examen auquel ils avaient été soumis. (Cour de cassation. Ch. crim., 1er juillet 1937.)

NOTE. — *Par un arrêt antérieur du 4 décembre* 1925 (Gaz. Pal., 1926-1-123), *la Chambre criminelle a déjà décidé que, pour vendre à leurs clients des verres appropriés à leur vue, les opticiens non pourvus du diplôme de docteur en médecine, n'ont pas le droit de recourir à l'examen appelé « skiascopie » ; et que le recours habituel à cette méthode constitue l'exercice illégal de la médecine. V. Dijon, 2 juillet* 1935.

c) Intervention habituelle et suivie — Cas d'urgence

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR HABITUDE ET CAS D'URGENCE

Les soins donnés d'urgence ne le sont que dans des cas imprévus, accidentels et ne peuvent s'appliquer à des cas assez géminés et rapprochés les uns des autres pour constituer une véritable habitude, voire une sorte de métier. (Trib. corr. de Mayenne, 8 juillet 1908.)

Le délit d'exercice illégal de la médecine est un délit d'habitude, mais la condition est réalisée par « une direction suivie », c'est-à-dire par des prescriptions consécutives de soins médicaux à une ou plusieurs personnes.

(Trib. corr. de Bar-le-Duc, 2 février 1938.)

d) Escroquerie

ESPOIR DE GUÉRISON DONNÉ A UN MALADE. — MANŒUVRES FRAUDULEUSES. — ESCROQUERIE

Se rend coupable d'une manœuvre frauduleuse, au sens de l'article 405 du Code pénal, celui qui donne l'assurance à une mère qu'il guérira son fils alors très gravement malade, et, pour mieux parvenir à se faire payer les neuvaines dites en vue de ce résultat, lui fait remettre une enveloppe cachetée contenant des litanies, en prescrivant de la mettre sous le dos du malade. (Cour de Cassation, Ch. crim., 28 décembre 1934.)

TRAITEMENT PAR SYMPATHICOTHÉRAPIE. — ESCROQUERIE EN SOI (NON). — SOINS SOUS DE FAUX NOMS. — HONORAIRES ÉLEVÉS. — ESCROQUERIE (OUI). — PRÉJUDICE AU CORPS MÉDICAL. — DOMMAGES ET INTÉRÊTS

La méthode sympathicothérapique ne cons-

titue pas une entreprise imaginaire et une Cour n'a pas à en apprécier le mérite.

Mais, en prenant par publicité, affiches, ordonnances, etc., le faux nom de V. auteur de cette méthode, et en se faisant verser ainsi des honoraires élevés par la clientèle, ses assistants commettent le délit d'escroquerie. Il en est de même du sieur V. co-auteur du délit comme animateur et principal bénéficiaire.

Le Corps médical des localités où l'infraction s'est produite ayant subi de son fait un discrédit et un préjudice moral certain, est fondé à réclamer, en la personne de son syndicat, une somme de 5.000 francs à titre de dommages et intérêts. (Cour de Paris, 12 décembre 1938.)

D) Usurpation du titre de docteur en médecine

Code pénal

Art. 259 (*loi du* 28 *mai* 1858). — Toute personne qui aura publiquement porté un costume, un uniforme ou une décoration qui ne lui appartiendrait pas, sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans.

(*Loi du* 26 *mars* 1924). — Sera puni des mêmes peines quiconque aura fait usage d'un titre attaché à une profession légalement réglementée sans remplir les conditions exigées pour le porter.

Loi du 30 novembre 1892

....

« Art. 19 (modifié par la loi du 26 juin 1941). — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur, d'officier de santé ou de dentiste, est puni d'une *amende de 3.000 à 6.000* francs et, en cas de récidive, d'une amende de 6.000 à 12.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à deux ans ou de l'une de ces deux peines seulement. »

Art. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

....

DROIT POUR LE TITULAIRE D'UN DIPLÔME DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ DE S'APPELER « DOCTEUR X. ».

3.053. — M. Georges LÉVY demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° si un étranger qui a obtenu en France le diplôme d'Université, mention médecine, peut se qualifier du vocable Docteur X..., comme le font les docteurs en médecin e de l'Etat français ; 2° si un pharmacien titulaire du diplôme d'Université de Docteur en pharmacie peut s'intituler « Docteur X..., docteur en pharmacie » laissant ainsi croire, suivant l'usage en France, qu'il est à la fois docteur en médecine et docteur en pharmacie. (*Question du* 25 *mars* 1937.)

Réponse. — Aucune disposition législative ou réglementaire n'interdit aux titulaires d'un diplôme de docteur d'Université, mention « médecine » ou mention « pharmacie » de faire précéder leur nom patronymique du titre de docteur. (*J. O.*, 23 avril 1937.)

TITRE DE « DOCTEUR » SANS AUTRE PRÉCISION. — DÉSIGNATION HABITUELLE DES « DOCTEURS EN MÉDECINE ». — APPLICATION DE L'ART. 259 DU CODE PÉNAL.

Le titre universitaire de docteur conféré par les Facultés françaises suit habituellement le nom du titulaire. Il n'y a dans nos usages qu'une exception en faveur des docteurs en médecine, qui sont appelés couramment « docteur », titre qui précède leur nom. Cet emploi est fait par le législateur lui-même, dans le sens de médecin diplômé. Ce titre se confond donc avec la profession de docteur en médecine et s'y trouve attaché, sans qu'il soit nécessaire de spécifier la spécialité à laquelle se réfère le diplôme de docteur.

Par conséquent, le fait pour un docteur en pharmacie de se faire appeler Docteur X., sans être muni du diplôme de docteur en médecine, constitue l'usurpation du titre de docteur en médecine, et tombe sous le coup de l'article 259 du Code pénal. (Trib. corr. de Nancy, 22 avril 1937.)

Il est constant et établi sans contestation qu'en France, le vocable de « docteur » est réservé aux seuls docteurs en médecine. Il est évident que le législateur a montré cette volonté notamment dans le texte de la loi du 31 juillet 1923 sur la médecine vétérinaire, ainsi que dans la rédaction de la loi du 30 novembre 1892.

Le fait de délivrer une ordonnance avec entête : « Polyclinique du docteur X... », expression ou formule qu'emploieraient tous les docteurs en médecine, qui ne font jamais précéder leur nom que du titre de docteur et non pas du titre de docteur en médecine, constitue bien le délit d'usurpation de titre. (Cour de Paris, 13e Chambre, 12 juillet 1937.)

Diplôme de docteur de l'Université de Paris. — Usurpation de titre. — Docteur en médecine de la Faculté de Paris

Le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris, délivré par le Président du Conseil de l'Université, en application de l'art. 13 du décret du 21 juillet 1897, est d'ordre exclusivement scientifique et ne confère aucun des droits et privilèges qui sont attachés au diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Paris, notamment le droit d'exercer la profession de médecin en France.

Tombe donc sous le coup de l'article 259, C. pén., le sujet étranger qui, pourvu du diplôme de docteur en médecine délivré par l'Université de Paris, fait usage d'un papier à lettre portant, imprimé en tête la mention : Docteur X..., de la Faculté de médecine de Paris. » (Cass. crim., 22 décembre 1937.)

II. Législation exceptionnelle du temps de guerre

a) Décret-loi du 11 septembre 1939

relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre

Art. 1er. — A la mobilisation ou dans les cas prévus à l'article 1er de la loi du 11 juillet 1938, les médecins non mobilisables et les femmes médecins, de nationalité française, ou ressortissants français, sont à la disposition du ministre de la Santé publique pour les besoins de la population civile et tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession, ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

Art. 2. — Les médecins chargés des soins à la population civile hospitalisée ou non sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix ; ils continuent, notamment, à recevoir les honoraires de la clientèle, ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

S'ils sont appelés à exercer hors de leur domicile, ils ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins chargés de façon intermittente d'un service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations, dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances.

Exceptionnellement, les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début des médecins de sanatoriums publics. S'ils remplacent un médecin fonctionnaire, ils bénéficient, du traitement de début et, éventuellement, des indemnités attachées à la fonction.

Art. 4. — Dans les cas prévus à l'article 1er, les médecins ressortissants de pays alliés ou neutres, régulièrement autorisés à exercer leur profession en France, en application de la loi du 26 juillet 1935, qui n'auraient pas souscrit l'engagement prévu à l'article 19 de la loi du 11 juillet 1938, devront, pour continuer l'exercice de leur art, obtenir l'autorisation du Préfet du département de leur résidence.

Art. 5. — Les médecins visés de l'article 1er ci-dessus doivent, en temps de paix, notifier immédiatement tout changement de domicile à la Préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 6. — Pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent, est applicable le décret du 28 novembre 1938 sur les réquisitions.

Art. 7. — Les médecins déplacés par ordre, dans les conditions de l'art. 1er, *in fine*, ne pourront, pendant un délai de cinq ans, à compter de la date de la cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 kilomètres autour de cette localité.

Art. 8. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions portées à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938.

b) Dispositions

relatives à la création ou à l'extension de cabinets médicaux ou dentaires

Loi du 2 avril 1941

Art. 1er. — **Les dispositions du décret du 20 mai 1940 sont abrogées** en ce qui concerne les cabinets médicaux.

L'exercice de la médecine est et demeure soumis aux conditions fixées par les lois du 30 novembre 1892, 7 août 1940 et 7 octobre 1940.

Toutefois, aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

....

Article 3. — Les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter lesdites autorisations. En cas de refus, appel de la décision pourra être porté devant le Conseil supérieur, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

III. Annexe

1° Conditions d'exercice de la médecine en Algérie

Décret du 29 janvier 1941

rendant applicable à l'Algérie la loi du 7 octobre 1940 *instituant l'Ordre des médecins* (*J. O.*, 4 février)

Art. 1er. — La loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est déclarée applicable à l'Algérie sous réserve des modifications et des additions ci-après.

Art. 2. — L'article 4 est ainsi complété :

« Parallèlement au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins siégeant auprès du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, il est créé auprès du Gouverneur général de l'Algérie un Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

« Ce Conseil est composé de dix docteurs en médecine, nommés par décret sur une liste de présentation établie par le Gouverneur général et comprenant un nombre de noms double de celui des membres à nommer ; le président, choisi parmi les membres du Conseil, est également nommé par décret ; en cas d'égalité de suffrages, sa voix est prépondérante.

« L'un des inspecteurs généraux de l'Administration en Algérie, désigné par le Gouverneur général, exerce auprès du Conseil les fonctions de conseiller juridique.

« Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

« La périodicité des réunions du Conseil supérieur algérien est la même que celle du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Les attributions dévolues, à ce dernier organisme sont exercées en Algérie par le Conseil supérieur algérien.

« Toutefois, les règlements visant l'organisation et la discipline de l'Ordre que le Conseil algérien est appelé à élaborer pour atteindre les buts qui lui sont assignés ne deviennent exécutoires qu'après avoir reçu l'agrément du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. »

Art. 3. — L'article 5 est complété ainsi qu'il suit :

« La compétence du Conseil de l'Ordre de chacun des départements algériens s'étend aux circonscriptions des territoires du Sud qui constituent leur prolongement géographique, soit au territoire d'Aïn-Sefra pour le Conseil départemental d'Oran, au territoire de Ghardaïa pour le Conseil départemental d'Alger, aux territoires de Touggourt et des Oasis pour le Conseil départemental de Constantine ».

Art. 4. — Le paragraphe 1er de l'article 6 est ainsi modié :

« Les membres de ce Conseil, au nombre de dix, sont nommés par le Gouverneur général de l'Algérie, sur la proposition du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins. »

Art. 5. — Le deuxième paragraphe de l'article 7 est modifié comme suit :

« Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

Art. 6. — Le dernier paragraphe de l'article 9 est modifié comme suit :

« Appel de cette décision pourra être porté devant le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le Conseil d'Etat contre la décision du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

Art. 7. — Le premier paragraphe de l'article 11 est modifié comme suit :

« L'inscription doit être demandée par les médecins au Conseil de l'Ordre du départeeent dans lequel ils sont établis ou dont ils relèvent ».

Art. 8. — Le deuxième paragraphe de l'article 12 est modifié comme suit :

« L'action sera intentée soit à la requête de l'un des membres du Conseil siégeant en comité secret, soit sur injonction du Gouverneur général de l'Algérie, le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins entendu ».

Art. 9. — L'article 14 est ainsi modifié :

« Appel de ces décisions pourra être porté devant le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat ».

Art. 10. — L'article 15 est ainsi *complété :*

« Les peines disciplinaires prononcées à l'égard d'un médecin rétribué sur le budget de l'Algérie, des territoires du Sud, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public, devront être notifiées au Gouverneur général de l'Algérie et au Préfet du département intéressé. Ces sanctions ne pourront faire obstacle aux sanctions disciplinaires administratives susceptibles d'être prises à l'encontre des médecins assurant un service public. »

Art. 11. — La phrase finale de l'article 16 est ainsi modifiée :

« Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'Ordre ».

Art. 12. — L'article 18 est ainsi modifié :

« A l'expiration de l'année qui suivra la promulgation du présent décret, le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous de plein droit ».

Décret du 17 juillet 1941

étendant à l'Algérie la loi du 2 *avril* 1941 *relative à la création ou à l'extension de cabinets médicaux*

Art. 1er. — La loi du 2 avril 1941 susvisée est rendue applicable à l'Algérie, sous réserve des modifications ci-après :

« L'exercice de la médecine en Algérie est et demeure soumis aux conditions fixées par les décrets des 7 août 1896, 10 et 29 janvier 1941, portant respectivement extension à l'Algérie des lois des 30 novembre 1892, 16 août et 7 octobre 1940.

« Les attributions dévolues au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins par les articles 2 et 3 de la loi du 2 avril 1941 susvisée seront assurées par le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

« Les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 1er novembre 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter lesdites autorisations.

2° Colonies françaises. Pays de protectorat et pays sous mandat

Décret du 18 janvier 1936

relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux Colonies

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire dans les colonies, pays de protectorat et territoire sous mandat relevant du ministre des Colonies, s'il n'est :

1° Muni du diplôme d'Etat français, de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ;

2° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant de pays placés sous le Protectorat de la France, ou administrés sous mandat français.

....

Art. 4. — Les conditions d'exercice de la médecine et de l'art dentaire pour les médecins ou dentistes indigènes formés dans les écoles de médecine des colonies continueront à être soumises aux dispositions spéciales qui les régissent.

Art. 5. — Toutes dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

Loi du 16 août 1940

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la profession de médecin de chirurgien-dentiste ou de pharmacien en France et dans les Colonies françaises, s'il ne possède la nationalité française à titre originaire comme étant né d'un père français.

La loi du 16 *août* 1940 *s'applique, dit son art.* 1er « *à la France et aux Colonies françaises.* « *Comme il s'agit d'une incapacité on ne peut donc l'étendre au-delà de sa lettre, c'est-à-dire aux protectorats et aux pays sous mandats* » (Niboyet « Gaz. Pal., 28 novembre 1940).

Décret du 13 mars 1936 portant addendum au décret du 18 janvier 1936

relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire au Togo ou au Cameroun

Art. 1er. — Les dispositions du décret du 18 janvier 1936 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux Colonies ne sont pas applicables dans les territoires placés sous mandat français du Togo et du Cameroun.

Art. 2. — Dans ces pays, l'exercice de la médecine et de l'art dentaire par des médecins ou des chirurgiens-dentistes étrangers, munis de diplômes français ou étrangers, est subordonné à une autorisation accordée par arrêté du Commissaire de la République sous réserve de l'approbation du ministre des Colonies dans un délai de six mois.

Art. 3. — Le décret du 29 mars 1934 modifiant le décret du 23 juillet 1933 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux Colonies est abrogé.




Directeur-Gérant : G. Lavalée • Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

LE CONCOURS MÉDICAL
DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN

LE LOYER, LE MATÉRIEL, LE PERSONNEL DU MÉDECIN

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Depuis la parution de la dernière édition de ce supplément mensuel consacré au loyer, au matériel et au personnel du médecin, de nombreuses mesures légales ont été promulguées, qui ont profondément modifié les règles applicables dans ce domaine.

En ce qui concerne le loyer tout d'abord, nous avons commencé par reprendre les règles qui régissent en droit commun le contrat de louage. Nous avons également fait une large place à la législation d'exception postérieure à la guerre de 1914-1918 qui s'applique encore à de nombreuses locations. Mais nous avons surtout plus particulièrement développé la législation propre à la guerre de 1939-1940, qui doit rester en vigueur jusqu'au décret fixant la cessation des hostilités. Cette législation d'exception comporte un certain nombre de mesures telles que résiliation, réduction, prorogation, paiement des loyers arriérés, prix limite, dont l'intérêt est actuel et qui, nous le savons par notre correspondance, préoccupe un bon nombre de médecins. Nous avons enfin indiqué quels étaient les droits du locataire en cas de réquisition ou d'occupation des lieux loués.

Nous nous sommes peu étendus sur le matériel du médecin. Les questions qu'il pose en ce qui concerne la responsabilité qu'il peut faire encourir au praticien, notamment en matière d'électroradiologie et d'électrothérapie, trouveront tout naturellement place dans celui de nos suppléments qui sera consacré à la responsabilité professionnelle du médecin.

Dans une troisième partie, nous avons énuméré les obligations légales du médecin en tant qu'employeur de gens de maison et d'aides professionnels. Ces mesures sociales et fiscales mettent à la charge du praticien un certain nombre d'obligations qu'il était nécessaire de préciser.

Il s'agit tout d'abord de la législation sur les accidents du travail, qui s'applique maintenant à tout salarié. Les médecins sont donc responsables, dans les limites légales, de tout accident pouvant survenir « à l'occasion et au temps du travail » de leurs domestiques et de leurs aides professionnels.

Au sujet des assurances sociales et des congés payés, rien de nouveau à dire ; aussi nous sommes-nous contentés de rappeler les principes généraux applicables en ces matières avec lesquelles nos lecteurs sont déjà familiarisés.

Par contre le décret-loi du 10 novembre 1939 a mis à la charge des employeurs une obligation fiscale nouvelle. Ces derniers sont chargés de retenir sur les sommes qu'ils versent à titre de salaires, traitements ou indemnités, le montant de la Contribution nationale extraordinaire ainsi que celui de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, et de les verser chaque mois à la Caisse du percepteur. Ce rôle de collecteur d'impôts oblige l'employeur à l'accomplissement d'un certain nombre de formalités que nous avons précisées.

Pour terminer, nous avons traité la question des allocations familiales. La loi du 11 mars 1932, mise en application le 1er janvier 1935 dans les professions libérales, obligeait depuis cette date tout médecin employeur d'aides professionnels à s'affilier à une Caisse d'allocations familiales et à acquitter les cotisations de compensation proportionnelles aux salaires versés.

Le décret du 11 mars 1940 a, à son tour, rendu applicable aux domestiques et gens de maison la législation des allocations familiales et ce, à dater du 1er avril 1940. Enfin, les décrets des 29 juillet et 16 décembre 1939, baptisés « Code de la famille » et mis en vigueur le 1er avril 1940 pour les médecins « travailleurs indépendants » ont accordé à ceux-ci le bénéfice des allocations familiales pour leurs propres enfants.

Dans un addendum, nous nous sommes spécialement étendu sur cette dernière application, en précisant d'abord dans quelle mesure les médecins devaient s'affilier à une Caisse d'allocations familiales. Nous avons ensuite énuméré les différentes allocations propres aux médecins : prime à la première naissance, allocations mensuelles, et déterminé leur nouveau taux, tel qu'il vient d'être fixé par la loi du 15 février 1941, parue au « Journal officiel *du 9 avril 1941. Nous avons volontairement laissé de côté la prime de la mère au foyer (décret du 29 juillet 1939) et l'allocation du salaire unique (loi du 29 mars 1941) qui, n'intéressant que les salariés ayant au moins un enfant de nationalité française et ne touchant qu'un seul revenu professionnel, ne jouent pas en faveur des médecins. Enfin, nous avons précisé les charges que cette institution faisait peser sur les médecins sous forme de paiement de cotisations de compensation, et énuméré les sanctions prévues contre ceux qui se déroberaient à leur obligation.*

Brice Maurel,
Docteur en droit.

LE LOYER, LE MATÉRIEL, LE PERSONNEL DU MÉDECIN

I. Les Loyers

A) Le droit commun en matière de location

(Art. 1714 et suivants du Code civil)

Nous n'avons point l'intention de faire, sous ce titre, une étude complète du contrat de louage. En dehors des règles et précautions générales qu'il appartient à tout locataire d'observer (établissement d'un état des lieux lors de l'entrée par exemple), nous avons voulu attirer l'attention du médecin sur les clauses ayant un rapport direct ou indirect avec l'exercice de sa profession.

1° Exercice de la profession dans les lieux loués

Bail conclu pour habitation bourgeoise — Absence de clause d'interdiction expresse. — Possibilité d'exercice d'une profession libérale

Le fait qu'il soit prévu par un bail que les locaux loués doivent être habités bourgeoisement n'exclut pas par cela même l'exercice d'une profession libérale dans les lieux loués, du moment que cet exercice ne fait pas l'objet d'une interdiction expresse. (Cass. civ., 20 juillet 1920.)

Il en est d'autant plus ainsi lorsque le bailleur a connu, au moment où le bail a été conclu, la profession du preneur et l'usage qu'il voulait faire des lieux loués. (Cass. civ., 1er mars 1920.)

Exercice d'une profession similaire par un nouveau locataire. — Absence de garantie de la part du bailleur

A défaut de clause contraire, interdisant au bailleur d'admettre dans l'immeuble un preneur exerçant une profession similaire, le locataire est mal fondé à demander au bailleur des dommages-intérêts pour trouble de jouissance si un local du même immeuble est loué à un locataire exerçant la même profession. Il n'en irait autrement que si le premier locataire établissait à la charge du bailleur des manœuvres susceptibles de constituer des actes de concurrence déloyale.

(Cass. req., 9 janvier 1935 ; Cour de Montpellier, 14 novembre 1935.)

Plaques et enseignes. — Droit pour le médecin d'apposer une plaque sur les lieux loués en l'absence de clauses contraires

Bien que le bail d'un appartement consenti à un médecin pour l'exercice de sa profession ne lui confère pas expressément le droit d'apposer une plaque à la porte de l'immeuble, ce droit peut lui être reconnu comme résultant implicitement de l'ensemble du contrat.

(Cass. Req., 14 janvier 1931 ; Cour de Paris, 27 décembre 1927.)

2° Cession et sous-location

Clause d'interdiction de cession sans le consentement du bailleur. — Motifs légitimes. — Autorisation de justice

La clause par laquelle le locataire ne peut céder son droit au bail sans le consentement exprès et par écrit du bailleur ne constitue pas une interdiction absolue de céder le bail, et ne permet pas au bailleur de refuser son consentement à la cession sans motifs légitimes. Mais elle oblige le preneur à obtenir le consentement du bailleur ou à défaut celui de la justice.

(Cour de Paris, 26 janvier 1932 ; Cass. Req., 27 novembre 1934.)

3° Obligations du bailleur

Eclairage de l'escalier. — Usage de Paris Eclairage continu

D'après les usages de Paris, l'éclairage continu de l'escalier de l'immeuble doit commencer à la tombée du jour et se continuer au moins jusqu'à 10 heures du soir.

(Trib. de paix de Paris (8e arr.), 19 mai 1936.)

Eclairage et entretien de l'escalier. — Responsabilité du bailleur en cas d'accident

Le propriétaire d'un immeuble est responsable de la chute survenue dans un escalier mal entretenu et mal éclairé.

(Cour de Paris « a contrario », arrêt du 8 novembre 1933.)

4° Durée de la location. — Renouvellement

Sous l'empire du droit commun, les contrats de location peuvent être faits sous l'une des deux formes suivantes : bail ou location verbale.

Ces deux modalités diffèrent seulement au point de vue de la durée. Le contrat de bail est essentiellement une location à durée déterminée. Il prend fin automatiquement au terme fixé par les parties. Toutefois si la possession du preneur continue pendant une certaine durée, au su du bailleur, il se forme entre les parties un nouveau bail, par tacite reconduction (art. 1738 du Code civil). Ce nouveau bail est fait aux mêmes conditions générales et au même prix que l'ancien, sauf en ce qui concerne la durée, pour laquelle il suit les règles des locations verbales.

Celles-ci sont faites au contraire pour une durée indéterminée. Elles peuvent prendre fin aux ter-

mes fixés par l'usage local, suivant la volonté de chacune des parties manifestée à l'autre sous la forme d'un congé, donné dans un délai fixé par l'usage des lieux.

Mais à l'expiration d'un contrat de location qu'il s'agisse d'un bail ou d'une location verbale, le locataire professionnel n'a pas en principe comme le locataire commerçant ou industriel, le droit légal au renouvellement de son contrat, et le bailleur reste libre de ne pas lui relouer. Toutefois ce droit, s'il n'est pas écrit dans la loi, peut être créé par la convention. Il suffirait de prévoir dans le bail primitif : l'interdiction pour le bailleur de relouer à un médecin durant x années à l'expiration du bail, et le droit du preneur actuel au renouvellement de la location à des conditions fixées en cas de désaccord par des arbitres désignés à l'avance.

B) Législations d'exception

Au moment de la crise des loyers qui a suivi la guerre de 1914-1918, le législateur a été amené à prendre une série de mesures destinées à protéger les locataires contre les prétentions excessives des bailleurs.

La guerre de 1939-1940 et les événements qui la suivirent ont nécessité également la promulgation d'un certain nombre de mesures, dont certaines se cumulent avec les dispositions de la législation postérieure à la grande guerre.

1° Législation postérieure à la guerre 1914-1918

Lois du 1er Avril 1926, du 29 Juin 1929 et du 31 Décembre 1937- décret-loi du 1er Juillet 1939, loi du 29 Décembre 1940

a) Domaine d'application

Il n'est pas général : il ne comprend tout d'abord que les locaux d'avant guerre, il faut en second lieu que ces locaux soient situés dans une localité où le besoin d'une telle législation se fasse sentir, c'est-à-dire à Paris ou dans un rayon de 50 kilomètres autour de Paris, dans une ville de plus de 4.000 habitants ou située à moins de 5 kilomètres d'une ville de plus de 10.000 habitants, ou enfin dans une commune dont la population a augmenté de plus de 5 % d'un recensement à l'autre.

Encore faut-il noter que de nombreuses communes sont rentrées dans le droit commun, par décret rendu en Conseil d'Etat, après avis des Conseils municipaux intéressés. En cas de doute, nous conseillons donc à nos lecteurs de s'adresser à la mairie de leur commune.

b) Prorogations

I. Durée de la prorogation. — *Aux termes de l'art. 1er de la loi du 31 décembre 1937 :*

Les locataires, sous-locataires, cessionnaires de baux et les occupantsde bonne foi de locaux à usage professionnel ou mixte (*c'est-à-dire à la fois professionnel et d'habitation*), en vertu d'une prorogation antérieure, ou d'un délai de grâce même expiré, en possession au 30 juin 1937, ont droit sans l'accomplissement d'aucune formalité, à des prorogations de jouissance qui prendront fin :

Désignation (locaux professionnels ou mixtes)	A Paris dans le département de la Seine, et dans un rayon de 50 kil. de Paris	Dans les villes de plus de 100.000 habitants et les communes limitrophes	Dans les villes au-dessous de 100.000 habitants
....	....	....	....
Au 1er juillet 1935 lorsque le loyer au 1er août 1914 excédait	6.000 »	4.000 »	2.500 »
Au 1er juillet 1936	3.000 »	2.000 »	1.000 »
Au 1er juillet 1939 (Voir note)	2.500 »	1.500 »	1.000 »
Au 1er juillet 1940 (Voir note)	2.000 »	1.000 »	600 »
Au 1er juillet 1941	1.500 »	500 »	400 »
Au 1er juillet 1943	Pour toutes les prorogations non comprises dans les catégories ci-dessus.		

Note. — *Ces prorogations de jouissance ont été reportées par divers textes successifs, dont le dernier en date est la loi du 29 décembre 1940, au 1er juillet 1941, à charge par les locataires de se conformer aux dispositions du décret-loi du 26 septembre 1939. Il est d'ailleurs vraisemblable qu'elles seront encore reportées par des textes postérieurs, jusqu'à la cessation des hostilités.*

L'interprétation de la loi est aisée, en ce qui concerne Paris, les localités autour de Paris, et les villes de plus de 100.000 habitants, ainsi que les communes limitrophes. Ont droit à la prorogation jusqu'au 1er juillet 1939 les occupants, au 30 juin 1937, de locaux dont le loyer en 1914 était compris respectivement entre 2.500 et 3.000 francs ou 1.500 et 2.000 francs. Par contre le problème se complique en ce qui concerne les villes de moins de 100.000 habitants : quel est en effet dans ce cas le plafond supérieur d'application de la prorogation légale ? La seule lecture du tableau conduit à admettre le chiffre de 2.500 francs. Mais, outre que ce chiffre est supérieur à celui afférent aux villes de plus de 100.000 habitants, on serait amené ainsi à faire bénéficier à nouveau de la prorogation des locaux qui étaient déjà revenus au droit commun depuis le 1er juillet 1936, singulière façon d'aménager une extinction progressive de la législation d'exception. A notre avis, il faut considérer dans ce cas le chiffre de 1.000 francs à la fois comme un minimum et comme un maximum.

II) Droit de reprise. — *Si en principe le droit à la prorogation légale interdit au bailleur de reprendre la libre disposition de ses locaux, la loi a cependant apporté à cette règle un certain nombre d'exceptions, afin de permettre au propriétaire de jouir de son immeuble pour lui-même, ses ascendants, descendants ou conjoint. Ce droit de reprise dont la loi nouvelle a modifié, dans un sens plus libéral, les conditions d'application, ne peut porter aux termes de l'article 5 alinéa 7 (lequel subsiste dans son texte primitif) que sur les locaux servant exclusivement à l'habitation. Par contre les locaux professionnels échappent à l'exercice de ce droit, à moins toutefois qu'il ne s'agisse de l'hypothèse prévue pdr l'art. 21 de la loi, c'est-à-dire du propriétaire de nationalité française qui veut démolir un immeuble pour construire sur le même terrain un autre immeuble destiné à l'habitation, ou le faire surélever ou aménager, de telle sorte que les travaux rendent inhabitable ce qui est nécessaire au logement du preneur ou de sa famille.*

c) **Prix limite**

I. — Prix limite applicable aux locataires en prorogation légale



Ce prix limite s'obtient en multipliant la valeur locative de base par un certain coefficient. A ce loyer principal viennent d'autre part s'ajouter les charges. Enfin l'application de ce prix limite est soumis à certaines conditions.

1° Valeur locative de base. — *C'est la valeur au 1er août 1914 (c'est-à-dire en principe le loyer effectivement payé à cette époque).*

Toutefois, d'après l'art. 7 de la loi du 31 décembre 1937, il devra être tenu compte dans la détermination de cette valeur de base, des dépenses d'amélioration que le propriétaire justifiera avoir faites depuis 1914, dans la mesure où ces améliorations auront augmenté la qualité du logement ou le confort, à l'avantage direct du locataire. Mais cette valeur ainsi majorée ne peut dépasser la valeur locative de locaux similaires ayant bénéficié d'améliorations analogues avant le 1er août 1914.

2° Coefficient de majoration. — *Le prix limite au 1er juillet 1938 s'obtient en multipliant la valeur de base par les coefficients suivants :*

	Locaux d'habitation	Locaux professionnels ou mixtes
Location verbale ou bail de moins de 9 ans (Voir nota)	3,08	3,355
bail d'au moins 9 années	3,5	3,75

Les taux ainsi obtenus après application de ces coefficients, peuvent être majorés de 10 % par année, à dater du 1er juillet 1939 et ce, jusqu'à la fin de la période de prorogation légale. Mais des mesures législatives successives, dont la dernière est la loi du 29 décembre 1940, ont reporté cette majoration au 1er juillet 1941.

Il est d'ailleurs vraisemblable qu'elles seront

encore reportées par des textes postérieurs, et ce, jusqu'à la fin des hostilités.

Néanmoins, dans les deux cas suivants, des majorations peuvent être apportées au taux du loyer :

1° AMÉLIORATIONS. — *Article* 11 *de la loi du* 31 *décembre* 1937 :

Le bailleur qui, postérieurement au 1er juillet 1937 aura, d'accord avec le locataire ou la majorité des locataires intéressés, apporté des améliorations de jouissance des locaux loués, pourra récupérer le montant de ses dépenses par une majoration des prix des loyers ; cette majoration ne peut, en aucun cas, permettre l'amortissement du capital dépensé sur une période inférieure à dix années, ni dépasser 10 % du prix du loyer, y compris les charges locatives, perçu à l'époque de l'exécution des travaux. Ces améliorations sont indépendantes des travaux d'entretien ordinaires et d'hygiène, imposés par les collectivités locales et ne s'appliquent qu'aux travaux augmentant la qualité des logements et le confort à l'avantage direct du locataire.

2° CHARGES. — *Articles* 11, §§ 7, 8 *et* 9 *de la loi modifiée par les articles* 8 *et* 10 *de la loi du* 31 *déc.* 1937.

Le propriétaire peut réclamer au locataire, en sus du principal ainsi déterminé, les impôts mis par la loi à la charge du locataire. Les majorations d'impôts grevant depuis le 1er avril 1926, et celles qui pourront grever l'immeuble loué, au cours de la prorogation, impôt cédulaire foncier non compris, et les prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914 et qui étaient comprises à ce moment dans le prix du bail, pourront être réclamés par le propriétaire, dans la mesure où il justifiera de leur montant, lequel sera réparti entre tous les occupants de l'immeuble propriétaire compris s'il y habite, au prorata du loyer de 1914.

En ce qui concerne les impôts et prestations qui en 1914, étaient compris dans le prix du bail, le propriétaire pourra réclamer la majoration qu'ils ont subie depuis cette époque.

Pour le remboursement desdits impôts et prestations en nature, il pourra être établi d'accord entre les parties, un forfait qui ne pourra dépasser 30 % de la valeur locative de 1914. Cet accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties, sous réserves d'un préavis de six mois.

II. — PRIX APPLICABLE AUX LOCATIONS NE BÉNÉFICIANT PAS DE LA PROROGATION LÉGALE

Aux termes de l'art. 11 *dernier alinéa de la loi du* 1er *avril* 1928, *modifié par l'art.* 9 *de la loi du* 31 *décembre* 1937, « jusqu'au 1er juillet 1943, il est interdit aux propriétaires et bailleurs, à l'expiration des prorogations ci-dessus prévues, de percevoir pour les locations faites dans les immeubles construits et achevés avant le 1er août 1914, un loyer supérieur à la valeur locative à cette date des locaux loués, majorée de 300 % pour les locaux d'habitation, et de 325 % pour les locaux à usage professionnel, compte tenu des impôts et prestations, sauf celles relatives au chauffage et à l'ascenseur.

Autrement dit le prix limite s'obtient en multipliant la valeur locative de base par le coefficient 4 *pour les locaux d'habitation et* 4,25 *pour les locaux à usage professionnel ou mixte.*

A ce prix peut être également ajoutée dans la limite de 10 % *du prix du loyer, la valeur des améliorations apportées dans les conditions de jouissance des locaux loués, ainsi que nous l'avons vu plus haut.*

Mais d'autre part, il résulte de l'art. 9 *de la loi du* 31 *décembre* 1937, *que les dispositions de l'art.* 11 *dernier alinéa, précités, seront applicables aux locaux actuellement vacants ou qui le deviendront ultérieurement.*

Autrement dit le prix limite égal à 4,25 *fois la valeur locative de base est applicable :*

1° *Aux locataires ne bénéficiant pas de prorogation légale par suite du taux du loyer d'avant-guerre ;*

2° *Aux locataires ne bénéficiant pas de cette prorogation parce qu'entrés dans les lieux postérieurement au* 30 *juin* 1937.

III. — MODALITÉ D'APPLICATION DU PRIX LIMITE

Aux termes de l'art. 11, *alinéa* 2 *de la loi, modifié par l'art.* 8 *de la loi du* 31 *décembre* 1937, « Les pri des loyers ainsi fixés seront applicables de plein droit à partir du 1er janvier 1938, tant au profit du propriétaire qu'au profit du locataire, si ce dernier est encore recevable à exercer l'action prévue par l'art. 14, alinéa 2.

Cet article 14, *alinéa* 2, *s'exprime ainsi* : « Les locataires seront admis à demander la réduction du loyer au prix limite et le remboursement des sommes qui auraient été versées en sus de ce prix. Ils devront intenter leur action par déclaration au greffe du tribunal compétent, *avant l'expiration du délai de six mois* qui partira de la date de la première quittance de loyer majoré présentée par le propriétaire et payée par le locataire.

D'autre part, l'observation du prix limite applicable lors de l'expiration des prorogations est également sanctionnée par la même action en réduction : « Le Tribunal qui ordonnera la réduction du loyer autorisera le maintien du locataire dans les lieux sur sa demande, pendant une période qui ne pourra être inférieure à un an, ni excéder trois ans sauf s'il existe un bail d'une durée supérieure (art. 4, alinéa 6).

Il résulte des travaux préparatoires de la loi que les locataires qui ont laissé passer le délai de 6 *mois pendant lequel peut être exercée l'action en réduction ne sont pas relevés de la forclusion par la nouvelle loi. Le nouveau prix légal n'est donc applicable qu'aux locataires qui bénéficiaient déjà de l'ancien.*

2° Législation de la guerre 1939-1940

Décret-loi du 26 Septembre 1939, décret du 1er Juin 1940, Lois du 16 Juillet et du 23 Août 1940, loi du 25 Novembre 1940, lois des 26 et 28 Février 1941

a) Domaine d'application

Les dispositions du décret-loi du 26 septembre 1939, modifiées par celles du décret du 1er juin 1940 et de la loi du 25 novembre 1940, sont applicables du 2 septembre 1939 au décret fixant la cessation des hostilités aux locations de locaux à usage d'habitation ou à usage professionnel, à l'exclusion des locations de plaisance ou secondaires.

Ces dispositions sont différentes suivant qu'elles concernent des locataires mobilisés, non mobilisés ou réfugiés.

Il faut entendre :

— par MOBILISÉS « tous militaires appartenant aux formations de l'armée et du territoire ainsi que toutes personnes appartenant aux formations composées d'hommes des deux dernières classes libérées d'obligations militaires qui restent à la disposition du Ministre de la Guerre pour la défense passive ».

Les prisonniers n'étant pas démobilisés sont assimilés, pour l'application de cette législation, aux mobilisés.

— par RÉFUGIÉS « toutes personnes ayant été contraintes de quitter leur domicile par ordre des autorités publiques ou en raison des opérations militaires ».

b) Résiliation

Le LOCATAIRE MOBILISÉ *peut obtenir par simple demande la résiliation de son bail.*

Cette demande doit être « adressée au bailleur par lettre recommandée avec accusé de réception, à laquelle doivent être jointes toutes pièces justificatives..... Sauf dans les cas où le délai du préavis est inférieur à un mois, la résiliation prendra effet à l'expiration du délai d'un mois à dater du jour de la réception de la lettre recommandée, à moins que le locataire n'ait, dans sa demande, fixé une date plus éloignée » (*Décret-loi du 26 septembre* 1939, *art.* 3).

Le LOCATAIRE NON MOBILISÉ *peut obtenir en justice la résiliation de son bail s'il justifie* « par suite de la guerre et postérieurement au contrat, soit de cesser de jouir de l'usage de tout ou partie des locaux, soit ne pouvoir entrer en jouissance, soit être privé d'une notable partie des ressources sur lesquelles il pouvait compter pour faire face au paiement de ses loyers, soit enfin ne pouvoir continuer normalement l'exploitation ou l'exercice de la profession en vue de laquelle les lieux ont été loués » (art. 4).

Les LOCATAIRES RÉFUGIÉS *pouvaient,* « nonobstant toutes clauses contraires, pendant un délai de trois mois à dater du 18 juillet 1940 obtenir, par simple demande, la résiliation de tout bail ou location, postérieur au 1er septembre 1939, conclu ou renouvelé en dehors du lieu de leur principal établissement ». (*Loi du* 16 *juillet* 1940, *art.* 2).

c) Réduction

Le LOCATAIRE MOBILISÉ *d'un bail à usage d'habitation dont* « le contrat a été conclu antérieurement au 2 septembre 1939, bénéficie de plein droit pendant la durée de sa mobilisation, d'une réduction des 3/4 du montant du loyer, à moins que le bailleur n'établisse que le locataire est en mesure d'acquitter la totalité de son loyer, ou une fraction supérieure au quart. »

« La même réduction des 3/4 est accordée de plein droit, si les conditions prévues par l'alinéa précédent sont remplies, au locataire d'un local à *usage professionnel* ou commercial... dont la profession, le commerce... ont cessé d'être exercés, et ce, pendant la période de cessation ». (*Décret-loi du* 26 *septembre* 1939, *modifié, art.* 9, *alinéas* 5 *et* 6).

Le LOCATAIRE NON MOBILISÉ OU DÉMOBILISÉ *peut obtenir* « une réduction pouvant aller jusqu'aux 3/4 du montant du loyer, s'il justifie par suite de circonstances résultant de l'état de guerre, et survenues postérieurement au contrat, soit d'avoir cessé de jouir de l'usage de tout ou partie des locaux, soit d'être privé d'une notable partie des ressources sur lesquelles il pouvait compter pour faire face au

« paiement de son loyer, soit enfin de ne pouvoir continuer normalement l'exploitation « ou l'exercice de la profession en vue de laquelle « les locaux ont été loués ».

« A défaut d'accord amiable, le juge fixera le « point de départ de la réduction qui pourra être « antérieure à la demande en justice formée par « le locataire, sans jamais pouvoir remonter à « une date antérieure au 2 septembre 1939 ». (*Art.* 9, *alinéas* 1 *et* 2).

Les locataires de locaux « situés dans une *com-* « *mune évacuée* sur l'ordre des autorités publi- « ques ou par les nécessités résultant des opé- « rations militaires, bénéficient de plein droit, « pendant toute la durée où l'occupation a été « rendue impossible, d'une réduction des 3/4 « du montant du loyer, à moins que le bailleur « n'établisse que le locataire est en mesure « d'acquitter la totaité de son loyer ou une « fraction supérieure au quart ». (*Art.* 9, *alinéa* 8).

En sus de la réduction des 3/4 bénéficiant aux locataires mobilisés ou évacués « des réductions « sur le montant des loyers restant dus et pou- « vant même aller jusqu'à l'exonération totale, « pourront être accordées lorsque l'intéressé « justifiera ne pas être en état de faire face au « paiement des sommes dues. Cette demande « de réduction devra être faite dans un délai « de 6 mois à dater du jour où le locataire aura « *été démobilisé* » (*Art.* 9, *alinéa* 9).

Ces réductions ne jouent que sur le loyer principal. Quant aux charges, elles sont dues en principe en totalité, à condition toutefois que soient fournies les prestations en nature, telles que chauffage, eau chaude, ascenseur... dont elles sont la contre-partie.

GUERRE 1939. — LOYER. — RÉDUCTION. — DÉCRET-LOI DU 26 SEPTEMBRE 1939

La seule chose dont le locataire ait à justifier est la diminution de ses ressources actuelles sur celles qu'il possédait avant-guerre. Il n'est pas, ainsi que l'exigeait le bailleur, tenu à rapporter une seconde preuve, celle de l'impossibilité dans laquelle il se trouverait d'acquitter l'intégralité du loyer. (*Cassation Chambre Sociale*, 9 janvier 1941).

LOYER. — RÉDUCTION. — IMPÔT FONCIER A LA CHARGE DU LOCATAIRE. — IMPÔT RÉDUCTIBLE

Dans le cas où l'impôt foncier est, en vertu du bail, à la charge du locataire, la réduction accordée doit se calculer sur le principal du loyer augmenté de l'impôt foncier. Ce dernier. en effet, ne constitue pas une charge proprement dite, mais un supplément de loyer. *Cassation Chambre Sociale*, 21 décembre 1939).

LOYER. — HIVER 1940-1941. — NON CHAUFFAGE RÉDUCTIONS

Le non chauffage d'un appartement loué chauffé constitue un manque de confort qui diminue sa valeur locative.

L'absence de chauffage cause d'autre part au locataire un préjudice certain, ainsi qu'un supplément de dépenses. Il est donc équitable de lui accorder :

— la déduction sur le montant des charges de la valeur du charbon non consommé ;

— *une réduction sur le principal du loyer.*

(*Cour d'Appel de Paris*, 26 mars 1941).

NOTE. — *Cette jurisprudence est maintenant bien établie, et les réductions qui sont accordées sur les deux termes d'hiver varient suivant les cas d'espèce de* 10 *à* 30 %.

d) Paiement des loyers arriérés

LES MOBILISÉS *bénéficient de plein droit pour le* « paiement des loyers courus pendant « leur mobilisation d'un moratoire qui prend « fin à l'expiration d'un délai de six mois à dater « du jour de leur démobilisation... Tout acte « de procédure tendant à imposer le paiement « du loyer avant la date d'expiration du mora- « toire est réputé nul et les frais restent à la « charge du bailleur » (*Décret-loi du* 26 *septembre* 1939 *modifié, Art.* 11).

A l'expiration de ce moratoire, LES LOCATAIRES MOBILISÉS *peuvent se libérer des sommes dues, dans le délai d'un an, par douze mensualités égales, dont la première est exigible à la fin du mois au cours duquel le moratoire a pris fin.*

Ces dispositions couvrent les loyers courus du jour de la mobilisation du locataire au 31 *décembre* 1940, *si ce dernier a été démobilisé avant le* 31 *décembre* 1940, *et les loyers courus pendant la mobilisation du locataire s'il a été démobilisé postérieurement au* 1er *janvier* 1941. (Loi 26 février 1941, Art. 3).

LES LOCATAIRES NON MOBILISÉS *peuvent s'acquitter des loyers impayés et échus entre le* 2 *septembre* 1939 *et le* 31 *décembre* 1940, *dans le délai d'un an, par douze mensualités égales, dont la première viendra à échéance le* 31 *mai* 1941. (Loi 26 février 1941, Art. 2).

Toutefois « le bailleur peut à toute époque « établir que le locataire est en mesure d'acquit- « ter immédiatement ou dans un moindre délai, « tout ou partie des loyers impayés visés aux « art. 2 et 3 précédents » (*Art.* 4).

e) Prorogation

Les locataires de bonne foi mobilisés ou non, bénéficiant d'une réduction « sont maintenus de « plein droit en possession des lieux loués jusqu'au terme d'usage qui suivra le décret « fixant la cessation des hostilités... à charge « par eux : 1° d'occuper effectivement les lieux, « sauf motif légitime, par eux-mêmes ou par les « personnes vivant habituellement à leur foyer « antérieurement au 2 septembre 1939 ; 2° de se « conformer aux décisions de justice ou accords « amiables intervenus tant en ce qui concerne « les réductions qu'en ce qui concerne, le cas « échéant, les termes et délais ».

Les locataires mobilisés, mais ne bénéficiant pas d'une réduction « sont également maintenus « de plein droit en possession des lieux loués, « aux conditions fixées par la convention venue « à expiration, et ce jusqu'au terme d'usage qui « suivra la date à laquelle ils auront cessé « d'appartenir à leurs formations .. »

Les autres locataires « peuvent obtenir leur « maintien en possession des lieux loués, année « par année, à dater du jour de l'expiration de la « convention, sans toutefois que la durée de ce « maintien en possession ne puisse excéder la « date du terme d'usage qui suivra le décret « fixant la cessation des hostilités... à condition « qu'ils occupent effectivement les lieux par eux-« mêmes, par les personnes vivant habituellement « à leur foyer antérieurement au 2 septembre « 1939... A défaut d'accord amiable, le juge « appréciera le bien fondé de la demande en « tenant compte de tous les éléments d'appréciation » (*Décret-loi du* 26 *septembre* 1939 *modifié, Art.* 12).

f) Prix limites

Aux termes de la loi du 28 *février* 1941 *promulguée à l'Officiel du* 15 *mars* 1941 : « est prohibée, à « dater de la publication de la présente loi et « jusqu'au décret fixant la cessation des hostilités, nonobstant conventions contraires même « antérieurement conclues, toute augmentation « du prix des loyers et des charges des locaux « d'habitation ou à usage professionnel, appartements ou chambres, loués nus ou meublés, « tel qu'il était fixé par le bail au 1er septembre 1939. Dans le cas où les locaux n'étaient « pas loués à cette date, le prix est déterminé « par analogie avec le prix payé pour les locaux « similaires ».

En principe le taux des locations se trouve donc stabilisé au taux en vigueur au 1er *septembre* 1939. *Toutefois une augmentation du loyer principal est possible dans le cas et dans les limites des dépenses effectuées par le propriétaire à l'avantage direct du locataire. De même les charges et prestations peuvent être majorées dans la mesure ou leur prix de revient aurait augmenté par rapport au* 1er *septembre* 1939 (Art. 2).

Les sommes indument perçues par le propriétaire, c'est-à-dire celles excédant le taux limite du loyer, sont remboursables immédiatement pour celles qui ont déjà été versées par le locataire, ou déductibles sur les quittances à venir pour les autres (Art. 3).

Tout accord ayant pour but de dissimuler sous une forme quelconque une augmentation du loyer, tel que : gonflement des charges, remise d'une somme d'argent, pas de porte, reprise d'objets mobiliers pour une somme dépassant leur valeur véritable... sont nuls. (Art. 6).

La loi limite également les dépôts de garantie à deux mois de loyers d'avance pour les locations au mois, et à trois mois pour les autres quelle que soit la durée du bail (Art. 5).

La violation de ces mesures limitant le taux du loyer rend le bailleur passible du paiement d'une amende, et même d'un emprisonnement.

Les dispositions de la loi du 28 *février* 1941 *ne sont applicables ni aux locations régies par la législation d'exception postérieure à la Grande Guerre, ni aux immeubles dont la construction n'était pas achevée le* 1er *septembre* 1939.

BAIL. — IMMEUBLE RÉQUISITIONNÉ EN TOTALITÉ LOYER NON DU

Le locataire d'un immeuble réquisitionné en totalité est exonéré du paiement du loyer pendant le temps de la réquisition. Cette dernière équivaut, en effet, pour lui, à la destruction de l'immeuble qui, aux termes de l'art. 1722 du Code Civil, libère le locataire de toutes obligations vis-à-vis du bailleur. (*Tribunal Civil, de Bordeaux,* 14 janvier 1941).

BAIL. — IMMEUBLE PARTIELLEMENT RÉQUISITIONNÉ. — DROIT A INDEMNITÉ. — NON LIEU A RÉDUCTION

La réquisition partielle de locaux faite par les militaires en vertu de la loi de 1877 n'empêche pas le locataire de continuer à habiter l'immeuble. Cette privation de jouissance partielle est compensée par l'allocation d'une indemnité forfaitaire, qui ne permet pas au locataire d'obtenir la réduction de son loyer. (*Tribunal Civil de Laval,* 25 novembre 1940).

II, Le matériel

1° Insaisissabilité

Loi du 13 avril 1932

modifiant les paragraphes 3 et 4 de l'article 592 du Code de procédure civile relatif aux saisies-exécution.

ART. 1er. — L'article 592 du Code de procédure civile est modifié ainsi qu'il suit :

Ne pourront être saisis :

« 1° .. . . 2° . ...

« 3° Les livres relatifs à la profession du saisi jusqu'à la somme de 5.000 francs, à son choix ;

« 4° Les machines et instruments servant à l'enseignement, pratique ou exercice des sciences et arts, jusqu'à concurrence de la même somme, et au choix du saisi ;

2° Responsabilité du fait des choses

(Art. 1384 du Code civil)

Aux termes de cet article : « on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des choses que l'on a sous sa garde ».

Le gardien juridique d'une chose, c'est-à-dire en principe son propriétaire, est ainsi présumé responsable de tout préjudice survenant par le fait de cette chose, même en l'absence de toute faute prouvée contre lui. Il ne peut s'exonérer de cette responsabilité qu'à la condition d'établir que l'accident est attribuable soit à la faute de la victime, soit à un cas fortuit et de force majeure.

Ces principes s'appliquent aux dommages causés aux tiers, clients ou non, par le matériel ou le mobilier professionnel du médecin.

Toutefois, depuis l'arrêt de la Cour de cassation en date du 20 mai 1936 d'après lequel la responsabilité médicale est d'ordre contractuel et non délictuel, la présomption de responsabilité tirée de l'art. 1.384 du Code civil ne saurait être invoquée toutes les fois que la chose dommageable concourt directement à l'exécution du contrat, c'est-à-dire au traitement du malade. Ainsi en est-il notamment des appareils de radiologie et d'électrothérapie. Il appartient, dans ce cas, au client, d'établir à la charge du médecin, l'existence d'une faute, c'est-à-dire la méconnaissance d'une règle professionnelle. (Voir « Responsabilité professionnelle »).

3° Les parasites électriques

a) Décret du 1er décembre 1933 (*extraits*)

Art. 1er. Seront soumis, à dater du 1er avril 1934, aux prescriptions du présent décret, les constructeurs, exploitants, revendeurs et détenteurs d'installations ou d'appareils électriques, pour éviter que le fonctionnement desdites installations ou appareils soit susceptible de troubler les réceptions radio-électriques dans des conditions excédant le degré de gravité déterminé par arrêté du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, après avis de la Commission instituée par l'article 9.

Art. 2. — Sous réserve des dispositions de l'article 4 ci-après, les constructeurs et revendeurs d'installations ou d'appareils électriques sont tenus de pourvoir lesdites installations ou lesdits appareils de dispositifs permettant de protéger la réception des émissions de radio-diffusion contre les troubles parasites qu'ils provoquent.

Art. 3. — Sous réserve des dispositions des articles 4 et 5, les exploitants ou détenteurs d'installations ou d'appareils électriques doivent veiller à ce que ces installations ou appareils soient constamment munis d'un dispositif de protection en bon état d'entretien.

Art. 4. — Le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, après avis de la Commission prévue à l'article 9 du présent décret, peut, sous réserve des obligations résultant de l'application des dispositions de l'article 6, dispenser de l'adjonction des dispositifs de protection, par voie de dispositions générales :

1° Les installations ou appareils électriques qui créent, aux points d'utilisation des appareils radio-électriques, des effets perturbateurs inférieurs à ceux qui sont déterminés périodiquement par le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, après avis de la Commission instituée par l'article 9 ;

2° Les installations ou appareils pour lesquels l'adjonction d'un dispositif de protection entraînerait des obligations hors de proportion avec l'importance de l'installation ou de l'appareil.

Le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones constate, en outre, par des arrêtés pris dans les mêmes conditions, les types d'installations ou d'appareils pour lesquels, en l'état actuel de la technique, il n'existe pas de dispositif de protection efficace et qui sont par suite provisoirement dispensés de l'adjonction de ce dispositif.

Art. 5. — Le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, après avis de la Commission prévue à l'article 9 du présent décret, peut dispenser de l'adjonction des dispositifs de protection, soit par voie de dispositions générales, soit par mesures spéciales, les installations ou appareils électriques dont les exploitants ou détenteurs s'engagent à n'user que dans des conditions d'heure, de durée ou de lieu qui seront reconnues, dans les formes prévues à l'article 6, ne pouvoir troubler la réception des émissions radiophoniques.

....

b) Arrêté du 30 mars 1934

fixant le degré de gravité que ne doivent pas dépasser les émissions parasitaires.

Art. 1er. — Sont considérées, pour l'application des dispositions de la loi du 31 mai 1933 et du décret du 1er décembre 1933, comme dépassant le degré de gravité admissible, les perturbations susceptibles de troubler la réception des émissions dont le champ est, au lieu considéré, au moins égal à 1 millivolt par mètre.

Art. 2. — La réception est considérée comme troublée :

1o Si le niveau des perturbations n'est pas inférieur de 3 népers à celui d'un signal produit par un champ de 1 millivolt par mètre, modulé au taux de 30 p. 100, à la fréquence de 800 périodes par seconde, et si la durée continue de ces perturbations est supérieure à trois secondes :

2o Si leur niveau était plus élevé que la valeur limite indiquée ci-dessus, les perturbations ont une durée continue inférieure à trois secondes, mais se reproduisant à intervalles de temps inférieurs à dix minutes.

c) Arrêté du 31 mars 1934

fixant une première liste d'appareils électriques devant être munis de dispositifs anti-parasites.

Art. 1er. — **Ne pourront faire l'objet de dispenses prévues à l'article 4 du décret du 1er décembre 1933** lorsque les perturbations qu'ils produisent dépassent le degré de gravité fixé par l'arrêté du 30 mars 1934, les appareils ci-après, pour lesquels des dispositifs de protection efficaces *sont techniquement réalisables.*

I. — MOTEURS COMPORTANT UN COLLECTEUR A LAMES INTERVENANT DANS LA CONSTRUCTION DES APPAREILS SUIVANTS :

K. — *Appareils médicaux*

Appareils de radioscopie et de radiographie ;
Appareils de diathermie ;
Appareils de traitement par la haute fréquence et tous autres appareils assimilables aux appareils ci-dessus.

II. — APPAREILS ÉLECTRIQUES INDUSTRIELS

Moteur comportant un collecteur à lames d'une puissance inférieure à 2 kw.
Dynamos d'une puissance inférieure à 2 kw.
Commutatrice d'une puissance inférieure à 2 kw.

III. — DISPOSITIFS A RUPTURE ET ÉTABLISSEMENT DE COURANT POUR UNE INTENSITÉ INFÉRIEURE A TROIS AMPÈRES, INTERVENANT DANS LA CONSTRUCTION DES APPAREILS CI-APRÈS.

Signaux et enseignes à lueurs intermittentes.
Redresseurs à lame vibrante.
Vibrateurs.
Sonnettes et signaux acoustiques à usage publicitaire.

....

d) Arrêté du 31 mars 1934

fixant la liste d'installation et d'appareils dispensés de l'adjonction de dispositifs de protection.

Art. 1er. — Sont classés parmi les installations ou appareils électriques visés à l'article 4, paragraphe 1er, du décret portant règlement d'administration publique en date du 1er décembre 1933 comme appareils dont le fonctionnement entraîne des troubles inférieurs au degré de gravité déterminé à l'article 2 de l'arrêté du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones en date du 30 mars 1934, les installations ou appareils énumérés ci-après :

Appareils d'éclairage par lampes à incandescence.
Interrupteurs domestiques.
Appareils ménagers utilisant le chauffage par l'électricité sans dispositif régulateur de température.
Moteurs à champ tournant sans contact glissant.

e) Jurisprudence

TROUBLES PARASITAIRES. — ART. 114 DE LA LOI DU 31 MAI 1933 ET DÉCRETS D'APPLICATION. — INFRACTION. — BONNE FOI. — DÉLIT CONTRAVENTIONNEL

Lorsqu'une installation électrique trouble les auditeurs *radiophoniques, il y a délit, même si* le propriétaire a pris des précautions qu'il croyait suffisantes, car l'élément intentionnel n'est pas nécessaire à la constitution de l'infraction prévue par l'art. 114 de la loi du 31 mai 1933. Elle appartient, en effet, à la catégorie des délits qui existent même si leur auteur est de bonne foi ou simplement négligent.

(Trib. corr. de Rochefort-sur-Mer, 1er avril 1936.)

III. Le personnel

Le médecin utilise presque toujours pour l'exercice de sa profession un ou plusieurs auxiliaires salariés. Mais bien souvent, cet auxiliaire possède un caractère mixte, c'est-à-dire est utilisé par le médecin à la fois pour son service personnel et pour son service professionnel. Or, les règles légales applicables aux gens de maison ou aux employés professionnels sont fort différentes. Il importe donc de rechercher lequel de ces deux statuts doit être appliqué. Il suffit pour cela de se conformer à la règle suivante, posée par le ministre du Travail à l'occasion des allocations familiales, mais valable de manière générale :

DOMESTIQUE MIXTE. — RÉGIME APPLICABLE. — OCCUPATION PRINCIPALE

N° 2.921. — M. FAUGÈRE, sénateur, demande à M. le ministre du Travail, si un médecin est assujetti à la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales : 1°.... 2° pour la domestique qu'il emploie, partie pour son service personnel, partie pour son service professionnel. (*Question du 21 décembre* 1934.)

Réponse. — 1°... 2° Le médecin en question est assujetti à la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales pour la domestique qu'il emploie si celle-ci consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel. (*J. O.*, 25 janvier 1935.)

1° Le personnel domestique

Il est lié au médecin par un contrat de louage de services ordinaires, qui peut être rompu par chacune des deux parties, à tous moments, dans les formes prévues par l'art. 23 du livre I du Code du travail, c'est-à-dire à condition de prévenir l'autre partie un certain temps à l'avance. La durée du délai-congé est fixée par l'usage et dépend de la nature de l'emploi. L'inobservation de ce délai, comme la rupture abusive, c'est-à-dire sans motifs légitimes, peuvent donner lieu à des dommages-intérêts. C'est toutefois à la partie lésée qu'incombe la preuve de l'absence de motifs légitimes.

Les domestiques et gens de maison bénéficient d'un certain nombre de lois sociales.

a) Accidents du travail

La législation sur les accidents du travail a été étendue aux « domestiques, gens de maisons, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre à un titre quelconque, attachés ou non à la personne », par la loi du 2 août 1923. L'employeur est donc responsable, dans les limites légales, de tout accident survenu au lieu et au temps du travail. D'après la jurisprudence, une domestique est « au lieu et au temps du travail » partout où elle se trouve sur l'ordre de son patron et pour les besoins du service, ainsi qu'en tout endroit où elle reste à sa disposition.

b) Assurances sociales

Les Obligations patronales à l'égard des domestiques et gens de maison, en matière d'assurances sociales, sont les mêmes que celles concernant les employés professionnels, et que nous étudions plus bas (Voir page 14 et suivantes).

Il existe une seule différence, d'une certaine importance : les cotisations dues par les maîtres de maison sont calculées non pas sur le salaire réel, mais sur un salaire forfaitaire annuel, fixé par arrêté du ministre du Travail.

DÉSIGNATION	SALAIRE FORFAITAIRE ANNUEL	
	Hommes	Femmes
	francs	francs
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine	8.400	4.800
Autres communes	6.000	3.600

Désignation	Cotisations à partir du 1er Janvier 1937					
	Journalière			Hebdomadaire		
	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total
	francs	francs	francs	francs	francs	francs
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine :						
Hommes	0 95	0 95	1 90	6 40	6 40	12 80
Femmes	0 55	0 55	1 90	3 70	3 70	7 40
Autres communes :						
Hommes	0 70	0 70	1 40	4 60	4 60	9 20
Femmes	0 40	0 40	0 80	2 80	2 80	5 60
	Mensuelle			Annuelle		
Hommes	28 »	28 »	56 »	336 »	336 »	672 »
Femmes	16 »	16 »	32 »	192 »	192 »	384 »
Autres communes :						
Hommes	20 »	20 »	40 »	240 »	240 »	480 »
Femmes	12 »	12 »	24 »	144 »	144 »	288 »

Femmes de ménage. — Pluralité d'employeur. — Formalités a la charge de l'assurée

4.474. — M. Maupoil, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° à qui incombe en réalité le soin de faire immatriculer une femme de ménage, occupée par un seul employeur, ajoute qu'aux termes de l'article 1er, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, c'est au salarié, mais que instructions émanant de l'Administration stipulent que c'est à l'employeur ; 2° toujours dans le cas d'une femme de ménage occupée par un seul employeur, les versements doivent-ils être effectués au moyen de timbres ou dans les conditions prévues par le régime général. Là encore il paraît y avoir contradiction entre les directives de l'Administration qui prévoit le versement dans les conditions ordinaires et l'arrêté du 30 janvier 1936, qui concerne notamment « les assurés qui travaillent par intermittence pour le compte du même employeur... » (*Question du* 27 *septembre* 1937.)

Réponse. — 1° Il résulte des termes mêmes de l'article 1er, paragraphe 4 et 5, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales que l'immatriculation des femmes de ménage, qui sont occupées par un seul employeur, est à la charge de ce dernier ; c'est seulement, en effet, lorsque les femmes de ménage « travaillent pour le compte de plusieurs employeurs » ou « ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence » que l'immatriculation reste à la charge de ces salariées ; 2° dans le même cas, le versement des contributions doit s'effectuer en espèces, et non en timbres-poste, conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphes 3 et 9 dudit décret-loi.

(*J. O.*, 17 novembre 1937.)

Note. — *Dans le cas où les formalités incombent à l'assuré, l'employeur, pour se justifier au regard du Service des Assurances sociales, doit lui faire signer une attestation par laquelle l'intéressé certifie appartenir aux catégories énumérées à l'art.* 1er, § 5, *et prendre à sa charge sa propre immatriculation. Une autre différence avec les domestiques ordinaires est que les cotisations concernant les femmes de ménage sont calculées, non pas sur le salaire forfaitaire annuel indiqué ci-dessus, mais au taux de* 8 % *sur le salaire de l'intéressée.*

c) Impôts

Il n'y a aucune retenue à effectuer sur les gages des gens de maison, soit au titre de la contribution nationale extraordinaire, soit au titre de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, car ces derniers sont généralement inférieurs au minimum d'imposition annuel fixé à 7.000 *francs pour la Contribution nationale et à* 10.000 *francs pour l'impôt cédulaire.*

d) Allocations familiales

Le décret du 14 mars 1940 a rendu applicable aux domestiques et gens de maison la législation des allocations familiales. Aussi, toute personne qui occupe habituellement un personnel domestique est tenue, depuis le 1er avril 1940, de s'affilier pour ce personnel à la Caisse de compensation interprofessionnelle du lieu de sa résidence, spécialement habilitée à cet effet. (La Caisse d'allocations familiales des professions médicales n'a pas qualité pour recevoir l'affiliation des médecins pour leurs gens de maison).

Pour les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise, seule est habilitée la Caisse des propriétaires de la région parisienne, dont le siège est à Paris, 174, boulevard Saint-Germain.

Les cotisations, dont le montant est proportionnel au nombre de domestiques, sont perçues trimestriellement.

Les allocations sont versées directement aux ayants-droit par les Caisses de compensation.

e) Congés payés

La loi du 20 juin 1936 sur les congés payés a été appliquée au personnel des services domestiques par décret du 30 novembre 1937.

Les gens de maison ont droit à un congé payé annuel d'un minimum de quinze jours, dont douze jours ouvrables. Ce droit leur est acquis après chaque période de douze mois de services continus chez le même employeur.

Le congé doit être accordé dans les six mois qui suivent sa date d'acquisition. Il est fixé par l'employeur à l'intérieur de cette période.

Pendant leur période de congé, les gens de maison reçoivent, en plus de leurs gages habituels, une indemnité équivalente aux avantages en nature qui leur sont consentis (logement, nourriture ..), dont le taux ne peut être inférieur à celui qui est fixé chaque année, et pour chaque catégorie de travailleurs, par arrêté préfectoral.

Arrêté préfectoral du 5 février 1938

fixant pour le département de la Seine les indemnités pour avantages en nature à payer durant la période de congé.

Domestiques, gens de maison, serviteurs à gages. — Pour une personne isolée : nourriture (1 franc de petit déjeuner + deux repas à 7 francs chaque), 15 francs.

Logement, 4 francs ; ensemble, 19 francs par jour.

Pour un ménage de domestiques : nourriture (2 francs de petit déjeuner + quatre repas à 7 francs chaque), 30 francs ; logement, 6 francs ; ensemble, 36 francs par jour.

2° Employés professionnels

a) Accidents du travail

La législation sur les accidents du travail a été étendue par la loi du 1er juillet 1938 aux salariés de toutes catégories.

Depuis le 1er janvier 1939, date de son application, tout médecin employeur d'aides professionnels, est responsable, dans les limites légales, de tout accident survenu à ses aides « par le fait ou à l'occasion du travail, en quelque lieu que celui-ci s'effectue ».

b) Assurances sociales

1. Décret-loi du 28 octobre 1935

modifié par le décret-loi du 14 juin 1938

(Extraits)

Immatriculation et contributions

Art. 1, § 1. — ....

§ 2. — Sont assurés obligatoirement tous les salariés et, d'une façon générale, toutes les personnes de nationalité française de l'un ou de l'autre sexe travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 30.000 francs.

Ne sont pas considérés comme salariés, les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le livre II (art. 1er) du Code du travail ; 2° qui, sans percevoir de salaire en argent, travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci.

Ne sont pas considérés comme assurées obligatoires les personnes dont le salaire habituel au cours d'une année est inférieur à 1.000 francs.

....

§ 4. — L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 4, à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions du présent article.

Elle est opérée par le Service régional des Assurances sociales dans la circonscription duquel se trouve le lieu de l'établissement dont dépend l'intéressé.

Ce Service immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'Assurances sociales.

. . . .

§ 5. — Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent, l'immatriculation des assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou sont rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires et qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs, reste à la charge des assurés. Il en est de même pour les assurés qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur, qu'une seule fois ou par intermittence.

. . . .

§ 7. — Dans le calcul de la rémunération totale annuelle visée au paragraphe 2 du présent article, il est tenu compte de toutes les rétributions en argent ainsi que des divers avantages en nature que le salarié reçoit de l'employeur.

Entrent également en compte dans le montant de ladite rémunération, les pourboires versés au salarié, directement ou par entremise de l'employeur ou d'un tiers, lorsque en vertu du contrat de travail, ou des usages de la profession, ils constituent en tout ou partie un mode de rémunération.

§ 8. — Le montant des avantages en nature ou des pourboires est évalué forfaitairement d'après les barèmes établis par arrêté du ministre du Travail, compte tenu, s'il y a lieu, de contrats collectifs de travail.

Art. 2. — § 1er. — Les ressources des Assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par des versements trimestriels pour moitié à la charge de l'assuré et retenus lors de sa paye au moins une fois par mois et pour moitié à la charge de l'employeur. C'est à ce dernier qu'incombe, sous les sanctions prévues à l'article 4 ci-après, l'acquittement de cette double contribution.

. . . .

Le taux de la contribution ouvrière à retenir sur le salaire est de 4 p. 100 de la somme ainsi obtenue. La contribution patronale est égale à la contribution ouvrière. Le montant de la double contribution est arrondi au décime immédiatement inférieur.

. . . .

§ 4. — A l'appui des versements trimestriels est joint, pour chaque assuré, un feuillet sur lequel l'employeur est tenu d'indiquer la spécialité professionnelle de l'assuré, la contribution globale et la rémunération sur laquelle est calculée cette contribution pour le trimestre de validité du feuillet. Ces feuillets sont adressés gratuitement à l'assuré, chaque année, par le Service régional des Assurances socales. A défaut de présentation par l'assuré de son feuillet trimestriel, l'employeur est tenu de demander un duplicata qui lui est délivré par les soins du Service régional.

Dans les dix jours du trimestre qui suit la fin de leur période de validité, les feuillets trimestriels doivent être, soit remis au bureau de poste, soit adressés par l'employeur au Service régional, accompagnés de l'ordre de virement postal établi pour l'ensemble de la contribution due par le même employeur, suivant le mode de libération prévu.

Le modèle des feuillets trimestriels est fixé par arrêté du ministre du Travail ; ces feuillets comprotent obligatoirement une partie détachable à remettre à l'assuré pour servir d'attestation de versement des retenues effectuées sur son salaire et des contributions patronales correspondantes.

. . . .

§ 5. — Pour les assurés qui quittent leur employeur dans le courant d'un trimestre, les contributions patronales et ouvrières doivent être versées au plus tard dans les dix premiers jours du mois qui suit la date du départ des ouvriers et employés, our la partie du trimestre écoulée avant cette date.

§ 6. — Les employeurs qui n'ont pas effectué les versements prescrits dans les délais fixés sont passibles, à compter du premier jour du mois suivant, d'intérêts de retard calculés à raison de 5 p. 100 des cotisations lorsque le retard n'excède pas un an. Ce taux est porté à 10 p. 100 lorsque le retard excède un an, sans préjudice des dispositions de l'article 4 ci-après. Les intérêts de retards sont payables en même temps que les versements.

. . . .

§ 8. — **Le salarié immatriculé aux Assurances sociales ne peut s'opposer au prélèvement de sa contribution effectuée par l'employeur au moment de la paye.** Le payement du salaire effectué sous déduction de la retenue fixée au paragraphe 2 ci-dessus vaut acquit de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

Art. 3. — § 1. — L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans est radié à compter du premier jour du trimestre civil suivant. S'il continue à travailler, il est exonéré de toute retenue à sa charge.

§ 2. — La contribution patronale est due pour l'emploi de tout salarié français ou étranger rentrant dans les conditions de l'article 1er : *a*) dont la retraite de vieillesse constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation ; *b*) âgé de soixante ans au plus, qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

§ 3. — Ces contributions doivent être acquittées trimestriellement sous les sanctions prévues à l'article 4 aux mêmes époques et dans les mêmes formes que la contribution patronale et ouvrière instituée par l'article 2.

Elles sont périodiquement versées au fonds de majoration.

2. Arrêté ministériel du 10 janvier 1936

fixant la valeur des avantages en nature

Art. 1er. — Les avantages en nature à considérer pour la détermination du chiffre limite fixé à l'article 1er, paragraphe 2, du décret du 28 octobre 1935 et pour le calcul des contributions prévues à l'article 2, paragraphe 2 et à l'article 3, paragraphe 2, dudit décret, sont évalués en se référant aux conventions collectives de travail, s'il en existe.

Art. 2. — A défaut de conventions collectives, les avantages en nature sont évalués fortaitairement comme suit :

Désignation	Nourriture			Logement			Avantages accessoires			Total		
	Jour	Semaine	Mois	Jour	Semaine	Mois	Jour	Semaine	Mois	Jour	Semaine	Mois
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
Villes de 200.001 habitants et circonscriptions industrielles ...	5 »	35 »	150 »	1 50	10 50	45 »	0 50	3 50	15 »	7 »	49 »	210 »
Villes de 5.001 à 200.000 habitants..........	3 50	24 50	105 »	1 10	7 70	33 »	0 40	2 80	12 »	5 »	35 »	150 »
Autres communes	2 13	15 05	64 50	0 55	3 85	16 50	0 30	2 10	9 »	3 »	21 »	90 »

L'évaluation par semaine ou par mois s'entend des semaines ou mois complets comprenant les jours ouvrables ou non.

Art. 3. — Les chiffres fixés conformément à l'article précédent constituent des minima auxquels il peut être dérogé d'un commun accord entre les salariés et leurs employeurs.

c) Impôts

Décret du 31 décembre 1939

fixant les modalités d'application du décret-loi du 10 novembre 1939 relatif à la perception de la Contribution nationale extraordinaire et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères.

(Extraits)

Art. 2. — « Les traitements publics et privés, les indemnités et émoluments, les salaires, pensions et rentes viagères sont soumis à la contribution nationale ainsi qu'à l'impôt cédulaire correspondant, par voie de retenue à la source... »

Art. 3. — « Pour l'application de la contribuation nationale et des impôts cédulaires, il y a lieu de tenir compte de la situation de famille des redevables au 1er janvier de l'année au titre de laquelle cette contribution et ces impôts sont établies ».

Le taux de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires reste fixé à 8 %.

Le taux de la contribution nationale sur les traitements et salaires est fixé à 5 %.

Barème

Art. 12. — « Les retenues à effectuer sont fixées d'après les barèmes indiquant pour chaque sorte de paiement (journalier, hebdomadaire, décadaire, de quinzaine, mensuel ou trimestriel), et suivant le nombre d'enfants à la charge du bénéficiaire de ce paiement, le montant des sommes à retenir au titre tant de la contribution nationale que de l'impôt cédulaire ».

Enregistrement des paiements et des retenues

Art. 13. — « Toute personne qui paie des sommes imposables est tenue d'effectuer pour le compte du Trésor, les retenues de la contribution nationale et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères.

Elle doit, pour chaque bénéficiaire du paiement imposable, mentionner sur son livre, fichier ou autre document destiné à l'enregistrement de la paye, ou à défaut sur un livre spécial :

— la date, la nature et le montant de ce paiement ;

— le montant des retenues opérées au titre de l'impôt cédulaire d'une part, et de la contribution nationale d'autre part, ainsi que le taux de cette dernière contribution ;

— le nombre d'enfants déclarés à sa charge par le bénéficiaire du paiement.

....

Les documents sur lesquels sont enregistrés les paiements et les retenues effectuées doivent être conservés jusqu'à l'expiration de la troisième année suivant celle au titre de laquelle les retenues sont faites ; ils doivent à toute époque et sous peine des sanctions prévues à l'art. 156 du Code général des impôts directs, être communiqués sur leur demande aux agents des contributions directes..... »

Versement des retenues

Art. 14. — « Les retenues afférentes aux payements effectués pendant un mois déterminé doivent être versés dans les quinze premiers jours du mois suivant à la caisse du percepteur des contributions directes du lieu du domicile de la personne ou du siège de l'établissement ou du bureau qui les a opérées.

Lorsque le montant des retenues mensuelles n'excède pas 100 francs, le versement peut, toutefois, n'être effectué que dans les quinze premiers jours des mois de juillet et de janvier pour le semestre écoulé. Si, pour un mois déterminé, le montant des retenues vient à excéder 100 francs, toutes les retenues faites depuis le début du semestre en cours doivent être versées dans les quinze premiers jours du mois suivant.

Chaque versement est accompagné d'un bordereau-avis daté et signé par la partie versante et indiquant la période au cours de laquelle les retenues ont été faites, la désignation, l'adresse et la profession de la personne, société, association ou

administration qui les a opérées et, par catégorie de revenus (traitements et salaires ou pensions et rentes viagères) le montant total des retenues correspondant, d'une part à la contribution nationale aux taux de 5 % et 15 %, d'autre part à l'impôt cédutaire. »

Déclaration annuelle

Code général des Impôts directs :

Art. 90. — Tous particuliers et toutes sociétés ou associations occupant des employés, commis, ouvriers ou auxiliaires moyennant traitement, salaire ou rétribution, sont tenus de remettre, dans le courant du mois de janvier de chaque année, au contrôleur des contributions directes, un état représentant pour chacune des personnes qu'ils ont occupées au cours de l'année précédente les indications suivantes :

1° Nom, prénoms, emploi et adresse ;

2° Montant des traitements, salaires et rétributions payés soit en argent, soit en nature pendant ladite année après déduction des cotisations aux assurances sociales et des retenues pour la retraite ;

3° Montant des retenues effectuées au titre de l'impôt sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères, et de la contribution nationale ;

4° Période à laquelle s'appliquent les payements lorsqu'elle est inférieure à une année ;

5° Nombre d'enfants indiqués par l'intéressé comme étant à sa charge, et dont il a été tenu compte pour le calcul des retenues ;

6° Montant des indemnités pour frais d'emploi ou de service.

Art. 71. — En ce qui concerne les personnes rétribuées par un seul employeur, la déclaration prévue à l'article précédent n'est exigée que pour celles dont les traitements, salaires ou rétributions, ramenés à l'année, excèdent 7.000 francs et pour celles qui, bien que n'ayant reçu que des rémunérations dont le montant total ramené à l'année est inférieur à ce chiffre, ont néanmoins supporté des retenues.

La déclaration doit être produite quelque soit le montant ramené à l'année des rémunérations qui leur ont été versées, pour les personnes qui remplissent des fonctions susceptibles d'être exercées simultanément auprès de plusieurs entreprises, telles que les fonctions de membre ou secrétaire de comité ou conseil de direction, de gestion ou de surveillance, quelle qu'en soit la dénomination commissaire aux comptes, trésorier, représentant de commerce, etc.

. . . .

d) Allocations familiales

La loi du 11 *mars* 1932 *sur les allocations familiales est applicable depuis le* 1er *janvier* 1935 *aux professions médicales.*

Tout médecin ayant des employés professionnels est donc contraint de s'affilier à une Caisse d'allocations familiales, et d'acquitter trimestriellement les cotisations de compensation proportionnelles aux salaires.

Les médecins employeurs d'aides professionnels peuvent s'affilier, soit à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales, section « employeurs », dont le siège est à Paris, 66, *rue de la Chaussée d'Antin (pour la zone non occupée :* 10, *rue du Plat, à Lyon), soit à toute autre Caisse interprofessionnelle régionale.*

Suivant le régime de chaque Caisse, les allocations sont versées soit directement aux bénéficiaires par la Caisse elle-même, soit par l'employeur qui règle à la Caisse de compensation, par différence, sa cotisation.

e) Congés payés

Aux termes de la loi du 20 *juin* 1936 *sur les congés payés, mise en application par le décret du* 1er *août* 1936, « tous ouvriers, employés ou apprentis, occupés dans une profession industrielle, commerciale ou libérale... ont droit, après un an de services continus dans l'établissement, à un congé annuel continu payé, d'une durée minimum de quinze jours, comportant au moins douze jours ouvrables » (Art. 54 F. du Code du travail).

Pendant la durée de son congé, l'employé perçoit son salaire normal, ainsi qu'une indemnité équivalente aux avantages en nature dont il ne continuerait pas à bénéficier (logement, nourriture...). De même, il continue à toucher les allocations familiales.

La période de vacances est fixée par l'employeur, qui doit prévenir chaque employé de la date de son départ au moins quinze jours avant.

En vue de contrôler l'application de la loi sur les congés payés, les employeurs doivent tenir un registre indiquant :

1° *La période ordinaire des vacances de l'établissement ;*

2° *La date d'entrée en service de chaque salarié ;*

3° *La durée du congé annuel payé des ayants-droit ;*

4° *La date de leur départ en congé ;*

5° *Le montant de l'indemnité versée à chacun d'eux pour la durée de leur congé.*

NOTE. — *Signalons enfin que la loi du* 21 *mars* 1941 *a étendu aux salariés des professions libérales, les dispositions du Code du travail relatives tant aux contrats d'apprentissage et de travail qu'aux conditions du travail : âge, durée, travail des femmes et enfants et à l'hygiène et à la sécurité.*

ADDENDUM

Les Allocations familiales chez les Médecins

Code de la Famille

(*Décrets-lois des* 29 *juillet et* 16 *décembre* 1939)

Entré en vigueur le 1er *avril* 1940 *pour les travailleurs indépendants*

ART. 34 :

« **Les employeurs** des exploitations industrielles, commerciales et **libérales** ainsi que les personnes qui exercent une profession industrielle commerciale et libérale, sans être engagés dans les liens d'un contrat de louage ou de services (**travailleurs indépendants**), recevront les allocations familiales dans les conditions prévues par la section 1 du présent chapitre.

« Est considéré comme **travailleur indépendant** au sens du présent décret, quiconque, sans employer de salarié à son occupation principale dans l'exercice d'une profession industrielle, commerciale ou libérale, en tire son principal revenu.

. . . .

« Est assimilé à un travailleur indépendant, la femme d'un travailleur indépendant qui a dû embaucher un salarié pour remplacer son mari mobilisé. Si ce salarié a des enfants à charge, les allocations familiales auxquelles il a droit lui seront servies par la caisse ou la section de caisse à laquelle ressortit la femme qui l'occupe.

Les travailleurs indépendants doivent s'affilier aux organismes de compensation agréés par le ministre du Travail et constitués en vue de répartir les charges résultant des allocations familiales. Ces organismes peuvent être soit des Caisses spéciales, soit des sections organisées au sein d'une Caisse de compensation et ayant un fonctionnement financier et comptable distinct. »

Arrêté du 9 *septembre* 1940 :

« 1° La circonscription territoriale de la *Caisse d'allocations familiales des professions médicales*, (*dont le siège est à Paris*, 66, *rue de la Chaussée d'Antin et pour la zone non occupée à Lyon*, 10, *rue du Plat*) est étendue à la totalité des départements du territoire métropolitain ;

2° *La Caisse est autorisée à constituer en son sein une section autonome pour assurer le service des allocations familiales aux* **travailleurs indépendants**.

Cette section a la même circonscription territoriale et la même compétence professionnelle que la Caisse elle-même. »

. . . .

A. Les avantages

I. — Prime à la première naissance

Décret-loi 29 Juillet 1939

« Art. 1er. — Il est attribué une prime à la naissance du premier enfant de nationalité française né viable et légitime.

La prime n'est accordée que si la naissance survient dans les deux années qui suivent la célébration du mariage. »

. . . .

Décret du 30 Décembre 1939

« Art. 1er. — Ouvrent droit à la prime les enfants français de premier rang nés dans les deux années qui suivent la célébration du mariage de leurs auteurs.

Le bénéfice de cette prime est étendu en 1940 aux enfants français de premier rang dont les parents étaient, à la date du 30 juillet 1939, mariés depuis moins de deux années.

Pour obtenir le bénéfice de cette prime, il devra être justifié :

1° Que l'enfant est légitime ;

2° Que l'enfant est Français ;

3° Qu'il s'agit d'un enfant de premier rang, c'est-à-dire n'ouvrant pas droit au bénéfice des allocations familiales en vertu de l'article 11 du décret du 29 juillet 1939.

. . . .

« Art. 2. — La prime doit faire l'objet d'une demande adressée :

1° *Pour les salariés*, à la Caisse de compensation à laquelle est affilié leur employeur ;

2° Pour les employeurs de main-d'œuvre, les exploitants et artisans ruraux, *les travailleurs indépendants* et les artisans, à la Caisse de compensation à laquelle ils sont affiliés ;

. . . .

La demande peut être présentée jusqu'à l'expiration du sixième mois qui suit la naissance.

A titre transitoire pour les naissances survenues au cours de l'année 1940, le délai de recevabilité des demandes est porté à dix huit mois à compter de la naissance de l'enfant. (1)

(1) Ces délais sont augmentés d'un temps égal à la mobilisation du père (L. 15 février 1941, article 1).

Pour que la première fraction de la prime puisse être payée à la naissance de l'enfant, la demande doit être présentée quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement.»

«Art. 3. — A la demande, doivent être joints :

1° Un duplicatum de l'attestation médicale de maternité pour les demandes présentées quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement ;

2° Un extrait du livret de famille ;

3° S'il s'agit d'un second accouchement, un certificat médical attestant que le premier enfant n'était pas né viable. Ce certificat devra avoir été établi dans les quarante-huit heures du premier accouchement et avoir été légalisé dans le même délai. »

«Art. 4. —La prime est versée en deux fractions.

La première moitié est payée à la naissance de l'enfant si la demande a été formulée dans le délai fixé au dernier alinéa de l'article 2 ci-dessus, après la naissance dans le cas contraire.

Il devra être alors présenté :

1° Le livret de famille ;

2° S'il s'agit d'un enfant né de parents étrangers, une copie légalisée du certificat d'enregistrement de la déclaration prévue par les articles 2, 3 et 5 de de la loi du 10 août 1927.

La seconde moitié de la prime est versée à l'expiration du sixième mois qui suit la naissance de l'enfant ou après la demande si celle-ci n'intervient qu'au terme du délai de forclusion fixé à l'article 2 et sur production d'un certificat de vie de l'enfant, d'une déclaration attestant que l'enfant est toujours à la charge de ses parents et sur remise de l'attestation médicale de maternité.»

....

«Art. 7. — Les taux des primes à la première naissance sont fixés d'après le salaire moyen mensuel départemental servant de base au calcul des allocations familiales dues par les Caisses de compensation dans les localités de plus de 2.000 habitants sans pouvoir être inférieur à 2.000 francs (1).»

II. — Allocations proprement dites

«Art. 11.—Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge résidant en France. Elles sont versées :

1° En ligne directe au père ou à la mère, pour les enfants issus du mariage et ceux que les époux ou l'un d'eux pourraient avoir d'une précédente union ou, à défaut, à l'ascendant ou à l'ascendante ;

2° En ligne collatérale, au frère ou à la sœur, à l'oncle ou à la tante, pour les sœur, frère, neveu ou nièce dont ils assument seuls l'éducation et l'entretien ;

3° A l'adoptant ou au conjoint de l'adoptant, pour les enfants adoptés ;

4° Aux personnes qui en ont la charge effective permanente pour les enfants naturels reconnus, les pupilles et les enfants recueillis.»

« Les allocations sont dues pour les enfants n'ayant pas dépassé de plus d'un an l'âge de l'obligation scolaire. Elles sont dues jusqu'à l'âge de dix-sept ans, si l'enfant est placé en apprentissage, dans les conditions déterminées par le titre Ier du livre Ier du code du travail et le décret du 24 mai 1938 sur l'orientation et la formation professionnelles, ou par la loi du 18 janvier 1939 relative à l'apprentissage agricole, ou s'il est par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à aucun travail salarié. Elles sont dues jusqu'à l'âge de vingt ans si l'enfant poursuit ses études ».

« *Art.* 13. — Il est établi dans chaque département deux salaires moyens mensuels............

« Les taux des allocations familiales sont fixés à 10 p. 100 du salaire moyen mensuel pour deux enfants à charge, à 30 p. 100 pour trois, à 60 p. 100 pour quatre avec augmentation de 30 p. 100 par enfant au-delà du quatrième ».

« *Art.* 14. — Le premier des salaires moyens mensuels visé à l'article précédent est appliqué à la population résidant dans les communes comprenant une localité comptant plus de 2.000 habitants agglomérés.

« Le second des salaires moyens mensuels est appliqué à la population résidant dans les communes ne comprenant pas de localité comptant plus de 2.000 habitants agglomérés.

NOTE. — *Le classement des communes entre communes urbaines et communes rurales pour l'application des salaires moyens départementaux a été fixé par arrêté interministériel du 8 novembre* 1940. (*J. O.*, du 19 novembre 1940).

MÉDECIN EXERÇANT EN CLIENTÈLE ET EN MÊME TEMPS SALARIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ

Le **Sou Médical** demande à M. le Ministre du Travail si un médecin exerçant en clientèle libre, mais en même temps salarié par une Société minière, doit s'affilier à une Caisse de travailleurs indépendants alors qu'il est déjà, par l'intermédiaire de son employeur, inscrit à une Caisse de compensation ?

Réponse : Il y a lieu de considérer l'activité principale de ce médecin pour déterminer s'il doit s'affilier à une Caisse de travailleurs indépendants tout en restant inscrit à la Caisse de compensation de son employeur. Si les ressources qu'il tire de sa clientèle sont au moins aussi importantes que le salaire qu'il perçoit, il sera tenu d'adhérer à une Caisse de compensation sans pouvoir cumuler le bénéfice des allocations familiales. (25 mai 1940).

(1) Voir ci-dessous, page 20, le barème actuellement en vigueur.

B. Les cotisations

Les adhérents à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales sont tenus de verser en s'affiliant la somme de 170 *francs (droit d'entrée* 25 *francs, avance pour fonds de roulement,* 125 *francs, cotisation fixe annuelle,* 20 *francs).*

Les cotisations trimestrielles de compensation sont fixées, pour l'année 1941, *à* 4 *p.* 100 *du salaire moyen départemental applicable au domicile de l'assuré.*

Exemption de cotisations

Arrêté interministériel du 1er novembre 1940 :

Art. 1er. — Les travailleurs indépendants sont dispensés, sur leur demande, de toute cotisation s'ils justifient :

1° Que, pendant l'année antérieure, leur revenu (1) n'a pas excédé le montant du salaire moyen départemental applicable au lieu de leur résidence réduit de 50 p. 100 ;

2° Qu'ils ont élevé quatre enfants au moins jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Sanctions

Décret-loi du 29 juillet 1939, art. 34 :

« Lorsqu'un assujetti n'a pas adhéré à une Caisse de compensation d'allocations familiales, le préfet, sur la demande de la Caisse de compensation agréée pour les travailleurs indépendants de la profession de l'intéressé et du lieu de sa résidence, l'inscrit d'office. Dans ce cas, la cotisation est majorée de 10 p. 100.

« Lorsqu'un assujetti n'a pas versé sa cotisation dans le trimestre qui a suivi l'échéance, les cotisations restant à courir pour l'année deviennent immédiatement exigibles. Le montant des sommes ainsi dues est majoré de 10 p. 100.

Barèmes

I. — Taux de la prime totale à la première naissance

Seine et Seine-et-Oise (première zone)	3.000 francs
Seine-et-Oise (deuxième zone)	2.400 francs
Bouches-du-Rhône	2.500 francs
Nord, Rhône, Seine-et-Marne, Var	2.200 francs
Alpes-Maritimes, Aube, Meurthe-et-Moselle, Puy-de-Dôme	2.100 francs
Pour les autres départements	2.000 francs

II. — Salaires moyens mensuels

Départements intéressés	Salaire moyen mensuel Urbain	Rural
Ain	900	750
Aisne	1.000	850
Allier	950	750
Basses-Alpes	800	650
Hautes-Alpes	800	650
Alpes-Maritimes	1.050	750
Ardèche	900	700
Ardennes	1.000	775
Ariège	750	600
Aube	1.050	750
Aude	900	750
Aveyron	900	700
Bouches-du-Rhône	1.250	750
Calvados	950	775
Cantal	800	625
Charente	900	650
Charente-Inférieure	850	650
Cher	1.000	725
Corrèze	750	600
Corse	800	600
Côte-d'Or	900	750
Côtes-du-Nord	850	650
Creuse	750	600
Dordogne	750	600
Doubs	1.000	725
Drôme	1.000	750
Eure	900	775
Eure-et-Loir	1.000	850
Finistère	900	650
Gard	900	750
Haute-Garonne	950	650
Gers	700	625
Gironde	1.000	700
Hérault	900	750
Ille-et-Vilaine	850	650
Indre	950	725
Indre-et-Loire	900	725
Isère	1.000	750
Jura	850	725
Landes	700	600
Loir-et-Cher	900	725
Loire	1.000	750
Haute-Loire	750	625
Loire-Inférieure	1.000	700
Loiret	1.000	850
Lot	700	600
Lot-et-Garonne	800	650
Lozère	700	600
Maine-et-Loire	900	725
Manche	750	650
Marne	1.000	775
Haute-Marne	950	750
Mayenne	750	650
Meurthe-et-Moselle	1.050	750
Meuse	1.000	750
Morbihan	850	650
Moselle	1.050	750
Nièvre	900	750
Nord	1.100	850
Oise	1.000	850
Orne	800	650
Pas-de-Calais	1.000	850
Puy-de-Dôme	1.050	725
Basses-Pyrénées	800	600
Hautes-Pyrénées	800	600
Pyrénées-Orient.	900	750
Bas-Rhin	900	750
Haut-Rhin	1.000	750
Rhône	1.100	775
Haute-Saône	900	750
Saône-et-Loire	900	750
Sarthe	800	650
Savoie	1.000	750
Haute-Savoie	1.000	750
Seine	1.500	1.200
Seine-Inférieure	1.000	775
Seine-et-Marne	1.100	850
Seine-et-Oise (2)	1.500	1.000
Seine-et-Oise (3)	1.200	1.000
Deux-Sèvres	850	650
Somme	950	850
Tarn	900	625
Tarn-et-Garonne	750	625
Var	1.100	750
Vaucluse	1.000	750
Vendée	700	650
Vienne	900	650
Haute-Vienne	850	600
Vosges	900	750
Yonne	900	750
Terr. de Belfort	1.000	750

(1) Par revenu il faut entendre le revenu professionnel net.
(2) Pour les Communes rattachées au département de la Seine.
(3) Pour les Communes qui nesont pas rattachées au département de la Seine.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

LE CONCOURS MÉDICAL
DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN

LES IMPOTS DU MÉDECIN

SOMMAIRE

• BULLETIN DU MOIS •

Le régime fiscal en 1941

Depuis 1939 notre régime fiscal n'a pas subi de réforme de structure, mais a fait l'objet de toute une série d'additions ou de modifications, qui en ont quelque peu changé la physionomie. Ce numéro s'efforce de mettre au point — provisoirement bien entendu — cette question, plus que toute autre en perpétuelle évolution et reflétant toutes les contingences de l'heure.

Un espoir de réforme était né cependant au cours de 1939 en ce qui concerne le plus injuste et le plus lourd des impôts, nous avons nommé la patente. Il avait été question de remplacer les anciens droits fixes et proportionnels (au loyer), qui n'ont aucun rapport avec la productivité de la profession, par une taxe tenant compte, comme l'impôt cédulaire, du revenu du contribuable. Ces beaux projets ont été en rejoindre tant d'autres dans le cimetière des textes législatifs.

Par contre, diverses mesures exceptionnelles sont venues tenir compte des circonstances et éviter les conséquences particulièrement rigoureuses qui découleraient normalement aujourd'hui de la législation de la patente.

En principe cet impôt est annuel, et fondé sur les faits existants au 1er janvier. La fermeture en cours d'année ne donne lieu à aucune réduction. La loi du 31 décembre 1939 a heureusement spécifié que la patente de 1940 ne serait due que par quarts, selon la durée d'ouverture de l'entreprise du patentable, c'est-à-dire en pratique par trimestre civil. Les réclamations doivent être produites, s'il y a lieu, dans les trois mois suivant celui de la mise en recouvrement du rôle, sauf application de la loi du 17 septembre 1940 suspendant les délais de réclamation.

Rappelons, d'autre part, qu'un décret du 21 avril 1939 a prévu, pour les années 1940 et ultérieures, un dégrèvement de 20 % du principal fictif (droit fixe + droit proportionnel). Ce décret n'est nullement abrogé et l'Administration doit en tenir compte. Sans doute, par une espèce de pudeur, elle préfère appliquer la réduction de 20 % aux centimes additionnels, ce qui revient théoriquement au même, mais ce qui se contrôle moins facilement. Nous conseillons donc à nos lecteurs de comparer le montant des centimes appliqués avec ce qu'ils étaient en 1939 avant le dégrèvement — ou de demander à la Préfecture le montant des centimes non réduits. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet dans les numéros ordinaires.

Enfin la loi du 22 octobre 1940 est venue adapter la patente, dans une certaine mesure, à la situation économique réelle des contribuables. Si en effet la réduction de recettes brutes par rapport à 1938 ou 1939 a atteint au moins un tiers, une réduction proportionnelle de l'impôt est accordée. Cette loi vaut jusqu'à la cessation des hostilités. Le délai de réclamation — qui ne peut faire l'objet d'aucune suspension — est inclus dans les trois premiers mois de l'année.

L'impôt sur les bénéfices non commerciaux n'a pas fait l'objet de grands changements. Il s'augmente seulement de la contribution nationale extraordinaire que nous verrons plus bas. Une question continue plus que jamais à se poser, celle de la défense des médecins contre les taxations arbitraires par les commissions de taxation, dont on se rappelle les pouvoirs absolus. La procédure précédant la décision de cette commission est donc d'une extrême importance. Un des rouages — officieux d'ailleurs — de cette procédure préliminaire, était la préconciliation fiscale par le président du Conseil de famille syndical. En pratique les décisions de ce préconciliateur manquaient d'autorité et par suite d'efficacité. Aujourd'hui le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins sera naturellement amené à prendre cette place, et la nature officielle de sa fonction ne doit pas manquer de faire de la préconciliation la base essentielle du contrôle fiscal.

Nous signalons aux médecins susceptibles de relever de la cédule des traitements et salaires, une nouvelle décision du Conseil d'Etat, fixant très clairement les conditions auxquelles doit satisfaire un médecin pour être un salarié au point de vue fiscal. Le « salaire » du médecin n'est en principe exposé à la cédule des traitements et salaires que s'il constitue le principal de ses revenus professionnels (art. 101). Mais depuis l'institution de la contribution nationale extraordinaire, perçue sur les salaires par voie de retenue à la source, en même temps que l'impôt cédulaire lui-même, l'art. 101 est inappliqué, et les médecins salariés bénéficient de la cédule des traitements, quel que soit le rapport entre ce traitement et leur bénéfice en clientèle. La contribution nationale extraordinaire, fixée à l'origine au taux de 2 % a été portée, pour les contribuables masculins (curieux privilège), à 15 % du 1er novembre 1939 jusqu'au 11 juillet 1940 — sauf exceptions limitativement énumérées (militaires en service actif). Depuis juillet 1940 le taux en a été ramené uniformément à 5 %. Elle est perçue par voie de rôle avec l'impôt sur les bénéfices non commerciaux, ou par voie de retenue avec l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires. Des barêmes spéciaux sont appliqués dans ce cas pour tenir compte des frais professionnels (soit forfaitairement à 10 % — soit à des pourcentages plus élevés ou au taux des frais réels justifiés) ainsi que des charges de famille.

Jean MIGNON.

LES IMPOTS DU MÉDECIN

I. La patente

L'impôt des patentes n'est plus un impôt d'Etat, mais un impôt communal et départemental. Cet impôt consiste en « centimes additionnels » à l'ancien impôt d'Etat, qui continue à être établi de manière fictive (« principal fictif » ou « anciens droits »), pour servir de base de calcul. Il y a donc lieu d'étudier les règles qui régissaient ces « anciens droits ». L'impôt à payer s'en déduit immédiatement en multipliant le principal fictif par les centimes locaux.

1° Qui doit payer patente ?

Décret du 27 décembre 1934
portant codification des impôts directs

ART. 257. — Tout individu, Français ou étranger, qui exerce en France un commerce, une industrie, une profession, non compris dans les exceptions déterminées par le présent Code, est assujetti à la contribution des patentes.

Exemptions

ART. 264. — Ne sont pas assujettis à la patente :

1° Les fonctionnaires et employés salariés soit par l'Etat, soit par les Administrations départementales et communales, en ce qui concerne seulement l'exercice de leurs fonctions ;

....

14°.—...............................

Les commis et toutes les personnes travaillant à gages et à la journée, dans les maisons, ateliers et boutiques des personnes de leur profession.

MASSEUR. — EXERCICE DE LA MÉDECINE. — ABSENCE DE DIPLÔME. — PATENTE DE MÉDECIN

Un masseur, qui ne se borne pas à donner des soins de massage mais se livre au diagnostic de maladies et prescrit certains traitements dont il fait lui-même l'application, est passible de la patente en qualité de médecin. Le fait qu'il ne possède pas de diplôme et que la pratique de la profession médicale lui soit interdite par la loi, ne fait pas obstacle à ce qu'il soit regardé comme ayant exercé ladite profession.

(Conseil d'Etat, 16 janvier 1939).

MÉDECIN-FONCTIONNAIRE. — MÉDECIN D'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS. — EXONÉRATION

Les médecins des asiles départementaux d'aliénés, ayant la qualité de fonctionnaires, sont exonérés de l'impôt des patentes dès lors qu'ils n'ont pas de clientèle particulière.

(Conseil d'Etat, 9 mai 1913).

MÉDECIN ATTACHÉ A UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ. — MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE NAVIGATION. — EXONÉRATION

Le médecin au service d'une maison de santé ou d'une compagnie de navigation, qui n'a pas de clientèle particulière, est fondé à demander l'exonération prévue par l'art. 17 de la loi du 15 juillet 1880 (art. 264 du décret de codification) en faveur des commis à gages, et ne peut être imposé à la contribution des patentes.

(Conseil d'Etat, arrêts des 15 décembre 1916, et 30 janvier 1929).

MÉDECIN ATTACHÉ A PLUSIEURS COMPAGNIES D'ASSURANCES OU DE CHEMINS DE FER. — COMMIS A GAGES. — ABSENCE DE CLIENTÈLE PARTICULIÈRE. — EXONÉRATION

Le médecin, lié avec plusieurs Compagnies d'assurances et Compagnies de chemins de fer ou diverses entreprises industrielles, par des contrats déterminant ses attributions et le périmètre dans lequel elles doivent s'exercer, dès lors qu'il n'a pas de clientèle particulière, et que ses émoluments consistent en des appointements fixes et en des honoraires proportionnels aux consultations et visites, versés par les divers organismes qui ont recours à lui, doit être regardé comme leur commis à gages, sans que la circonstance qu'il soit lié à plusieurs commettants soit de nature à modifier sa situation juridique vis-à-vis de chacun d'eux. Il doit donc être exonéré de la patente.

(Conseil d'Etat, arrêt du 6 janvier 1936 ; arrêt du 21 décembre 1939, Aff. T.)

MÉDECIN ASSISTANT. — MÉDECIN REMPLAÇANT EXONÉRATION

Le médecin assistant ou remplaçant un confrère n'est pas patentable, dès lors qu'il ne reçoit qu'un honoraire fixe, et n'a pas de clientèle à son nom.

(Conseil d'Etat, 28 mars 1928).

2° Calcul de la patente

La contribution des patentes se compose d'un droit fixe et d'un droit proportionnel. Leur total forme le principal fictif ou « anciens droits » qui, multipliés par les centimes additionnels, donne l'impôt à payer. Nous étudierons successivement ces deux droits.

a) Le droit fixe

Code des impôts directs

ART. 266. — Le droit fixe est établi :

Eu égard à la population et d'après un tarif général, pour les industries et professions énumérées dans le tableau A ;

Eu égard à la population et d'après un tarif exceptionnel, pour les industries et professions portées dans le tableau B ;

Sans avoir égard à la population, pour celles qui font l'objet du tableau C.

ART. 267. — Pour les professions dont le droit fixe varie en raison de la population du lieu où elles sont exercées, les tarifs sont appliqués d'après la population qui a été déterminée par le dernier décret de dénombrement.

Néanmoins, lorsque ce dénombrement fait passer une commune dans une catégorie supérieure à celle dont elle faisait précédemment partie, l'augmentation du droit fixe n'est appliquée que pour moitié pendant les cinq premières années.

La réduction du droit fixe, prévue à l'alinéa précédent, est étendue, dans les villes dont la population totale est de plus de 5.000 âmes, aux portions de territoire qu'un nouveau dénombrement fait passer de la partie non agglomérée dans la partie agglomérée.

Dans les communes dont la population totale est de plus de 5.000 âmes, les patentables exerçant dans la partie non agglomérée, telle qu'elle résulte des tableaux de dénombrement, des professions imposées eu égard à la population, payant le droit fixe d'après le tarif applicable à la population non agglomérée.

Les patentables exerçant lesdites professions dans la partie agglomérée payent le droit fixe d'après le tarif applicable à la population totale.

ART. 268. — Le patentable qui, dans le même établissement, exerce plusieurs commerces, industries ou professions ne peut être soumis qu'à un seul droit fixe. Ce droit est le plus élevé de ceux qu'il aurait à payer s'il était assujetti à autant de droits fixes qu'il exerce de professions.

. . . .

ART. 269. — **Le patentable ayant plusieurs établissements, boutiques ou magasins de même espèce ou d'espèces différentes est, quel que soit le tableau auquel il appartient comme patentable, passible d'un droit fixe en raison du commerce, de l'industrie ou de la profession exercée dans chacun de ces établissements, boutiques, magasins.**

Les droits fixes sont imposables dans les communes où sont situés les établissements, boutiques, magasins qui y donnent lieu.

TABLEAUX ANNEXES (Tableau B)

Professions imposées eu égard à la population et d'après le tarif exceptionnel

CHIRURGIEN, MÉDECIN, DENTISTE	DROIT FIXE (Taxe déterminée)
A Paris	140 »
Dans les communes au-dessus de 100.000 âmes	100 »
Dans les communes de 50.001 à 100.000 âmes	80 »
Dans les communes de 30.001 à 50.000 âmes	60 »
Dans les communes de 20.001 à 30.000 âmes	40 »
Dans les communes de 10.001 à 20.000 âmes	30 »
Dans les communes de 5.001 à 10.000 âmes	25 »
Dans les communes de 2.001 à 5.000 âmes	22 »
Dans les communes au-dessous de 2.000 âmes	18 »

MÉDECIN EXERÇANT DANS PLUSIEURS LOCAUX. — IMPORTANCE PRIMORDIALE DE LA PERSONNALITÉ DU MÉDECIN. — ETABLISSEMENT INDIVISIBLE. — PLURALITÉ DE DROIT FIXE (NON)

3.207. — M. Georges DENTU, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances, s'il y a établissement distinct, au sens de la loi du 15 juillet 1880, et, par suite, s'il y a lieu à l'imposition de plusieurs taxes déterminées : 1° lorsqu'un médecin exerçant seul donne des consultations à son domicile et dans un autre local de la même localité ; 2° lorsque le médecin a un assistant rémunéré par un traitement fixe et que les consultations dans les deux locaux ne sont jamais faites simultanément. (*Question du 18 juin 1935.*)

Réponse. — Etant donné l'importance primordiale que prend, en général, dans la profession de médecin la personnalité du patentable, on doit admettre que, le plus souvent, l'établissement suit en quelque sorte le praticien et est indivisible. Toutefois, lorsqu'on se trouve, dans une même commune ou dans des communes différentes, en présence de centres d'affaires différents, comportant une clientèle propre et formant vis-à-vis de cette clientèle comme au regard des concurrents, autant d'organismes complets, on peut conclure à l'existence d'établissements distincts, exploités d'une manière régulière quoique intermittente, et motivant, chacun l'application d'un droit fixe. C'est con-

formément à ces principes que doit être appréciée la situation du médecin envisagé, au regard de la contribution des patentes; le fait qu'il aurait un assistant étant d'ailleurs sans influence en la circonstance, dès l'instant où cet aide n'exerce pas habituellement seul dans l'un des cabinets de consultation.

(*J. O.*, 29 novembre 1935.)

ÉTABLISSEMENTS DISTINCTS. — PLURALITÉ DE DROITS FIXES. — CONDITIONS

Doit être considéré comme un établissement distinct, au sens de l'art. 269 du Code des impôts directs, donnant lieu à un droit fixe spécial, un cabinet médical qu'un médecin, installé à Paris, possède dans une ville de province, qui est signalé par une plaque, où le médecin reçoit périodiquement la clientèle qui lui est adressée par des correspondants régionaux, et où il effectue d'une manière régulière, sinon continue, les actes essentiels de sa profession.

(Conseil d'Etat, arrêt du 18 juillet 1938.)

b) Le droit proportionnel

Code des impôts directs

ART. 273. — **Le droit proportionnel est établi sur la valeur locative des magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers, et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.**

Il est dû lors même que les locaux occupés sont concédés à titre gratuit.

La valeur locative est déterminée soit au moyen de baux authentiques ou de déclarations de locations verbales dûment enregistrées, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aura été régulièrement constaté ou sera notoirement connu, et, à défaut de ces bases, par voie d'appréciations.

....

ART. 276. — Le droit proportionnel est payé dans toutes les communes où sont situés les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.

ART. 277. — Le patentable qui exerce, dans un même local ou dans des locaux non distincts, plusieurs industries ou professions passibles d'un droit proportionnel différent, paye ce droit d'après le taux applicable à la profession qui comporte le taux le plus élevé.

Dans le cas où les locaux sont distincts, il paye pour chaque local le droit proportionnel attribué à l'industrie ou à la profession qui y est spécialement exercée.

TABLEAU DES DROITS PROPORTIONNELS

(*établi par le décret-loi du 30 octobre 1935 et modifié par l'art 13 de la loi du 31 décembre 1937*)

COMMUNES où est exercée la profession	FRACTION DE LA VALEUR LOCATIVE de l'ensemble de l'établissement	TAUX
Paris	Comprise entre 0 et 4.000 francs	20e
	Comprise entre 4.000 et 6.000 francs	10e
	Supérieure à 6.000 francs	8e
Communes de plus de 100-000 habitants	Comprise entre 0 et 3.000 francs	20e
	Comprise entre 3.000 et 4.500 francs	10e
	Supérieure à 4.500 francs	8e
Communes de 100.000 habitants et au-dessous	Comprise entre 0 et 2.400 francs	20e
	Comprise entre 2.400 et 3.600 francs	10e
	Supérieure à 3.600 francs	8e

ASSIETTE DU DROIT PROPORTIONNEL

Loi du 6 juillet 1934

ART. 4. — **A partir du 1er janvier 1935, le droit proportionnel de patente cessera d'être établi sur la valeur locative des habitations des patentables.**

TABLEAU D. — DROIT PROPORTIONNEL

(*Décret du 27 décembre 1934*)

Exemptions

Sont exempts du droit proportionnel :

Les chirurgiens, médecins, et officiers de santé pour les dispensaires et cliniques affectés exclusivement au traitement gratuit des malades.

ASSIETTE DE LA PATENTE. — VALEUR LOCATIVE DES LOCAUX DONT LE PATENTABLE A, A UN TITRE QUELCONQUE, LA DISPOSITION

Le médecin qui donne, dans un local loué par l'un de ses confrères, des consultations régulières et qui dispose à cette occasion de la totalité de ce local, est imposable au droit proportionnel de patente d'après la totalité de la valeur locative dudit local, bien qu'il n'en ait la disposition que pendant un temps limité.

(Conseil d'Etat, 1er juillet 1935.)

Un local est possible du droit proportionnel de patente pour sa valeur locative totale, nonobstant le fait que l'on n'en puisse disposer que pendant un temps limité.

(Conseil d'Etat, 9 janvier 1939. Aff. B.)

Assiette de la patente. — Garage de la voiture professionnelle

Est soumis au droit proportionnel de patente sur la valeur locative, l'emplacement occupé dans un garage public, par la voiture automobile du patentable, lui servant pour l'exercice de sa profession, même si la place occupée n'est pas fixe, et nonobstant le fait que cette valeur locative ait été retenue pour l'établissement de la patente du garagiste.

(Conseil d'Etat, arrêts des 13 janvier et 11 mai 1936.)

Assiette de la patente. — Valeur locative. — Loyer supérieur au taux légal. — Droit calculé sur la valeur légale

Un loyer supérieur au maximum légal prévu par la législation réglant les rapports entre bailleurs et locataires ne peut être pris en considération pour déterminer la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente. Celui-ci doit être calculé sur le taux légal du loyer.

(Conseil d'Etat, 22 décembre 1934. Aff. D.)

Assiette de la patente. — Valeur locative. Charges

Le droit proportionnel de patente doit porter non seulement sur le montant du loyer en principal mais encore sur les charges qu'un propriétaire fait payer en son acquit à son locataire.

En particulier, en est-il ainsi de l'impôt foncier mis par le propriétaire à la charge de son locataire.

(Conseil d'Etat, arrêt du 10 décembre 1934).

Charges entrant dans l'assiette de la patente. — Charges payées par le locataire en acquit du propriétaire

1.936. — M. Gresa demande à M. le ministre des Finances quelles sont, en principe et dans leur détail, les charges locatives qu'il convient d'ajouter au principal d'un loyer commercial pour déterminer la valeur locative sur laquelle doit être assis le droit proportionnel de patente des petits commerçants et des artisans ; et ajoute qu'en l'absence de textes législatifs précis dans cette matière, les indications sollicitées seraient de nature à dissiper les conflits qui s'élèvent journellement à cet égard entre les contribuables et l'Administration des Contributions directes, par suite des différences d'interprétation. (*Question du* 12 *janvier* 1937.)

Réponse. — Les charges à ajouter au montant en principal d'un loyer commercial pour la détermination de la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente sont, en principe, celles qui, incombant normalement au propriétaire, sont supportées par le locataire en vertu des conventions et se trouvent ainsi représenter en fait un supplément de loyer. Tels sont notamment, d'après la jurisprudence du Conseil d'Etat : les impôts et, en particulier, l'impôt foncier, les primes d'assurance immobilière, le salaire du concierge, les frais de vidange, les frais de balayage, d'éclairage et de chauffage des escaliers, vestibules et autres locaux à usage commun, les frais d'ascenseur, de tapis et de monte-charge. Mais cette énumération n'est évidemment pas limitative et, dans le cas où une divergence de vues survient à cet égard entre un agent de l'Administration et un contribuable, celui-ci a toujours la faculté, si le désaccord existe, de le faire trancher par les tribunaux administratifs. (*J. O.*, 9 juin 1937.)

Note. — *Cette réponse vise des locaux commerciaux, mais les principes sont exactement les mêmes en ce qui concerne les locaux professionnels.*

c) Dégrèvement sur le principal fictif

Décret-loi du 21 *avril* 1939
portant dégrèvement sur la patente

Art. 1er. — Pendant toute la durée d'application de la taxe d'armement de 1 %, **le principal fictif de la contribution des patentes,** déterminé comme il est dit à l'art. 311 du code des impôts directs, **sera réduit de 20 %,** pour le calcul des impositions départementales et communales dues au titre de 1940 et éventuellement de chacune des années ultérieures.

. . . .

Note. — *Ce décret n'a fait l'objet depuis lors d'aucune abrogation. Nous devons donc le considérer comme ayant conservé toute sa valeur. La taxe d'armement a seulement été modifiée par une loi du* 26 *juillet* 1940 *et s'appelle dorénavant « taxe sur les transactions », mais ce changement de dénomination ne saurait avoir d'effet sur l'applicabilité de la réduction. Celle-ci doit se calculer sur la somme du droit fixe et du droit proportionnel, et c'est le principal ainsi obtenu qui doit être multiplié par les centimes additionnels pour donner le montant de l'impôt. Toutefois, d'après des instructions administratives, la réduction serait appliquée en fait sur les centimes additionnels. Le résultat est théoriquement le même, mais la vérification est plus difficile.*

d) Dégrèvement exceptionnel du temps de guerre

Loi du 22 *octobre* 1940
portant dégrèvements en matière d'impôts directs

Art. 5. — **A partir du 1er janvier 1940 et jusqu'au 31 décembre de l'année de la cessation des hostilités,**

les patentables, exploitant les mêmes établissements qu'en 1938, ou, à défaut, qu'en 1939, et dont le chiffre d'affaires ou **le montant brut des recettes professionnelles aura diminué d'au moins un tiers par rapport à celui de l'année 1938, ou, à défaut, de l'année 1939,** auront droit à une atténuation de patente et des taxes annexes **en proportion de la diminution constatée.**

Nonobstant les dispositions de la loi du 17 septembre 1940 relatives à la suspension des délais, **les demandes d'atténuation seront présentées dans les trois premiers mois de chaque année, pour l'année précédente.**

Ces demandes devront être accompagnées d'une quittance du percepteur établissant que le réclamant s'est acquitté de la fraction des droits excédant celle dont il sollicite le dégrèvement. Elles seront, en outre, appuyées des justifications utiles. Elles seront instruites et jugées comme les demandes en décharge ou en réduction en matière de contributions directes.

Pour 1940, les dégrèvements accordés par application de l'art. 9 de la loi du 31 décembre 1939 viendront, le cas échéant, en déduction de ceux que prévoit le présent article. **En aucun cas, l'application dudit article ne pourra avoir pour effet de diminuer les dégrèvements accordés au titre des dispositions antérieures.**

3° Personnalité. — Annualité

a) De la personnalité de la patente

Code des impôts directs

Art. 282. — Les patentes sont personnelles et ne peuvent servir qu'à ceux à qui elles sont délivrées.

Art. 283. — Les mari et femme séparés de biens ne doivent qu'une patente, à moins qu'ils n'aient des établissements distincts, auquel cas chacun d'eux doit avoir sa patente et payer séparément les droits fixe et proportionnel.

Art. 284. — Dans les sociétés en nom collectif, l'associé principal paye seul la totalité du droit fixe afférent à la profession. Le même droit est divisé en autant de parts égales qu'il y a d'associés en nom collectif, et une de ces parts est imposée à chaque associé secondaire. Néanmoins, pour les associés habituellement employés comme simples ouvriers dans les travaux de l'association, cette part ne doit jamais dépasser le vingtième du droit fixe imposable au nom de l'associé principal.

L'associé principal et les associés secondaires sont imposés au droit fixe dans les communes où sont situés les établissements, boutiques ou magasins qui y donnent lieu.

Le droit proportionnel est établi au nom de l'associé principal sur tous les locaux qui servent à la société pour l'exercice de son industrie.

. . . .

b) De l'annualité de la patente

Code des impôts directs

Art. 287. — **La contribution des patentes est due pour l'année entière par tous les individus exerçant au mois de janvier une profession imposable.**

Note. — *Cependant voir plus bas loi du 31 décembre* 1939.

Art. 288. — **Ceux qui entreprennent dans le cours de l'année une profession sujette à la patente ne doivent la contribution qu'à partir du 1er du mois dans lequel ils ont commencé d'exercer,** à moins que par sa nature, la profession ne puisse être exercée pendant toute l'année. Dans ce cas, la contribution est due pour l'année entière quelle que soit l'époque à laquelle la profession aura été entreprise.

. . . .

Il est également dû un supplément de droit proportionnel par les patentables qui reprennent des locaux d'une valeur locative supérieure à celle des locaux pour lesquels ils ont été primitivement imposés, et par ceux qui entreprennent une profession passible d'un droit proportionnel plus élevé.

Les suppléments sont dus à compter du 1er du mois dans lequel les changements, prévus par les deux derniers paragraphes, ont été opérés.

(*Décret-loi du* 14 *juin* 1938) : *Les omissions totales ou partielles* constatées dans les rôles de la Contribution des patentes, ainsi que les erreurs commises dans l'application du tarif, *peuvent être réparées par voie de rôles supplémentaires*, dans le délai prévu par l'art. 355 *bis* ci-après :

(Art. 355 *bis* : Les rôles supplémentaires sont, sauf dispositions contraires, mis en recouvrement *au plus tard le* 30 *avril* de l'année suivant celle de l'imposition.)

Art. 289. — **En cas de cession d'établissement, la patente est, sur la demande du cédant ou du cessionnaire, transférée à ce dernier. La demande est recevable dans le délai de trois mois** à partir, soit de la cession de l'établissement, soit de la mise en recouvrement du rôle supplémentaire dans lequel le cédant a été personnellement imposé pour l'établissement cédé. Elle est présentée, instruite et jugée d'après les règles prévues aux articles 60 et 364 à 377 du présent Code.

Art. 290. — Le transfert des droits de patente au nom du cessionnaire peut également être proposé par le Contrôleur des Contributions directes sur un état spécial. Le cédant et le cessionnaire sont invités

à prendre connaissance de cet état à la mairie et à remettre au Maire leurs observations dans un délai de dix jours. Passé ce délai, le Maire adresse l'état au Directeur des Contributions directes, avec son avis et les observations qui auront pu être produites ; le Directeur statue. Toutefois, il n'y a pas lieu à statuer s'il existe un désaccord entre les conclusions du Directeur et les observations présentées par le cédant ou le cessionnaire.

ART. 291. — En cas de fermeture des établissements, magasins, boutiques et ateliers, par suite de décès, de liquidation judiciaire ou de faillite déclarée, ou pour cause d'expropriation ou d'expulsion, les droits ne sont dus que pour le passé et le mois courant. Sur la réclamation des parties intéressées, il est accordé décharge du surplus de la taxe.

Loi du 31 décembre 1939
portant fixation du budget pour l'exercice 1940

ART. 9. — La contribution des patentes ne sera due, **pendant l'exercice 1940**, que par quarts, selon la durée d'ouverture des établissements qu'elle affecte.

NOTE. — *Nous citons cette disposition exceptionnelle et relative uniquement à l'année 1940, à titre documentaire. Elle sera susceptible d'intéresser encore ceux de nos lecteurs dont la situation au regard de la patente n'est pas définitivement réglée actuellement. Rappelons au reste que les délais de réclamation sont les trois mois qui suivent celui pendant lequel le rôle a été mis en recouvrement.*

4° Réclamations

La procédure de réclamation est la même qu'en matière d'impôts directs ordinaires : pétition au Directeur des Contributions directes, dans les trois mois qui suivent celui de la mise en recouvrement du rôle; recours en Conseil de préfecture, dans le mois de la notification de la décision de rejet; et enfin, appel devant le Conseil d'Etat.

II. Impôts sur les bénéfices non commerciaux

1° Champ d'application

Code des impôts directs

ART. 78. — Il est établi un impôt annuel sur les bénéfices des professions libérales... et de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits non soumises à un impôt spécial sur le revenu.

A ce titre, la présente cédule comprend notamment :

....

Les produits des opérations de bourse effectuées à titre habituel par les particuliers ;

Les produits de droits d'auteurs perçus par les écrivains ou compositeurs et par leurs héritiers ou légataires ;

Les produits perçus par les inventeurs au titre soit de la vente ou de la cession, soit de la concession de licences d'exploitation de leurs brevets, marques de fabrique, procédés ou formules de fabrication.

....

2° Bénéfice imposable

a) Principe

Code des Impôts directs

ART. 79. — L'impôt est établi à raison du bénéfice net de l'année précédente, constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Ces dépenses comprennent notamment :

1° Le loyer des locaux professionnels ou le revenu net d'après lequel ils sont soumis à l'impôt foncier, s'ils appartiennent au contribuable.

2° Les amortissements effectués suivant les règles applicables en matière d'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

(*Bénéfices industriels et commerciaux.* ART. 7:

Le bénéfice imposable... est établi sous déduction de toutes charges, notamment :

....

2° Des amortissements réellement effectués par l'entreprise, dans la limite de ceux qui sont généralement admis, d'après les usages de chaque nature d'industrie, de commerce ou d'exploitation.)

ART. 80. — Si, pour une année déterminée, les dépenses déductibles dépassent les recettes, l'excédent peut être reporté sur les bénéfices des années suivantes, jusqu'à la cinquième inclusivement, dans les conditions prévues à l'article 12 ci-dessus pour les entreprises industrielles et commerciales. (*Décret-loi du 30 octobre 1935.*)

L'art. 12 *modifié par le décret-loi du* 30 *octobre* 1935 *s'exprime de la manière suivante* :

Art. 12. — En cas de déficit subi pendant un exercice, ce déficit est considéré comme une charge de l'exercice suivant et déduit du bénéfice réalisé pendant ledit exercice. Si ce bénéfice n'est pas suffisant pour que la déduction puisse être intégralement opérée, l'excédent du déficit est reporté successivement sur les exercices suivants jusqu'au cinquième exercice qui suit l'exercice déficitaire.

b) Recettes imposables

Impôt sur les bénéfices non commerciaux.
Bénéfices encaissés seuls imposables

Ne sont passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales que les bénéfices encaissés dans l'année antérieure à celle au titre de laquelle est établi l'impôt, et non les bénéfices simplement acquis.
(Conseil d'Etat, 23 octobre 1931.)

Note. — *Les médecins ne doivent donc pas faire figurer, dans leurs recettes professionnelles, les honoraires dus, mais non payés.*

c) Dépenses professionnelles déductibles

1° Le loyer. — *Ne compter que le loyer professionnel (même chiffre que pour la patente). Se rappeler qu'il est préférable de déduire une somme faible à titre de loyer professionnel et d'avoir ainsi une patente peu élevée, que le cas inverse. La patente est, en effet, un impôt beaucoup plus lourd que l'impôt cédulaire. « Si le contribuable est propriétaire des locaux occupés, il doit déduire à titre de loyer la part du revenu net servant de base à l'impôt foncier correspondant à l'importance de ses locaux professionnels. Il doit, en outre, faire figurer dans ses dépenses déductibles les charges immobilières (entretien et amortissement de l'immeuble), ainsi que l'impôt foncier, dans la même proportion que pour le revenu foncier ». (Circulaire de l'Administration des C. D du* 28 *décembre* 1934.)

Valeur locative déductible.
Médecin propriétaire de ses locaux
Justification des frais professionnels

4.180. — M. A. de La Grange, sénateur, demande à M. le ministre des Finances s'il est permis à un contribuable exerçant une profession libérale et propriétaire de la maison qu'il occupe de compter dans ses frais généraux la valeur locative des locaux à usage professionnel servant de base au calcul de la patente, et pendant combien d'années ce même contribuable est tenu de donner le détail de ses frais professionnels. (*Question du* 8 *mars* 1937.)

Réponse. — D'après l'article 79 du code général des impôts directs, lorsqu'un contribuable exerçant une profession libérale est propriétaire de ses locaux professionnels, c'est le revenu net d'après lequel lesdits locaux sont soumis à la contribution foncière, et non la valeur locative retenue pour l'établissement de la patente, qu'il y a lieu de déduire du revenu brut pour la détermination des bases de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. D'autre part, conformément à l'article 84 du code précité, les contribuables passibles de cet impôt sont tenus de produire, dans les deux premiers mois de chaque année, une déclaration indiquant le montant de leurs recettes brutes, celui de leurs dépenses professionnelles et le chiffre de leur bénéfice net de l'année précédente. Mais il ne sont pas obligés de joindre à leur déclaration un relevé détaillé de leurs dépenses professionnelles ; ce relevé peut seulement leur être demandé par le Contrôleur des Contributions directes lorsque ce dernier le juge utile pour le contrôle des déclarations à l'égard desquelles peut s'exercer le droit de répétition (déclarations de l'année en cours et des trois années antérieures).
(*J. O.*, 17 novembre 1937.)

2° Eclairage, chauffage, entretien, *à déduire dans la même proportion que les locaux.*

3° Mobilier et matériel. — *Sous le régime antérieur à la réforme fiscale de* 1934, *le prix d'achat du matériel professionnel (mobilier, voitures, etc.), devait être retranché intégralement des revenus de l'année d'acquisition. Dorénavant, les dépenses de cette nature, qui ne sont pas destinées à se renouveler annuellement, devront faire l'objet d'un amortissement échelonné sur plusieurs exercices, d'après le taux en usage dans la profession.*

4° Personnel. — *Il y a lieu d'y comprendre les salaires en espèces versés aux employés concourant à l'exercice de la profession, en y ajoutant la valeur des avantages en nature, et les cotisations patronales aux Assurances sociales et aux allocations familiales :*

Code des impôts directs

Art. 67. — **Tous particuliers et toutes sociétés ou associations occupant des employés, commis, ouvriers ou auxiliaires moyennant traitement, salaire ou rétribution, sont tenus de remettre dans le courant du mois de janvier de chaque année, au Contrôleur des Contributions directes, un état indiquant :**

1° Les noms, prénoms, emplois et adresses des personnes qu'ils ont occupées au cours de l'année précédente ;

2° Le montant des traitements, salaires et rétributions payés à chacune d'elles pendant ladite année ;

3° La période à laquelle s'appliquent ces payements, lorsqu'elle est inférieure à une année, mais supérieure à trente jours consécutifs.

En ce qui concerne les personnes rétribuées par un seul employeur, la déclaration prévue au présent article n'est exigée que pour celles dont les traitements salaires ou rétributions, ramenés à l'année, dépassent le minimum assujetti à l'impôt (10.000 francs).

5° Honoraires, ristournes, etc.

Code des impôts directs

ART. 68. — **Les chefs d'entreprise ainsi que les contribuables relevant de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales doivent déclarer dans les mêmes conditions :**

. . . .

2° Les sommes versées par eux à l'occasion de l'exercice de leur profession à titre de commissions, courtages, ristournes commerciales ou autres vacations, honoraires occasionnels ou non, gratifications et autres rémunérations lorsqu'elles dépassent 1.000 francs par an pour un même bénéficiaire. Ces sommes sont assujetties à l'impôt cédulaire correspondant à la nature d'activité au titre de laquelle le bénéficiaire les a perçues, sans préjudice de l'application de l'impôt général sur le revenu. **Le contribuable qui ne produit pas la déclaration des sommes visées au présent alinéa perd le droit de les déduire pour l'établissement de ses propres impositions.**

. . . .

ART. 71. — Toute infraction aux prescriptions des articles 67 à 70 ci-dessus donne lieu à l'application d'une amende de 100 francs, sans décimes, encourue autant de fois qu'il est relevé d'omissions ou d'inexactitudes dans les renseignements qui doivent être fournis en vertu de ces articles.

L'amende est prononcée par le Conseil de Préfecture statuant comme en matière de contraventions, sur requête présentée sans frais par le directeur des Contributions directes.

La copie de la requête est notifiée aux contrevenants par les soins du Conseil de Préfecture.

La prescription n'est acquise qu'après l'expiration de la quatrième année suivant celle au cours de laquelle l'infraction a été commise.

NOTE. — *Nous attirons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur les dispositions de l'art. 68-2° qui les oblige à déclarer, dans le courant du mois de janvier de chaque année, au Contrôleur des Contributions directes, les noms et adresses des confrères auxquels ils ont versé des honoraires occasionnels durant l'année précédente, ainsi que le montant de ces honoraires, lorsque ce montant dépasse 1.000 francs par an et par bénéficiaire. La sanction du défaut de déclaration est l'impossibilité pour le contribuable de comprendre ces dépenses dans sa propre déclaration.*

6° Frais de transport. — *Ils comprennent les dépenses annuelles d'automobile (essence, huile, pneus, petites réparations, assurances, garage) augmentés de l'amortissement de la voiture.*

Ces dépenses ne doivent être déduites que dans la mesure où le transport est relatif à la profession.

Dans le cas d'échange de voiture, le prix à amortir n'est pas la valeur de la nouvelle voiture, mais cette valeur augmentée de ce qui restait à amortir sur l'ancienne et diminuée de la valeur de reprise.

Exemple. — *Un médecin, ayant acheté une voiture de* 20.000 *francs décide de l'amortir en cinq années. Au bout de quatre ans, il l'échange contre une voiture de* 25.000 *francs, l'ancienne voiture étant reprise pour* 9.000 *francs par le vendeur. Au moment de l'échange, il restait à amortir sur l'ancienne voiture :* 20.000 — 16.000 = 4.000 *francs. D'autre part, l'acquisition de la nouvelle voiture a coûté* 25.000 — 9.000 = 16.000 *francs. Le total à amortir dans l'avenir est donc de* 16.000 + 4.000 = 20.000, *soit* 4.000 *par an pendant cinq ans.*

7° Assurances. — *Immeubles, accidents du travail, assurances contre les risques de responsabilité professionnelle, contre les maladies et accidents professionnels. Par contre, la réforme fiscale de* 1934 *ayant supprimé les dispositions du régime antérieur concernant la déduction des sommes payées pour la constitution d'une pension ou d'une retraite, l'Administration fiscale estime que les versements effectués à ce titre ne peuvent plus être compris parmi les frais déductibles. (Circulaire de l'Administration des Finances du* 28 *décembre* 1934.)

DÉDUCTION DES VERSEMENTS POUR RETRAITES (NON)

2.353. — M. SOULA demande à M. le ministre des Finances, si, pour le calcul de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, un vétérinaire est en droit de faire rentrer dans ses dépenses professionnelles les sommes qu'il verse : 1° pour s'assurer une retraite de mutuelle de combattants ; 2° pour s'assurer à une mutuelle-retraite des vétérinaires (versements à capital aliéné). (*Question du* 9 *février* 1937.)

Réponse. — 1° et 2° — Réponse négative sur les deux points en ce qui concerne la cédule ; les versements dont il s'agit n'ayant pas le caractère de charges professionnelles et aucune disposition du code général des impôts directs n'autorisant, d'autre part, à les porter en déduction pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Mais, conformément à l'article 109, 5°, du code susvisé, l'intéressé peut retrancher de son revenu global, pour l'assiette de l'impôt général, le montant des

versements effectués en vue de la constitution de la retraite mutuelle des anciens combattants. (*J. O.*, 11 avril 1937.)

8° **Impôts.** — *Ils comprennent les impôts professionnels payés au cours de l'exercice précédent, c'est-à-dire l'impôt cédulaire sur les bénéfices non commerciaux, la patente et ses adjonctions communales, mais non l'impôt général ou l'impôt foncier (celui-ci figure dans les charges immobilières pour la part correspondant aux locaux professionnels).*

9° **Divers.** — *Ce sont le téléphone, les frais de bureau, de recouvrement d'honoraires, les cotisations syndicales, les livres et revues professionnelles, les dépenses pour assister à un Congrès, les frais d'acte et d'enregistrement d'un bail à usage professionnel* (*Conseil d'Etat*, 19 *octobre* 1936), *les frais occasionnés par une maladie professionnelle, à condition que l'intéressé n'ait pas été assuré contre ce risque* (R. M., n° 2.505, J. O., 23 *avril* 1937), *etc... Par contre on ne doit pas comprendre dans les dépenses déductibles le prix d'achat d'une clientèle médicale. Cette dépense a, en effet, une contre-partie, à savoir la clientèle, qui entre dans l'actif du contribuable et ne constitue donc pas une charge* (*Conseil d'Etat*, 14 *janvier* 1935, R. M., n° 15.029. J. O., 13 *mars* 1936).

10° **Propharmacie.** — *D'après la jurisprudence* (*V. not. Comm. sup. de Cass.*, 7 *janvier* 1932) *le médecin propharmacien qui fournit à ses malades dans les conditions prévues à l'art.* 27 *de la loi du* 21 *germinal an XI, des médicaments sans tenir officine ouverte à tout venant, ne fait pas acte de commerce et exerce simplement une activité professionnelle. Les recettes qu'il tire de la propharmacie de même que ses dépenses (achats, etc.), doivent être comprises dans sa déclaration, à la cédule des professions non commerciales.*

3° Personnes imposables. Lieu d'imposition

ART. 82. — L'impôt est établi au nom des bénéficiaires des revenus imposables, au lieu de l'exercice de la profession ou, le cas échéant, du principal établissement.

Dans les sociétés en nom collectif, chacun des associés est personnellement imposé pour la part des bénéfices sociaux correspondant à ses droits dans la société.

Dans les sociétés en commandite simple, l'impôt est établi au nom de chacun des commandités pour sa part respective de bénéfice, et, pour le surplus, au nom de la société.

Les impositions ainsi comprises dans les rôles au nom des associés n'en demeurent pas moins des dettes sociales.

4° Obligations des contribuables

ART. 84.— **Toute personne, passible de l'impôt à raison des bénéfices réalisés dans l'une des professions visées à l'article 78. est tenue de produire, dans les deux premiers mois de chaque année, une déclaration indiquant le montant de ses recettes brutes, celui de ses dépenses professionnelles et le chiffre de son bénéfice net de l'année précédente.**

ART. 85. — La déclaration est adressée au Contrôleur des Contributions directes du lieu où le contribuable exerce sa profession ou à son principal établissement.

Il en est délivré récépissé.

ART. 91.— **Tout contribuable, astreint à la déclaration prévue à l'art 84 ci-dessus, qui ne souscrit pas cette déclaration dans les deux premiers mois de l'année, est taxé d'office sauf réclamation après l'établissement du rôle et l'impôt dont il est redevable est majoré de 25 %.**

ART. 92. — **Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leur recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marges.**

Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives.

....

ART. 94. — Dans le cas de non-préparation des documents dont la tenue et la production sont exigées par les deux articles précédents, le bénéfice imposable est déterminé d'office par le Contrôleur et l'impôt est majoré de 25 p. 100.

....

NOTE. — *La loi n'exige donc du contribuable que la comptabilité des recettes professionnelles encaissées, et non celle des dépenses professionnelles. La forme matérielle du livre-journal est des plus simples. N'importe quel registre de commerce peut suffire. Il doit comprendre deux à trois colonnes :*

Date	Nature de l'acte médical	Honoraires touchés
15 janvier	10 visites à 30 francs	300 francs
	2 consultations à 20 francs	40 francs
....	....	....

Le total final du livre-journal doit évidemment coïncider avec le total des recettes professionnelles déclarées.

LIVRE-JOURNAL. — COMMUNICATION AU CONTRÔLEUR. — LIEU. — DOMICILE DU CONTRIBUABLE.

13.094. — M. Jean CASTAGNEZ expose à M. le ministre des Finances : qu'en application de l'article 92 du Code des impôts directs, paragraphe 3, le Contrôleur peut demander aux contribuables soumis à l'impôt sur les B. N. C., communication des livres et toutes pièces justificatives ; qu'en cas de non-présentation, le bénéfice est déterminé d'office par le Contrôleur et l'impôt majoré de 25 p. 100 (art. 94) ; et demande : 1° si le Contrôleur a le droit de considérer que les mots « demander communication » signifient la présentation au Contrôleur, et dans son bureau, du livre-journal dont la tenue aussi bien que la production sont exigées par la loi ; 2° si, au contraire, un contribuable peut exiger que le Contrôleur vienne à son domicile pour se rendre compte de l'existence du livre-journal et de la façon dont il est tenu sous prétexte que la « demande de communication » a le sens d'une demande d'audience ou d'un droit de visite comme s'il s'agissait d'une vérification de comptabilité commerciale ; 3° si le Contrôleur est autorisé à taxer d'office à l'impôt sur les B. N. C. un contribuable qui aurait argué du secret professionnel pour s'opposer à la présentation au bureau du Contrôleur du livre-journal, et qui aurait répondu, à une demande de communication de ce dernier, que le livre-journal restera dans son cabinet où le Contrôleur devra se rendre s'il veut en constater l'existence. (*Question du* 30 *mai* 1935.)

Réponse. — 1° et 2° — Aucune disposition légale n'obligeant les redevables de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales à transporter chez leur contrôleur leur livre-journal, la vérification de celui-ci doit, en principe, être effectuée sur place ; 2° — Réponse négative. (*J. O.*, 15 septembre 1935.)

LIVRE-JOURNAL. — VALEUR INDICATIVE. — ABSENCE DE VALEUR PROBANTE EN FAVEUR DU CONTRIBUABLE

14.712. — M. Emile CANDA demande à M. le ministre des Finances : 1° si un vétérinaire est dans l'obligation de tenir un livre-journal recettes, conformément à la loi de finances 1933 ; 2° dans l'affirmative, si une Commission de taxation, après avoir accepté le chiffre déclaré des dépenses, peut refuser sans examen, les chiffres recettes du livre-journal régulièrement tenu ; 3° dans l'affirmative, quel est le rôle du livre-journal et dans quel but les professions libérales sont dans l'obligation d'avoir cette comptabilité. (*Question du* 26 *décembre* 1935.)

Réponse.— 1°— Réponse affirmative (Code général des impôts directs, art. 92); 2° et 3° — le livre-journal est un document comptable dont le Contrôleur et la Commission de taxation doivent retenir les indications, à moins que des présomptions graves, précises et concordantes, ne les autorisent à en suspecter la sincérité. Mais on ne saurait attribuer à ce livre une force probante que la loi elle-même n'y a pas attachée (*J. O.*, 13 mars 1936).

LIVRE-JOURNAL. — PRODUCTION. — ABSENCE DE VALEUR PROBANTE EN FAVEUR DU CONTRIBUABLE

La production du livre-journal, dont la tenue est obligatoire en vertu de l'art. 92 du code des impôts directs, ne constitue pas par elle-même la preuve des résultats que ce document fait apparaître, et le contribuable doit fournir à l'appui des mentions qui y figurent tous les renseignements de nature à établir le chiffre exact de ses bénéfices.

(Conseil d'Etat, arrêt du 14 mars 1938.)

5° Contrôle des déclarations

ART. 86 (*modifié par l'article* 32 *de la loi du* 31 *décembre* 1936).— Le Contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés. S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours.

Si le désaccord persiste, il est soumis à une Commission de taxation siégeant au chef-lieu du département et dont la composition et le fonctionnement sont réglés par les articles 87 et 88 ci-après.

ART. 87 (*modifié par l'article* 32 *de la loi du* 31 *décembre* 1936). — I. La Commission prévue à l'article 86 comprend les membres ci-dessous :

Le président du Tribunal civil du chef-lieu du département, ou un juge délégué par lui, président ;

Un inspecteur principal ou un inspecteur des Contributions directes ;

Un inspecteur principal ou un inspecteur des Contributions indirectes, un receveur de l'Enregistrement et un percepteur des Contributions directes

désignés par leur chef de service, parmi les agents en fonction au chef-lieu de département ;

Deux contribuables désignés, l'un par le directeur des Contributions directes parmi les répartiteurs du chef-lieu du département, l'autre par les Chambres de discipline ou Associations professionnelles parmi les représentants de la profession intéressée. Ces deux membres sont, comme les agents de l'Adminisration, soumis aux obligations du secret professionnel, prévues par l'article 143 ci-après.

II. — La Commission peut se diviser en sections, chacune de ces sections étant présidée par le président de la Commission ou par un juge désigné pour le suppléer. Les sections connaissent des affaires qui leur sont renvoyées par le président de la Commission. Les règles fixées par l'article 88 ci-après leur sont applicables.

Art. 88. — La Commission délibère valablement à condition qu'il y ait au moins trois membres présents, y compris le président. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

La Commission se réunit sur la convocation de son président.

Convoqués dix jours au moins avant la réunion, les contribuables intéressés sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites. Ils peuvent se faire assister par une personne de leur choix ou déléguer un mandataire dûment habilité.

Après avoir entendu les explications du contribuable ou pris connaissance de ses observations, la Commission fixe, par décision motivée, la base de l'imposition. Elle statue également sur l'application de la majoration prévue à l'article 90 ci-après.

Art. 89. — **La décision de la Commission est notifiée au contribuable, qui peut la contester par voie de réclamation après l'établissement du rôle, à charge pour lui d'apporter la preuve de son bénéfice réel.**

Note. — *En réalité, la procédure de contrôle des déclarations contient un degré de plus, institué, non par la loi, mais par l'Administration elle-même, en accord avec les Syndicats médicaux, la « préconciliation fiscale ». Nous citerons, sur ce point, la Circulaire de l'Administration des finances en date du 28 décembre 1934. Il y a lieu toutefois de tenir compte de la dissolution des Syndicats médicaux. C'est en conséquence au président du Conseil de l'Ordre départemental qu'il appartiendra maintenant de jouer le rôle de préconciliateur.* — On rappelle que pour certaines professions il a été admis, sur la demande des groupements intéressés, qu'avant d'être déférés à la Commission, **les désaccords pourraient être soumis, à titre de préconciliation, au président de l'organisme de discipline dont relèvent les assujettis.**

Toutefois, les Contrôleurs ne sauraient, en raison de l'obligation du secret professionnel, prendre l'initiative de saisir le président de l'organisme de discipline. C'est aux intéressés eux-mêmes qu'il appatient de provoquer son intervention, s'ils le jugent à propos. Ils sont avisés de cette faculté par une mention spéciale que le Contrôleur porte sur la lettre de notification des redressements auxquels leur déclaration lui paraîtra donner lieu.

Cette mention est libellée comme suit :

« Si vous jugez à propos de soumettre les points contestés de votre déclaration à M.. (voir tableau ci-dessous), vous voudrez bien le prier de me faire parvenir son appréciation par écrit ou de me l'exposer verbalement dans le délai légal de vingt jours. »

Le tableau ci-après contient la liste des professions représentées par les groupements qui ont été jusqu'alors admis à recourir à la procédure de préconciliation :

. . . .

Médecins : le président du Conseil de famille du Syndicat départemental des médecins.

(Circulaire A. E., 28 décembre 1934.)

6° Calcul de l'impôt

Code des impôts directs

Art. 85. — Pour le calcul de l'impôt, toute fraction du revenu n'excédant pas 100 francs est négligée.

L'impôt ne porte que sur la partie du bénéfice net dépassant la somme de 10.000 francs.

Il est fait application du taux général fixé à l'article 137 ci-après.

L'impôt calculé comme il est dit ci-dessus est réduit, s'il y a lieu, en raison des charges de famille du contribuable dans les conditions prévues à l'article 102 ci-après.

(*Le taux applicable en* 1941 *est de* 16 % — *décret-loi du* 12 *novembre* 1938.)

Art. 102. — Les réductions pour charges de famille applicables à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, à l'impôt sur les bénéfices de l'exploitation agricole et à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales en vertu des *articles 22, 56 et 53 ci-dessus* sont réglées comme suit :

10 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à la charge du contribuable ;

20 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième.

Le montant total des réductions sur chaque impôt ne peut excéder 1.000 francs par enfant à charge (*décret-loi du* 12 *novembre* 1938).

. . . .

Art. 103. — Pour s'assurer le bénéfice des réductions pour charges de famille, les contribuables doivent faire parvenir au Contrôleur du lieu de leur domicile une déclaration indiquant les noms, prénoms, date et lieu de naissance de chacun des enfants à leur charge.

Les déclarations indiquent les impôts sur lesquels sont susceptibles de porter les dégrèvements et le lieu où ces impôts doivent être établis.

Les déclarations sont reçues dans le délai prévu à l'article 123 ci-après, relatif à l'impôt général ; elles sont valables tant que leurs indications n'ont pas cessé d'être exactes ; dans le cas contraire, elles doivent être renouvelées dans le délai ci-dessus indiqué.

7° Réclamations. — Contentieux

La procédure de réclamation contentieuse ne peut commencer que lorsque les rôles ont été mis en recouvrement et que le contribuable a reçu ses avertissements. Si le calcul de l'impôt est inexact, ou a été établi sur un bénéfice supérieur à celui déclaré, une pétition ou demande en dégrèvement partiel doit tout d'abord être adressée par le contribuable au Directeur des Contributions directes, dont l'adresse est marquée sur l'avertissement. Cette pétition, faite sur papier libre, n'est assujettie à aucune règle de forme ; elle doit être adressée en y joignant l'avertissement, par pli recommandé avec accusé de réception.

Lorsque le Directeur a notifié au contribuable une décision de rejet, ou s'il a gardé le silence pendant plus de six mois, un recours peut être intenté, dans le mois, devant le Conseil de Préfecture, par dépôt au greffe d'une requête sur papier timbré adressée par pli recommandé, et à laquelle sera jointe la décision attaquée ou l'avis de réception. Dans cette requête, le contribuable pourra, entre autres moyens de défense, recourir à l'expertise pour établir la base d'imposition. Cette expertise, si elle est demandée, est de droit et ne peut être refusée.

Enfin, en cas de rejet de la requête par le Conseil de Préfecture, appel peut être interjeté dans le mois devant le Conseil d'Etat.

Si la différence entre le bénéfice taxé et le bénéfice déclaré provient d'une décision de la Commission de taxation, nous rappellerons qu'en vertu de l'art. 89 *du Code des impôts sur les revenus, il appartient non pas à l'Administration de défendre son chiffre, mais au contribuable d'apporter la preuve de son bénéfice réel.* **Cette preuve étant très difficile à fournir, nous croyons donc utile d'attirer l'attention de nos lecteurs sur l'intérêt que présente la défense devant la Commission de la taxation.**

IMPÔTS SUR LES REVENUS. — TAXATION. — BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX. — PREUVE A LA CHARGE DU CONTRIBUABLE.

Lorsque la Commission de taxation a fixé la base de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux et que le contribuable n'apporte pas la preuve de son bénéfice réel devant la juridiction administrative, celle-ci ne peut modifier la base d'imposition en se fondant sur le fait que la Commission de taxation n'aurait pas fait une appréciation exacte des circonstances de l'affaire.

(Conseil d'Etat, arrêt du 20 janvier 1936.)

PREUVE DU BÉNÉFICE. — PRODUCTION DU LIVRE-JOURNAL (NON)

V. plus haut, page 12, *arrêt du Conseil d'État, du* 14 *mars* 1938.

III. Impôts cédulaires autres que l'impôt sur les bénéfices non commerciaux

1° Impôt sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères

a) Revenus soumis à l'impôt

Code des impôts directs

ART. 60. — Les revenus provenant des traitements publics et privés, des indemnités et émoluments, des salaires, des pensions et des rentes viagères sont assujettis à un impôt annuel.

ART. 61 (*loi du* 17 *juin* 1936). — Sont affranchis de l'impôt :

1° Les pensions servies en vertu de la loi du 31 mars 1919, à l'exclusion de la partie des pensions mixtes visées à l'article 60, paragraphe 2e, de ladite loi, qui correspond à la durée des services ;

2° La retraite du combattant, instituée par les articles 197 à 199 de la loi du 16 avril 1930 ;

3° Les rentes viagères et allocations temporaires accordées aux victimes d'accidents du travail ;

4° Les rentes viagères servies par application de l'article 96 de la loi du 30 décembre 1938 et de l'article 5 de la loi du 17 septembre 1932 ;

5° Les allocations aux familles nombreuses (sur salaire familial, allocations familiales) versées uniquement par des employeurs ou groupements d'employeurs à leur personnel.

b) Des personnes imposables et du lieu d'imposition

ART. 62. — L'impôt est établi au nom des bénéficiaires des revenus imposables et dans la commune où ils sont domiciliés.

Les médecins relèvent en principe de cette cédule

pour tous les revenus qu'ils touchent en exécution d'un contrat de louage de service, ou d'un contrat analogue, les liant avec une personne physique ou morale, publique ou privée (1). *Ainsi en est-il notamment des médecins assistants, remplaçants, médecins attachés à un établissement de soins, à une Compagnie de navigation, à une Caisse d'assurances sociales, médecins d'hôpitaux, de dispensaires, etc.* (Voir page 3).

MÉDECIN D'HÔPITAL. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE CHEMIN DE FER. — RÉMUNÉRATION RELEVANT DE LA CÉDULE DES TRAITEMENTS ET SALAIRES.

Les rémunérations reçues par un médecin en qualité de médecin attaché à une Compagnie de chemin de fer, et de médecin d'hôpital, ont le caractère d'un traitement.

(Conseil d'Etat, arrêt du 9 décembre 1932.)

MÉDECIN AU SERVICE DE DIVERSES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES. — ASSUJETTISSEMENT A L'IMPÔT SUR LES TRAITEMENTS ET SALAIRES.

Eu égard au service régulier que le Docteur X... assure comme médecin de l'hôpital, du collège et du dispensaire de la ville de M..., les rémunérations fixes qui lui sont allouées par les établissements précités ont le caractère de traitements.

(Conseil d'Etat, arrêt du 27 mai 1935.)

MÉDECIN D'ASSURANCES. — MÉDECIN D'ENTREPRISE. — RÉMUNÉRATIONS FIXES. — HONORAIRES PROPORTIONNELS AUX VISITES. — PLURALITÉ D'EMPLOYEURS. — TRAITEMENTS ET SALAIRES.

Les rémunérations touchées par un médecin tenu, à l'égard de diverses entreprises industrielles, d'assurer journellement des visites et des soins aux ouvriers blessés ou malades, et chargé par des Compagnies d'assurances de visites de contrôle d'accidentés du travail dans une région déterminée, du moment qu'elles sont servies en exécution de contrats imposant une activité donnée, dans des conditions fixées à l'avance, ne sauraient être assimilées aux honoraires des médecins praticiens, et ceci nonobstant la pluralité d'employeurs. Ces revenus professionnels doivent être cotisés à l'impôt sur les traitements et salaires.

(Conseil d'Etat, 21 décembre 1939, Aff. T.).

c) De la base d'imposition

Décret-loi du 10 novembre 1939
relatif à la perception de la contribution nationale extraordinaire et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires.

(1) Voir toutefois pages 17 et 18

ART. 3. — La contribution nationale et l'impôt cédulaire correspondant portent sur le montant net des revenus imposables.

En ce qui touche les traitements publics et privés, indemnités, émoluments et salaires, leur montant net est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés :

1° Les retenues faites par l'employeur en vue de la constitution de pensions ou de retraites ;

2° La cotisation ouvrière aux assurances sociales ;

3° Les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales.

La déduction à effectuer du chef des frais professionnels est forfaitairement fixée à 10 % du revenu brut, après défalcation des retenues visées aux paragraphes 1 et 2 ci-dessus, sans pouvoir excéder 20.000 francs par an.

Pour les catégories de professions qui comportent normalement un pourcentage de frais supérieur à 10 %, le pourcentage de la déduction à effectuer en considération de ces frais est fixé par un arrêté ministériel.

Les intéressés sont également admis à justifier du montant de leurs frais réels, sous forme de réclamation adressée au directeur départemental des contributions directes, dans les trois premiers mois de l'année suivant celle des retenues, s'il s'agit de contribuables imposés par voie de perception à la source.

ART. 10. — A partir du 1er janvier 1940, l'impôt cédulaire sur les traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, **est perçu en même temps que la contribution nationale, par voie de retenue à la source.**

Le taux de cet impôt est et demeure fixé à 8 %.

La perception de l'impôt cédulaire, par voie de retenue à la source, sur les revenus de l'espèce perçus en 1940, exclura l'imposition par voie de rôle d'un même contribuable, au titre de 1940, pour des revenus de même nature acquis en 1939.

Décret du 31 décembre 1939
Fixant les modalités d'application du décret du 10 novembre 1939.

CHAPITRE III

Perception par voie de retenue à la source, de la contribution nationale et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires.

Section I. Principe des retenues

ART. 8. — Dans le cas de perception par voie de retenue à la source, la contribution nationale

et l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères, sont établis, liquidés et recouvrés dans les conditions spécifiées aux art. 9 à 17 ci-après.

Section II. Bases des retenues

Art. 9. — Les retenues prévues dans le présent décret portent sur le montant net des sommes imposables payées à partir du 1er janvier 1940, à l'exception de celles que les intéressés étaient normalement en droit de percevoir avant cette date. Ces dernières sommes supportent s'il y a lieu, la contribution au taux de 2 % due au titre de l'année 1939.

Le montant net imposable est déterminé dans les conditions indiquées à l'art. 3 du décret-loi du 10 novembre 1939 et en tenant compte, pour les catégories de professions qui comportent normalement un pourcentage de frais professionnels supérieur à 10 %, des pourcentages spéciaux prévus par l'arrêté ministériel du 30 décembre 1939.

Art. 10. — Les rémunérations allouées sous forme d'avantages en nature ne sont pas comprises dans les bases de la retenue, mais elles seront ajoutées en fin d'année au montant des salaires payés en espèces et le complément de droit correspondant sera, s'il y a lieu, perçu par voie de rôles dans les conditions prévues à l'art. 17.

Art. 11. — Il n'est pas tenu compte pour le calcul de la retenue à la source de l'impôt sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères, de la déduction supplémentaire de 1.000 francs prévue en ce qui touche cet impôt à l'égard des mutilés titulaires d'une pension d'invalidité.

Mais les intéressés obtiendront, d'office ou par voie de réclamation adressée au directeur départemental des contributions directes dans les trois premiers mois de l'année suivant celle des retenues, un dégrèvement correspondant au montant de cette déduction.

Arrêté du Ministre des Finances
du 9 juillet 1935

fixant les taux et maximum de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires dû par les médecins exerçant leur profession en qualité de salariés.

Art. 1er. — En ce qui concerne les médecins qui exercent leur profession en qualité de salariés, le taux de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires, reste fixé en principe à 10 p. 100 et le maximum de la déduction à 20.000 francs.

Toutefois, ceux de ces médecins qui exercent leur profession dans des conditions entraînant un pourcentage de frais notoirement plus élevé peuvent obtenir la déduction du montant de leurs frais réels à condition d'en justifier.

Pour ceux qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements ou salaires et de bénéfices non commerciaux, les dépenses professionnelles communes aux deux branches de leur activité sont évaluées dans les conditions prévues par l'article 79 du Code général des impôts directs, et une quote-part proportionnelle est imputée aux revenus bruts de chaque catégorie.

(*J. O.*, 10 juillet 1935.)

Arrêté du 30 décembre 1939

fixant pour certaines catégories de professions, comportant normalement un pourcentage de frais professionnels supérieurs à 10 %, le pourcentage de la déduction à effectuer pour l'assiette de la contribution nationale et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires

Art. 1er. — Les pourcentages spéciaux pour déduction de frais professionnels, fixés en ce qui concerne certaines catégories de professions par les arrêtés du 12 janvier 1939 (1), du 30 janvier 1939 et du 8 mars 1939, sont applicables pour l'assiette de la contribution nationale extraordinaire et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires dûs à partir du 1er janvier 1940 par les contribuables exerçant ces professions.

Déductions. — Versement a une Caisse de prévoyance des sommes déposées

Ne sont pas déductibles de la base de l'impôt sur les traitements et salaires, les versements faits à une Caisse de prévoyance et ayant pour objet de capitaliser les sommes déposées.

(Conseil d'Etat, 23 janvier 1936.)

d) Calcul de l'impôt

Art. 65. — Pour le calcul de l'impôt, toute fraction de revenu n'excédant pas 100 francs est négligée.

L'impôt ne porte que sur la fraction du revenu net annuel qui excède la somme de 10.000 francs.

Les mutilés titulaires d'une pension d'invalidité ont droit à une déduction supplémentaire de 1.000 francs.

La fraction comprise entre le minimum exempté et 20.000 francs n'est comptée que pour moitié.

Il est fait application du taux réduit fixé à l'article 137 ci- après (*soit* 8 % — *décret-loi du* 12 *novembre* 1938).

Art. 66. — Sur l'impôt calculé comme il est dit à l'article précédent, chaque contribuable a droit à une réduction réglée comme suit :

1° Pour tout contribuable dont le revenu net ne dépasse pas 20.000 francs, 20 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 40 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième;

2° Pour tout contribuable dont le revenu net est compris entre 20.000 et 40.000 francs, 15 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 30 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième ;

3° Pour tout contribuable dont le revenu net est supérieur à 40.000 francs, 10 p. 100 pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 20 p. 100 pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième.

Le montant total de la réduction accordée en exécution du présent article ne peut dépasser 1.000 francs par enfant à la charge du contribuable (*décret-loi du* 12 *novembre* 1938).

(1) Internes des hôpitaux : 30 %.

2° Impôt sur les bénéfices commerciaux

Cet impôt n'intéresse qu'indirectement les médecins. Il est applicable à des organismes avec lesquels ils collaborent fréquemment, et dont ils sont souvent les propriétaires, à savoir les cliniques et maisons de santé.

Il résulte en effet de la jusrisprudence que les établissements de cette nature, où le malade reçoit, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont des entreprises commerciales, quelle que soit l'importance du traitement médical, eu égard aux autres fournitures.

Le statut fiscal des cliniques et maisons de santé a été fixé par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 28 mars 1928, auquel l'instruction suivante a donné une portée générale :

Instruction du Ministre des Finances du 14 février 1939

Suivant un arrêt du Conseil d'Etat, le médecin exploitant une maison de santé dans laquelle il se livre à la pratique de l'art médical, exerce en réalité deux professions : une profession libérale, et une profession commerciale ; les revenus provenant de l'établissement correspondant, d'une part au service médical, d'autre part au service des fournitures.

Cette haute Assemblée a ainsi jugé qu'un médecin exerçant dans les conditions visées est passible :

a) De l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, en ce qui concerne la partie des recettes représentant les honoraires médicaux ;

b) De l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et par suite de la taxe sur le chiffre d'affaires, en ce qui concerne la partie des recettes afférentes aux fournitures.

D'accord avec la Direction générale des Contributions directes, l'Administration estime que, pour la discrimination à établir entre ces deux catégories de recettes, il convient de comprendre exclusivement dans la première les recettes résultant des actes médicaux et opérations chirurgicales et de rattacher à la seconde, non seulement les fournitures hôtelières (logement et repas) mais encore celles afférentes à la surveillance exercée par les gardes, aux soins des infirmiers, à la fourniture de médicaments, en un mot toutes les recettes provenant d'opérations qui ne relèvent pas normalement de l'art médical.

Etant donné que le rapport existant entre les deux catégories de produits ainsi définies est susceptible de varier sensiblement d'un établissement à l'autre, pour diverses causes, telles que notamment la nature du traitement et la réputation du praticien, l'Administration ne saurait fixer ce rapport d'une manière forfaitaire.

Le pourcentage des recettes afférent, d'une part au service médical, d'autre part au service des fournitures, devra donc être dégagé dans chaque cas après entente avec le redevable et le Service des Contributions directes.

Mode d'imposition des cliniques et sanatoriums privés

13.268. — M. René Fayssat demande à M. le ministre des Finances si un sanatorium privé, appartenant à une société à responsabilité limitée, constituée par une vingtaine d'associés, dirigée par quatre gérants dont deux médecins, doit payer la taxe sur le chiffre d'affaires de 2 % sur les recettes totales, ou peut défalquer de ces recettes les sommes représentant les honoraires médicaux des deux médecins gérants, avant d'acquitter cette taxe. (*Question du 18 juin* 1935.)

Réponse. — Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, le médecin qui exploite une clinique ou une maison de santé dans laquelle il se livre à la pratique de son art, exerce deux professions : l'une libérale, l'autre commerciale ; il s'ensuit que, si les honoraires touchés par ledit médecin, pour soins médicaux, ne peuvent être frappés, ni de l'impôt sur les bénéfices commerciaux, ni de la taxe sur le chiffre d'affaires, par contre, sont passibles de ces impôts les recettes afférentes aux services et fournitures. Mais cette jurisprudence n'est pas applicable aux entreprises purement commerciales, exploitant une clinique ou une maison de santé. Cotisables à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux pour l'ensemble de leurs profits, ces entreprises sont redevables de la taxe du chiffre d'affaires sur le montant intégral de leurs opérations, sans déduction des honoraires qu'elles payent aux médecins dont elles utilisent le concours ou des sommes qu'elles répartissent à ceux de leurs membres ayant la qualité de médecin. Tel est notamment le cas pour une société à responsabilité limitée exploitant un sanatorium.

(*J. O.*, 15 septembre 1935.)

3° Imposition des contribuables disposant de revenus professionnels, provenant de sources différentes

a) Bénéfices commerciaux et bénéfices non-commerciaux

Code des impôts sur le revenu

Art. 100. — Lorsqu'une entreprise industrielle ou commerciale étend son activité à des opérations relevant de la cédule agricole ou de la cédule des professions non commerciales, les résultats de ces opérations, déterminées suivant les règles propres à l'impôt sur les bénéfices

industriels et commerciaux, sont compris dans les bases dudit impôt.

NOTE. — *Cet article vise les cliniques et maisons de santé. Toutefois l'imposition à la cédule des bénéfices commerciaux ne peut avoir lieu que si a clinique, établissement commercial, est l'entrep ise principale. Au contraire lorsqu'il ne s'agit que d'un accessoire pour l'exercice de la profession principale de médecin, l'imposition séparée a lieu conformément à l'arrêt du Conseil d'Etat précité* (v. page 17).

b) Traitements et bénéfices non-commerciaux

ART. 101. — Lorsqu'un contribuable dispose à la fois de revenus provenant de traitements, publics et privés, indemnités et émoluments salaires, pensions et rentes viagères, ou de bénéfices taxables d'après le même tarif conformément à l'article 23 ci-dessus et de bénéfices de professions non commerciales autres que les bénéfices des charges et offices, il est imposé pour l'ensemble de ces revenus et bénéfices, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, sous une cote unique établie au titre de celui des impôts cédulaires auquel correspond le chiffre de revenus le plus élevé.

NOTE. — *Cette disposition règle le cas très fréquent des médecins qui exercent principalement en clientèle privée et louent accessoirement leurs services à divers organismes moyennant une rémunération annuelle.*

TRAITEMENTS ET BÉNÉFICES. — CALCUL DU REVENU NET LE PLUS ÉLEVÉ. — FRAIS PROFESSIONNELS. — IMPUTATION SUR LES HONORAIRES. — TRAITEMENT. — DÉDUCTION DE 10 %.

Pour l'application de l'art. 101 du Code des impôts sur les revenus, et en vue de déterminer le montant net du traitement imposable à la cédule des traitements et salaires, il y a lieu de s'en référer à l'art. 64 du Code des impôts directs, et de ne retenir comme frais professionnels qu'une somme égale à 10 % du traitement brut, à moins que le contribuable ne justifie que les frais engagés pour ses fonctions aient été supérieurs à cette somme.

(Conseil d'Etat, arrêt du 21 novembre 1938),

IV. Contribution nationale extraordinaire

Elle se compose de deux éléments :

1° Un prélèvement sur le revenu global égal à 30 % *du montant de la cote.* (art. 7 *du décret-loi du* 12 *novembre* 1938, *prorogé par décret-loi du* 1er *septembre* 1939.)

2° *Un prélèvement sur les revenus cédulaires autre que l'impôt foncier.*

Deux régimes différents sont applicables.

1° Régime antérieur au 11 juillet 1940

Décret-loi du 10 *novembre* 1939

ART. 1er. — Sont et demeurent soumis à la contribution nationale extraordinaire sur les revenus professionnels :

1° Les bénéfices des professions commerciales industrielles et artisanales ;

. . . .

3° Les revenus provenant des traitements publics et privés, des indemnités et émoluments, des salaires, pensions et rentes viagères ;

4° Les bénéfices des professions libérales, et de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits visées à l'article 78 du code général des impôts directs.

ART. 2. — Sont affranchis de la contribution nationale et de l'impôt cédulaire correspondant :

1° Les pensions servies en vertu de la loi du 31 mars 1919 à l'exclusion de la partie des pensions mixtes visées à l'article 60 (§ 2) de ladite loi, qui correspond à la durée des services ;

2° La retraite du combattant, instituée par les articles 197 à 199 de la loi du 16 avril 1930 ;

. . . .

7° Les traitements attachés à la Légion d'honneur et à la médaille militaire ;

8° Les pensions servies en vertu de la loi du 24 juin 1919 aux victimes civiles de la guerre ou leurs ayants droit ;

. . . .

ART. 3. — La contribution nationale porte sur le montant net des revenus imposables déterminé en ce qui concerne les bénéfices des professions non commerciales dans les conditions prévues par les titres Ier, II et IV du code général des impôts directs. (Cfr plus haut p. 15. Traitements et salaires.)

ART. 4. — A partir du 1er janvier 1940, la contribution nationale est établie :

... en ce qui concerne les bénéfices des professions non commerciales sur la totalité du revenu imposable si celui-ci dépasse la limite d'exonération fixée à 7.000 francs, cette limite étant augmentée de 2.000 francs par enfant, à partir du deuxième, à la charge du contribuable, dans les termes de l'article 116 du code général des impôts directs.

Art. 5. — **Le taux normal de la contribution nationale est porté à 5 p. 100 à compter du 1er janvier 1940.**

Art. 6. — **A compter du 1er novembre 1939** et jusqu'à la fin des hostilités, **le taux de la con-**

tribution nationale est porté à 15 p. 100 pour tous les contribuables du sexe masculin à l'exception :

1° Des militaires ou marins titulaires d'une solde d'activité ;

2° Des hommes non encore soumis aux obligations militaires en raison de leur âge ou de leur inaptitude physique ;

3° Des hommes dégagés d'obligations militaires en raison de leur âge ou de leur qualité d'anciens engagés volontaires ou rengagés dans l'armée française, ou de pères d'au moins six enfants, ainsi que les hommes mobilisables renvoyés dans leurs foyers, soit en raison de la démobilisation de leur classe, soit en raison de leurs charges de famille ;

4° Des personnels appartenant aux services actifs de police qui seront désignés par un arrêté des ministres de l'Intérieur et des Finances ;

5° Des officiers et marins inscrits au rôle d'équipage sur les navires de commerce armés au long cours et au cabotage et sur les navires de pêche naviguant en 2e et 3e zones.

6° Des mobilisables titulaires de la carte du combattant. (Loi du 31 décembre 1939.)

ART. 7. — **Le taux majoré de 15 p. 100 fixé à l'article précédent ne porte que sur la fraction du montant net annuel des revenus professionnels qui excède 7.000 francs** ; cet abattement à la base est augmenté de 1.000 francs pour le premier enfant à la charge du contribuable, dans les termes de l'article 116 du code général des impôts directs; de 2.000 francs pour le deuxième enfant; de 3.000 francs pour le troisième; de 4.000 francs pour le quatrième et de 5.000 francs pour le cinquième enfant.

La fraction de revenu ainsi exonérée de l'application du taux majoré est taxée au taux normal.

ART. 8. — En ce qui concerne les revenus professionnels autres que les traitements publics et privés, les indemnités et émoluments, les salaires, pensions et rentes viagères, la contribution nationale demeure perçue par voie de rôles dans les mêmes conditions que l'impôt *cédulaire*.

Décret d'application du 31 *décembre* 1939

ART. 6. — Les hommes qui deviendront passibles de la contribution nationale au taux de 15 p. 100 au cours de la période d'application seront imposés à ce taux à compter du 1er du mois suivant celui du changement.

Les hommes qui cesseront d'être passibles de la contribution nationale au taux de 15 p. 100 seront affranchis de l'application de ce taux et cotisés au taux normal de 5 p. 100 à compter du 1er du mois du changement.

2° Régime postérieur au 11 juillet 1940

Loi du 5 *août* 1940

ART. 1er.—**Le taux majoré de 15 p. 100** prévu par l'article 6 du décret du 10 novembre 1939 pour le calcul de la contribution nationale extraordinaire **cesse d'être applicable à compter du 11 juillet 1940.**

Tout payement de sommes imposables à cette contribution effectué à compter de cette date et soumis à la retenue à la source, sera, en conséquence, taxé au taux de 5 p. 100, quelle que soit la période à laquelle il s'applique.

V. Divers

1° Certificats médicaux exempts de timbre

Les certificats de maladie délivrés par les médecins sont, en principe, assujettis au timbre de dimension, en vertu de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII qui atteint *d'une manière générale, tous les* actes ou écritures susceptibles de faire titre ou d'être produits pour justification. *Toutefois*, sont exemptés de cet impôt notamment :

1° Les certificats délivrés aux fonctionnaires par le médecin assermenté de leur Administration (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

2° Les certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat (art. 16 de la loi du 29 mars 1897).

3° Les certificats délivrés par les médecins sur la réquisition des agents de l'autorité administrative ou judiciaire ou de la force armée (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

4° Les certificats délivrés sur la demande des particuliers lorsque ces particuliers se munissent au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et des délits.

5° Les certificats de maladie, de guérison ou d'infirmités et tous certificats faits en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail (art. 29 de cette loi) ;

6° Les certificats ayant pour objet le service de l'assistance aux familles nombreuses (loi du 14 juillet 1913, art. 6 et 10) :

7° Les certificats relatifs au service de l'assistance médicale gratuite (loi 15 VII, 1893, art. 32).

8° Les certificats ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources (loi 14 VII 1905, art. 36 et 38) ;

9° Les certificats relatifs au service des enfants assistés, des enfants maltraités ou moralement abandonnés (loi des 24 juillet 1889, art. 17, 21, 25, 27 juin 1904, art. 54 et 28 juin 1903, art. 2).

10° Les certificats ou attestations fournis aux Compagnies d'assurances par leurs médecins délégués à titre de simple renseignement d'ordre intérieur et à la condition qu'ils ne puissent pas, en vertu de la police, constituer un titre opposable à l'assuré (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

11° Les certificats relatifs à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868, portant création de deux Caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre

en cas d'accidents résultant de travaux agricoles ou industriels (art. 19 de cette loi) ;

12° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 18 juin 1850 et 20 juillet 1886 sur la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse (lois des 18 VI 1850, art. II et 20 VII 1886, art. 24) ;

13° Les certificats relatifs aux procédures visées par les art. 13 et 14, 26 et 27 de la loi du 29 juin 1894, sur les Caisses de secours et de retraite aux ouvriers mineurs ;

14° Les certificats concernant l'exécution de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes (loi du 5 avril 1910 et décret du 25 mars 1911) ;

15° Les certificats délivrés par les médecins des hôpitaux aux malades qu'ils ont soignés (décret du 7 octobre 1898) ;

16° Les certificats délivrés à un militaire par un médecin civil pour obtenir une prolongation de congé ou une saison aux eaux thermales (loi du 13 brumaire, an VII, art. 16) ;

17° Les certificats délivrés à des réservistes pour constater leur impossibilité physique de répondre à un ordre d'appel pour une période d'instruction (loi du 13 brumaire an VII.)

18° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 21 avril 1898 et du 29 décembre 1905 ayant pour objet la création d'une Caisse de prévoyance entre les marins français contre les risques et accidents de leur profession (loi des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905, art. 26) ;

19° Les permis d'inhumer prescrits par l'art. 77 du Code civil (art. 16 de la loi du 13 brumaire an VII) ;

20° Les certificats ayant exclusivement pour objet la protection des Pupilles de la Nation (loi du 27 juillet 1917, art. 31) ;

21° Les certificats delivrés en exécution de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires ;

22° Les certificats faits pour l'exécution des art. 6 et 26 de la loi du 1er avril 1923, sur le recrutement de l'armée (art. 26 de cette loi) ;

23° Les certificats délivrés aux membres participants des sociétés de secours mutuels régulièrement approuvées ou reconnues d'utilité publique (loi du 1er avril 1898, art. 19 et 33) ;

24° Les certificats délivrés en temps de guerre aux consommateurs privilégiés (malades ou enfants) pour l'exécution des dispositions réglementaires relatives au ravitaillement de la population (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

25° Les certificats pour justifier l'absence des enfants de l'école primaire ou pour obtenir leur réintégration (loi du 13 brumaire an VII).

26° Les certificats délivrés aux témoins cités dans une instance criminelle (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

27° Les certificats d'aptitude des nourrices (loi du 23 décembre 1874) ;

28° Les certificats rédigés en exécution de la loi du 12 juin 1893 sur la sécurité des travailleurs (art. 11 de cette loi) ;

29° Les certificats d'aptitude physique pour le travail des enfants dans les établissements industriels (loi du 2 novembre 1892, art. 2) ;

30° Les certificats de vaccination ou de revaccination prescrits par la loi du 15 février 1902 (loi du 13 brumaire an VII, art. 16, n° 1) ;

31° Les certificats de revaccination prescrits par le ministre de l'Instruction publique ;

32° Les certificats de vaccination antidiphtérique remis d'office par les médecins des hôpitaux, en conformité des instructions du département de la Santé publique, aux parents dont les enfants ont reçu les trois injections complémentaires d'anatoxine (décret du ministre des Finances du 13 août 1931) ;

33° Les certificats médicaux délivrés pour l'exécution de la loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales ;

Tous ces certificats, pour bénéficier del'exemption doivent être revêtus d'une mention précisant leur destination.

2° Taux des droits de timbres-quittances

Décret-loi du 12 *novembre* 1938

0 fr. 60 quand les sommes n'excèdent pas 100 francs.

1 fr. 20 quand les sommes sont comprises entre 100 et 1.000 francs.

2 fr. 40 entre 1.000 et 10.000 francs.

4 fr. 80 entre 10.000 et 50.000 francs.

Et au delà 2 fr. 40, en sus par nouvelle fraction de 50.000 francs.

3° Quittances exemptes de timbre

Les quittances des médecins sont, en principe, passibles du droit de timbre gradué ;

Toutefois, elles peuvent en être exemptées lorsqu'elles entrent dans l'une ou l'autre des catégories d'actes suivantes :

1° Actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (art. 15 et 29 de cette loi) ;

2° Actes ayant exclusivement pour objet le service de l'Assistance aux familles nombreuses (Loi du 14 juillet 1913 art. 10).

3° Actes exclusivement relatifs au service de l'Assistance médicale (Loi du 15 VII 1893 art. 32).

4° Actes faits en vertu de la loi du 14 juillet 1905 et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes, et aux incurables (art. 36 et 38 de cette loi).

5° Pièces exclusivement relatives à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868 portant création de deux caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles et industriels (art. 19).

6° Actes faits en vertu des lois des 24 juillet 1889, du 19 avril 1898 et du 27 juin 1904 et exclusivement relatifs au service des enfants assistés (art. 18 de la loi du 24 juillet 1889 et 54 de la loi du 27 juin 1904).

7° Actes ou reçus établis en vertu du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Pour bénéficier de l'exemption, tous ces reçus doivent être revêtus d'une mention, précisant leur destination et l'objet qui motive l'exemption.

Lorsque les quittances sont soumises au timbre ceux-ci doivent être régulièrement oblitérés par l'inscription à l'encre de la date et de la signature du médecin.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE.

LE CONCOURS MÉDICAL
DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN

SECRET PROFESSIONNEL ET DÉCLARATIONS LÉGALES

SOMMAIRE



BULLETIN DU MOIS



LE SECRET PROFESSIONNEL VU SOUS L'ANGLE DE LA LÉGISLATION NOUVELLE, DE LA JURISPRUDENCE, ET DU CODE DE DÉONTOLOGIE

Depuis le mois de mai 1939, *date à laquelle nous avons publié une première édition de ce supplément sur le secret professionnel, les règles générales en la matière ont subi d'importantes modifications.*

Au point de vue légal *d'abord, le décret-loi du* 29 *juillet* 1939 *est venu* autoriser *sinon obliger le médecin à dénoncer les avortements jugés par lui criminels ; puis le décret-loi du* 29 *novembre* 1939 *qui a organisé, sous certaines conditions, la déclaration* facultative *des maladies vénériennes, a exonéré le médecin des sanctions de l'article* 378 *du Code pénal dans le cas où la loi* l'autorise *à se porter dénonciateur.*

Au point de vue déontologique *ensuite, le Code publié par l'Ordre, en même temps qu'il apportait d'utiles précisions sur quelques points délicats, jetait, néanmoins, il faut l'avouer, un élément de trouble dans les esprits. Ses modifications successives montraient d'ailleurs que, sur le terrain mouvant du secret, ses auteurs n'évoluaient pas avec toute la sureté que leur aurait donnée une connaissance parfaite de leur champ d'action. Aujourd'hui, bien qu'amendé, ce Code est encore en opposition grave, sur divers points importants avec la loi et la jurisprudence.*

Son article 48 *qui se borne à entériner sans discussion des Circulaires ministérielles dont la légalité est plus que douteuse et prescrit aux médecins de déclarer toutes les causes de décès, est inconciliable avec l'article* 378 *du Code pénal qui ne relève le médecin de toute responsabilité pénale que dans les cas où* la loi *l'oblige ou l'autorise à se porter dénonciateur.*

Une Circulaire ministérielle n'est pas une loi. Nous l'avons souvent répété, d'autres que nous aussi. Que les médecins ne l'oublient pas.

Il y a plus sérieux : le Conseil supérieur de l'Ordre a adopté la thèse du secret absolu, en contradiction formelle avec la jurisprudence *de la Cour de cassation et sans vouloir faire à cette jurisprudence la moindre concession, ce qui vicie en quelque sorte tout le titre III du Code de déontologie. La Cour de cassation, pour des raisons d'ordre pratique et parce qu'elle ne connaît que des cas particuliers, ne prohibe que la révélation des faits secrets, c'est-à-dire des faits « dont la divulgation peut porter atteinte aux intérêts matériels ou moraux du malade ». Pourquoi les auteurs du Code ont-ils laissé ignorer au médecin cette nuance essentielle apportée par la jurisprudence à l'article* 378 *? Les règles qu'ils ont édictées auraient gagné d'autant en clarté, en cohérence, en utilité pratique. Bien des critiques leur auraient été épargnées.*

Pour répondre à ces critiques en même temps que pour expliquer leur doctrine obscure et ondoyante, ces rédacteurs ont dû se répandre en longs commentaires tant dans les « Instructions pour l'application du Code de déontologie » que dans une étude parue au Bulletin *n°* 4 *de l'Ordre sur « Le secret professionnel médical ».*

Commentaires inutiles et même dangereux puisque pour le cas précis de l'article 45, *traitant du secret du aux mineurs, l'Ordre est arrivé à y reconnaître en termes exprès qu' « on ne saurait nier que le secret soit du aux mineurs » alors que subsiste sans modification dans l'article* 45 *: « Le médecin peut révéler le secret aux parents du mineur sans encourir aucune poursuite ». Ne faut-il pas comprendre : Appliquez le Code dans le sens des critiques qu'il suscite, et non selon sa lettre ?*

Nous pourrions citer d'autres exemples. Dans cette hypothèse comme dans d'autres, le conseil utile pourrait être le suivant : observez, par principe, le silence ; et de manière tout à fait exceptionnelle, révélez le fait non secret si votre silence menace de porter préjudice aux intérêts de votre client ou de ses ayants-droits.

Ainsi, croyons-nous, les exigences de la vie journalière conduiront infailliblement le médecin, dans des cas exceptionnels délicats, à opter entre les directives de la déontologie, formule 1941, *et les principes de la jurisprudence. Il ne faut pas oublier que le client a un peu son mot à dire dans tout cela et que, le cas échéant, la Cour de cassation se chargerait bien de le rappeler.*

Pierre DOURIEZ.

I. Secret professionnel

A. Principe et nature

Code pénal

* **Art. 378** (*modifié et complété par les décrets-lois des 29 juillet* 1939 *et* 29 *novembre* 1939).

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ce secret, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.

Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées **sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels** dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, **n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues** au paragraphe précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.

* **Note.** — *Il est regrettable que, dans la réforme apportée par le décret-loi du* 29 *novembre* 1939, *les mots « par fonctions temporaires ou permanentes », ajoutés par la loi du* 16 *février* 1933, *aient disparu. Ces mots avaient pour but, d'imposer le secret professionnel à tous ceux remplissant, même temporairement, une fonction leur permettant de connaître les secrets d'autrui, et en particulier aux jurés.*

Serment d'Hippocrate

« Je jure d'accomplir, selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte :

...Ce que dans l'exercice ou en dehors de l'exercice de mon art, et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille répandre, je le tiendrai en tout pour un secret ».

* *Code de déontologie*

Art. 40. — Le médecin tant en matière de médecine familiale qu'en matière de médecine sociale ou de contrôle, est tenu à l'observation du secret professionnel dans les conditions désignées par les lois en vigueur.

De même dans la pratique hospitalière, il doit prendre toutes les précautions pour éviter les indiscrétions.

Art. 43. — Le secret professionnel lie le médecin d'une manière absolue ; il n'appartient pas au client de l'en délier.

(*Voir notre « Supplément documentaire », n°* 12, *pages* 16 *et suivantes.*)

Charte médicale internationale

1° Le médecin traitant doit à son malade le secret absolu sur ce qu'il a pu apprendre ou constater dans l'exercice de sa profession. Les médecins ne peuvent que s'incliner devant les lois de leur pays (par exemple pour la déclaration des maladies épidémiques) ; mais ils doivent s'efforcer, dans toute la mesure du possible, de préserver le secret professionnel ;

2° Le contrôle doit être rigoureusement distinct du traitement. Un médecin contrôleur ne doit pas donner de soins à la catégorie de ceux qu'il est appelé à contrôler ;

3° Le médecin expert ou contrôleur, non médecin traitant d'un individu, n'est pas tenu envers celui-ci au secret professionnel et il doit pouvoir rendre compte à ses commettants des résultats de l'examen.

(*Revue internationale de médecine professionnelle et sociale,* novembre 1935.)

Note. — *Pour indiquer la nature et le fondement du secret médical, nous ne saurions mieux faire que citer les deux textes suivants, provenant le premier d'un vieil auteur du droit français Domat, dans son ouvrage « Loi civile », l'autre d'un rapport au Corps législatif lors de l'élaboration du Code pénal* :

« Comme les médecins et les chirurgiens ont souvent des occasions où les secrets des malades ou de leur famille leur sont découverts, soit par la confiance qu'on peut avoir en eux, ou par les conjonctures qui rendent leur présence nécessaire dans le temps où l'on traite d'affaires ou d'autres choses qui demandent le secret, c'est un de leurs devoirs de ne pas abuser de la confiance qu'on leur a faite, et de garder exactement et fidèlement le secret des choses qui sont venues à leur connaissance, et qui doivent demeurer secrètes. »

D'autre part : « On doit considérer comme un délit grave des révélations qui souvent ne tendent à rien moins qu'à compromettre la réputation de la personne dont le secret est trahi, à détruire en elle une confiance devenue plus nuisible qu'utile, à déterminer ceux qui se trouvent dans la même situation à mieux aimer être victime de leur silence que de l'indiscrétion d'autrui, enfin à ne montrer que des traîtres dans ceux dont l'état semble ne devoir offrir que des êtres bienfaisants et des consolateurs ».

En résumé, le fondement du secret médical réside

* L'astérique indiqué les passages modifiés ou ajoutés depuis la dernière édition du supplément.

dans la protection conjointe et solidaire des deux intérêts suivants :

1° *L'intérêt du malade à ce que son mal, ou les faits secrets de leur nature, connus par le médecin dans l'exercice de son art, ne soient pas révélés aux tiers ;*

2° *L'intérêt qu'a la société , pour le maintien de la santé publique, à ce que tout malade, puisse s'adresser en toute confiance aux médecins pour se faire soigner.*

Parce qu'en plus de l'intérêt privé du malade, intervient un intérêt social, on dit que le secret médical est d'ordre public, qu'il n'est pas seulement une obligation contractuelle entre le médecin et le malade, mais aussi une obligation légale dont personne, pas même le malade, ne peut le délier.

Nous citerons ci-dessous deux décisions de jurisprudence qui, quoique s'appliquant à des notaires, font clairement ressortir le caractère d'ordre public du secret professionnel.

SECRET PROFESSIONNEL. — CARACTÈRE D'ORDRE PUBLIC

Le secret professionnel est d'ordre public, il n'est pas nécessaire qu'il ait été conventionnellement imposé pour qu'il puisse être invoqué par toute personne dépositaire par état ou profession des confidences qu'elle a reçues.

(Cour de Bordeaux, 1er juin 1936.)

SECRET PROFESSIONNEL. — OBLIGATION. CARACTÈRE ABSOLU

La disposition de l'art. 378 du Code pénal sur le secret professionnel est générale et absolue. En imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation au secret comme un devoir de leur état, la loi a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions ou fonctions.

(Cour de cassation, Ch. des requêtes, 17 juin 1927.)

B. Eléments constituant la révélation interdite

1° Faits secrets de leur nature

Il est certain que l'interdiction posée par l'art. 378 du Code pénal ne vise que les faits secrets de leur nature. Il reste à rechercher ce qu'il faut entendre par « fait secret de sa nature ».

SECRET PROFESSIONNEL. — MÉDECIN. — VICTIME D'ACCIDENT DU TRAVAIL. — CAUSE DU DÉCÈS. — FAIT NON SECRET DE SA NATURE

Un médecin peut, sans contrevenir aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal être entendu comme témoin à une enquête à l'effet de dire si une ouvrière, qu'il a soignée lors de son décès, est morte des suites d'un empoisonnement attribuable aux substances employées dans ses fabrications par son patron.

En effet, ce fait invoqué par le père de la défunte à l'appui d'une demande de dommages-intérêts contre ce patron, ne peut porter aucune atteinte à la mémoire de celle-ci. Il n'est donc pas de ceux, qui, par leur nature et les conséquences qui s'y rattachent, doivent être considérés comme rentrant dans les prévisions de l'art. 378, car il ne présente pas les caractères d'un secret.

(Cour de cassation, Chambre civile, 13 juillet 1936.)

NOTE. — *Cet arrêt de la Cour de cassation, d'une grande importance au point de vue principe, rejette formellement la thèse du secret absolu, s'appliquant à tout ce que le médecin perçoit à l'occasion de l'exercice de son art. Ainsi que le dit la formule même du serment hippocratique, le médecin ne doit tenir secrètes que les choses : « quæ non decet enuntiare » Le critérium du fait secret est recherché par la Cour suprême dans l'intérêt moral ou matériel qu'a ou croit avoir le client à ce qu'il ne soit pas révélé. Il est regrettable que le Code de déontologie n'ait pas fait mention de l'existence de cette jurisprudence, et, dans l'article 48, ait imposé aux médecins le secret absolu. (V. plus loin, page 8).*

HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC D'INDIGENT. — FAIT NON SECRET DE SA NATURE. — HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ. — FAIT SECRET

Le fait d'avoir été admis dans un hospice où sont soignés les indigents ne rentre pas dans la catégorie des faits dont l'art. 378 du Code pénal interdit la révélation. En conséquence, le directeur d'un hospice interpellé par un juge d'instruction sur le point de savoir si un individu y a été reçu, à quelle date il y est entré, à quelle date il en est sorti, ne peut refuser de répondre.

(Cass., 16 mars 1893.)

Le Directeur d'un hôpital est tenu d'observer le secret professionnel, dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles. Spécialement, le directeur d'une maternité est en droit de refuser de communiquer les registres tenus dans cette maternité, au Juge d'instruction désireux d'y relever les noms et adresses des femmes qui auraient accouché dans cet établissement.

(Cass. crim., 14 mars 1895.)

FAIT NON SECRET. — FAIT DE L'INTERVENTION MÊME DU TÉMOIN. — RÈGLEMENT DES HONORAIRES.

S'il est interdit au médecin, confident néces-

saire de ses clients de divulguer les secrets soit d'ordre intime, soit d'ordre purement médical, que ceux-ci lui ont révélés ou que l'exercice de son art l'a amené à découvrir, cette interdiction ne s'étend pas au fait même de son intervention, qui est souvent de notoriété publique, et presque toujours connu tant de son entourage, que de celui du malade.

Cette interdiction ne s'étend pas non plus au règlement des honoraires. Un médecin peut donc faire connaître à des tiers y ayant un intérêt légitime ses livres de comptabilité, qui n'ont rien de secret ni de confidentiel.

(Cour de Paris, 3 janvier 1900.)

NOTE. — *Toutefois, il n'en va ainsi que s'il s'agit d'un médecin non spécialisé, et à condition que les livres ne comportent aucune indication d'ordre médical.*

(*V. page* 11 *les prescriptions du Code de déontologie en matière de recouvrement d'honoraires.*)

MALADE DÉCÉDÉ A L'HÔPITAL. — CAUSE DU DÉCÈS. — FAIT NON SECRET

Les causes de la mort d'une personne décédée à l'hôpital à la suite d'une opération ne sont nullement des faits secrets de leur nature par rapport à la famille de la personne défunte. Elles sont légitimement portées à la connaissance de la famille par l'administration hospitalière et le chirurgien chef de service a le droit et le devoir de s'expliquer, par un certificat, sur la relation de cause à effet ayant existé entre la mort et la maladie.

(Cass. req., 30 avril 1907.)

SECRET PROFESSIONNEL. — MÉDECIN. — CERTIFICAT. — MALADIE PRÉCISÉE. — VIOLATION DU SECRET. — CERTIFICAT NÉGATIF. — VALIDITÉ

Des certificats médicaux sont à bon droit écartés des débats, comme délivrés en violation du secret professionnel, lorsqu'ils précisent la maladie (aliénation mentale dont un client était atteint) et révèlent des faits secrets de leur nature que les médecins n'ont pu connaître qu'en raison des soins donnés au malade (C. pénal 378).

Au contraire, des certificats médicaux constatant l'absence chez la même personne de toute affection mentale ne constituent pas une révélation du secret professionnel, et, par suite, peuvent être retenus par le juge, alors que la maladie n'y est pas spécifiée et qu'il n'apparaît pas que le fait d'aliénation mentale ait été confié aux médecins sous le sceau du secret professionnel, ni qu'il fut secret de sa nature.

En conséquence, c'est à bon droit qu'une Cour d'appel se fonde sur ces certificats, après avoir écarté les premiers, pour valider un testament attaqué pour insanité d'esprit du testateur.

(Cour de cassation, Ch. civ., 29 mars 1927.)

2° Personnes tenues au secret médical

L'énumération de l'art. 378 comprend : les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes. Mais cette énumération n'est pas limitative : il y a lieu d'y ajouter « toutes autres personnes dépositaires par état ou profession, des secrets qu'on leur confie ». Il en est ainsi des dentistes qui ont été omis de l'énumération légale.

En ce qui concerne les auxiliaires médicaux, nous citerons l'arrêt suivant :

AUXILIAIRE MÉDICAL. — COLLABORATION OCCASIONNELLE DU MÉDECIN. — NON ASSUJETTISSEMENT A L'ART. 378 DU CODE PÉNAL

Les dispositions restrictives de l'art. 378 du Code pénal ne sauraient être étendues à tous ceux qui, sous la responsabilité du médecin, sont appelés à soigner *accidentellement* un malade.

(Cass. crim., 8 décembre 1864.)

NOTE. — *Il résulte « a contrario » de cet arrêt que les infirmiers et infirmières* professionnels, *qui soignent les malades par état, et de manière habituelle sont assujettis comme les médecins au secret professionnel.*

DIRECTEUR D'HÔPITAL. — MATERNITÉ. APPLICATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Voir : Faits secrets de leur nature, page 4.

(Cass. crim., 14 mars 1895.)

HÔPITAL. — ACCIDENTÉ DU TRAVAIL HOSPITALISÉ. — OBSERVATION DU SECRET PROFESSIONNEL A L'ÉGARD DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES ET DU CHEF D'ENTREPRISE

Un hôpital est tenu au secret professionnel par rapport au chef d'entreprise dont un ouvrier blessé du travail est hospitalisé. La Compagnie d'assurances ne saurait donc reprocher à l'hôpital soumis au secret à l'égard des malades hospitalisés, de ne pas lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée.

(Cour de Chambéry, 13 janvier 1926.)

MÉDECIN ÉTRANGER. — LOI FRANÇAISE. ORDRE PUBLIC. — APPLICATION

Un certificat remis à un tiers, même à titre confidentiel, constitue une violation du secret professionnel au regard de la loi française, même si les constatations faites sur le malade l'ont été par un médecin étranger, et dans un pays étranger, et même si la loi pénale du pays n'érige pas en infraction une telle violation.

Par suite la violation du secret qui constituerait la production en justice d'une telle pièce, contraire à l'ordre public français, ne saurait être admise.

(Cour de Paris, 1re ch., 1er mars 1935.)

** L'arrêt de la Cour d'appel de Rennes que nous publions ci-dessous décide que ne sont pas tenus au secret les médecins qui sont appelés à témoigner sur des faits connus par eux dans l'exercice de leur profession, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie qu'ils ont été appelés à soigner. Cette solution est critiquable, car elle repose sur une distinction qui n'est pas contenue dans la loi, et elle est en contradiction avec les principes sur lesquels se fonde le secret professionnel, tels en particulier qu'ils ont été analysés par Domat. (V. page 3).*

* SECRET PROFESSIONNEL. — MÉDECIN. — CONDITION DU SECRET. — FAITS CONNUS A L'OCCASION DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION

L'observation du secret professionnel ne saurait constituer un privilège à l'égard de ceux qui l'invoquent ;

Spécialement, il ne peut dispenser un médecin de l'obligation de témoigner que, dans la limite où les faits sur lesquels il est appelé à déposer, communiqués confidentiellement ou confidentiels par leur nature ont été appris par lui, non seulement à raison de sa qualité de médecin, mais encore à l'occasion de l'exercice de sa profession ;

Il en est ainsi notamment, lorsque les faits sur lesquels un médecin est appelé à déposer, à la demande de la mère naturelle, au cours d'une action en recherche de paternité, n'ont aucun rapport avec la révélation d'une maladie ou d'un accident physique ou physiologique, et que ces faits, s'ils impliquent la situation de fille-mère de la demanderesse, ne peuvent avoir pour effet de révéler cette situation qui est l'origine même du procès.

(Cour de Rennes, 29 mars 1939.)

3° A l'égard de qui doit-on observer le secret professionnel ?

a) IL N'Y A PAS DE SECRET ENTRE LE MÉDECIN ET LE CLIENT

** Code de déontologie*

ART. 42. — **Il n'y a pas de secret de la part du médecin pour son client en ce qui concerne celui-ci.** Le médecin peut donc lui délivrer un certificat relatant son état de santé avec ou sans diagnostic ; mais il doit le dater et faire précéder sa propre signature d'une note signée par le client et ainsi rédigée : « Certificat remis à M. X..., en mains propres, sur sa demande ». Si le médecin examine un client dont il ne connaît pas personnellement l'identité, la formule sera la suivante : « Certificat remis en mains propres au soussigné, se disant M. X... sur sa demande ».

DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL AU MALADE. — USAGE EN JUSTICE. — ABSENCE DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Ne viole pas le secret professionnel, le médecin qui remet au malade lui-même et sur sa propre demande un certificat médical constatant l'existence d'une maladie vénérienne, bien que le malade se soit ensuite servi de cette pièce pour appuyer une requête en divorce.

(Trib. civ. de Casablanca, 16 mars 1936, confirmé par la Cour de Rabat, le 10 décembre 1936.)

b) SOINS DONNÉS A UN INCAPABLE

** Code de déontologie*

ART. 45. — Le médecin qui soigne un mineur peut, s'il le juge à propos, révéler le secret à ses parents ou à ceux qui en ont la garde. Il n'encourt, de ce fait, aucune poursuite. Mais il lui est recommandé d'agir avec prudence. Un jeune homme qui vient le consulter pour une maladie vénérienne, une fille mineure en état de grossesse peuvent demander le secret et y avoir droit ; il appartient au médecin de peser de toute sa force pour obtenir que la famille soit mise au courant. Si le médecin qui, sans le consentement des intéressés, révèle ce secret aux personnes responsables des mineurs, n'encourt pas de poursuite devant les tribunaux, il peut n'en être pas moins blâmable de son imprudence, qui met en jeu sa responsabilité disciplinaire et est susceptible d'être condamné par le Conseil de l'Ordre.

ART. 46. — **La révélation du secret professionnel par le médecin est permise aux personnes qui ont la garde d'un inconscient, notamment en vue de faciliter le placement d'un aliéné dans un établissement approprié à son état.**

SECRET PROFESSIONNEL. — MINEUR. — MALADIE CONTAGIEUSE. — HONORAIRES. — RÉCLAMATION AU PÈRE. — DIVULGATION DE LA MALADIE. — VIOLATION

Si un médecin a le droit, pour obtenir le paiement de ses honoraires de s'adresser au père de son client, celui-ci étant mineur et étant parti habiter à l'étranger, il ne saurait sans violer le secret professionnel, révéler au père la nature de la maladie pour laquelle des soins ont été demandés. Il doit en être ainsi notamment au cas où ledit médecin a été consulté pour une maladie dite secrète, que le mineur désirait évidemment cacher à son père.

(Trib. civ. de Bruxelles, 28 mars 1900).

* NOTE. — *Cette décision, conforme à la loi, est en contradiction avec l'article 45 du Code de déontologie. Les auteurs de ce Code ont reconnu par ailleurs que le secret est du aux mineurs, chaque fois qu'il y a fait secret.*

MÉDECIN D'ASILE D'ALIÉNÉS. — RENSEIGNEMENTS DONNÉS A LA FEMME D'UN ALIÉNÉ INTERNÉ. — ABSENCE DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Le médecin d'un asile d'aliénés peut, sans se rendre coupable du délit prévu à l'art. 378 du Code pénal, parler en secret avec la femme d'un aliéné interné de l'évolution de son mal. En effet,

il ne peut y avoir de secret pour une femme soignant son mari atteint d'aliénation mentale, et le médecin est fondé à lui dire tout ce qu'il pense et à ne rien lui cacher de l'état du malade dans l'intérêt même de celui-ci. Ne constitue pas de même la révélation punissable, le fait pour ce médecin d'avoir décrit ces faits par lettres adressées à la femme du malade, ces lettres ne concernant que des choses déjà connues d'elle et n'ayant au surplus aucun caractère secret.

(Trib. civ. de Chalons-sur-Marne, 7 avril 1906 ; *C. M.*, 1906, 366.)

c) LE SECRET A L'ÉGARD DU CONJOINT OU DES PROCHES DU MALADE

** Code de déontologie*

ART. 44. — Le diagnostic peut être éventuellement révélé à ceux qui assistent le malade ; les uns sont des professionnels (infirmiers ou infirmières) qui, en tant qu'auxiliaires du médecin par état ou profession, sont eux-mêmes tenus au secret. Les autres sont des proches : la révélation du secret ne leur doit être faite que dans la mesure où elle est utile pour assurer le traitement ou encore pour éviter une contagion.

Le secret peut être révélé aux parents les plus proches, s'il ne peut l'être au malade en raison de son état — et sous la réserve que l'on soit assuré qu'ils n'en useront que dans l'intérêt spirituel ou matériel du malade, et non dans un but d'intérêt personnel.

SECRET A L'ÉGARD DU CONJOINT. — MALADIES VÉNÉRIENNES. — COMMUNICATIONS. — PREUVE. — CERTIFICATS DE MÉDECINS

Ne peuvent être accueillies en justice, notamment dans une instance en divorce, comme contraires au secret professionnel, les constatations émanant de médecins et qui, apportées soit dans des certificats, soit dans des dépositions, ont été faites par eux dans l'exercice de leur profession.

Mais l'époux défendeur, accusé d'avoir communiqué à son conjoint une maladie vénérienne est en droit de produire en justice pour sa justification les certificats médicaux qu'il s'est fait personnellement délivrer et qui se rapportent à différents stades de sa vie conjugale et antéconjugale.

L'aveu fait par un mari à son médecin, dans une conversation particulière qu'étant atteint d'une maladie vénérienne, il aurait contaminé sa femme, ne peut être retenu à sa charge comme grief de divorce que si cet aveu est par lui-même déterminant, abstraction faite des preuves médicales qui pourraient le justifier et qui ne peuvent être accueillies.

(Cour de Colmar, arrêts des 5 et 19 janvier 1932.)

SECRET PROFESSIONNEL. — SOINS DONNÉS A UNE FEMME ANTÉRIEUREMENT AU MARIAGE. — RÉVÉLATION AU MARI AU COURS D'UNE INSTANCE EN DIVORCE. — VIOLATION DE L'ART. 378 DU CODE PÉNAL

Se rend coupable d'une violation du secret professionnel, le médecin qui écrit à l'un de ses amis, en instance de divorce, qu'il avait donné ses soins à sa femme avant son mariage et que son état actuel découlait sans contestation possible d'une affection génitale antérieure au mariage

(Trib. corr. de la Seine, 4 janvier 1928.)

ALIÉNÉ INTERNÉ. — RENSEIGNEMENTS DONNÉS A LA FEMME DE L'ALIÉNÉ PAR LE MÉDECIN DE L'ASILE. — INTÉRÊT DU MALADE. — ABSENCE DE VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Tribunal civil de Chalons-sur-Marne, 7 avril 1906. *C. M.*, 1906, 306 (*Voir ci-dessus, 1re colonne*).

d) LE SECRET A L'ÉGARD DES HÉRITIERS DU MALADE

** Code de déontologie*

Art. 43. — . . . La propriété du secret ne passe pas aux héritiers du malade. Sauf les cas prévus par la loi, le médecin ne peut donc délivrer une pièce relatant, après décès, la nature de la maladie. . . .

SECRET PROFESSIONNEL. — CAUSE DE LA MORT DU MALADE. — CERTIFICAT EXIGÉ DES HÉRITIERS PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE. — MÉDECIN TRAITANT LIÉ PAR LE SECRET PROFESSIONNEL

La règle du secret médical impose aux médecins l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une Compagnie d'assurances sur la vie. Le secret étant personnel au client décédé, personne et principalement le tuteur des héritiers mineurs, n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même que ce droit put appartenir au client lui-même, qui peut très bien en ignorer la portée et l'étendue.

(Trib. civ. du Havre, 30 juillet 1886. *C. M.*, 1886-418.)

MALADE DÉCÉDÉ. — MÉDECIN TRAITANT TENU AU SECRET PROFESSIONNEL SUR LES CAUSES DE LA MORT. — IMPOSSIBILITÉ POUR LES HÉRITIERS DE L'EN DÉLIER

Le médecin qui a soigné le *de cujus* a connu les causes de sa mort en raison de l'exercice de sa profession, et ne peut révéler les faits secrets de leur nature se rapportant à ce décès. Lorsque le malade est mort, nul ne peut relever le médecin du secret professionnel puisque c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même qui en est propriétaire. Les héritiers même en

tant que continuateurs de la personne du défunt, n'ont pas la jouissance d'un droit qui, par sa nature et son essence est exclusivement personnel et individuel.

(Cour de Besançon, 7 juillet 1899. Cour de Montpellier, 7 mars 1928.)

MALADE DÉCÉDÉ A L'HÔPITAL. — CAUSE DU DÉCÈS. — CERTIFICAT REMIS AUX HÉRITIERS. — VALIDITÉ. — FAIT NON SECRET

Cour de cassation, Ch. des req., 30 avril 1907, *C. M.*, 1907-615.

(*Voir ci-dessus, page* 5.)

VICTIME D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL. — DÉCÈS. — CAUSE. — TÉMOIGNAGE DU MÉDECIN. — IMPOSSIBILITÉ DE SE RETRANCHER DERRIÈRE LE SECRET PROFESSIONNEL. — FAIT NON SECRET

Cour de cassation, Chambre civile, 13 juillet 1936. (*Voir ci-dessus, page* 4.)

NOTE. — *Ces deux arrêts de la Cour suprême ne contredisent nullement, contrairement à ce qu'il semble au premier abord, les décisions de jurisprudence précitée. Les causes du décès du malade, lorsqu'elles présentent un caractère secret, ne peuvent être dévoilées ni aux tiers, ni aux héritiers. Mais cette révélation est possible si elles n'ont point de caractère confidentiel, c'est-à-dire si leur divulgation n'est pas susceptible de porter atteinte à la mémoire du défunt.*

Par contre, ces arrêts se trouvent en contradiction avec l'art. 43 *du Code de déontologie.*

e) LE SECRET A L'ÉGARD DES TIERS-PAYANTS

Employeurs

* *Code de déontologie*

ART. 47. — Le médecin traitant ne doit jamais révéler la nature de la maladie d'un employé ou d'un serviteur à l'employeur qui le lui a adressé pour le faire soigner, même lorsque c'est l'employeur qui se charge de régler les honoraires.

Le médecin traitant qui, chez un employé ou serviteur soigné sur la demande de l'employeur, découvre l'existence d'une maladie contagieuse ou de nature à troubler son service, doit l'inviter de la manière la plus pressante à cesser ce service. Si l'employé ne s'y prête pas, le médecin doit refuser de continuer ses soins, et en aviser aussitôt l'employeur en lui envoyant sans autre explication sa note d'honoraires pour soins donnés à l'employé.

L'employeur qui soupçonne chez un de ses employés ou serviteurs une maladie contagieuse ou de nature à troubler son service peut choisir comme expert un médecin à qui il adresse son employé ; celui-ci, prévenu, peut refuser l'examen ou ne l'accepter qu'en présence d'un autre médecin désigné par lui. Le médecin qui fait fonction d'expert doit, avant de commencer son examen, rappeler à l'employé les conditions dans lesquelles il se trouve et lui faire préciser s'il accepte cet examen. Le médecin expert doit dire à l'employeur s'il juge l'employé apte ou inapte à son service, mais n'a pas à formuler de diagnostic.

V. *Instructions pour l'application du Code de déontologie.* Supplément documentaire, n° 12 p. 25.

Compagnies d'assurances

* *Code de déontologie*

Art. 48. — Tout médecin doit refuser de mentionner, sur un certificat de décès, le nom de la maladie ou une indication quelconque sur sa nature, même en cas de demande faite par une administration ou une Compagnie d'assurances.

Lorsque, dans un contrat d'assurances, il a été stipulé qu'un certificat indiquant la cause du décès, doit être établi à la mort de l'assuré, le médecin traitant n'a pas à faire état de cette clause, et il doit se retrancher derrière le secret professionnel, sauf les cas prévus par la loi. Sauf les cas prévus par la loi il ne lui est pas permis de dire si la mort est due ou non à une cause naturelle (ce qui serait une violation partielle mais nette du secret)...

(*Voir contra arrêts de la Cour de cassation des* 30 *avril* 1907 *et* 13 *juillet* 1936, *pages* 4 *et* 5 *ci-dessus.*)

ART. 49. — Lorsqu'il est prescrit de faire, dans un délai déterminé, une déclaration de l'état du malade ou du blessé à une Compagnie d'assurances ou à un organisme similaire, le médecin traitant peut se charger de faire ou d'envoyer cette déclaration, à la condition formelle que le malade ou le blessé soit dans le coma ou dans un état tel qu'il ne puisse la faire transmettre lui-même, et sous la réserve expresse que la déclaration du médecin ne contienne qu'une indication de la nature des lésions sans mention de la cause (par exemple : fracture du crâne, mais non fracture par balle de revolver ou par chute). Le médecin traitant agit ainsi dans l'intérêt du malade dont il a la charge. Il appartient au médecin expert de la Compagnie d'assurances de recueillir les renseignements complémentaires.

Accidents du travail

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — COMMUNICATION PAR LE MÉDECIN TRAITANT AU MÉDECIN CONTRÔLEUR D'UNE ANALYSE DE SANG DE L'ACCIDENTÉ. — VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Le médecin-chef de service d'un hôpital dans lequel est placé un accidenté du travail viole l'art. 378 du Code pénal en communiquant au médecin-contrôleur délégué par l'assureur une analyse du sang de l'hospitalisé de laquelle il résultait que celui-ci était atteint de leucémie. Par contre, le médecin contrôleur désigné par le chef d'entreprise est en droit de porter ce renseignement à la connaissance de son mandant.

(Cass. Ch. crim., 9 mai 1913.)

(*Voir art.* 51 *du Code de déontologie ci-dessous, page* 10.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — OBSERVATION DU SECRET PROFESSIONNEL A L'ÉGARD DU CHEF

D'ENTREPRISE ET DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES

Une Compagnie d'assurances ne saurait reprocher à un hôpital, soumis au secret à l'égard d'un accidenté du travail qu'il héberge, de ne pas lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée.

(Cour de Chambéry, 13 janvier 1926.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — DÉCÈS DE LA VICTIME. — CAUSES DU DÉCÈS. — FAIT NON SECRET

Cour de cassation. Ch. civ., arrêt du 13 juillet 1936 (*Voir ci-dessus, page* 4).

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — FAITS NON SECRETS. — FAITS RELATIFS A L'APPLICATION DE LA LOI SUR LE RISQUE PROFESSIONNEL. — FAITS SECRETS. — FAITS CONNUS EN DEHORS DE LA MISSION LÉGALE

Le médecin qui a adressé un certificat médical en vertu d'un mandat qu'il tient de la loi en matière d'accident du travail peut être entendu comme témoin sur les faits qu'il a constatés. Il ne peut à cet égard se retrancher derrière le secret professionnel, ni être reproché comme ayant déjà délivré un certificat.

Au contraire, il est tenu de ne pas divulguer les faits parvenus à sa connaissance en sa qualité de médecin privé, en dehors de l'accomplissement de sa mission légale.

(Cour de Pau, 31 juillet 1906.)

NOTE. — *Les deux arrêts de la Cour de cassation, en date respectivement du* 9 *mai* 1913 *et du* 13 *juillet* 1936, *ne sont nullement contradictoires comme il peut sembler* a priori. *Le premier rappelle l'existence de principe de l'art.* 378 *et son applicabilité en matière d'accidents du travail et de médecine sociale. Le second pose les limites du secret médical et définit ce qu'il faut entendre par fait secret dont la révélation est interdite, et par fait non secret. On peut dire qu'en règle générale, les faits se rapportant à l'accident et aux lésions qu'il a déclenchées ne présentent point de caractère secret, à l'égard du chef d'entreprise ou de son assurance substituée. Une révélation peut donc, et même dans certains cas, doit être faite. Au contraire, les faits connus par le médecin traitant de l'accidenté, à l'occasion de ce traitement, mais n'ayant point de rapport d'effet à cause avec l'accident, présentent un caractère confidentiel. C'est ce qu'a d'ailleurs fort justement décidé la Cour de Pau, dans son arrêt précité.*

Assistance médicale gratuite

REGLEMENT DÉPARTEMENTAL EXIGEANT LA RÉVÉLATION DES DIAGNOSTICS. — INOBSERVATION. — REFUS DE PAIEMENT. — REFUS NON FONDÉ. — NULLITÉ DU RÈGLEMENT INVOQUÉ

En l'état actuel de la législation, et en l'absence notamment de toute disposition expresse de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, il ne saurait être dérogé en cette matière à la règle générale posée par l'art. 378 du Code pénal. Par suite, le médecin qui s'est vu refuser le paiement de ses honoraires pour inobservation du règlement départemental prescrivant l'indication des diagnostics sur les bulletins de visites, est fondé à soutenir que ces dispositions sont contraires à l'art. 378 précité, et à demander l'annulation de l'arrêté attaqué.

(Conseil d'Etat, arrêts des 9 novembre 1928, 20 juillet 1932 et 27 janvier 1939.)

Assurances sociales

MÉDECIN TRAITANT. — OBSERVATION DU SECRET PROFESSIONNEL A L'ÉGARD DE LA CAISSE

La feuille de maladie fait foi de son contenu et constitue une preuve nécessaire et suffisante des prestations médicales effectuées. L'assuré n'a pas d'autre preuve à fournir pour obtenir les remboursements prévus par la loi.

Si la Caisse a des doutes sur la matérialité des prestations médicales, elle possède un droit de contrôle sur l'assuré qui lui permet de le faire examiner par son médecin contrôleur et sur le médecin en le déférant au contrôle technique du Syndicat professionnel.

A défaut de texte précis, le droit de la Caisse ne paraît pas pouvoir s'étendre à exiger la remise par l'assuré ou le médecin traitant de pièces autres que celles expressément prévues par la loi. Les films, analyses, etc., ne doivent pas être produits, cette communication étant de nature à heurter les dispositions de la loi pénale relative au secret professionnel.

(Trib. civ. de la Seine, 24 novembre 1938 confirmée par la Cour de cassation, Ch. soc., 28 octobre 1938.)

(*Voir ci-dessous page* 10, *art.* 51 *du Code de Déontologie*).

Pensionnés de guerre

* *Loi du* 28 *juillet* 1921

Article 1er *remplaçant l'article* 15, § 1er *de la loi du* 31 *mars* 1919 *par les dispositions suivantes* :

Les demandes de pension de taux normal ou de taux exceptionnels formulées par les veuves ou orphelins des anciens militaires ou marins décédés dans leurs foyers doivent être accompagnées d'un rapport médico-légal établi par le médecin qui a soigné l'ancien militaire ou marin pendant sa dernière maladie ou, à défaut de soins donnés pendant la dernière maladie, par le médecin qui a constaté le décès.

Ce rapport fera ressortir d'une façon précise la relation de cause à effet entre le décès et la blessure reçue ou la maladie contractée en service.

** Code de déontologie*

ART. 43. — ... Toutefois lorsque l'indication de la cause de la mort est nécessaire à l'obtention d'une pension, le médecin traitant peut indiquer qu'il y a relation de cause à effet entre la mort et l'affection objet de la pension.

NOTE. — *Aucune décision de jurisprudence n'est intervenue en ce qui concerne les révélations que le médecin traitant peut être amené à faire à l'administration en cours de soins. Mais l'on doit déduire des principes généraux et des textes ci-dessus que le médecin peut divulguer les faits permettant d'établir la relation de cause à effet entre l'état du pensionné et le motif de réforme car il ne s'agit pas là de faitssecrets de leur nature puisque déjà connus de l'administration et non susceptibles de porter atteinte aux intérêts du pensionné.*

Sociétés de secours mutuels

MÉDECIN ATTACHÉ. — SOINS AUX MUTUALISTES. — OBLIGATION AU SECRET A L'ÉGARD DE LA SOCIÉTÉ

Doit être condamné à l'amende prévue par l'art. 378 du Code pénal, le médecin d'une Société de Secours mutuels qui révèle au président de cette Société, la maladie secrète dont était atteint l'un de ses sociétaires.

(Trib. corr. de Lille, avril 1886. *C. M.*, 1886-201.)

Médecine de contrôle

** Code de déontologie*

ART. 50. — Le médecin légiste, chargé d'une expertise judiciaire, doit rendre compte au juge de ses constatations.

Il en est de même du médecin inspecteur ou contrôleur à l'égard de l'administration qui l'a mandaté dans la limite de son mandat, et lorsqu'il agit en tant qu'expert (par exemple, examen des candidats à une assurance sur la vie, examen d'aptitude à un emploi, contrôle de l'invalidité attribuée à un accidenté, etc.).

Il n'en est pas de même lorsqu'un médecin examine les employés d'une administration en vue de l'obtention d'un congé pour raison de santé : il doit en ce cas indiquer seulement ses conclusions sans les motiver. L'administration peut faire contrôler son avis par un autre médecin, lié lui-même par le secret, et qui se bornera à préciser s'il est en accord avec son confrère, ou dans quelle mesure il se sépare de lui.

La révélation du diagnostic n'est permise que dans la mesure où elle est nécessaire au bien du service assuré par l'intéressé.

MÉDECINS CONTRÔLEURS MANDATÉS PAR UNE ADMINISTRATION — NON TENUS AU SECRET PROFESSIONNEL VIS-A-VIS DU MANDANT

Le médecin contrôleur ou examinateur a, pour fonction même, de révéler au tiers qui l'a mandaté, les faits qu'il a connus dans l'accomplissement de sa mission. Il ne saurait donc être tenu à l'égard de ce tiers au secret professionnel, et doit au contraire, lui rendre compte de son mandat. Par contre, il ne peut révéler à des tiers autres que son mandant, les résultats de son examen.

(Cass. civ., 19 janvier 1914. *D. P.*, 1919-158.)

NOTE. — *Parce que le médecin contrôleur doit révéler à celui qui l'a mandaté l'état du malade ou de la personne soumise à son examen, cette fonction doit obligatoirement être confiée à un médecin autre que le médecin traitant de ce malade, qui est tenu au secret professionnel.*

La distinction entre les fonctions de soins et de contrôle est d'ailleurs généralement prévue de manière expresse dans les lois sociales (accidents du travail, assurances sociales et dans le Code de déontologie (art. 62).

** Code de déontologie*

Art. 51. — Le médecin traitant ne doit pas communiquer à un médecin contrôleur (médecin légiste ou médecin inspecteur ou contrôleur d'une administration) des renseignements sur les symptômes qu'il a observés précédemment ainsi que les résultats d'examens spéciaux difficiles à renouveler (examens de laboratoire, examens électrologiques, radiologiques, etc.), qui ont été pratiqués antérieurement. Mais il peut consigner ces indications sur un certificat remis au malade en se conformant aux prescriptions de l'article 42.

(*Voir arrêt de la Cour de Cassation du* 9 *mai* 1913, *page* 8 ; *Voir aussi, si le fait n'est pas secret, l'arrêt de la Cour de Cassation du* 13 *juillet* 1936, *page* 4).

f) LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Nous avons vu que le fondement du secret professionnel doit être recherché dans le respect dû à deux intérêts différents : d'une part, l'intérêt privé du malade, et, d'autre part, un intérêt public, celui qu'a la Société à ce que tout malade se fasse soigner en toute confiance par le médecin de son choix.

Mais il peut se faire que la protection de la santé publique gagne plus à la divulgation de la maladie, qu'au secret gardé par le médecin. Dans ce cas, l'intérêt privé du malade passe au second plan et le médecin non seulement peut mais doit déclarer les faits connus par lui au cours de l'exercice de sa profession.

Ainsi en est-il pour certaines maladies contagieuses ou d'origine professionnelle, que nous étudierons plus bas. «Voir Déclarations légales, pages 12 *et suivantes). Ainsi en est-il aussi pour les avortements depuis le décret-loi du* 29 *juillet* 1939. (*V. art.* 378 *du C. pén. modifié*).

Dans ce cas, cette dérogation à l'art. 378 *du Code pénal ne peut naturellement provenir que d'une*

loi. Une simple circulaire n'y suffirait pas. Aussi doit-on considérer comme illégale, la Circulaire interministérielle du 1er janvier 1937 même confirmée par la Circulaire ministérielle du 1er juillet 1941 et l'article 48 du Code de déontologie prescrivant aux médecins de déclarer à l'Administration, les causes de décès.

g) LE SECRET PROFESSIONNEL EN JUSTICE

Code pénal

Art. 378 *modifié par l'article 90 du décret-loi du* 29 *juillet* 1939.

(*Voir plus haut, page* 3).

** Code de déontologie*

Art. 54. — Le médecin n'est pas tenu au secret lorsqu'il constate qu'un crime est commis au préjudice de la vie ou de la santé d'un de ses malades (empoisonnements, etc.). Il ne doit pas se faire le complice d'un crime. Il ne peut se faire dénonciateur que s'il a la certitude du crime, et, dans ce cas, il doit provoquer une enquête en s'adressant au Procureur de la République.

Art. 55. — Le médecin qui assiste à l'exécution d'un crime ou délit grave commis au préjudice des intérêts matériels du malade (vol) ou de ses volontés nettement exprimées (testament volé ou détruit, par exemple) a le droit d'en aviser le Procureur de la République qui peut provoquer une enquête.

SECRET PROFESSIONNEL. — DÉPOSITION EN JUSTICE. — VIOLATION DE L'ART. 378 DU CODE PÉNAL

Le témoignage d'un médecin provoqué ou fourni dans une enquête au mépris de la prohibition édictée par l'art. 378 du Code pénal et en violation des règles du secret professionnel ne peut servir de fondement à une décision de justice.

(Cass. civ., 1er mai 1899. *C. M.*, 1899, 381.)

NOTE. — *Cet arrêt consacre expressément la thèse de l'impossibilité pour les juges de relever un médecin du secret professionnel. Mais l'interdiction pour le médecin de témoigner en justice ne concerne que les faits secrets de leur nature connus par lui dans l'exercice de sa profession. Un médecin ne saurait donc se refuser de révéler au Tribunal des faits non confidentiels, ni par nature, ni par recommandation du malade.*

(*Voir ci-dessus néanmoins arrêt de la Cour de Rennes du* 29 *mars* 1939, *page* 6).

TÉMOIGNAGE. — SECRET PROFESSIONNEL. — DISPENSE DE PRESTATION DE SERMENT (NON)

Le témoin, appelé à fournir son témoignage ne peut connaître par avance les questions qui lui seront adressées, et dont quelques-unes peuvent s'appliquer à des faits n'ayant aucun caractère confidentiel, justifier son refus absolu de prêter serment, basé sur la contrainte morale qui aurait résulté pour lui de révéler le secret.

(Cass. crim., 11 juin 1926.)

NOTE.—*L'attitude du médecin appelé à témoigner en justice, et qui n'a pu s'en faire dispenser par le Juge d'instruction, doit donc être la suivante: tout d'abord comparaître, en second lieu, prêter serment, en réservant les faits secrets, révéler les faits non confidentiels et se retrancher pour les autres derrière l'art.* 378 *du Code pénal.*

h) * SECRET PROFESSIONNEL ET INTÉRÊTS PERSONNELS DU MÉDECIN

** Code de déontologie*

Art. 56. —. . . Les articles 57 et 58 ne seront complètement applicables que si l'on obtient une modification de l'article 378 du code pénal permettant la révélation du secret devant le Conseil de l'Ordre. (*Les parties réservées sont imprimées en italiques*).

Art. 58. — Le médecin qui intente un procès en recouvrement d'honoraires ne doit en aucun cas faire connaître le diagnostic de la maladie ou la nature des soins donnés.

S'il pratique la médecine générale, il est admis qu'il indique simplement le nombre des visites qu'il a faites ou des consultations qu'il a données. Un chirurgien, ou un spécialiste, peut dire s'il a pratiqué une opération, ou un acte de sa spécialité, et ne doit donner aucune autre précision. *Mais le médecin, le chirurgien ou le spécialiste, peut, en ce cas, exposer librement les faits devant le Conseil de l'Ordre. Celui-ci a qualité pour donner à la justice civile son avis, sans l'accompagner d'aucun autre commentaire.*

Certains spécialistes, (syphiligraphes, phtisiologues, accoucheurs, gynécologues), dont la spécialité exercée peut révéler le genre de l'affection traitée, ne doivent pas intenter de procès en recouvrement d'honoraires. *Mais le Conseil de l'Ordre, à qui tous les faits de la cause peuvent être révélés, est qualifié pour intervenir en vue d'un règlement amiable entre le médecin et son client et, le cas échéant, se substituer à lui en justice.*

RECOUVREMENT D'HONORAIRES. — PREUVE DES SOINS DONNÉS. — FAIT DE L'INTERVENTION. — FAIT NON SECRET. — PRODUCTION DES LIVRES EN JUSTICE

(Cour de Paris, 3 janvier 1900. *C. M.*, 1900, 68.) (*Voir pages* 4 *et* 5).

PRODUCTION EN JUSTICE DES LIVRES DU MÉDECIN. — LIMITES. — FORMES. — RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL.

Le médecin, n'étant pas commerçant, est d'autant moins tenu à la communication de ses livres que cette communication pourrait porter

Dès lors, la dispense de déposer sur les secrets dont un témoin est dépositaire, ne saurait jus- atteinte au secret professionnel. Celle-ci doit avoir lieu dans des formes et conditions telles qu'elle n'entraîne pas la révélation de faits confidentiels.

(Trib. civ. de la Seine, juillet 1902, *C. M.*, 1902, 568.)

* *Code de déontologie*

Art. 57. — Lorsqu'un médecin est poursuivi en responsabilité, il peut librement défendre son honneur professionnel, dans la mesure où la nature de la maladie est révélée par le malade lui-même ou par les siens ; en aucun cas, il ne peut prendre l'initiative de la révélation devant la justice civile. *Mais il peut s'expliquer librement devant le Conseil de l'Ordre qui est ainsi mis en mesure de témoigner, sans donner d'autre explication, du bien ou du mal fondé de la cause.*

POURSUITES EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE. — DROIT POUR LE MÉDECIN DE RÉVÉLER LES FAITS MEME SECRETS NÉCESSAIRES A SA DÉFENSE

NOTE. — *Aucune décision de jurisprudence n'est intervenue à notre connaissance sur ce point. Lorsque les faits à révéler ne sont pas secrets de leur nature, pour les raisons que nous avons exposées plus haut, le médecin peut incontestablement les révéler. Quand ils sont secrets, on admettra difficilement, même depuis la promulgation du Code de déontologie, qu'un médecin poursuivi pénalement ou civilement pour faute professionnelle doive se laisser condamner pour n'avoir pas pu fournir au Tribunal ou aux experts tous les éléments de sa défense.* (*Voir dans ce sens, Peytel*, « Le Secret médical », *pages* 139 *et suivantes*).

i) LE SECRET A L'ÉGARD DU FISC

Code des impôts sur le revenu

Art. 92. — Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente jour par jour le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, ni lacunes, ni transports en marge.

Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

NOTE. — *Ceci revient donc à reconnaître formellement que les médecins sont liés par le secret professionnel même à l'égard de l'administration fiscale.*

Toutefois, un médecin peut pour justifier ses déclarations produire devant la juridiction administrative ses livres professionnels, de la même façon et dans les mêmes limites que devant la juridiction civile. (*Voir ci-dessus pages* 11 *et* 12, *arrêt de la Cour de Paris du* 3 *janvier* 1900 *et jugement du Tribunal de la Seine de juillet* 1902).

II. Les déclarations légales

En principe donc, le médecin doit tenir secrets les faits de nature confidentielle connus par lui dans l'exercice de sa profession. Mais il est un certain nombre de cas où l'ordre public exige, non plus le silence, mais au contraire, une déclaration du médecin. Nous étudierons ci-dessous les différents cas de déclarations obligatoires.

A. **Déclarations de naissance**

Code civil

Art. 55. — Les déclarations de naissances seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu.

Art. 56. — **La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement,** et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

Art. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, âges, professions et domiciles des père et mère, et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. **Si les père et mère de l'enfant naturel, ou** l'un d'eux ne sont pas désignés à l'officier de l'état civil, il ne sera fait sur les registres aucune mention à ce sujet.

* *Code pénal*

Art. 346. — **Toute personne, qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'art. 56 du Code civil, et dans les délais prescrits par l'art. 15 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 à 100 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement.**

* *Code de déontologie*

ART. 52. — **Le médecin qui fait une déclaration de naissance demeure lié par le secret professionnel. Il est obligé seulement de déclarer qu'un enfant de tel sexe est né sur la commune de X... dans la**

journée du tant au tant. L'obligation de donner des renseignements plus complets disparaît si le médecin se retranche derrière le secret professionnel.

Déclaration de naissance. — Absence du père. — Médecin tenu concurrement avec les autres personnes ayant assisté a l'accouchement.

En présence des termes de l'art. 56 du Code civil, du défaut de parents et de connaissance de l'autre témoin, voisin de la mère, qui n'était présent qu'à titre occasionnel et par pure complaisance, le médecin ayant assisté à l'accouchement a commis le délit prévu par l'art. 346 du Code pénal, et il n'est pas possible de prononcer la relaxe demandée, l'ordre public étant directement intéressé à ce que les déclarations de naissance ne soient pas omises.

(Trib. corr. de Chartres, 17 juillet 1936.)

Défaut de déclaration. — Personnes présentes. — Grand'mère du nouveau-né. — Médecin

Lorsque la grand'mère du nouveau-né assistait à l'accouchement, et que les autres personnes présentes dont le médecin étaient dans l'impossibilité morale de soupçonner que la déclaration ne serait pas faite, les naissances des autres enfants ayant été régulièrement déclarées, seule la première doit être retenue sous l'inculpation de non déclaration, les secondes devant au contraire être relaxées des poursuites.

(Trib. corr. de Chateaulin, 12 mai 1933.)

Déclaration du nom des parents et du lieu de naissance. — Obligation. — Limite. — Secret professionnel

L'art. 346 du Code pénal sanctionnant le défaut de déclaration de naissance s'applique en principe à la déclaration du lieu de naissance et du nom des parents. Toutefois, il en est autrement lorsque la grossesse et le nom de la mère ont été confiés au médecin sous le sceau du secret Dans ce cas, le silence sur toutes ces choses confiées au médecin lui est imposé par l'art. 378 du Code pénal.

(Cour de cassation, 16 septembre 1843, 18 juillet 1846.)

Infanticide. — Médecin ou sage-femme. — Obligation de déclarer la naissance

Une sage-femme qui a reçu de sa cliente, dans l'exercice de sa profession, l'aveu d'un infanticide, ne peut pas exciper du secret professionnel pour s'abstenir de la déclaration. En droit, l'obligation pour tous ceux qui ont assisté à un accouchement, de déclarer la naissance de l'enfant, s'impose aux médecins et aux sages-femmes avec la même rigueur qu'aux autres personnes, cette obligation dut-elle avoir pour conséquence d'amener la découverte d'un crime.

(Trib. corr. de Vesoul, 22 janvier 1920.)

Note. — *Mais bien entendu dans un tel cas le médecin doit se borner à déclarer qu'une naissance a eu lieu, sans ajouter les déclarations prévues à l'art.* 57 *du Code civil (noms des parents, lieu de naissance), car il est évident que ces faits ont un caractère secret et que leur divulgation est interdite par l'art.* 378 *du Code pénal (Voir arrêts de Cassation précités et art.* 52 *du Code de déontologie).*

Enfant mort-né. — Obligation de déclaration. — Enfant venu au monde après six mois de gestation

On ne doit déclarer à l'officier de l'état civil que l'être venu au monde après six mois de gestation, c'est-à-dire réputé légalement viable.

(Cass. Ch. crim., 7 août 1874, Trib. corr. Toulouse, 2 décembre 1896.)

Note. — *Toutefois, dans certaines villes comme Paris ou Lyon, la déclaration des fœtus et embryons d'au moins six semaines est exigée par arrêté préfectoral. Mais l'inobservation de ces arrêtés, qui ne sont pas fondés sur l'art.* 55 *du Code civil, ne saurait entraîner l'application de l'art.* 346 *du Code pénal.*

B. Déclaration des maladies contagieuses

Cette déclaration, dont le principe avait été prévu par l'art. 15 *de la loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine, et qui avait fait l'objet des articles* 4 *et* 5 *de la loi du* 15 *février* 1902 *relative à la protection de la santé publique, est régie actuellement par un décret-loi du* 30 *octobre* 1935, *et par ses divers décrets d'application que nous publions ci-dessous.*

* *En ce qui concerne plus particulièrement les maladies vénériennes, la déclaration,* facultative, *en est prévue par le décret-loi du* 29 *novembre* 1939 *et son décret d'application du* 19 *mars* 1940 *dont nous publions des extraits ci-dessous.*

1° Décret-loi du 30 octobre 1935

rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses

*Art. 1er. — **La déclaration à l'autorité sanitaire de tout cas de l'une des maladies déterminées dans les conditions prévues à l'article 3 ci-après est obligatoire,** d'une part, pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence ; d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade et, à son défaut dans l'ordre ci-après, le conjoint, l'ascendant le plus proche du malade ou toute autre per-

sonne résidant avec lui ou lui donnant des soins La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés.

Art. 2. — **Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'article 3 du présent décret-loi, doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'article 1er ci-dessus.**

Art. 3. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret-loi concernant la déclaration des maladies contagieuses est dressée par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique et de l'Education physique, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elle peut être révisée dans la même forme.

Art. 4. — **Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des articles 1er et 2.**

Art. 5. — Un décret fixera les formes et conditions dans lesquelles devront être faites les déclarations prévues aux articles 1er et 2.

2° Décret du 16 mai 1936, modifié par les décrets des 11 novembre 1936 et 26 juillet 1941

fixant la liste des maladies soumises à la déclaration

Article premier. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 et du décret-loi du 30 octobre 1935, est fixée ainsi qu'il suit :

Première partie

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes ;
2° Le typhus exanthématique ;
3° La variole ;
4° La scarlatine ;
5° La rougeole ;
6° La diphtérie ;
7° La suette militaire ;
8° Le choléra ;
9° La peste ;
10° La fièvre jaune ;
11° Les dysenteries amibienne et bacillaire ;
12° Les infections puerpérales ;
13° La méningite cérébro-spinale ;
14° La poliomyélite antérieure aiguë ;
15° Le trachome ;
16° La fièvre ondulante ;
17° La lèpre ;
18° La spirochétose ictéro-hémorragique ;
19° La psittacose humaine.

Deuxième partie

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. — Tuberculose pulmonaire ;
B. — La coqueluche ;
C. — Grippe ;
D. — Pneumonie et broncho-pneumonie ;
E. — Erysipèle ;
F. — Oreillons ;
G. — Teigne.

Art. 2. — Les maladies à déclaration obligatoire (première partie) doivent donner lieu :

1° A la désinfection, dite continue, pendant leur cours ;

2° A la désinfection dite totale, après transport, guérison ou décès.

Toutefois, à moins que le médecin ne la recommande expressément, la désinfection totale ou terminale n'est pas requise pour la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite, le trachome la lèpre et la spirochétose.

La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, T pour la désinfection terminale).

La désinfection est assurée au choix des familles, soit par leurs soins, soit par une entreprise privée et, dans ces deux cas, sous la direction du médecin et le contrôle de l'Inspecteur départemental d'hygiène, soit enfin par les services publics.

Art. 3. — Pour les maladies à déclaration facultative (deuxième partie), il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés soit sur les déclarations visées à l'article premier du décret-loi du 30 octobre 1935, soit à la demande des familles.

Art. 4. — Les décrets du 10 février 1903, 28 septembre 1916, 13 octobre 1923, 1er janvier 1925 et 21 juillet 1929 sont abrogés à compter du 1er janvier 1937, date à laquelle le présent décret entrera en application.

3° Décret du 21 décembre 1936

fixant les conditions de la déclaration des maladies contagieuses

Article 1er. — Les cas de maladies contagieuses énumérées par l'article premier du décret du 16 mai 1936 pris en application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935 sont obligatoirement déclarés à l'autorité sanitaire.

— D'une part, pour tout docteur en médecine qui a constaté l'existence d'une de ces maladies, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant. En ce qui concerne les infections puerpérales, la même obligation incombe aux sages-femmes, lorsqu'elles ont présidé à l'accouchement sans l'assistance d'un docteur en médecine.

— D'autre part pour le principal accupant — chef de famille ou d'établissement — des locaux où se trouve le malade, et à son défaut dans l'ordre ci-après pour le conjoint, pour l'ascendant, pour le plus proche parent du malade, ou pour toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Art. 2. — L'autorité sanitaire chargée de recevoir les déclarations est représentée par l'inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes non dotées d'un bureau municipal d'hygiène, la déclaration est adressée sous le couvert du Préfet à l'Inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes où fonctionne un Bureau municipal d'hygiène, la déclaration est adressée sous le couvert du Maire au Directeur de ce Bureau ; celui-ci en informe dans les vingt-quatre heures l'Inspecteur départemental d'hygiène.

A Paris, la déclaration est faite à l'Inspecteur général des Services techniques d'hygiène à la Préfecture de police.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres détachées de carnets à souches mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine et sages-femmes.

Chaque carte-lettre comprend : un feuillet A réservé au médecin et un feuillet B réservé à la famille.

Sur chacun de ces feuillets sont inscrits la date de la déclaration, le nom du malade, l'indication du local contaminé, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature reproduite à la première page du carnet.

En outre, le feuillet B précise la qualité du déclarant, par rapport au malade.

Le médecin remplit le feuillet A et l'adresse à l'autorité qualifiée ; il remet le feuillet B à la famille ou à son représentant qui le remplit, le signe et en assure l'envoi.

....

Art. 5. — La déclaration de tout cas de décès consécutif à l'une des maladies contagieuses soumises à la déclaration *obligatoire* se fait dans les conditions fixées par les articles 1er, 2 et 3 du présent décret.

Art. 6. — **Sera puni des peines portées à l'article 71 du Code pénal, quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux articles 1er et 5 du présent décret.**

Art. 7. — L'arrêté ministériel du 10 février 1903 est abrogé à compter du 1er janvier 1937, date à partir de laquelle le présent décret entrera en application.

Déclaration des maladies contagieuses. — Autorité prblique. — Secrétaire de mairie. — Secret professionnel. — Obligation.

Les déclarations de maladies contagieuses faites par les médecins en application de l'art. 15 de la loi du 30 novembre 1892 présentent par leur nature un caractère confidentiel. L'obligation du secret professionnel n'est levée à l'égard de ces maladies que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique.

Ces communications conservent leur caractère secret aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent. Le secrétaire de mairie, confident nécessaire du maire, ne peut donc divulguer ces faits, ni les communiquer à un tiers, fut-ce à un conseiller municipal.

(Cass. crim., 13 mars 1897. *C. M.*, 1897, 156.)

La déclaration de la tuberculose n'est pas encore obligatoire

8.664. — M. A. Fié demande à M. le ministre de la Santé publique s'il lui sera possible de demander à ses conseillers techniques qualifiées et à l'Académie de médecine s'il ne serait pas opportun de rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose dans le but d'obtenir simplement une meilleure organisation de la prophylaxie (par application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935, rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses). (*Questions du* 3 *mars* 1939.)

Réponse. — La question de la déclaration obligatoire de la tuberculose a été examinée à l'occasion de la préparation du décret du 16 mai 1936 qui a arrêté la liste des maladies contagieuses soumises actuellement à déclaration ; elle a été ajournée, conformément aux avis des conseils techniques qualifiés. (*J. O.*, 20 mars 1939.)

Note. — *Nous devons signaler qu'une Circulaire ministérielle du* 24 *décembre* 1940 *a demandé aux médecins de déclarer à l'aide du carnet à souches prévu par l'article* 3 *du décret du* 21 *décembre* 1936, *toute constatation de tuberculose ouverte.*

Par ailleurs, une ordonnance allemande a prescrit aux médecins de déclarer avant le 10 *de chaque mois à M. le Chef de la Feldkommandantur régionale, tous les cas de tuberculose, en se reportant au modèle* 2, *contenant les indications suivantes : noms et prénoms ; âge ; domicile ; diagnostic ; lieu de traitement.*

* 4° Décret du 29 novembre 1939
relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes

(*V. art.* 378 *du Code pénal modifié par ce décret,* page 3).

....

Art. 2. — Tout médecin **s'il constate qu'un malade de l'un ou l'autre sexe atteint d'accidents vénériens contagieux expose un ou plusieurs individus à la communication de la maladie dont il est atteint, est autorisé** à prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence nocive commise par ce malade.

Le médecin usant de cette faculté ne peut en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie.

Art. 4. — L'autorité sanitaire peut enjoindre à toute personne de l'un ou de l'autre sexe de présenter un certificat médical certifiant qu'elle est ou non atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir. Toutefois, l'inspecteur n'a le droit d'adresser cette injonction qu'aux personnes qu'elle peut en raison de présomptions graves, précises et concordantes considérer comme atteinte d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci.

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 23 déterminera les mesures à prendre pour assurer le secret des communications de l'autorité sanitaire contenant l'injonction ci-dessus prévue.

Art. 5. — **Le certificat à présenter à l'autorité sanitaire devra être délivré par le médecin choisi par l'intéressé sur une liste de médecins agréés par ladite autorité ou par l'un des services établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 et désignés par la même autorité. Dans ce second cas, la délivrance du certificat sera gratuite.**

L'envoi du certificat bénéficiera de la franchise postale.

Art. 6. — Sur la demande de l'autorité sanitaire les personnes auxquelles cette autorité est en droit de réclamer la production du certificat prévu à l'article 4, pourront être tenues de présenter à des intervalles fixes de nouveaux certificats. En cas de déplacement, ces personnes devront faire connaître leur adresse aux inspecteurs départementaux d'hygiène de leur ancienne et de leur nouvelle résidence.

Toute personne qui n'aura pas présenté à l'autorité sanitaire, dans le délai imparti par celui-ci ou aux époques que celui-ci aura fixées, le certificat ci-dessus prévu, sera punie d'une amende de 11 à 15 francs.

La poursuite sera exercée à la requête de l'autorité sanitaire.

Art. 23. — Les modalités d'application du présent décret seront fixées par un règlement d'administration publique qui déterminera notamment l'autorité qui exercera dans chaque département les attributions confiées à l'autorité sanitaire par le présent décret.

* 5° Décret du 19 mars 1940

portant règlement d'administration publique pour application du décret du 29 novembre 1939, relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes

Art. 1er. — Pour l'application du décret susvisé du 29 novembre 1939 et du présent règlement, l'autorité sanitaire chargée d'exercer au nom de l'Etat, les attributions prévues par ledit décret et le présent règlement est, dans chaque département, l'inspection départementale d'hygiène, représentée soit par l'inspecteur départemental personnellement, soit par un docteur en médecine, spécialiste, chef de l'un des services relevant de l'inspection départementale d'hygiène et désigné par l'inspecteur départemental avec l'agrément préalable du ministre de la Santé publique.

Art. 3. — Le médecin qui, conformément à l'art. 2 susvisé du décret du 29 novembre 1939, juge qu'il est de son devoir de prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence nocive commise par un malade, adresse ou remet sous pli fermé à l'autorité sanitaire une déclaration. Il pourra utiliser une formule-type de déclaration dont les exemplaires, imprimés par les soins du ministre de la Santé publique, seront mis gratuitement à la disposition des médecins et de leurs organisations professionnelles.

Art. 4. — Pour l'application de l'art. 4 du décret susvisé du 29 novembre 1939, l'autorité sanitaire notifie aux personnes visées au paragraphe 1er dudit article l'injonction prévue dans ce paragraphe, par l'entremise d'assistantes sociales pourvues du diplôme d'Etat, spécialement déléguées par cette autorité à cet effet et assermentées.

Ces assistantes sociales prêtent serment devant le préfet. La prestation de serment est constatée sur une carte d'identité délivrée à toute assistante sociale désignée en conformité du paragraphe 1er du présent article. La formule est fixée par un arrêté du ministre de la Santé publique.

Dans le cas où la mission prévue au paragraphe 1er du présent article ne pourrait être remplie par une assistante sociale, l'injonction émanant de l'autorité sanitaire est adressée à la personne intéressée par carte-lettre recommandée conforme au modèle mis en vente par l'administration des postes. La partie extérieure de cette carte-lettre ne devra contenir d'autre mention que les nom et adresse de la personne intéressée.

Art. 8. — La liste des médecins agréés par l'autorité sanitaire et celle des services désignés par cette autorité pour la délivrance du certificat médical prévu aux art. 4 et 5 du décret sus-visé du 29 novembre 1939 sont communiquées à la personne intéressée par l'assistante sociale lors de la présentation de la note prévue à l'art. 4 ci-dessus ou, le cas échéant, insérées dans la carte-lettre recommandée prévue au paragraphe 3 dudit article.

La liste des médecins agréés pour délivrer les certificats médicaux est établie par l'autorité sanitaire après avis de l'organisation professionnelle la plus représentative des médecins du département et de l'organisation professionnelle nationale la plus représentative des médecins spécialisés en dermatologie et vénéréologie. Elle fait, s'il y a lieu, l'objet d'une révision avant le 1er octobre de chaque année.

La liste des services agréés pour délivrer gratuitement les certificats susmentionnés est établie chaque année par l'autorité sanitaire après avoir été soumise à l'agrément du ministre de la Santé publique.

En l'absence d'opposition de la part du ministre de la Santé publique, dans un délai de vingt jours à dater de la communication de la liste soumise à son agrément, cette liste est considérée comme agréée.

Les listes prévues au paragraphe 1er et au paragraphe 2 du présent article sont publiées au Recueil des actes administratifs de la préfecture.

C. Déclaration des maladies professionnelles

La législation sur le risque professionnel ne s'applique qu'aux accidents survenus au lieu et au temps du travail, et non point aux maladies d'origine professionnelle. Il n'en va autrement que pour celles figurant sur une liste limitative dressée par la loi du 25 octobre 1919, celle du 1er janvier 1931, et les décrets des 12 décembre 1932, 13 juillet 1936 et 9 décembre 1938.

Le médecin est obligé, aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, de déclarer un certain nombre de maladies d'origine professionnelle autres que celles actuellement protégées et ce, en vue d'une extension ultérieure de la protection légale. Ces maladies sont naturellement indemnisées sous le régime du droit commun, mais elles sont en instance de protection.

Il n'en va autrement que pour celles énumérées ci-dessous dont un renvoi indique qu'elles bénéficient maintenant de la protection.

LOI DU 25 OCTOBRE 1919

Art. 12. — En vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la présente loi, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la Commission supérieure, est obligatoire pour tout docteur en médecine ou officier de santé, qui en peut reconnaître l'existence ;

Cette déclaration est adressée au ministre du Travail par l'intermédiaire de l'Inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines, et indique la nature de la maladie et de la profession du malade. Elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souches, circulant en franchise et gratuitement mises à la disposition des médecins.

Notons enfin qu'il ne s'agit que d'une obligation purement morale et dépourvue de sanctions

La liste des maladies pour lesquelles la déclaration doit être faite a été dressée et remaniée par le décret du 16 *octobre* 1935 :

DÉCRET DU 16 OCTOBRE 1935

relatif à la déclaration obligatoire des maladies d'origine professionnelle

Art. 1er. — Les cas de maladies ayant un caractère professionnel que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de ladite loi, sont les suivants :

I. — TOUTES LES MALADIES AYANT UN CARACTÈRE PROFESSIONNEL CAUSÉES PAR :

A. — *Agents chimiques*

1° Le plomb, ses alliages et ses combinaisons ;

2° Le mercure, ses amalgames et ses combinaisons ;

3° L'arsenic et ses combinaisons ;

4° Le phosphore (1) les phosphures, les chlorures de phosphore, l'hydrogène phosphoré et l'anhydride phosphorique ;

5° Le sulfure de carbone ;

6° L'acide chromique et ses combinaisons avec les métaux alcalins ;

7° Les sels de nickel ;

8° Le bioxyde de manganèse et la pyrolusite ;

9° Le zinc dans la fusion de ce métal, dans la fabrication de ses alliages et dans le travail au chalumeau de tôles galvanisées ;

10° Le fluor, l'acide fluorhydrique, les fluorures et les fluosilicates alcalins ;

11° Les dérivés halogénés des hydrocarbures de la série grasse, notamment le chlorure de méthylène, le chloroforme, le tétrachlorure de carbone (1), le tétrachloréthane (1), le di et le trichloréthylène, le bromure de méthyle ;

12° Le benzène et ses homologues (toluène-xylène), etc. (1) et leurs dérivés halogénés, nitrés (1) et aminés, notamment les chloro-benzènes, les nitro, benzènes, le dinitro (1) et le trinitrophénol (acide picrique), le dinitro et le trinitrotoluène, l'aniline et ses dérivés (1), le paraphénylène diaminé, les chloronaphtalènes ;

13° Les gaz et vapeurs irritants, asphyxiants, caustiques ou toxiques, notamment l'oxyde de carbone et ses combinaisons, le chlore et l'oxychlorure de carbone (phosgène), le brome, l'hydrogène sulfuré, le sulfhydrate d'ammoniaque, l'anhydride sulfureux, les vapeurs nitreuses, les vapeurs ammoniacales, l'acide cyanhydrique et les dérivés du cyanogène, l'aldéhyde formique (formol), l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, l'acide nitrique ;

14° Les peintures et vernis cellulosiques et autres peintures et vernis à séchage rapide dans leur application ;

15° Les alcalis caustiques et substances analogues, notamment la soude, l'ammoniaque, la chaux, les chaux hydrauliques, les ciments ;

16° Les brais (2), les goudrons, le bitume, l'asphalte, les huiles minérales, les paraffines et autres produits irritants pour la peau ou cancérigènes ;

17° La fabrication ou la manipulation de l'émétine, la quinine, la cocaïne et ses succédanés et les alcaloïdes de l'opium ;

B. — *Agents physiques*

18° Les radiations de courte longueur d'onde par rapport à la lumière, notamment les rayons X et les rayons ultra-violets ;

19° Le radium et les autres substances radio-actives ;

20° Les variations brusques de pression de l'air en dehors des cas considérés comme accidents du travail ;

C. — *Agents végétaux*

21° Les bois exotiques irritants ;

D. — *Agents animés*

22° La bactéridie charbonneuse (3), le bacille de la morve, le spirochète ictéro-hémorragique, le bacille du tétanos et les brucellæ, en dehors des cas considérés comme accidents du travail ;

23° L'ankylostome.

II. — LES CAS PROFESSIONNELS

1° De dermatoses chroniques ou récidivantes, autres que celles déclarées du chef d'une des causes sus-énumérées ;

2° D'affections pulmonaires déterminées par l'inhalation de poussières d'origine minérale, végétale ou animale, notamment les pneumokonioses causées par les poussières siliceuses, argileuses, calcaires, sidéreuses et charbonneuses et par les poussières de coton, de laine et de crin ;

3° D'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané de la main ou du genou (main battue, genou battu) et d'inflammation de la gaine synoviale et des gaines tendineuses de l'articulation du poignet causées par les attitudes particulières nécessitées par le travail ; d'arthrites chroniques du membre supérieur

(1) La nécrose phosphorée est protégée par le décret du 9 décembre 1938.

(1) Maladie protégée depuis le décret du 9 décembre 1938.

(2) Les maladies causées par le brai de houille sont protégées par le décret du 9 décembre 1938.

(3) Le charbon professionnel est protégé depuis le décret du 9 décembre 1938.

causées par les secousses des marteaux pneumatiques ;

4° De surdité causée par les bruits industriels chez les chaudronniers, les riveurs et les batteurs de cuir ;

5° D'affections oculaires causées par les sources industrielles intenses de chaleur et de lumière, les vapeurs irritantes ou caustiques et les poussières ;

6° De nystagmus, notamment chez les mineurs.

D. Déclarations de décès

Code civil

Art. 77. — Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après, hors les cas prévus par les règlements de police.

NOTE. — *En fait, dans un grand nombre de localités, les maires désignent pour remplir cette fonction un ou plusieurs médecins de l'Etat-civil. Les honoraires de ces médecins devraient d'ailleurs être supportés non par la famille, mais bien par la commune.*

Art. 81. — Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre, et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Code pénal

Art. 43. — Le Procureur de la République se fera accompagner, au besoin, d'une ou deux personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit.

Art. 44. — S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, le Procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les personnes appelées, dans le cas du présent article et de l'article précédent, prêteront devant le Procureur de la République le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience.

* *Code de déontologie*

ART. 53. — Tout médecin appelé à constater une mort dont l'origine ne lui paraît pas naturelle (suicide, etc.) doit refuser de signer le certificat de décès. La suite possible est du ressort de la justice. Cette conduite doit être suivie même lorsque c'est le médecin traitant qui fait office de médecin de l'état civil.

(*Voir aussi art.* 378 *du Code pénal modifié par le décret-loi du* 29 *juillet* 1939, page 3).

Déclaration des causes de décès

DÉCRET-LOI DU 30 OCTOBRE 1935

sur la déclaration des maladies contagieuses

Art. 2. — « Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'art. 3 doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'art. 1er ci-dessus ».

NOTE. — *Voir ci-dessus, p.* 13.

LOI DU 28 JUILLET 1921 SUR LES PENSIONNÉS DE GUERRE

Voir ci-dessus, page 9.

* *Code de déontologie*

ART. 43. — ... Toutefois lorsque l'indication de la cause de la mort est nécessaire à l'obtention d'une pension, le médecin traitant peut indiquer qu'il y a relation de cause à effet entre la mort et l'affection objet de la pension.

Voir ci-dessus, page 10.

Art. 48. — (modifié) .....En particulier les dispositions de l'art. 48 ne s'appliquent pas à la déclaration des causes du décès prévues par la Circulaire ministérielle du 1er janvier 1937, ce certificat devant être rempli par le médecin d'état-civil ou, à défaut, par le médecin traitant qui fait alors fonction de médecin d'état-civil.

CIRCULAIRE DU 1er JANVIER 1937

relatif à la déclaration des causes de décès

....

Voici les principes généraux de la méthode qui devra être appliquée *à partir du* 1er *juillet* 1937, *dans toutes les communes sans exception.*

1° Le service départemental de l'Etat-civil sera placé sous l'autorité du médecin inspecteur départemental d'hygiène ;

2° Les bulletins de décès, bulletins verts, au lieu d'être transmis par les municipalités à la fin de chaque trimestre, seront envoyés, *sans délai*, au médecin inspecteur départemental d'hygiène, au fur et à mesure de l'enregistrement du décès ;

3° Chaque bulletin de décès sera accompagné d'un certificat de décès (dont vous trouverez ci-joint le modèle), *rédigé par le médecin traitant, clos par lui*, et rendu entièrement confidentiel par les deux mesures suivantes : impression en noir du certificat, au verso de l'emplacement où figure la cause de décès déclarée par le médecin ;

séparation de l'en-tête du certificat, portant le nom du décédé par l'employé de l'état-civil, *qui rendra ainsi le certificat anonyme*, après y avoir inscrit le numéro d'ordre du décès (1) ;

4° Le médecin-inspecteur d'hygiène transcrit sur le bulletin vert de décès, la cause de mort qui figure sur le certificat médical correspondant. Lorsque les indications figurant sur le certificat médical lui paraissent insuffisantes, ou lorsqu'il n'est pas joint de certificat médical, il s'efforce par tous les moyens dont il dispose (correspondance avec le médecin traitant, le médecin chargé de la constatation du décès), d'obtenir la désignation aussi exacte et complète que possible de la cause de mort.

Il détache ensuite la partie supérieure du bulletin vert de décès, qui porte le nom du décédé. Il garantit ainsi l'anonymat des bulletins destinés à la statistique. Il conserve des bulletins de décès classés, en vue de leur envoi *chaque trimestre* à la statistique générale de la France.

5° Rien n'est changé aux prescriptions réglementaires concernant les autres bulletins d'état civil (naissances vivantes, mort-nés, mariages, divorces, etc.). En particulier, leur transmission demeure assurée par les mairies à la fin de chaque trimestre dans les délais réglementaires. Cette transmission actuellement faite par l'intermédiaire des sous-préfectures, sera effectuée directement à l'avenir, par les mairies à la préfecture (inspection départementale d'hygiène). Sur le bordereau communal trimestriel, *le maire inscrira le nombre total des décès du trimestre*, bien que ces bulletins envoyés au jour le jour ne soient pas joints à l'envoi trimestriel. Cette indication est *indispensable* pour que le médecin inspecteur d'hygiène s'assure qu'il a reçu tous les bulletins de décès du trimestre pour toutes les communes du département ;

6° A la fin de chaque trimestre, le médecin inspecteur d'hygiène ayant centralisé tous les bulletins d'état civil, rédigés durant le trimestre dans toutes les communes du département, établit le bordereau récapitulatif départemental, et envoie bulletins et bordereaux à la statistique générale de la France dans le délai prescrit par les circulaires antérieures.

. . . .

Je vous remets, avec la présente Circulaire, trois exemplaires des nouveaux bulletins verts de décès et des certificats bleus de décès. Ces derniers doivent être remplis par le médecin traitant. Ils seront fournis par le service départemental d'hygiène aux médecins et aux mairies en quantité suffisante pour que les déclarations se fassent très régulièrement et pour que bulletins et certificats de décès parviennent sans retard au médecin inspecteur.

J'ajoute un exemplaire de la Circulaire du bulletin et du certificat de décès pour chaque sous-préfecture de votre département.

Les municipalités pourront utiliser leur stock de bulletins de décès jusqu'au 30 juin 1937, dernier délai.

A partir du 1er juillet 1937, *toutes les communes sans exception, devront appliquer la nouvelle méthode prescrite par la présente Circulaire et n'utiliser, avec les certificats de décès, fournis par le service départemental d'hygiène, que les bulletins de décès, à l'en-tête détachable, du nouveau modèle.*

(1) *Condition essentielle* : le numéro doit figurer à la fois sur le bulletin vert de décès et sur le certificat médical du décès. L'employé de l'Etat civil doit s'assurer de cette concordance.

Circulaire modificative du 15 décembre 1937

La Circulaire du 1er janvier 1937 sur la déclaration des causes de décès s'étant heurtée à quelques difficultés d'application, j'ai estimé, après entente avec mes collègues des ministères intéressés, qu'il était nécessaire d'apporter certains aménagements à des modalités d'exécution.

Le système de déclaration qu'elle a réglementé repose sur l'emploi simultané d'un certificat médical de décès (carte bleue), et d'un bulletin d'état civil (vert). Aucun changement n'est apporté à la contexture du certificat médical de décès.

Au contraire, je décide qu'à l'avenir l'en-tête détachable du bulletin de décès sera supprimé. En attendant la réimpression des nouveaux modèles ainsi modifiés, les bulletins actuellement en service pourront être utilisés, sous réserve d'enlever avant usage, la partie détachable qui mentionne les nom et prénoms du décédé.

Vous voudrez bien notifier à l'inspecteur d'hygiène de votre département qu'il a le devoir strict de détruire le certificat médical de décès (carte bleue), dès qu'il aura porté sur le bulletin vert la mention de la cause de décès. D'autre part, il y a lieu de rappeler à ce chef de service qu'il est soumis aux obligations qui résultent de l'article 378 du Code pénal et qu'il doit, en outre, s'interdire d'une manière absolue, de rechercher l'identité des défunts. En particulier, il doit s'abstenir, pour obtenir ces précisions, de demander aux mairies communication des registres de l'Etat civil.

* Circulaire du 1er juillet 1941

Mon attention est attirée sur le fait que des médecins praticiens se retranchant derrière l'art. 48 du code de Déontologie élaboré par le Conseil supérieur de l'Ordre, et qui interdit de mentionner sur un certificat la cause d'un décès refusent de remplir le certificat de décès imprimé qu'ils doivent d'après les dispositions réglementaires actuelles, adresser aux mairies et aux Services départementaux d'hygiène.

Une telle pratique a une double conséquence :

1° En privant les Officiers de l'état civil du concours des médecin, elles les met dans l'impossibilité pratique de faire face à la responsabilité qui leur incombe en vertu des art. 77 et 80 (?) du code civil, qui leur prescrit de se transporter auprès des personnes décédées et par l'art. 85 concernant les cas de mort violente.

2° Elle rend impossible l'établissement des statistiques par causes de mortalité, et risque de retentir gravement sur le fonctionnement des services de la Santé, et de la statistique générale de la France. Or

l'établissement de ces statistiques présente un intérêt tout particulier dans les graves circonstances actuelles.

J'ai donc demandé au Conseil supérieur de l'Ordre de modifier l'art. 48 du Code de Déontologie, en spécifiant que ses dispositions ne s'appliquent pas à la déclaration des causes de décès instituée et effectuée dans les formes prévues par la circulaire du 1er janvier 1937.

Soucieux de faciliter la tâche de l'Administration, le Conseil supérieur de l'Ordre est entré dans ces vues et a relevé de l'interdiction prévue à l'article 48 les médecins de l'état civil, *tout médecin traitant remplissant le certificat imprimé réglementaire devenant* « ipso facto » *médecin de l'état civil.*

Le Conseil supérieur de l'Ordre demande seulement que la mention « médecin traitant » portée dans le corps du certificat soit remplacée, par celle de « médecin de l'état civil ». J'ai accepté cette demande.

D'autre part, le service de la démographie du Ministère de l'Economie nationale et des Finances désirant connaître avec précision la date et le lieu de naissance des personnes décédées, j'ai décidé de remplacer sur la partie détachable du certificat, la mention « âge » par celle « date et lieu de naissance ».

NOTE. — *Une circulaire ministérielle, même confirmée par une autre circulaire, et par le Code de déontologie qui n'a que la force d'un règlement intérieur, n'ayant pas le pouvoir d'abroger fut-ce partiellement une disposition du Code pénal, les médecins n'ont pas légalement à se soumettre à la formalité de la déclaration des causes du décès dans tous les cas où une loi spéciale ne leur en fait pas l'obligation.*

En effet, le médecin inspecteur d'hygiène est un tiers au regard du médecin traitant, et il n'est, d'autre part, pas lié à l'égard de l'Administration par l'art. 378 du Code pénal. Il doit, au contraire se conformer à l'art. 29 du Code d'instruction criminelle d'après lequel « toute autorité constituée, « tout fonctionnaire ou officier public, qui, dans « l'exercice de ses fonctions, acquerra la connais- « sance d'un crime, ou d'un délit sera tenu d'en « donner avis sur-le-champ, au Procureur de la « République... et de transmettre à ce magistrat « tous les renseignements, procès-verbaux, et actes « qui y sont relatifs. »

Ce n'est pas le fait que pour les besoins de la cause, le médecin traitant soit mué, arbitrairement d'ailleurs, en médecin d'état-civil qui peut avoir une influence quelconque sur la question précise du secret.

Seule une loi, que tous les médecins souhaitent d'ailleurs, pourrait les mettre à couvert d'une responsabilité pénale.

Nous donnons ci-dessous le texte d'un avant-projet de loi établi par le Docteur Paul Boudin, le regretté secrétaire général du « Sou Médical ».

Projet présenté par M. le Dr Boudin

ARTICLE PREMIER. — *Ajouter* « in fine » *à l'article 77 du Code civil :* «..... *et sur le vu d'un certificat d'un médecin attestant la réalité et la constance de la mort.* »

ART. 2. — *La loi du 30 novembre 1892 est complétée comme suit : Article 15, § 3 :* « *Tout docteur en médecine, officier de santé, ou sage-femme est également tenu de faire au médecin inspecteur directeur des services départementaux d'hygiène, la déclaration, dans les trois jours, de la cause exacte de chaque décès qu'il a constaté, ainsi que des circonstances ou anamnestiques utiles.*

Cette déclaration, faite dans les formes déterminées par un règlement d'administration publique rendu dans les six mois à dater de la promulgation de la présente loi, ne pourra, en aucun cas, constituer, pour le signataire, une violation de l'article 378 du Code pénal.

Il est formellement interdit à quiconque ne réunissant pas à la fois le grade de docteur en médecine et les fonctions de directeur départemental des services d'hygiène, de faire état, ni usage de la teneur des dites déclarations, sous peine d'une amende de 500 à 2.000 francs et d'un emprisonnement, de quinze jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 3. — *L'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié comme suit :*

Le docteur en médecine, l'officier de santé, ou la sage-femme, qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

ART. 4. — *Les dispositions de l'article 29 du Code d'instruction criminelle ne sont pas applicables aux médecins directeurs départementaux ou municipaux d'hygiène, en matière de déclarations médicales des causes exactes des décès.*

La teneur de ces déclarations doit rester secrète et ne peut en aucun cas, être communiquée à qui que ce soit, par le médecin destinataire.

NOTE. — *Le règlement d'administration publique prévu à l'article 2 déterminera d'autre part : la forme et le libellé du certificat, les modalités de l'envoi, la personnalité du destinataire, la destination ultérieure du certificat (destruction après dépouillement, etc.).*

Il spécifiera en outre que la délivrance de ces déclarations donne droit à des honoraires médicaux à la charge des familles, ou en cas d'indigence à la charge du service de l'A. M. G.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE

Imprimerie THIRON et CIE, Clermont (Oise)

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

L'HOSPITALISATION PRIVÉE

SOMMAIRE

BULLETIN DU MOIS



Nous avions, en décembre dernier, dressé le tableau du nouveau statut de l'exercice de la médecine et nous écrivions à cette occasion que si les plus grosses assises paraissaient d'ores et déjà posées, de nouveaux textes devraient intervenir pour les compléter peu à peu. Nous ne nous étions point trompés, et notre supplément de décembre méritera bientôt une complète refonte, à laquelle nous consacrerons notre premier supplément à venir, c'est-à-dire celui d'octobre.

Retraçons dès maintenant à grandes lignes les innovations en cette matière.

Enregistrons en premier lieu un décès, auquel nous pensons d'ailleurs n'être pas entièrement étranger : celui du décret-loi du 20 *mai* 1940 *interdisant en principe les nouvelles installations. Fort sagement, et ainsi que le réclamait la grande majorité des praticiens, le législateur est revenu au principe de la liberté dans la loi du* 2 *avril dernier. Il est évident toutefois que cette liberté ne pouvait être absolue dans la période que nous vivons et il fallait prévoir des mesures contre un encombrement dangereux pour les malades comme pour les médecins. Les Conseils départementaux, sous l'égide du Conseil supérieur, pourront donc fixer un* numerus clausus *applicable à leur région, sans que ce nombre puisse être inférieur au nombre de médecins en exercice au 1er septembre* 1939.

A cette occasion se pose la question de savoir comment, cette limitation une fois établie, son application en sera faite en cas de vacances, à l'égard des nouveaux candidats. On peut en effet concevoir deux méthodes : ou bien les cessions seront faites sur le plan individuel par accord entre l'ancien titulaire et le nouveau, dans la forme, somme toute des anciennes présentations à la clientèle ; ou bien l'ensemble des postes vacants seront répartis entre les aspirants à ces postes inscrits sur une liste dressée par les Conseils départementaux et fonctionnant d'après l'ordre d'inscription ou d'autres raisons de priorité. Cette deuxième méthode aurait une conséquence grave : la dépossession par l'Ordre du médecin cédant qui n'aurait plus de clientèle à céder et perdrait ainsi un capital souvent important. Une telle formule ne pourrait à la rigueur se concevoir que si la retraite était d'ores et déjà en fonctionnement. Elle aurait d'ailleurs bien d'autres inconvénients, dont le danger du népotisme ne serait pas le moindre.

En second lieu, le législateur, comprenant le caractère inachevé des lois du 16 *août et du* 7 *octobre, vient à l'occasion d'une refonte de la loi du* 30 *novembre* 1892, *d'apporter à ses dispositions antérieures sur les étrangers et l'Ordre des médecins la sanction efficace des peines de l'exercice illégal de la médecine. Nous ne reviendrons pas longuement sur ce point que nous avons déjà traité dans nos numéros ordinaires. Mais la réforme est d'importance, car du même coup le Code de déontologie s'en trouve indirectement sanctionné, dans la mesure où sa violation peut légitimement entraîner une suspension d'exercice.*

Il n'est point jusqu'à la législation nouvelle sur les médecins étrangers qui n'ait fait l'objet de retouches. Le décret d'application du 5 *octobre* 1940 *vient d'être abrogé. Le nouveau texte retire aux préfets certains pouvoirs exorbitants que leur avaient attribués des circulaires ministérielles antérieures, fixe le rôle des Conseils de l'Ordre en la matière et laisse au Ministre de la santé un rôle prédominant. La loi du* 16 *août nous paraît devoir faire elle aussi l'objet d'une réforme partielle, et nous verrions volontiers substituer à la notion trop générale d'étranger celle plus précise et plus nuancée d'étranger à* « l'ethnie *française* ».

Enfin la loi du 3 *octobre dernier portant statut des juifs vient d'être remaniée par une loi du* 16 *juin, qui a repris les dispositions de principe de l'ancienne sur l'institution d'un* numerus clausus *dans les professions libérales, dans la médecine en particulier. Le pourcentage retenu semble devoir être de* 2 %. *Un décret rendu après avis en Conseil d'Etat fixera le mode d'application pratique de cette limitation dans chaque profession.*

Cette rapide revue accomplie, nous présentons à nos lecteurs une mise au point complète des textes et de la jurisprudence relatifs à l'hospitalisation privée. Un second supplément nous sera au reste nécessaire pour épuiser la question. Nous y traiterons notamment les rapports entre les maisons de santé privées d'une part, les accidents du travail et les Assurances sociales d'autre part.

Jean MIGNON.

I. Statut légal des Maisons de santé

1° Principe

La création d'une maison de santé médico-chirurgicale n'est en principe soumise à aucune condition ni formalité administratives. (*Conseil d'Etat, avis du* 12 *janvier* 1892 *et du* 18 *mars* 1898) *et n'est régie que par les pouvoirs généraux de police des préfets ou des maires.*

Il n'en va autrement que pour Paris et le département de la Seine où un texte formel soumet l'ouverture d'une maison de santé à une autorisation du Préfet de police.

Conditions générales à remplir pour l'ouverture d'une clinique ou d'une maison de santé dans le département de la Seine

Ordonnance du 9 *juin* 1828, *modifiée*

1° Le nombre des pensionnaires qui pourront être reçus dans chaque chambre sera proportionnel au volume d'air qu'elle contiendra et qui ne sera jamais inférieur à 30 mètres cubes par personne. Le nombre maximum des personnes qu'il sera permis de recevoir dans chaque pièce y sera affiché d'une manière apparente ;

2° Le sol des chambres sera imperméable et disposé de façon à permettre de fréquents lavages, à moins qu'il ne soit planchéié et frotté à la cire ou peint au siccatif. Les murs, les cloisons et les plafonds seront enduits en plâtre ; ils seront maintenus en état de propreté et, de préférence, couverts d'une peinture lisse et vernissée, ou badigeonnés à la chaux. Les peintures seront lavées ou renouvelées au besoin tous les ans. On ne pourra garnir de papier que les chambres à un ou deux lits, et ces papiers seront remplacés toutes les fois que cela sera jugé nécessaire. Les crachoirs destinés aux malades devront contenir un liquide antiseptique et être installés à la hauteur d'un mètre environ.

3° Les chambres devront être convenablement ventilées ; elles seront pourvues d'une cheminée ou de tout autre moyen de ventilation permanente.

4° Les cheminées et conduits de fumée devront être établis dans de bonnes conditions au point de vue du danger d'incendie. Les conduits auront des dimensions et des dispositions telles que la chaleur produite ne puisse être la cause d'aucune incommodité pour les habitants de la maison. Les conduits seront, en outre, entretenus en bon état et nettoyés ou ramonés fréquemment. L'usage des appareils de chauffage à combustion lente ainsi que des poêles à magasin et des poêles à feu caché, est formellement interdit, non seulement dans les chambres des malades, mais encore dans les vestibules qui desservent ces pièces. Ce chauffage, à défaut de chauffage central, devra toujours être réalisé par des appareils à feu ouvert.

5° Il n'y aura pas moins d'un cabinet d'aisances par chaque fraction de quinze personnes. Ces cabinets peints au blanc de zinc et tenus dans un état constant de propreté, seront suffisamment aérés et éclairés directement. Un réservoir ou une conduite d'eau en assurera le nettoyage. Les cabinets devront être munis d'appareils à fermeture hermétique. Les urinoirs seront construits en matériaux imperméables.

6° Les corridors, les paliers, les escaliers et les cabinets d'aisances devront être fréquemment lavés à moins qu'ils ne soient frottés à la cire ou peints au siccatif. Les peintures seront en ton clair.

7° Les cuvettes d'évacuation des liquides, établies en matières lisses et vernissées, seront munies d'une fermeture hermétique, lavées et désinfectées souvent. Les gargouilles, caniveaux et tuyaux d'eaux pluviales et ménagères seront entretenus avec le même soin.

8° L'établissement sera pourvu d'une quantité d'eau suffisante pour assurer la propreté et la salubrité de l'immeuble et pour subvenir à tous les besoins, notamment pour obvier à tout commencement d'incendie.

9° Des dispositions appropriées aux locaux devront être prises pour faciliter la prompte évacuation de l'établissement en cas de sinistre.

10° Dans tout établissement où des opérations seront faites, existera une salle spéciale. Cette salle d'opérations sera dépourvue de rideaux et de tentures ; son éclairage sera complet et assuré même la nuit ; la ventilation et le chauffage en seront faciles. Les murs seront couverts d'une peinture à l'huile, lisse et vernissée, de couleur claire, ou revêtus d'enduit imperméable (stuc, faïence, etc.). Le sol sera cimenté et légèrement incliné, et l'écoulement des liquides sera assuré par un tuyau de vidange muni d'un siphon. Un lavabo ou une pierre d'évier en grès verni ou en faïence sera également installé pour l'évacuation des eaux de lavage ou des autres liquides. La table d'opérations sera en métal poli. Tout le matériel, en résumé, devra pouvoir être nettoyé et stérilisé facilement au moyen de lavages antiseptiques.

11° Des appareils destinés à stériliser, le cas échéant, les instruments de chirurgie et les objets de pansement devront être disposés dans la salle d'opérations, ou de préférence dans une pièce adjacente.

12° Les ouates ayant servi aux pansements, et, en général, tous les pansements devront être incinérés.

13° A moins d'y être spécialement autorisée et d'avoir à cet effet une organisation particulière, aucune Maison de santé ne pourra admettre de personnes atteintes d'une des maladies contagieuses visées par la loi du 30 novembre 1892.

14° Dans les Maisons de santé d'une certaine importance et dans celles où sont pratiqués des accouchements, il sera réservé des chambres d'isolement, pour le cas où une maladie contagieuse se déclarerait sur place. L'aménagement de ces chambres sera simple, pour permettre un nettoyage facile et au besoin une rapide et complète désinfection. Dans les pièces badigeonnées à la chaux, un nouveau badigeonnage sera pratiqué à la sortie des malades atteints d'affection contagieuse. Une chambre mortuaire spéciale sera aménagée dans les établissements où la nécessité en sera démontrée.

15° Aucune Maison de santé ne devra admettre ou conserver de personnes atteintes d'aliénation mentale.

16° Le permissionnaire tiendra un registre sur lequel seront immédiatement inscrits les nom, prénoms, âge, profession et domicile de chaque pensionnaire, ainsi que la date précise de l'entrée et de la sortie ou du décès de chacun d'eux. Ce registre devra être représenté à toute réquisition de justice ou des Inspecteurs des Maisons de santé.

17° Il adressera à la Préfecture de police (1re division, 5e bureau), dans les vingt-quatre heures de chaque entrée, sortie ou décès, un bulletin contenant les mêmes indications.

18° Il tiendra, en outre, pour, le cas échéant, le produire en justice, un répertoire confidentiel (registre ou fiches) correspondant, par numéros ou autrement, au registre des entrées et indiquant pour chaque pensionnaire la nature des maladies traitées.

19° Il ne pourra apporter, sans y avoir été préalablement autorisé, aucune modification aux dispositions des locaux agréés pour la réception des malades.

20° Il ne pourra transférer son établissement dans d'autres locaux avant d'y avoir été autorisé.

21° Il ne pourra céder à qui que ce soit la direction et l'exploitation de son établissement avant que son successeur ait été agréé par Nous.

22° Il devra, s'il n'est lui-même docteur en médecine, confier la direction du service médical de son établissement à un docteur en médecine, dont le choix sera toujours soumis à notre agrément.

2° Régime spécial à certains établissements

A. Asiles privés d'aliénés

Loi sur les aliénés du 30 juin 1838

Titre 1er. — *Des établissements d'aliénés*

Art. 1er. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à soigner et recevoir les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Le Préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le Ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du Roi, le juge de Paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du Roi de l'arrondissement.

Art. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement. Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé. Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Titre II. — *Des placements faits dans les établissements d'aliénés*

Section I. — Des placements volontaires

Art. 8. — Les directeurs des établissements privés consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte. Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police. Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie, et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée. Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur, s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer. Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes, chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les

autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est dans un établissement privé, le Préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur le champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession, et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du Roi de l'arrondissement de la personne placée ; 2° au procureur du Roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au Préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé, par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domiciles des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° Le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° Ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11. Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès. Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteronl pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du Roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ; 2° L'époux ou l'épouse ; 3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ; 4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ; 5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille. S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant-droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au Préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le Préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12. En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs, en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu ou il aura été conduit.

Art. 16. — Le Préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. — En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur, qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Section II. — Des placements ordonnés par l'autorité publique

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre. Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être dépo-

sés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet. Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison. Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

. . . .

Section III. — Dépenses du service des aliénés

Art. 26. — La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traitements passés par le département, conformément à l'article 1er.

Art. 27. — Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes de l'article 205 et suivants du Code civil. S'il y a contestation sur l'obligation de fournir les aliments ou sur leur quotité il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Section IV. — Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins. Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit. La décision sera rendue sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée. La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet. Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées ; soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Titre III. — *Dispositions générales*

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12 du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de 50 francs à 3.000 francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines. Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

Ordonnance du 18 décembre 1839

Portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés

Titre II. — *Des établissements privés consacrés aux aliénés*

Art. 17. — Quiconque voudra former ou diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés devra en adresser la demande au préfet du département où l'établissement devra être situé.

Art. 18. — Il justifiera : 1° Qu'il est majeur et exerçant ses droits civils ; 2° Qu'il est de bonne vie et mœurs ; il produira à cet effet un certificat délivré par le maire de la commune ou de chacune des communes où il aura résidé depuis trois ans ; 3° Qu'il est docteur en médecine.

Art. 19. — Si le requérant n'est pas docteur en médecine, il produira l'engagement d'un médecin qui se chargera du service médical de la maison, et déclarera se soumettre aux obligations spécialement imposées sous ce rapport par les lois et règlements. Ce médecin devra être agréé par le Préfet, qui pourra toujours le révoquer. Toutefois cette révocation ne sera définitive qu'autant qu'elle aura été approuvée par notre ministre de l'intérieur.

Art. 20. — Le requérant indiquera, dans sa demande, le nombre et le sexe des pensionnaires que l'établissement pourra contenir ; il en sera fait mention dans l'autorisation.

Art. 21. — Il déclarera si l'établissement doit être uniquement affecté aux aliénés, ou s'il recevra d'autres malades. Dans ce dernier cas, il justifiera, par la production du plan de l'établissement, que le local consacré aux aliénés est entièrement séparé de celui qui est affecté au traitement des autres malades.

Art. 22. — Il justifiera : 1° Que l'établissement n'offre aucune cause d'insalubrité, tant en dedans qu'au dehors, et qu'il est situé de manière que les aliénés ne soient pas incommodés par un voisinage bruyant ou capable de les agiter ; 2° Qu'il peut être alimenté, en tout temps, d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante ; 3° Que par la disposition des localités, il permet de séparer complètement les

sexes, l'enfance et l'âge mûr, d'établir ceux qui sont agités, de séparer également les aliénés épileptiques ; 4º Que l'établissement contient des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles, et pour ceux qui ont des habitudes de malpropreté ; 5º Que toutes les précautions ont été prises soit dans les constructions, soit dans la fixation du nombre des gardiens, pour assurer le service et la surveillance de l'établissement.

Art. 23. — Il justifiera également, par la production du règlement intérieur de la maison, que le régime de l'établissement offrira toutes les garanties convenables sous le rapport des bonnes mœurs et de la sureté des personnes.

Art. 24. — Tout directeur d'un établissement privé consacré au traitement des aliénés devra, avant d'entrer en fonction, fournir un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'ordonnance royale d'autorisation.

Art. 25. — Le cautionnement sera versé, en espèces, à la Caisse des dépôts et consignations, et sera exclusivement destiné à pourvoir, dans les formes et pour les cas déterminés dans l'article suivant, aux besoins des aliénés pensionnaires.

Art. 26. — Dans tous les cas où, par une cause quelconque, le service de l'établissement privé consacré aux aliénés se trouverait suspendu, le préfet pourra constituer, à l'effet de remplir les fonctions de directeur responsable, un régisseur provisoire, entre les mains duquel la Caisse des dépôts et consignations, sur les mandats du préfet, versera ce cautionnement, en tout ou en partie, pour l'appliquer au service des aliénés.

Art. 27. — Tout directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés pourra, à l'avance, faire agréer, par l'administration, une personne qui se chargera de le remplacer dans le cas où il viendrait à cesser ses fonctions par suite de suspension, d'interdiction judiciaire, d'absence, de faillite, de décès ou pour toute autre cause. La personne ainsi agréée sera de droit, dans ces divers cas, investie de la gestion provisoire de l'établissement, et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur lui-même. Cette gestion provisoire ne pourra jamais se prolonger au delà d'un mois sans une autorisation spéciale du préfet.

Art. 28. — Dans le cas où le directeur cesserait ses fonctions pour une cause quelconque, sans avoir usé de la faculté ci-dessus, ses héritiers ou ayants-cause seront tenus de désigner, dans les vingt-quatre heures, la personne qui sera chargée de la régie provisoire de l'établissement et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur. A défaut, le préfet fera lui-même cette désignation. Les héritiers ou ayants-cause du directeur devront, en outre, dans le délai d'un mois, présenter un nouveau directeur, pour en remplir définitivement les fonctions. Si la présentation n'est pas faite dans ce délai, l'ordonnance royale d'autorisation sera rapportée de plein droit, et l'établissement sera fermé.

Art. 29. — Lorsque le directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés voudra augmenter le nombre des pensionnaires qu'il aura été autorisé à recevoir dans cet établissement, il devra former une demande en autorisation à cet effet, et justifier que les bâtiments primitifs ou ceux additionnels qu'il aura fait construire sont, ainsi que leurs dépendances, convenables et suffisants pour recevoir le nombre déterminé de nouveaux pensionnaires. L'ordonnance royale qui statuera sur cette demande déterminera l'augmentation proportionnelle que le cautionnement pourra recevoir.

Art. 30. — Le directeur de tout établissement privé consacré aux aliénés devra résider dans l'établissement. Le médecin attaché à l'établissement, dans le cas prévu par l'article 19 de la présente ordonnance, sera soumis à la même obligation.

Art. 31. — Le retrait de l'autorisation pourra être prononcé, suivant la gravité des circonstances, dans tous les cas d'infraction aux lois et règlements sur la matière, et notamment dans les cas ci-après :

1º Si le directeur est privé de l'exercice de ses droits civils ;

2º S'il reçoit un nombre de pensionnaires supérieur à celui fixé par l'ordonnance d'autorisation ; 3º S'il reçoit des aliénés d'un autre sexe que celui indiqué par cette ordonnance ; 4º S'il reçoit des personnes atteintes de maladies autres que celles qu'il a déclaré vouloir traiter dans l'établissement ; 5º Si les dispositions des lieux sont changées ou modifiées de manière à ce qu'ils cessent d'être propres à leur destination, ou si les précautions prescrites pour la sûreté des personnes ne sont pas constamment observées ; 6º S'il est commis quelque infraction aux dispositions du règlement du service intérieur en ce qui concerne les mœurs ; 7º S'il a été employé à l'égard des aliénés des traitements contraires à l'humanité ; 8º Si le médecin agréé par l'administration est remplacé par un autre médecin, sans qu'elle en ait approuvé le choix ; 9º Si le directeur contrevient aux dispositions de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 ; 10º S'il est frappé d'une condamnation prononcée en exécution de l'article 41 de la même loi.

Art. 32. — Pendant l'instruction relative au retrait de l'ordonnance royale d'autorisation, le préfet pourra prononcer la suspension provisoire du directeur, et instituer un régisseur provisoire, conformément à l'art. 26.

Art. 33. — Il sera statué, pour le retrait des autorisations, par une ordonnance royale.

Dispositions générales

Art. 34. — Les établissements publics ou privés, consacrés aux aliénés du sexe masculin, ne pourront employer que des hommes pour le service personnel des aliénés. Des femmes seules seront chargées du service personnel des aliénés dans les établissements destinés aux individus du sexe féminin.

Internement d'un aliéné. — Régularité de l'acte. — Arrêté du préfet de police. — Demande de dommages-intérêts. — Compétence des Tribunaux judiciaires.

La juridiction administrative n'est compétente que pour connaître la régularité de l'acte par lequel un Préfet a ordonné un internement dans un asile d'aliénés, et l'autorité judiciaire a seule, en vertu de la loi du 30 juin 1838, compétence pour apprécier la nécessité de cette mesure et les conséquences qui peuvent en résulter.

(Conseil d'Etat, arrêt du 26 décembre 1923).

Aliénés. — Internement dans une maison de santé ouverte. — Conditions de légalité.

Ne doivent être internés et considérés comme aliénés au sens de la loi de 1838 que les malades atteints d'aliénation mentale qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. Ne contreviennent pas à la loi les directeurs d'une maison de santé ouverte qui reçoivent des malades mentaux dont l'état n'est dangereux ni pour eux-mêmes ni pour autrui.

(Trib. corr. Seine, IIe ch., 10 juillet 1924).

Les maisons non soumises au contrôle institué par la loi du 30 juin 1838 ne peuvent recevoir des aliénés au sens de cette loi, c'est-à-dire des malades atteints d'aliénation mentale et susceptibles de compromettre l'ordre public et la sécurité des personnes.

Ne contrevient pas à la loi de 1838 le médecin directeur d'un établissement qui tout en contenant certaines pièces aménagé spécialement pour le traitement et la surveillance de quelques malades, ne sert pas à la séquestration d'aliénés au sens de la loi.

Ne constitue pas une infraction à la loi, le fait pour le directeur de retenir quelques jours en observation un malade dont l'aliénation s'est révélée par la suite, un diagnostic définitif sur l'état mental d'un malade ne pouvant être formulé immédiatement.

Est en règle avec les prescriptions de la loi de 1838 le médecin directeur de l'établissement libre, qui ne traite dans cet établissement aucun malade protestataire ou dangereux, et évacue sur les asiles les malades qu'il a reconnus être de véritables aliénés.

(Cour de Rennes, IIIe ch., 26 juillet 1909).

Note. — *Cet arrêt infirmait un jugement du Trib. corr. de Nantes du* 2 *janvier* 1929 *qui avait donné l'interprétation trop rigoureuse ci-dessous de la loi de* 1838 :

« *Pour qu'une maison de santé soit assujettie au régime de la loi de* 1838, *il faut et il suffit qu'elle reçoive des aliénés et que ceux-ci soient privés de leur liberté, sans que la loi distingue entre ceux qui peuvent être dangereux et ceux qui ne le sont pas, entre ceux qui protestent et ceux qui ne protestent pas, entre ceux qui sont atteints d'aliénation mentale durable et ceux qui ne sont affectés que de démence passagère. Dès lors la maison de santé constituant incontestablement un établissement privé d'aliénés, tombe sous l'application de l'art.* 5 *de la loi de* 1838 *et est soumise à l'autorisation préalable du gouvernement.* »

Lettre missive. — Aliéné interné. — Médecin directeur de l'asile. — Rétention. — Lettre adressée a des tiers. — Lettre adressée a un avocat. — Interception illicite. — Exceptions. — Absence de justification. — Responsabilité du médecin.

Si le médecin traitant a le droit, pour les nécessités du traitement d'un aliéné régulièrement interné dans un asile, de prendre connaissance des lettres écrites par le malade, il ne peut cependant les retenir même si elles sont adressées à des tiers autres que les autorités administratives et judiciaires. (Loi du 30 juin 1838, art. 29, § 6).

... A moins qu'il ne résulte de leur contenu que l'intérêt même du malade ou celui des tiers commande cette interception.

Tel serait le cas, notamment, si ces lettres étaient par elles-mêmes révélatrices des troubles mentaux de l'interné.

A défaut de semblables circonstances, la rétention de lettres écrites par l'interné à des membres de sa famille, ou à des tiers, notamment à un avocat inscrit à un barreau, et leur expédition le jour seulement où l'interné adressait une plainte au procureur de la République, peuvent constituer, à la charge du médecin-directeur, une faute au sens de l'art. 1382, c. civ.

Par suite, n'est pas légalement justifié l'arrêt qui, sans s'expliquer sur le caractère de la correspondance ni sur l'intérêt du malade ou des tiers, écarte la rétention des lettres comme base de l'action en dommages-intérêts de l'interné par le motif qu'il n'est pas démontré que le médecin-directeur ait agi malicieusement et de mauvaise foi.

(Cour de Cassation, ch. civ., 6 mai 1936).

Projet de réforme de la loi du 30 juin 1838

Nous citons ci-dessous le rapport présenté sur ce sujet, le 2 *juillet* 1936, *par M. Henri Léculier et renvoyé à la Commission de l'hygiène de la Chambre des députés au cours de sa session de* 1936.

Messieurs,

La proposition de loi, objet de ce rapport, a pour but de rajeunir la loi sur le régime des aliénés. Cette loi, dont M. Suin disait au Sénat en 1867, qu'elle était pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions » a cependant un défaut capital, c'est son âge. Les circonstances ont changé depuis 1838, et tout en reconnaissant l'excellence d'une loi qui a pu suffire près de cent ans à régler un service public des plus délicats, les admirateurs de ce texte législatif, dont nous

sommes, sont obligés d'admettre l'absolue nécessité d'y apporter quelques retouches.

Depuis 1870, de nombreux projets, plus ambitieux que celui-ci, visaient à réformer complètement le régime des aliénés. Aucun n'a pu être voté par les deux Chambres. Il nous semble qu'un accord rapide sera plus facile à réaliser sur la proposition présente qui se borne à des modifications de détail, ne touchant ni au mode d'internement dans son pinrcipe, ni au fonctionnement financier de l'assistance aux aliénés.

Du reste, cette simple adaptation de la loi du 30 juin 1838 aux circonstance présentes est une nécessité. Certains articles sont devenus caducs par le vote des lois récentes qui modifient la répartition des dépenses du service des aliénés ; d'autres articles, visant l'administration provisoire des biens, donnent à celle-ci des pouvoirs notablement insuffisants ; les dispositions relatives aux placements et sorties nécessitent quelques modifications de détail ; enfin, divers inconvénients reconnus dans la pratique, tels l'encombrement des asiles, le prolongement néfaste de certaines mises en observation préalable, doivent être supprimés.

....

Les réformes proposées se rattachent à trois chapitres

Les articles premier et 2 ont trait aux *établissements* d'aliénés.

Ils ont pour objet de lutter contre l'encombrement, d'une part, en donnant une arme au Ministre par le retrait d'approbation des traités, d'autre part, en permettant aux départements de créer des colonies familiales. L'agrandissement et la modernisation des établissements publics seront facilités, sans qu'il en coûte rien aux budgets de l'Etat et des départements, par la participation des asiles aux distributions des produits du pari mutuel et des jeux.

Ces articles achèvent, d'autre part, l'unification du mode de recrutement des médecins aliénistes, qui donnera à tous les aliénés le complément de garantie qu'est le concours à l'entrée dans la carrière asilaire.

Enfin, des décrets sont prévus pour préciser l'organisation des asiles et fixer le nombre des places dans chaque asile.

Les articles suivants apportent aux *placements* quelques modifications de détail que la pratique a montrées souhaitables : création du placement spontané, d'une utilité exceptionnelle mais réelle ; organisation légale des sorties d'essai, utilisées avec fruit par endroit, mais un peu en marge de la loi ; limitation de la durée, qui s'est révélée parfois exagérée, et par là nuisible, des mises en observation préalables à l'internement ; extension aux aliénés interdits du droit au recours judiciaire, qui leur était refusé à eux seuls entre tous les aliénés internés.

Enfin, *l'administration provisoire* des biens des aliénés est remaniée, ces pouvoirs étant élargis sous un contrôle précis (art. 12, 13 et 14). Le contrôle déjà prévu est même accru dans le cas de l'administration provisoire judiciaire, par une reddition de comptes triennale qui paraît bien nécessaire (art. 15). D'autre part, l'administration des biens des aliénés internés dans les asiles privés faisant fonction d'asile public, est organisée et confiée à la commission de surveillance de ces asiles, comme dans les asiles publics (art. 12). Enfin, l'organisation des sorties d'essai a entraîné le maintien des pouvoirs de l'administration provisoire jusqu'à la sortie définitive.

B. Maisons d'accouchement

Décret du 29 juillet 1939

relatif à la famille et à la natalité françaises

....

TITRE II. SECTION II. — *De la surveillance des établissements d'accouchement*

ART. 93. — Nul ne peut ouvrir ou diriger une clinique ou maison d'accouchement, ou un établissement privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, du préfet dans les autres départements.

Un règlement d'administration publique fixera les conditions d'ouverture et de fonctionnement que devront remplir les établissements visés à l'alinéa précédent.

Toute personne qui ouvre ou dirige sans autorisation un de ces établissements ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation est punie d'une amende de 1.000 à 5.000 francs ; l'établissement pourra, en outre, être fermé ; en cas de récidive dans les trois ans, le coupable sera puni d'un emprisonnement de six jours à deux ans, l'amende ne pourra être inférieure à 2.000 francs et la fermeture de l'établissement sera obligatoire ; le tout sans préjudice des peines plus fortes encourues notamment du fait des crimes et délits prévus par les articles 317, 345 à 351 du Code pénal et par la loi du 31 juillet 1920.

ART. 94. — Les établissements visés à l'article 93, autorisés ou non, sont soumis à la surveillance préfectorale exercée par l'inspecteur départemental d'hygiène ou par son adjoint et par les commissaires de police. Ces fonctionnaires peuvent pénétrer à toute heure, de jour et de nuit, dans les établissements susvisés et procéder à toutes investigations, constatations et enquêtes par eux jugées utiles.

Quiconque fait obstacle aux inspections prévues au paragraphe précédent est puni de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 500 à 3.000 francs ; la fermeture de l'établissement peut, en outre, être prononcée.

ART. 95. — Le Préfet peut, à toute époque, prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article 93 sur le rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène.

ART. 96. — Toute publicité de caractère commercial, sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la grossesse ou l'accouchement, est interdite, sauf en faveur des établissements autorisés dans les conditions de l'article 93 de la présente section, ainsi que dans les publications exclusivement réservées au Corps médical.

ART. 97. — Les dispositions de la présente section seront, dans un délai de six mois à dater de sa publication, applicables aux établissements privés visés à l'article 93 et actuellement existants.

Les directeurs ou directrices desdits établissements devront adresser une demande d'autorisation au Préfet conformément aux dispositions de l'art. 93.

Décret du 21 mai 1940

portant réglement d'administration publique du décret-loi du 29 juillet 1939

TITRE Ier. — *Des demandes d'autorisation*

ART. 1er. — Pour l'application des articles 93, 94 et 95 du décret susvisé du 29 juillet 1939 et du présent décret, est considérée comme ouvrant ou dirigeant l'un des établissements d'accouchement visés par lesdits articles, toute personne qui entreprend ou poursuit l'exploitation de cet établissement, qu'elle en assure ou non la direction médicale.

ART. 2. — Toute personne physique ou morale qui se propose d'entreprendre ou de poursuivre l'exploitation de l'un des établissements d'accouchement visés aux articles 93, 94 et 95 du décret susvisé du 29 juillet 1939 formule une demande écrite.

La demande, rédigée sur papier timbré, mentionne les nom, prénoms, profession, nationalité et domicile de l'auteur de la demande, et, si elle est présentée par une personne morale, les noms, prénoms, professions et nationalités et domicile des administrateurs ou gérants responsables. Les bulletins nº 3 du cahier judiciaire de l'auteur ou de chacun des auteurs de la demande sont joints à celle-ci.

Toutefois, la disposition du paragraphe précédent n'est pas applicable s'il s'agit d'un établissement relevant de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public. En ce cas, la demande ,formée sur papier libre, est signée du fonctionnaire compétent.

ART. 3. — A la demande est jointe une déclaration énonçant les nom, prénoms, adresse et titres scientifiques du médecin ou de la sage-femme chargé d'assurer la direction médicale effective et permanente de l'établissement et y résidant. Les pièces justifiant de la possession par ce médecin ou cette sage-femme du diplôme exigé pour l'exercice de son art y sont joints.

La même déclaration doit faire connaître les nom prénoms, adresses et titres scientifiques du médecin ou de la sage-femme devant, en cas d'empêchement, remplacer le médecin ou la sage-femme mentionné au premier paragraphe du présent article et être appuyée, en ce qui concerne ce suppléant ou cette suppléante, des pièces justificatives prévues audit paragraphe.

ART. 4. — La demande, avec les pièces qui y sont jointes, est adressée au Préfet du département dans lequel fonctionne ou doit fonctionner l'établissement et, dans le département de la Seine, au Préfet de Police.

Le préfet en délivre récépissé. Il fait procéder à une enquête, requiert, s'il y a lieu, de l'autorité judiciaire, la délivrance des bulletins nº 2 du casier judiciaire concernant les personnes mentionnées dans la demande et statue sur cette demande après avis de l'inspection départementale d'hygiène chargée du service de protection de la maternité et de l'enfance. La décision est notifiée à l'auteur de la demande par la voie administrative.

ART. 5. — L'autorisation ne peut être accordée aux personnes ayant fait l'objet d'une condamnation soit à une peine affictive et infamante, soit à une peine correctionnelle prononcée par un fait qualifié crime par la loi, soit pour infraction à l'article 317 du code pénal ou aux dispositions de la loi du 31 juillet 1920, ou aux articles 345 et 346, 400, paragraphes 1er et 2, 401, 405, 406, 407, 408, 460, 461 du code pénal, ou aux dispositions de l'article 91 du décret du 29 juillet 1939, soit pour tentative ou complicité de ces délits.

ART. 6. — L'autorisation est accordée sous la condition expresse d'observer les prescriptions du présent règlement et, le cas échéant, les autres conditions que le Préfet croira devoir imposer à l'exploitant.

TITRE II. — *Des prescriptions d'hygiène concernant les locaux*

ART. 7. — Dans les établissements visés par le présent décret, les locaux d'hospitalisation ne doivent comprendre que des chambres dont le cubage n'air n'est pas inférieur à 30 mètres cubes par personne résidente ; ce cubage peut cependant être réduit à 20 mètres cubes par personne dans les chambres de plus de deux personnes, à partir de la troisième.

Chaque chambre devra comporter l'indication très apparente du nombre maximum de personnes qui peuvent y être admises.

L'aération des chambres doit être assurée par des impostes à châssis basculants, des vitres perforées, des persiennes à lames de verre ou tout système susceptible de fonctionner en toute saison sans occasionner une gêne quelconque aux occupants.

Le chauffage qui, en aucun cas, ne pourra comporter l'installation d'un appareil à combustion lente, doit assurer une température non inférieure à 18°.

Le revêtement du sol doit être lisse et permettre le lavage humide. Les surfaces murales doivent être lisses, sans saillies et recouvertes de peintures lavables.

L'éclairage de nuit doit être assuré par des lampes bleutées.

Art. 8. — Tout établissement, quel que soit le nombre des femmes en état de grossesse qui y sont reçues, doit comprendre au moins deux chambres individuelles, dont l'une au moins, permettant, en cas de maladie contagieuse, l'isolement absolu de la malade.

En outre, tout établissement comportant des salles communes doit comprendre une chambre ou salle opératoire destinée aux accouchements, et, le cas échéant, aux opérations chirurgicales. La chambre ou salle opératoire doit être revêtue (sol et parois) de matériaux imperméables. Elle doit être largement éclairée de nuit comme de jour. Un éclairage de secours pouvant être utilisé en cas d'interruption de l'éclairage électrique doit être prévu.

Quand l'établissement comprend plus de huit lits, des appareils de stérilisation et de lavage doivent être installés dans une chambre spéciale annexée à la salle opératoire.

Quand l'établissement ne comprend que huit lits ou un nombre moindre, la salle opératoire doit être pourvue, à défaut d'une installation plus complète, d'au moins un appareil permettant d'obtenir de l'eau stérilisée en quantité suffisante.

Les ouates ayant servi aux pansements et, en général, tous les pansements ou déchets opératoires doivent obligatoirement être incinérés chaque jour.

Les cuisines, annexes, débarras, cabinets d'aisance, doivent être conformes aux prescriptions des règlements sanitaires.

Art. 9. — Tout établissement doit être pourvu de postes d'eau, d'extincteurs et du téléphone.

Les locaux doivent être aménagés de manière à permettre leur prompte évacuation en cas de sinistre.

Titre III. — *Du fonctionnement des établissements*

Art. 10. — Dans les trente jours qui suivent la notification de l'autorisation accordée, tout exploitant de l'un des établissements visés par le présent décret doit faire parvenir au Préfet de police dans le département de la Seine, et au Préfet dans les autres départements, une déclaration contenant les noms, prénoms, professions, nationalités et domiciles de toutes les personnes employées dans l'établissement : médecins, sages-femmes, infirmières, hommes et femmes de service, etc.

A cette déclaration sont joints les bulletins n° 3 du casier judiciaire de chacune de ces personnes.

Toute personne venant à être employée dans l'établissement et n'ayant pas été comprise dans la déclaration initiale, doit, dans les trente jours de son entrée en fonctions, donner lieu à une déclaration faite en conformité des dispositions des deux premiers paragraphes du présent article.

Art. 11. — Les infirmières, en service dans un établissement d'accouchement, doivent être pourvues du diplôme d'Etat et mention de leur diplôme doit figurer dans la déclaration prévue à l'article 10 ci-dessus.

Les soins aux accouchées ne peuvent être donnés que par des médecins, des sages-femmes ou des infirmières pourvues du diplôme d'Etat.

Art. 12. — La cessation de fonctions du médecin ou de la sage-femme assurant comme titulaire ou comme suppléant la direction médicale de l'établissement et l'entrée en fonctions d'un nouveau médecin ou d'une nouvelle sage-femme doivent faire l'objet, en ce qui concerne la personne entrant en fonctions, d'une déclaration faite dans les conditions prévues à l'article 3 et appuyée des pièces justificatives spécifiées audit article. Cette déclaration est adressée au préfet.

Art. 13. — Dans tout établissement où sont hospitalisées plus de trente femmes en état de grossesse, un médecin ou une sage-femme résidant également dans l'établissement doit être adjoint au médecin ou à la sage-femme assurant la direction médicale de l'établissement.

Une déclaration conforme aux prescriptions de l'article 3 et appuyée des pièces justificatives prévues audit article doit être faite au sujet de ce médecin ou de cette sage-femme par l'exploitant de l'établissement.

Art. 14. — Toute femme en état de grossesse réel, apparent ou présumé, doit, dès son entrée dans l'un des établissements visés par le présent décret, faire l'objet d'une inscription sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. Ces inscriptions sont faites de suite, chaque inscription n'étant séparée de l'inscription suivante que par une ligne de blanc réservée pour la mention ultérieure de la date de sortie.

Chaque inscription comporte un numéro d'ordre. La déclaration des nom, prénoms, profession et domicile de la personne hospitalisée est facultative.

Art. 15. — Tout exploitant de l'un des établissements visés par le présent décret doit tenir, en outre, un livre-journal, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, où sont inscrits, par ordre de date, sans indication du nom de l'accouchée ou de la malade, mais avec mention du numéro d'ordre afférent à l'inscription de son entrée dans l'établissement, tous les accouchements et, s'il y a lieu, toutes les interventions chirurgicales ayant eu lieu dans l'établissement.

En cas d'accouchement, l'inscription mentionne l'heure de la naissance et le sexe de l'enfant, les jour et heure de la déclaration faite à la mairie.

Dans le cas prévu à l'article 87 du décret du 29 juillet 1939, d'intervention chirurgicale ou d'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, mention est faite sur le livre-journal de l'accomplissement des diverses formalités prescrites par ledit article 87. Mention est faite, le cas échéant, des circonstances de force majeure ayant rendu impossible l'accomplissement de tout ou partie des formalités.

En cas d'intervention chirurgicale, la nature de celle-ci est indiquée sur le livre-journal, avec émargement du médecin ou du chirurgien qui y a procédé.

Art. 16. — Le médecin ou la sage-femme ayant la direction effective et permanente de l'établissement ou, à défaut, son suppléant, doit veiller personnellement à la tenue régulière du livre journal prévu à l'article 15 ci-dessus.

Art. 17. — Les personnes physiques ou morales exploitant actuellement l'un des établissements visés par les dispositions ci-dessus, devront dans un délai de trois mois à dater de la publication du présent décret, se conformer aux dispositions de ce décret.

Maisons de santé possédant un laboratoire exécutant le diagnostic biologique de la grossesse.

Décret du 18 mai 1940

. . . .

Art. 3. — Sont seuls habilités à exécuter le diagnostic biologique de la grossesse les cliniques et établissements hospitaliers de toute nature, publics ou privés, qui possèdent un laboratoire fonctionnant en conformité des prescriptions des articles 1er et 2 ci-dessus et de celles du décret susvisé du 19 mars 1940.

. . . .

Art. 1er. — Sont seuls habilités à exécuter le diagnostic biologique de la grossesse les laboratoires dont les exploitants, s'étant conformés aux prescriptions des articles 15, 16 et 17 du décret du 19 mars 1940 portant réglement d'administration publique pour l'application du décret du 29 novembre 1939, ont été agréés par le ministre de la Santé publique.

Les dispositions des articles 18, 19, 20, 21, 22, 23 et 24 du décret susvisé sont applicables aux laboratoires visés au paragraphe précédent du présent article.

Art. 2. — Le directeur du laboratoire ou, à son défaut, le directeur adjoint ou le directeur suppléant doit veiller personnellement à la tenue régulière du registre prévu à l'article 92 susvisé du décret du 29 juillet 1939, modifié par l'article 7 du décret du 16 décembre 1939 et à l'inscription sur ce registre des indications prescrites par ledit article.

Note. — *V. pour décret du 29 juillet* 1939 : *J. O., du* 30 *juillet* 1939 ; *pour décret du* 16 *décembre* 1939 *J. O.*, du 18 *décembre* 1939 ; *pour décret du* 19 *mars* 1940 *J. O., du* 21 *mars* 1940 :

Ces différents textes disposent que la direction d'un tel laboratoire doit être assurée par un médecin, un pharmacien, un vétérinaire ou un docteur ès-science pourvu de connaissances spéciales.

L'exploitation en est subordonnée à une autorisation ministérielle donnée après avis du Conseil supérieur d'hygiène sur demande faite sur papier timbré mentionnant les nom, prénoms, profession, domicile et nationalité du propriétaire du laboratoire (des administrations ou gérants responsables s'il s'agit d'une société). Il faut y joindre une déclaration énonçant les nom, prénom, adresse et titres scientifiques du directeur du laboratoire, avec pièces justificatives. Cette demande est adressée au Préfet du département dans lequel fonctionne le laboratoire, qui en délivre récépissé et le transmet avec l'avis de l'inspecteur départemental d'hygiène, au ministre de la Santé publique. Tout remplacement dans le personnel de direction doit faire l'objet d'une déclaration. Tout compte-rendu d'analyse doit porter la signature du directeur.

C. Sanatoriums et Preventoriums

Loi du 7 septembre 1919

instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien de malades dans ces établissements (modifiée par le décret-loi du 30 *octobre* 1935, *la loi du* 28 *août* 1936 *et la loi du* 15 *avril* 1938).

Titre II. — *Des sanatoriums privés*

Art. 7. — Les sanatoriums privés sont les établissements destinés au traitement de la tuberculose, créés soit par des collectivités, sociétés ou associations en dehors des conditions prévues par l'article 1er de la présente loi, soit par des particuliers. Le décret prévu aux paragraphes 1 et 2 de l'article 4 de la présente loi déterminera également les conditions techniques et hygiéniques, d'établissement et de fonctionnement, à imposer aux sanatoriums privés, ainsi que les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique. Les sanatoriums privés restent libres du choix de leurs médecins. (*Art.* 2. *Loi du* 15 *avril* 1938 *modifiant la loi du* 7 *septembre* 1919).

Toutefois, ceux qui auront des traités en cours avec les départements ou qui désirent traiter avec les départements, en exécution de l'art. 5 de la présente loi, devront soumettre la nomination de leur médecin-directeur ou de leur médecin-chef à l'agrément du ministre de la santé publique. L'inobservation de cette disposition entraînera de plein droit la résiliation des traités en cours. (*Art. 2 de la loi du 28 août 1936, modifiant la loi du 7 septembre* 1919).

Art. 8. — Les sanatoria privés ne pourront être ouverts sans une autorisation délivrée par le ministère de la Santé publique.

Par la suite, aucune modification, aucun agrandissement, ni changement, portant sur les bâtiments, le nombre de lits, les aménagements, les conditions d'exploitation et les dispositions du sanatorium ne devront être réalisés sans une autorisation du Ministre de la Santé publique.

Les demandes d'autorisation seront adressées au préfet qui en délivrera récépissé.

L'absence de toute décision ministérielle dans un délai de six mois à compter de la date du récépissé sera considérée comme une autorisation.

Art. 9. — L'inexécution constatée des prescriptions de l'article 8 de la présente loi et du décret prévu à l'article 4 ci-dessus entraînera la fermeture de l'établissement. Celle-ci sera prononcée par le Ministre de la Santé publique, après avis de la Commission de la tuberculose.

Loi du 28 août 1936

concernant les modalités d'installation des sanatoria publics assimilés ou agréés et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques de cure pour tuberculeux.

Art. 1er. — Tout sanatorium destiné aux tuberculeux pulmonaires devra être entouré d'un domaine suffisant pour permettre aux malades la promenade quotidienne sans que ces derniers soient obligés de sortir de l'établissement. La superficie que devra avoir le domaine par rapport au nombre de lits de l'établissement est fixée par décret d'administration publique.

. . . .

Art. 3. — Les tuberculeux pour le placement desquels intervient la participation de l'Etat au prix de journée ne pourront être hospitalisés que dans les sanatoria agréés (publics, assimilés ou privés), à l'exclusion de toute villa, hôtel, pension ou maison de cure.

Art. 4. — Les stations climatiques visées par l'article premier de la loi du 24 septembre 1919 seront subdivisées en stations climatiques de cure pour tuberculeux et en stations climatiques de villégiature.

Le décret prévu par la loi précitée afin d'arrêter la liste de ces stations sera rendu sur avis conforme de l'Académie de médecine.

Art. 5. — Dans les stations de cure pour tuberculeux, le règlement sanitaire type, dit modèle C., devra être appliqué, notamment en ce qui concerne les mesures et règles générales de salubrité qu'il prescrit ; ces stations devront comporter un bureau d'hygiène tel qu'il est prévu par l'article 19 de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, quitte pour la commune à utiliser les installations locales existantes et leur matériel pour la désinfection des crachoirs, linge, literie et logements.

Dans les hôtels, pensions de famille, ou villas meublées, le bureau d'hygiène procédera à des inspections fréquentes et s'assurera de la salubrité rigoureuse des locaux.

Toute location en meublé au domicile de l'habitant, ayant ou recevant des enfants mineurs, devra faire l'objet d'une déclaration au bureau d'hygiène dans un délai de deux jours. Le bureau d'hygiène sera tenu, dans le même délai, de s'assurer que le ou les occupants des locaux loués ne sont pas des malades susceptibles de contaminer ces mineurs.

Toute infraction aux arrêtés municipaux concernant la prophylaxie, commise par les hôtels, pensions, maisons de cure, pourra entraîner la fermeture de ces établissements pendant une période de un à trois mois.

Art. 6. — Dans les stations climatiques de villégiature, aucun sanatorium ne pourra être créé sans que l'avis du Conseil municipal, prévu au paragraphe 8 de l'article 3 du décret du 30 mai 1932, soit favorable à cette création.

Décret du 10 août 1920

relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance de sanatoriums

Art. 37 (*décret du 30 mai 1932*). — Les dispositions du chapitre II du présent décret sont applicables aux sanatoria privés, à l'exception de l'art. 8, dont est seule retenue la disposition faite au premier paragraphe de cet article en ce qui concerne les établissements privés qui reçoivent des malades des services et organisations d'assistance (1).

Voici les dispositions du chapitre II auxquelles se réfère l'art. 37 précité :

Chapitre II. — *Conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums publics ou les établissements assimilés.*

Section I. — *Sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire*

Art. 7. — Les sanatoriums doivent être situés à la campagne à distance des routes très fréquentées et des agglomérations humaines de manière que l'air

(1) *Cette disposition est ainsi conçue* « Art. 8. — Les sanatoriums publics, les établissements assimilés aux sanatoriums publics, ainsi que les sanatoriums privés qui reçoivent les malades assistés, seront réservés à des malades du même sexe. »

ne soit vicié ni par des fumées, ni par des poussières, ni par des produits émanés d'une ville ou d'une usine.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable, sec, être largement ensoleillé, et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants.

Il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion, et une quantité d'eau potable.

Tout sanatorium doit être entouré d'un parc qui lui soit réservé ou avoir à proximité un bois pour l'organisation de la cure d'entraînement.

....

Art. 9. — (*Décret du* 30 *mai* 1932). Il y aura dans tout le sanatorium un nombre de chambres à un lit, dans la proportion d'au moins 10 p. 100 de la population totale des malades.

Les dortoirs devront contenir de 3 à 4 lits, ou plus sans jamais dépasser, cependant, le maximum de 10 lits.

La surface des chambres à un lit sera au moins de 9 mètres carrés et celles des dortoirs d'au moins 6 mètres carrés par lit, avec un minimum de hauteur de trois mètres.

Les dortoirs et les chambres auront une orientation et une disposition, qui permettront de leur assurer, jusque dans les parties les plus profondes, une large aération continue et une durée d'insolation suffisante.

L'air et la lumière devront pénétrer partout, dans les couloirs, les escaliers et toutes les pièces annexes du service des malades.

Dans les lavabos, chaque malade devra avoir sa cuvette individuelle et tous les ustensiles de toilette à son usage particulier ; il disposera également d'un placard personnel, à proximité mais en dehors des dortoirs.

Dans les appentis, aménagés dans les parties nord ou aux extrémités des bâtiments, on placera les chambres de garde, les réserve d'urgence en lingerie et matériel, les installations pour toilette intime, les salles de brossage et casiers à chaussures, les vidoirs, les water-closets à chasse d'eau, qui doivent être répartis au nombre de trois ou quatre par groupe de 25 à 30 malades.

Des robinets seront installés dans les couloirs, à raison de trois au moins pour une section de 25 à 30 lits. Ces robinets seront pourvus d'un pas de vis sur lequel pourra s'adapter un tuyau à lance prêt à servir en cas d'incendie.

Des prises d'eau contre l'incendie devront également être prévues à l'extérieur et à proximité des bâtiments.

L'installation des bains comprendra au moins une baignoire pour 20 malades, en plus une cabine de bains-douches pour 30 à 40 malades.

La salle à manger et la salle de réunion, pour 100 à 120 malades, auront au moins 15 mètres de long sur 9 mètres de large ; elles seront orientées de préférence est-ouest, largement aérées et ensoleillées.

A l'entrée de la salle à manger on aménagera un vestibule contenant des lavabos communs (6 à 8 robinets pour 100 malades), des casiers pour les serviettes et les verres.

Art. 10. — Les locaux seront disposés de manière à permettre une désinfection efficace par le seul nettoyage humide : sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lisses lavables, ripolinées de préférence, mobilier très simple (lits en fer, sommiers métalliques, etc.).

A l'exception de celles qui pourront être aménagées devant les chambres d'isolés à un lit, les galeries de cure seront placées de préférence, à l'extrémité de l'aile du bâtiment, dans le prolongement de chaque couloir d'étage. Dans tous les cas, elles seront bien orientées, indépendantes des chambres de malades et devront toujours être reliées aux bâtiments par un passage couvert. Les galeries de cure auront 4 mètres de profondeur et seront largement ouvertes en avant. Les chaises longues seront disposées sur une seule rangée et on comptera un mètre, au moins, pour chaque place.

Tout sanatorium doit être pourvu d'un service médical comprenant : salle d'attente, salle d'auscultation, installation et rayons X, organisation pour la création et l'entretien du pneumothorax artificiel, outillage pour la désinfection des instruments, une salle d'opération, une salle de pansements et soins spéciaux, service oto-rhino-laryngologique, dentisterie, petite pharmacie ; laboratoire outillé pour la bactériologie, les analyses et les recherches courantes une chambre noire pour les travaux photographique et une réserve pour le classement et la conservation des fims radiographiques.

Art. 11. — En annexe immédiate des cuisines, on trouvera le dispositif pour le lavage et la désinfection par l'eau bouillante carbonatée, de la vaisselle et des ustensiles de table.

Dans tout sanatorium dont le nombre de lits atteindra 50, le linge et le matériel lavable seront obligatoirement lessivés sur place, dans une buanderie pourvue de l'outillage et des annexes nécessaires.

On trouvera, également, une installation pour la désinfection comprenant : le service de stérilisation, par la chaleur, des crachats et des crachoirs ; une chambre à formolisation, et, autant que possible, un autoclave à vapeur sous pression.

La buanderie et les services de désinfection ne devront, en aucun cas, être installés dans une partie des bâtiments occupés par les malades.

Si le linge est lavé en dehors, il sera transporté à la buanderie dans des sacs imperméables, en grosse toile, et ne devra être manipulé qu'après immersion dans des bacs d'essangeage et de trempage.

Les eaux usées et les eaux-vannes seront traitées par un procédé d'épuration reconnu efficace par le conseil supérieur d'hygiène publique de France et le dispositif adopté ne pourra être mis en service, sans une autorisation préalable du préfet, après avis du conseil départemental d'hygiène.

Les restes alimentaires divers, s'ils ne sont pas utilisés pour la nourriture des animaux, les ordures ménagères, les déchets et détritus organiques seront détruits dans un four crématoire, installé loin des bâtiments.

Section II. — *Sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires* (*décret du* 11 *octobre* 1924).

Art. 12 *bis*. — Les sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires doivent être installés dans des conditions telles qu'on puisse y pratiquer, d'une façon efficace, la cure d'air et la cure de soleil.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé contre certains vents dominants.

Il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité d'eau potable suffisante.

Art. 12 *ter*. — Il doit y avoir, dans chaque sanatorium, des lits d'isolement dans la proportion de 10 p. 100 au minimum de la population totale des malades, pour permettre de recevoir les contagieux, les septiques chirurgicaux et les opérés.

La surface des chambres à un lit doit être d'au moins 9 mètres carrés et celles des autres chambres et des dortoirs de 5 mètres carrés par lit.

Les dispositions des paragraphes 4 et 5 de l'article 9 et celles de l'article 10 sont applicables aux sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Art. 12 *quater*. — Tout sanatorium doit justifier qu'il dispose dans ses propres locaux ou à proximité : 1° d'un laboratoire outillé pour la bactériologie et la radiologie ; 2° d'un service dentaire ; 3° d'un service de désinfection.

Il doit être muni : 1° d'une bonne installation pour la désinfection des pansements souillés ; 2° d'un caveau à linge sale, lavable, complètement séparé des services des malades ; 3° d'un nombre suffisant de baignoires et de bains douches.

Il doit y avoir, à proximité des dortoirs, des lavabos à eau courante, des cabinets d'aisance et des galeries d'héliothérapie bien orientées, de plein-pied avec les dortoirs, où les lits pourront être roulés facilement.

Dans les établissements recevant des enfants, les entrants devront être isolés, à leur arrivée, dans un lazaret collectif, où ils subiront une période d'observation d'au moins quinze jours.

Art. 12 *quinquiès*. — Tout sanatorium doit avoir à sa disposition une salle d'opérations, deux salles de pansements, l'une pour les septiques, l'autre pour les aseptiques, une salle de plâtres et une salle de stérilisation chirurgicale.

Pour 100 malades alités nuit et jour, le personnel infirmier doit comprendre au minimum, une surveillante spécialisée, 2 panseuses spécialisées, 8 filles de service de jour et 2 filles de service de nuit.

Pour les autres malades, le personnel infirmier peut être réduit à une panseuse spécialisée, deux filles de service de jour et quatre filles de service de nuit, pour 100 lits.

Art. 12 *sexiès*. — Des dispositions doivent être prises pour qu'en cas d'incendie les malades immobilisés puissent être évacués, avec rapidité et facilité, et sans danger pour leur affection.

Les mesures contre l'incendie sont prises d'accord avec le service local des sapeurs-pompiers.

Art. 12 *septiès*. — Les dispositions de l'article 8 sont applicables aux sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires. L'article 12 est également applicable à ces établissements qui pourront ne pas réunir toutes les conditions exigées par les articles 12 *bis* et suivants ci-dessus.

. . . .

Art. 38 (*Décret du* 29 *octobre* 1936). — En adressant au Préfet la demande d'autorisation prescrite à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, modifiée par le décret du 30 octobre 1935, la collectivité ou la personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra y joindre, en outre des pièces et renseignements exigés sous les numéros 1°, 2°, 4° et 7° de l'article 3 ci-dessus (1), un plan d'ensemble de l'établissement et de ses dépendances ainsi que les plans détaillés des services généraux et des bâtiments affectés au logement et au traitement des malades, avec indication de l'orientation desdits bâtiments et, pour chaque chambre ou dortoir, indication des dimensions et du nombre de lits. Avant de délivrer le récépissé de la demande d'autorisation, le Préfet s'assurera que le dossier a été constitué conformément aux dispositions du présent paragraphe.

Le Préfet fait ensuite compléter le dossier par les pièces et renseignements prescrits sous les numéros, 8°, 9°, 10°, 11° et 12° de l'article 3 susvisé.

Le dossier est enfin transmis au ministre de la Santé publique qui fait procéder à une enquête sur place par un délégué qualifié et provoque, s'il y a lieu, les avis prévus au paragraphe 14° dudit article 3.

Art. 39. — Dans le délai de six mois prévu à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, modifié par le décret du 30 octobre 1935, il sera statué par le ministre de la Santé publique, après avis du comité technique institué en vertu de l'article 3.

L'absence de toute décision ministérielle au cours du délai susvisé, sera considérée comme une autorisation.

Art. 40. — Le ministre de la Santé publique et le Préfet ont le droit de faire surveiller et inspecter les sanatoriums privés par leurs délégués ; ils se font rendre compte de la tenue hygiénique, ainsi que du fonctionnement de ces établissements et s'assurent qu'ils se conforment aux conditions qui leur sont imposées.

L'inexécution constatée des prescriptions du décret entraînera la fermeture de l'établissement qui sera prononcée dans la forme prévue par l'article 9 de la loi du 7 septembre 1919, modifié par le décret du 30 octobre 1935.

(1) *Les pièces et renseignements visés à l'art.* 3, 1°, 2°, 4° *et* 7° *du décret sont les suivantes* :

1° Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

2° La contenance des terrains qui y sont affectés

4° L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;

7° Un questionnaire (dont le modèle sera déterminé par le ministère de la Santé publique dûment rempli.

Circulaire aux Préfets sur le placement de tuberculeux dans des cliniques ou des maisons de santé (interdiction).

(*Direction de l'hygiène et de l'assistance*, 4e *bureau*, 29 *mai* 1935).

Il m'a été signalé que des malades atteints de tuberculose seraient envoyés par les services départementaux de l'assistance médicale gratuite, les dispensaires d'hygiène sociale et les caisses d'assurances sociales, dans des établissements de cure constitués sous la dénomination de « cliniques » ou de « maisons de santé ».

Ces établissements qui ne sont pas spécialisés dans le traitement de la tuberculose et ne reçoivent qu'accessoirement des tuberculeux ne peuvent être considérés comme des sanatoria et échappent, en conséquence, aux prescriptions

de la loi du 7 septembre 1919 et du décret du 10 août 1920.

Or, il n'est pas sans inconvénient de placer des tuberculeux dans ces maisons de santé, dont la plupart n'offrent que des garanties incomplètes, au point de vue de l'hygiène et des soins, et sur lesquelles il est impossible d'exercer un contrôle efficace.

Je vous serais obligé de bien vouloir appeler, sur ce point, l'attention des services de votre département et leur signaler l'intérêt qu'il y aurait à n'hospitaliser les tuberculeux relevant du sanatorium que dans les établissements figurant sur les listes de sanatoriums publiées par mes services et qui vous sont régulièrement adressées, à titre d'annexes à la circulaire de mon prédécesseur, en date du 16 février 1925.

C. Preventoriums

Décret du 17 juin 1938

relatif au fonctionnement et au contrôle des préventoria.

Rapport. — *Pendant la période initiale de lutte contre la tuberculose, il a été fait uniquement appel aux dispensaires et aux sanatoria, et les conditions de fonctionnement de ces établissements ont été réglementées par les lois du* 15 *avril* 1916 *et du* 7 *septembre* 1919.

Or, depuis de nombreuses années, on s'est trouvé dans l'obligation de recourir, pour la protection des enfants, à des établissements d'une autre catégorie désignés sous le nom de « préventoria ».

Sur l'initiative des collectivités publiques et des œuvres privées, ces établissements ont été, en raison de leur utilité, multipliés sur tout le territoire, ils reçoivent d'importantes subventions de l'Etat et des collectivités.

La nécessité de les définir et de préciser leurs modalités de fonctionnement et de contrôle par analogie avec les autres institutions de lutte antituberculeuse, apparaît de jour en jour plus impérieuse.

C'est dans cet esprit que le présent décret a été rédigé. Cette nouvelle réglementation est destinée à renforcer l'unité de notre armement sanitaire et à en améliorer le rendement technique et financier.

Art. 1er. — Les preventoria sont des établissements organisés pour l'application de la cure hygiéno-diététique, comprenant avec l'aération continue, une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel, en régime d'internat sous une surveillance médicale permanente.

Art. 2. — Les preventoria sont affectés à des enfants ou adolescents à cuti-réaction positive, atteints de forme de tuberculose en apparence bénigne, non contagieuse, caractérisée par des séquelles de pleurésie, des séquelles de tuberculose ganglio-pulmonaire, des adénopathies périphériques ou des tuberculoses externes non suppurées et ne relevant pas d'un traitement chirurgical.

Les conditions techniques et hygiéniques d'installation et de fonctionnement des preventoria, les conditions de recrutement et de nomination des médecins de ces établissements ainsi que les conditions dans lesquelles s'exercera à leur endroit la surveillance de l'autorité publique, seront déterminées, suivant les dispositions de la loi du 7 septembre 1919, par un décret pris sur la proposition du Ministre des Finances et du Ministre de la Santé publique, après avis du Conseil supérieur d'hygiène sociale.



II. Organisation Intérieure

1° Les locaux

Maisons de santé et cliniques médicales. — Réalisation d'un bénéfice. — Caractère commercial.

Les maisons de santé et les cliniques médicales qui procurent, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont, en principe, des entreprises commerciales alors même qu'elles sont tenues par un médecin, et quelle que soit l'importance du traitement médical eu égard aux autres fournitures.

Il n'en est autrement que des établissements fondés dans des intentions purement humanitaires et dont l'exploitation ne poursuit la réalisation d'aucun bénéfice.

(Cour de Cassation, ch. civ., 12 novembre 1923).

Note. — *La question était autrefois controversée. On considérait généralement que l'établissement d'une maison de santé rentrait dans la commercialité quand le médecin qui la tenait spéculait principalement sur les fournitures ; par exemple, quand il confiait à des confrères le soin de traiter les malades, ne se réservant que la direction et la gestion de l'établissement* (*V. Trib. com. Seine*, 29 *octobre* 1866), *mais qu'il n'en était pas de même du médecin hospitalisant des malades dans sa clinique pour l'exercice de sa profession, les objets fournis aux pensionnaires n'étant que l'accessoire de ses soins. C'était sur cette distinction que s'était fondée la Cour de Pau dans l'arrêt déféré à la Cour de cassation, mais celle-ci ne l'a pas admise, estimant qu'une maison de santé particulière est toujours une entreprise commerciale.*

Les médecins directeurs d'une maison de santé peuvent donc invoquer le bénéfice de la législation sur la propriété commerciale dont nous indiquons les grandes lignes ci-dessous :

La loi du 30 *juin* 1926, *modifiée par les lois des* 22 *avril* 1927, 13 *juillet* 1933, *et* 2 *février* 1937 *donne aux titulaires d'un bail commercial le droit au renouvellement de ce bail dans les conditions suivantes.*

Bail écrit : *Il faut qu'il y ait eu exploitation commerciale depuis deux ans au moins avant l'expiration du bail.*

Bail verbal : *Exploitation commerciale pendant au moins six ans consécutifs avant le congé.*

Délai pour formuler la demande. *Bail écrit : Deux ans au plus ; dix-huit mois au moins avant l'expiration du bail ou de la prorogation éventuelle. Bail verbal : dans le mois qui suit le congé reçu du propriétaire.*

Durée du renouvellement : *Bail écrit : même durée que le bail précédent, avec maximum de neuf ans. Bail verbal, trois ans.*

Forme de la demande *adressée au propriétaire ou au gérant par exploit d'huissier. Doit mentionner expressément à peine de nullité la forme (exploit d'huissier) et le délai (deux mois à partir de la demande de renouvellement) dans lesquels le propriétaire devra signifier qu'il entend soit reprendre l'immeuble pour l'occuper lui-même ou par sa famille, soit le reconstruire.*

Procédure. — *A défaut d'accord dans les deux mois de la demande, il y a lieu de saisir le président du tribunal civil soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par déclaration au greffe. Tentative de conciliation. En cas de refus de renouvellement aux conditions instituées par le juge, il y a lieu de saisir le tribunal d'une demande d'indemnité dans le mois de la signification du procès verbal de non conciliation.*

2° Le personnel

a) Le personnel non médecin

Comme conséquence du caractère commercial des maisons de santé n'ayant pas un but purement humanitaire, le personnel qu'elles utilisent relève de l'ensemble du Code du travail et de la législation sociale. En particulier ils bénéficien de la loi sur le risque professionnel, de la loi sur les assurances sociales, et sur les allocations familiales. En outre ils peuvent invoquer la législation relative à la durée du travail, à son hygiène, aux contrats collectifs, etc.

Quant au personnel des maisons de santé ayant un caractère de bienfaisance, il échappait jusqu'à présent à la plupart de ces dispositions. Depuis 1938 toutefois il était protégé par la loi sur les accidents du travail. Il était également soumis aux assurances sociales. Mais la récente loi du 21 mars 1941 a étendu à toutes ces catégories de salariés l'application du Code du travail et de la législation sociale. L'assimilation entre les deux catégories est donc actuellement complète.

I. — Qualité du personnel

En principe aucun diplôme n'est exigé. Il n'en va autrement que dans un cas, celui des maternités et maisons d'accouchements.

Décret du 21 mai 1940

portant application du décret-loi du 29 *juillet* 1939

Art. 11. — Les infirmières en service dans un établissement doivent être pourvues du diplôme d'Etat, et mention de leur diplôme doit figurer dans la déclaration prévue à l'article 10 ci-dessus.

II. — Accidents du travail

Maisan de santé — Infirmier — Maladie contagieuse — Accident protégé

Un infirmier de maison de santé qui vit dans l'établissement, qui y est chargé du service des contagieux et qui ne soigne aucun malade contagieux en ville, peut se prévaloir des dispositions de la loi du 9 avril 1898 en cas de maladie contagieuse contractée dans son service. A la différence de la maladie professionnelle qui survient lentement et progressivement, au fur et à mesure que la profession s'exerce, la contagion d'une maladie se produit brutalement et constitue un accident.

(Cour d'Alger, 17 avril 1930).

III. — Conventions collectives

Envoi d'un statut-type du personnel des établissements hospitaliers et d'un projet de convention collective, entre les directeurs de cliniques privées, maisons de santé, sanatoria privés et leur personnel.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en vue de parer à l'éventualité de conflits entre la direction et le personnel des établissements hospitaliers, tant publics que privés, j'ai réuni une commission paritaire chargée d'examiner la situation des ouvriers et employés des établissements sanitaires.

Cette Commission a établi un projet de statut-type du personnel des établissements publics — dont je vous envoie ci-joint copie. Je vous prierais de bien vouloir adresser aux Commissions administratives des établissements publics de votre département, un exemplaire dudit projet, en les invitant à délibérer sur son adoption.

D'autre part, la même Commission a établi un projet de convention-type pour le personnel des établissements hospitaliers privés.

Je vous adresse, à toutes fins utiles, un exemplaire de cette convention. Vous noterez que ce document est muet sur les questions relatives à la rémunération du personnel. Il a été convenu que l'échelle des salaires serait fixée par voie d'accords régionaux.

Il vous appartiendra donc, lorsque vous en serez sollicité par les groupements intéressés, de convoquer une conférence paritaire aux fins d'établissement de l'échelle des salaires dont il s'agit.

Note. — *Nous tenons le texte de la convention à la disposition de nos lecteurs.*

Circulaire du 24 novembre 1936
à MM. les Préfets

Envoi du statut-type du personnel secondaire des sanatoriums publics et assimilés et des preventoriums.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'une Commission a été réunie par mes soins en vue de l'examen de la situation du personnel secondaire des sanatoriums publics et assimilés et des preventoriums.

Cette Commission qui comprenait des représentants de la Fédération du Service de santé et des représentants du personnel de direction des sanatoriums publics, a établi le projet ci-joint, de statut-type, qui fixe, notamment, les conditions de recrutement, d'avancement, les congés et la discipline du personnel secondaire des sanatoriums publics et assimilés et des preventoriums.

Vous voudrez bien soumettre ce statut-type à l'examen des collectivités de votre département, gestionnaires de sanatoriums publics et assimilés et de preventoriums, en les invitant à délibérer sur son adoption.

IV. — Durée du travail

Décret du 22 mars 1937

sur la semaine de 40 *heures dans les cliniques, maisons de santé et tous les établissements hospitaliers* (V. J. O., 24 mars 1937).

Circulaire du 8 septembre 1937

relative aux modalités d'application de la loi du 21 juin 1936 sur la semaine de 40 heures dans les hôpitaux, hospices, etc...

L'article 2 du décret du 22 mars 1937 déterminant les modalités d'application de la loi du 21 juin 1936 sur la semaine de 40 heures dans les hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaires, maisons de santé, asiles d'aliénés et tous établissements hospitaliers tant publics que privés, stipule qu'afin de tenir compte du caractère intermittent du travail, une durée de présence de 45 heures par semaine correspond à 40 heures de travail effectif. Toutefois, lorsque dans une région ou une localité déterminée il est constaté, par des accords intervenus entre les organisations ouvrières et les organisations représentant tous les établissements visés par le décret, que le minimum hebdomadaire de travail correspond à une durée de présence inférieure à celle ci-dessus rappelée, un régime différent tenant compte de ces accords peut être établi par arrêté.

La Fédération générale des personnels des services publics et des services de santé a adressé au Ministre du travail et au Ministre de la Santé publique une demande de révision des dispositions du décret ci-dessus rappelé. Elle demande que les dispositions du paragraphe 1er du décret soient abrogées et qu'il soit stipulé qu'une durée de présence de 40 heures correspond à 40 heures de travail effectif.

....

Le Ministre, Marc Rucart.

V. — Hygiène du travail

Circulaire concernant la protection du personnel des établissements de soins contre les rayonnements nocifs des appareils de radiologie et de curiethérapie.

Paris, le 17 juin 1937.

Le Ministre de la Santé publique à MM. les préfets (inspection départementale d'hygiène).

Il m'a été signalé à diverses reprises que le personnel des établissements de cure appelé à manipuler les appareillages de radiologie ainsi que les produits radioactifs, a vu son état de santé altéré par le rayonnement de ces appareils ou de ces produits.

Or, il existe actuellement des méthodes certaines permettant soit d'éviter les inconvénients dus au rayonnement direct ou secondaire émis par les installations en cause, soit d'en suivre les effets.

Vous voudrez bien demander que soient prises par les personnes qualifiées les mesures de contrôle suivantes au moins deux fois par an :

A. — Dans les laboratoires de recherches ou de traitement d'institutions de cure situées dans votre département :

1° Mesures directes de rayonnement pratiquées dans les locaux où séjourne le personnel ;

2° Prélèvement de l'air respiré par le personnel, en vue d'un dosage de radioactivité.

B. — Dans tous les hôpitaux ou dispensaires soumis à votre contrôle où se pratiquent les examens radiologiques, il y aura lieu de soumettre le personnel appelé, soit à manipuler ces appareils, soit à approcher les malades lors de ces examens, à une analyse semestrielle microscopique du sang, la première ayant lieu obligatoirement à l'entrée en service. Cette analyse sera pratiquée par un médecin spécialement compétent en hématologie, désigné par vous, sur proposition du médecin inspecteur d'hygiène, qui sera à même de suivre ce personnel au cours de plusieurs examens. Ce praticien consignera ses observations et les résultats de ses analyses sur un registre où chaque personne soumise à la surveillance médicale aura sa place réservée.

Lors du contrôle sur place, votre inspecteur départemental d'hygiène voudra bien viser ce registre et s'il constate des cas d'altération du sang procéder à une enquête afin de connaître si les mesures prescrites ont été prises, aussi bien en ce qui concerne l'éviction du personnel malade, que les modifications nécessaires à apporter aux installations existantes.

J'attache la plus grande importance à ce que ces prescriptions soient rigoureusement observées, et à ce que toutes les installations, aussi bien réservées au diagnostic qu'à la thérapeutique, soient munies des dispositifs de protection nécessaires pour éviter l'action nocive des rayonnements directs ou secondaires.

Je tiendrai le plus grand compte de la manière dont ces prescriptions auront été observées lors de la distribution des subventions décernées par mon département.

Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire et me rendre compte sous le timbre « cabinet technique » de chaque cas où il sera décelé un début d'anémie pernicieuse due à l'emploi des appareils de traitement ou de diagnostic de radiologie ou de curiethérapie.

Henri Sellier.

(*J. O.*, 19 juin 1937).

Décret du 5 décembre 1934

sur les mesures particulières de protection applicables aux établissements dans lesquels sont manipulés ou employés les corps radio-actifs et à ceux où sont mis en œuvre les rayons X. (V. *J. O.*, 1er janvier 1935).

Note. — *Le projet prescrit aux chefs d'établissement de distribuer à leurs employés et ouvriers un avis se rapportant aux corps radio-actifs et aux rayons X dont le texte a été fixé par deux arrêtés ministériels du* 26 *décembre* 1934 (*J. O.*, 1er janvier 1935) *et qu'en raison de leur longueur nous ne pouvons publier. Il ne s'agit là que d'un régime transitoire, en attendant qu'intervienne, lorsqu'il sera opportun, un règlement d'administration publique imposant aux établissements intéressés les prescriptions qui auront été reconnues nécessaires.*

VI. — Personnel religieux

Loi du 4 avril 1941

relative aux religieuses attachées au service des établissements hospitaliers.

Rapport. — *En l'état de la législation actuelle, un décret rendu en Conseil d'Etat est nécessaire pour accorder l'autorisation à tous les établissements congréganistes quels que soient leur objet et le nombre des membres qui les composent.*

C'est ainsi que, même les religieuses attachées au service des établissements publics hospitaliers en vertu d'un contrat intervenu, conformément à l'article 8 *de la loi du* 7 *août* 1851, *modifié par la loi du* 9 *février* 1927, *entre les Commissions administratives et leur congrégation, sont tenues d'être pourvues d'un titre d'autorisation.*

Or, ce titre a pour effet de conférer l'existence légale et la capacité civile à des agrégations religieuses qui, du fait de la nature du contrat de louage de services, ne constituent pas des entités juridiques investies du caractère de pérennité inhérent aux créations de droit public.

Il m'est apparu inutile, dès lors, de maintenir, à l'égard de groupements, dont la précarité est le trait essentiel, l'obligation de rechercher l'autorisation par décret imposée par les textes en vigueur.

En ce cas, en effet, aussi bien que s'il s'agissait d'un établissement constitué dans un immeuble appartenant à la congrégation et y poursuivant ses œuvres propres, la procédure d'autorisation reste identique alors que les établissements hospitaliers publics, qui font souvent appel au concours des religieuses, ont déjà passé avec elles un contrat régulier.

Un agrément donné par arrêté ministériel suffirait donc amplement à sanctionner une situation de fait et éviterait, tant en ce qui concerne les établissements hospitaliers publics que les établissements reconnus d'utilité publique, des confusions fréquentes nées de la juxtaposition de deux personnes morales.

Art. 1er. — Les prescriptions édictées par l'article 1er de la loi du 24 mai 1825, l'article 13 de la loi du 1er juillet 1901 et les articles 22 et suivants du règlement d'administration publique du 16 août 1901, ne sont pas applicables aux religieuses attachées au service des établissements publics hospitaliers ou charitables.

Au vu du contrat intervenu entre la congrégation et la Commission administrative desdits établissements en vertu de l'article 8 de la loi du 7 août 1851, ces religieuses seront pourvues d'un agrément administratif par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, pris sur l'avis conforme du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé.

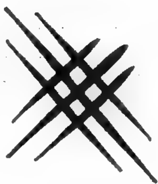
Art. 2. — Le même agrément sera accordé, sur la proposition du préfet, aux religieuses infirmières attachées au service des œuvres privées hospitalières dépendant d'établissements reconnus d'utilité publique.

(*J. O.*, 10 avril 1941).

Religieuses attachées a un établissement industriel ou commercial. — Conditions d'application de la législation sociale.

7.924. — M. Auguste Michel demande à M. le Ministre du Travail : 1° Si les personnes ayant la qualité de religieuses, attachées exclusivement à un établissement industriel ou commercial comme surveillantes, recevant un salaire mensuel, peuvent être admises à faire partie des Assurances sociales obligatoires ; 2° Dans le cas d'une réponse négative, si l'on peut exiger le remboursement des sommes versées à leur nom depuis la mise en application de la loi sur les Assurances sociales. (Question du 9 mars 1934).

Réponse. — La réponse à la question posée par l'honorable député dépend des rapports juridiques existant entre l'établissement industriel ou commercial et les religieuses employées comme surveillantes. Si les religieuses considérées sont employées par l'établissement industriel ou commercial, en vertu d'une convention passée entre cet établissement et la congrégation autorisée, il n'y a pas de contrat de travail entre l'établissement et les religieuses. Celles-ci n'auraient pas, par suite, et sous réserve de la jurisprudence à intervenir, au regard de l'établissement où elles sont employées, la qualité de salariées susceptible de les faire bénéficier de l'assurance obligatoire sous le régime des Assurances sociales et elles seraient fondées, si elles avaient été immatriculées dans l'assurance obligatoire, à demander au service départemental ou interdépartemental, leur radiation et le remboursement des cotisations susceptibles de leur revenir. Si, au contraire, les religieuses susvisées sont employées en vertu d'un contrat direct passé entre elles et l'établissement, et comportant l'attribution d'un véritable salaire, elles doivent être immatriculées sous le régime des Assurances sociales. (*J. O.*, du 24 avril 1934).



Directeur-Gérant : G. Lavalée

Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

ORDRE DES MÉDECINS — DÉONTOLOGIE

SOMMAIRE

BULLETIN DU MOIS

LE CODE DE DÉONTOLOGIE

Ce fameux Code tant attendu, statut fondamental de l'exercice ordonné de la médecine, vient enfin de voir le jour et nous avons tenu à lui faire prendre la place qui lui revient dans la collection de nos suppléments documentaires. Dans son texte actuel, ce n'est au reste encore, malgré sa longue préparation, qu'une ébauche incomplète, car bien des problèmes déontologiques ne pourront être définitivement résolus qu'après des réformes législatives ou des précisions sur le statut définitif de la politique sociale de la France nouvelle. Il en va ainsi spécialement pour les chapitres relatifs au secret professionnel et à la médecine sociale et collective.

Bien plus, nous avancerions volontiers qu'il doit toujours en être ainsi, et qu'un Code de déontologie ne saurait être conçu comme un texte rigide et définitif, analogue à nos Codes juridiques. Recueil d'usages et de coutumes plus que d'articles de loi, ce Code doit « vivre » avec la profession même qu'il veut régir, et il appartiendra aux Conseils départementaux, au Conseil supérieur et, en dernière analyse, au Conseil d'État de compléter peu à peu par leur jurisprudence l'ossature générale qui vient d'être créée. Nous nous proposons à cet effet de recueillir au fur et à mesure, les principales décisions et interprétations et de les insérer sous forme de notes dans nos prochaines éditions du Code de déontologie, de manière à garder à notre supplément sa valeur documentaire permanente.

Quelle est maintenant la valeur juridique de cette déontologie, de cette règle disciplinaire qui vient d'être codifiée et publiée par le Conseil supérieur des médecins ? Est-ce un véritable droit pénal, devant faire l'objet d'une interprétation restrictive et ne frappant en conséquence que les infractions expressément prévues ? A notre avis, une telle conception doit être repoussée. Ainsi que nous l'avons déjà exposé, le droit disciplinaire est bien plutôt une morale professionnelle, complétant les prescriptions générales et minima de la loi pénale. Comme tel, il possède une souplesse bien supérieure à ce dernier, et l'on ne saurait admettre que les Conseils de l'Ordre soient enfermés dans les limites des articles du présent Code, dans leur appréciation des cas particuliers qui leur seront soumis. Ces dispositions ne résultent en effet d'aucun texte officiel, légal, réglementaire.

Elles ne sont point assorties de force exécutoire. Elles représentent bien plus la doctrine des membres du Conseil supérieur qu'une prescription impérative et précise. C'est là un minimum et non point un maximum de morale professionnelle, et le médecin aurait grand tort de croire que « tout ce qui n'y est pas défendu est permis ». N'oublions pas au reste que l'organe juridictionnel est confondu avec l'organe législatif, ce qui accentue encore le caractère discrétionnaire des règles juridiques qu'il promulgue.

Nous n'ignorons point que des avis opposés se sont déjà fait jour. Au cours d'une séance du 4 mars dernier à l'Académie de médecine, M. Richard, conseiller honoraire à la Cour de Cassation, qui a participé de très près à la confection du présent Code (les autres membres de la Commission étant MM. H. Grenet, président, Beau, Bidegaray, Boëlle, Fèvre, Hollier) a développé la thèse d'après laquelle « un Code permettant d'appliquer des sanctions aussi graves devrait être précis et ne contenir aucune expression mal définie ou trop générale ». Mais une telle conception qui tend à transformer la déontologie en droit ne peut à notre sens que tuer l'âme même de la morale professionnelle. C'est là une grave question sur laquelle nous nous proposons au reste de revenir plus longuement.

Il est un point sur lequel nous voudrions insister en concluant. C'est que la déontologie, n'étant pas une règlementation administrative des problèmes médicaux ou médico-sociaux, ne saurait s'appliquer qu'aux seuls médecins relevant de l'Ordre, c'est-à-dire à ceux qui pratiquent l'art de guérir. Il est donc vain de légiférer pour des « tiers », tels que les médecins n'exerçant pas, ou plus, les médecins contrôleurs, les non médecins ou les collectivités. Beaucoup le regretteront, mais l'Ordre des médecins n'est point encore, et ne sera jamais à lui seul, la Corporation de la Santé.

Jean MIGNON.

I. Constitution de l'Ordre des Médecins

A. Loi du 7 octobre 1940

Art. 1er. — **Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un Conseil professionnel dit Conseil de l'Ordre des médecins.**

TITRE I

Section I. *Du Conseil Supérieur*

Article 2. — Il est créé auprès du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur un **Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins.**

Article 3. — Ce Conseil est composé de douze docteurs en médecine, nommés par décret, parmi lesquels sera choisi le Président.

Un membre du Conseil d'Etat exerce, auprès d'eux, les fonctions de Conseiller juridique.

Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Article 4. — Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre.

Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

Il a la garde de son honneur, de sa morale et de ses intérêts.

Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

Il est l'interprète des médecins auprès des Pouvoirs publics.

Section II. *Des Conseils départementaux*

Article 5. — Il est établi, **au chef-lieu de chaque département, un Conseil de l'Ordre des médecins.**

Article 6. — Les membres de ce Conseil au nombre de cinq à quinze sont nommés par le Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, sur la proposition du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Ils sont choisis parmi les docteurs en médecine, qui exercent leur art sur le territoire du département.

Le Bâtonnier de l'Ordre des avocats exercera, auprès d'eux, les fonctions de Conseiller juridique.

Il pourra, par un acte exprès, déléguer ses fonctions à l'un de ses confrères.

Article 7. — Sur toute l'étendue de son ressort le Conseil de l'Ordre des médecins surveille l'exercice de la médecine.

Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le Conseil supérieur de l'Ordre.

TITRE II

Du Tableau et de la Discipline

Article 8. — **Dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des médecins dresse un tableau public des personnes qui remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art.**

Article 9. — L'inscription au tableau est prononcée par le Conseil après vérification des titres du demandeur.

Elle peut être refusée par décision motivée, si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies.

Appel de cette décision pourra être porté devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le Conseil d'Etat, contre la décision du Conseil supérieur.

Article 10. — Au moment de leur inscription au Tableau, les médecins prêtent serment, devant le Conseil de l'Ordre, d'exercer leur art avec conscience et probité.

Article 11. — L'inscription doit être demandée par les médecins au Conseil de l'Ordre du département dans lequel ils sont établis.

En cas de changement de domicile, l'inscription sera transférée au tableau du nouvel établissement, à la diligence de l'intéressé.

L'inscription au Tableau d'un département ne fait pas obstacle à l'exercice de la médecine sur l'ensemble du territoire.

ARTICLE 12. — Le Conseil départemental appellera à sa barre les médecins qui auraient manqué aux devoirs de leur charge.

L'action sera intentée soit à la requête de l'un des membres du Conseil siégeant en Comité secret, soit sur injonction du Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins entendu.

ARTICLE 13.—**Le Conseil pourra, prononcer l'une des peines suivantes :**

1° Un blâme en Chambre du Conseil ;

2° Un avertissement public, avec inscription au dossier personnel ;

3° Une suspension d'une durée maximum d'un an ;

4° L'interdiction à toujours d'exercer la médecine comportant radiation du tableau.

ARTICLE 14.—**Appel, de ces décisions pourra être porté devant le Conseil Supérieur de l'Ordre des médecins, qui statuera sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.**

ARTICLE 15. — L'action disciplinaire des Conseils de l'Ordre ne fait pas obstacle aux poursuites que le Ministre public ou les particuliers voudraient intenter devant les Tribunaux de l'Ordre judiciaire pour la répression des infractions pénales ou la réparation des délits civils.

ARTICLE 16. — Le Conseil départemental assure dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre et en gère les biens. Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'Ordre.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 17. — Les médecins n'auront pas le droit de se grouper en associations syndicales, régies par le livre III du Code du travail.

Les Syndicats des médecins existants à ce jour sont déclarés dissous. Leur patrimoine sera dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les Conseils de l'Ordre après avis du Conseil supérieur, au bénéfice des médecins et de leur famille.

Ces biens seront placés sous séquestre à la requête du Ministère public, par ordonnance du Président du Tribunal civil du ressort. Ils seront liquidés sans frais dans un délai de deux mois et transférés au Conseil départemental de l'Ordre.

ARTICLE 18.—**A l'expiration de l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins et les Conseils départementaux seront dissous de plein droit et remplacés par des Conseils élus.** Les modalités de l'élection seront fixées par des règlements d'administration publique. Ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus.

B. Composition des Conseils de l'Ordre des Médecins

1° Conseil supérieur de l'Ordre

Siège : 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris

PRÉSIDENT

Pr LERICHE, Professeur au Collège de France, Saint-Cyr au Mont-d'Or (Rhône).

VICE-PRÉSIDENT
(pour la zone occupée)

Dr GRENET (H.), médecin des hôpitaux de Paris.

VICE-PRÉSIDENT
(pour la zone non occupée)

BOUDET (G.), Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

MEMBRES

Prof. GIRAUD (Paul), de Marseille.
FEVRE (M.), Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, trésorier.
GERNEZ-RIEUX (C.), Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Lille.
HOLLIER (R.), Médecin praticien à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), secrétaire général.
NEDELEC (M.), Chirurgien à l'Hôpital d'Angers.
ROUX-BERGER (J.), Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
THIBAUDET (E.), Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital de Lorient.
VIAUD (J.), Ophtalmologiste des Hôpitaux de Bordeaux.
VILLEGIER (M.), Médecin praticien à Limoges.

(*Journal Officiel du* 31 octobre 1940.)

SECRÉTAIRE ADMINISTRATIF

Dr DEGUY, (démissionnaire).
Remplacé depuis le 1er Mai 1941, par :
M. PEAUCELLE.

2° Composition des Conseils départementaux

(*Arrêtés du* 4 *et* 13 *décembre* 1940)

AIN

Président :

Duby (Bourg-en-Bresse, 18, rue Lalande).

Membres :

Pelicand, Louis (Bourg-en-Bresse).
Convert, Pierre (Bourg-en-Bresse).
Girardot, Philippe (Belley).
Brette, Paul (Hauteville).
Rigaud, M. (Saint-Rambert-en-Bugey).
Desbos, Clément (Trévoux).

AISNE

Président :

Lemarchal (Laon, 18, rue du Cloître).

Membres :

Bachy (Saint-Quentin).
François, Paul (Bohain).
Glorion (Château-Thierry).
Marquet (Soissons).
Mathie (Saint-Quentin).

ALLIER

Président :

Dufourt, Paul (Vichy, 7, rue Alquié).

Membres :

Tabutin, Maurice (Moulins).
Mercier, Pierre (Montluçon).
Perrin, Albert (La Palisse).
Gibert, Joseph (Commentry).
Dessert, Marcel (Montaiguet-en-Forez).
Huguet, Georges (Saint-Pourçain).
Walter, Henri (Vichy).

ALPES-BASSES

Président :

Jouve, Paul (Digne, avenue Joseph-Reinach).

Membres :

Caire (Manosque).
Devars (Barcelonnette)
Nalin (Forcalquier).
Tron (Forcalquier).

ALPES-HAUTES

Président :

Coronat (Gap, 1, rue Bresson).

Membres :

Blanc, Eugène (Embrun).
Mayoly, (Gap).
Para (Chabottes).
Taravellier (Briançon).

ALPES-MARITIMES

Président :

Figueira (Nice, 6, rue du Congrès).

Membres :

Barillet (Antibes).
Bourgeois-Gavardin (Cannes).
Bufnoir (Cannes).
Carcopino (Nice).
Carlotti, Ph. (Nice).
Colomban (Grasse).
Giovanni (Nice).
Lapouge, Jean (Nice).
Senes (Vallauris).

ARDÈCHE

Président :

Bourret (Privas, 5, cours du Palais).

Membres :

Bouzol (Cheylard).
Cadet (Tournon).
Cleu (Aubenas).
Giraud (Annonay).
Tourasse (Saint-Agrève).

ARDENNES

Président :

Baudouin (Charleville, 120, avenue de Flandre).

Membres :

Bellotte (Vivier-au-Court).
Maquet (Grand-Pré).
Martin, André (Revin).
Tilman, P. (Charleville).
Vassal, Louis (Charleville).
Vilte, Henri (Vrignes-aux-Bois).

ARIÈGE

Président :

Lestrade (Foix, 15, rue des Chapeliers).

Membres :

Munet (Foix).
Nigoul (Saverdun).
Roquejeoffre (Pamiers).
Roques, Fr. (Mirepoix).

AUBE

Président :

Gür (Troyes, rue Paillot-de-Montabut).

Membres :

Chazalnoël (Plancy).
Blouet (Troyes).
Lefebvre, A. (Bar-sur-Aube).
Pucheu (Romilly).

AUDE

Président :

Gibert, Martial (Narbonne).

Membres :

Artigues, Pierre (Narbonne).
Coffinières, Jacques (Castelnaudary).
Fouchet, P. (Lézignan).
Lalaurie (Cuxac d'Aude).
Prax, A. (Limoux).
Soum, Ph. (Carcassonne).

AVEYRON

Président :

Garrigues (Rodez, 13, boulevard de la République).

Membres :

Bonnefous (Rodez).
Capoulade (Espalion).
Cochy de Moncan (Saint-Sernin).
Lagarde (Decazeville).
Olier (Aguessac).
Verdier, André (Millau).

BOUCHES-DU-RHÔNE

Président :

Monges, Pr. (Marseille, 15, cours Pierre-Puget).

Membres :

Charpin, Elisée (Aix).
Chassy, Jean (Arles).
Combes, Jean (Marseille).
Fiolle, Paul (Marseille).
Laplane, Louis (Marseille).
Marcorelles, Amédée (Marseille).
Moiroud, Pierre (Marseille).
Périot (Marseille).
Simon, Jean (Marseille).
Vallette, P. (Marseille).

Calvados

Président :
Lecornu, Pierre (Caen, 17, rue Singer).
Membres :
Caillouë (Falaise).
Gallot, Georges (Honfleur).
Le Rasle, Henri (Caen).
Moles, R. (Cabourg).
Serre (Colombel).
Touraille (Isigny).

Cantal

Président :
Girou (Aurillac, rue des Fargues).
Membres :
Delort (Saint-Flour).
Dupuy, Raymond (Aurillac).
Mezard, Jean (Aurillac).

Charente

Président :
Brothier, Oscar (Villefagnan).
Membres :
Decressac, Jean (Angoulême).
Duroselle (Angoulême).
Fau Georges (Cognac).
Girard, I. L. M. (Confolens).
Harmand (Cognac).

Charente-Inférieure

Président :
Barraud, Georges (Châtelaillon).
Membres :
Demarque, Raymond (Rochefort).
Hude, Henri (Saintes).
Jonchères, Jean (Saintes).
Muffat, René (Saintes).
Monod, Max (Saintes).
Torlais, Jean (La Rochelle).
Trocmé (La Rochelle).

Cher

Président :
Eschbach, Henri (Bourges, 4, rue Porte-Jaune).
Membres :
Chamaillard, Pierre (Aix d'Angillon).
Marchand, I. M. (Sancergues).
Pasquet (Bourges).
Vion, Robert (Mehun-sur-Yèvre).
Malgras, Pierre (Bourges).

Corrèze

Président :
Lacoste, Jacques (Tulle, 14, avenue de Paris).
Membres :
Belcour (Ussel).
Coussieu, Pierre (Brive).
Fleyssac (Treignac).
Verdeaux (Bugeat).

Corse

Président :
Da Passano, Jean (Ajaccio).
Membres :
Abbatucci (Bastia).
Colombani (Ile-Rousse).
Dufour, Paul (Bastia).
Suzini, Marc (Sartène).
Vincentelli (Calenzana).

Côte d'Or

Président :
Petitjean, Pr. (Dijon, 7, rue du Palais).
Membres :
Deguignand, Louis (Dijon).
Florentin (Brétigny-lès-Dijon).
Fonteray, Jean (Mont-Saint-Jean).
Jasey, Marcel (Semur-en-Auxois).
Megret, Robert (Dijon).
Poisot, Marcel (Beaune).

Côtes-du-Nord

Président :
Hutin (Guingamp).
Membres :
Blecon, M. S. (Uzel).
Druais, Jacques (Saint-Brieuc).
Legrand, Lucien (Dinan).
Le Gueut, François (Tréguier).
Pedron, A. (Saint-Brieuc).
Tessier, Gustave (Saint-Brieuc).

Creuse

Président :
Bresard (Guéret, rue Victor-Hugo).
Membres :
Butaud, Jean (Bourganeuf).
Dupic (Aubusson).
Ladure (Boussac).
Montagne (Chambon-sur-Voueïze).

Dordogne

Président :
Gargaud, Pol. (Périgueux, 25, rue F. Lacharmie).
Membres :
Debenais, Henri (Roche-Chalais).
Deguiral, R. E. (Sarlat).
Durieux, Jean (Thiviers).
Gaillard, H. P. (Périgueux).
Lacoste, Georges (Périgueux).
Pautrier (Clairvivre).
Du Seutre, Marie-Auguste (Bergerac).

Doubs

Président :
Baufle (Besançon, 72, rue Granges).
Membres :
Duvernoy (Valentigney).
Gomet (Besançon).
Petrequin, S. (Seloncourt).
Picard, père (Morteau).
Robin, Victor (Montbrisson).
Tisserand (Besançon).
Volmat (Besançon).

Drôme

Président :
Coste, J. (Anneyron).
Membres :
Chevalier-Seyvet (Romans).
Didier, L. (Bourg-de-Péage).
Eynard, G. (Saint-Nazaire-en-Royans).
Morel, J. (Romans).
Perrier (Valence).

Eure

Président :
Fabre, Georges (Verneuil).
Membres :
Bergouignan, Louis (Evreux).
Camus, J.-Pierre (La Barre-en-Ouche).
Champeau, Daniel (Bourth).
Clément, François (Vernon).
Rougeulle (Evreux).
Wagner, Félix (Lieurey).

Eure-et-Loir

Président :
Fayolle (Chartres, 6, rue Chanzy).
Membres :
Foulon, Paul (Chartres).
Frédet, Maurice (Chartres).
Carlotti, J.-P. (Auneau).
Pauchard, Jean (Nogent-le-Roi).
Durand (Courville).
Dugué (Dreux).
Trouvé, Em. (Chateaudun).

Finistère

Président :
Renault, Jean (Quimper, 2, rue René-Madec).

Membres :
Philippon, R. (Brest).
Bienvenue, Alban (Brest).
Vourch (Plomodiern).
Mevel, Yves (Quimper).
Richard, H.-L. (Rosporden).
Savina, Guillaume (Pont-Croix).

Gard

Président :
Reynaud, Maurice (Nîmes, 2, place Ecluse).
Membres :
Blanchard (Uzès).
Chabrol, Henri (Alès).
Coste, Maurice (Nîmes).
Roujon, René (Sumène).
Sollier (Nîmes).
Vincent, Max (Nîmes).

Haute-Garonne

Président :
Roques (Toulouse, 32, rue Paradoux).
Membres :
Alfaric (Cugnaux).
Armaing, G. (Plaisance).
Aversenq, J.-P. (Toulouse).
Cavalié, Jean (Toulouse).
Chansou, J. (Fronton).
Deumié (Toulouse).
Gandy (Saint-Gaudens).
Riser (Toulouse).

Gers

Président :
Lestrade, L. (Auch, 1, rue Ledru-Rollin).
Membres :
Angele (Gimont).
Perrier, L. (Plaisance).
Sardac (Lectoure).
Soubiran (Auch).

Gironde

Président :
Mauriac, Pierre (Bordeaux, 12, rue Vauban).
Membres :
Aubertin, Emile (Bordeaux).
Boisserie-Lacroix (Bordeaux).
Loubat, Etienne (Bordeaux).
Lafargue, Pierre (Bordeaux).
Micheleau, Clément (Coutras).
Delaye, Paul (Le Bouscat).
Darrasse, Maurice (La Teste).
Soubiran, Pierre (Bazas).
Le Barazer, E.-M. (Saint-Emilion).
Moreau, Noël (Bordeaux).
Dufranc, André (Labrède).

Hérault

Le Conseil de ce département n'est pas encore nommé.

Ille-et-Vilaine

Président :
Le Damany (Rennes, 4, rue Le-Bastard).
Membres :
Hardouin, P. (Rennes).
Dufresne, Raymond (Saint-Erblon).
Aubry, Paul (Saint-Malo).
Massot, Henri (Rennes).
Chevrel, Ferdinand (Rennes).
Jourdain, Michel (Saint-Servan).

Indre

Président :
Robert, Louis (Issoudun, 20, rue Victor-Hugo).
Membres :
Asselin, J. (Chateauroux).
Chataignon (Valencay).
Deloulay (Chateauroux).
Felix, Maurice (Chateauroux).
Garnier (Reuilly).

Indre-et-Loire

Président :
Mahoudeau, Albert (Amboise).
Membres :
Abribat, F. (Saint-Flovier).
Brée, E. (Chateau-Renault).
Cosse (Tours).
Desbuquois (Tours).
Gaudeau, D. (Tours).
Salmon, Jean (Tours).
Denoyelle, Lucien (Tours).

Isère

Président :
Bonniot, Albert (Grenoble, 16, boulevard Gambetta).
Membres :
Corneloup, Jean (Grenoble).
Arnaud, Georges (Grenoble).
Sappey, Ferdinand (Grenoble).
Gerin, Maurice (Rives).
Barbier, Gaston (Beaurepaire).
Donady, Daniel (Sanat. Saint-Hilaire-Touvet).
Henry (Vienne).

Jura

Président :
Mermet (Lons-le-Saulnier).
Membres :
Billot (de Champagnole).
Chancenotte, Robert (Fraisans).
Jouvet, Louis (Lons-le-Saulnier).
Romand-Monnier, J. (Lons-le-Saulnier).
Sigaud (Saint-Claude).

Landes

Président :
Beaumont, Léon (Geaune).
Membres :
Daydrein, Pierre (Mont-de-Marsan).
Estivals, J. (Castets).
Gauzere, Gabriel (Tartas).
Lamothe, J. (Roquefort).
Larrouza, Pierre (Dax).

Loir-et-Cher

Président :
Montagne (Cour Cheverny).
Membres :
Audy, Francis (Huisseau-sur-Cosson).
Filloux (Contres).
Gamard, R. (Montoire-sur-Loir).
Laurent, Louis (Romorantin).
Lefranc, Pierre (Blois).
Luzuy, M. (Blois).
Triau, fils (Vendôme).

Loire

Président :
Laurent, Charles (Saint-Etienne, 5, rue de la Comédie).
Membres :
Berard, André (Saint-Etienne).
Gignoux (Saint-Etienne).
Thiollier, Maurice (Saint-Etienne).
Bollet-Donat (Roche-la-Molière).
Rigot (Saint-Chamond).
Vitaut (Charlieu).
Bouysset, Claude (Roanne).
Dupayrat (Montbrison).

Haute-Loire

Président :
Maleysson, M. (Le Puy, 20, boulevard Gambetta).
Membres :
Boncompain (Yssingeaux).
Durand (Le Puy).
Gigante (Sainte-Florine).
Kaeppelin (Le Puy).
Riou, Albert (Chambon-sur-Lignon).

Loire-Inférieure

Président :
Favreul, G. (Nantes, 7, rue Mondésir).
Membres :
Auvigne, R. (Nantes).
Ballet, B. (Nantes).
Bureau, Y. (Nantes).
Chollet (Vertou).
Ertaud, E. (Nantes).
Giroire, Henri (Nantes).
Goubin, L. (Châteaubriant).
Machefer, Michel (Nantes).
Marchand (Saint-Nazaire).
Pacreau (Saint-Nazaire).
Pouzin-Malegue, Mme (Nantes).

Loiret

Président :
Mézie (Orléans, 30, rue Pasteur).
Membres :
Falaize (Orléans).
Guerin (Cépoy).
Levassor (Montargis).
Luizy (Orléans).
Merry (Gien).

Lot

Président :
Constant, Edouard (Payrac).
Membres :
Ayzac (Gourdon).
Besse (Cahors).
De Lapize (Cahors).
Delclaux (Figeac).

Lot-et-Garonne

Président :
Duhamel, J. (Agen, 75, boulevard Carnot).
Membres :
Benquet, Georges (Nérac).
Corcelle (Agen).
Delmas (Agen).
Dubarry (Casteljaloux).
Reilhac (Clairac).

Lozère

Président :
Morel, C. (Mende, boulevard Britexte).
Membres :
Almeyras, C. (Villefort).
Delagrange, Mlle (Mende).
Fleury de la Ruelle (Marvejols).
Joly (Mende).

Maine-et-Loire

Président :
Bigot, Ch. (Angers, 7, rue Grandet).
Membres :
Desvaux, fils (Angers).
Gory, R. (Denée).
Menard (Bécon).
Richard, R. (Saumur).
Sourice (Lion d'Angers).
Testard (Angers).
Veillon (Cholet).

Manche

Président :
Viel, Em. (Cherbourg, 104, rue Emmanuel Liais).
Membres :
Fauvel, Etienne (Coutances).
Le Borgne (Granville).
Le Breton, Alfred (Avranches).
Lefèvre, Ch. (Serizy-la-Forêt).
Oblin, P. (Saint-Lô).
Valleteau de Mouilhac (Cherbourg).

Marne

Président :
Railliet, Georges (Reims, 37, rue Jeanne-d'Arc).
Membres :
Baye, Ch. (Damery).
Chatelin (Reims).
Chevallier, André (Vitry-le-François).
Jacquinet (Reims).
Lagey, P. (Vitry-la-Ville).
Priollet, J. (Chalons-sur-Marne).
Villedé (Reims).

Haute-Marne

Président :
Molly (Bourbonne-les-Bains).
Membres :
Cavalier, P.-J. (Langres).
Chardin (Saint-Dizier).
Kesseler (Chaumont).
Maillefert, Gaston (Chalindrey).

Mayenne

Président :
Amaudrut (Laval, 3, rue d'Anvers).
Membres :
Aubin, Ch. (Laval).
Cumin, A. (Javron).
Lecuit, P. (Château-Gontier).
Oliviéri (Château-Gontier).

Meurthe-et-Moselle

Président :
Vezeaux de Lavergne (Nancy, 37, r. Gustave-Simon).
Membres :
Bodart (Nancy).
Garnier (Nancy).
Mariot (Pont-à-Mousson).
Mathieu (Nancy).
Mutel (Nancy).
Rothan (Toul).
Tabellion (Saint-Nicolas-du-Port).
Thomas, M. (Blamont).

Meuse

Président :
Maillard, Paul (Commercy).
Membres :
Adnet, Jean (Saint-Mihiel).
Guedon (Verdun).
Joyeux, Marcel (Bar-le-Duc).
Marly, Georges (Ligny-en-Barrois).
Pierson, Emile (Saint-Mihiel).

Morbihan

Président :
Augé, Frédéric (Lorient, 56, rue du Port).
Membres :
Denarie, Michel (Vannes).
Geniaux, Hyp. (Ploermel).
Lepipe (Lorient).
Picaud, Louis (Nivillac).
Salomon, Jean (Vannes).
Waquet, André (Auray).

Nievre

Président :
Rollin, Marie (Nevers, 43, rue de la Nièvre).

Membres :
Beaufils (Moulins-Engilbert).
Charpentier (Prémery).
Le Droumaguet (Nevers).
Mahieu, Henri (Nevers).
Roy, J. (Saint-Benin-d'Azy).

NORD

Président :
Duhot, Pr. (Lille, 11, rue Jeanne-d'Arc).
Membres :
Delannoy (Lille).
Flouquet (Malo-les-Bains).
Laffineur (Maubeuge).
Langeron (Lille).
Legrand (Lille).
Lemaitre (Lille).
Lepoutre (Lille).
Monnier (Douai).
Nayrac (Lille).
Pluvinage (Marcoing).
Pruvost, fils (Valenciennes).
Turlur (Tourcoing).
Roussel, F. (Comines).
Vanwerts (Lille).

OISE

Président :
Baranger, André (Beauvais, 31, rue Gambetta).
Membres :
Bataille, J. (Chaumont-en-Vexin).
Blanc (Chantilly).
Debray, Georges (Creil).
Delie (Beauvais).
Poissonnier (Beauvais).
Wurtz (Compiègne).

ORNE

Président :
Eltrich, P. (Alençon, 20, rue de Bretagne).
Membres :
Boullard (Vimoutiers).
Couder (Alençon).
Griveaud (Flers).
Idoux, Georges (Alençon).
Louvel (Tessé-la Madeleine).
Roux (Céaucé).

PAS-DE-CALAIS

Président :
Berche, Aymé (Béthune).
Membres :
Cambier, Jules (Lens).
Delecour, Constant (Noyelle-sur-Lens).
Devulder (Boulogne).
Lamoril, J. (Saint-Pol).
Leclercq (Arras).
Leconte, Charles (Calais).
Quenée, André (Béthune).
Wattez, Omer (Hénin-Liétard).
Willot (Lens).

PUY-DE-DÔME

Président :
Merle, Emile (Clermont-Ferrand, 9, avenue Charras).
Membres :
Dechambre (Clermont-Ferrand).
Fichot (Clermont-Ferrand).
Genillier (Sauxillanges).
Labesse (Durtol).
Luton (Clermont-Ferrand).
Pakowski (Clermont-Ferrand).
Perpere (Mont-Dore).
Richard (Royat).
De Villancourt, (Ambert).

PYRÉNÉES (BASSES-)

Président :
Meunier, Henri (Pau, 31, rue Bayard).
Membres :
David, Etienne (Salies-de-Béarn).
Leymarie, Pierre (Bayonne).
Lafaille, André (Bayonne).
Perret (Bayonne).
Aris, Paul (Pau).
Leremboure (Saint-Jean-de-Luz).
Bouffard (Pau).
Brusset, Jean (Bayonne).
Saupiquet (Pau).

HAUTES-PYRÉNÉES

Président :
Dellon (Tarbes, 45, rue Larrey).
Membres :
Bergugnat (Argelès).
Castets (Tarbes).
Ducastaing (Tarbes).
Thierry (Cauterets).

PYRÉNÉES-ORIENTALES

Président :
Baillat, Georges (Perpignan, place Puig).
Membres :
Baux (Perpignan).
Bès (Port-Vendres).
Cortade (Céret).
Ducos (Perpignan).
Pougault (Maury).

RHÔNE

Président :
Gallavardin, Louis (Lyon, 6, quai J. Courmont).
Membres :
Savy, Paul (Lyon).
Mouriquand, Georges (Lyon).
Santy, Paul (Lyon).
Genet, Lucien (Lyon).
Delorme (Lyon).
Lacroix, Jean (Villeurbanne).
Passot, Jean (Lyon).
Lepine, Paul (Belleville).
Moindrot, Henri (Fontaine-sur-Saône).
Crozat (Givors).
Daujat (Neuville-sur-Saône).
Allemand (Cours).

HAUTE-SAÔNE ET BELFORT

Président :
Engelhard (Luxeuil, 12, rue Marquiset).
Membres :
Bertrand (Lure).
Bourquart (Belfort).
Courtot (Delle).
Duchet-Suchaux (Vesoul).
Juilliard (Rioz).
Lallemand (Héricourt).
Tupin (Gray).

SAÔNE-ET-LOIRE

Président :
Ozanon (Romenay).
Membres :
Armand, Charles (Mâcon).
Aubery (Paray-le-Monial).
Durand (Chalon-sur-Saône).
Lagoutte (Le Creusot).
Michel (Lugny).
Nourrissat (Saint-Bonnet-de-Joux).
Renaud (Autun).

SARTHE

Président :
Mordret (Le Mans, 7, rue des Arènes).
Membres :
Allain (Téloché).

Barbe (Le Mans).
Gallouedec (Parigné-l'Evèque).
Lecat (Bonnétable).
Lucas-Fontaine (Sillé-le-Guillaume).
Nicolle (Le Mans).

SAVOIE

Président :
Blanc, Louis (Aix).
Membres :
Cléret, François (Chambéry).
Masson, Alfred (Chambéry).
Folliet, Louis (Aix-les-Bains).
Brachet, Henri (Albertville).
Debauge, Amédée (Saint-Genix-sur-Guiers).
Clerc, Jacques (Saint-Pierre d'Albigny).

SAVOIE (HAUTE-)

Président :
Gelas, L.-I. (Thonon-les-Bains, 14, boul. Carnot).
Membres :
Cons, Jean (Annecy).
Francina, A. (Evian).
Pelloux, Auguste (La Roche-sur-Foron).
Gay, Paul (Saint-Jeoire-Faucigny).

SEINE

Président .
Lemierre André, (Paris, 3, rue Rabelais).
Membres .
Beau, Henri, (Paris).
Bidegaray (de Courbevoie).
Dansaert, P. (de Saint-Denis).
Drouet, Georges (de Paris).
Léchelle, Paul (Paris).
Lenègre-Thourin (Paris).
Lenormant, Charles (Paris).
Leroux, Louis (Paris).
Lumière, F. (de Paris).
Oberlin, Serge (Paris).
Rabut, Robert (de Paris).
Regaud, Jean (de Paris).
Sorin, Louis (du Bourget).
Wolfromm, G. (de Paris).

SEINE-INFÉRIEURE

Président :
Gibert (Le Havre).
Membres :
Auperin (La Mailleraye).
Delgove (Neufchatel-en-Bray).
Dessaint (Rouen).
Fidelin, Robert (Etretat).
Florion (Lillebonne).
Lechaux (Le Havre).
Payenneville (Rouen).
Savigny (Fécamp).

SEINE-ET-MARNE

Président :
Puig (Choisy-en-Brie).
Membres
Battesti (Chapelle-la-Reine).
Beau, J. (Montereau).
Fontaine (Melun).
Paley (Tournan).
Simon (Couilly).
Tixier (Rebais).

SEINE-ET-OISE

Président .
Ducuing, Jean (Versailles, 18, rue Hoche).
Membres .
Larget, Maurice (St-Germain-en-Laye).
Humbel, Louis (de Poissy).
Mackiewicz, Charles (de Juvisy).
Bisot, André (de Forges-les-Bains).
Butin, Georges (de Pontoise).
Breton, Marc (chirurgien de Pontoise).
Grenier, Jacques (de Maisons-Laffitte).
Lumière, Max (d'Argenteuil).
Remilly, André (de Versailles).
Dresch, Pierre (de Rambouillet).
Bravy, Marcel (de Rosny-sur-Seine).

DEUX-SÈVRES

Président :
Joubert, Gustave (Niort).
Membres :
Bouré, Alexandre (Airvault).
Dupain (Saint-Maixent).
Frere, Paul (Argenton-l'Eglise).
Guyonnet, Léon (Saint-Maixent).
Saint-Paul, Norbert (Niort).
Suire, Pierre (Niort).

SOMME

Président :
Hautefeuille, Pr. (Amiens, 17, rue Millevoye).
Membres :
Caraven, Jean (Amiens).
Carton (Flixecourt).
Fernet (Albert).
Maës (Abbeville).
Poulain (Amiens).
Rinuy (Flesselles).
Vasselle (Amiens).

TARN

Président :
Ducoudray (Albi).
Membres :
Clermont-Pezous, Louis (Villefranche d'Albigeois).
Gourc, Pierre (Albi).
Mimart (Saint-Pierre de Trévisy).
Priou (Lavaur).

TARN-ET-GARONNE

Président :
Méric de Bellefon, Laurent (Montauban).
Membres :
Bernard, Louis (Bourg-de-Visa).
Bosc, Louis (Lafrançaise).
Girot (Castelsarrasin).
Manhavialle (Montauban).

VAR

Président :
Laurès (Toulon, 4, rue Picot).
Membres :
Clément (Saint-Raphaël).
Girard, Ch. (Draguignan).
Jamin (Toulon).
Longchamp (Toulon).
Robin (Hyères).
Salvetti (Cogolin).
Villechaise (Toulon).

VAUCLUSE

Président :
Stefani (Avignon, 2, place Grand-Paradis).
Membres :
Badier (Apt).
Casella (Valréas).
Chabert (Cavaillon).
Godlewski (Sorgues).
Grimaud (Carpentras).
Masquin (Avignon).

VENDÉE

Président :
Choyau (Roche-sur-Yon, 16, place du Théâtre).
Membres :
Henrot (Challans).
Laforge (Fontenay-le-Comte).
Mignen (Pouzauges).
Simonin (La Roche-sur-Yon).
Thébaud (Les Sables d'Olonne).
Allaud (Fontenay-le-Comte).

VIENNE

Président :

Barnsby (Poitiers, 22, rue Arsène-Orillard).

Membres :

Ferrarris (Saint-Sauvan).
Maisondieu (Trimouille).
Michiels, J. (Chauvigny).
Pasqueron de Fommervault (Nieuil-l'Espoir).
Perdoux (Poitiers).
Vezeaux de Lavergne (Montmorillon).
Vincent (Poitiers).

HAUTE-VIENNE

Président :

Filhoulaud (Limoges, 4, rue Brousseaud).

Membres :

Debelut (Chateauponsac).
Fouriaud (Peyrat-le-Chateau).
Jagot Lacoussiere (Saint-Léonard).
Jumeaux-Lafond (Nexon).
Lory, Georges (Limoges).

VOSGES

Président :

Laflotte (Epinal, 23, rue de la Préfecture).

Membres :

Gerard (Saint-Dié).
Hutin (Epinal).
Manteaux (Epinal).
Richaud (Bulgnéville).
Durand (de Gérardmer).
Brahy (de Mirecourt).

YONNE

Président :

Picquet (Sens. 11, boulevard du Mail).

Membres :

Cornet (Auxerre).
Fromont (Ligny-le-Chatel).
Gache (Villefranche).
Koechlin (Avallon).
Matignon (Saint-Julien du Sault).
Schwartz (Sens).

Annexe

1° Communiqués du Conseil supérieur de l'Ordre

I. (Communiqué du 23 novembre 1940).

....

Le Conseil tient, d'autre part, à préciser les points essentiels du programme qu'il se propose de remplir.

L'indépendance professionnelle des médecins sera intégralement respectée : la médecine, non fonctionnarisée, demeurera une profession libérale au sens le plus élevé du mot.

La plus grande initiative sera laissée aux Conseils départementaux de l'Ordre, le Conseil supérieur devant exercer surtout, outre son pouvoir disciplinaire, un rôle de direction générale et d'organisation morale et matérielle.

Le Conseil supérieur de l'Ordre, avec l'appui des Conseils départementaux, aura à cœur de maintenir et d'élever la moralité de la profession. Un Code de déontologie, qui sera incessamment promulgué, précisera les règles essentielles qui devront être respectées, sous peine de sanctions sévères. En particulier la publicité, le charlatanisme sous toutes ses formes, l'usurpation de titres, la dichotomie seront formellement condamnés.

Le Conseil supérieur de l'Ordre s'attachera, avec le concours des Conseils départementaux, à l'organisation de la profession. Dès maintenant sont mis à l'étude les prêts d'honneur, les retraites facultatives à partir d'un certain âge, les allocations familiales.

Les assurances mutuelles et les œuvres créées par la Confédération générale des Syndicats ou par l'initiative privée seront conservées et développées.

Le Conseil de l'Ordre s'efforcera donc de remplir un double rôle, d'une part en fortifiant le sentiment du devoir chez les médecins, et, d'autre part, en leur permettant de vivre honorablement et en leur assurant une vieillesse digne après une existence laborieuse.

....

II. — (Communiqué du 7 janvier 1941).

Il a été décidé qu'aucun groupement d'études corporatives ne pourra se constituer et fonctionner s'il n'a préalablement déposé ses statuts au Conseil supérieur de l'Ordre et obtenu son autorisation.

Par ailleurs, ces groupements devront rendre compte de leur activité au Conseil supérieur de l'Ordre.

....

2° Loi du 2 avril 1941 (n° 1471)

relative à la création ou à l'extension de cabinets médicaux

ARTICLE 1er. — Les dispositions du décret du 20 mai 1940 sont abrogées en ce qui concerne les cabinets médicaux.

L'exercice de la médecine est et demeure soumis aux conditions fixées par les lois des 30 novembre 1892, 7 août 1940 et 7 octobre 1940.

Toutefois, aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

ARTICLE 2. — **Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins pourra, sur demande du Conseil départemental, fixer par délibération spéciale le nombre maximum de médecins susceptibles d'exercer leur art dans un département. Ce nombre ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui des médecins en exercice dans ledit département à la date du 1er septembre 1939.**

L'application de cette décision incombera au Conseil départemental de l'Ordre. L'inscription au Tableau institué par l'article 8 de la loi du 7 octobre 1940 ne pourra être refusée par le Conseil départemental, pour motifs tirés de l'encombrement de la profession, à moins que l'inscription sollicitée n'ait pour effet de dépasser le maximum fixé par la délibération du Conseil supérieur.

ARTICLE 3. — Les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter les dites autorisations. En cas de refus, appel de la décision pourra être porté devant le Conseil supérieur, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

(*J. O.*, 18 avril 1941).

3° Application à l'Algérie de la législation sur l'Ordre des médecins

Décret du 29 Janvier 1941

rendant applicable à l'Algérie la loi du 7 octobre 1940 *instituant l'Ordre des médecins* (*J. O.*, 4 février)

ART. 1er. — La loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est déclarée applicable à l'Algérie sous réserve des modifications et des additions ci-après.

ART. 2. — L'article 4 est ainsi complété :

« Parallèlement au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins siégeant auprès du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, il est créé auprès du Gouverneur général de l'Algérie un Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

« Ce Conseil est composé de dix docteurs en médecine, nommés par décret sur une liste de présentation établie par le gouverneur général et comprenant un nombre de noms double de celui des membres à nommer ; le président, choisi parmi les membres du Conseil, est également nommé par décret ; en cas d'égalité de suffrages, sa voix est prépondérante.

« L'un des inspecteurs généraux de l'Administration en Algérie, désigné par le gouverneur général, exerce auprès du Conseil les fonctions de conseiller juridique.

« Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

« La périodicité des réunions du Conseil supérieur algérien est la même que celle du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Les attributions dévolues à ce dernier organisme sont exercées en Algérie par le Conseil supérieur algérien.

« Toutefois, les règlements visant l'organisation et la discipline de l'Ordre que le Conseil algérien est appelé à élaborer pour atteindre les buts qui lui sont assignés ne deviennent exécutoires qu'après avoir reçu l'agrément du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ».

ART. 3. — L'article 5 est complété ainsi qu'il suit :

« La compétence du Conseil de l'Ordre de chacun des départements algériens s'étend aux circonscriptions des territoires du Sud qui constituent leur prolongement géographique, soit au territoire d'Aïn-Sefra pour le Conseil départemental d'Oran, au territoire de Ghardaïa pour le Conseil départemental d'Alger, aux territoires de Touggourt et des Oasis pour le Conseil départemental de Constantine ».

ART. 4. — Le paragraphe 1er de l'article 6 est ainsi modifié :

« Les membres de ce Conseil, au nombre de dix, sont nommés par le gouverneur général de l'Algérie, sur la proposition du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

ART. 5. — Le deuxième paragraphe de l'article 7 est modifié comme suit :

« Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

ART. 6. — Le dernier paragraphe de l'article 9 est modifié comme suit :

« Appel de cette décision pourra être porté devant le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le Conseil d'Etat contre la décision du Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins ».

ART. 7. — Le premier paragraphe de l'article 11 est modifié comme suit :

« L'inscription doit être demandée par les médecins au Conseil de l'Ordre du département dans lequel ils sont établis o   ont ils relèvent ».

ART. 8. — Le deuxième paragraphe de l'article 12 est modifié comme suit :

« L'action sera intentée soit à la requête de l'un des membres du Conseil siégeant en comité secret, soit sur injonction du gouverneur général de l'Algérie, le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins entendu ».

ART. 9. — L'article 14 est ainsi modifié :

« Appel de ces décisions pourra être porté devant le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat ».

ART. 10. — L'article 15 est ainsi complété :

« Les peines disciplinaires prononcées à l'égard d'un médecin rétribué sur le budget de l'Algérie, des territoires du Sud, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public, devront être notifiées au Gouverneur général de l'Algérie et au préfet du département intéressé. Ces sanctions ne pourront faire obstacle aux sanctions disciplinaires administratives susceptibles d'être prises à l'encontre des médecins assurant un service public ».

ART. 11. — La phrase finale de l'article 16 est ainsi modifiée :

« Il fixe, d'accord avec le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'Ordre ».

ART. 12. — L'article 18 est ainsi modifié :

« A l'expiration de l'année qui suivra la promulgation du présent décret, le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous de plein droit ».

II. Déontologie et Statuts de la profession médicale

Liste des spécialités officiellement reconnues par le Conseil supérieur de l'Ordre

Instructions pour l'application du Code de déontologie

Vu la loi du 7 octobre 1940, et notamment son article 4 aux termes duquel le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins « maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre, assure le respect des « lois et règlements qui le régissent, a la garde de « son honneur, de sa morale et de ses intérêts, fait « tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour « atteindre ces buts »,

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins,

Décide :

ARTICLE PREMIER. — En dehors des cas prévus par les lois et règlements régissant la profession médicale, les médecins sont tenus de se soumettre aux dispositions prévues par le *Code de Déontologie* publié ci-après :

ART. 2. — **Les infractions aux dispositions dudit Code seront poursuivies devant les Conseils de l'Ordre des médecins qui prononceront des sanctions, conformément aux pouvoirs qui leur sont conférés. (Art. 12, 13 et 15 de la loi du 7 octobre 1940).**

A) Code de déontologie

et statuts de la profession médicale

Le médecin est au service des malades ; c'est un service sacré. Il doit l'assurer en toutes circonstances, même au prix de son propre intérêt et au risque de sa vie. Il doit garder le sens de la responsabilité sociale et ne jamais aliéner son indépendance professionnelle. Par la dignité de sa vie, il doit faire respecter en sa personne la médecine tout entière.

C'est sur ces principes qu'est établi le Code de déontologie. Il est impératif : tout manquement à ses prescriptions entraîne des sanctions.

Les Conseils de l'Ordre ont un pouvoir disciplinaire qui leur permet, non seulement de punir les infractions au présent code, mais aussi les violations des lois réglementant l'exercice de la médecine. Ils ont d'ailleurs de larges pouvoirs d'appréciation des fautes contre le devoir professionnel.

TITRE I. — Devoirs généraux du médecin

ARTICLE PREMIER. — Un médecin ne peut, en aucun cas, se refuser à donner des soins d'urgence. Devant un malade en danger imminent, il n'a qu'un devoir : lui porter sans retard les secours utiles. L'urgence prime tout.

Une fois les premiers soins donnés, les règles du Code de Déontologie reprennent toute leur valeur.

ART. 2. — Le médecin ne doit pas abandonner son poste en cas de danger (épidémie, guerre, émeutes, etc.). Hors le cas de maladie grave, il ne peut alors le quitter que sur un ordre formel émanant d'une autorité supérieure et dûment qualifiée.

ART. 3. — **L'exercice de la médecine est incompatible avec tout mandat politique soumis à l'élection.** Il doit être cessé trois mois avant tout acte de candidature.

ART. 4. — Il est interdit à tout médecin de faire de la publicité.

Est permise seulement l'inscription des nom, prénoms, titres universitaires, scientifiques ou professionnels, spécialité exercée avec autorisation du Conseil départemental de l'Ordre, domicile personnel ou adresse du cabinet médical, jours et heures de consultation, numéro de téléphone.

Cette inscription peut être faite dans les publications autorisées par le Conseil de l'Ordre, telles que : annuaires, listes d'abonnement téléphonique, journaux professionnels, et sur les plaques exposées au dehors. Ces plaques ne sont permises que sur l'habitation ou la clinique, et doivent comporter le nom du médecin ; leurs dimensions ne doivent pas dépasser 50 centimètres de côté.

Ne sont considérés comme titres universitaires, scientifiques ou professionnels que ceux dont la liste est établie et tenue à jour par le Conseil supérieur de l'Ordre.

Les articles de vulgarisation dans les journaux destinés au grand public doivent — sauf autorisation par le Conseil départemental de l'Ordre —, paraître sans signature (le pseudonyme n'est pas admis). Ils ne doivent comporter que des indications d'ordre général relatives aux grandes questions de médecine ou d'hygiène et doivent éviter toute mention de caractère commercial (telle que : laboratoire commercial d'analyse, spécialité pharmaceutique ou orthopédique, etc.).

Aucune conférence de vulgarisation ne doit être faite devant le public ou par T. S. F. sans l'agrément du Conseil départemental de l'Ordre.

Il en est de même des enregistrements de causeries médicales sur disques de phonographes et, d'une manière générale, de tout mode de vulgarisation médicale.

Aucune interview à un journal destiné au grand

public ne doit être donnée sauf autorisation du Conseil départemental de l'Ordre.

Ce règlement s'applique même aux personnes n'exerçant plus leur profession.

ART. 5. — Sont interdits :

1° L'usurpation de titres ou tous procédés destinés à tromper le public sur la valeur des titres que l'on possède.

2° Les promesses fallacieuses de guérison.

3° Les bénéfices excessifs ou injustifiables dûs à l'usage habituel de thérapeutique dont l'efficacité n'est pas suffisamment établie par les preuves scientifiques ou par l'usage.

Et, d'une manière générale, toute tromperie des malades dans un but de lucre.

ART. 6. — Sont interdits :

1° Tout versement ou acceptation clandestine d'argent.

2° Toute commission à quelque personne que ce soit.

3° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque, par exemple : examens, prescriptions de médicaments, d'appareils, envoi dans une station de cure ou maison de santé, etc.

4° Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade ou à un blessé.

5° Tout acte dont peut résulter, pour le malade, un bénéfice illicite.

6° Toute protection accordée à un fauteur d'exercice illégal de la médecine.

7° Toute collaboration à une entreprise commerciale de soins organisée à leur profit par des personnes étrangères à la médecine et dont le médecin est un agent rémunéré.

8° Toute collaboration à une entreprise de soins où le médecin n'a pas sa complète indépendance professionnelle.

ART. 7. — Il est interdit à un médecin exerçant la profession médicale d'exercer toute autre profession para-médicale et, en particulier, s'il est pourvu du diplôme de pharmacien, de tenir officine ouverte.

Cette interdiction ne s'applique pas aux médecins dits propharmaciens.

DEVOIRS ENVERS LE MALADE

ART. 8. — Le médecin doit le même dévouement à tout malade, quelles que soient la situation de celui-ci, sa fortune, sa moralité ou la gravité de son état.

ART. 9. — Le médecin doit avoir le plus grand respect de la personne humaine. Cette règle morale doit être présente à l'esprit de tout médecin employant une thérapeutique nouvelle.

Il est interdit de mettre les ressources de la médecine (morphine, cocaïne, barbyturiques, etc.) au service des passions ou des appétits illicites.

ART. 10. — Le médecin doit soulager la souffrance mais en conservant toujours le plus grand souci de la vie humaine.

ART. 11. — Le médecin n'a pas à s'immiscer inconsidérément dans les affaires de famille. Il doit néanmoins, tout en respectant la liberté des malades, les aider à assurer leurs intérêts matériels et spirituels. Il doit, quelles que soient ses propres convictions, indiquer le moment opportun pour que les malades ou leurs proches puissent faire appel, s'ils le désirent, au ministre d'un culte, à un officier de l'état civil, à un notaire.

ART. 12.— **Le médecin ne doit pas délivrer de certificats de complaisance**. En dehors des sanctions disciplinaires, il s'expose aux sanctions prévues par l'article 160 du Code pénal.

DEVOIRS ENVERS LES CONFRERES

ART. 13. — Tout médecin qui a un dissentiment professionnel avec un confrère et qui n'a pu réussir à l'aplanir, doit en saisir le Président du Conseil départemental de l'Ordre : celui-ci doit tenter d'abord la conciliation. Si elle échoue, il porte la question devant le Conseil supérieur de l'ordre.

ART. 14. — Dans toute publication médicale, un médecin ne peut utiliser les documents ou résultats d'examens spéciaux qui lui ont été fournis par ses confrères qu'en mentionnant la part prise par ces confrères à leur établissement.

TITRE II. — **Devoirs du médecin en clientèle libre**

SECTION I. — DEVOIRS ENVERS LES MALADES

ART. 15. — Tout malade ayant le droit de changer de médecin, le médecin traitant ne doit apporter aucun obstacle à l'exercice de ce droit. Le nouvel appelé, de son côté, est tenu de se conformer aux prescriptions de l'article 28.

ART. 16. — Tout médecin est libre de refuser ses soins à un malade, sauf les cas d'urgence, d'engagements antérieurs, de réquisition légale et ceux où il risquerait de manquer aux devoirs d'humanité. S'il croit avoir des raisons valables de cesser ses soins, il doit s'assurer au préalable qu'un confrère, mis au courant par lui, le remplacera.

ART. 17. — Le médecin est toujours libre de ses prescriptions. Il doit cependant tenir compte de la situation et des moyens économiques de son malade et, le cas échéant, à efficacité égale, éviter les traitements dont la prescription est particulièrement coûteuse.

SECTION II. — DES HONORAIRES

ART. 18. — Il convient de traiter les questions d'honoraires avec tact et mesure : il ne faut pas qu'un médecin puisse être accusé de cupidité.

ART. 19. — Le médecin ne doit pas réclamer d'honoraires à ses confrères, aux parents à la charge de ses confrères, aux étudiants en médecine.

Il est autorisé à accorder la gratuité aux membres des professions connexes et à ses auxiliaires habituels.

Les intéressés pourront néanmoins proposer, et le médecin pourra légitimement accepter le remboursement des frais engagés par ce dernier.

Le médecin a toujours le droit, lorsqu'il accorde la gratuité d'accepter les remboursements effectués par les assurances sociales.

En dehors de ces cas, il ne doit pas, habituellement, demander d'honoraires inférieurs aux honoraires minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre, ainsi qu'il est dit à l'article 21 ci-après.

Art. 20. — Tout bénéficiaire d'une loi d'assurance ou d'assistance sociale cesse d'être indigent à l'égard de son médecin et lui doit des honoraires normaux.

Art. 21. — Il est **interdit** au médecin de pratiquer directement ou par voie détournée **l'abaissement habituel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre.**

Tout en restant dans la limite des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre, le médecin doit proportionner ses honoraires à la situation de fortune du malade. En cas de contestation, le Conseil départemental de l'Ordre pourra être appelé à demander des justifications au médecin et, après enquête, statuera en tenant compte de la situation de fortune du malade, des titres et de la notoriété du médecin, ainsi que de l'importance du service rendu. Sa décision devra être acceptée sauf recours devant le Conseil supérieur.

Art. 22. — **En principe le forfait** pour la durée ou l'efficacité d'un traitement **est interdit.**

Il est néanmoins permis pour un accouchement, une opération chirurgicale, un traitement physiothérapique, un traitement dans une station de cure ou dans un établissement médical.

Art. 23. — **Tout partage caché (dichotomie) est déshonorant en soi et immoral.**

Tout partage d'honoraires entre un médecin traitant et un médecin consultant ou spécialiste est formellement interdit. Les honoraires doivent être remis à chacun séparément.

Tout partage d'honoraires entre médecin et chirurgien ou spécialiste, à l'occasion d'une intervention, **est formellement interdit**. Chacun d'eux doit présenter sa note **personnelle.**

Si une opération a été pratiquée, le chirurgien ou le spécialiste doit préciser, par écrit (même si les honoraires sont remis sans qu'une note ait été envoyée), que la part du médecin traitant n'est pas comprise.

Il est toléré, en cas d'opération, **qu'une note commune soit remise sous les réserves suivantes :**

1° Elle ne peut porter que sur une **période de vingt jours** à dater du jour de l'opération ;

2° **le caractère global doit en être notifié** au malade ou à ses proches, **avec l'indication de la part respective** de chaque médecin pour soins donnés de telle date à telle date ;

3° elle doit **mentionner expressément** que **les honoraires seront remis directement** à chacun par le malade ou par ses proches. En aucun cas, le chirurgien ne doit être chargé de remettre lui-même les honoraires au médecin traitant.

Les mêmes indications doivent être fournies si les honoraires sont remis directement sur simple demande orale et sans envoi de note.

Art. 24. — La participation du médecin traitant aux honoraires dus pour une opération à laquelle il assiste ne doit, en aucun cas, dépasser l'équitable rémunération de sa collaboration effective. Il est donc **interdit** d'établir un **rapport fixe entre le taux des honoraires chirurgicaux et celui des honoraires médicaux.**

Section III. — Devoirs envers les confrères

Art. 25. — Tout médecin qui se fait **remplacer pour une durée de plus de vingt jours** doit en **informer** par lettre recommandée, **le Président du Conseil départemental** de l'Ordre, en indiquant le nom de son remplaçant et, si celui-ci est un étudiant, sa scolarité.

Si le médecin qui **cesse définitivement sa clientèle** veut se faire remplacer, il doit en **informer le Président du Conseil départemental**, par lettre recommandée avec accusé de réception, en désignant son remplaçant. Ce dernier doit recevoir ou avoir reçu précédemment l'agrément du Conseil de l'Ordre.

Dès l'installation du remplaçant, le médecin remplacé à titre définitif perd le droit d'exercer dans un rayon de 20 kilomètres, sauf dérogation autorisée par le Conseil de l'Ordre.

Art. 26. — Il est interdit à un médecin de s'installer à moins de 20 kilomètres d'une localité où il a été appelé par un confrère comme remplaçant, sauf accord entre les intéressés ou autorisation du Conseil départemental de l'Ordre.

Il est interdit à un médecin de s'installer dans la maison habitée par un confrère sans l'agrément de celui-ci.

Art. 27. — Il est interdit à un médecin de faire gérer par un confrère un autre cabinet.

Il est **interdit** à un médecin installé dans une commune d'établir une **consultation dans une autre commune.** Toutefois, un spécialiste qualifié peut être autorisé à donner des consultations périodiques dans une commune où il ne réside pas. Le Conseil départemental de l'Ordre a qualité pour permettre à cet égard toutes dérogations à la règle, suivant les cas particuliers.

Art. 28. — Le médecin appelé auprès d'un malade traité par un de ses confrères ne doit pas donner son concours, hors les cas d'urgence ou de consultation avec ce confrère, s'il n'a l'assurance que les conditions suivantes sont remplies :

1° Le malade, ou à défaut sa famille, renonce formellement au concours du premier médecin.

2° Le confrère a été informé de cette décision.

3° Le client a réglé à ce confrère sa note d'honoraires ou a pris envers lui des engagements valables.

Art. 29. — Toute visite clandestine au malade soigné par un confrère est interdite.

Art. 30. — Toute offre de service faite au malade soigné par un confrère est interdite.

Art. 31. — Le médecin appelé en l'absence du médecin traitant auprès d'un malade doit, après avoir donné, s'il y a urgence, les soins nécessaires,

informer son confrère et cesser ses visites dès le retour de ce dernier.

SECTION IV. — DE LA CONSULTATION ET DES RAPPORTS ENTRE MÉDECINS TRAITANTS, CONSULTANTS, ET SPÉCIALISTES

ART. 32. — Lorsqu'une consultation médicale est demandée par la famille ou par le médecin traitant, celui-ci peut indiquer le consultant qu'il préfère, mais il doit laisser la plus grande liberté à la famille et accepter le consultant qu'elle désire si la valeur de ce confrère est connue ; il doit s'inspirer avant tout de l'intérêt de son malade.

Le médecin traitant peut se retirer si on veut lui imposer un consultant qu'il refuse pour des raisons personnelles ou parce qu'il le juge incapable ; il ne doit à personne l'explication de son refus.

Les mêmes prescriptions sont valables pour le choix d'un chirurgien ou spécialiste ou d'un établissement médical.

C'est le médecin traitant qui doit prévenir le ou les consultants et s'entendre avec eux sur le jour et l'heure de la consultation, sauf le cas où il s'est déporté (1).

ART. 33. — Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère exige une **thérapeutique médicale ou chirurgicale destinée à interrompre la grossesse**, le médecin traitant ou le chirurgien n'a le droit d'intervenir, si la mère l'accepte, qu'après avoir pris l'**avis de deux médecins consultants, dont l'un choisi sur la liste des experts près le Tribunal civil** (2). Tous trois doivent, après examen, attester par écrit qu'ils estiment l'interruption de la grossesse nécessaire pour sauver la vie de la mère. Un des exemplaires de la consultation est conservé par la malade, les trois autres par chacun des trois médecins.

Dans le cas exceptionnel d'extrême urgence, qui ne permettrait pas la consultation préalable ci-dessus indiquée, le médecin traitant doit, dans les douze heures de l'intervention, en rendre compte au Président du Conseil départemental de l'Ordre, par lettre recommandée.

Tout médecin doit connaître les prescriptions religieuses touchant cette question, pour ne pas forcer la conscience des malades, pour éclairer ceux-ci s'il y a lieu et aussi pour régler sa propre conduite.

Lorsque l'avortement thérapeutique est susceptible de sauver la vie de la mère, si le médecin estime que sa conscience ne lui permet pas de la conseiller ou d'y prendre part, il doit cesser ses soins et en donner le motif, et se conformer alors aux prescriptions de l'article 16.

ART. 34. — En cas de divergence d'opinion au cours d'une consultation, le médecin traitant peut refuser de prendre la responsabilité de la prescription du médecin consultant. Il doit alors en prévenir le malade ou de préférence ses proches, demander une autre consultation et, si elle est refusée, se retirer à moins que l'on accepte de suivre ses propres conseils.

ART. 35. — Le médecin consultant ne doit revoir le malade qu'appelé par le médecin traitant.

Dans aucun cas un médecin ne peut devenir médecin traitant du malade auprès duquel il a été appelé comme consultant, sans l'autorisation formelle du médecin qui l'avait appelé en consultation.

ART. 36. — Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner ses conseils et ses soins à tous ceux qui se présentent à lui, même s'ils ont habituellement un autre médecin traitant.

ART. 37. — Les chirurgiens, les spécialistes, les médecins de station de cure auxquels un malade est personnellement adressé par un médecin doivent envoyer par écrit à ce confrère le résultat de leur examen.

Leur mission spéciale terminée, il leur est interdit de rester en relation d'ordre médical avec le malade, pour d'autres soins que ceux de leur spécialité.

ART. 38. — Dans l'intérêt du malade, un chirurgien ou un spécialiste consulté directement doit s'efforcer de connaître le nom du médecin traitant et, si le malade en a un, se mettre en rapport avec lui.

ART. 39. — Le médecin titulaire du diplôme d'une des spécialités énumérées plus loin, et exerçant ladite spécialité, s'interdit par cela même l'exercice habituel de la médecine générale (3).

Le médecin de médecine générale est autorisé à donner les soins courants aux malades relevant des spécialités (traitement de la syphilis, accouchement, etc.), et à faire, s'il est isolé, des interventions d'urgence, sous réserve d'en rendre compte au Conseil départemental de l'Ordre. (Ces instructions ne sont données qu'à titre provisoire et indicatif, un statut des spécialités devant faire partie d'une étude d'ensemble que prépare le Conseil supérieur de l'Ordre.)

TITRE III. — **Du secret professionnel**

SECTION I. — RÈGLES GÉNÉRALES PRÉAMBULE

— La loi interdit aux médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi qu'aux pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, de révéler ces secrets (art. 378 du Code pénal, modifié par l'art. 3 du décret du 29 novembre 1939, sur la prophylaxie des maladies vénériennes.)

(1) *S'est déporté* :

Terme juridique indiquant, dans le cas particulier, que le médecin s'est récusé pour la consultation tout en continuant à garder la surveillance et la responsabilité des soins à donner au malade.

(2) L'expert près le Tribunal civil est indiqué ici en conformité avec les dispositions du Code de la famille, mais il paraît souhaitable que cet article soit modifié dans un sens plus large.

(3) La question des diplômes de spécialistes sera ultérieurement réglée.

Mais elle prescrit la déclaration de certaines maladies épidémiques, les fonctionnaires qui reçoivent la déclaration étant tenus au secret dans la même mesure que les médecins (loi du 15 février 1902 sur la déclaration obligatoire des maladies épidémiques).

Elle permet à tout médecin — s'il constate qu'un malade de l'un ou l'autre sexe atteint d'accidents vénériens expose un ou plusieurs individus à la contagion — de prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence commise par ce malade, le médecin qui use de cette faculté ne peut en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie (décret du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes).

La loi autorise, sans les y obliger, les médecins, chirurgiens et autres personnes visées par l'art. 378 du Code pénal, à dénoncer les avortements jugés par eux criminels et dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions ; cités en justice pour une affaire d'avortement, ils demeurent libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine (art. 20 du décret du 29 juillet 1939 sur la famille).

Ainsi sont mises en évidence :

1° l'obligation générale du secret ;

2° une dérogation formelle : la déclaration obligatoire des maladies contagieuses prévues par la loi ;

3° des dérogations relatives : le droit, mais non l'obligation, de signaler les personnes qui, atteintes d'accidents vénériens contagieux, sont susceptibles de les propager ; le droit, et non l'obligation, de dénoncer les avortements criminels.

Art. 40. — Le médecin, tant en matière de médecine familiale qu'en matière de médecine sociale ou de contrôle, est tenu à l'observation du secret professionnel dans les conditions désignées par les lois en vigueur.

De même, dans la pratique hospitalière, il doit prendre toutes les précautions pour éviter les indiscrétions.

Art. 41. — Il est à désirer que le médecin puisse être relevé du secret professionnel vis-à-vis du Conseil de l'Ordre. Celui-ci possèderait ainsi tous les éléments d'appréciation des causes qui lui seraient soumises. Il serait lui-même tenu au secret professionnel, obligation qui s'ajouterait à celle du secret de ses délibérations. Mais l'art. 375 du Code pénal ne permet pas encore d'agir ainsi. Il y a lieu de prévoir que cette liberté de témoignage, encore illégale et interdite, sera bientôt possible.

Section II. — Le secret professionnel en clientèle

Art. 42. — **Il n'y a pas de secret de la part du médecin pour son client en ce qui concerne celui-ci** Le médecin peut donc lui délivrer un certificat relatant son état de santé avec ou sans diagnostic ; mais il doit le dater et faire précéder sa propre signature d'une note signée par le client et ainsi rédigée : « Certificat remis à M. X..., en mains propres, sur sa demande ». Si le médecin examine un client dont il ne connaît pas personnellement l'identité, la formule sera la suivante : « Certificat remis en mains propres au soussigné, se disant M. X... sur sa demande ».

Art. 43. — Le secret professionnel lie le médecin d'une manière absolue ; **il n'appartient pas au client de l'en délier.**

La propriété du secret ne passe pas aux héritiers du malade en aucun cas le médecin ne peut donc délivrer une pièce relatant, après décès, la nature de la maladie.

Art. 44. — Le diagnostic peut être éventuellement révélé à ceux qui assistent le malade ; les uns sont des professionnels (infirmiers ou infirmières) qui, en tant qu'auxiliaires du médecin par état ou profession, sont eux-mêmes tenus au secret. Les autres sont des proches : la révélation du secret ne leur doit être faite que dans la mesure où elle est utile pour assurer le traitement ou encore pour éviter une contagion.

Le secret peut être révélé aux parents les plus proches, s'il ne peut l'être au malade en raison de son état — et sous la réserve que l'on soit assuré qu'ils n'en useront que dans l'intérêt spirituel ou matériel du malade, et non dans un but d'intérêt personnel.

Art. 45. — Le médecin qui soigne un mineur peut, s'il le juge à propos, révéler le secret à ses parents ou à ceux qui en ont la garde. Il n'encourt, de ce fait, aucune poursuite. Mais il lui est recommandé d'agir avec prudence. Un jeune homme qui vient le consulter pour une maladie vénérienne, une fille mineure en état de grossesse peuvent demander le secret et y avoir droit ; il appartient au médecin de peser de toute sa force pour obtenir que la famille soit mise au courant. **Si le médecin qui, sans le consentement des intéressés, révèle ce secret aux personnes responsables des mineurs, n'encourt pas de poursuite devant les tribunaux, il peut n'en être pas moins blâmable de son imprudence, qui met en jeu sa responsabilité disciplinaire et est susceptible d'être condamné par le Conseil de l'Ordre.**

Art. 46. — La révélation du secret professionnel par le médecin est permise aux personnes qui ont la garde d'un inconscient, notamment en vue de faciliter le placement d'un aliéné dans un établissement approprié à son état.

Art. 47. — **Le médecin traitant ne doit jamais révéler la nature de la maladie d'un employé ou d'un serviteur à l'employeur qui le lui a adressé pour le faire soigner, même lorsque c'est l'employeur qui se charge de régler les honoraires.**

Le médecin traitant qui, chez un employé ou serviteur soigné sur la demande de l'employeur, découvre l'existence d'une maladie contagieuse ou de nature à troubler son service, doit l'inviter de la manière la plus pressante à cesser ce service. Si l'employé ne s'y prête pas, le médecin doit refuser de continuer ses soins, et en aviser aussitôt l'employeur en lui envoyant sans autre

explication sa note d'honoraires pour soins donnés à l'employé.

L'employeur qui soupçonne chez un de ses employés ou serviteurs une maladie contagieuse ou de nature à troubler son service peut choisir comme expert un médecin à qui il adresse son employé ; celui-ci, prévenu, peut refuser l'examen ou ne l'accepter qu'en présence d'un autre médecin désigné par lui. Le médecin qui fait fonction d'expert doit, avant de commencer son examen, rappeler à l'employé les conditions dans lesquelles il se trouve et lui faire préciser s'il accepte cet examen. Le médecin expert doit dire à l'employeur s'il juge l'employé apte ou inapte à son service, mais n'a pas à formuler de diagnostic.

SECTION III. — SECRET PROFESSIONNEL ET CERTIFICATS

ART. 48. — Tout médecin doit refuser de mentionner, sur un certificat de décès, le nom de la maladie ou une indication quelconque sur sa nature, **même en cas de demande faite par une administration ou une Compagnie d'assurances.**

Lorsque, **dans un contrat d'assurances,** il a été **stipulé qu'un certificat indiquant la cause du décès,** doit être établi à la mort de l'assuré, le médecin traitant n'a pas à faire état de cette clause, et **il doit se retrancher derrière le secret professionnel.** Il ne lui est pas permis de dire si la mort est due ou non à une cause naturelle (ce qui serait une violation partielle, mais nette, du secret).

ART. 49. — Lorsqu'il est prescrit de faire, dans un délai déterminé, une déclaration de l'état du malade ou du blessé à une Compagnie d'assurances ou à un organisme similaire, **le médecin traitant peut se charger de faire ou d'envoyer cette déclaration,** à la condition formelle que le malade ou le blessé soit dans le coma ou dans un état tel qu'il ne puisse la faire transmettre lui-même, et **sous la réserve expresse que la déclaration du médecin ne contienne qu'une indication de la nature des lésions sans mention de la cause.** (par exemple : fracture du crâne, mais non fracture par balle de revolver ou par chute). Le médecin traitant agit ainsi dans l'intérêt du malade dont il a la charge. Il appartient au médecin expert de la Compagnie d'assurances de recueillir les renseignements complémentaires.

SECTION IV. — SECRET PROFESSIONNEL ET MÉDECINE DE CONTRÔLE

ART. 50. — Le médecin légiste, chargé d'une expertise judiciaire, doit rendre compte au juge de ses constatations.

Il en est de même du médecin inspecteur ou contrôleur à l'égard de l'administration qui l'a mandaté dans la limite de son mandat, et lorsqu'il agit en tant qu'expert (par exemple, examen des candidats à une assurance sur la vie, examen d'aptitude à un emploi, contrôle de l'invalidité attribuée à un accidenté, etc.).

Il n'en est pas de même lorsque le médecin examine les employés d'une administration en vue de l'obtention d'un congé pour raison de santé : il doit en ce cas indiquer seulement ses conclusions sans les motiver. L'administration peut faire contrôler son avis par un autre médecin, lié lui-même par le secret, et qui se bornera à préciser s'il est en accord avec son confrère, ou dans quelle mesure il se sépare de lui.

La révélation du diagnostic n'est permise que dans la mesure où elle est nécessaire au bien du service assuré par l'intéressé.

ART. 51. — Le médecin traitant peut communiquer à un médecin contrôleur (médecin légiste ou médecin inspecteur ou contrôleur d'une administration) des renseignements sur les symptômes qu'il a pu observer précédemment, ainsi que les résultats d'examens spéciaux difficiles à renouveler (examens de laboratoire, examens électrologiques, radiologiques, etc.) qui ont été pratiqués antérieurement, dans le seul cas où ces indications sont produites dans l'intérêt du malade et avec son assentiment.

SECTION V. — SECRET PROFESSIONNEL ET DÉCLARATIONS DE NAISSANCE ET DE DÉCÈS

ART. 52. — Le médecin qui fait une déclaration de naissance demeure lié par le secret professionnel. Il est obligé seulement de déclarer qu'un enfant de tel sexe est né sur la commune de X... dans la journée du tant au tant. L'obligation de donner des renseignements plus complets disparaît si le médecin se retranche derrière le secret professionnel.

ART. 53. — Tout médecin appelé à constater une mort dont l'origine ne lui paraît pas naturelle (suicide, etc.) doit refuser de signer le certificat de décès. La suite possible est du ressort de la justice. Cette conduite doit être suivie même lorsque c'est le médecin traitant qui fait office de médecin de l'état civil.

SECTION VI. — SECRET PROFESSIONNEL ET CRIMES OU DÉLITS

ART. 54. — **Le médecin n'est pas tenu au secret lorsqu'il constate qu'un crime est commis au préjudice de la vie ou de la santé d'un de ses malades (empoisonnements, etc.).** Il ne doit pas se faire le complice d'un crime. Il ne peut se faire dénonciateur que s'il a la certitude du crime, et, dans ce cas, il doit provoquer une enquête en s'adressant au Procureur de la République. Cité en justice, le médecin est libre de témoigner ou de se retrancher derrière le secret.

ART. 55. — Le médecin qui assiste à l'exécution d'un crime ou délit grave commis au préjudice des intérêts matériels du malade (vol) ou de ses volontés nettement exprimées (testament volé ou détruit, par exemple) a le droit d'en aviser le Procureur de la République qui peut provoquer une enquête. Il ne peut en témoigner en justice.

SECTION VII. — SECRET PROFESSIONNEL ET INTÉRÊTS PERSONNELS DU MÉDECIN

ART. 56. — Le médecin doit prendre toutes ses précautions pour éviter, dans toutes ses publications, les indications pouvant divulguer le secret professionnel.

Les articles 57 et 58 ne seront complètement applicables que si l'on obtient une modification de l'article 378 du Code pénal permettant la révélation du secret devant le Conseil de l'Ordre. (*Les parties réservées sont imprimées en italiques*).

Art. 57. — Lorsqu'un médecin est poursuivi en responsabilité, il peut librement défendre son honneur professionnel, dans la mesure où la nature de la maladie est révélée par le malade lui-même ou par les siens ; **en aucun cas, il ne peut prendre l'initiative de la révélation devant la justice civile.** *Mais il peut s'expliquer librement devant le Conseil de l'Ordre qui est ainsi mis en mesure de témoigner, sans donner d'autre explication, du bien ou du mal fondé de la cause.*

Art. 58. — **Le médecin qui intente un procès en recouvrement d'honoraires ne doit en aucun cas faire connaître le diagnostic de la maladie ou la nature des soins donnés.**

S'il pratique la médecine générale, il est admis qu'il indique simplement le nombre des visites qu'il a faites ou des consultations qu'il a données. Un chirurgien, ou un spécialiste, peut dire s'il a pratiqué une opération, ou un acte de sa spécialité, et ne doit donner aucune autre précision. *Mais le médecin, le chirurgien ou le spécialiste, peut, en ce cas, exposer librement les faits devant le Conseil de l'Ordre. Celui-ci a qualité pour donner à la justice civile son avis, sans l'accompagner d'aucun autre commentaire.*

Certains spécialistes, (syphiligraphes, phtisiologues, accoucheurs, gynécologues), dont la spécialité exercée peut révéler le genre de l'affection traitée, ne doivent pas intenter de procès en recouvrement d'honoraires. *Mais le Conseil de l'Ordre, à qui tous les faits de la cause peuvent être révélés, est qualifié pour intervenir en vue d'un règlement amiable entre le médecin et son client et, le cas échéant, se substituer à lui en justice.*

Titre IV. — **Médecine sociale et médecine collective**

Préambule

Le Code de déontologie, en matière de médecine sociale et de collectivité, est volontairement bref. Il ne comporte que des règles très générales.

En effet, il n'a pas paru possible — sans que soit fixée la structure sociale et économique du pays — de déterminer de façon précise les règles particulières à chacune des catégories de médecins appelés à exercer des fonctions médico-sociales. C'est donc au fur et à mesure que le pays s'organisera que seront dotés d'un statut spécial à leurs fonctions : le médecin d'école, d'usine, de dispensaire, d'hôpital, etc.

Mais, d'ores et déjà, le Code de déontologie prévoit le respect, par toutes les collectivités, du libre choix.

Il est apparu cependant que, dans certains cas particuliers, des dérogations étaient susceptibles d'être apportées à l'application de ce libre choix absolu :

— C'est ainsi, par exemple, qu'en ce qui concerne les aliénés, la famille qui en a la charge se substituera à ces derniers.

— De même en ce qui concerne l'enfant confié à un établissement scolaire, le médecin de cet établissement deviendra de toute évidence (et sauf désir contraire exprimé par les parents) le médecin de l'enfant pendant son séjour dans ledit établissement.

Cependant, pour que toutes garanties de compétence et aussi de moralité soient assurées, le Code de déontologie prévoit que le choix du médecin attitré, fait par les directeurs de ces établissements, devra recevoir l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre.

Enfin si, dans leurs principes généraux, les rapports entre médecins et spécialistes ne diffèrent pas en médecine sociale de ce qu'ils sont en clientèle privée, ils peuvent néanmoins présenter certaines modifications de détail :

— En ce qui concerne les établissements de diagnostic ou de soins collectifs : le praticien qui y adresse un malade doit, s'il n'accompagne ce dernier ou ne le fait accompagner par une personne compétente (assistant ou infirmière) au courant de son état, rédiger, pour être remise au consultant, une note indiquant brièvement ce qu'il sait du malade et ce qu'il attend du médecin consultant. Dans ces conditions, le médecin consultant doit répondre par écrit au médecin traitant et le mettre au courant des constatations qu'il a faites et des déductions qu'il en a tirées.

— En ce qui concerne la médecine de contrôle : le médecin traitant doit, dans l'intérêt des malades et dans un esprit d'équité, faire tout le nécessaire pour éclairer le médecin contrôleur et lui faciliter sa tâche.

Il n'a pas paru utile de rappeler ici — ce qui est de toute évidence — que le médecin d'un établissement collectif doit consacrer à l'examen des malades tout le temps nécessaire, quel que soit le nombre des malades à examiner. Il s'y engage en acceptant un emploi de médecine sociale. Un examen superficiel est donc un manquement à sa parole, en même temps qu'une faute à l'égard du malade.

***

Art. 59. — Les devoirs généraux du médecin, en clientèle privée, s'imposent au médecin exerçant un contrôle, chargé d'une expertise ou remplissant une fonction médico-sociale, ou encore affecté à une collectivité.

Il est tenu, en particulier, sauf dérogations légales, à l'observation du secret professionnel, et la révélation du diagnostic à l'employeur ou au chef de collectivité ne peut être faite que dans les conditions indiquées aux articles 47, 50, 51 (V. aussi les instructions pp. 25).

Art. 60. — L'intérêt bien compris du malade, le respect de sa dignité, de celle du médecin, la bonne confraternité enfin exigent que toutes les collectivités admettent, pour leurs ressortissants, le libre choix du médecin traitant.

Art. 61. — Les membres des collectivités conservent toujours le libre choix de leur médecin.

Néanmoins, en ce qui concerne les mineurs et les aliénés, ce choix appartient aux personnes qui

en ont la charge. Si ces personnes donnent aux dirigeants de la collectivité à laquelle l'incapable ou le mineur est confié mandat pour choisir un médecin, celui-ci doit être agréé par le Conseil départemental de l'Ordre.

ART. 62. — Nul ne peut être à la fois médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade habitant sous le même toit que lui.

Aussi, hormi les cas d'urgence et celui des maladies professionnelles (telles qu'elles sont définies par la loi) il est interdit au médecin d'une collectivité, rémunéré par l'employeur, de faire acte de médecin traitant des membres de cette collectivité ou de leur famille. Toute dérogation habituelle n'est justifiée que par une raison de force majeure et est subordonnée à l'autorisation du Conseil de l'Ordre départemental.

ART. 63. — En médecine sociale, il est interdit d'user de ses fonctions pour augmenter sa clientèle particulière. Si le médecin remet une ordonnance écrite au malade, celle-ci doit indiquer, lisiblement, son propre nom, sa fonction, l'adresse de l'administration qui a recours à son art, la date et sa propre signature. En aucun cas, ne doit être mentionnée l'adresse de son cabinet personnel de consultation.

ART. 64. — Le médecin doit avoir, dans la pratique des soins collectifs, le même respect de la personne humaine que dans la clientèle privée. Il y a, de ce fait, obligation pour lui de procéder toujours à l'examen individuel des malades, en quelque milieu que ce soit.

ART. 65. — Le médecin contrôleur, expert ou assermenté doit toujours agir, vis-à-vis de ses confrères, avec correction. Il lui est interdit de critiquer son confrère traitant devant le malade. Il ne peut s'immiscer dans le traitement. Néanmoins, si au cours d'un examen, il se trouve en désaccord avec son confrère, ou s'il lui apparaît qu'un symptôme important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler courtoisement.

ART. 66. — Il est interdit au médecin d'une collectivité, déjà rémunéré par un tiers-payant, d'accepter une gratification en espèces provenant directement d'un malade examiné ou traité dans l'organisation sanitaire collective à laquelle il est attaché.

ART. 67. — **Toute convention relative à des actes médicaux à accomplir au profit de collectivités ou d'établissements doit être homologuée par le Conseil de l'Ordre des médecins.** En conséquence, l'exécution des traités passés par des médecins avec des collectivités ou des établissements doit être subordonnée à la condition que ce traité recevra l'homologation requise dans un délai de six mois à dater de la promulgation de ce Code (1).

B. — Liste des spécialités officiellement reconnues *par le Conseil supérieur de l'Ordre*

Oto-rhino-laryngologie.
Ophtalmologie.
Stomatologie.
Chirurgie générale.
Obstétrique.
Neuro-psychiatrie.
Dermato-vénéréologie.
Electro-radiologie et agents physiques.
Biologie. (Laboratoires).

L'exercice habituel de la médecine générale est interdit aux spécialistes qualifiés de ces catégories. La liste de ces spécialités peut être révisée. Un statut propre à chaque spécialité est actuellement en préparation (se reporter à l'art. 39 du Code).

C. — Instructions *pour l'application du Code de Déontologie*

La loi ne définit jusqu'à ce jour que les conditions requises pour avoir le droit d'exercer. Ces conditions une fois remplies, les médecins sont presque entièrement libres : la plupart d'entre eux font preuve du désintéressement et du dévouement qui ont été, de tout temps, l'honneur du Corps médical ; mais il en est malheureusement qui, sans violer la loi, se livrent impunément à toutes sortes de pratiques regrettables ; les difficultés croissantes de la vie, les empiètements incessants de la médecine sociale, l'abus des soins gratuits à des malades qui ne sont pas toujours des indigents, ont entraîné parfois les médecins à des faiblesses indignes de leur noble profession.

D'un autre côté, l'esprit d'initiative a fait place trop souvent chez les médecins à la crainte des responsabilités, à mesure que se développait l'esprit revendicateur des malades et que se multipliaient des poursuites injustifiées.

Telles sont quelques-unes des raisons qui ont entraîné un malaise médical sans cesse grandissant et qui ont rendu nécessaire la création d'un Ordre des médecins.

Les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont un pouvoir disciplinaire qui leur permet d'appliquer les sanctions suivantes :

1° Blâme en chambre du Conseil ;

2° Avertissement public avec inscription au dossier personnel ;

(1) Il en a été ainsi lors de la promulgation de la loi du 29 juin 1899, laquelle a permis la résiliation des polices d'assurances contre les accidents du travail souscrites par les chefs d'entreprise antérieurement à la loi du 8 avril 1898.

3° Suspension d'une durée maximum d'un an ;

4° Interdiction à toujours d'exercer la médecine, comportant radiation du tableau.

Appel de ces décisions pourra être porté devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoirs devant le Conseil d'Etat.

Le Code de déontologie indique les règles essentielles qui doivent présider à l'exercice de la profession. Certaines d'entre elles méritent des développements. Il paraît utile en outre de donner des conseils sur la manière d'accomplir certains actes professionnels.

TITRE I. — **Devoirs généraux du médecin**

PUBLICITÉ (ARTICLE 4)

La publicité est condamnée par tous les médecins qui ont le souci de l'honneur professionnel. Mais la publicité se cache trop souvent sous des dehors innocents. A cet égard, les articles de vulgarisation publiés dans les journaux destinés au grand public méritent une mention particulière. Nul ne pourra contester qu'un article signé du nom d'un médecin qui fait de la clientèle, et cela quels que soient la valeur et l'intérêt de l'article, ne constitue un acte de publicité auprès des lecteurs du journal :

C'est pourquoi, il est nécessaire d'interdire en principe les articles signés dans ces journaux. Le pseudonyme risque trop d'être transparent pour qu'on puisse l'autoriser.

Il n'en est pas moins vrai que parfois certains articles sont vraiment utiles et qu'ils doivent être signés : l'exposé des grandes questions d'hygiène, des méthodes de vaccination, par exemple, peuvent être d'un intérêt puissant pour répandre dans le public certaines notions essentielles ; et l'influence bienfaisante d'une telle publication est renforcée par l'autorité du nom qui le signe.

On en peut dire autant des conférences en public ou par T. S. F. et même des interviews, bien que celles-ci soient plus rarement justifiées.

C'est pourquoi le Conseil de l'Ordre peut toujours autoriser une dérogation au principe formellement exprimé dans le Code et qui permettra de poursuivre et de réprimer sévèrement toute publicité véritable.

CHARLATANISME (ART. 5)

L'article 5 envisage les cas de tromperie du malade, par le médecin, ce sont les faits qualifiés de charlatanisme. Il est inutile d'insister sur l'usurpation de titres et les promesses fallacieuses de guérison. On doit attirer l'attention sur le paragraphe 3.

Il est en effet des thérapeutiques d'une efficacité inconstante et qu'il est pourtant légitime d'essayer chez certains malades et dans des cas déterminés. Mais leur mise en œuvre habituelle, dans un but de lucre, doit être sévèrement réprimée. Or, il est trop d'exemples de traitements vulgarisés par une publicité scandaleuse et appliquée sans discernement à tous ceux qui se présentent.

PROCÉDÉS COMMERCIAUX EN MÉDECINE (ART. 6)

Certains procédés, appliqués en matière commerciale, doivent être formellement condamnés dans la pratique médicale. Ils sont de nature à aliéner l'indépendance du médecin, et aussi à transformer suivant les cas le médecin, le malade, ou la prescription thérapeutique, en un élément de publicité ou de troc. Il paraît inutile d'attirer l'attention sur l'ensemble de l'article 6 ; mais les paragraphes 6 et 7 valent que l'on s'y arrête.

En aucun cas, il ne peut être admis qu'une personne exerçant illégalement la médecine emploie un médecin pour couvrir ses agissements : le médecin seul doit apprécier, en toute indépendance, s'il est légitime qu'il applique tel ou tel traitement.

La collaboration à une entreprise commerciale est condamnable : les médecins qui font des examens ou donnent des consultations dans ou pour des maisons de commerce, qu'il s'agisse ou non d'un commerce para-médical, tombent évidemment sous le coup de cet article du Code de Déontologie. Il en est de même des médecins qui, de très bonne foi le plus souvent, collaborent à certaines entreprises dirigées par des hommes d'affaires, par exemple : des assurances qui permettent à leurs clients, pour une prime fixée par contrat, de recevoir en cas de besoin les soins de tous ordres.

DEVOIRS ENVERS LE MALADE

Expérimentation en médecine

Maladies provoquées (*art.* 9)

L'expérimentation sur l'homme est elle légitime ? Sujet souvent débattu. Il faut bien reconnaître que toute thérapeutique est en quelque mesure une expérimentation, et aussi que, sans aucune expérimentation sur l'homme, les progrès de la médecine seraient arrêtés. L'essai d'une thérapeutique nouvelle, scientifiquement étudiée, ne doit pas être considérée comme un acte expérimental. Il en est de même des méthodes chirurgicales nouvelles. Il n'empêche que la plus extrême prudence s'impose en pareil cas ; on ne doit jamais oublier que le but de la médecine est de soigner et de soulager des malades qui se confient à nous.

La provocation d'une maladie ne peut jamais être tentée que dans un but thérapeutique : prophylaxie par les vaccins, traitement curatif par la pyrétothérapie, l'impaludation, etc. Il est des cas où le médecin peut estimer utile de prolonger une maladie ainsi provoquée, et c'est alors une mesure légitime. Mais en aucun cas une maladie ne peut être conférée dans un but purement scientifique.

Rapports du médecin et des familles (*art.* 11)

Il est tout à fait désirable que le médecin de famille continue à exister et qu'il demeure un conseiller écouté comme il l'était autrefois et comme il l'est encore quelquefois aujourd'hui. Il est qualifié mieux que quiconque pour guider des parents dans l'éducation des enfants, parfois dans un projet de mariage, etc. De même l'orientation professionnelle des jeunes gens relève, dans une certaine mesure, du médecin de famille. C'est là un beau rôle ; mais il ne peut être rempli efficacement que si l'on observe la plus grande discrétion. C'est cette discrétion nécessaire que rappelle l'article 11 du Code de déontologie.

TITRE II. — **Devoirs du médecin en clientèle libre**

SECTION II. — DES HONORAIRES (ART. 18 A 24)

Les premiers articles consacrés à la question des honoraires ne paraissent soulever aucune difficulté d'interprétation. Il convient de rappeler à ce propos que le médecin doit s'astreindre à une certaine discrétion dans le nombre et la fréquence des visites. Il doit faire toutes celles qu'il juge utiles, mais il est permis de les répéter un peu plus souvent si le malade le désire et si l'on a la certitude qu'on lui apporte un réconfort moral sans faire peser sur lui une charge pécuniaire trop lourde.

C'est le seul souci de l'intérêt bien entendu du malade qui doit, en toutes circonstances, guider le médecin. Le Conseil de l'Ordre serait d'ailleurs qualifié pour réprimer tous les abus commis en pareille matière.

Les articles 19, 20, 21 interdisent l'abaissement habituel des honoraires au-dessous du taux fixé par le Conseil de l'Ordre ; cette règle s'applique même aux malades qui bénéficient d'une loi d'assistance.

Les articles 23 et 24 traitent des honoraires dus en cas de collaboration d'un médecin avec un consultant, un spécialiste ou un chirurgien.

Il arrive trop souvent que le chirurgien, après avoir touché ses honoraires, en remette une part plus ou moins importante au médecin qui l'a appelé et qui a assisté à l'opération, et quelquefois même au médecin qui a simplement conseillé de s'adresser à lui, sans même assister à l'opération. La somme convenue est *versée secrètement, à l'insu du malade. Une pareille pratique est indéfendable,* quoi qu'on puisse dire pour essayer de légitimer la dichotomie. C'est une véritable commission inavouée et inavouable, car l'on n'a besoin de cacher que ce qui est illicite. *Tout partage secret est déshonorant en soi* ; il l'est plus encore pour les médecins qui, lors de leur soutenance de thèse et de leur serment solennel à leur réception dans l'Ordre des médecins, se sont engagés sur l'honneur à rejeter cette pratique.

Le médecin doit être convenablement et ouvertement honoré. Il est certain que le médecin, en faisant le diagnostic de l'urgence ou de la nécessité opératoire, rend souvent le service essentiel ; il doit être rétribué autrement que pour une visite ordinaire, car il est juste d'établir les honoraires en tenant compte du service rendu. Sans doute, la responsabilité du médecin n'est pas toujours moins grande quand il prend certaines initiatives purement médicales ; mais puisqu'il y a opération, il est légitime qu'il soit rétribué en proportion de la part qu'il a prise dans la décision, qu'on ne peut considérer, autrement que comme le premier temps de l'acte opératoire lui-même, et cela sans tenir compte de l'assistance matérielle qu'il apporte souvent comme aide chirurgical.

Le médecin doit donc être honoré : 1° pour la décision d'appel au chirurgien, qui peut comporter une grave responsabilité ; 2° pour l'assistance à l'acte opératoire : elle est précieuse moralement pour le malade et sa famille ; et elle a parfois une grande importance en elle-même, car le médecin connaît le terrain et les tares du malade et il peut représenter la famille lorsque, au cours de l'intervention, survient quelque incident ou apparaît quelque lésion jusque-là insoupçonnée et susceptible de modifier la ligne de conduite prévue par le chirurgien (par exemple, on a cru pouvoir se limiter à l'ablation d'un seul ovaire et l'on constate qu'une castration totale s'impose : le médecin peut aller prévenir la famille qui attend la fin de l'opération ou, si elle est absente, accepter en son nom la décision nécessaire).

En principe, les notes d'honoraires doivent être envoyées séparément par le médecin et par le chirurgien, car ils ne sont pas des associés pour une entreprise commerciale. Il est alors nécessaire que le chirurgien précise par écrit que les honoraires du médecin ne sont pas compris dans sa note, afin que le client sache bien qu'en réglant le chirurgien, il ne s'acquitte pas de toute sa dette matérielle (sans parler de la dette de reconnaissance du malade envers ceux qui se sont dévoués pour lui).

Dans le cas où, prévoyant un règlement plus difficile, on croit devoir charger le chirurgien d'indiquer le total des honoraires, il lui est formellement prescrit de préciser (soit sur une note commune, soit sur deux notes séparées qu'il envoie en même temps) ses propres honoraires d'une part, et, d'autre part, les honoraires du médecin, à qui ils doivent être réglés directement (ce que le chirurgien a le devoir strict d'indiquer au malade ou à ses répondants). Le client sait ainsi, comme c'est son droit absolu, le montant exact de ce qu'il doit à chacun.

Il est prescrit que la note globale ne peut porter que sur la période comprenant le jour de l'opéra

tion et ses suites normales, soit vingt jours à dater du jour de l'opération. Si des soins médicaux et chirurgicaux sont encore nécessaires une fois ce délai passé, ils doivent faire l'objet de notes séparées.

Le chirurgien qui indique le total des honoraires notifie que l'on a à s'acquitter envers le médecin en même temps qu'envers lui-même. S'il n'en est pas ainsi fait, le chirurgien prévenu par le médecin envoie une nouvelle note explicative au client ; si elle demeure inefficace, il peut en avertir le Conseil départemental de l'Ordre.

Cette manière de faire, qui donne ouvertement sa juste rétribution au médecin, rend encore plus inexcusable tout partage caché, dont la découverte justifierait les sanctions les plus sévères.

Contrairement à ce qui a été demandé parfois, il n'est pas possible d'établir une proportionnalité entre les honoraires du chirurgien et ceux du médecin. Outre qu'il serait mauvais que le médecin fut ainsi entraîné de parti pris à appeler le chirurgien habitué à demander les honoraires les plus forts, il serait parfaitement injustifié de remettre une somme importante au médecin qui n'a pris qu'une responsabilité insignifiante (par exemple lorsqu'il conseille la cure radicale d'une hernie chez un sujet jeune et bien portant) alors que ses honoraires ne seraient pas plus élevés dans certains cas où son rôle et sa responsabilité sont aussi importants que ceux du chirurgien.

On n'oubliera jamais, dans toutes ces questions d'honoraires que médecins et chirurgiens se doivent aux malades et qu'il convient de tenir compte de leur situation matérielle et de leurs possibilités de paiement.

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ne doute pas que ses prescriptions impératives ne soient suivies, et que le fléau de la dichotomie ne disparaisse. S'il en était autrement, des mesures de règlementation des honoraires médicaux et chirurgicaux seraient prises, qui mettraient fin à cette pratique condamnable.

Section III. — Devoirs envers les confrères

De la bonne confraternité

On ne saurait trop insister sur la nécessité de maintenir entre tous les confrères probes et consciencieux des rapports courtois. Qu'on ne se laisse pas aller en public à des appréciations fâcheuses qui peuvent léser gravement un confrère ; souvent, nos paroles sont déformées, interprétées dans un sens péjoratif et l'on ne mesure pas toujours assez le tort que l'imprudence de certaines conversations peut faire à des hommes honorables et instruits.

Inversement, il est recommandé de n'accueillir qu'avec réserve la relation de propos désobligeants que l'on attribue à tel ou tel confrère : l'incompréhension, la malignité, la malveillance, sont capables de transformer les paroles les plus insignifiantes.

Mais si l'on a des raisons précises pour considérer un confrère comme indigne, il convient de rompre tout rapport avec lui, de refuser de le rencontrer en consultation ; si l'on a quelque preuve formelle de sa déloyauté, plutôt que de colporter sur son compte des bruits dont il aurait droit de demander raison, même s'ils étaient fondés, il est légitime de le traduire devant le Conseil de l'Ordre.

D'ailleurs, en cas de difficultés ou de contestations entre confrères, il est toujours recommandé de porter le différend devant le Conseil de l'Ordre.

Installation du médecin (art. 25 et 26)

Le Code interdit à un médecin qui déclare cesser sa clientèle et qui a présenté un successeur de s'installer dans un rayon de moins de 20 kilomètres de sa première résidence. Même interdiction pour le médecin qui a été appelé par un confrère comme remplaçant : il doit s'établir à plus de 20 kilomètres du domicile de celui qu'il a remplacé. Mais cette interdiction peut être levée par le Conseil de l'Ordre, ainsi qu'il est spécifié dans le Code. Cette règle peut en effet n'être pas partout applicable. Il est certain, par exemple, que si un rayon de 20 kilomètres doit être intégralement respecté dans une campagne relativement peu peuplée, il est logique de le réduire dans les grands centres. C'est pourquoi le Conseil de l'Ordre de chaque région aura toute qualité pour donner à cet égard les autorisations nécessaires.

Il est recommandé au médecin qui s'installe de faire une visite aux confrères du voisinage, et à ceux-ci de lui rendre cette visite. Simple démarche de courtoisie, mais qui permetde mieux se connaître et, souvent, de faire tomber bien des préventions.

Changement de médecin (art. 28)

Il est toujours permis à un malade de changer de médecin, le nouvel appelé doit alors observer certaines règles qui sont indiquées par le Code. Mais il n'est pas d'usage qu'un médecin accepte de se substituer à l'un de ses confrères au cours d'une maladie aiguë, sans raison majeure.

Section IV. — De la consultation et des rapports entre médecins traitants, consultants et spécialistes

Consultations (art. 32)

Certaines coutumes méritent d'être observées lorsqu'une consultation réunit plusieurs confrères.

Il est correct que le médecin traitant arrive le premier ; le consultant d'ailleurs doit lui-même s'astreindre à la plus grande exactitude.

La consultation est dirigée par le doyen d'âge des médecins consultants. Il est habituel que, dans une conférence préalable, le médecin traitant mette son ou ses confrères au courant de ses propres observations. Puis le malade est examiné par le consultant et, s'il y a lieu, le médecin traitant vérifie rapidement si aucun changement important n'est survenu depuis sa précédente visite. Les médecins se retirent alors et échangent leurs opinions sans que la famille assiste à cet entretien, et l'on rédige l'ordonnance : le médecin traitant écrit sous la dictée du consultant ; mais si celui-ci est le plus jeune, il est correct qu'il offre de prendre la plume. Une fois la rédaction terminée, le médecin traitant date et signe le premier, car le médecin consultant contresigne : ce ne sont là sans doute que simples coutumes de bonne compagnie, il n'est pas inutile de les maintenir.

On a critiqué et plaisanté le cérémonial de la consultation, il faut pourtant le conserver : il est très souvent utile que le *médecin traitant* puisse libre-

ment parler au consultant avant l'examen et toujours nécessaire que tous deux puissent ensuite discuter de l'état du malade en dehors de toute gêne apportée par la présence de la famille.

Il est d'usage que les honoraires soient remis immédiatement au médecin consultant : le médecin traitant doit en avertir la famille du malade.

Avortement thérapeutique (art. 33)

L'accouchement prématuré, le fœtus étant viable, ne doit être pratiqué que sur des indications formelles ; mais il ne soulève aucun problème particulier de morale ou de déontologie. Il n'en est pas de même de l'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus, de l'avortement thérapeutique. Une manœuvre dont certains n'admettent en aucun cas la légitimité, la considérant comme criminelle, ne peut être tolérée, si l'on estime devoir passer outre aux raisons morales, qu'en cas de nécessité absolue pour sauver la mère ; encore certaines précautions doivent-elles obligatoirement être prises tant pour éviter tout abus que pour protéger le médecin lui-même contre toute critique, toute tentative de chantage, toute poursuite ultérieure : elles sont indiquées dans le Code.

Mais il est des raisons impérieuses, d'ordre moral et religieux, qui interdisent à nombre de malades d'accepter pour elles-mêmes l'avortement thérapeutique, quelque danger qu'elles courent ; et, pour les mêmes motifs, bien des médecins se refusent à le provoquer ou à y participer en quelque mesure que ce soit.

Il importe donc que tous les médecins connaissent les prescriptions religieuses à cet égard ; et cela pour fixer leur propre conduite, pour être en mesure de respecter la liberté des malades qui ont le souci de rester en toutes circonstances en règle avec leur conscience, et aussi, en l'absence d'un directeur religieux, pour les éclairer s'il y a lieu et parfois même lever des scrupules excessifs (car il est des interventions permises ou tolérées par tous au cours de la grossesse).

« *La religion catholique* interdit, au nom de la loi morale, toute intervention médicale ou chirurgicale destinée à provoquer la mort du fœtus ou son expulsion avant la période de viabilité. Elle permet, en cas de nécessité, l'accouchement prématuré à la limite de la viabilité, et toute intervention urgente sur un organe malade, même s'il est certain que la mort du fœtus en doive résulter secondairement (par exemple l'ablation d'un utérus gravide cancéreux). Elle tolère l'ablation d'une trompe en cas de grossesse extra-utérine, dans la mesure où cette intervention paraît absolument nécessaire pour sauver la mère. Dans tous les cas elle prescrit le baptême immédiat du fœtus, quelle que soit la date de la conception. » (Note vue et approuvée par un théologien).

« *Le point de vue protestant.* — Le but suprême, tous l'angle médical, étant de secourir la malade, tout doit converger vers cet idéal, la conscience demeurant sauve. Cela posé, il reste indiqué souvent de renoncer à trop définir et réglementer, dans le domaine sacré du devoir et de l'obligation, afin de réserver une marge de liberté à la conscience responsable, guidée par la prière spontanée, et par l'inspiration personnelle émanée de l'Evangile. Si, avec l'apôtre Paul, on applique le principe axiomatique : « *récapituler toutes choses en Christ* », alors les détails de la conduite pratique s'éclairent moralement, spirituellement, sur le terrain de la coutume quotidienne, et tout se constitue dans l'harmonie d'un équilibre divin. » (Note vue et approuvée par un Pasteur de l'Eglise Réformée.)

« *L'avortement thérapeutique envisagé dans l'esprit du judaïsme.* — En vertu du principe divin : croissez et multipliez (1), la procréation est, selon la loi mosaïque et rabbique, le but essentiel du mariage (2), et toute la législation juive s'inspire du respect absolu de la vie humaine, quel que soit son âge ou son origine.

« Rien n'est prévu dans les Codes religieux du judaïsme concernant l'avortement thérapeutique (3). Toutefois un texte talmudique (4) rapporte le cas d'une deuxième grossesse survenue après une première, celle-ci terminée par le morcellement du fœtus (5).

« Dans ces conditions, l'avortement thérapeutique ne semble pas interdit par la religion juive lorsque la vie de la mère ne peut être sauvée que par le sacrifice du fœtus. » (Note vue et approuvée par un grand Rabbin).

Le médecin qui estime, pour des motifs de conscience, ne pas pouvoir conseiller l'avortement thérapeutique accepté par la mère, ou y participer, doit cesser ses soins et en dire la raison à la famille. Mais il est autorisé, s'il le juge à propos, à revoir la malade à titre amical et à lui donner ses encouragements, sans intervenir en aucune manière dans le traitement. Il a dans ce cas particulier, le droit de reprendre ultérieurement la direction médicale, le confrère qui a provoqué l'interruption de la grossesse ou qui a donné son assistance en cette occasion n'ayant agi qu'à titre de remplaçant.

Médecine spécialisée et Médecine générale (art. 39)

La création d'un diplôme pour l'exercice de certaines spécialités sera une sécurité à la fois pour le malade, pour le spécialiste et pour le médecin. Le malade sera assuré de trouver un spécialiste qualifié. Le spécialiste se verra réserver certains actes importants. Le médecin saura que la médecine générale lui est réservée, et interdite au spécialiste.

---

(1) Genèse, 1, 28.

(2) Le Talmud va même jusqu'à assimiler au meurtrier l'homme bien constitué qui ne fonde pas de foyer.

(3) Le Code religieux prévoit seulement que, lorsque la tête de l'enfant est à la vulve, il n'est pas permis, même pour sauver la vie de la mère, d'entreprendre quoi que ce soit qui mette en danger l'existence de l'enfant.

(4) Traité Bekhoroth, p. 46 a.

(5) L'ensemble du texte en question permet de présumer qu'il s'agissait dans ce cas non d'un fœtus mort, mais d'un fœtus encore vivant.

TITRE III. — **Du secret professionnel**

PRÉAMBULE

Les articles du Code de déontologie relatifs au secret professionnel ne peuvent envisager tous les problèmes souvent si complexes qui se posent à ce sujet. Ils donnent pourtant une ligne de conduite précise pour bien des cas.

Un point essentiel envisagé par le Code, mais non encore résolu, est, pour le médecin, la liberté de divulguer le secret devant le Conseil de l'Ordre. Celui-ci, quoique tenu au secret, pourrait affirmer devant la justice civile son opinion sur une cause en litige ; bien qu'il n'ait le droit de donner aucune autre explication, il est certain que son témoignage aurait un grand poids devant les tribunaux.

La divulgation du secret devant le Conseil de l'Ordre permettrait aussi à celui-ci de régler à l'amiable bien des discussions entre médecins et clients.

Les intérêts du médecin seraient donc mieux protégés, sans qu'il fût porté atteinte au secret professionnel à l'obligation duquel le Conseil de l'Ordre demeurerait strictement lié.

Mais, quelque désirable que soit cette liberté de témoignage devant le Conseil de l'Ordre, elle est encore en opposition avec la loi sur le secret professionnel. On peut prévoir qu'une modification à cette loi interviendra dans un avenir rapproché.

Les nécessités de l'enseignement clinique et les soins donnés à l'hôpital en collaboration avec un personnel nombreux rendent parfois difficile l'observation stricte des règles du secret. Il est instamment recommandé de s'y conformer aussi exactement que possible et d'éviter toute indiscrétion grave qui pourrait être punie tant par les tribunaux civils que par le Conseil de l'Ordre.

SECTION II.— LE SECRET PROFESSIONNEL EN CLIENTÈLE (ART. 42-47)

L'article 42 indique comment le médecin peut délivrer à un client un certificat relatant son état de santé. C'est ainsi qu'il convient de procéder lorsque des renseignements sont demandés en vue d'un mariage : inviter le candidat à présenter un certificat émanant de son médecin habituel, ou à se faire examiner par tel ou tel médecin à qui il demandera un certificat.

L'article 43 précise que la propriété du secret ne passe pas aux héritiers du malade, et que le médecin ne peut en aucun cas délivrer une pièce relatant après décès la nature de la maladie. Il n'appartient donc pas au médecin d'intervenir par exemple dans un procès en validité de testament, en disant si le testateur, qui a été son client, jouissait ou non de ses facultés mentales à telle époque.

L'article 47 traite d'un cas qui est souvent une source de difficultés. Un patron fait soigner un de ses employés par un médecin qui découvre chez lui une maladie contagieuse ou une maladie qui le rend impropre à tout service. C'est par exemple une bonne d'enfants tuberculeuse. Le médecin n'a pas le droit d'en prévenir le patron. Mais il doit exercer une pression aussi forte que possible pour que cette domestique quitte immédiatement son service ; il peut même lui remettre, en se conformant aux prescriptions de l'article 42, une note destinée au patron, et exposant le cas et les précautions qu'il est nécessaire de prendre sans délai. Mais si le domestique ou l'employé ne se rend pas à ses raisons, le médecin doit refuser de continuer à le soigner, et écrire au patron pour l'en prévenir ; en même temps, il lui envoie la note de ses honoraires pour les visites faites ou les consultations données à cet employé. S'il s'agit de soins gratuits à l'hôpital, il n'est pas question d'honoraires ; mais il est presque toujours possible au médecin de refuser de continuer ses soins et d'en aviser le patron.

Ces règles s'appliquent au cas où l'employé ou le domestique est adressé au médecin par le patron, mais non au cas où l'employé se fait soigner par un médecin de son choix, sans intervention du patron : le silence est de rigueur en pareille circonstance ; on a seulement alors le devoir de s'efforcer de faire comprendre à l'employé la nécessité qui s'impose à lui de quitter son service.

Dans d'autres circonstances, c'est l'employeur qui soupçonne, à tort ou à raison, son employé d'être atteint d'une maladie contagieuse ou de nature à le rendre impropre à son service et qui veut le faire examiner par son médecin pour être renseigné sur ce point. Le dernier paragraphe expose la conduite à tenir : il s'agit alors d'une véritable expertise ; le malade doit en être prévenu ; il est prudent de l'en aviser devant témoin ou de lui faire signer une note par laquelle il déclare connaître les conditions de l'examen. Il doit savoir qu'il est libre d'accepter ou de refuser l'examen, ou encore de demander à un autre médecin de l'assister. Le médecin chargé de l'expertise n'a pas à donner le diagnostic au patron, mais seulement à indiquer l'aptitude ou la non aptitude au service.

SECTION III. — SECRET PROFESSIONNEL ET CERTIFICATS

L'article 48 précise l'un des plus importants des cas dans lesquels toute révélation de la nature de la maladie serait coupable : il s'agit des *certificats de décès.* Trop souvent des administra-

tions, et en particulier des Compagnies d'assurances, demandent au médecin un certificat établissant les causes de la mort ; **on doit toujours le refuser**. D'ailleurs, il a été jugé maintes fois que lorsque le contrat d'assurance stipule qu'un tel certificat doit être produit à la mort de l'assuré, la clause est considérée comme remplie si le médecin se retranche derrière le secret professionnel. On ne saurait trop attirer l'attention sur l'obligation impérieuse qui lie alors le médecin. **La méconnaissance de cette règle exposerait le médecin aux sanctions de l'Ordre sans préjudice des dommages et intérêts qui pourraient être demandés par la famille**, si la Compagnie s'appuyait sur son certificat pour refuser le versement prévu. Le médecin doit seulement répondre en pareil cas que le silence lui est formellement prescrit.

L'article 49 autorise le médecin à établir et à transmettre à une compagnie d'assurances, dans des circonstances bien déterminées, une déclaration relatant l'état d'un blessé. Il est bien entendu que le médecin n'a le droit d'user de cette faculté que dans l'intérêt du malade, dans le seul cas où celui-ci se trouve dans l'impossibilité d'agir pour son propre compte, et que la cause de la blessure ne doit jamais être révélée dans un tel certificat ; la recherche de cette cause est du ressort des experts de la compagnie.

Section IV. — Secret professionnel et médecine de contrôle

Il est stipulé par l'article 50 que **le médecin d'une administration qui accorde un congé de maladie ou de convalescence à un employé n'a pas à indiquer la nature de la maladie** : si l'administration à quelque raison de douter de la légitimité du congé proposé, il lui est loisible de faire contrôler le premier médecin par un de ses experts qui ne devra d'ailleurs donner, lui aussi, qu'un avis sans diagnostic ; un patron n'a pas à connaître le diagnostic d'une maladie qui, une fois la convalescence terminée, n'entrave nullement le service.

Mais un médecin contrôleur d'une administration, qui découvre une maladie contagieuse ou une maladie rendant impropre au service, doit la déclarer (par exemple, daltonisme chez un employé de chemin de fer) ; l'employeur qui reçoit cette déclaration étant lui-même tenu au secret.

Section V. — Secret professionnel et déclarations de naissance et de décès

L'article 53 tranche un cas parfois discuté. Le médecin qui fait fonction de médecin de l'état-civil et qui est en même temps médecin traitant, doit, dans tous les cas, refuser de signer le certificat de décès lorsque la mort ne paraît pas naturelle.

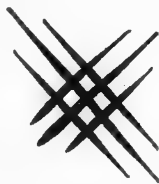
Section VI. — Secret professionnel et crimes et délits

Le médecin ne peut pas se faire le complice d'un crime. Les articles 54 et 55 établissent une différence entre les cas où il s'agit d'un crime contre la vie et d'un délit grave commis contre des intérêts matériels. Dans le premier cas, le médecin, dont le rôle est tout spécialement de veiller sur la santé de ses clients, peut provoquer une enquête ; il est libre de témoigner devant la justice. Dans le second cas, il ne peut provoquer d'enquête que s'il a assisté à l'exécution du vol, et il n'a pas le droit de témoigner en justice.

En toutes circonstances, la plus grande prudence s'impose : ne se faire dénonciateur que si l'on a la certitude du crime.

Section VII. — Secret professionnel et intérêts personnels du médecin

Le médecin ne doit jamais violer le secret pour soutenir ses intérêts personnels. C'est alors surtout que le droit de révéler le secret devant le Conseil de l'Ordre pourrait lui être d'un grand secours.



Directeur-Gérant : G. Lavallée — Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

LE CONCOURS MÉDICAL
DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN

TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

SOMMAIRE



• BULLETIN DU MOIS •

A la suite de la guerre et de l'exode, nombreux sont nos lecteurs dont toutes les archives professionnelles ont disparues. L'un des plus indispensables documents est évidemment le tarif des accidents du travail que nous avons publié en 1939 et dont l'édition est depuis déjà longtemps entièrement épuisée. Nous croyons donc être utile à beaucoup en le rééditant aujourd'hui, sous sa forme première, car il n'a subi depuis mai 1939 aucune modification.

Une seule question se pose : la convention d'arbitrage conclue entre la réunion des assureurs et la Confédération des Syndicats médicaux, afin de trancher par Commission arbitrale les litiges portant sur le quantum des honoraires conserve-t-elle sa pleine et entière valeur ? Il est incontestable qu'elle conserve de toute manière sa raison d'être et son utilité, et les assureurs s'en sont déclarés convaincus, mais encore faut-il que le Conseil supérieur de l'Ordre accepte là aussi l'héritage qui lui fut laissé — ce que, sur ce point, il y a tout lieu de souhaiter.

Nous savons par ailleurs que la chose est faite en son principe, et qu'il n'y manque plus qu'une signature.

Rappelons, contrairement à certains commentaires récents parus dans un journal médical à large diffusion à propos d'un arrêt de la Cour suprême obtenu par le « Sou médical », que, depuis la réforme du 1er juillet 1938, l'action du médecin en paiement de ses honoraires ne peut être exercée que contre le patron « seul tenu » et ce, dans la limite du présent tarif. L'arrêt du 11 septembre 1940 n'est que le rappel d'un passé plus libéral ou le médecin conservait une action personnelle de droit commun contre l'accidenté, en outre de son action dans les limites du tarif contre le patron. L'affaire était en effet antérieure à la réforme, et la législation de cette époque ne déclarait le chef de l'entreprise « seul tenu » qu'en matière de frais d'hospitalisation. Le nouvel article 4 a étendu ce principe aux frais médicaux et pharmaceutiques, et à côté des textes, tous les travaux préparatoires de la loi sont là pour établir les véritables intentions du législateur. Nous sommes les premiers à le regretter, mais nous pensons inutile de laisser se perpétuer des idées fausses dans l'esprit de nos lecteurs.

Jean MIGNON.

Conservez nos suppléments dans notre reliure mobile - Prix 20 francs (port compris)

Tarif

Arrêté du 5 *mai* 1939

Titre Ier

Dispositions générales et tarification des actes fondamentaux

Article 1er. — **Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 17 francs.**

Ce prix comprend les différents procédés d'examens courants : toucher rectal ou vaginal, examen au spéculum et les petits actes techniques tels que : pansements, massages, injections hypodermiques, pointes de feu, ventouses.

Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique, oto-laryngologie, stomatologie et électro-radiologie, ce prix est de 22 fr. 50.

Article 2. — Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé donnent lieu aux indemnités de déplacements suivantes :

1° A l'intérieur de la commune, quelle que soit la distance :

a) Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue (voir annexe n° 1), **4 francs** par visite ;

b) Dans les villes de 50.000 à 100.000 habitants, **2 francs** par visite ;

c) Dans toute commune au-dessous de 50.000 habitants, **1 franc** par visite ;

2° En dehors de la commune, au lieu des indemnités forfaitaires ci-dessus : **1 fr. 50** par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

a) Départements et localités visés à l'annexe (2° *a*) (1), **1 fr 80** ;

b) Départements et localités visés à l'annexe (2° *b*) (2) **2 fr. 25** ;

c) Déplacements où, par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied : par kilomètre parcouru à pied : **5 francs** ;

Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront par d'indemnité horo-kilométrique ; les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme un kilomètre.

Cette indemnité s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou groupes d'habitations différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un kilomètre, l'indemnité kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité horo-kilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché.

L'indemnité horo-kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

Article 3. — **Le prix de la visite est augmenté de de 50 pour 100** :

a) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le douzième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1er juillet 1938 ;

b) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent les dimanches et jours fériés.

Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100.

Article 4. — **Le prix de la visite**, non compris l'indemnité de déplacement ou de la consultation **est triplé**, lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre vingt et une heure et six heures.

Article 5. — Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif horo-kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

Article 6. — Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité

(1) (2) Voir annexe, page 17.

de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance exercée par le médecin lui-même équivaut à une consultation de plus, dans la limite d'un maximum de cinq consultations.

Article 7. — Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série d'interventions à tarif spécial, il doit en **donner avis préalable, par lettre recommandée**, à l'employeur ou à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste ou après la première des interventions susvisées (1).

Article 8. — Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 p. 100, tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

Article 9. — Aucune opération mutilante, ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, **après avis, par lettre recommandée du médecin traitant**, à l'employeur ou à son assureur substitué.

En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt l'employeur ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

Article 10. — Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule complète au tarif plein, les autres sont comptées à demi-tarif.

Article 11. — Pour les interventions chirurgicales, la rémunération de tout aide docteur en médecine ou officier de santé est fixée à 80 francs plus l'indemnité horo-kilométrique de déplacement s'il y a lieu.

Au cas où la présence d'un second aide serait nécessaire l'opérateur devra produire une justification technique.

Article 12. — L'anesthésie locale, superficielle ou profonde, est comprise dans tous les prix du présent tarif.

*L'anesthésie des plexus d'origine et l'anesthésie rachidienne donnent toujours lieu à un honoraire de 80 francs.

*L'anesthésie générale donne lieu à un honoraire de 80 francs à condition qu'elle soit pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.

Article 13. — **Les opérations de petite, de grande chirurgie et de spécialités sont tarifiées aux articles suivants. Les prix qu'elles comportent ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation.**

Article 14. — Dans le cas de blessures ou d'actes médicaux multiples, hors le cas de pansements sur un même membre (1), chaque acte est tarifé à part, sous réserve, en cas d'intervention chirurgicale, de l'application du deuxième paragraphe de l'article 10. Exemple :

Une fracture de bras et une fracture de jambe.

Article 15. — Les interventions — mais non pas les visites et consultations — qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques.

TITRE II

Petite chirurgie et chirurgie élémentaire des plaies et traumatismes

Article 16

Pansements

Pansements multiples sur des membres différents (2), chacun........	17 »
Avec maximum de 50 francs	
Pansements multiples sur le même membre (2)....................	22 »

Pansements de brûlures (2) :

Petite et moyenne brûlure (un ou deux doigts ou orteils, main, pied ou surfaces comparables)..	17 »
Brûlure comprenant deux segments de membre ou un segment de membre, avec partie adja-	

(1) Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série d'interventions à tarif spécial ; il n'agit plus alors en effet, comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même un médecin traitant.

(2) Chaque membre, comprend trois segments, bras, avant-bras, main ; cuisse jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre mais n'en sont que les extrémités.

(1) Chaque membre comprend trois segments : bras, avant-bras, main ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

(2) Le pansement de brûlure étant une intervention à tarif spécial, avis préalable doit être donné à l'employeur ou à son assureur substitué de toute série de pansements de brûlures à prévoir, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 ci-dessus.

cente du tronc ou surface équivalente	30	»
Brûlure moyenne de la face (étendue comparable à la paume de la main)	30	»
Grande brûlure :		
a) Comprenant les trois segments d'un membre ou surface comparable	50	»
b) Brûlure de la majeure partie de la face ou du tronc	50	»
c) Deux membres	75	»
Vaste brûlure (1) au premier degré.	50	»
Vaste et profonde brûlure au deuxième degré et au-dessus	100	»
Pansements rares d'ulcères variqueux à la colle de Unna ou appareillage silicaté, etc	30	»

Lorsque les brûlures, quelle que soit leur étendue, sont du premier degré (flambée), le prix est diminué de 50 p. 100.

Injections sous-cutanées

De sérum physiologique	25	»
De sérum antitétanique :		
En une seule fois	22	»
En plusieurs fois (Besredka)	28	»

Traitement par infiltrations anesthésiques (méthode de Leriche)

a) Périarticulaires pour entorse ou séquelles de traumatisme	50	»
b) Périartérielles pour œdèmes ou troubles sympathiques	100	»
c) Périganglionnaire nerveux (ganglion lombaire, stellaire)	120	»

Injections intraveineuses

De sérum ou de médicaments :		
Isolées	30	»
En séries	25	»

Pratiques hématiques

Prise de sang pour analyses	22	»
Saignée	40	»
Transfusion de sang :		
De moins de 100 centimètres cubes	120	»
Massive	600	»
(non compris l'indemnité au donneur).		

Ponction d'abcès froids de la fosse iliaque et ponction lombaire	60	»
Ponction de la plèvre avec évacuation	80	»

Ponctions

Ponction exploratrice	22	»
Ponction d'abcès froids, avec ou sans injection modificatrice :		
En série	25	»
Isolée	30	»
Ponction du genou (au trocart ou au bistouri)	70	»
Ponction d'ascite	50	»
Ponction de la vessie	90	»
Ponction de la vaginale	40	»
Ponction de la vaginale avec injection modificatrice	80	»

Pneumothorax

Sous contrôle de la radioscopie et y compris ce contrôle :		
Le premier	200	»
Les suivants	100	»

Petites interventions courantes

Cathétérisme évacuateur de la vessie	28	»
Lavage de la vessie :		
Le premier	30	»
Les suivants	25	»
Taxis	35	»
Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales	35	»
Traitement de l'asphyxie (avec traction rythmée de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus)	55	»

Article 17

Suture simple de la peau	27	»
Sutures multiples sur un même membre ou parties voisines du corps	40	»
Régularisation, épluchage et suture (1) d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main ou du pied	40	»
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde, mais n'intéressant ni les tendons, ni les troncs nerveux	100	»

(1) Au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation, la plaie diminuant d'étendue, il va de soi que les catégories de pansements suivent la même diminution. On doit entendre par vaste brûlure toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres. Toute plaie survenant après la cicatrisation d'une ancienne brûlure ne peut plus être considérée comme une brûlure et son pansement est tarifé comme pansement simple.

(1) Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (article 12 du tarif) et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri ou aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec suture des tendons extenseurs ou lésions ostéo-articulaires	110 »
Suture du tendon d'Achille	200 »
Ligature dans la plaie des deux bouts des artères : radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale, arcades palmaires et plantaires superficielles, tibiale, péronière, poplitée. axillaire, fémorale	170 »
Extraction de corps étrangers superficiels, visibles ou palpables	20 »
Extraction de corps étrangers superficiels mais non visibles et palpables	35 »
Extraction de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique	55 »
Extraction de corps étrangers profonds nécessitant un repérage radiologique	120 »
Extraction de corps étrangers profonds effectuée sous écran	300 »
Amputation ou désarticulation d'un doigt ou d'un orteil :	
Partielle	75 »
Totale	150 »
(avec ou sans une partie du métacarpien ou du métatarsien).	
Amputation ou désarticulation simultanée de plusieurs doigts ou *orteils :*	
Partielle	*200 »*
Totale	*250 »*
(Avec ou sans une partie des métacarpiens ou des métatarsiens).	
Incision d'un abcès ou hématome d'un panaris superficiel	25 »
Incision d'un panaris de la gaine ou d'un abcès sous-aponévrotique	50 »
Incision d'abcès profonds non viscéraux ou évacuation d'un gros hématome	110 »
Débridement d'un phlegmon diffus	170 »
Débridement d'un phlegmon de la main (phlegmon des gaines)	400 »

Article 18

Fractures fermées

A. — Réduction et contention d'une fracture simple sans appareils plâtrés ou silicatés ni extension :	
Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplate, sternum	40 »
Maxillaire inférieur sans appareillage	40 »
Rotule	35 »
Péroné	35 »
Clavicule	55 »
Fracture partielle du bassin n'interrompant pas la continuité de la ceinture pelvienne	55 »
B. — Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré ou silicaté ou par extension continue :	
Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien	55 »
Un seul os de l'avant-bras	65 »
Extrémité inférieure du radius ou des deux os de l'avant-bras	110 »
Deux os de l'avant-bras	165 »
Humérus (1)	220 »
Fracture de jambe (1)	220 »
Fracture de cuisse (1)	275 »
Fracture du rachis	275 »
Fracture du bassin	275 »
Appareillage provisoire d'un membre effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin	100 »
*Réfection plâtre ordinaire (moitié du prix indiqué pour le plâtre primitif avec maximum de 100 francs)	
Réfection plâtre (type coxalgie ou corset)	150 »

Article 19

Luxations

Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante :	
Doigt ou orteil	45 »
Maxillaire inférieur	65 »
Clavicule	65 »
Pouce	80 »
Coude	110 »
Epaule radio-carpienne	170 »
Genou (y compris luxation de la rotule)	220 »
Hanche	350 »
Colonne vertébrale	350 »

(1) En cas d'extension par broche, majoration de 100 francs.

TITRE III

Chirurgie générale

Article 20

Chirurgie des tissus

A. — Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :

Suture secondaire de vastes plaies superficielles, après avivement	210 »
Régularisation de cicatrices vicieuses importantes	210 »
Autoplasties à lambeaux	415 »
Greffes épidermiques	210 »
*Traitement spécial de brûlures étendues ou multiples, sous anesthésie générale, par brossage et tannage ou procédé analogue	415 »

B. — Chirurgie du système lymphatique :

Incision des adénophlegmons profonds nécessitant l'anesthésie générale	210 »

C. — Chirurgie des muscles, tendons et synoviales :

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres nécessitant des ligatures de gros vaisseaux des sutures tendineuses ou nerveuses, ou d'une plaie profonde et étendue des parois thoraco-abdominales, avec ou sans lésion osseuse concomitante et nécessitant les mêmes interventions	415 »
Suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils	220 »
Débridement des phlegmons des gaines synoviales palmaires	415 »
Intervention sur les muscles (rupture sous-cutanée, hernie)	415 »
Intervention sur les tendons (suture après cicatrisation de la plaie, anastomose et greffe)	400 »
Ablation d'hygroma (genou ou olécrâne)	210 »

D. — Chirurgie des vaisseaux :

Ligatures faites isolément comme opérations spéciales :

Des troncs principaux artériels des membres	415 »
Des arcades palmaires ou plantaires profondes)	600 »
De carotides, sous-clavière, hypogastrique	825 »
Cure des anévrysmes (sauf par ligature simple, v. ci-dessus)	825 »
Résection veineuse	415 »
Suture ou anastomose vasculaire	825 »

E. — Chirurgie des nerfs :

Suture primitive d'un tronc nerveux, y compris le traitement de la plaie	415 »
Sympathectomie périartérielle	415 »
Suture nerveuse secondaire faite isolément, libération d'un nerf comprimé	825 »
Résection des ganglions sympathiques, cervicale, dorsale ou lombaire	1.000 »

F. — Chirurgie des os :

Débridement esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et orteils) avec réduction par gouttière ou appareil à extension avec ou sans broche, nécessitant l'anesthésie générale ou régionale	415 »
Avec réduction par appareil plâtré	620 »
Avec ostéosynthèse (appareil compris)	825 »
Curetage et évidement (avec anesthésie générale ou régionale)	415 »
Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention)	825 »
Grandes résections (y compris les appareils de contention)	1.240 »
Greffes osseuses (y compris les appareils de contention)	1.240 »

G. — Chirurgie articulaire :

Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation (régularisation, épluchage, suture) :	
Les petites articulations	200 »
Les grandes articulations	415 »
Arthrotomies de drainage des petites articulations	200
Arthrotomies de drainage des grandes articulations	415 »
Arthrotomies avec interventions aseptiques intra-articulaires	825 »
Réduction par voie sanglante d'une luxation irréductible du pouce	415 »
Résection et arthrodèses faites à froid :	
Petites articulations (doigts et orteils)	415 »
Les autres articulations	1.240 »
Arthroplasties	1.320 »

Article 21

Chirurgie des régions

A. — Membres, amputations et désarticulations :

Traitement des pieds bots acquis :		
Par ténotomie et plâtre	415	»
Par résection osseuse	825	»
Résection ou énucléation des os du carpe	825	»
Astragalectomie	1.240	»
Désarticulation ou résection de la totalité d'un ou de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens avec ou sans leur doigt	415	»
Amputations ou désarticulations (du poignet à l'épaule incluse)	825	»
Amputations ou désarticulations (du tarse à la hanche incluse)	825	»
Désarticulation inter-scapulo-thoracique ou de la hanche	1.240	»
Désarticulation inter-ilio-abdominale	1.240	»
Réfection des moignons :		
Doigts et orteils	120	»
Autres moignons	415	»

B. — Tête :

Régularisation, esquillectomie, épluchage et suture en cas de fracture ouverte de la voûte intéressant la table interne	415	»
Avec intervention intra-crânienne, telle qu'ablation de corps étranger	825	»
Trépanation exécutée sans plaies préalables (par exemple embarrure)	825	»
Avec intervention intra-crânienne.	1.240	»
Résection des maxillaires	1.240	»

C. — Cou :

Traitement opératoire des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères	825	»
Œsophagotomie externe	825	»
Trachéotomie	415	»

D. — Thorax :

Traitement opératoire des plaies de poitrine :		
Avec fractures ouvertes de côtes	415	»
Avec lésions viscérales du poumon	1.240	»
Avec plaies du cœur	1.400	»
Avec lésions du médiastin, œsophage compris	1.400	»
Pleurotomie simple	210	»
Pleurotomie avec résection costale, péricardotomie	415	»
Thoracoplastie	1.240	»
Phrénicotomie	415	»

E. — Rachis :

Intervention sanglante pour luxation ou fracture de la colonne vertébrale	1.240	»
Laminectomie avec intervention sur la mœlle	1.240	»

F. — Paroi abdominale, hernies :

Laparotomie seule (exploratrice ou évacuatrice)	550	»
Incision des phlegmons de la paroi	210	»
Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non	825	»
Avec résection intestinale	1.240	»
Hernie double	1.100	»

Article 22

Chirurgie des viscères abdomino-pelviens

A. — Appareil digestif :

Traitement des plaies et contusions de l'abdomen par laparotomie seule	500	»
Avec intervention sur les viscères :		
Ne comportant que des sutures	800	»
Comportant des résections	1.240	»
Traitement des plaies de la région anale :		
Avec lésions de l'anus	400	»
Avec lésions du rectum	800	»

B. — Appareil urinaire (voir infra : urologie, art. 23).

C. — Appareil génital mâle (voir infra : urologie, art. 23).

D. — Appareil génital femelle :

Accouchement d'origine traumatique sans complication	375	»
Avortement thérapeutique	375	»
Fausse-couche non compliquée	200	»
Traitement de la rétention placentaire (curetage)	200	»
Accouchement provoqué	800	»
Césarienne abdominale	1.200	»
Périnéorraphie immédiate, mais étendue (1)	200	»
Périnéorraphie après cicatrisation.	400	»

(1) Les déchirures superficielles du périnée ne comportant que quelques points de suture sont comprises dans le prix de l'accouchement.

TITRE IV

Spécialités

Article 23

Urologie

Cathétérisme de l'urèthre pour traumatisme ou dilatation simple (bougie ou béniqué) :	
La première séance	40 »
Chacune des suivantes	35 »
Dilatation avec lavage vésical, par séance	40 »
Dilatation électrolytique	45 »
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urèthre, la séance	85 »
Instillations, par séance	75 »
Urétroscopie antérieure	75 »
Cystoscopie et urétro-cystoscopie	165 »
Cathétérisme des uretères et séparation des urines	400 »
Urétrotomie interne	400 »
Urétrotomie externe	800 »
Castration	400 »
Double (un tiers en plus).	
Amputation de la verge	800 »
Méatotomie simple	80 »
Lavage et instillation du bassinet	300 »
Circoncision	200 »
Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps	375 »
Urétrotomie externe avec taille hypogastrique	1.200 »
Cure radicale des épanchements traumatiques de la vaginale	400 »
Ouverture d'abcès périnéaux	200 »
Infiltration d'urine (traitement par débridements)	800 »
Incision des abcès de la prostate	400 »
Cystostomie et cystotomie	400 »
Débridement du phlegmon périnéphrétique	400 »
Néphropexie	800 »
Néphrectomie	1.200 »
Néphrotomie ou urétérotomie	800 »
Urétérostomie	1.200 »
Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux par les voies naturelles	400 »
Réfection de l'urèthre avec taille hypogastrique	1.200 »
Traitement des fistules vésico-vaginales par avivement et suture	400 »
Par procédé complexe	1.200 »

Article 24

Oto-rhino-laryngologie

Prix de la consultation qui comprend le cathétérisme de la trompe, le badigeonnage rétro-pharyngien, les cautérisations et pointes de feu (sauf sur le larynx), massage, air chaud, instillation intra-pharyngée	22 50
Naso-pharynx et pharynx :	
Ablation de la luette	75 »
Suture du voile du palais	250 »
Réparation d'une lésion traumatique du palais osseux	600 »
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	100 »
Nez et sinus :	
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	100 »
Corps étrangers des fosses nasales :	
Sans intervention sanglante	40 »
Avec intervention sanglante	200 »
Cornétomie	150 »
Résection d'une crête de la cloison.	150 »
Incision d'un hématome suppuré traumatique de la cloison	150 »
Résection sous-muqueuse de la cloison	400 »
Réduction d'une fracture récente du nez	100 »
Réduction d'une fracture récente du nez vicieusement coaptée	800 »
Réfection de la pyramide nasale partiellement détruite	1.000 »
Ponction du sinus maxillaire	50 »
Trépanation du sinus :	
Maxillaire	800 »
Frontal	800 »
Sphénoïdal	1.200 »
Fronto-ethmoïdal	1.200 »
Oreilles :	
Extraction de corps étranger simple	40 »
Extraction de corps étranger nécessitant une opération sanglante avec décollement du pavillon	250 »
Abcès profond du conduit auditif externe	40 »
Paracentèse du tympan	100 »

Ablation des osselets par voie naturelle .... 300 »
Trépanation de la mastoïde ...... 800 »
Evidement pétro-mastoïdien ..... 1.000 »
Evidement pétro-mastoïdien avec ouverture de la cavité crânienne. 1.200 »
Examen de l'audition (rapport compris) .... 50 »
Examen labyrinthique (rapport compris) .... 100 »

Larynx, œsophage, trachée, bronches :

Galvano-cautérisation du larynx :
La première séance .... 75 »
Les suivantes .... 50 »

Tubage du larynx :
La première séance .... 200 »
Les suivantes .... 100 »

Trachéotomie .... 400 »
Laryngotomie .... 800 »
Œsophagoscopie .... 150 »

Extraction des corps étrangers de l'œsophage :
Par œsophagoscopie .... 400 »
Par œsophagotomie externe ... 800 »

Extraction des corps étrangers du larynx et des bronches :
Par bronchoscopie supérieure .. 350 »
Par bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise) .... 800 »

Dilatation des sténoses laryngées. la séance .... 60 »
Dilatation des sténoses œsophagiennes, la séance .... 50 »

Article 25

Ophtalmologie

Prix de la consultation qui comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement et l'extraction de corps étrangers superficiels 22 50

A. — Opérations à 35 francs .... 35 »

Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales ;
Injection sous-conjonctivale ;
Extraction, sous anesthésie locale d'un corps étranger profond, ou de corps étrangers multiples superficiels, fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale ;
Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale ;
Pansement de vaste plaie de la région orbite faciale ;
Saignée de la région périorbitaire (ventouse de Heurteloup) ;
Ouverture du sac lacrymal ;
Scarification conjonctivale.

B. — Opération à 40 francs .... 40 »

Extraction, sous anesthésie locale de corps étrangers profonds fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale.

C. — Opérations (1) à 140 francs .... 140 »

Extraction d'un corps étranger des parties molles (œil ou orbite non compris);
Extraction d'un corps étranger profond de la sclérotique ;
Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire ;
Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances ;
Péritomie ;
Péricautérisation en une ou plusieurs séances ;
Paracentèse kératotomie ;
Ponction du globe ;
Tatouage de la cornée ;
Ectropion ou entropion partiel.

D. — Opérations (1) à 250 francs .... 250 »

Hernie de l'iris ;
Electrolyse lacrymale ou ciliaire en une ou plusieurs séances ;
Suture de plaies étendues ou compliquées (paupière et globe) ;
Recouvrement conjonctival ou occlusion chirurgicale des paupières :
Opération sur le sac ou la glande lacrymale ;
Phlegmon de l'orbite ;
Brossage, expression ou cautérisation de granulations susceptibles de compliquer un traumatisme atteignant la cornée ou les milieux intra-oculaires, en une ou plusieurs séances.

E. — Opérations (1) à 400 francs .... 400 »

Libération de cicatrices palpébrales, en une ou plusieurs séances :
Iridectomie ;
Décollement traumatique de la rétine (thermo, diathermo-coagulation), en une ou plusieurs séances.

F. — Opérations (1) à 700 francs .... 700 »

Cataracte ;
Cataracte secondaire, capsulectomie ;

(1) Dans le prix de toutes ces opérations est comprise l'anesthésie sauf l'anesthésie générale.

Corps étranger intra-oculaire avec ou sans iridectomie et recouvrement conjonctival ;
Enucléation, éviscération ;
Exentération du globe ;
Ectropion ou entropion total ;
Ptosis ;
Opération sur les muscles de l'œil ;
Opération plastique des paupières.

G. — Opérations (1) à 800 francs .... 800 »
Opération antiglaucomateuse (Elliott-Lagrange) ;
Résection des nerfs de l'orbite ;
Amputation du segment antérieur ou opération plastique du globe en vue de la prothèse ;
Opération intra-orbitaire ;
Réfection complète des paupières ;
Libération et réfection du cul-de-sac conjonctival, en une ou plusieurs séances ;
Dacryocystorhinostomie.

Article 26

Stomatologie

Extraction d'une dent sous anesthésie locale	27	»
Pansement pulpaire ou radiculaire :		
Le premier	27	»
Les suivants	22	»
Obturation simple (ciment ou amalgame d'argent)	35	»
Incision d'un abcès sous-muqueux d'origine dentaire	22	»
Esquillectomie alvéolaire	30	»
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie secondaire post-opératoire	22	50
Tamponnement pour hémorragie incoercible, par exemple chez un hémophile (2)	100	»
Extraction d'une racine de dent fracturée traumatiquement	50	»
Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire	70	»
Extraction d'une dent au cours de complications aiguës nécessitant une anesthésie régionale des troncs nerveux	100	»
Trépanation et lavage du sinus maxillaire par la voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë	250	»
Réduction et contention d'une fracture des maxillaires n'intéressant que la région alvéolaire par attelle métallique ligaturée	300	»
Réduction et contention d'une fracture complète des maxillaires supérieurs ou inférieurs, par attelles métalliques ligaturées (ficelage, blocage intermaxillaire, etc. (1)	400	»

(1) Dans le prix de toutes ces opérations est comprise l'anesthésie, sauf l'anesthésie générale.

(2) Les dispositions de l'article 6 ne jouent pas dans ce cas.

Article 27

Radiologie et électroradiologie

1° Radiodiagnostic

Squelette

A. — Membre supérieur :		
Doigt (un ou plusieurs), face et profil	50	»
Main, poignet :		
Face ou profil	80	»
Face et profil	100	»
Avant-bras :		
Face ou profil	80	»
Face et profil	125	»
Coude, diaphyse humérale :		
Face ou profil	100	»
Face et profil	160	»
Epaule ou clavicule (de face)	160	»
Epaule (de profil)	250	»
Epaule (de face et de profil)	320	»
B. — Membre inférieur :		
Orteil (un ou plusieurs) face et profil	50	»
Pied :		
Face ou profil	80	»
Face et profil	100	»
Face et profil, avec projection verticale du calcanéum	180	»
Cou-de-pied, jambe :		
Face ou profil	100	»
Face et profil	125	»
Genou :		
Face ou profil	125	»
Face et profil	190	»
Diaphyse fémorale :		
Face ou profil	150	»
Face et profil	200	»
Hanche :		
De face	175	»
De profil	250	»
De face et de profil	375	»
Bassin de face	250	»
C. — Tête :		
Crâne :		
Face ou profil	200	»
Face et profil	300	»

(1) Si la réduction et la contention imposent un appareillage mécanoprothétique (gouttières coulées, guides, bielles, etc.), les appareils construits feront l'objet d'un devis particulier.

Une incidence spéciale ou oblique ou projection verticale de bas en haut ou de haut en bas. 300 »
Orbite (face et profil)............ 220 »
Dents méthode intra-buccale, une plaque..................... 65 »
Chaque plaque supplémentaire... 30 »
Maxillaire inférieur (par dédoublement côté droit ou gauche)..... 170 »

D. — Colonne vertébrale :
Rachis cervical :
De face ou de profil........... 160 »
De face et de profil............ 250 »
Rachis dorsal :
De face ou de profil........... 200 »
De face et de profil............ 400 »
Rachis lombaire :
De face ou de profil........... 200 »
De face et de profil............ 400 »
Sacrum :
De face ou de profil........... 210 »
De face et de profil........... 370 »
Hémithorax (côte ou omoplate).. 200 »
Thorax osseux (de face ou de profil) avec radioscopie si nécessaire 250 »

Examens radioscopiques divers (à l'exclusion du centrage ou de la radiographie)

a) Pour repérage de corps étrangers, injection de substance opaque ou gazeuse....................... 200 »
b) Réglage radiographique d'un compas pour la localisation des corps étrangers en vue d'une intervention chirurgicale................. 300 »

Viscères (1)

E. — Poumons :
Radioscopie seule............... 125 »
Examen radioscopique avec une téléradiographie de face au delà de 1 m. 50................... 240 »
Examen radioscopique avec deux téléradiographies, face, profil ou oblique au delà de 1 m. 50...... 350 »

F. — Cœur et aorte :
Radioscopie seule............... 125 »
Radioscopie avec orthodiagramme 170 »
Examen radioscopique avec une téléradiographie de face au delà de 1 m. 50................... 240 »
Examen radioscopique avec deux téléradiographies, face, profil ou oblique au delà de 1 m. 50...... 350 »

G. — Tube digestif :
Œsophage :
Radioscopie seule (avec ou sans calque)...................... 120 »
Radioscopie avec un cliché....... 240 »
Radioscopies en série, pour quatre petits clichés supplémentaires en sus................. 150 »
Estomac : examen statique (radioscopie seule avec ou sans calque)...................... 120 »
Estomac et duodénum :
Examen radioscopique avec un cliché..................... 240 »
Examen radioscopique avec vérification du passage duodénal et de l'évacuation du bas-fond (quel que soit le nombre de séances) avec un cliché....... 350 »
Radiographies en série, pour quatre petits clichés supplémentaires en sus................. 150 »
Gros intestin :
Repas opaque, examen radioscopique en une seule séance avec un cliché.................... 250 »
Examen radioscopique en plusieurs séances (transit), quel que soit le nombre de séances :
Avec un cliché............. 350 »
Avec deux clichés........... 400 »
Lavement opaque ou gazeux :
Examen radioscopique avec un cliché.................... 350 »
Examen radioscopique avec deux clichés.............. 400 »
Vésicule biliaire (avec ou sans préparation tétraiodée) :
Un cliché précédé ou non de radioscopie .... 200 »
Deux clichés................ 300 »

H. — Système urinaire :
Système urinaire complet avec un film....................... 300 »
Pyélographie ascendante ou descendante, urétrographie (injection non comprise) :
Avec un cliché.............. 300 »
Avec deux clichés............ 400 »

I. — Examens divers :
Fistulographie (injection non comprise) :
Examen radioscopique avec un cliché.................... 250 »
Examen radioscopique avec deux clichés............... 300 »
Radiographie stéréoscopique (le double d'un cliché ordinaire).
Examen par les procédés dits « en coupe » (tomographiques, strati-

(1) Ces prix ne comportent pas la fourniture des produits pharmaceutiques nécessaires, sels de barium ou de thorium, huile iodée, tétraiode, etc.

graphiques ou sériographiques), par cliché .... 120 »
Au delà de quatre clichés, par cliché supplémentaire ...... 75 »

2° Radiothérapie

J. — Rœntgenthérapie (prix pour une séance de 250 *r* internationaux mesurés à la peau).

a) Superficielle (sans ou avec filtration inférieure à 2 mm. d'aluminium — 80 à 100 KV. — Les 250 *r* en surface, chaque séance..... 80 »

b) Moyennement pénétrante (100 à 180 KV).................... 125 »

c) Pénétrante (avec appareil de 200 KV), filtration minima de 0,8 de cuivre et distance focale de 30 centimètres .... 175 »

K. — Curiethérapie :

Application interne, ou appareil externe comptant l'emploi d'une quantité de radium évalué en milligrammes de radium élément. Les prix indiqués sont à comprendre par journée d'application (1) :

De 1 mgr. de radium élément à 9,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application)................ 120 »
De 10 mgr. de radium élément à 19,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 140 »
De 20 mgr. de radium élément à 29,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 160 »
De 30 mgr. de radium élément à 39,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 180 »
De 40 mgr. de radium élément à 49,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 220 »
De 50 mgr. de radium élément à 59,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 240 »
De 60 mgr. de radium élément à 69,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 260 »
De 70 mgr. de radium élément à 79,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application) .... 280 »
De 80 mgr. de radium élément à 89,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 300 »
De 90 mgr. de radium élément à 99,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 320 »
De 100 mgr. de radium élément à 149,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 340 »
De 150 mgr. de radium élément à 199,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 400 »
De 200 mgr. de radium élément à 299,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 500 »
De 300 mgr. de radium élément à 399,9 mgr. (par vingt-quatre heures d'application).......... 600 »
Au-dessus de 400 mgr. augmentation de 100 francs par 100 mgr. de radium élément jusqu'à 1.000 milligrammes.

(1) Non compris les accessoires nécessaires, tels que sondes, pessaires, plaques de cire, etc., etc.

3° Electrologie

L. — Electro-diagnostic :

Examen électro-diagnostic avec rapport sur cet examen seul .... 150 »
Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de face.
Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il faut examiner le sujet tout entier.

*Recherche de la chronaxie........ 500 »

M. — Electrothérapie :

Traitement galvanique ou faradique simple ; par séance (quel que soit le nombre de séances)...... 30 »
Ce prix sera augmenté de :
Si l'on est obligé de soigner deux régions successivement dans la même séance. 12 »
Si l'on est obligé de soigner plus de deux régions...... 20 »

Séance de rayons ultra-violets ou infra-rouges .... 40 »

Darsonvalisation (application de haute fréquence par le médecin spécialiste lui-même) :
Diathermie ordinaire (ondes amorties ou entretenues), par séance................ 40 »
Diathermie à ondes courtes, application localisée...... 50 »

Lavement électrique au domicile du malade .... 350 »

Observations

1° Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves.

Chaque épreuve en plus sera comptée :

18/24	12 50
24/30	15 »
30/40	20 »

2° Toutes les autres radiographies de la même région, prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose (1) ;

3° Sauf les cas d'extrême urgence (2), l'exploration radiologique, l'électro-diagnostic, la diathermie, les rayons ultra-violets et infrarouges, la recherche de la chronaxie, la rœntgenthérapie et la curiethéraipe doivent être prescrits par le **médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué sur demande techniquement motivée du médecin traitant par lettre recommandée.** Le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué devra, en cas de refus, donner également un avis techniquement motivé dans les huit jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant. De plus, l'accord devra spécifier le nombre de séances à effectuer :

4° **Dans les cas d'extrême urgence,** l'employeur ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire ;

5° En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus ;

6° Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires : un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé ;

7° Les radiographies : épaule de profil, crâne, position verticale ; thorax ou poumons en deux positions ; pied, en projection verticale ; hanche ou sacrum de profil, ne pourront être faites que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué ;

8° Au cas où l'épreuve radiographique serait reconnue insuffisante par le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, celui-ci pourra, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivront la réception de l'épreuve, demander en communication le film lui-même. Au cas où ce médecin jugerait notoirement insuffisante l'épreuve et le film, le payement sera obligatoirement soumis à la Commission d'arbitrage, où le radiologiste pourra donner les raisons de cette insuffisance ;

9° Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1° Le prix ordinaire du ou des examens ;

2° Le prix de la ou des visites au prix ordinaire des spécialistes ;

3° Le prix de location des appareils demandé par le constructeur à l'époque de l'examen ;

4° Lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité basé sur la distance kilométrique.

Article 28

Kinésithérapie

Séance de massage, de mobilisation ou d'air chaud	17 »
*Mobilisation par appareil de mécanothérapie, la séance, avec ou sans massage :	
1° Mécanothérapie active	17 »
2° Mécanothérapie passive par moteurs inanimés	30 »

**Observations*

1° Au cas où deux de ces interventions auront été pratiquées dans la même séance sur deux membres différents, le prix de l'une des deux sera diminué de moitié. Cependant, si plusieurs de ces interventions ont été pratiquées sur le même membre dans une même séance, elles ne compteront que pour une seule séance ;

2° Tout traitement par séances de kinésithérapie et de mécanothérapie devra être prescrit par le médecin traitant, d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, sur demande techniquement motivée du médecin traitant, par lettre recommandée.

Article 29

***Examens biologiques**

Le tarif applicable pour les examens biologiques est celui prévu pour ces examens par le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

(1) Cette diminution n'est pas appliquée au cas où il s'agit de deux régions nettement séparées et concernant deux lésions distinctes.

(2) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique ou l'électro-diagnostic.

Observation

Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'examen biologique doit être prescrit par le médecin traitant d'accord avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé, dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, l'employeur ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

TITRE V

*Soins aux hospitalisés

Article 30. — Les honoraires à l'hôpital public et en clinique privée incombant aux employeurs sont soumis aux dispositions générales suivantes :

Les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention sont les mêmes que ceux prévus au présent arrêté pour les soins au domicile et au cabinet, sous les réserves suivantes :

a) Les pansements qui figurent au paragraphe 1er de l'article 16 du titre II, les actes inscrits aux autres paragraphes du titre II et au titre IV avec un prix inférieur à 40 francs, les séances de massage et de mobilisation ne donnent pas lieu à un honoraire au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique ;

b) **Toute journée d'hospitalisation** donne lieu à un honoraire forfaitaire journalier de **6 francs** au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé, ou du médecin de la clinique.

Toutefois, la journée d'hospitalisation, qui donne lieu à un honoraire à l'acte, au profit du chef de service d'hôpital ou du médecin de la clinique, ne comporte pas d'honoraire forfaitaire journalier pour le même praticien ;

c) Si, au cours de l'hospitalisation, un acte de spécialité est pratiqué, la demande du chef de service ou du médecin de la clinique, par un spécialiste autre que le chef de service ou le médecin de la clinique, cet acte, quel qu'en soit le prix, sauf s'il s'agit de séance de massage ou de mobilisation, donne lieu à un honoraire au profit du spécialiste qui l'a exécuté, au tarif prévu pour les soins au domicile et au cabinet.

En ce cas, **avis préalable**, doit être donné par lettre recommandée à l'employeur ou son assureur substitué ; en cas d'urgence, la notification doit être faite aussitôt après la première des interventions susvisées.

Article 31. — Sont applicables aux soins donnés à l'hôpital ou à la clinique, les dispositions des articles suivants des titres Ier à IV :

Article 3, paragraphe *b*) (*dimanches et jours fériés*) ;

Article 4 (*visites entre* 21 *heures et* 6 *heures*) ;

Article 6 (*surveillance prolongée*) ;

Article 8 (*actes opératoires faits la nuit*) ;

Article 9 (*avis en cas d'opéraiton mutilante ou de grande chirurgie*) ;

Article 10, deuxième alinéa (*actes médicaux consécutifs à l'intervention*).

Article 11, dont le premier alinéa est ainsi modifié en ce qui concerne les soins à l'hôpital ou en clinique : « Quand un aide opératoire qualifié est nécessaire, ses honoraires sont limités à la moitié des honoraires du chirurgien, avec maximum de 80 francs » (1) ;

Article 12 (*tarif de l'anesthésie*) ;

Article 14 (abstraction faite des actes dont le prix est inclus dans l'honoraire forfaitaire journalier) (*actes médicaux multiples*).

TITRE VI

*Soins dispensés par les infirmiers diplomés d'Etat

(*visés au décret du* 27 *juin* 1922 *et au décret du* 8 *février* 1938)

Article 32. — Ces infirmiers diplômés d'Etat ne peuvent réclamer d'honoraires que pour **des soins donnés par eux sur ordonnance qualitative et quantitative du médecin du blessé et sous surveillance générale.**

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'examen biologique.

(1) Un aide ne peut être considéré comme qualifié que s'il est docteur en médecine ou interne nommé au concours dans un hôpital public.

Article 33

Pansements simples :

Unique	10 »
Multiples sur le même membre	12 »
Multiples sur des membres différents	15 »
Séance de massage :	
Sur un seul membre	12 »
Sur plusieurs membres	18 »
Injection sous-cutanée ou intra-musculaire	8 »
Pose de ventouses sèches	10 »
Pose de ventouses scarifiées	12 »

Article 34. — Lorsque ces mêmes actes doivent être dispensés au domicile du blessé, l'infirmier diplômé d'Etat a droit, en outre, à une indemnité de déplacement fixée à :

3 francs dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus ;

1 fr. 50 dans les communes de 50.000 à 100.000 habitants.

1 franc par kilomètre parcouru si l'infirmier et le blessé habitent des communes différentes (1).

Article 35. — En cas d'assistance du médecin traitant à une séance de soins dispensés par un infirmier diplômé d'Etat, **le cumul des honoraires du médecin et de l'infirmier est interdit.**

(1) Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable à l'infirmier le plus rapproché.

TITRE VII

Certificats. — Arbitrage. — Exécution de l'arrêté

Article 36. — Certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable, y compris la copie, **10 francs.**

Donneront droit à une indemnité spéciale de **15 francs :**

1° En cas de blessures graves, le certificat initial descriptif de l'état du blessé (1) ;

2° Le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave.

Donnera droit à une indemnité spéciale de **20 francs**, le certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation, la possibilité de reprise du travail, la guérison ou la consolidation du blessé, ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande de l'employeur ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé **15 francs.** Ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

Article 37. — Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires par blessé, signée du praticien et contenant :

1° Les nom et adresse du praticien.

2° Les nom et adresse du blessé ;

3° Les nom et adresse de l'employeur ;

4° La date de l'accident ;

5° L'endroit où le blessé a été soigné ;

6° L'indication de la distance, s'il y a lieu, à tarif kilométrique ;

7° L'indication dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnité de déplacement, etc.) qui peuvent en modifier le prix ;

8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;

9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;

10° Le coût des honoraires.

Le praticien ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Article 38. — En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à l'application du présent tarif, les parties intéressées pourront les déférer aux commissions d'arbitrage.

Article 39. — Le présent arrêté prendra effet le **1er janvier 1939** et aura une durée d'un an au moins à compter de cette date.

Toutefois, les honoraires déjà réglés ne donneront pas lieu à un rappel.

(1) Le certificat initial n'est pas un certificat descriptif détaillé comme le certificat d'incapacité permanente ; il n'en doit pas moins être précis et complet en indiquant toutes les manifestations objectives. (Exemple : ne pas mettre simplement « entorse, etc. », mais « entorse avec ou sans ecchymose ».)

*Annexe à l'article 2

Art. 2. — Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et de leur banlieue : **4 francs** par visite, quelle que soit la distance.

La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffite, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres.

Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, Taverny, le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes ;

2° En dehors de la commune : **1 fr. 50** par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

***

a) Le chiffre ci-dessus est porté à **1 fr. 80** par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

***Alpes** (Basses-), **Ardèche, Corrèze, Creuse, Loire** (Haute-), **Lozère, Pyrénées-Orientales, Vienne** (Haute-), **Vosges.**

ALLIER. — Communes d'Arfeuilles, Châtel-Montagne, Châtelus, Ferrières, la Chabanne, la Guillermie, Laprugne, Lavoine, Mayet-de-Montagne, Nizerolles, Saint-Clément, Saint-Nicolas-des-Biefs.

ALPES (HAUTES-). — Cantons autres que ceux énumérés au paragraphe *b.*

ALPES-MARITIMES. — Tous les cantons autres que ceux de Cagnes, Cannes, Antibes (tarifés à 1 fr. 50) et ceux énumérés au paragraphe *b*).

ARIEGE. — Le canton d'Ax-les-Thermes.

Le canton de la Bastide-de-Sérou, les sections d'Aron et d'Unjat de la commune de la Bastide-de-Sérou, la section de Serre-de-Cor de la commune de Cadarcet et les autres communes du canton, à l'exception de Durban et de Montels.

Le canton de Cabannes.

Le canton de Foix, excepté Saint-Jean-de-Verges.

Le canton de Quérigut.

Le canton de Tarascon.

Le canton de Vicdessos.

Les communes de Camarade, Gabre, Montfa du canton du Mas-d'Azil.

Le canton de Castillon.

Le canton de Massat.

Les communes d'Alos, Clermont, Encourtiech Erp, Esplas, Lacourt, Montégut, Moulis, Riverenerl, du canton de Saint-Girons.

Les communes de Betchat, Cazavet, Mauvozin-de-Prat, Montesquieu-Avantès, Montgauch, Montjoie, du canton de Saint-Lizier.

Le canton d'Oust.

Les communes de Bagert, Barjac, Bédeille, Lasserre et Mauvezin-de-Sainte-Croix, du canton de Sainte-Croix.

AVEYRON. — *Arrondissement de Millau* : Cantons de Belmont-sur-Rance, Camarès, Campagnac, Cornus, Millau.

Canton de Nant : communes de Nant, Cantobre, Saint-Jean-du-Breuil, Laroujerie, Sauclières.

Cantons de Peyreleau, Saint-Beauzely, Saint-Gernin-sur-Rance, Saint-Rome-de-Tarn, Vezins-de-Levezou.

Arrondissement de Rodez : Cantons de Cassagnes-Begonhes, Conques, Entraygues, Estaing, Laguiole, la Salvetat, Mur-de-Barrez.

Cantons de Rodez : communes de la Monastère et Sainte-Radégonde.

Cantons de Saint-Amans, Saint-Chély, Sainte-Geneviève-sur-Argence, Saint-Geniez, Sauveterre.

Arrondissement de Villefranche : Cantons de Najac, Rieupeyroux.

CANTAL. — Cantons de Champs-sur-Tarentaise, Saigues, Mauriac, Montsalvy, Aurillac-Sud, Saint-Cernin, Pléaux, Laroque-brou, Saint-Mamet, Maurs.

CORSE. — Arrondissements de Bastia, d'Ajaccio, de Sartène : tous les cantons, sauf ceux énumérés au paragraphe *b*).

Arrondissement de Corte, cantons de Venaco, Omessa, Moïta (commune d'Aléria), Ghisoni (commune de Ghisonaccia), Corte.

DOUBS. — Cantons de Baumes-les-Dames, Clerval, l'Isle-sur-le-Doubs, Roulans, Quingey, Besançon-Sud, Ornans, Levier, Mouthe, Amencey, Morteau, Montbenoît.

DRÔME. — Arrondissement de Die.

GARONNE (HAUTE). — Cantons d'Aspet, Saint-Béat, Bagnères-de-Luchon.

ISERE. — Cantons de Bourg-d'Oisans, Clelles, Corps, la Mure, Mens, Valbonnais, Villard-de-Lans. La partie du canton de Pont-en-Royans, située à l'Est de la route nationale n° 518.

Communes de Château-Bernard, Combe-de-Lancey, Gresse, Hurtières, la Ferrière-d'Allevard, Laffrey, Laval, les Adrets, Pinsot, Revel, Saint-Andeol, Sainte-Agnès, Saint-Mury, Saint-Nizier-du-Moucherotte, Sappey, Sarcenas, Sinard, Theys, Venon.

LOIRE. — Arrondissement de Saint-Etienne.

Arrondissement de Montbrison : cantons de Noiretable, Saint-Bonnet-le-Château, Saint-Georges-en-Couzan.

Arrondissement de Roanne : cantons de Belmont, Saint-Haon-le-Châtel, Saint-Just-en-Chevalet.

NIÈVRE. — Région du Morvan. *Arrondissement de Château-Chinon* : Le canton de Château-Chinon.

Le canton de Luzy.

Le canton de Montsauche.

Le canton de Moulins-Engilbert.

Les communes de Chougny, de Dun-sur-Grandry, de Limanton (du canton de Châtillon).

Arrondissement de Clamecy : Le canton de Lormes.

PUY-DE-DÔME. — Cantons autres que ceux énumérés au paragraphe *b.*

Pyrénées (Basses-). — Canton des Accous : communes de Aydius, Borce, Cette-Eygun, Etsant, Lescun, Lourdios, Urdos.
Canton de Laruns : communes de Aste-Béon, Beost-Bilhères, Eaux-Bonnes, Gère-Bélesten, Laruns, Louvie, Soubiron.
Cantons de Saint-Etienne-de-Bigorry et de Saint-Jean-Pied-de-Port.

Rhône. — Les cantons d'Amplepuis, l'Arbresle, Beaujeu, le Bois-d'Oingt, Lamure, Limonest, Mornant, Saint-Genis, Saint-Laurent, Saint-Symphorien, Tarare, Thizy.

Saone-et-Loire.—*Canton de Mesvres* : Dans la commune de Broye, les hameaux de Montjeu et de Chapey.
Dans la commune de la Chapelle-sur-Uchon, le bourg et les hameaux de Valle et Corcelle.
Dans la commune de Mesvres, les hameaux de la Cortenne, la Porolle, le Bois-Montbeuf.
Dans la commune de Saint-Symphorien-de-Marmagne : les hameaux des Colins et du bois de la crête.
Canton du Mont-Saint-Vincent : Communes de Mary, Mont-Saint-Vincent.
Canton de Matour : communes de Matour, Meulin, Trivy.
Canton de Tramayes : Commune de Tramayes.

Savoie. — *Canton d'Aiguebelle* : Commune de Aiton, Argentine, Montgilbert, Randans, Saint-Alban-d'Hurtières, Saint-Georges-d'Hurtières, Saint-Léger, Saint-Pierre-de-Belleville.

Savoie (Haute-). — Cantons et communes autres que ceux énumérés au paragraphe *b*).

Tarn. — Cantons de Abbans, Angles, Brassac.
Canton de Dourgne : communes de Arfons, Cammazes, Dourgne, Durfort, Massaguet, Saint-Amancel, Sorrèze, Verdalle.
Cantons de Mazamet, Montredon, Labessonié, Murat-sur-Vebre, Saint-Amans-Soult, Vabre, Vaour.

Var. — Cantons de Aups, Camps, Salernes, Tavernes.

***

b) L'indemnité est porté à **2 fr. 25** par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

Alpes (Hautes-). — *Arrondissement de Briançon.* Canton d'Aiguilles : communes d'Abriès, Château-Ville-Vieille, Arvieux Molines, Ristolas, Saint-Véran.
Canton de l'Argentière : communes de Pelvoux, Puy-Saint-Vincent, La Roche-de-Rame, Saint-Martin-de-Queyrières, Vallouise, les Vigneaux.
Canton de Briançon : communes de Cervières, Montgenèvre, Névache, Puy-Saint-André, Puy-Saint-Pierre, Val-des-Prés, Villard-Saint-Pancrace.
Canton de la Grave : commune de Villar-d'Arène.
Canton de Guillestre : communes de Ceillac, Champcella, Eygliers, Fressinières, Mont-Dauphin, Réotier, Risoul, Saint-Clément, Saint-Crépin, Vars.
Canton de Monétier-les-Bains : communes de Saint-Chaffrey, la Salle.
Arrondissement de Gap : Communes de Baratier, Châteauroux, Crevoux, les Crottes, les Orres, Saint-André-d'Embrun, Saint-Sauveur.
Vallée du Drac : Canton de Saint-Bonnet : communes d'Ancelle, Benevent-en-Charbillac, Buissard, Chabottes, Chabottonnes, Les Costes, La Fare, Forest-Saint-Julien, les Infournas, Laye, Molines-en-Champsaur, la Motte-en-Champsaur, le Noyer, Poligny, Saint-Eusèbe, Saint-Julien-en-Champsaur, Saint-Laurent-du-Cros, Saint-Léger, Saint-Michel-de-Chaillol.
Canton d'Orcières : communes de Champoléon, Saint-Jean, Saint-Nicolas.
Vallée de la Séveraisse. Canton de Saint-Firmin : communes d'Aspres-les-Corps, Chauffayer, Clémence-d'Ambel, le Glaizil, Guillaume-Peyrouse, Saint-Jacques, Saint-Maurice, Villar-Loubière.
Vallée du Dévoluy. Canton de Saint-Etienne-en-Dévoluy : communes d'Agnières, la Cluse, Saint-Disdier.

Alpes-Maritimes. — Cantons de Breil, Guillaumes, Roquebillière, Saint-Etienne-de-Tinée, Saint-Martin-Vésubie, Sospel, Saint-Sauveur, Utelle.

Ain. — Arrondissement de Gex.
Arrondissement de Nantua.
Arrondissement de Belley, sauf le canton de Lagnieu.
Arrondissement de Bourg : Cantons de Ceyzeriat, de Treffort, sauf Saint-Etienne-du-Bois.
Canton de Coligny, sauf les communes de Beaupont, Beny, Domsure, Marboz, Pirajoux et Villemontier.

Corse. — *Arrondissement de Bastia* : Cantons de la Porta, Campile, Campitello, Olmi-Capella, Calenzana (communes de Galeria et Manso).
Arrondissement d'Ajaccio : Cantons d'Evisa, Soccia, Vico, Salice, Zicavo.
Arrondissement de Sartène : Cantons de Levie-Serra.
Arrondissement de Corte : tout l'arrondissement sauf les cantons et communes énumérés au paragraphe *a*.

Doubs. — Cantons de Pierrefontaine, Vercel, Hérimoncourt, Maiche, Pont-de-Roide, Russey Saint-Hippolyte.

Jura. — Tous les cantons de l'arrondissement de Saint-Claude.
Dans l'arrondissement de Lons-le-Saunier, les cantons de Champagnole, de Nozeroy, des Planches, de Salins.

Puy-de-Dôme. — *Arrondissement de Clermont-Ferrand* : Cantons d'Herment, de Bourg-Lastic, de Rochefort-Montagne, de Saint-Amant-Tallende.
Arrondissement d'Issoire : Cantons de Besse, d'Ardes-sur-Couze, de la Tour-d'Auvergne, de Sauxillanges.
Arrondissement de Thiers : Cantons de Saint-Germain-l'Herm, d'Arlanc, de Viverols, de Saint-Anthème, d'Ambert, d'Olliergues, de Saint-Amant-Roche-Savine, de Cunlhat.
Cantons de Thiers, de Saint-Rémy-sur-Durolle, de Chateldon, de Courpière.
Arrondissement de Riom : Cantons de Saint-Gervais-d'Auvergne, de Manzat, de Pontaumur, de Pontgibaud.

Pyrénées (Hautes-). — Canton d'Argelès-Gazost : communes d'Artalens, Uz, Vier-Bordes.
Canton d'Arreau : communes d'Ardengost, Aspin, Aulon, Barrancouen, Beyrede, Camors, Fréchet, Gouaux, Lançon, les hameaux des communes d'Ilhet et de Sarrancolin.
Canton d'Aucun : communes d'Arcizans-Dessus, Estaing, Gaillagos, Sireix.
Canton de Borderez-Louron : communes d'Aneran-Camors, Bareilles, Cazaux-Debat, Cazaux-Fréchet, Estarvielle, Germe, Ilhan, Lourdevielle, Mont, Pouchergnes, Ris, Vieille-Louron.
Canton de Luz : communes de Betpouey, Chèze, Grust, Sazost, Sers, Vielie, Viey, Viscos, Vizos.
Canton de Vielie-Aure : communes de Aragnouet, Azet, Cadeilhan-Trachère, Camparan, Ens, Estensan, Grailhen, Sailhan, Soulan, Tramezaygues.

Savoie. — *Arrondissement de Chambéry* : Aillon-le-Jeune, Aillon-le-Vieux, Ansigny, Arith, Arvillard, Avressieux, Ayn, Bellecombe-en-Bauges, Billième, Bissy, Bourget-en-Huile, Bridoire (la), Cessens, Chambéry-le-Vieux, Champ-Laurent, Chanaz, Chapelle-Blanche (la), Chapelle-Mont-du-Chat (la), Chatelard (le), Chindrieux, Conjux, Corbel, Croix-de-La-Rochette (la), Curienne, Déserts (les), Doucy-en-Bauges, Drumettaz-Clarafond, Dullin, Entremont-le-Vieux, Epersy, Etable, Gerbaix, Grésin, Hauteville, Jacob-Bellecombette, Lescheraines, Loisieux, Marcieux, Méry-Montagnole, Montcel, Montendry, Motz, Mouxy, Novalaise, Noyer (le), Ontex, Pontet (le), Presle, Pugny-Chatenod, Puygros, Rochefort, Rochette (la), Ruffieux, Serrières-en-Chautagne, Saint-Cassin, Saint-Franc, Saint-François-de-Sales, Saint-Germain, Saint-Genix-sur-Guiers, Saint-Jean-d'Arvey, Sainte-Marie-d'Alvey, Saint-Maurice-de-Rothorens, Saint-Offenge-Dessous, Saint-Offenge-Dessus, Saint-Ours, Saint-Paul-sur-Yenne, Saint-Pierre-d'Alvey, Saint-Pierre-de-Curtille, Saint-Pierre d'Entremont, Saint-Pierre-de-Soucy, Saint-Sulpice, Table (la), Thoiry, Thuile (la), Traize, Tresserve, Trevignin, Verel-Pragondran, Verel-de-Montbel, Verneil (le), Villard-d'Héry, Villaroux, Vimines, Vions.

Arrondissement de Saint-Jean de-Maurienne : Albanne, Albiez-le-Jeune, Albiez-le-Vieux, Aussois, Avrieux, Beaune, Bessans, Bonneval-sur-Arc, Bonvillaret, Châtel (le), Fontcouverte, Hermillon, Jarrier, Lanslebourg, Lanslevillard, Modane, Montaimont, Mont-Denis, Montgellafray, Montpascal, Montricher, Montrond, Montsapey, Montvernier, Notre-Dame-du-Cruet, Saint-Albandes-Villards, Saint-André, Saint-Colomban-des-Villards, Saint-Etienne-de-Cuines, Saint-François-sur-Bugeon, Saint Jean-d'Arves, Saint-Jean-de-Maurienne, Sainte-Marie-de-Cuines, Saint-Martin-d'Arc, Saint-Martin-sur-la-Chambre, Saint-Michel-de-Maurienne, Saint-Pancrace, Saint-Sorlin-d'Arves, Thyl, Valloire, Valmeinier, Villarambert, Villarodin.

Arrondissement d'Albertville : Aigueblanche, Aime, Albertville, Allondaz, Allues (les), Arèches, Avanchers (les), Beaufort-sur-Doron, Bellecombe (Tarentaise), Bellentre, Bois (le), Bonneval, Bonvillard, Bourg-Saint-Maurice, Bozel, Brides-les-Bains, Celliers, Césarches, Champagny, Chapelles (les), Cléry, Cohennoz, Côte-d'Aime (la), Doucy-Tarentaise, Feissons-sur-Isère, Feissons-sur-Salins, Flumet, Fontaine-le-Puits, Giettaz (la), Grand-Cœur (le), Granier, Hautecour, Hauteluce, Hauteville-Gondon, Héry-sur-Ugine, Landry, Longefoy, Macot, Marthod, Mercury-Gemilly, Montagny, Montgirod, Montvalezan, Moutiers, Naves, Notre-Dame-de-Bellecombe, Notre-Dame de-Briançon, Notre-Dame-du-Pré, Pallud, Peisey, Perrière (la), Petit-Cœur (le), Planay, Plancherine, Pralognan, Pussy, Queige, Salins, Séez, Saint-Bon, Sainte-Foy, Saint-Jean-de-Belleville, Saint-Laurent-de-la-Côte, Saint-Marcel, Saint-Martin-de-Belleville, Saint-Nicolas-la-Chapelle, Saint Oyen, Saint-Paul-sur-Isère, Tessens, Thénésol, Tignes, Ugine, Val-d'Isère, Valeszan, Venthon, Verrens-d'Arvey, Villard-sur-Doron, Villargerel, Villarlurin, Villaroger, Villette.

Haute-Savoie. — *Arrondissement d'Annecy* : Alby-sur-Chéran, Alex, Archamps, Arcine, Balme-de-Sillingy (la), Balme-de-Thuy, Balmont, Beaumont, Bonneguête, Bouchet-de-Serraval (le), Cercier, Cernex, Chainaz-les-Frasses, Challonges, Chapery, Charvonnex, Chaumont, Chavannaz, Chavanod, Chêne-en-Semine, Chénex, Chessenaz, Chevrier, Chilly, Choisy, Clarafond, Clefs (les), Clermont, Clusaz (la), Collonges-sous-Salève, Crempigny, Cruseilles, Cusy, Cuvat, Desingy, Dingy-en-Vuache, Dingy-Saint-Clair, Droisy, Entrevernes, Epangy, Etercy, Evires, Faverges, Ferrières, Frangy.

Grand-Bornand, Croisy, Héry-sur-Alby.

Jonzier-Epagny, Lathuille-Lornay.

Manigod, Marcellaz-sur-Albanais, Marlens, Massingy, Menthon, Menthonnex-en-Bornes, Minzier, Montmin, Moye, Naves, Ollières (les), Présilly, Saint-André-Val-de-Fier, Saint-Blaise, Saint-Eusèbe Saint-Eustache, Saint-Félix, Saint-Ferréol, Saint-Germain-sur-Rhône, Saint-Jean-de-Sixt, Saint-Sylvestre-Sallenoves, Sappey (le), Savigny, Serraval, Seyssel, Seythenex, Talloires, Thones, Thorens, Thusy.

Usinens, Vallières, Vaulx, Versonnex, Veyrier, Vieugy, Villard-sur-Thones, Villaz, Villy-le-Bouveret, Viuz-la-Chiesaz, Vovray, Vulbens.

Arrondissement de Bonneville : Araches, Arbusigny, Ayse, Brison, Chamonix, Chapelle-Rambaud (la), Châtillon-sur-Cluses, Combloux, Contamine, Cordon, Côte-d'Arbroz (la), Côte-d'Hyot (la), Demi-Quartier, Domancy, Entremont, Escry, Esserts-Salève, Eteaux, Fillinges, Frasse (la).

Gets (les), Houches (les), Mangland, Marignier, Megève, Mégevette, Mieussy, Monnetier, Mont-Saxonnex, Morillon, Muraz (la), Nancy-sur-Cluses, Onion, Passy, Pers-Jussy, Petit-Bornand (le), Pontchy, Praz-sur-Arly, Reignier, Reposoir (le), Rivière-en-Verse, Roche (la), Saint-Gervais, Saint-Jean-de-Tholome, Saint-Laurent, Saint-Martin, Saint-Nicolas-de-Veroce, Saint-Roch, Saint-Sigismond, Saint-Sixt, Sallanches, Samoens, Servoz, Sixt, Taninges, Thyez, Vallorcine, Verchaix, Ville-en-Sallaz, Viuz-en-Sallaz.

Arrondissement de Thonon : Abondance, Baume (la), Bellevaux, Bernex, Biot (le), Bogève-Bonne-sur-Menoge, Bonnevaux, Brenthonne, Burdignin, Chapelle-d'Abondance (la), Chevenoz, Granves-Sales, Draillant, Feternes, Forclaz (la), Habère-Lullin, Larringes, Lucinges, Lugrin, Lullin, Lyaud, Montriond, Morzine, Novel, Orcier, Perrignier, Reyvroz, Saint-André-sur-Boëge, Saint-Cuergues, Saint-Jean-d'Aulph, Saint-Paul, Vacheresse, Vailly, Vernaz (la), Villard-sur-Boëge, Vinzier.

***

3° Déplacements où, par manque de viabilité ou excès d'intempéties (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied, **5 francs** par kilomètre parcouru à pied.

II

Convention d'arbitrage

a) Texte

ART. 1. — Les différends et affaires litigieuses, dont il sera ci-après parlé, seront portés devant les Commissions arbitrales à deux degrés.

Commission arbitrale du premier degré

ART. 2. — La Commission arbitrale du premier degré, ou primaire, siégera en une chambre unique, ou en plusieurs chambres, suivant les besoins. Elle rendra des décisions qui, si elles sont prises à l'unanimité de ses membres, seront en dernier ressort.

....

ART. 4. — Chaque Commission primaire est composée de six membres titulaires et de six suppléants savoir : trois médecins titulaires et trois suppléants élus pour un an par la Confédération des Syndicats médicaux français et trois représentants titulaires et trois suppléants nommés par la Réunion des assureurs contre les accidents du travail.

Elle pourra valablement délibérer si quatre de ses membres (titulaires ou suppléants) sont présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

ART. 5. — Chaque chambre sera présidée par un de ses membres qui sera, tantôt un médecin nommé par la Confédération susnommée, tantôt un représentant choisi par la Réunion des assureurs. A chaque séance de la Commission, les deux présidents exerceront la présidence à tour de rôle, mais chacun d'eux ne pourra participer qu'aux délibérations de la partie de séance qu'il présidera.

....

ART. 7. — Les séances des Commissions primaires auront lieu aussi souvent qu'il sera nécessaire et, en principe, dans une salle mise à la disposition de la Commission par le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, aux dates qui seront déterminées de concert entre les présidents.

....

Compétence des Commissions

ART. 12 (modifié le 17 février 1935). — Seront obligatoirement soumis aux Commissions arbitrales tous les différends survenant entre un membre d'un Syndicat médical ayant adhéré à ladite convention, et l'une des Compagnies contractantes, **en tant qu'ils porteront soit sur le quantum des notes d'honoraires, soit sur la quantité des produits pharmaceutiques et objets de pansements prescrits par le médecin, concernant les accidents régis par la législation spéciale aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.**

Toutefois le coût des produits pharmaceutiques et objets de pansement, mis par la Commission à la charge du médecin, ne pourra être récupéré par la Compagnie demanderesse que sur le montant des notes d'honoraires passées ou à venir, à payer par elle à ce médecin.

ART. 13. — Néanmoins, pour un litige d'ordre médical, survenu à l'occasion de l'application des lois précitées, les parties peuvent convenir de prendre les Commissions ci-dessus désignées comme amiables compositeurs, et les décisions seront rendues comme il est précédemment spécifié.

ART. 14. — Tout médecin non membre d'un Syndicat adhérent à la présente convention, et tout assureur ne faisant pas partie de la Réunion des assureurs, a le droit de soumettre un litige, de la nature prévue aux articles 12 et 13 ci-dessus, à l'arbitrage des Commissions primaires ou supérieures, en donnant, d'avance et par écrit, son adhésion aux stipulations de la présente Convention.

Les Commissions n'examineront en cette matière que les litiges pour lesquels chacune des parties aura donné cette adhésion.

ART. 15. — Ne pourront connaître comme arbitres des litiges intéressant l'une des Compagnies d'assurances contractantes, toutes personnes faisant partie de l'Administration ou du personnel de cette Compagnie, non plus que les médecins personnellement intéressés à ces litiges.

ART. 16. — Lorsqu'il y aura, entre les intéressés, un différend donnant lieu à l'arbitrage, la partie la plus diligente avisera, par lettre recommandée, le secrétaire de la Commission qui préviendra la partie adverse dans les trois jours.

ART. 17. — Les parties seront invitées à produire, soit personnellement, soit par écrit, toutes défenses et pièces qu'elles jugeront utiles. Les assureurs devront fournir une copie de la déclaration d'accident faite par le chef d'entreprise.

Procédure de la Commission

ART. 18. — Les Commissions jugeront sur pièces. Elles ont pleins pouvoirs pour recourir à tous moyens d'instruction qu'elles jugeront opportuns et, spécialement, pour entendre toutes personnes susceptibles de les éclairer sur le litige (assureurs, blessés, médecins, spécialistes, chirurgiens ou autres).

ART. 19. — Les Commissions sont dispensées de toutes formalités judiciaires. Il sera seulement tenu par le secrétaire de chaque Commission, dont la désignation, les fonctions et la rémunération, s'il y a lieu, seront ultérieurement réglées d'un commun accord entre la Confédération des Syndicats susnommée et la Réunion des assureurs, un registre des décisions prises, dûment signées par le président qui les aura rendues, avec indication de la somme demandée, de la somme offerte et de la somme arbitrée, et, en cas de non unanimité, le résumé des débats, prévu à l'article 10.

ART. 20. — Dans les cinq jours de leur date, les décisions seront notifiées par les soins du secrétaire par lettre recommandée, tant au médecin qu'à la Compagnie.

ART. — 21. — Dans les huit jours qui suivront cet avis, le débiteur fera payer contre sa quittance, au domicile du créancier, le montant mis à sa charge par la Commission.

Toutefois, lorsqu'une décision de Commission primaire est susceptible d'appel devant la Commission supérieure, ce délai de huitaine ne commencera à courir qu'à l'expiration du délai d'appel prévu à l'article 3.

. . . .

Trésorerie et frais

ART. 23. — Pour faire face aux frais de correspondance, de secrétariat, d'enquêtes, expertises, ou autres s'il y a lieu, ainsi qu'aux indemnités des membres de la Commission, et en outre, pour éviter les recours abusifs à l'arbitrage de la Commission, il sera perçu, en première instance, par litige, un droit unique d'arbitrage de 20 % sur les sommes litigieuses, c'est-à-dire sur la différence existant entre la somme demandée et la somme offerte.

En outre de ce droit, il sera perçu un droit fixe de 20 francs pour chaque affaire.

ART. 24. — Les droits ainsi fixés seront supportés par les parties proportionnellement aux chiffres représentant l'exagération de la demande de l'insuffisance de l'offre.

ART. 25. — Ils seront recouvrés par un prélèvement sur la somme due, aussi bien pour la part incombant au débiteur, que pour celle incombant au créancier.

. . . .

NOTE. — *Cette Convention a été conclue entre la Réunion des assureurs et la Confédération des Syndicats médicaux français. A la suite de la dissolution des Syndicats, un nouvel accord vient d'intervenir entre la Réunion des assureurs et le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. Cet accord concernant le principe de l'arbitrage n'a apporté que des modifications de détail au texte de la Convention antérieure.*

b) Fonctionnement des Commissions d'arbitrage

Le médecin qui désire soumettre un litige à l'une des Commissions d'arbitrage doit envoyer le dossier de l'affaire au secrétaire de la Commission, M. Marcel Daniel, chef de service à la Nationale, 15, rue Laffite, Paris. Ce dossier, doit comprendre toutes les pièces jugées utiles par le plaignant, et notamment un exposé clair et précis du litige et de ses causes. Il est évident qu'on ne peut s'adresser à la Commission supérieure qu'après jugement rendu par la Commission du premier degré.

Le médecin qui s'adresse à une des Commissions d'arbitrage doit indiquer qu'il est membre du Syndicat de médecins de..... et que ce Syndicat a adhéré à la Convention.

Toutefois, un médecin non syndiqué, ou un médecin appartenant à un Syndicat qui n'a pas adhéré à la Convention, peut aussi s'adresser à ces Commissions, en vertu de l'article 14 du contrat. En ce cas, il joindra à sa demande d'arbitrage un engagement écrit d'accepter les stipulations de la Convention.

Dans tous les cas, le médecin devra s'assurer que la Compagnie, qu'il appelle en arbitrage, figure sur la liste de celles qui ont adhéré à la Convention.

Il est rappelé que les litiges relevant de ces Commissions sont uniquement ceux qui :

1° Concernent les accidents du travail ou les maladies professionnelles ;

2° Et sont relatifs au quantum des honoraires médicaux.

Il ne saurait par conséquent être question de porter devant ces Commissions des litiges non médicaux, portant par exemple sur la réalité même de l'accident ou sa qualification d'accident du travail.

c) Liste des Compagnies d'assurances adhérentes à la Convention d'arbitrage

1 Abeille (L.), 57, rue Taitbout.

2. Aigle (L'), 23, rue Mogador.

3. Assurance des Eaux et Accidents, 3, rue de la Barre, Lyon, et 11, rue de Londres, Paris.

4. Assurance Mutuelle Abattoirs, 28, avenue du Pont-de-Flandre, à Paris.

5. Assurance Mutuelle Seine et Seine-et-Oise (A.-M.), 9, rue Royale, et 8, rue Boissy-d'Anglas.

6. Auxiliaire, 41, rue Mercière, Lyon.

7. Bourgogne (La), 26, rue Carnot, Montceau-les-Mines.

8. Caisse des Entrepreneurs, 11, rue de Savoie, Reims.

9. Caisse générale accidents, 12, rue de Strasbourg Nantes.

10. Compagnie d'Assurance Mutuelle des Agriculteurs, 56, rue de Londres.

11. Compagnie d'Assurance Mutuelle des Forges, 7, rue de Madrid.

12. Compagnie d'Assurance mutuelle des Industries sucrières, 15, rue du Louvre.

13. Caisse d'Assurance Mutuelle des Industries textiles, 11, rue de Liége.

14. Compagnie d'Assurances générales contre Accidents, 87, rue de Richelieu.

15. Compagnie générale d'Assurances contre Accidents, 69, rue de la Victoire.

16. Concorde, 72, rue Saint-Lazare.

17. Europe (L'), 32, rue d'Amsterdam.

18. Flandre (La), 94, rue de la Gare, Roubaix, et 45, rue Laffitte.

19. Foncière transports (La), 48, rue Notre-Dame-des-Victoires.

20. Franco-Asiatiques, 85, rue Saint-Lazare.

21. Helvétia, 46, rue de Londres.

22. Industrielle du Nord, 50, boulevard de la Liberté, Lille.

23. Lloyd Continental Français, 8, rue Dammartin, Roubaix et 27, rue de Châteaudun, Paris.

24. Lloyd de France, 19, rue du Général-Foy.

25. Métropole-Accidents, 37, avenue de l'Opéra.

26. Motor-Union, 20 *bis*, rue Lafayette.

27. Mutuelle générale française, 19-21, rue de Chanzy, Le Mans.

28. Mutuelle Richelieu, 24, rue de Richelieu.

29. Nationale Risques divers (La), 15 *bis*, rue Laffite.

30. Nord-Accidents (Le), 22, rue Le Pelletier.

31. Norwich Union Fire, Ins., 83, rue Taitbout.

32. Paix (La), 58, rue Taitbout.

33. Paternelle Accidents (La), 103, boulevard Haussmann.

34. Participation, 10, rue de Londres.

35. Patrimoine (Le), 32, rue Mogador.

36. Phénix Accidents, 33, rue La Fayette.

37. Préservatrice (La), 18, rue de Londres.

38. Prévoyance (La), 23, rue de Londres.

39. Protectrice (La), 47, rue de Châteaudun.

40. Responsabilité agricole, 8, boulevard Magenta.

41. Rhin et Moselle, 50, rue Taitbout.

42. Exchange Royal, 22, rue Le-Peletier.

43. Secours, 11, rue de l'Echelle.

44. Séquanaise Accidents, 4, rue Jules-Lefebvre.

45. Soleil Sécurité générale, 23, rue de Mogador.

46. Société des Anciennes Mutuelles Accidents, 27, rue Guilbert, Caen, et 6, place de la Cathédrale, Rouen.

47. Société suisse d'Assurances contre les accidents de Winterthur, 57, boulevard Malesherbes.

48. Syndicat du Nord, 94, rue de la Gare, Roubaix.

49. Syndicat général de Garantie du Bâtiment, 9, avenue Victoria.

50. Syndicat de Garantie de la Boulangerie, 49, rue Berger.

51. Syndicat de garantie des Charcutiers de la Seine, 10, rue Bachaumont.

52. Syndicat des Exploitations Forestières, 163, rue Saint-Honoré.

53. Syndicat régional de Garantie du Nord de la France, 2, rue du Priez, Lille.

54. Travailleurs Français, rue Régnier, Chartres.

55. Union, 9, place Vendôme.

56. Union industrielle, 4, rue Lanterne, Lyon.

57. Union et Phénix Espagnol, 59, rue de l'Arcade.

58. Urbaine et Seine, 59, rue Le-Peletier.

59. Zurich, 14, boulevard Poissonnière.

NOTE. — *Au reste, cette liste a perdu aujourd'hui une grande partie de son intérêt. Nous sommes informés en effet que les Sociétés d'assurances de toute nature sont unies en une fédération rattachée elle-même au Comité d'organisation des assurances. La Convention conclue avec l'Ordre des médecins oblige donc aujourd'hui toutes les Compagnies d'assurances, et également tous les médecins membres de l'Ordre.*



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie spéciale du *Concours Médical*

SUPPLÉMENT MENSUEL N° d'ordre : 25 DÉCEMBRE 1941

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE

BULLETIN DU MOIS



La nouvelle organisation de la « Santé publique »

Comme le voulait la réorganisation générale de l'Etat, le département de la Santé publique a pris depuis 1940, une figure toute nouvelle et qui d'ailleurs, si nous en croyons les lois les plus récentes, n'est pas encore définitivement cristallisée. Mais cet aspect nouveau ne résulte encore que d'une série de mesures fragmentaires et spéciales ; il reste ainsi ignoré de beaucoup et particulièrement du praticien auquel pourtant rien de ce qui touche à la Santé ne devrait être étranger. La présentation sous forme d'un tableau à la fois détaillé et synthétique de cet ensemble des règles nouvelles, que nous nous sommes efforcé de dresser dans ce supplément, permettra à nos lecteurs de prendre de la matière la vue synoptique que nous souhaitons.

Ainsi qu'il convient dans un Etat fort qui prend en mains la vie totale, et par suite physique de la nation, le secrétaire d'Etat à la Santé jouit d'une puissance d'action bien supérieure à celle de son prédécesseur, le ministre de la Santé publique. Il ne s'agit plus d'un département de seconde ou de troisième zône , se bornant à envoyer de temps à autres, quelques circulaires aux Préfets, mais bien d'un organisme ayant pour fin l'étude, l'action et le contrôle, et pour moyen un réseau serré de 20 *directeurs régionaux,* 93 *médecins inspecteurs et* 190 *médecins inspecteurs adjoints à la Santé.*

Personne n'ignore maintenant que les directeurs régionaux et les médecins inspecteurs à la Santé, qui ont été substitués aux anciens médecins départementaux d'hygiène, ont un rôle et des pouvoirs d'une toute autre importance que ces derniers. L'évolution historique de cette fonction est au reste plus continue qu'on ne pourrait le penser. Simples conseillers techniques et créatures des Préfets, à peu près dénués de pouvoirs, les médecins inspecteurs d'hygiène avaient acquis en 1935 *un statut national, et dépendaient dès ce moment du pouvoir central, c'est-à-dire du ministre de la Santé. Leur cadre trop étroit ne leur avait pas permis encore de grandes réalisations. La loi du* 15 *octobre* 1940 *créant les directeurs régionaux et les arrêtés de septembre et d'octobre* 1941 *délimitant leurs regions n'ont fait que progresser dans cette voie en élargissant leur sphère et en étendant considérablement leurs attributions. Représentants du Ministre, ils mettent en œuvre sa doctrine et son plan dans les domaines les plus variés : hygiène publique et sociale, assistance, équipement sanitaire et hospitalier, nomination et révocation des médecins des hôpitaux et hospices publics, agrément du personnel médical des établissements de soins privés, agrément technique quant à l'organisation des dispensaires de toute nature, etc. Ce rôle extrêmement extensif se trouve au reste confirmé par toutes les lois ultérieures.*

D'autre part, la participation des Directeurs régionaux aux Commissions régionales de l'Ordre des médecins, le rôle de surveillance qu'ils doivent exercer quant au fonctionnement de ces organes corporatifs et à la stricte application des lois sur l'exercice de la médecine en font, en réalité, de véritables tuteurs, analogues aux commissaires du Gouvernement des Comités d'organisation du commerce ou de l'industrie.

Mais les directeurs régionaux et le secrétariat à la Santé risquent de trouver un sérieux concurrent, auquel nous n'avons tout de même pas cru devoir faire place dans ce numéro, mais que nous ne pouvons ignorer, nous voulons parler de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales créé par la loi du 18 *novembre dernier. Cet institut, à la seule lecture du texte légal, apparaît comme un véritable ministère de la Santé entre les mains des Caisses, et leur permet de mener leur politique personnelle dont nous avons déjà décrit tout le « totalitarisme ». On nous a répondu qu'aucune création nouvelle d'établissement de soins ne pouvait avoir lieu, aux termes mêmes de la loi, sans l'agrément du Secrétaire d'Etat à la Santé, agrément qu'il avait bien l'intention de ne donner qu'à bon escient. Nous avouons aujourd'hui, toutes réflexions faites, que nos craintes ne sont pas encore apaisées. Le seul rôle du secrétariat à la Santé ou des directeurs régionaux est de dire si tel dispensaire, tel établissement de soins est, médicalement parlant, bien ou mal équipé. Mais il ne lui appartient pas de s'opposer à une création techniquement parfaite, mais économiquement ou socialement inutile. L'unité du plan d'équipement sanitaire par la loi du* 18 *septembre* 1940 *se trouve fortement atteinte, par la dualité ainsi créée entre le Travail et la Santé.*

Nous ne cachons pas qu'en tous domaines de médecine sociale et préventive nous regrettons la faible place faite par les lois récentes à l'organe corporatif des médecins. Nous aurions compris qu'un souci de dirigisme, particulier à notre temps, eut nécessité quelqu'entorse au corporatisme pur que nous soutenons. Mais nous avouons notre surprise devant cet effacement de la Santé publique à l'égard des Assurances sociales, qui tendent peu à peu à la création d'un véritable Etat dans l'Etat.

Jean MIGNON.

SANTE PUBLIQUE

I. Le Secrétariat à la Santé

1° Organisation intérieure

Loi du 7 septembre 1941

relative à l'organisation du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé

TITRE I[er]

Organisation du secrétariat d'Etat

Art. 1er. — L'administration centrale du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé comprend :

a) Le bureau du cabinet et de la documentation;

b) L'inspection générale des services du secrétariat d'Etat;

c) Le commissariat général à la Famille groupant:

Une section d'études et de législation ;

Une section d'action et de contrôle ;

Une section centrale des assistantes sociales familiales ;

d) Le secrétariat général de la Santé comprenant :

1° La direction de la Santé ;

2° Les services de l'Assistance ;

3° La section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières (1);

e) Les services du personnel, du budget et de la comptabilité.

Art. 2. — Relèvent de l'inspection générale :

Le contrôle supérieur de l'organisation et du fonctionnement de tous les services et établissements d'hygiène et d'assistance, ainsi que la mise au point du bilan de leur activité.

Le contrôle de l'exécution de la politique familiale du Gouvernement.

Art. 3. — Le commissariat général à la Famille a pour mission :

a) D'étudier et de présenter, après avoir pris l'avis des départements ministériels intéressés, une législation qui traduise la politique familiale du Gouvernement ;

b) De donner son avis sur tout texte législatif ou réglementaire touchant aux questions familiales ou susceptibles de répercussions familiales ou dans lequel la politique familiale pourrait trouver à s'exercer ;

c) De mener dans le pays une action de propagande en faveur de la famille et des idées familiales ;

(1) Une quatrième direction relative à la pharmacie serait prochainement créée.

d) De suivre, notamment auprès des départements ministériels et des administrations locales, tous les problèmes qui intéressent la famille dans l'ordre moral, social et économique ; de proposer et de faire prévaloir des solutions familiales et de veiller à l'exécution des mesures arrêtées ;

e) De créer, de susciter ou d'aider, en accord avec les administrations intéressées, tout service, toute œuvre ou tout mouvement ayant pour objet la protection de la famille dans le domaine moral, social et économique ;

f) De coordonner l'action du service social familial et de contrôler la formation familiale des assistantes sociales.

Art. 4. — Relèvent du secrétariat général de la Santé :

a) **Direction de la Santé :**

Les questions relatives à l'exercice des professions médicales et paramédicales, à l'hygiène publique et à l'épidémiologie, à l'hygiène sociale et à la protection maternelle et infantile, à l'habitation et à la lutte contre le taudis ;

b) **Services de l'Assistance :**

Les questions relatives aux établissements nationaux d'assistance, à l'admission aux diverses lois d'assistance, à l'équipement hospitalier, à l'assistance aux enfants (service des enfants assistés), aux allocations militaires.

c) La section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières :

Formation et coordination des assistantes médico-sociales.

Ecole d'infirmières.

....

Arrêté du 29 septembre 1941

fixant la répartition des attributions entre les différents bureaux du Secrétariat

Art. 1er. — La répartition des attributions entre les différents bureaux du secrétariat général de la Santé est fixée comme suit :

Direction de la Santé

1er bureau. — Professions médicales et paramédicales. Laboratoires, thermalisme.

2e bureau. — Hygiène publique et épidémiologie.

3° bureau. — Hygiène sociale. Lutte antituberculeuse, antivénérienne et anticancéreuse, lutte contre l'alcoolisme.
4e bureau. — Protection maternelle et infantile.
5e bureau. — Hygiène de l'habitation. Lutte contre le taudis.

Section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières.

Formation et coordination des assistantes médico-sociales et des infirmières.

Services de l'Assistance

1er bureau. — Aliénés, aveugles, assistance aux vieillards, assistance médicale gratuite.
2e bureau. — Assistance à la maternité et à la naissance. Allocations militaires.
3e bureau. — Organisation et équipement hospitalier. Etablissements nationaux d'assistance. Bureaux de bienfaisance.
4e bureau. — Assistance aux enfants.

Loi du 10 septembre 1940

relative aux attributions du Secrétariat général à la Santé publique et à la Famille.

Art. 1er. — Le secrétariat général à la Santé publique et à la Famille est chargé d'établir les programmes d'assistance sociale et de coordonner l'action du personnel de l'assistance.

Loi du 10 septembre 1940

nommant un Secrétaire général à la Santé et à la Famille

Art. 1er. — **M. le Docteur Serge Huard est nommé secrétaire général à la Famille et à la Santé au ministère de l'Intérieur.**

Décret du 7 septembre 1941

nommant le Secrétaire général à la Santé

Art. 1er. — **M. le Docteur Léon Aublant, inspecteur général de la Santé, est nommé secrétaire général de la Santé.**

2° Directions régionales et inspections de la Santé

A) *Organisation*

Loi du 18 septembre 1940

portant organisation des services de contrôle et des services extérieurs du Secrétariat général à la Famille et à la Santé.

Art. 1er. — Le territoire national est réparti en régions sanitaires. Dans chaque région, un directeur régional, placé sous l'autorité directe du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, est le chef des services relevant du secrétariat général à la Famille et à la Santé.

Art. 2. — Le corps des fonctionnaires d'Etat chargés de toutes les questions relevant du secrétariat général à la Famille et à la Santé est constitué ainsi qu'il suit :

Vingt directeurs régionaux de la Famille et de la Santé.
Trois inspecteurs généraux de la Santé.
Trois inspecteurs généraux de la Famille et de l'Enfance.
Quatre-vingt-seize médecins inspecteurs de la Santé.
Cent quatre-vingt-dix médecins inspecteurs adjoints de la Santé.
Cinquante inspecteurs administratifs de l'Assistance.
Cinquante inspecteurs adjoints administratifs de l'Assistance.
Cinquante inspecteurs de l'Enfance.
Cinquante inspecteurs adjoints de l'Enfance.

Art. 3. — Les directeurs régionaux de la Famille et de la Santé, les inspecteurs généraux de la Santé, les inspecteurs généraux de la Famille et de l'Enfance, sont nommés par décret.

Le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur nomme aux emplois de délégués régionaux à la Famille, de médecins inspecteurs de la Santé, de médecins inspecteurs adjoints de la Santé, d'inspecteurs et d'inspecteurs adjoints administratifs de l'Assistance, d'inspecteurs et d'inspecteurs adjoints de l'enfance.

Art. 4. — Le directeur régional de la Famille et de la Santé, les médecins inspecteurs et médecins inspecteurs adjoints de la Santé, les inspecteurs administratifs de l'Assistance et les inspecteurs de l'Enfance sont assistés d'un personnel départemental mis à leur disposition par les préfets des départements qui composent fa région, dans des conditions qui seront fixées par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur.

Art. 5. — Des textes ultérieurs fixeront le statut, les traitements et les classes des fonctionnaires visés à l'article 2 ci-dessus et préciseront les attributions du Directeur régional d e la Famille et de la Santé.

Toutefois, pendant un délai d'un an, à dater de la publication du présent décret, les nominations aux postes énumérés à l'article 2 pourront être effectuées sur seul examen des titres, dans les conditions prévues à l'article 3.

Art. 6. — **Sont supprimés :**

1° Les services d'inspection départementale d'hygiène ;

2° Les services des bureaux municipaux d'hygiène ;

3° Les services sanitaires maritimes et aériens et les postes sanitaires aux frontières ;

4° Les services de l'inspection de l'Assistance publique.

Un décret contresigné par les ministres secrétaires d'Etat aux Finances et à l'Intérieur fixera les conditions dans lesquelles pourront être reclassés, dans les cadres prévus à l'article 2 de la présente loi et dans les cadres des préfectures, les fonctionnaires visés au présent article.

Loi du 7 septembre 1941

portant organisation de l'inspection générale du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé

Art. 1er. — A partir du 1er octobre 1941, les inspections générales du secrétariat d'Etat à la Famile et à la Santé (inspection générale de la Famille et de l'Enfance) créées par l'article 2 de la loi du 18 septembre 1940, seront appelées respectivement inspection générale de la Santé et de l'Assistance et inspection générale de la Famille.

Art. 2. — L'effectif de ces inspections générales est ainsi fixé :

Cinq inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance, dont trois docteurs en médecine.

Un inspecteur général de la Famille.

Art. 3. — Les inspecteurs généraux en fonctions seront répartis dans les nouveaux corps par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, et bénéficieront des classes et de l'ancienneté qu'ils avaient dans leur corps d'origine.

Art. 4. — Des décrets ultérieurs fixeront le statut et les attributions des inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance ainsi que l'inspecteur général de la Famille.

Loi du 7 septembre 1941

relative à la dénomination des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance

Art. 1er. — Les directeurs régionaux de la Famille et de la Santé créés par l'article 2 de la loi du 18 septembre 1940 prennent le titre de directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

Art. 2. — Un décret ultérieur fixera le statut et les attributions des directeurs régionaux.

Art. 3. — Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

Arrêté du 6 septembre 1941

créant des Centres régionaux d'éducation sanitaire

Par arrêté du 6 septembre 1941, des centres régionaux d'éducation sanitaire sont créés à Bordeaux à Lyon et à Marseille, sous l'autorité des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

Par arrêté du 6 septembre 1941, ont été nommés directeurs des centres régionaux d'éducation sanitaire :

A Bordeaux, M. le Docteur Ferdinand Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A Lyon, M. le Docteur Pierre Delore, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A Marseille, M. le Docteur Jacques Sautet, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(*J. O.*, 5 octobre 1941).

B) Attributions

Loi du 15 octobre 1940

fixant les attributions des directeurs régionaux à la Santé

Art. 1er. — A titre transitoire et jusqu'aux nouvelles décisions à intervenir concernant la réorganisation administrative du territoire, le directeur régional de la Famille et de la Santé, placé sous l'autorité directe du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, exerce en son nom et par délégation immédiate, les attributions fixées ainsi que suit.

Art. 2. — Il est le chef des services d'hygiène publique et sociale, des services d'assistance, des services de protection de l'enfance et d'aide à la famille, des départements qui composent sa région.

Il a qualité pour réclamer l'imputation au budget d'un département de sa région, des crédits nécessaires au fonctionnement de ces services.

Art. 3. — Il est chargé de l'établissement et de la réalisation d'un plan d'équipement sanitaire et hospitalier pour l'ensemble de la région.

A cet effet, il propose, après avis des préfets toute mesure administrative ou financière nécessaire à cette réalisation.

Art. 4. — Il est le chef de l'organisation hospitalière de la région.

A ce titre, il contrôle les établissements hospitaliers publics, tels qu'hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, hôpitaux psychiatriques, sanatoria, preventoria, maisons maternelles, maternités, pouponnières, crèches dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

Les nominations et révocations des directeurs, des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, sont faits sur sa proposition.

Il a de même qualité pour provoquer le rem-

placement des membres des commissions administratives des hôpitaux et hospices.

Dans les établissements de caractère privé, de même nature que ceux énumérés au présent article, les directeurs, les médecins, chirurgiens et spécialistes, ne peuvent exercer leurs fonctions que si leur nomination a été agréée par lui.

Les établissements créés par des personnes, des sociétés ou des institutions privées en vue du traitement médical, chirurgical, obstétrical, neuro-psychiatrique, ainsi que de la prévention et de la convalescence, sont placés sous son contrôle, qui s'exercera dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

Art. 5.— **Il est le chef des services médico-sociaux de la région.**

Les nominations et révocations des médecins et des chefs administratifs des dispensaires, consultations et services de même nature, de caractère public, qui concourent à la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le cancer, et toute autre maladie sociale, ne peuvent intervenir que sur sa proposition.

Aucun organisme de même nature, à caractère privé ne peut être créé et fonctionner sans son aurorisation. La nomination des chefs administratifs et techniques responsables du fonctionnement de ces organismes, doit être soumise à son agrément préalable.

Art. 6. — **Il est le chef des services d'assistance sociale de la région.**

Les infirmières visiteuses et assistantes sociales, qu'elles appartiennent aux services publics d'hygiène et d'assistance et qui relèvent à ce titre de son autorité directe, qu'elles appartiennent à d'autres services publics, ou à des institutions privées, quelle qu'en soit la nature et qui relèvent à ce titre de son contrôle partiel participent obligatoirement à l'organisation régionale du service social et au fonctionnement de ce service, qui est réglementé par ses soins.

Art. 7. — **Pour la stricte application des lois et, règlements concernant l'exercice de la médecine,** de la pharmacie, de l'herboristerie, de l'art dentaire et, d'une manière générale, de toute profession qui se rattache à l'activité médicale et paramédicale, il institue une **liaison active et permanente avec les organismes corporatifs de ces diverses professions.**

Art. 8. — Il est assisté d'un personnel d'inspection et de contrôle, placé sous son autorité directe et qui comprend :

1° Un ou plusieurs médecins inspecteurs de la Santé et un ou plusieurs médecins inspecteurs adjoints de la Santé ;

2° Un ou plusieurs inspecteurs administratifs et inspecteurs administratifs adjoints de l'Assistance ;

3° Un ou plusieurs inspecteurs et inspecteurs adjoints de l'Enfance ;

4° Un ou plusieurs délégués régionaux à la Famille.

Il répartit les services entre ces fonctionnaires dans la limite des attributions fixées pour chacun d'eux par les règlements les concernant.

C) *Statut*

Décret du 7 octobre 1940

fixant le statut des médecins inspecteurs et des médecins inspecteurs adjoints de la Santé, modifié par le décret du 28 *novembre* 1940

TITRE Ier

ATTRIBUTIONS

Art. 1er. — Les médecins inspecteurs de la Santé exercent, dans le cadre de la région et sous l'autorité directe du directeur régional de la Famille et de la Santé, les attributions antérieurement dévolues aux inspecteurs départementaux d'hygiène par les lois, décrets et règlements en vigueur intéressant la protection de la Santé publique.

En ce qui concerne la protection de l'enfance, les médecins inspecteurs de la Santé sont chargés de la surveillance médicale et du contrôle technique de tous les services, établissements, instituts et œuvres qui y concourent à un titre quelconque.

Ils sont assistés de médecins inspecteurs adjoints de la Santé.

L'étendue territoriale et administrative de leurs services et leur résidence sont fixées par le directeur régional de la Famille et de la Santé de leur ressort.

Le personnel et les locaux nécessaires à l'exercice de leurs fonctions sont mis à leur disposition par le préfet.

Art. 2. — Un arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur fixe, pour chaque région, sur la proposition du secrétaire général à la Famille et à la Santé, le nombre des médecins inspecteurs de la Santé et des médecins inspecteurs adjoints.

TITRE II

RECRUTEMENT ET NOMINATION

A. — *Inspecteurs adjoints de la Santé*

Art. 3. — Les candidats aux postes de médecins inspecteurs adjoints de la Santé doivent remplir les conditions suivantes :

Etre Français, nès de père français.

Agés de trente-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année du concours ; cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires valables pour la retraite.

Etre titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897.

Art. 4. — Pour être nommés au grade de médecin inspecteur adjoint de la Santé, les candidats doivent avoir satisfait à un examen sur épreuves et sur titres.

Le jury de cet examen comprend :

Président.

Le directeur de la Santé.

Membres

Un inspecteur général à la Santé.

Un directeur régional à la Famille et à la Santé.

Le chef de service du personnel du secrétariat général à la Famille et à la Santé.

Deux membres du Comité consultatif d'hygiène de France choisis parmi les professeurs d'hygiène des Facultés ou Ecoles de médecine.

Deux médecins inspecteurs à la Santé.

Les membres de ce jury, à l'exception du chef du service du personnel, sont désignés chaque année par le Ministre.

Les examens sont annoncés deux mois à l'avance par voie d'insertion au *Journal officiel*. Les programmes et conditions de ces examens, ainsi que la liste des candidats admis à se présenter sont arrêtés par le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur.

Le nombre des admissions est limité à celui des vacances existantes et à celui des vacances à prévoir dans l'année qui suit.

Art. 5. — Les candidats admis à l'examen sont nommés par ordre de classement au fur et à mesure deïa vacance des postes.

Au cas où les candidats admis n'auraient pu être nommés avant l'ouverture d'un nouvel examen, ils prendront rang et seront nommés avant les candidats nouvellement admis.

Art. 6. — Les candidats admis prennent rang dans la classe de début du grade de médecin inspecteur adjoint de la Santé.

Leur titularisation n'interviendra qu'à l'expiration d'un délai d'un an.

B. — Inspecteurs de la Santé

Art. 7. — Les médecins inspecteurs de la Santé sont recrutés parmi les médecins inspecteurs adjoints de la Santé inscrits sur la liste d'aptitude dressée annuellement par la Commission de classement, qui comprend les membres du jury prévus à l'article 4.

Cette liste comprend un nombre de candidats double de celui des vacances à prévoir au cours de l'année suivante. Les candidats y sont inscrits par ordre alphabétique.

La liste d'aptitude est arrêtée par le Ministre et publiée au *Journal officiel* au cours du mois de décembre.

La validité des listes d'aptitude est limitée à l'année pour laquelle elles ont été établies. Des listes supplémentaires peuvent être dressées dans les mêmes formes dans le cours de l'année lorsque les listes primitives sont épuisées.

TITRE III

Avancement

Art. 8. — Les avancements de classe ont lieu exclusivement au choix.

La commission de classement établit, chaque année, une liste des fonctionnaires devant figurer sur le tableau d'avancement.

Le ministre arrête le tableau d'avancement où les fonctionnaires sont portés par ordre d'ancienneté. Ces tableaux sont publiés au *Journal officiel* au cours du mois de décembre. La validité des tableaux d'avancement est limitée à l'année pour laquelle ils ont été établis.

Des tableaux supplémentaires peuvent être dressés dans les mêmes formes dans le cours de l'année lorsque les tableaux primitifs sont épuisés.

L'avancement de classe a lieu d'une classe à la classe immédiatement supérieure.

Nul ne peut obtenir une promotion de classe s'il ne compte au moins deux ans de services dans la classe qu'il occupe.

TITRE IV

Limite d'âge

Art. 9. — La limite d'âge des fonctionnaires visés par le présent décret est fixée à soixante ans.

TITRE V

Mesures disciplinaires

Art. 10. — Les mesures disciplinaires applicables aux fonctionnaires visés au présent décret sont les suivantes :

1° La réprimande ;

2° Le déplacement d'office par mesure disciplinaire ;

3° La mise en disponibilité d'office ;

4° La révocation.

La réprimande est prononcée par le ministre, sur rapport du directeur de la Santé. Les autres sanctions sont prises par le Ministre, après avis du Conseil de discipline. Les arrêtés de révocations sont motivés.

Le Conseil de discipline se compose du jury prévu à l'article 4.

Art. 11. — Tout inspecteur ou inspecteur adjoint de la Santé refusant une affectation, sans raisons valables, est considéré comme démissionnaire.

Décret du 8 octobre 1940

fixant les traitements et classes des directions et inspections de la Santé

Article premier. — Les traitements et les classes des fonctionnaires des services de contrôle et des services extérieurs du secrétariat général à la Famille et à la Santé sont fixés comme suit :

I. — Directeur régional des services de la Santé publique et de la Famille	80.000 fr.
II. — Inspecteur général de la Santé :	
Hors classe	100.000 fr.
1re classe	90.000 »
2e classe	80.000 »
3e classe	70.000 »
4e classe	65.000 »
5e classe	60.000 »
....	....
IV. — Médecin inspecteur de la Santé :	
Hors classe	60.000 fr.
1re classe	55.000 »
2e classe	50.000 »
V. — Médecin inspecteur adjoint de la Santé :	
Hors classe	42.000 fr.
1re classe	39.000 »
2e classe	36.000 »
3e classe	33.000 »

. . . .

Art. 2. — Les traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué au personnel que dans les limites et conditions fixées par un décret contre signé par le ministre secrétaire d'Etat aux Finances.

Art. 3. — Toute nomination à un emploi a lieu à la dernière classe de cet emploi. Toutefois pour la première formation des cadres et pendant une période prenant fin le 18 septembre 1941, les fonctionnaires des services de contrôle et des services extérieurs de la Santé nommés dans les conditions fixées à l'article 3 de la loi du 18 septembre 1940 pourront être placés dans la classe correspondant à leurs titres ou services antérieurs, à condition qu'il n'en résulte pas un dépassement des crédits calculés, pour chaque catégorie, sur la base du traitement moyen.

D) *Circonscriptions*

Arrêté du 15 septembre 1941
modifié par l'arrêté du 1er octobre 1941

fixant les limites des régions sanitaires

1° M. Serge Gas, en résidence à Paris : département de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne ;

2° M. le Docteur Lelong, en résidence à Besançon : départements de la Côte-d'Or, de l'Yonne, de la Nièvre, de la Haute-Saône, du Doubs, du Jura (partie occupée), de Saône-et-Loire (partie occupée), de l'Allier (partie occupée), de l'Ain (partie occupée), et du territoire de Belfort ;

3° M. le Docteur Vieilledent, en résidence à Lille : départements du Nord et du Pas-de-Calais ;

4° M. le Docteur Albertin, en résidence à Bordeaux : départements de la Gironde (partie occupée), des Landes (partie occupée) et des Basses-Pyrénées (partie occupée) ;

5° M. le Docteur Merle, en résidence à Poitiers : départements des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Charente-Maritime, de la Vienne (partie occupée), de la Charente (partie occupée), de la Dordogne (partie occupée) ;

6° M. le Docteur Blanquis, en résidence à Rennes : départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord, du Finistère et du Morbihan ;

7° M. Lanquetin, en résidence à Orléans : départements du Loiret, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, de l'Indre (partie occupée) et du Cher (partie occupée) ;

8° M. Jouany, en résidence à Toulouse : départements de la Haute-Garonne, du Tarn, de Tarn-et-Garonne, du Lot, de Lot-et-Garonne, de l'Ariège, du Gers, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées (partie non occupée), des Landes (partie non occupée) et de la Gironde (partie non occupée) ;

9° M. le Docteur Lamy, en résidence à Limoges : départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Creuse, de la Dordogne (partie non occupée), de l'Indre (partie non occupée), de la Vienne (partie non occupée), de la Charente (partie non occupée), d'Indre-et-Loire (partie non occupée) ;

10° M. le Docteur Schneider, en résidence à Châlons-sur-Marne : départements de la Marne de la Haute-Marne et de l'Aube ;

11° M. le Docteur Cleret, en résidence à Clermont-Ferrand : département du Puy-de-Dôme, du Cantal, de la Haute-Loire, de l'Allier (partie non occupée) ;

12° M. le Docteur Schmutz, en résidence à Montpellier : départements de l'Hérault, de la Lozère, de l'Aveyron, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales ;

13° M. le Docteur Goulley, en résidence à Marseille : départements des Bouches-du-Rhône, du Gard, de Vaucluse, du Var, des Alpes-Maritimes, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes, et de la Corse ;

14° M. le Docteur Clavelin, en résidence à Lyon : départements du Rhône, de la Loire, de l'Ain (partie non occupée), de Saône-et-Loire (partie non occupée) et du Jura (partie non occupée), de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère, de l'Ardèche, de la Drôme ;

15° M. le Docteur Melnotte, en résidence à Nancy : départements de Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et des Vosges ;

16° M. le Docteur Vidal, en résidence à Laon : départements de l'Aisne, des Ardennes, de l'Oise et de la Somme ;

17° M. Haag, en résidence à Rouen : départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure, du Calvados, de la Manche et de l'Orne ;

18° M. le Docteur Triollet, en résidence à Angers : départements de Maine-et-Loire, de la Loire-Inférieure, de la Mayenne, de la Sarthe et d'Indre-et-Loire (partie occupée) ;

19° M. le Docteur Boulangier, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, est adjoint à M. le Docteur Clavelin, directeur régional de la Santé et de l'Assistance pour la région de Lyon.

M. le Docteur Boulangier exercera plus spécialement ses fonctions dans les départements de la Haute-Savoie, de la Savoie, de l'Isère, de l'Ain (partie non occupée). Il résidera à Grenoble.

E) *Dispositions transitoires*

Décret du 9 février 1941

relatif à la nomination des inspecteurs départementaux d'hygiène et assimilés

Art. 1er. — Les inspecteurs départementaux d'hygiène et assimilés aux termes du décret du 15 avril 1937 pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs de la Santé.

Les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et assimilés pourront être nommés dans les cadres des médecins inspecteurs adjoints de la Santé.

Art. 2. — Les médecins visés à l'art. 1er et actuellement en fonctions seront reclassés par arrêté du Ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, sur la proposition du Secrétaire général de la Famille et de la Santé, et après avis d'une Commission composée comme suit :

Le Directeur de la Santé, président.
Deux inspecteurs généraux de la Santé.
Un Conseiller technique sanitaire.
Le sous-directeur, chef du Service du personnel.

Art. 3. — Pour chaque grade, les médecins inspecteurs et inspecteurs adjoints de la Santé seront placés à l'échelon de traitement qui sera fixé d'après leur aptitude professionnelle, leur manière de servir, leurs titres scientifiques et leur ancienneté dans les services publics d'hygiène.

Art. 4. — Les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène exerçant à la date du 18 septembre 1940, les fonctions de directeur de Bureaux d'hygiène d'une ville de moins de 50.000 habitants, les directeurs des Bureaux d'hygiène des mêmes villes, maintenus en fonctions conformément aux dispositions du décret du 15 avril 1937, pourront être reclassés dans les mêmes conditions que les médecins visés à l'article 1er.

(*J. O.*, 22 février 1941).

NOTE. — *Rappelons en effet qu'un décret-loi du* 30 *octobre* 1935, *réformant la loi du* 15 *février* 1902 *sur l'hygiène, qui laissait aux collectivités secondaires le soin d'organiser les services principaux d'hygiène, avait commencé l'ébauche de l'organisation actuelle du département de la Santé publique en rendant obligatoire les services départementaux d'hygiène et en les plaçant sous l'autorité directe du Ministre.*

Pour rendre effectives ces dispositions, le décret-loi du 30 *octobre* 1935 *créait dans chaque département un inspecteur d'hygiène nommé par le ministre de la Santé publique, et assisté de médecins inspecteurs adjoints nommés dans les mêmes conditions. Les bureaux municipaux d'hygiène étaient placés sous son autorité. L'art.* 6 *de la loi du* 18 *septembre* 1940 *les a supprimés. Le statut et les attributions des médecins inspecteurs d'hygiène avaient été fixé par un décret du* 15 *avril* 1937 *actuellement abrogé. Le décret du* 9 *février* 1941 *publié ci-dessus a eu pour but d'intégrer les cadres créés en* 1937 *dans l'organisation nouvelle.*

II. Législation sur l'hygiène générale

1o Règlements sanitaires

Loi du 15 février 1902 modifiée

relative à la protection de la Santé publique

Art. 1er (*décret-loi du* 30 *octobre* 1935). — Dans tous les départements, le Préfet est tenu, afin de protéger la Santé publique, d'établir un règlement sanitaire applicable à toutes les communes du département.

Ce règlement est établi sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Il détermine :

1o Les précautions à prendre par les maires, notamment en exécution de l'art. 97 de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale et les dispositions du chapitre XI de la loi du 21 juin 1898 sur le Code rural, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles et spécialement les mesures propres à assurer la protection des denrées alimentaires mises en vente, la désinfection ou la destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;

2o Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leur dépendance, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature ;

3o Les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable et à la surveillance des puits ; à l'évacuation des matières usées et aux conditions auxquelles doivent satisfaire les fosses d'aisance.

Les dispositions du paragraphe précédent ne font pas obstacle au droit du maire de prendre, après avis du Conseil municipal, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions particulières qu'il jugera utiles dans sa commune, en vue d'assurer la protection de la Santé publique.

Les règlements sanitaires pris ou à prendre par les maires en exécution de l'art. 1er de la loi du 15 février 1902 resteront provisoirement en

vigueur jusqu'à la publication du règlement sanitaire départemental.

Art. 2. — Les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacle aux droits conférés au Préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884.

Ils sont approuvés par le Préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène. Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un, d'office, par un arrêté du Préfet le Conseil départemental d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront adopter les mêmes règlements qui leur seront rendus applicables suivant les formes prévues par ladite loi.

Art. 3. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la Santé publique, le Préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus par l'article premier. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire, et, à son défaut, par un arrêté du Préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Circulaire du 26 avril 1937

relative au règlement sanitaire départemental-type

Le ministre de la Santé publique
à MM. les Préfets,

Un décret-loi en date du 30 octobre 1935 prévoit que, dans tout département, le Préfet est tenu, afin de protéger la Santé publique, d'établir un règlement sanitaire départemental, applicable à toutes les communes ; ce règlement est établi sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Après consultation de diverses personnalités particulièrement qualifiées, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a rédigé, un projet de règlement sanitaire départemental-type, destiné à vous servir de guide dans la préparation de celui qui sera applicable dans votre département.

Ce *règlement-type*, inséré au *Journal officiel* du 24 avril 1936, pages 4614 et suivantes, vous est adressé à titre indicatif ; il n'est donc pas destiné à être simplement recopié, pour devenir le statut sanitaire de votre département ; je tiens cependant à spécifier que je considère les dispositions qu'il contient comme le *minimum* des conditions à exiger pour la bonne tenue sanitaire de vos administrés.

Certes, le texte que votre inspecteur d'hygiène aura à vous proposer et à soumettre aux discussions du Conseil départemental d'hygiène devra adapter le règlement-type aux diverses contingences locales ; mais cette adaptation me paraît devoir être faite, beaucoup plus par des dispositions additives que par des dispositions restrictives, le règlement-type devant être considéré, par vous, comme le cadre fixe et essentiel, autour duquel des prescriptions spéciales à chaque département donneront à l'ensemble du texte sa physionomie locale.

Il vous appartiendra, d'ailleurs, au cours de cette procédure et de ce travail d'adaptation, de vous entourer des avis nécessaires en vue d'éviter l'introduction de dispositions susceptibles d'être attaquées avec succès devant la juridiction contentieuse, et de concilier ainsi le devoir de technique réglementaire de l'administration avec la nécessité évidente d'un texte pratique, efficient et inattaquable.

L'expérience a montré que la quantité essentielle d'un règlement de cette nature est d'être rédigé sous forme positive, c'est-à-dire de constituer le guide direct de l'activité du citoyen.

Je ne saurais donc trop vous recommander à cet égard d'attirer l'attention de l'inspecteur départemental d'hygiène et du Conseil départemental d'hygiène sur l'intérêt qu'il y aurait à concevoir le règlement sanitaire départemental sous la forme d'une sorte d'instruction méthodiquement divisée et susceptible d'être suivie avec facilité par les propriétaires et les architectes.

Il ne fait aucun doute que cette méthode de rédaction est susceptible, non seulement de faciliter la lecture du texte, mais encore de diminuer les surprises et les contradictions qui, résultant de cette lecture, sont souvent à l'origine des attitudes de résistance et des recours contentieux.

Certaines dispositions du règlement sanitaire-type vous paraîtront immédiatement applicables ; d'autres ne pourront l'être qu'après un délai plus ou moins long ; dans certains cas particuliers, tout ou partie de telle ou telle prescription sera inapplicable. Mais l'avant-dernier article du règlement-type a été inspiré par ces diverses considérations, puisqu'il prévoit des cas de dérogation et vous laisse, d'autre part, la latitude de préciser par arrêté les dates d'application de vertaines dispositions qu'il vous appartiendra de désigner spécialement.

Je crois, enfin, devoir vous rappeler que le décret-loi du 30 octobre 1935 sur le règlement sanitaire départemental spécifie que celui-ci ne fait pas obstacle au droit des maires de prendre, après avis du Conseil municipal, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions particulières qu'il jugera utiles dans sa commune, en vue d'assurer la protection de la Santé publique.

Ce serait donc une erreur de penser que l'institution du règlement sanitaire départemental enlève aux maires tout pouvoir réglementaire quand il s'agit de protéger la Santé publique : le règlement sanitaire départemental représente, en définitive, le *minimum* des conditions sanitaires exigibles dans toutes les communes d'un même département, mais les maires conservent la possibilité de préciser certaines dispositions et même de les aggraver, ou d'en établir de nouvelles, particulières à leur commune, et que le texte départemental n'aurait pas mentionnées. Toutefois, les arrêtés municipaux relatifs à la Santé publique et considérés, par conséquent, comme des additions municipales au règlement sanitaire départemental devront être, conformément à la loi du 15 février 1902, revêtus, pour devenir exécutoires, de votre approbation, après délibération du Conseil départemental d'hygiène, avis et proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Je vous prie de m'adresser un exemplaire du règlement sanitaire de votre département dès qu'il sera intervenu.

(*J. O.*, 27 avril 1937).

Arrêté du 1er avril 1937

fixant le règlement sanitaire départemental d'hygiène prescrit par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935

(V. *Journal officiel* du 24 avril 1937.)

2° Déclaration des maladies contagieuses et des causes de décès

Loi du 15 février 1902

relative à la protection de la Santé publique

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du Président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elle pourra être revisée dans la même forme.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tous cas de l'une des maladies visées à l'art. 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'Intérieur, après un avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Décret-loi du 30 octobre 1935

rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses

Art. 1er. — **La déclaration à l'autorité sanitaire de tout cas l'une des maladies déterminantes dans les conditions prévues à l'article 3 ci-après est obligatoire, d'une part, pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence,** d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, le conjoint, l'ascendant le plus proche du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins. La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés.

Art. 2. — Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'article 3 du présent décret-loi, doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'article 1er ci-dessus.

Art. 3. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret-loi concernant la déclaration des maladies contagieuses est dressée par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique et de l'Education physique, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elle peut être révisée dans la même forme.

Art. 4. — **Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des articles 1er et 2.**

Art. 5. — Un décret fixera les formes et conditions dans lesquelles devront être faites les déclarations prévues aux articles 1er et 2.

NOTE. — *Sur les décrets du* 16 *mai* 1936, *modifié par les décrets du* 11 *novembre* 1936 *et du* 29 *novembre* 1939 *fixant la liste des maladies soumises à la déclaration, et le décret du* 21 *décembre* 1936 *fixant les conditions de la déclaration desdites maladies, voir notre supplément, n°* 7 *« Secret professionnel et déclarations légales »*, pages 12 et suivantes.

Quant à la déclaration des causes de décès, elle est prévue par le décret-loi du 30 *octobre* 1935, *art.* 2, *en ce qui concerne uniquement les décès dus à l'une des maladies déclarables. Pour toutes autres maladies, le médecin reste en principe lié par le secret professionnel. Même si la maladie n'a pas un caractère secret, le médecin traitant n'est en aucune mesure obligé de les déclarer.*

Diverses Circulaires ministérielles, en date du 1er *janvier* 1937, 15 *décembre* 1937 *et plus récemment,* 1er *juillet* 1941 *sont venues organiser de manière générale la déclaration des causes de décès dans le but d'améliorer les statistiques officielles sur ce point, dont nul n'ignore l'importance capitale quant à la direction efficace contre les maladies dites sociales. Mais ces Circulaires, en l'absence de textes législatifs à ce sujet, se heurtent aux dispositions de l'art.* 378 *du Code pénal sur le secret profsssionnel. Voir sur ce point et sur les projets de réforme qui pourraient être préconisés à cet égard notre Supplément n°* 7 *« Secret professionnel et déclarations légales »*, pages 17 et suivantes.

3° Vaccinations obligatoires

Loi du 15 février 1902 modifiée

relative à la protection de la Santé publique

Art. 6. — **La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année.**

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

(*Loi du* 7 *septembre* 1915).

En cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination antivariolique peut être rendue obligatoire, par décret ou par arrêtés préfec-

toraux, pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Art. 6 *bis*. — (*Loi du* 25 *juin* 1938).

« **La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine est obligatoire au cours de la deuxième ou de la troisième année de la vie. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure dont justification devra être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou pautre collectivité d'enfants.**

« Au cours de la première année de l'appfication du présent article, tous les enfants de moins de quatorze ans fréquentant les écoles, s'ils n'ont pas encore été vaccinés contre la diphtérie, seront soumis à cette vaccination.

(*Loi du* 24 *novembre* 1940).

« Un décret simple, pris sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, déterminera les conditions dans lesquelles seront pratiquées la vaccination antidiphtérique, instituée par la loi du 25 juin 1938, et la vaccination antitétanique, instituée par la présente loi ».

Art. 6 *ter*. — (*Loi du* 24 *novembre* 1940).

« **La vaccination antitétanique par l'anatoxine est désormais obligatoire.** Elle est pratiquée en même temps et dans les mêmes conditions que la vaccination antidiphtérique prévue à l'article 6 *bis* ajouté à la loi du 15 février 1902, par la loi du 25 juin 1938. »

Loi du 25 novembre 1940

instituant l'obligation de la vaccination antitypho-paratyphoïdique pour certaines catégories de personnes

Article premier. — La vaccination antityphoïdique est obligatoire pour tout adolescent entrant dans un camp de la jeunesse.

Art. 2. — Sur la proposition du secrétaire général à la Famille et à la Santé, le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur peut instituer par arrêté l'obligation de la vaccination antitypho-paratyphoïdique pour tous les sujets de dix à trente ans, résidant dans des zones du territoire menacées par une épidémie de fièvres typhoparatyphoïdes.

Art. 3. — En même temps que la vaccination antityphoparatyphoïdique, la vaccination antidiphtérique et antitétanique est pratiquée, au moyen d'un vaccin associé, chez tous les sujets visés aux articles 1er et 2 de la présente loi qui ne peuvent établir, par la production de leur carnet de vaccination, qu'ils ont déjà bénéficié d'une ou de l'autre de ces vaccinations.

Art. 4. — Les vaccinations prescrites par la présente loi seront pratiquées dans des conditions qui seront déterminées par décret.

Loi du 20 août 1941

sur l'imputation des dépenses occasionnées par les vaccinations

(V. *J. O.*, 10 septembre 1941.)

Décret du 20 août 1941

relatif à l'organisation du service de la vaccination

(V. *J. O.*, 10 septembre. *Concours Médical*, 28 septembre 1941, pages 1963 et suivantes).

Arrêté ministériel du 10 septembre 1941

TITRE Ier

Dispositions générales

Art. 1er. — La distribution des vaccins aux médecins vaccinateurs prévus par le décret du 20 août 1941 est assurée dans chaque département par le service des vaccinations. Le chef du service inscrit sur un registre les numéros d'ordre des ampoules distribuées à chaque médecin, leur nombre et la date de leur remise.

Art. 2. — Les mineurs ou adultes à vacciner sont l'objet d'un examen médical préalable pratiqué immédiatement avant la séance, soit par le médecin vaccinateur, soit par un médecin désigné à cet effet par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé. Sauf le cas prévu à l'article 10 du décret du 20 août 1941, ils peuvent être dispensés de cet examen, s'ils sont porteurs d'un certificat médical datant de moins de quarante-huit heures, concluant ou non à l'aptitude de la vaccination.

Art. 3. — Si l'examen médical mentionné à l'article 2 conclut à l'inaptitude à la vaccination, le certificat médical précisera le caractère définitif ou temporaire de la contre-indication et, dans ce dernier cas, la durée de celle-ci, qui ne devra pas dépasser un an.

Les sujets pour qui la vaccination aura été différée feront l'objet de séances spéciales de vaccination, à moins qu'une séance ordinaire ne se tienne avant la fin de l'année dans la commune intéressée.

Art. 4. — Les séances de vaccination collective doivent être tenues dans des locaux propres, suffisamment spacieux, bien éclairés, bien aérés, convenablement chauffés et ne recevant habituellement que des personnes saines : ces locaux ne doivent pas être encombrés. Leur surveillance appartient aux médecins inspecteurs ou médecins inspecteurs adjoints de la Santé et aux médecins vaccinateurs.

Art. 5. — Il est recommandé en général de pratiquer les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse. Mais quel que soit le lieu de l'injection, celle-ci doit être considérée comme une intervention à pratiquer avec des précautions rigoureuses d'asepsie chirurgicale.

ART. 6. — Lorsque des accidents viennent à se produire au cours ou à la suite des vaccinations, le médecin vaccinateur en informe immédiatement le chef du service des vaccinations qui en rend compte d'urgence au directeur régional.

ART. 7. — A la fin de la série des injections vaccinales, la nature du vaccin, les doses et les dates des injections pratiquées seront mentionnées sur le carnet de vaccination prévu à l'article 8 du décret du 20 août 1941 ou sur le carnet de santé individuel.

ART. 8. — En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 20 août 1941, soit par le présents arrêté, les médecins chargés des vaccinations et de examens médicaux préalables ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le comité consultatif d'hygiène de France. Lesdites instructions sont remisse à chacun de ces médecins par les soins de l'administration.

TITRE II

DISPOSITIONS SPÉCIALES

1° *Vaccination antidiphtérique-antitétanique*

(Loi du 24 novembre 1940)

ART. 9. — La vaccination antidiphtérique-antitétanique est pratiquée à l'aide d'un mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique. L'une et l'autre doivent avoir une valeur immunisante d'au moins trente unités anatoxiques par centimètre cube, pour la première, et d'au moins vingt unités pour la seconde ; elles auront été contrôlées notamment au point de vue de leur pureté, de leur innocuité, de leur teneur en unités anatoxiques et de leur stabilité par les laboratoires de contrôle du secrétariat général de la Santé et de l'Académie de médecine.

La vaccination comporte une série de trois injections sous-cutanées, espacées de quinze jours, et une injection dite de rappel qui est faite au cours de la troisième année qui suit la première série.

ART. 10. — Les listes des assujettis annuels à la vaccination antidiphtérique et antitétanique sont établies par le maire suivant des modèles, l'un servant à la série des trois premières injections, et l'autre à l'injection de rappel.

La liste du premier modèle comprend les noms des enfants ayant au moins un an et au plus trois ans à la date du 15 mars et ceux des enfants plus âgés qui par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu les trois premières injections.

La liste du deuxième modèle comprend les noms des enfants ayant au moins 5 ans et au plus 6 ans à la date du 15 mars et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu l'injection de rappel.

ART. 11. — Un enfant n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série des trois premières injections et l'injection de rappel. Cependant l'admission dans une collectivité d'enfants ne peut être refusée à l'enfant qui, ayant été soumis à la première série d'injections, ne se trouve pas dans les limites d'âge fixées par les articles 9 et 13 pour recevoir l'injection de rappel.

ART. 12. — En cas de menace d'épidémie de diphtérie, une nouvelle injection de vaccin antidiphtérique-antitétanique pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral, sur proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

ART. 13. — A titre transitoire, pendant l'année 1942, les enfants ayant atteint au cours de cette année un âge compris entre un an et quatorze ans recevront la série des trois premières injections prévues à l'article 9. Ils subiront l'injection de rappel un an après les premières injections, sauf ceux de moins de cinq ans qui y seront soumis ultérieurement au cours de leur sixième année.

2° *Vaccination antityphoparatyphoïdique*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 2)

ART. 14. — La vaccination antityphoparatyphoïdique est pratiquée à l'aide d'un des vaccins T. A. B dont la préparation et la mise en vente ont été autorisées dans les conditions de la loi du 14 juin 1934.

Elle comporte une série d'injections dont le nombre variable suivant le vaccin employé est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin. Les injections se suivront à intervalles de sept à dix jours.

ART. 15. — Les listes des assujettis à la vaccination antityphoparatyphoïdique comprennent les noms des personnes domiciliées dans la commune intéressée ou y résidant, qui sont âgées de dix ans au moins et de trente ans au plus à la date d'établissement des listes.

ART. 16. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales. Les dates et les doses des injections ainsi que la nature du vaccin sont mentionnées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé individuel.

ART. 17. — En cas d'épidémie d'affections typhoïdiques une injection de rappel pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral pris sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

3° *Vaccination triple associée*

(Loi du 24 novembre 1940, art. 3)

ART. 18. — La vaccination associée antidiphtérique-antitétanique-antityphoparatyphoïdique ou vaccination triple associée consiste à vacciner à la fois contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques au moyen d'un mélange, en proportions convenables, d'anatoxine diphtérique, d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoparatyphoïdique.

La vaccination triple associée, comporte pour les sujets qui y sont légalement assujettis une série d'injections dont le nombre, variable suivant le vaccin employé, est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin ; les injections sont pratiquées à intervalles de quinze à vingt et un jours.

ART. 19. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales, attestée par l'inscription, sur le carnet de vaccination, des dates et des doses des injections ainsi que de la nature du vaccin.

INSTRUCTIONS ANNEXES

Les vaccinations prescrites par les lois des 24 et 25 novembre 1940 (vaccination antidiphtérique et antitétanique, vaccination antityphoparatyphoïdique, vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphoïdique associées ou vaccination triple associée) étant toutes des vaccinations par injections, utilisant une technique générale qui leur est commune et des techniques spéciales qui leur sont propres.

I. — Technique générale

Elle comporte des indications concernant :

a) Les vaccins ;
b) Les sujets à vacciner ;
c) La pratique générale des vaccinations ;
d) Les suites de la vaccination.

a) *Vaccins*

Les vaccins sont délivrés en ampoules de 1 c. c. à 2 c. c. (par boîtes de 2 ou 3) pour vaccinations individuelles, et en ampoules de 10 c. c. et 20 c. c. pour vaccinations collectives (par boîtes de 10). L'étiquette de chaque boîte porte un numéro d'ordre correspondant à la série de préparation et une date limite extrême d'utilisation. Pour les vaccins de l'Institut Pasteur, le numéro de série figure également sur une étiquette collée au fond de l'ampoule. Ce numéro doit être noté au moment de la distribution du vaccin et de son utilisation.

Les vaccins doivent être conservés à l'abri de la lumière et de la chaleur. Avant de les utiliser, le médecin vaccinateur doit s'assurer de l'intégrité de l'ampoule. Toute ampoule fissurée doit être rejetée. Toute ampoule ouverte doit être utilisée sans délai.

b) *Sujets à vacciner*

La vaccination peut créer des réactions. Aussi un examen médical préalable doit-il être pratiqué. Il sera effectué, soit immédiatement avant la vaccination, soit dans les quarante-huit heures qui la précèdent, par le médecin de famille ou un médecin désigné à cet effet par le Préfet, sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Cet examen détaillé doit obligatoirement comporter une analyse d'urines (recherche d'albumine et de glycose, éventuellement d'urobiline et de sels biliaires). Cette analyse sera renouvelée avant chaque nouvelle injection.

Cet examen permettra de poser les contre-indications possibles à la vaccination : elles sont temporaires ou définitives.

Les contre-indications *temporaires* font ajourner la vaccination ; leur durée, qui ne peut excéder un an, doit être mentionnée. Elles s'appliquent aux convalescents d'affection aiguë récente, aux sujets fébriles ou présentant une maladie aiguë, aux porteurs de pyodermites ou d'eczéma, et aux femmes en période menstruelle.

Les contre-indications *permanentes* éliminent définitivement de la vaccination les sujets atteints de troubles fonctionnels ou de maladies chroniques de l'appareil respiratoire (tuberculose pulmonaire, bronchite chronique, asthme) ; de l'appareil circulatoire (endocardite chronique, myocardite, hypertension) ; de l'appareil rénal (albuminurie, néphrite subaiguë ou chronique) ; de l'appareil digestif (cirrhose, hépatite chronique, subictère, lithiase iliaire) ; de l'appareil endocrinien (diabète, maladie de Basedow, etc.) ou de toutes maladies organiques graves, tels que la cancer et la syphilis en évolution.

La contre-indication doit être attestée par le médecin qui a pratiqué l'examen et qui signe un certificat concluant à son caractère temporaire ou permanent. Ce certificat devra être présenté par l'intéressé ou son représentant à la séance de vaccination, à moins qu'il n'ait été remis à la mairie avant la séance.

La veille de la vaccination, le sujet à vacciner sera mis au repos et soumis à une alimentation légère, surtout au repas du soir.

c) *Pratique des vaccinations*

1º Dispositions techniques

Matériel. — Les injections vaccinales doivent être pratiquées avec une asepsie rigoureuse. Seringues et aiguilles seront soigneusement stérilisées, soit par ébullition prolongée pendant dix minutes dans une solution de borate de soude à 2 p. 100, soit à sec.

Les seringues utilisées seront de préférence des seringues de 2 à 3 c. c. ; l'emploi de seringues de 10 c. c. et de 20 c. c. est interdit.

Les aiguilles seront courtes ; un jeu assez important sera prévu, en calculant sur la base d'une aiguille pour quatre sujets.

Seringues et aiguilles seront, après stérilisation, placées dans l'alcool à 90 degrés pendant la séance. Les aiguilles seront changées pour chaque sujet et fixées à la seringue uniquement à l'aide d'une pince stérile. Toute aiguille utilisée est placée dans l'alcool à 90 degrés, où elle doit séjourner cinq minutes au minimum avant d'être utilisée à nouveau.

Technique. — 1º Badigeonner avec de la teinture d'iode l'ampoule de vaccin au niveau de son col ; briser celui-ci en traçant un trait de lime et en donnant un coup sec sur l'extrémité effilée à l'aide de ciseaux ou d'une clef ;

2º Placer l'ampoule sur un support ;

3º Aspirer directement le vaccin à l'aide de la seringue montée avec de strictes précautions d'asepsie. Il est interdit de verser le contenu de l'ampoule dans un autre récipient (verre de montre ou récipient à large ouverture) ;

4º Le lieu classique de l'injection est la région externe de la fosse sous-épineuse ou encore la région qui avoisine le bord externe de l'omoplate. L'asepsie de la peau sera assurée par une couche de teinture d'iode appliquée quelques minutes avant l'injection ;

5º Le sujet sera vacciné *assis.* Enfoncer l'aiguille de 2 c. c. environ en s'assurant par sa mobilité qu'elle a dépassé le derme et qu'elle n'a pas pénétré dans le muscle. Vérifier qu'il ne s'écoule pas de sang ;

6º Pousser l'injection très lentement. Retirer l'aiguille. Ne pas masser la région et badigeonner le lieu d'injection à la teinture d'iode ;

7º De temps en temps, l'opérateur passera sur ses doigts un tampon de gaze stérile imbibé d'alcool à 90 degrés ;

8º Les heures les plus favorables pour la vaccination sont le matin de dix heures à douze heures et l'après-midi de quinze heures à dix-sept heures.

2º Dispositions administratives

Le médecin vaccinateur devra mentionner sur les deux exemplaires des listes d'assujettis qui lui sont remis par le maire à la séance de vaccination, en regard de chaque nom, soit la contre-indication permanente, soit la contre-indication temporaire en fixant sa durée, soit la mention d'aptitude à la vaccination, les unes ou les autres prononcées après examen médical préalable. Il sera obligatoirement inscrit les indications suivantes : nature du vaccin, doses, dates et injections. Ces dernières mentions seront également portées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé.

Le carnet de vaccination ne sera délivré et signé le carnet de santé ne sera signé qu'une fois la première série des injections vaccinales complètement terminée.

Les exemplaires des listes ainsi complétées seront remis au maire qui en adressera un au Préfet (service des vaccinations) et utilisera l'autre pour mettre à jour le fichier des vaccinations.

d) *Suites de la vaccination*

Le sujet vacciné devra, le jour et le lendemain de l'injection, être mis au repos et éviter toute fatigue. Son alimentation sera légère, lacto-végétarienne pendant ces deux jours ; il prendra des boissons abondantes, mais toute boisson alcoolisée lui sera interdite. Il ne devra, en aucune façon, s'exposer au froid.

Les réactions vaccinales peuvent être locales ou générales. Les réactions locales : douleurs, œdème, rougeur au point d'injection seront traitées par les pansements humides chauds ; les réactions générales par le repos au lit, la diète lactée, les toni-cardiaques.

Toute réaction anormale et tout accident de vaccination seront immédiatement signalés par le médecin vaccinateur ou le médecin traitant au chef du service des vaccinations.

II. — Techniques spéciales

A. — *Vaccination antitétanique-antidiphtérique*

(Loi du 24 novembre 1940, art. 1er et 2)

a) *Vaccin.* — Vaccin mixte antidiphtérique-antitétanique de l'Institut Pasteur présenté en boîtes de trois ampoules de 2 c. c. (vaccinations individuelles) et en boîtes de dix ampoules de 10 c. c. ou de 20 c. c. (vaccinations collectives).

Vérifier d'une façon particulière la limpidité du contenu (toute ampoule trouble doit être rejetée).

b) *Technique de la vaccination.* — Trois injections sous-cutanées de 2 c. c. chacun à quinze jours d'intervalle. Employer des aiguilles fines (6/10 mill.)

Si, pour une raison quelconque, la série des injections vaccinales a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

Le vaccin antidiphtérique-antitétanique ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

La vaccination n'est complète qu'après une injection de rappel de 2 c. c. pratiquée au cours de la sixième année d'âge.

B. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 2)

a) *Vaccin.* — Divers vaccins peuvent être utilisés dont le choix est laissé à l'approbation du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Les ampoules doivent être soigneusement agitées avant l'emploi.

b) *Technique de la vaccination.* — Elle varie suivant l'âge des sujets à vacciner :

1° Enfants au-dessous de quinze ans : trois injections successives avec un intervalle de sept à dix jours :

Première injection : 1/4 c. c.
Deuxième injection : 1/2 c. c.
Troisième injection : 1 c. c.
Injection de rappel : 1 c. c.

2° Les enfants au-dessus de quinze ans et adultes, trois injections successives avec un intervalle de sept à dix jours :

Première injection : 3/4 c. c.
Deuxième injection : 1 c. c.
Troisième injection : 1 c. c. 5.
Injection de rappel : 1 c. c. 5.

Les injections seront pratiquées avec des aiguilles fines.

La technique décrite ci-dessus s'applique au vaccin T. A. B. chauffé n° 2 de l'Institut Pasteur. Dans les cas où l'on emploierait d'autres vaccins injectables, on se conformera aux indications données par l'instruction livrée avec chaque boîte.

C. — *Vaccination triple associée*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 3)

a) *Vaccin.* — La vaccination triple associée (contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques) est réalisée au moyen d'un vaccin mixte (vaccin D + T + T. A. B. de l'Institut Pasteur), mélange en proportions convenables d'anatoxine diphtérique (12 unités par centimètre cube), d'anatoxine tétanique (6 unités par centimètre cube) et de vaccin T. A. B. 1.050 millions de bacilles typhiques, 700 millions de bacilles paratyphiques A et 700 millions de paratyphiques B par centimètre cube).

Il est délivré en boîtes de quatre ampoules de 2 c. c. pour les enfants au-dessous de douze ans, de trois ampoules de 2 c. c. pour les enfants de douze ans (vaccinations individuelles) et en boîte de dix ampoules de 10 c. c. ou de 20 c. c. (vaccinations collectives). Agitez l'ampoule avant de l'ouvrir.

b) *Technique de la vaccination.* — Elle varie selon l'âge :

1° Au-dessous de douze ans, quatre injections à vingt-et-un jours d'intervalle :

La première de 1/2 c. c.
La deuxième de 1 c. c.
La troisième de 1 c. c. 5.
La quatrième de 1 c. c. 5.
Injection de rappel : 1 c. c. 5.

2° Au-dessus de douze ans, trois injections à vingt-et-un jours d'intervalle :

La première de 1 c. c.
La deuxième de 2 c. c.
La troisième de 2 c. c.
Injection de rappel : 2 c. c.

Le vaccin mixte ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

Les injections seront poussées très lentement et avec une aiguille fine. Si la série des injections a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

(*J. O.*, 2 octobre 1941).

4° Désinfections. — Epidémies

Loi du 15 février 1902

relative à la protection de la Santé publique

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4 ; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus,

par les soins de l'autorité municipale, suivant les arrêtés du maire, approuvés par le Préfet, et dans les communes de moins de 20.000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

(*Loi du* 16 *juillet* 1913). — Les communes de moins de 20.000 habitants qui, facultativement, auront créé un bureau d'hygiène, pourront être exceptionnellement autorisées par le ministre de l'Intérieur, sur avis conforme du Conseil supérieur d'hygiène, à avoir un service autonome de désinfection.

Art. 8. — Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du Président de la République déterminera, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règles les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel sont à la charge de l'Etat.

Les décrets et actes administratifs, qui prescrivent l'application de ces mesures, sont exécutoires dans les vingt-quatre heures, à partir de leur publication au *Journal officiel*.

Décret du 7 mars 1903

portant règlement d'administration publique applicable aux conditions que doivent remplir les appareils destinés à la désinfection

Art. 1er. — Les appareils destinés à la désinfection déclarée obligatoire par le paragraphe 1er de l'article 7 de la loi du 15 février 1902 sont soumis, au point de vue de la vérification de leur efficacité, aux dispositions du présent règlement.

Art. 2. — Aucun appareil ne peut être employé à cette désinfection avant d'avoir été l'objet d'un certificat de vérification délivré par le ministre de l'Intérieur, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Les appareils conformes à un type déjà vérifié ne peuvent être mis en service qu'après délivrance, par le préfet, sur le rapport de la commission sanitaire de la circonscription, d'un procès-verbal de conformité.

Ils doivent porter une lettre de série correspondant au type auquel ils appartiennent et un numéro d'ordre dans cette série.

Art. 3. — La demande de vérification est accompagnée des plans de l'appareil, de sa description et d'une notice détaillée faisant connaître sa destination et son mode de fonctionnement.

Le ministre de l'Intérieur adresse la demande et les pièces annexées au Conseil supérieur de France.

Art. 4. — La section compétente du Conseil fait procéder, en présence du demandeur ou de son représentant, aux expériences nécessaires pour vérifier l'efficacité de l'appareil.

Si l'appareil se trouve hors de Paris, la section compétente peut désigner, pour procéder aux expériences, un ou plusieurs délégués choisis parmi les membres du Conseil d'hygiène départemental ou des commissions sanitaires du département.

Les procès-verbaux des expériences sont communiqués aux intéressés : ceux-ci ont un délai de quinze jours pour adresser leurs observations au président du Conseil supérieur.

Après l'expiration de ce délai, la section compétente émet son avis. Cet avis est transmis avec les procès-verbaux des expériences, au ministre de l'Intérieur qui statue.

Art. 5. — La décision du ministre est notifiée à l'intéressé qui, si elle est défavorable, a un délai de deux mois à partir de cette notification pour réclamer une nouvelle vérification de son appareil.

Art. 6. — Il est procédé à cette nouvelle vérification par le Conseil en assemblée générale. Le président désigne un nouveau rapporteur, et, dans le cas du deuxième paragraphe de l'article 4, un ou plusieurs nouveaux délégués. La procédure est celle qui est prévue à l'article 4, la section compétente étant remplacée par l'assemblée générale du Conseil.

La décision du ministre est notifiée à l'intéressé.

Art. 7. — En cas de décision favorable, le certificat de vérification délivré par le ministre de l'Intérieur est accompagné des pièces visées au paragraphe 1er de l'article 3.

Art. 8. — Tout détenteur d'un appareil vérifié, ou dont le type a été vérifié conformément aux prescriptions de l'article 2 doit adresser au préfet une déclaration accompagnée de la copie du certificat de vérification et des pièces désignées au paragraphe 1er de l'article 3, et indiquant, s'il y a lieu, la lettre de série et le numéro d'ordre de l'appareil. Cette déclaration est enregistrée à sa date, il en est délivré un récépissé. Elle est communiquée sans délai à la Commission sanitaire de la circonscription.

S'il s'agit d'un appareil, ayant fait lui-même l'objet d'un certificat de vérification, le préfet, sur le rapport de la Commission sanitaire, délivre au détenteur un certificat.

S'il s'agit d'un appareil conforme à un type déjà vérifié, le procès-verbal prévu par le paragraphe 2 de l'article 2 du présent décret constate cette conformité.

Art. 9. — Les attributions conférées au préfet par l'article précédent sont exercées à Paris par le Préfet de la Seine.

Art. 10. — Les intéressés doivent fournir la main-d'œuvre et tous les objets nécessaires aux expériences de vérification et de contrôle.

Décret du 10 juillet 1903

portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection

TITRE Ier. — ORGANISATION GÉNÉRALE

CHAPITRE Ier. — *Services municipaux*

Art. 1er. — Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, le Conseil municipal, après avis du Directeur du bureau d'hygiène, décide la création d'un ou

plusieurs postes de désinfection et détermine la composition et la rétribution du personnel. Il vote les crédits nécessaires à l'acquisition et à l'entreten du matériel et au fonctionnement du service.

Art. 2. — Les délibérations prises par le Conseil municipal sont transmises par le préfet au Conseil départemental d'hygiène. Si, sur le vu des observations présentées par celui-ci, le Préfet estime que les dispositions adoptées par le Conseil municipal équivalent au défaut d'organisation, tel qu'il est prévu par le paragraphe 5 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902, il invite par un arrêté motivé le Conseil municipal à délibérer de nouveau. Dans le cas où dans le délai de deux mois à partir de la notification de cet arrêté, le Conseil municipal n'a pas pris une nouvelle délibération répondant au vœu de la loi, il est statué, s'il y a lieu, par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Si le Préfet conteste la nécessité des dépenses, qui résulteront pour le département et pour l'Etat de l'organisation du service de désinfection et de son fonctionnement, il est statué, s'il y a lieu, après une nouvelle délibération du Conseil municipal, par décret rendu en Conseil d'Etat, conformément au paragraphe 1er de l'art. 21 de ladite loi.

Art. 3. — Chaque semestre, le maire transmet au Préfet un rapport détaillé sur les opérations du service ; le Préfet en adresse copie au ministre de l'Intérieur.

CHAPITRE II. — *Services départementaux*

Art. 4. — Pour les communes de moins de 20.000 habitants, le Conseil général délibère, après avis du Conseil départemental d'hygiène, sur la création des postes de désinfection, la composition et la rétribution du personnel. Il vote les crédits nécessaires à l'acquisition et à l'entretien du matériel et au fonctionnement du service.

Art. 5. — Dans chacune des circonscriptions sanitaires, entre lesquelles le département est divisé conformément à l'article 20 de la loi du 15 février 1902, doit être établi au moins un poste de désinfection.

Les sièges de chaque poste sont fixés de telle sorte qu'il ne faille pas plus de six heures pour se rendre du poste dans les diverses communes qu'il est appelé à desservir.

Un poste doit nécessairement être placé dans toute station thermale possédant un bureau municipal d'hygiène par application de l'article 19 de la loi du 15 février 1902.

Art. 6. — Pour l'ensemble des communes relevant du service départemental, le service de désinfection est placé sous l'autorité du préfet et sous le contrôle d'un membre du Conseil départemental d'hygiène désigné par le préfet.

S'il a été organisé dans le département un service de contrôle et d'inspection, conformément à l'article 19 de la loi du 15 février 1902, le contrôle prévu au paragraphe précédent est exercé par le chef de ce service.

Art. 7. — Dans chaque circonscription, le service est dirigé par un délégué de la Commission sanitaire agréé par le préfet.

Il veille à l'exécution régulière et immédiate des mesures de désinfection dans les conditions techniques prescrites par le Conseil supérieur d'hygiène. Il veille également à ce que les postes de désinfection soient constamment munis du matériel et des désinfectants nécessaires, et à ce que les chefs de postes tiennent avec soin les registres de contrôle prévus à l'article suivant.

Il présente tous les mois au moins à la Commission sanitaire un rapport sur les résultats et les besoins du service de la circonscription : ce rapport est transmis au préfet avec l'avis de la Commission.

Art. 8. — Chaque poste de désinfection est dirigé par un chef de poste assisté, s'il y a lieu, d'agents ou d'aides.

Les chefs de poste et les agents procèdent eux-mêmes aux opérations de désinfection.

Le chef de poste tient un registre des déclarations à lui adressées par les maires, des opérations, transports et voyages effectués, et dresse pour chaque série d'opérations une feuille spéciale suivant un modèle arrêté par le ministre de l'Intérieur.

Les chefs de poste et agents sont nommés et révoqués par le préfet sur la proposition du délégué de la Commission sanitaire. Ils sont rémunérés à l'année, au mois, à la journée ou à l'heure. Les chefs de poste sont assermentés ; le préfet peut, en outre, faire assermenter un certain nombre d'agents.

Art. 9. — Les délibérations prises par le Conseil général sont transmises par le préfet au minstre de l'Intérieur.

Si, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, le ministre estime que les dispositions adoptées par le Conseil général équivalent au défaut d'organisation, tel qu'il est prévu par le paragraphe 5 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902, un décret motivé rendu dans le délai prévu par l'article 9 de la loi du 10 août 1871 peut suspendre l'exécution de la délibération du Conseil général. Dans le cas où le Conseil général, au cours de la plus prochaine session, ou dans une réunion extraordinaire antérieure à celle-ci, n'a pas donné satisfaction aux observations du ministre de l'Intérieur, il est statué par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Si le ministre conteste la nécessité des dépenses qui résulteront pour les communes et pour l'Etat de l'organisation du service de désinfection et de son fonctionnement, un décret motivé peut suspendre, comme ci-dessus, l'exécution de la libération.

Dans le cas où le Conseil général, au cours de sa plus prochaine session ou dans une réunion extraordinaire antérieure à celle-ci n'a pas donné satisfaction aux observations du ministre de l'Intérieur, il est statué par décret en Conseil d'Etat, conformément au paragraphe 1er de l'article 26 de la loi du 15 février 1902.

TITRE II. — FONCTIONNEMENT

Art. 10. — Dans toutes les communes, dès que le maire a reçu la déclaration que comporte l'une des maladies mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, il avertit le chef de poste dans la circonscription duquel se trouve le malade signalé. S'il est avisé de l'existence de l'une de ces maladies et qu'il n'y ait pas de médecin traitant, il envoie un médecin et prend ensuite, sur la déclaration de celui-ci, les mesures prescrites par le présent décret.

En outre, si la commune où demeure le malade est comprise dans le service départemental, le préfet ou le sous-préfet avertit le délégué de la Commission sanitaire.

Art. 11. — Toutes les opérations de désinfection sont effectuées par le service public, sous les éserves indiquées aux articles 14 et 17.

Art. 12. — Le chef de poste envoie au lieu où se trouve le malade un agent muni des désinfectants appropriés.

Cette visite ne peut être effectuée que de jour.

L'agent s'adresse, en vue de l'exécution des mesures à prendre, au principal occupant, chef de famille,

ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade et à son défaut, dans l'ordre ci-après, au conjoint, à l'ascendant, au plus proche parent du malade ou à toute personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Art. 13. — Il remet à cette personne une note dont le modèle est arrêté par le ministre de l'Intérieur, rappelant l'obligation de la désinfection, et reproduisant les pénalités prévues par la loi et le tarif de désinfection.

Il se met à sa disposition pour l'exécution des mesures indispensables.

Ces mesures, pendant le cours de la maladie, concernent essentiellement la désinfection des linges contaminés ou souillés et des défections ou excrétions ; elles ne peuvent constituer une intervention quelconque dans le traitement du malade.

Art. 14. — La personne à qui a été remise la note prévue par l'article précédent, peut exécuter ou faire exécuter elle-même la désinfection, à la condition de prendre sur une formule qui est mise à sa disposition par l'agent, l'engagement :

1° De se conformer exactement pendant le cours de la maladie aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le ministre de l'Intérieur, et dont un exemplaire lui est remis.

2° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public, qui ne pourra se présenter au domicile du malade plus d'une fois par jour.

3° D'avertir sans délai le maire, le cas échéant, du transport du malade hors de son domicile.

4° D'aviser le maire de la première sortie du malade, après sa guérison, en vue de l'application de l'article 15 du présent décret.

Art. 15. — En cas de transport du malade hors de son domicile après la guérison, ou en cas de décès, au cours ou à la suite d'une des maladies mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, la désinfection totale des locaux occupés personnellement par le malade et des objets qui ont pu être contaminés pendant la maladie, doit être opérée sans délai.

Art. 16. — Le maire, prévenu soit par l'avis donné en exécution des 3° et 4° de l'article 14, soit par la déclaration de décès, informe le chef de poste dans la circonscription duquel se trouve le domicile à désinfecter ; le chef de poste adresse à la personne désignée à l'article 12 un avis faisant connaître au moins douze heures à l'avance le moment où il sera procédé aux mesures de désinfection. Un pareil avis est adressé en cas de décès aux héritiers, s'ils habitent la commune et sont connus de l'administration. Le délai de douze heures ci-dessus pourra être abrégé par une décision motivée du maire.

A défaut d'une des personnes énumérées à l'article 12 et en l'absence des héritiers, le maire prend les mesures nécessaires pour que les objets contenus dans le local à désinfecter ne soient ni détournés, ni détériorés.

Art. 17. — Sauf le cas d'urgence constaté par un arrêté du maire ou, à son défaut, par un arrêté du préfet, les personnes énumérées à l'article 12 du présent décret ou les héritiers peuvent exécuter ou faire exécuter par leurs soins la désinfection, à la condition de prendre, par écrit, sur une formule qui leur est remise par le service public, l'engagement :

1° De faire opérer la désinfection sans délai, et conformément aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le ministre de l'Intérieur, et dont un exemplaire leur est remis ;

2° De prévenir au moins douze heures à l'avance le chef de poste du moment où l'opération doit avoir lieu ;

3° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public, qui s'assurera sur place si les opérations sont exécutées dans les conditions techniques formulées par le ministre de l'Intérieur après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique et, spécialement, quand il est fait usage d'appareils, s'ils fonctionnent dans les conditions imposées par le certificat de vérifications prévu au décret du 7 mars 1903.

Art. 18. — S'il résulte des constatations faites par les agents que les engagements pris en vertu des articles 14 et 17 du présent décret n'ont pas été tenus, ou que la désinfection a été opérée par les particuliers ou par leurs soins d'une façon insuffisante, le maire prescrit immédiatement l'exécution par le service public des mesures indispensables.

Art. 19. — Si, au cours de la désinfection, la destruction d'un objet mobilier est jugée nécessaire par le service, il y est procédé sur l'ordre du maire. En cas de refus du maire, le préfet statue.

Art. 20. — Il est dressé un état descriptif et estimatif des objets à détruire par le chef de poste ou l'agent qui s'est rendu à domicile, contradictoirement avec le propriétaire de l'objet ou l'une des personnes désignées à l'article 12. Cette personne peut être remplacée par un héritier, s'il s'agit d'une désinfection après décès.

En cas de refus d'une des personnes ci-dessus énumérées de concourir à la rédaction de l'état ou en cas d'impossibilité de le dresser contradictoirement, le chef de poste ou l'agent mentionne l'une ou l'autre de ces causes dans un procès-verbal, auquel il joint l'état dressé par lui seul.

L'état et, s'il y a lieu, le procès-verbal, sont déposés à la mairie et communiqués en duplicata au sous-préfet, si le service est départemental. Si une indemnité est réclamée, la demande est adressée suivant le cas au maire ou sous préfet.

Art. 21. — Si le maire reçoit la déclaration d'une des maladies mentionnées à la seconde partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, il avertit le chef de poste, lequel est tenu de se mettre immédiatement à la disposition du malade ou de sa famille pour assurer la désinfection dans les conditions prescrites par le Conseil supérieur d'hygiène publique.

TITRE III. — Taxes

Art. 22. — Les taxes de remboursement prévues par le paragraphe 4 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902 sont établies proportionnellement à la valeur locative de l'ensemble des locaux d'habitation dont dépend la pièce occupée par le malade.

Le tarif est arrêté par le Conseil municipal ou par le Conseil général selon qu'il s'agit d'un service municipal ou départemental ; il ne peut dépasser les maxima fixés par le tableau suivant :

Dans les communes de moins de 5.000 habitants, 3 p. 100 ;

Dans les communes de 5.000 à 20.000 habitants, 2,5 p. 1000 ;

Dans les communes de 20.000 à 100.000 habitants, 2 p. 100 ;

De plus de 100.000 habitants, 1,50 p. 100 ;

Paris, 1 p. 100.

Si la taxe à percevoir en vertu de ce tarif dépasse 30 francs par pièce soumise à la désinfection totale, elle est réduite d'office à ce maximum.

Art. 23. — La taxe est applicable quel que soit le mode de désinfection des locaux ou des objets qu'ils renferment, que ces derniers soient désinfectés sur place ou au dehors.

Elle comprend l'ensemble des opérations occasionnées par la même maladie ; néanmoins, si la maladie excède une période de six mois, la taxe ne comprend que les opérations effectuées au cours de cette période et elle est renouvelable pour chaque période nouvelle de six mois.

Elle comprend également les frais de transport.

Art. 24. — Dans le cas où la désinfection des objets est demandée indépendamment de celle des locaux, la taxe est réduite à la moitié de ce qu'elle eût été, si la désinfection avait porté également sur le local ayant renfermé lesdits objets.

Art. 25. — Sur la demande des intéressés, le service peut effectuer de nuit la désinfection totale prévue par l'article 15 du présent décret. Dans ce cas, l'opération donne lieu à une redevance supplémentaire montant à 50 p. 100 de la taxe.

Art. 26. — Pour la désinfection des chambres d'hôtels garnis, ainsi que des loges de concierge, des chambres de domestiques et des chambres individuelles d'ouvriers logés, chez leurs patrons, lorsque ces loges ou chambres font partie d'une habitation collective, la taxe est rédui e à une somme fixe, dont le maximum est de 5 francs.

Art. 27. — La désinfection est gratuite pour les indigents.

Art. 28. — Les conseils généraux et les conseils municipaux peuvent appliquer des tarifs réduits à la désinfection dans les établissements charitables ou scolaires.

Ils fixent les tarifs à appliquer aux opérations de désinfection dans les autres lieux que ceux qui entraînent une obligations légale.

Art. 29. — Ces taxes sont dues par le malade ou, en cas de décès, par ses héritiers.

Toutefois, dans les cas visés à l'article 26, elles sont dues par les gérants, propriétaires, maîtres ou patrons. Dans les cas où il s'agit d'établissements charitables ou scolaires, elles sont à la charge des établissements.

Art. 30. — Les taxes sont établies sur des états, d'après les feuilles dressées par le chef de poste et certifiées par le directeur du bureau d'hygiène et le délégué de la Commission sanitaire.

Art. 31. — Le montant des taxes, porté en recette aux budgets municipaux et départementaux est déduit des dépens s de fonctionnement du service avant leur répartition entre les communes, le département et l'Etat.

Art. 32. — Les dispositions du présent déc et sont applicables à la ville de Paris et aux communes du dépar ement de la Seine, sous réserve de l'observation des règles édictées par la loi du 7 avril 1903 pour la répartition des attributions relatives à la protection de la Santé pu lique entre le Préfet de la Seine, le Préfet de police et les maires desdites communes.

5° Dispositions diverses

Loi du 15 février 1902

relative à la protection de la Santé publique

Art. 9. — Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le Préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la Commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si ette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le Préfet après une mise en demeure à la commune, non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le Préfet transmet la délibération du Conseil au ministre de l'Intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Conseil supérieur d'hygiène publique de France. celui-ci procède à une enquête, dont les résultats sont affichés dans la commune.

Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Cons il supérieur d'hygiène publique, le Préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si, dans les trois mois, il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du Président de la République, rendu en Conseil d'Etat, ordonne ces travaux dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

Le Conseil général statue dans les conditions prévues par l'article 45 de la loi du 11 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

Art. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique, comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune qui la possède le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laqu lle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral quand le débit à acquérir ne dépasse pas deux

litres par seconde. Cet arrêté est pris sur la demande du Conseil municipal et l'avis du Conseil d'hygiène départemental. Il doit être procédé à l'enquête prévue par l'ordonnance du 23 août 1835. L'indemnité d'expropriation est réglée dans les formes prescrites par l'article 16 de la loi du 21 mai 1936.

CHAPITRE II. — *Mesures relatives aux immeubles*

(Art. 11 à 18 de la loi, modifiés par la loi du 17 juin 1915 et le décret-loi du 30 octobre 1935).

TITRE II. — DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE

Art. 19. —.....................................

Art. 20. — Dans chaque département, le Conseil général, après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5, de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une Commission sanitaire, sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des Commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statu r, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le Conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre et de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le Préfet présidera le Conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Chaque Commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de neuf au plus, pris dans la cir onscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller géné al, élu par ses collègues, et au moins un médecin, un pharmacien, un vétérinaire, un architecte, ou un technicien d'une compétence analogue.

Le Sous-préfet pr sidera la Commission, qui nommera dans son sein pour deux ans un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la Commission.

Les membres des Conseils d'hygiène et ceux des Commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le Préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Les Conseils départementaux d'hygiène et es Commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu del a présente loi, que, si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Art. 21. — Les Conseils d'hygiène départementaux et les Commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la Santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

....

Art. 25. — Le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitations ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

....

NOTE. — *Sur la composition du Conseil supérieur d'hygiène publique, voir la loi du* 3 *avril* 1936.

TITRE IV. — PÉNALITÉS

Art. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 47 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2 ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7, 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

Art. 28. — Quiconque, par négligence ou incurie dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité, dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, des citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de bouchers, fumier, matières fécales et, en général, de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

Art. 29. — Seront punis d'une amende de 100 francs et, en cas de récidive, de 500 f ancs à 1.000 francs, tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des Commissions sanitaires, en ce qui touche l'application de la présente loi.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi, il est également applicable aux infractions punies des peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON et CIE, Clermont (Oise)

LE CONCOURS MÉDICAL

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

TARIFS DES ASSURANCES SOCIALES

SOMMAIRE



• BULLETIN DU MOIS •

Continuant ce que nous avons entrepris avec la réédition du tarif des accidents du travail, c'est-à-dire la reconstitution des archives du médecin, nous publions aujourd'hui le tarif des Assurances sociales. Nous en avons profité pour y joindre la nouvelle nomenclature de pratique médicale courante instituée par arrêté du 19 mars 1940 pour prendre effet le 1er avril de la même année. Rappelons l'essentiel de cette réforme : la dite nomenclature de départementale devient nationale. D'autre part les chiffres-clés de base sont relevés. Alors qu'autrefois le Conseil supérieur des Assuranecs sociales avait maintenu, pour la pratique courante et pour elle seule, l'ancien tarif de la consultation à 18, 15 et 12 francs suivant les régions, l'arrêté modifie expressément le tarif de réassurance et stipule que les nouveaux tarifs de consultation (22 fr. 50, 18 fr. 75 et 15 francs) seront dorénavant applicables. Cette harmonie était certes désirable et n'avait que trop tardé. Précisons cependant que seule cette mise en accord avec le tarif de consultation des caisses s'impose à ces dernières. Les chiffres cités plus haut, comme tout chiffre du tarif de réassurance, peuvent varier par contre d'une Caisse à l'autre, quoiqu'en fait cette variabilité soit rare et peu souhaitable.

La nomenclature des actes de spécialités, dont le Conseil supérieur des Assurances sociales avait souhaité la révision dans sa séance du 5 juillet 1938, reste par contre inchangée. Il en est de même du chiffre-clé K, car « en dehors des cas d'urgence où le transport du malade à l'hôpital est impossible, il ne convient pas d'encourager les assurés à se faire opérer à domicile ou au cabinet du praticien » (Conseil supérieur dixit).

Les tarifs de nomenclature poussant à l'hospitalisation, quelle en est le régime ? Rappelons qu'elle est réglée par l'art. 36 du réglement intérieur type et le tarif de réassurance qui distingue quatre catégories : l'hôpital public, l'hôpital privé ayant passé convention ou agréé, l'hôpital privé se soumettant seulement au contrôle des Caisses et enfin l'hôpital privé ne se soumettant pas à ce contrôle. La deuxième catégorie donne lieu aux taux de remboursement les plus élevés. La quatrième par contre ne donne lieu en principe à aucun remboursement, ou plutôt il peut seulement y avoir lieu au versement de prestations forfaitaires prévues par l'art. 6, parag. II de la loi. Un doute s'était élevé quant à la validité juridique de cette disposition, qui viole évidemment la liberté de choix de l'assuré quant à son mode d'hospitalisation. La question est maintenant tranchée par un arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 20 juillet 1939 qui a admis le bien-fondé d'un refus de prestation émanant d'une Caisse dans un cas de ce genre.

Si le tarif de réassurance et les nomenclatures nous fixent sur le montant normal des prestations ordinaires de l'assurance-maladie, rien par contre ne vient réglementer le quantum et les modalités des prestations spéciales prévues par l'art. 6, parag. 16 en cas de maladie n'entraînant pas cessation du travail. On connaît la thèse des Caisses à cet égard : Il s'agit de prestations à caractère facultatif qu'elles n'accordent que selon leur condition financière et quand elles estiment opportun de le faire. Un arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation en date du 15 janvier 1940 a dans une certaine mesure confirmé leur point de vue en décidant que « ces prestations ne sont pas obligatoires pour les Caisses qui, si elles doivent les prévoir dans leur réglement, sont libres de les refuser ou de les accorder selon les circonstances ». Nous soutenions à l'inverse que les juridictions des assurances sociales avaient compétence pour contrôler les motifs de fait ayant amené les Caisses à refuser ces prestations, utiles complément dans de nombreux cas aux prestations ordinaires. Cette jurisprudence, fort peu sociale, est heureusement atténuée dans une certaine mesure par une circulaire du Ministre du travail en date du 21 décembre 1940 qui enjoint aux Caisses de venir en aide aux assurés et à leur famille et leur rappelle que l'art. 6 parag. 16 existe et ne doit point rester lettre morte.

Enfin il est une grave question, qui a une répercussion immédiate sur les tarifs de remboursement des Caisses, nous voulons parter des conventions Corps-médical-Caisse, conclues autrefois en vertu de la loi par les syndicats, pièces essentielles des rapports entre les médecins et les Assurances sociales, au sujet desquelles il serait utile que l'Ordre fasse connaître sa position.

Jean MIGNON.

I. Tarif limitatif de réassurance des Caisses d'Assurances sociales



A. Ce qu'est le tarif de réassurance

1° Les tarifs de responsabilité des Caisses

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 6. — ....

§ 5. — **La part garantie par les Caisses dans le prix de l'acte médical est établie par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.**

Cette part est avancée ou remboursée par la Caisse à l'assuré ; elle est inscrite ainsi que toutes autres conditions jugées utiles dans les conventions à passer entre les Caisses et les Syndicats professionnels. En aucun cas, elle ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

§ 6. — Les Caisses fixent également dans leur règlement intérieur le montant et les conditions de leur participation au payement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux.

§ 7. — La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité visée ci-dessus est fixée à 20 %.

....

§ 11. — A défaut de convention avec les Syndicats médicaux dans les conditions prévues au paragraphe 5 ci-dessus, les Caisses peuvent prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité spécial.

....

Art. 8. — ....

§ 4. — Les Conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les Etablissements de soins, et **les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'art. 6 sont soumis à une Commission fonctionnant au siège de chaque région**, composée pour le premier tiers de représentants des Caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels, et pour le dernier tiers de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics.

....

Art. 34. — ....

§ 11. — Lorsqu'une Caisse d'assurances sociales ou Union régionale applique un tarif de responsabilité non approuvé dans les conditions prévues à l'art. 8, § 4, ou lorsque la Commission instituée par ladite disposition n'a pas été unanime à l'approuver, le ministre du Travail peut, après avis conforme de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, fixer par arrêté le tarif de responsabilité de cette Caisse ou de cette Union pour les assurances maladie-maternité et soins aux invalides *ajouté par le décret-loi du* 14 *juin* 1938).

2° Le tarif de réassurance

Décret-loi du 28 *octobre* 1935

Art. 6. — ....

§ 18. — **Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales et compte tenu des tarifs syndicaux minima, les tarifs limites de responsabilité. Les Caisses qui adoptent des tarifs supérieurs à ces tarifs-limites de responsabilité ne peuvent, en cas de déficit, obtenir une subvention de la section de garantie des unions régionales visées à l'article 30.**

B. Tarif établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938

1° Soins à domicile ou chez le praticien

§ 1er. — **Consultation ou visite de médecin ou de médecin spécialiste**

Avis du Conseil supérieur des Assurances sociales du 5 juillet 1938

Considérant que le mouvement général de hausse des prix survenu au cours des deux dernières années se traduit en particulier par un renchérissement sensible des soins et interventions en cas de maladie et de maternité, que les prestations allouées aux assurés par les Caisses d'assurances sociales dans les limites du tarif de réassurance sont devenues, de ce fait, de plus en plus insuffisantes et laissent à la charge desdits assurés une part de dépense extrêmement lourde ; que, par suite, un relèvement du tarif limitatif des droits à la

réassurance, de nature à permettre un relèvement substantiel des tarifs de responsabilité des Caisses, apparaît éminemment souhaitable ;

Considérant que, dans le même temps, la hausse générale des salaires a eu pour résultat une augmentation considérable du produit des cotisations ; que les Caisses d'assurances sociales maladie-maternité, malgré une réduction importante de la part de ces cotisations, affectée à la couverture des risques de répartition, se trouvent présentement à la tête de ressources notablement supérieures à celles dont elles ont disposé de 1930 *à* 1936 *; qu'ainsi le relèvement du tarif limitatif des droits à la réassurance n'est pas seulement souhaitable, mais possible ;*

Considérant que les tarifs minima des Syndicats médicaux habilités ont été relevés, à partir de 1937, *dans une proportion variant entre* 20 *et* 33 % *; qu'il y a lieu de réajuster en conséquence le tarif limitatif des droits à la réassurance ;*

Considérant, d'autre part, que la coexistence à l'intérieur d'un même département de circonscriptions régies par des tarifs de réassurance différents constitue pour une Caisse une source de difficultés ; que, au surplus, la différenciation établie d'une circonscription à l'autre n'est pas toujours équitable pour les assurés ; qu'il convient, par suite, d'assouplir les distinctions formulées, en ce qui concerne lesdites circonscriptions, par les arrêtés des 22 *septembre* 1930 *et* 7 *août* 1934 *;*

Considérant, enfin et surtout, que, si les disponibilités financières des cadres le permettent, il serait souhaitable de procéder à un relèvement plus sensible du tarif de réassurance relatif à la consultation médicale, en vue de réduire progressivement la participation des assurés dans les limites du ticket modérateur de 20 % *imposé par la loi, mais que la réalisation d'un tel effort se trouve subordonnée à l'obtention de garanties indispensables en ce qui concerne la fixation des tarifs syndicaux minima, applicables par le Corps médical aux assurés sociaux ; que l'accord conclu le* 15 *février* 1938 *par la Confédération des Syndicats médicaux français avec le Comité général d'entente de la Mutualité et des Unions nationales des Caisses d'assurances sociales témoigne, en ce sens, d'un effort auquel il importe de rendre hommage ; qu'il y a lieu d'attendre que la politique ainsi amorcée ait abouti à l'institution de garanties effectives ;*

. . . .

EMET LE VŒU : *Que, dans toute la mesure où l'évolution des recettes et des dépenses des Caisses le permettra, et à condition qu'aient été obtenues des garanties effectives en ce qui concerne la fixation des tarifs syndicaux minima applicables par le Corps médical aux assurés sociaux, un nouvel ajustement du tarif de réassurance soit envisagé dans l'avenir le plus proche, de manière à réduire dans les limites du ticket modérateur de* 20 % *imposé par la loi, la participation des assurés sociaux aux dépenses du risque maladie.*

Tarif A : 22 fr. 50, dans les villes de 500.000 habitants et plus, le département de la Seine et les cantons des départements des Bouches-du-Rhône et du Rhône énumérés par l'arrêté du 14 janvier 1936, savoir : les douze cantons de Marseille, les cantons de la Ciotat, Aubagne, Gardanne et Martigues, les douze cantons de Lyon, les cantons de Villeurbanne, Neuville, Limonest, Vaugneray, Saint-Genis-Laval, Givors, Villefranche-sur-Saône et Tarare.

Tarif B : 18 fr. 75, dans les villes de 100.000 habitants et plus, et de moins de 500.000 habitants et les circonscriptions industrielles définies par l'arrêté du 14 janvier 1936 autres que celles visées à l'alinéa précédent.

Tarif C : 15 francs, dans les localités non visées par les deux alinéas précédents.

Dans les départements à l'intérieur desquels plusieurs tarifs limites de réassurance sont applicables, le tarif C de 15 francs est remplacé, pour les circonscriptions où ce tarif serait applicable, par le tarif B de 18 fr. 75.

MAJORATIONS POUR VISITES LE DIMANCHE OU DE NUIT

Le tarif limite de réassurance du prix de la cotisation ou visite médicale est majoré de 30 p. 100 pour les visites nécessaires le dimanche et de 100 p. 100 pour les visites nécessaires de nuit.

§ 2.— Interventions de pratique médicale courante

Arrêté du 19 *mars* 1940

ART. 1er. — La nomenclature de pratique médicale courante annexée au projet de convention-type entre les Caisses d'assurance-maladie et les Syndicats médicaux pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, approuvée par le ministre du travail le 30 juillet 1930, est remplacée par la nomenclature annexée au présent arrêté.

ART. 2. — Le paragraphe 2 du chapitre 1er du tarif-limite de réassurance, fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938, est remplacé par le paragraphe suivant :

§ 2. — *Intervention de pratique médicale courante*

« Les chiffres du tarif de réassurance de la consultation ou visite médicale fixés au paragraphe précédent sont les chiffres-clés pour les actes de la nomenclature de pratique médicale courante, suivant le coefficient propre à chacun de ces actes. »

ART. 3. — Le présent arrêté aura effet à compter du 1er avril 1940.

NOTE. — *Cette réforme accomplie conformément au vœu formulé par le Conseil supérieur des Assurances sociales dans sa session du 5 juil-*

let 1938, unifie la nomenclature des actes de pratique médicale courante, et les chiffres-clés de base sont dorénavant le tarif de 22 *fr.* 50, 18 *fr.* 75 *et* 15 *francs indiqués au* § 1er *ci-dessus. V. la nomenclature ci-dessous pages* 10 *et suivantes.*

§ 3. — Soins spéciaux et interventions chirurgicales à domicile ou chez le praticien

Avis du Conseil supérieur des Assurances sociales du 5 juillet 1938

Considérant que, en dehors des cas d'urgence où le transport du malade à l'hôpital est impossible, il ne convient pas d'encourager les assurés à se faire opérer à domicile ou au cabinet du praticien ; que, par suite, il n'y a pas lieu de modifier les chiffres-clés actuellement applicables aux coefficients de la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités ;

Considérant, d'autre part, que ladite nomenclature n'a pas été modifiée depuis 1931 ; *que l'expérience de ces dernières années a fait apparaître certaines lacunes ; qu'il est apparu également que certains coefficients, par exemple en matière de radiologie, étaient inadéquats, qu'il convient donc de procéder à une revision de cette nomenclature ;*

Considérant au surplus que la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités est une nomenclature générale et officielle ; qu'il convient de rappeler qu'aucun Syndicat ni aucune Caisse n'a le droit de s'en écarter ;

Est d'avis : a) *Que la valeur du chiffre-clé K reste fixée conformément à l'ancien tarif.*

b) *Qu'il soit procédé à une révision de la nomenclature actuelle des actes de chirurgie et des actes des spécialités.*

Le tarif de réassurance du chiffre clé pour la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités est fixé à 8 francs, si le coefficient de la nomenclature est inférieur à 40, et à 15 francs, si le coefficient est égal ou supérieur à 40.

Le chiffre clé ne s'applique pas à la consultation ou à la visite de spécialiste, pour lesquelles le tarif est le même que pour la visite de médecin non spécialiste. Il ne s'applique pas non plus à celles des interventions de stomatologie dont l'équivalent se retrouve, même sous une autre dénomination, dans la nomenclature dentaire, et pour lesquelles le tarif applicable est le tarif des soins dentaires.

2° Soins à l'hôpital ou à la clinique

§ 1er. — Soins à l'hôpital public

1. Frais d'hospitalisation (par jour)

80 p. 100 du tarif de l'Assistance médicale gratuite de l'année en cours, ce tarif étant modifié le 1er juillet de chaque année sur la base du tarif de l'Assistance médicale gratuite de l'année en cours, ou 13 francs pour le service de médecine, et 16 francs pour le service de chirurgie, si ces derniers chiffres sont plus élevés.

Les directeurs des Services régionaux des Assurances sociales fixeront d'après les tarifs de l'Assistance médicale gratuite arrêtés et publiés par les préfets, les tarifs limites de réassurance. Ces tarifs seront arrondis au décime le plus voisin. Ils seront fixés et communiqués aux Caisses primaires de répartition au plus tard le 15 mai de chaque année, ou, à défaut de fixation des tarifs de l'Assistance médicale gratuite par les préfets avant le 1er mai, dans le délai de quinze jours suivant cette fixation des tarifs de l'Assistance médicale gratuite.

2. Honoraires médicaux

a) Dans les hôpitaux publics des villes centres d'enseignement (par journée d'hospitalisation) :

Médecine et chirurgie : 4 francs ;

b) Dans les autres hôpitaux publics :

Médecine (par journée d'hospitalisation) : 4 francs.

Chirurgie : 4 francs par journée d'hospitalisation ou à l'intervention forfaitaire avec application des chiffres-clés 3 fr. 50 et 7 francs aux coefficients de la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités, le chiffre clé de 3 fr. 50 s'appliquant lorsque le coefficient est inférieur à 24 et le chiffre clé de 7 francs, lorsque le coefficient est égal ou supérieur à 24.

En aucun cas, un assuré social soigné dans un hôpital public ne peut être traité à un prix supérieur (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux compris) au tarif le plus bas (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux également compris) appliqué par ledit hôpital aux malades payants.

L'assuré qui aura fait choix du traitement à l'hôpital dans un quartier ou pavillon séparé aura droit aux mêmes prestations que s'il avait été traité dans le service général de l'hôpital.

§ 2. — Soins à l'hôpital privé *ayant passé convention avec la Caisse d'assurances sociales de l'assuré ou ayant reçu l'agrément de cette Caisse ou, en cas de contestation, l'agrément de la Commission régionale tripartite.*

1. Frais d'hospitalisation (par jour)

70 p. 100 du prix le plus bas exigé des malades payants par l'établissement considéré, pour l'hospitalisation proprement dite, sans toutefois pouvoir dépasser le tarif de réassurance applicable à l'hôpital public du département dont les prix sont les plus élevés.

Pour la détermination du maximum du tarif de réassurance, les tarifs de 20 francs pour le ser-

vice de médecine et de 24 francs pour le service de chirurgie seront substitués au tarif de réassurance de l'hôpital public dont les prix sont les plus élevés, si ces chiffres de 20 francs et 24 francs sont plus élevés.

2. Honoraires médicaux

Médecine (par journée d'hospitalisation) : 5 francs.

Chirurgie :

A l'intervention forfaitaire avec application des chiffres-clés de 6 francs et 12 francs aux coefficients de la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités, le chiffre-clé de 6 francs s'appliquant si le coefficient est inférieur à 24 francs et le chiffre-clé de 12 francs si le coefficient est égal ou supérieur à 24.

La prestation ainsi définie sera destinée à couvrir en plus des honoraires du chirurgien, le coût des objets de pansement ainsi que les autres frais accessoires de l'opération.

§ 3. — Soins à l'hôpital privé *n'ayant pas passé convention avec la Caisse de l'assuré, mais se soumettant au contrôle général prévu à l'article 35 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses d'assurances maladie-maternité.*

1. Frais d'hospitalisation (par jour)

Tarif limite de réassurance de l'hôpital public du département dont les prix sont les plus élevés, diminués de 20 p. 100, sans toutefois pouvoir dépasser 70 p. 100 du tarif le plus bas exigé des malades payants, par l'établissement considéré, pour l'hospitalisation proprement dite.

2. Honoraires médicaux ou chirurgicaux

Tarif limite de réassurance applicable aux hôpitaux privés ayant passé convention avec la Caisse, diminué de 20 p. 100.

§ 4. — Soins à l'hôpital privé *n'ayant pas passé convention avec la Caisse de l'assuré ou auquel l'agrément de cette Caisse, ainsi que de la Commission régionale tripartite a été refusé et qui ne se soumet pas au contrôle général prévu à l'article 35 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses d'assurances maladie-maternité.*

Tout remboursement à l'acte ou à la journée est supprimé, tant en ce qui concerne les honoraires médicaux ou chirurgicaux que les frais d'hospitalisation proprement dits.

Il peut être fait application des dispositions de l'article 10 du décret du 11 juillet 1939 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 (1).

§ 5. — Soins dans un établissement spécial de traitement

Le tarif de réassurance prévu pour les établissements spéciaux de traitement, qui comprend à la fois les frais d'hospitalisation et de traitement dans lesdits établissements, est fixé comme suit (par journée d'hospitalisation) :

1. Lorsqu'il s'agit de sanatoria, de préventoria ou d'asiles d'aliénés :

a) Si l'établissement est un établissement public :
80 p. 100 du prix de journée le plus bas exigé des malades payants par l'établissement considéré ;

b) S'il s'agit d'un établissement privé qui, après avis favorable du ministre de la Santé publique, a passé convention avec une Union régionale de Caisses d'assurances maladie-maternité, ou a été agréée par elle ou, en cas de contestation, par la Commission régionale tripartite ;
80 p. 100 du prix de journée le plus bas exigé des malades payants par l'établissement considéré ;

c) S'il s'agit d'un établissement privé ne réunissant pas les conditions prévues à l'alinéa *b* ci-devant tout remboursement à la journée est supprimé.

Il peut être fait application des dispositions de l'article 10 du décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 (1).

....

2. Lorsqu'il s'agit d'autres établissements spéciaux de soins :

a) Si l'établissement est un établissement public :
80 p. 100 du prix de journée le plus bas exigé des malades payants par l'établissement considéré ;

b) S'il s'agit d'un établissement privé ayant passé convention avec la Caisse d'assurances sociales ou qui a reçu son agrément ou, en cas de contestation, celui de la Commission régionale tripartite :
80 p. 100 du prix de journée, le plus bas exigé des malades payants par l'établissement considéré ;

c) S'il s'agit d'un établissement privé ne remplissant pas les conditions prévues à l'alinéa *b* ci-devant, tout remboursement à la journée est supprimé.

Il peut être fait application des dispositions de l'article 10 du décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 (1).

§ 6. — Consultations et soins externes dans les hôpitaux publics et les dispensaires agréés par les Caisses.

1. En ce qui concerne les consultations et soins externes donnés dans les hôpitaux publics (hôpitaux de l'Assistance publique de Paris et hôpitaux publics de province), le tarif de réassurance est fixé au prix le plus bas exigé des malades payants, pour la consultation ou les soins externes (soins dentaires compris) par l'établissement considéré, sans toutefois pouvoir dépasser le tarif de réassurance applicable selon le cas à la consultation médicale, aux interventions de pratique médicale cou-

(1) Dans ce cas, il peut y avoir lieu à application des modes de rembousement forfaitaire, prévu à l'art. 6. § 11 du décret-loi. Ce remboursement n'intervient que si le praticien traitant, légalement qualifié à cet effet, a délivré à l'assuré un reçu d'honoraires, indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés.

rante et petite chirurgie ou aux soins dentaires, au cabinet du praticien : le tarif ainsi fixé est soumis à la participation de 20 p. 100 de l'assuré.

2. En ce qui concerne les consultations et soins externes donnés dans les dispensaires :

a) S'il s'agit de dispensaires agréés par la Caisse de l'assuré, le tarif limite de réassurance est fixé au prix le plus bas exigé des malades payants, pour la consultation ou les soins externes (soins dentaires compris), par l'établissement considéré, sans toutefois pouvoir dépasser le tarif de réassurance applicable selon le cas à la consultation médicale, aux interventions de pratique médicale courante et de petite chirurgie ou aux soins dentaires, au cabinet du praticien ; le tarif ainsi fixé est soumis à la participation de 20 p. 100 de l'assuré ;

b) S'il s'agit de dispensaires non agréés par la saisse de l'assuré, tout remboursement à l'acte est supprimé.
Il peut être fait application des dispositions de l'article 10 du décret du 19 mars 1936, portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 ;

c) S'il s'agit de dispensaires non agréés par la Caisse de l'assuré, le tarif de réassurance de la consultation médicale, des interventions de pratique médicale courante et de petite chirurgie ou des soins dentaires, est applicable lorsque, en vertu du règlement intérieur dudit dispensaire, le praticien a la possibilité de signer les feuilles de maladie et de se soumettre, à titre personnel, au contrôle technique du Syndicat professionnel et lorsqu'il fait usage de cette possibilité qui lui est laissée.

3° Prestations de l'assurance-maternité

Le tarif de réassurance, en ce qui concerne l'assurance maternité, comporte :

§ 1er. — Une prestation destinée à couvrir, conformément au barème défini par le règlement intérieur de la Caisse, le prix d'un examen médical général au début de la grossesse et des consultations obstétricales ultérieures durant la période prénatale. Le tarif limite de réassurance de cette prestation, qui ne pourra être accordée que dans la limite des dépenses réellement engagées par l'assuré, est fixé :

A 100 francs, pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles assimilées visées à l'arrêté du 14 janvier 1936 ;

A 75 francs pour les autres localités.

§ 2. — Une prestation destinée à couvrir les frais de l'accouchement proprement dit :

a) Si l'accouchement a lieu au domicile de l'assurée, il est accordé à l'assurée ou à la femme de l'assuré une prestation forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à l'accouchement ; le tarif-limite de réassurance, en ce qui concerne cette prestation, est fixé :

A 425 francs pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles visées à l'arrêté du 14 janvier 1936 ;

A 325 francs, pour les autres localités ;

b) Si l'accouchement a lieu dans un établissement public de soins, le tarif de réassurance est fixé à 100 p. 100 du prix de journée le plus bas exigé pour les accouchements payants par l'établissement considéré, ledit prix de journée étant un prix global comprenant l'ensemble des frais d'hospitalisation, des frais pharmaceutiques et des frais médicaux afférents à l'accouchement.

Cette prestation est accordée pour une durée maximum de douze jours pendant laquelle durée, l'indemnité de demi-salaire accordée à l'assuré ne comporte pas de réduction.

A partir du treizième jour d'hospitalisation, les prestations de l'assurance-maladie sont accordées ;

c) Si l'accouchement a lieu dans une clinique privée ayant passé convention avec la Caisse de l'assuré ou ayant reçu son agrément ou, en cas de contestation, celui de la Commission régionale tripartite, le tarif comporte une prestation représentative de l'ensemble des frais afférents à l'accouchement (frais d'hospitalisation, frais pharmaceutiques et honoraires du praticien). Le tarif-limite de réassurance de cette prestation est fixé :

A 425 francs pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles visées à l'arrêté du 14 janvier 1936 ;

A 325 francs pour les autres localités ;

d) Si l'accouchement a lieu dans une clinique privée qui n'a pas passé convention avec la Caisse de l'assuré, mais qui se soumet au contrôle général prévu à l'article 35 du règlement d'administration intérieur type des Caisses d'assurances maladie-maternité :

Même tarif de réassurance que lorsqu'il s'agit d'une clinique privée ayant passé convention ;

e) Si l'accouchement a lieu dans une clinique privée qui n'a point passé convention avec la Caisse de l'assurée ou de la femme de l'assuré ou à qui l'agrément de la Caisse ou de la Commission régionale tripartite a été refusé, et qui ne se soumet pas au contrôle général prévu à l'article 35 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses d'assurances maladie-maternité, tout remboursement sur les bases des dispositions des alinéas *a*, *b*, *c*, et *d* du présent paragraphe est supprimé.
Il peut être fait application des dispositions de l'article 10 du décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 3. — Une majoration en cas d'accouchement gémellaire.

En cas d'accouchement gémellaire, les tarifs fixés au paragraphe 2 (*a*, *c* et *d*) du présent chapitre sont majorés :

De 150 francs pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles visées à l'arrêté du 14 janvier 1936 ;

De 100 francs pour les autres localités.

En cas d'accouchement gémellaire à l'hôpital public, le tarif de réassurance est égal à la totalité des frais exposés pour l'accouchement pendant douze jours au maximum, dans les conditions

fixées au paragraphe 2, *b*, du présent chapitre.

§ 4. — Une majoration en cas d'accouchement dystocique.

Les tarifs fixés au paragraphe 2 (*a*, *c* et *d*) du présent chapitre sont majorés, en cas d'accouchement dystocique, en sus des majorations prévues en cas d'accouchement gémellaire, comme suit :

Catégories	Nature des dystocies	Villes de plus de 200.000 habitants et circonscriptions assimilées	Autres villes et localités
		francs	francs
D^1	Accouchement avec application de forceps...... Accouchement avec délivrance artificielle......	200 »	150 »
D^2	Accouchement avec grande extraction du siège.. Accouchement avec version par manœuvres internes....................................	230 »	200 »

Ces majorations ne sont applicables que lorsque les interventions ont été pratiquées par un médecin.

Dans le cas d'accouchement plural dystocique, les majorations pour dystocies s'ajoutent au forfait prévu pour l'accouchement plural.

Dans le cas d'interventions multiples pour dystocies, l'intervention, pour laquelle est prévu le tarif de remboursement le plus élevé, est décomptée au plein tarif, la seconde à demi-tarif et il ne peut être fait état de plus de deux interventions pour le calcul des majorations en cas de dystocie.

N'est pas considérée comme accouchement dystocique et est indemnisée dans les conditions de l'assurance-maladie, la fausse couche intervenant avant le début du septième mois.

Ne sont pas considérés comme accouchements dystociques et sont assimilés à l'accouchement normal :

L'accouchement simple par le siège ;

L'accouchement avec périnéorraphie superficielle.

Sont considérées comme des interventions chirurgicales donnant lieu à l'attribution de prestations en nature, en sus de la prestation d'accouchement dans les conditions générales applicables au risque-maladie :

Les césariennes ;

La symphyséotomie ;

Le traitement chirurgical de la rupture utérine ;

La réfection chirurgicale du plancher périnéal ;

Le curetage dans les suites de couches ;

Les embryotomies.

Lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital public, le tarif de réassurance comporte la prise en charge par la Caisse de l'intégrité des frais exposés dans les conditions fixées au paragraphe 2 *b* du présent chapitre pendant une durée non déterminée pouvant être supérieure à douze jours, sans réduction de l'indemnité de demi-salaire.

§ 5. — Une prestation pour la période postnatale destinée à couvrir le prix des consultations maternelles et de nourrissons. Cette prestation est accordée soit à l'œuvre qui a organisé lesdites consultations, soit à l'assurée ou à la femme de l'assuré elle-même, lorsqu'elle s'adresse au praticien de son choix.

Le tarif de réassurance de cette prestation est fixé ;

A 100 francs pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles assimilées ;

A 75 francs pour les autres localités.

Elle n'est accordée que dans la limite des dépenses réellement effectuées, conformément au barème défini par le règlement intérieur de la Caisse.

§ 6. — Chaque fois qu'à l'intérieur d'un même département deux tarifs de réassurance différents sont applicables pour les diverses prestations de l'assurance maternité, le tarif de réassurance le plus élevé est étendu à tout le département.

4° Soins dentaires

Le tarif de réassurance, en ce qui concerne les chiffres clés pour la nomenclature dentaire, est fiyé :

A 9 francs pour les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles visées par l'arrêté du 14 janvier 1936 ;

A 6 francs pour les autres localités.

Dans les départements à l'intérieur desquels plusieurs tarifs limites de réassurance sont applicables, le tarif de réassurance le plus élevé est applicable à tout le département.

Le tarif de réassurance ne s'applique à la consultation dentaire, au nettoyage de la bouche, au traitement des gencives que si ces interventions sont nécessitées par une intoxication générale médicamenteuse ou par la résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse, ou par l'ablation d'une tumeur bénigne.

Si un praticien de l'art dentaire autre qu'un médecin stomatologiste pratique une intervention non prévue par la nomenclature dentaire et rentrant

néanmoins dans sa capacité professionnelle, le tarif du chapitre 1er (nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités) est applicable à cette intervention.

5° Frais de déplacement

§ 1er. — Frais de déplacement du médecin

Les visites faites au domicile du malade qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et dans leur banlieue, 3 francs par visite, quelle que soit la distance ;

2° Dans les villes de plus de 50.000 habitants et de moins de 100.000 habitants et dans leur banlieue, 2 francs par visite quelle que soit la distance parcourue.

Les banlieues des villes de plus de 200.000 habitants sont, pour l'application du tarif, les circonscriptions définies par l'arrêté du 14 janvier 1936. Les banlieues de villes dont la population est comprise entre 50.000 et 200.000 habitants seront définies par une annexe aux conventions passées entre les Caisses et les Syndicats médicaux ;

3° Dans les autres villes et les campagnes, 1 franc par kilomètre parcouru et, dans les pays de montagnes, 1 fr. 75 par kilomètre parcouru. Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres, ne comptent pas dans l'indemnité kilométrique. Les fractions supérieures à 500 mètres sont tarifées comme un kilomètre.

Sont considérés comme pays de montagne pour l'application du présent paragraphe, les territoires et localités désignés en annexe des arrêtés du 26 octobre 1931 et du 13 février 193?, relatifs aux frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Cette indemnité s'applique au double de la distance qui sépare la mairie du domicile du médecin du domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le malade habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le médecin et le malade habitent deux agglomérations ou hameaux différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du malade est supérieure à un kilomètre, l'indemnité kilométrique est décomptée, par dérogation à l'alinéa précédent, d'après le double de la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette indemnité ne peut toutefois excéder l'indemnité qui serait due si le malade avait eu recours au médecin dont le domicile est le plus rapproché.

L'indemnité kilométrique est applicable à la visite du spécialiste, mais elle n'excédera pas celle qui serait due si le malade s'était adressé au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

§ 2. — Frais de transport du malade

Le tarif limite de réassurance des frais de transport du malade à l'hôpital, lorsqu'il est incapable de se mouvoir par ses propres moyens, est fixé :

A 10 francs, quelle que soit la distance, dans les villes de plus de 100.000 habitants et leur banlieue ;

A 2 francs par kilomètre parcouru dans les autres cas, la distance étant calculée entre le domicile du malade et l'hôpital.

Le tarif de réassurance des frais de transport des assurés se rendant dans un établissement spécial de traitement (sanatorium, preventorium, etc.) est fixé au prix d'un billet de chemin de fer en 3e classe à l'aller et au retour pour le trajet compris entre la gare la plus proche du domicile de l'assuré et la gare la plus proche de l'établissement spécial de traitement.

§ 3. — Le tarif de réassurance, en ce qui concerne les frais de déplacement du médecin ou de la sage-femme, en cas d'accouchement au domicile de l'assurée, est celui fixé pour les frais de déplacement du médecin en matière d'assurance-maladie.

Le tarif de réassurance, en ce qui concerne les frais de déplacement de l'assurée ou de la femme de l'assuré en cas de l'accouchement dans un établissement public ou privé visé au chapitre III, paragraphe 2, *b*, *c* et *d*, du présent article, est celui fixé pour les frais de déplacement du malade en matière d'assurance-maladie.

6° Cures thermales

Le tarif limite de réassurance en matière de cure thermale ordonnée par le médecin traitant et reconnue indispensable pour l'état de santé de l'intéressé par le médecin contrôleur de la Caisse, consulté avant le départ de l'intéressé, est fixé à **400 francs**, ce tarif s'appliquant à l'ensemble des frais afférents à la cure proprement dite, le tarif de réassurance des honoraires médicaux étant fixé par la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités.

. . . .

***

Art. 3. — La participation de 20 p. 100 de l'assuré s'applique aux frais médicaux et chirurgicaux et aux frais pour soins dentaires. Elle ne s'applique pas aux frais de déplacement, aux frais d'hospitalisation proprement dits, aux frais d'hospitalisation et de soins dans le cas où le tarif comporte une prestation unique pour ces deux postes (cas des établissements spéciaux de soins), aux prestations de l'assurance maternité et au tarif forfaitaire représentant les frais de cure.

II. Nomenclatures

A. Nomenclature de pratique médicale courante

(*Arrêté du* 19 *mars* 1940)

1° Observations

1° Lorsqu'au cours d'une consultation ou d'une visite, le praticien accomplit un des actes de pratique médicale courante, figurant à la nomenclature, seul cet acte doit être noté sur la feuille de maladie, à l'exclusion de la consultation ou visite ;

2° Lorsque plusieurs actes de pratique courante ou lorsqu'un acte de pratique courante et un acte de spécialité sont dispensés au même malade, au cours de la même consultation ou visite, l'acte le plus important est coté avec son coefficient propre, celui qui vient ensuite est coté avec son coefficient réduit de 50 p. 100. Il ne peut être coté plus de deux actes (1) ;

3° Sont considérés comme inclus dans la consultation simple ou la visite simple tous les moyens d'investigation en usage dans la pratique médicale courante, sauf ceux qui sont inscrits à la nomenclature ;

4° Les caisses d'assurance doivent reproduire sur les feuilles de maladie qu'elles délivrent les dispositions des alinéas 1 et 2 ci-dessus. Elles se conforment à ces dispositions pour les remboursement afférents à chaque acte médical.

2° Nomenclature

Coefficient Pc 0,75.

Injection intra-dermique (en série).
Injection intra-musculaire (en série).
Injection sous-cutanée (en série).
Pansement petit (en série).

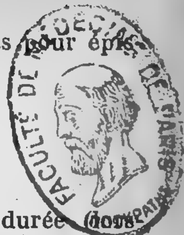
Coefficient Pc 1.

Cathétérisme de l'urètre chez la femme.
Cuti-réaction (scarification et constatation du résultat).
Examen au spéculum.
Injection intra-dermique (isolée).
Injection intra-musculaire (isolée).
Injection sous-cutanée (isolée).
Intra-dermo-réaction.
Massage.
Massage et mobilisation.
Mobilisation.
Pansement petit (isolé).
Pointes de feu.
Pose de pessaire.
Pose de ventouses simples ou scarifiées.
Prise de tension.
Toucher rectal.
Toucher vaginal.
Vaccination préventive (à l'acte isolé).

Coefficient Pc 1,5.

Cathétérisme de l'urètre chez l'homme (en série).
Injection intra-trachéale (en série).
Injection intra-veineuse (en série) autre que celle d'arsénobenzène.
Injection sous-cutanée d'oxygène.
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique, préventif ou curatif.
Injection sous-cutanée de sérum physiologique (minimum 125 c. c.).
Instillation de la vessie ou de l'urètre (isolée ou en série).
Instillation de la vessie et de l'urètre (isolée ou en série).
Lavage de la vessie ou de l'urètre (isolé ou en série).
Lavage de la vessie et de l'urètre (isolé ou en série).
Massage de la prostate (isolé ou en série).
Pansement moyen (en série).
Pansement du col utérin (isolé ou en série).
Pansement vaginal (isolé ou en série).
Ponction exploratrice.
Prise de sang pour Wassermann ou pour autre examen biologique.

(1) *Exemple* : Si le médecin a pratiqué les interventions suivantes au cours de la même consultation :
Ponction d'abcès froid (PC3) ;
Pansement moyen isolé (PC 2) ;
Injection intraveineuse autre que celle d'arsénobenzène (PC 2) ;
Ces interventions seront cotées PC 3 et $\frac{\text{PC } 2}{2}$



Coefficient Pc 2.

Cathétérisme de l'urètre pour rétention d'urine chez l'homme (isolé ou en série).

Dilatation de l'urètre chez l'homme (en série).

Dilatation du col utérin avec ou sans laminaire.

Hémothérapie (auto ou hétéro) avec ou sans addition de produits associés.

Injection intra-utérine (en série).

Injection intra-veineuse (isolée) autre que celle d'arsénobenzène.

Injection intra-veineuse d'arsénobenzène (isolée ou en série).

Injection sclérosante pour varices ou hémorroïdes externes (par séance de une à trois injections, isolée ou en série).

Injection sous-cutanée de sérum antitoxique (méthode de Besredka, l'ensemble des injections).

Ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome.

Pansement grand (en série).

Pansement moyen (isolé).

Suture simple par agrafes (1 à 3).

Coefficient Pc 3

Botte de Unna.

Cautérisation au Filhos ou analogue.

Extraction facile de corps étrange superficiel.

Immobilisation d'urgence d'un membre fracturé en vue du transport du blessé.

Incision d'abcès simple de l'amygdale.

Incision de petit anthrax.

Infiltration anesthésique périarticulaire (par séance, quelque soit le nombre des injections).

Infiltration le long du trajet d'un nerf (par séance).

Injection intra-utérine (isolée).

Injection sclérosante pour varices ou hémorroïdes externes par séance de quatre injections au plus, (isolée ou en série).

Injection sclérosante pour hémorroïdes internes (une à trois injections).

Lavage de l'estomac (en série).

Pansement grand (isolé).

Ponction d'abcès froid avec ou sans injection modificatrice.

Ponction d'hydarthrose avec ou sans injection modificatrice.

Ponction d'hydrocèle avec ou sans injection modificatrice.

Pose de crayon intra-utérin.

Réduction non sanglante du paraphimosis.

Saignée.

Suture simple par agrafes (au-dessus de trois).

Suture simple par fils (de un à trois points).

Tamponnement des fosses nasales pour épistaxis.

Tubage de l'estomac (en série).

Coefficient Pc 4.

Anesthésie générale de courte durée (lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention).

Cautérisation intra-utérine.

Certificat d'internement (honoraires de chacun des médecins s'ils sont plusieurs).

Injection épidurale.

Injection pour hémorroïdes internes (plus de quatre).

Lavage de l'estomac (isolé).

Pansement intra-utérin.

Pansement très vaste (isolé ou en série).

Ponction lombaire.

Premiers soins, sans intervention, pour fausse couche au cours des quatrième, cinquième, sixième mois (visites consécutives comptées en sus).

Rectoscopie.

Tubage de l'estomac (isolé).

Coefficient Pc 5.

Curage digital intra-utérin à la suite de fausse couche dans les trois premiers mois de la grossesse.

Incision d'abcès profond.

Ponction d'ascite.

Ponction de la vessie.

Réduction de la hernie étranglée par taxis.

Suture simple par fils (plus de trois points).

Tamponnement intra-utérin.

Traitement de l'asphyxie.

Tubage duodénal (en série).

Coefficient Pc 6.

Anesthésie générale de longue durée (lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention), par exemple : extraction dent de sagesse, anesthésie pour accouchement ; (dans tous les actes en K, l'anesthésie générale est comprise).

Assistance du médecin traitant à intervention (pour les interventions de coefficient au moins égal à 40).

Délivrance artificielle au cours des quatrième, cinquième et sixième mois pour fausse couche.

Lavage de la plèvre (isolé ou en série) (lorsqu'il n'est pas couvert par le coefficient de l'intervention).

Ponction de pleurésie (évacuatrice).

Tubage duodénal (isolé).

◆◆◆

B. Nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités

1° Instruction pour l'utilisation de la nomenclature

La Confédération des Syndicats médicaux français a établi la nomenclature des actes de pratique chirurgicale et spéciale, prévue par la Commission ministérielle des Conventions. Cette nomenclature a été adoptée par le Conseil supérieur des Assurances sociales et approuvée par le ministre du Travail au cours de l'année 1931 ; *elle a été publiée au* Journal Officiel *du* 29 *novembre* 1931.

Cette nomenclature a essentiellement pour but, en matière d'assurance-maladie, de permettre à la Caisse de rembourser au malade la part qu'elle supporte dans le prix de l'acte médical, sans qu'elle ait à connaître la nature de cet acte, et, par conséquent, sans violation du secret professionnel.

Chaque acte de la nomenclature est affecté d'un coefficient, qui est le même pour tous les actes dont l'importance technique est sensiblement identique.

La nomenclature a été établie en tenant compte de la valeur respective des actes mentionnés aux tarifs des médecins spécialisés. Il a donc fallu harmoniser, en valeur relative, ces divers tarifs, dans toute la mesure du possible.

La Convention-type Caisse-syndicat pose comme principe que le coefficient de chaque acte spécialisé est le même dans le tarif minimum et dans le tarif de responsabilité de la Caisse ; il y a parallélisme absolu entre les deux nomenclatures.

Cette nomenclature étant nationale et officielle, aucune Caisse n'a le droit de la modifier, soit en ajoutant ou en retranchant certains actes, soit en modifiant le coefficient d'un ou de plusieurs actes.

Les actes d'obstétrique (forceps, version), qui sont habituellement pratiqués par l'omnipraticien, doivent être inscrits à la nomenclature de pratique médicale courante.

Les actes de biologie ne figurent pas à cette nomenclature. Ils doivent être tarifés en clair sur l'ordonnance, par le biologiste, selon le tarif du Syndicat des pharmaciens du département ; ils sont remboursés par la Caisse à 80 % *de leur valeur, comme les fournitures pharmaceutiques.*

Utilisation de la nomenclature

a) *Par les représentants du Corps médical.*

Les représentants départementaux du Corps médical doivent communiquer aux Caisses avec lesquelles ils passent convention le tarif syndical minimum des spécialistes. Pour transformer la nomenclature en tarif minimum, il suffit de fixer la valeur de K.

Le chiffre-clé K est simplement un nombre qui ne correspond en francs à la valeur d'aucun acte particulier. Mais ce nombre, multiplié par le coefficient de chaque acte médical, donne, en francs, le prix de cet acte au tarif minimum.

La valeur du chiffre-clé K peut donc varier d'un département à l'autre (1). *A l'intérieur du même département, la valeur de K, une fois fixée, ne peut plus être modifiée que par décision des représentants départementaux du Corps médical, communiquée aux Caisses. Il est désirable que, dans un même département, la valeur de K soit la même pour toutes les spécialités.*

La valeur de K doit être choisie de telle sorte, dans chaque département, que ce chiffre-clé, multiplié par le coefficient dont chaque acte est affecté dans la nomenclature, reproduise, dans chaque cas, à peu près le prix réel de cet acte, tel qu'il est pratiqué au tarif minimum.

b) *Par les médecins.*

Le médecin (chirurgien ou spécialiste en général) ne doit jamais inscrire, sur la feuille de soins spéciaux, la nature de l'acte qu'il a accompli. Il désigne cet acte par le coefficient dont il est affecté dans la nomenclature par exemple : K × 20, si l'acte est au coefficient 20.

Cette mention peut être précédée de l'abréviation qui, dans la nomenclature, désigne la spécialité : par exemple :

CHI : K × 20 ; ORL : K × 10 ; URO : K × 50.

La consultation simple du spécialiste n'est pas cotée en K : elle doit être notée par un C, soit sur la feuille de maladie ordinaire, soit sur la feuille de soins spéciaux ; elle est remboursée par la Caisse au même tarif que la consultation de l'omnipraticien.

Si un acte ne figure pas à la nomenclature, il peut souvent être assimilé à un acte très voisin, qui s'y trouve inscrit. Dans ce cas, le spécialiste fera bien de porter sur la feuille de maladie une notation comme celle-ci : acte assimilé à K × 20.

Mais certains actes, qui ne figurent pas à la nomenclature, ne peuvent être assimilés à aucun de ceux qui y sont inscrits. C'est le cas notamment de la chirurgie esthétique. C'est le cas aussi de certains traitements d'origine très récente, n'ayant pas

(1) Elle varie, en fait, de 15 à 25.

acquis droit de cité dans la pratique médicale. Les Caisses n'ont pas l'obligation de rembourser aux assurées ces actes non inscrits aux nomenclatures.

Il ne faut jamais, sur la feuille de soins spéciaux, désigner l'acte par un autre coefficient que celui qui le caractérise dans la nomenclature : ce serait en effet changer la nature de cet acte.

Il n'y a pas lieu d'indiquer, sur la feuille, la valeur de K ; celle-ci, une fois fixée par le Syndicat départemental, est connue de tous.

Tous les coefficients de la nomenclature, sauf indication contraire formellement inscrite dans le texte, sont établis selon le tarif dit « prix global ».

Le médecin spécialisé indique, sur la feuille de soins spéciaux, s'il s'agit d'un prix à l'acte isolé ou d'un prix global. Pour cela, au-dessous de la mention K × coefficient, et dans la même colonne, il écrit : « acte isolé » ou « acte global ». Par exemple :

CHI × 20	OPH × 10	URO × 50
acte global	*acte isolé*	*acte global*

Le prix global comporte la rémunération des aides, y compris l'anesthésiste, et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. Le médecin spécialisé, après la mention portée sur la feuille le jour de l'intervention, n'a aucune mention à inscrire ni aucune signature à donner, pour les soins qui suivent, jusqu'à l'expiration des vingt jours. A partir du vingt et unième jour, si des soins sont encore nécessaires comme suite directe de l'intervention primitive, mention des visites ou consultations est faite sur la feuille, avec dates et signatures.

Cependant, si chaque visite consécutive à l'intervention a nécessité un déplacement spécial pour l'assuré opéré, mention peut être faite de ces déplacements sur la feuille de soins spéciaux, en vue de leur remboursement à l'assuré.

La nomenclature n'a pas à distinguer l'acte isolé et l'acte global.

Le tarif à l'acte isolé concerne les actes qui, par leur nature, ne comportent pas de soins consécutifs : par exemple, une radiographie. Le tarif à l'acte global concerne les actes qui, par leur nature, comportent les soins consécutifs : par exemple une opération d'appendicite.

Les coefficients du tarif à l'acte global ont été calculés de façon à représenter à la fois le remboursement de l'intervention et celui des soins consécutifs.

Le médecin n'a pas le droit de considérer comme acte isolé l'intervention qui comporte des soins consécutifs, et de marquer les visites ou soins ultérieurs dans le but de les faire rembourser en supplément à l'assuré. La règle à suivre est la même si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention. La Caisse fait à l'assuré un remboursement unique, selon le prix global, et l'assuré règle séparément le spécialiste, auteur de l'intervention, et le praticien qui a donné les soins consécutifs.

Si le traitement comporte uniquement une série d'actes isolés et répétés, deux solutions sont possibles, selon les cas d'espèce : acte global, comprenant l'ensemble des séances, avec une seule date, une seule signature sur la feuille, et l'indication du coefficient qui convient au traitement forfaitaire ; ou acte isolé, avec autant de dates et de signatures qu'il y a eu de séances, et indication du coefficient qui convient à chaque séance (ces cas sont prévus dans la nomenclature).

Ici, comme en matière chirurgicale, le spécialiste n'a pas le choix entre les deux solutions : dès lors que le traitement figure à la nomenclature sous la rubrique acte global (par exemple : traitement des tumeurs, p. 80), il ne peut être décomposé en actes isolés.

Les déplacements des chirurgiens et spécialistes, en ce qui concerne les soins à domicile, sont remboursés à l'assuré dans les mêmes conditions que les déplacements de l'omnipraticien. Le chirurgien ou spécialiste peut donc indiquer ces déplacements sur la feuille de maladie, même lorsqu'il s'agit de visites couvertes par les vingt jours de soins consécutifs à une intervention.

c) *Par les Caisses.*

La Caisse fixe la valeur du chiffre-clé K pour son tarif de responsabilité. Au tarif général de réassurances, la valeur de K est fixée à 8 pour les actes de coefficient inférieur à 40, et à 15 pour les actes de coefficient 40 et au-dessus.

La Caisse rembourse à l'assuré une somme égale au produit du chiffre-clé du tarif de responsabilité par le coefficient de l'acte accompli, ce produit étant toutefois diminué de la participation de 20 % à la charge de l'assuré.

Par exemple, pour un acte de coefficient 20, le remboursement s'élève :

8 × 20 = 160 *francs.*
160 — 20 % = 128 *francs.*

Pour un acte de coefficient 60, le remboursement s'élève à :

15 × 60 = 900 *francs.*
900 — 20 % = 720 *francs.*

Le remboursement fait à l'assuré, pour les soins donnés par le chirurgien ou le spécialiste, ne concerne que ces soins eux-mêmes. La Caisse doit en outre à l'assuré le remboursement des médicaments et objets de pansement, selon les conditions générales de remboursement des prestations pharmaceutiques.

2° Nomenclature par spécialités

Chirurgie

Chirurgie des traumatismes

1° *Fractures fermées.*

	Coefficient
Réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, bandages, attelles et extension continue : doigts, métacarpiens, orteils, métatarsiens (ensemble ou séparément), clavicule, maxillaire inférieur, côte, sternum, omoplate	K3
Des membres, du rachis, rotule	K12
Réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté :	
Avant-bras, bras ou jambe	K20
Rachis	K40
Répétition d'un appareil plâtré pour segment de membre	K8
Répétition d'un grand plâtre	K16
Corset plâtré	K16

2° *Fractures ouvertes.*

Débridement, esquillectomie d'une fracture ouverte avec réduction, appareil compris	K40
Ostéosynthèse pour fracture ouverte	K60
Réduction d'une fracture ouverte par ostéosynthèse, appareil compris	K80

3° *Luxations.*

Réduction et contention des luxations récentes, par la méthode non sanglante :	
Phalange et orteils	K4
Epaule, maxillaire inférieur, pouce, coude, genou, cou-de-pied	K10
Hanche, colonne vertébrale	K30
Réduction de luxation ancienne par méthode non sanglante	K40
Réduction de luxation par méthode sanglante :	
Pouce	K40
Epaule, poignet, coude, genou, cou-de-pied, maxillaire inférieur, temporomaxillaire	K60
Hanche et rachis	K80

4° *Plaies.*

	Coefficient
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse	K10
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec section des tendons extenseurs de la main ou ouverture des articulations	K10
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des membres ou des parois thoraco-abdominales pouvant entraîner des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses profondes ou des sutures nerveuses	K20
Traitement des plaies viscérales nécessitant une intervention sur lesdits viscères (voir à la chirurgie des régions et des viscères).	

5° *Corps étrangers.*

Extraction des corps étrangers par les voies naturelles : œsophage, urèthre, vessie (voir les spécialités).	
Rectum	K20
Extraction des corps étrangers profonds des parties molles	K20
Extraction des corps étrangers, nécessitant une intervention compliquée (voir intervention sur les régions ou les viscères).	

Chirurgie des tissus

A. *Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.*

Suture secondaire des plaies superficielles après avivement	K20
Les greffes de Thiersch	K20
Les autoplasties à lambeau	K40
Ablation de petites tumeurs cutanées ou sous-aponévrotiques (petites cancroïdes, lipomes)	K20
Ablation de tumeurs étendues	K40

B. *Chirurgie du système lymphatique.*

Traitement des abcès froids et des adénopathies : par extirpation ..	K40
Extirpation des tumeurs ganglionnaires	K60

C. *Chirurgie des muscles, tendons, et synoviales.*

Débridement des phlegmons diffus ou des phlegmons des gaines	K20

	Coefficient
Intervention sur les muscles (ruptures, hernies, tumeurs)	K20
Ténotomies	K20
Sutures de plusieurs tendons fléchisseurs de la main, ou anastomoses pour greffes tendineuses	K40
Ablation d'hygromas ou des kystes dits synoviaux	K20
Extirpation des synoviales tendineuses	K40

D. *Chirurgie des vaisseaux.*

La transfusion massive	K40
Les ligatures faites isolément comme opération spéciale :	
Des artères des membres	K10
De carotide, sous-clavière, hypogastrique	K20
Cure des anévrismes, sauf par ligature simple (voir ci-dessus)	K60
Résections veineuses	K40
Sutures et anastomoses vasculaires.	K60

E. *Chirurgie des nerfs.*

Sutures nerveuses secondaires, faites isolément ; libération d'un nerf comprimé ; sympathectomie; ablation des tumeurs nerveuses	K60

F. *Chirurgie des os.*

Ostétotomies ; curetages ; ablation d'exostoses	K20
Trépanations et évidements	K40
Ostéosynthèse pour fracture ouverte	K60
Les ostéosynthèses	K80
Les grandes résections	K80
Les greffes osseuses	K80

G. *Chirurgie articulaire.*

Les arthrotomies de drainage	K20
Les arthrotomies avec intervention aseptique intra-articulaire	K40
Les résections et arthrodèses :	
Petites articulations (doigts et orteils)	K20
Les autres articulations	K80
Les arthroplasties	K100

Chirurgie des régions

A. *Membres.*

	Coefficient
Affections congénitales :	
Syndactylie	K40
Pieds bots : ténotomie et plâtre	K20
— réduction avec résection osseuse	K80
Luxation congénitale de la hanche unilatérale, traitement complet	K60
Luxation double (réduction simultanée)	K80
Affections acquises :	
Ouverture des panaris de la gaine digitale	K10
Traitement de l'ongle incarné	K20
Débridement des phlegmons de la main ou des gaines digito-palmaires	K20
Traitement des arthrites tuberculeuses (voir plâtre et traitement des lésions articulaires).	
Ablation d'hygromas ou des kystes dits synoviaux :	
Poignet, creux poplité	K20
Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire	K40
Intervention pour lésion traumatique du carpe	K60
Astragalectomie	K60
Addendum : les amputations et désarticulations :	
Amputation et désarticulation des doigts et orteils	K20
Désarticulation ou résection des métacarpiens ou métatarsiens	K40
Amputation ou désarticulation du poignet à l'épaule incluse	K60
Amputation ou désarticulation du tarse à la hanche exclusе	K60
Désarticulation de la hanche	K80
Désarticulation interscapulo-thoracique	K80
Désarticulation inter-ilio-abdominale	K100
Réfection des moignons	K40

B. *Tête.*

Traitement des affections congénitales :	
Méningo-encéphalocèle	K60
Bec-de-lièvre simple	K40
Bec-de-lièvre compliqué	K60
Urano-staphylorraphie	K80
Les trépanations :	
Simples ou esquillectomies de fracture	K40
Avec interventions intracraniennes, telles qu'ouverture d'abcès, extraction de projectiles	K80
Avec ablation de tumeurs	K100
Traitement des affections acquises :	
Abcès rétro-pharyngien, ouverture par voie buccale	K10
Abcès rétro-pharyngien, ouverture par voie cervicale	K40

	Coefficient
Traitement chirurgical de phlegmon circonscrit du plancher buccal	K40
Phlegmon diffus du plancher de la bouche	K60
Excision de la grenouillette	K20
Extirpation calcul salivaire par voie buccale	K8
Extirpation de calcul par voie extrabuccale ou traitement de fistule	K30
Ablation des tumeurs bénignes du voile	K20
Ablation des tumeurs de la parotide:	
Bénignes	K20
Malignes	K80
Ablation du cancer des lèvres avec curage ganglionnaire	K60
Ablation du cancer de la langue avec curage ganglionnaire	K80
Ablation du cancer de la langue avec vaste évidement cervical	K120
Traitement de la constriction permanente des mâchoires	K80
Les résections des maxillaires	K80

C. *Cou.*

Traitement du torticolis avec ou sans plâtre	K20
Ablation des kystes du cou	K40
Ablation des fistules congénitales	K60
Traitement des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou viscères	K60
Traitement des goitres :	
Simples	K60
Basedow ou cancer	K80
Trachéotomie	K40
Laryngectomie	K120
Œsophagotomie externe	K60
Pharyngectomie	K100
Traitement des diverticules de l'œsophage	K80
Phrénicectomie	K40
Vaste évidement cervical complet (carotidien et sous-maxillaire) pour cancer de la tête ou de la bouche	K100

D. *Thorax.*

Pleurotomie et péricardotomie	K20
Thoracoplastie	K80
Incision des abcès du sein	K20
Traitement des tumeurs bénignes du sein	K40
Traitement des tumeurs malignes du sein	K60
Traitement des lésions du poumon.	K80
Chirurgie du cœur	K120

	Coefficient
Traitement des lésions du médiastin œsophage y compris	K100

E. *Rachis.*

Traitement du spina-bifida	K40
Opérations pour anomalies vertébro-costales	K60
Laminectomie avec greffe osseuse	K80
Laminectomie avec intervention sur la moelle	K100

F. *Parois abdominales.*

Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non	K40
Hernie double	K60
Avec résection intestinale	K80
Incision des phlegmons et abcès	K20
Ablation des tumeurs (fibromes des parois, tumeurs congénitales de l'ombilic)	K60

Chirurgie des viscères abdomino-pelviens

A. *Appareil digestif.*

Les laparotomies seules (exploratrices ou évacuatrices)	K40
Les laparotomies avec intervention simple sur les viscères, telle que :	
Ablation d'appendice, fistule cæcale, anus contre nature, gastrostomie, cholécystotomie, débridement d'abcès profonds	K60
Les laparotomies d'urgence pour péritonites aiguës, hémorragies, occlusions, torsions ou perforations d'organes	K80
Les laparotomies avec intervention importante sur les viscères (estomac, intestin, vésicule, foie, rate) mais ne comportant pas de résections ; exemple : gastro-entérostomie	K80
Les laparotomies avec résections (type cancer digestif)	K100
Traitement des lésions de l'anus et du rectum :	
Traitement de l'imperforation anale.	K20
Traitement des fistules à l'anus :	
Par débridement	K20
Par excision	K40
Traitement des hémorroïdes :	
Par électro-coagulation	K30
Par excision	K40
Traitement des prolapsus :	
Muqueux	K40
Totaux	K60

	Coefficient
Ablation des tumeurs bénignes	K40
L'amputation périnéale	K100
L'amputation abdomino-périnéale du rectum	K120

B. *Appareil génito-urinaire.*

1° Appareil urinaire (voir le tarif des urologistes).

2° Appareil génital de l'homme (voir tarif des urologistes).

3° Appareil génital de la femme.

Traitement des affections congénitales :	
Débridement des atrésies	K20
Création d'un néo-vagin	K100
Excision des bartholinites	K20
Ablation des tumeurs bénignes de la région vulvo-vaginale	K20
Ablation du cancer du clitoris ou du vagin	K80
Traitement du prolapsus et déchirures du périnée	
Réfection d'urgence du périnée	K20
Cure du prolapsus par les différents procédés d'avivement, dédoublement, cloisonnement, avec ou sans amputation du col	K60
Avec hystérectomie vaginale	K80
Associée à intervention abdominale (pexie)	K80
Traitement des fistules vésico-vaginales :	
Par simple avivement et suture ...	K40
Par procédé complexe	K80
Colpotomie	K20
Amputation du col	K40
Ablation des polypes utérins pédiculés	K20
Curetage	K20
Hystérectomie vaginale	K80
Les laparotomies pour lésions de l'utérus et des annexes (cancer utérin excepté)	K80
Hystérectomie élargie pour cancer utérin (voie simple ou combinée).	K100

Opérations obstétricales

Voir les actes de pratique médicale courante.

Césarienne vaginale	K60
Les embryotomies	K60
La césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation	K80
Traitement chirurgical des phlébites puerpérales abdomino-pelviennes	K100

Urologie

P. C, (1)



Cathétérisme de l'urèthre, en série.
Dilatation simple (bougies ou béniqués).
Lavage vésical.
Lavage uréthro-vésical.
Massage de la prostate.
Instillations.

	Coefficient
Examen général urologique simple (endoscopies exclues)	K4
Dilatation électrolytique	K4
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urèthre, la séance	K3
Enfumage iodé de la vessie	K4
Uréthroscopie	K4
Cystoscopie	K8
Cathétérisme des uretères et séparation des urines	K16
Uréthrotomie interne	K60
Castration	K40
Amputation de la verge avec ganglions	K80
Ponction de la vessie	K8
Réduction non sanglante du paraphimosis	K4
Traitement sanglant du paraphimosis	K20
Méatotomie simple	K4
Méatotomie avec autoplastie	K8
Lavage et instillation du bassinet ..	K8
Phimosis avec adhérences	K20
Circoncision	K20
Electrolyse urèthre : dilatation	K4
Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps	K30
Uréthrotomie externe simple	K60
Uréthrotomie externe avec taille hypogastrique	K60
Uréthrotomie externe compliquée, uréthrectomie, résection de fistules	K100
Hydrocèle : ponction avec injection modificatrice	K6
Hydrocèle : avec cure radicale.....	K30
Epididymectomie	K40
Cure radicale de varicocèle	K40
Ouverture d'abcès périnéaux	K16
Ouverture d'abcès urineux	K16
Infiltration d'urine	K60
Abcès de la prostate	K40
Prostatectomie	K120
Cystotomie ou cystostomie	K60

(1) P. C. signifie nomenclature des actes de petite chirurgie annexée à la convention médicale. Ils sont indiqués seulement ici pour mémoire.

	Coefficient
Traitement endo-uréthral ou endo-vésical des tumeurs par courants de haute fréquence, la première séance	K60
Les suivantes, chacune	K20
Cautérisation uréthroscopique (petits polypes ou lésions glandulaires)	K10
Extirpation de tumeur vésicale après taille hypogastrique	K120
Lithotritie ou taille pour calculs vésicaux	K60
Phlegmon périnéphrétique	K40
Intervention conservatrice sur le rein	K60
Néphrectomie	K80
Néphrotomie, néphrostomie	K60
Urétérotomie ou urétérostomie unilatérale	K80
Urétérotomie ou urétérostomie bilatérale	K120
Néphrolitothomie	K80
Extraction de corps étrangers uréthraux ou vésicaux sous le contrôle des appareils endoscopiques.	K40
Extraction d'un corps étranger de l'urèthre par les moyens simples.	K10
Pyélotomie	K60
Emasculation totale	K120
Réfection de l'urèthre avec taille hypogastrique	K120
Hypospadias	K120
Extrophie vésicale	K120
Fistule vésico-vaginale	K80
Injection pour pyélographie	K16

Ophtalmologie

I

Opérations simples de petite chirurgie

Exploration des voies lacrymales par cathétérisme ou irrigation...	K2
Injection sous-conjonctivale	K2
Pulvérisation	K2
Ionisation oculaire	K4

II

Actes opératoires accomplis au cours d'un traitement

Les actes ci-après ne comprennent pas les consultations, pansements et autres actes médicaux qui devront être comptés en sus.

	Coefficient
Abcès paupière ou sourcil	K2
Abcès étendu	K4
Autoplastie conjonctivale	K16
Canthoplastie	K4
Cautérisation granulations	K12
— glande lacrymale	K4
— superficielle du globe.	K3
— peau (tumeur, xanthelasma, etc)	K3
Corps étranger (extraction)	K2
Electroaimant (simple examen)	K6
Electrolyse ciliaire (la séance)	K6
— lacrymale (la séance)	K4
Hernie de l'iris (résection)	K16
Injection d'alcool	K4
Moulage de la cavité orbitaire	K4
Ouverture du sac lacrymal par les voies naturelles	K3
Paracentèse cornée, kératotomie	K6
Péricautérisation	K6
Péritomie	K6
Phlegmon de l'orbite (incision)	K12
Phlegmon du sac (incision)	K3
Ponction de la sclérotique ou sclérotomie	K16
Recouvrement conjonctival	K16
Scarification	K3
Suture de la peau	K2
Suture conjonctivale	K3
Sutures du globe ou de la peau et du globe	K16

III

Opérations

Ces prix sont forfaitaires. Ils comprennent les pansements et soins consécutifs ordinaires pendant une durée maxima de 20 jours.

Blépharoplastie	K40
Cataracte ou extraction du cristallin	K60
Cataracte secondaire, membranule (capsulectomie, iridocapsulectomie, discision)	K40
Chalazion	K6
Corps étranger, chambre antérieure ou iris (avec ou sans iridectomie).	K40
Corps étranger du vitré ou intra-orbitaire	K60
Décollement rétinien (traitement)	K40
Ectropion ou entropion (procédé non sanglant)	K6
Traitement par injection	K30
Procédé sanglant	K40
Enucléation, éviscération, exentération du globe, amputation du segment antérieur, staphylectomie	K60

	Coefficient
Exentération de l'orbite	K80
Glande lacrymale, ablation	K30
Granulation, brossage ou expression.	K30
Greffe oculaire	K60
Iridectomie. Iridotomie	K40
Iridectomie antiglaucomateuse	K60
Kyste superficiel sourcil, paupière	K6
Kyste dermoïde	K40
Orbite(opération dans l'orbite)	K80
Ptérygion	K30
Ptosis	K60
Résection optico-ciliaire	K40
Sac lacrymal (ablation ou cautérisation)	K40
Dacryocystorhinostomie	K80
Sclérectomie (Lagrange, Elliot)	K80
Strabisme	K60
Symblépharon	K60
Tarsorraphie. Blépharroraphie	K30
Tatouage cornée	K30
Transplantation cornée, greffe cornéenne	K60
Trichiasis (voir ectropion et entropion)	
Tumeur de la conjonctive	K30

Oto-rhino-laryngologie

	Coefficient
Prélèvement pour biopsie : dans le larynx	K8
Prélèvement pour biopsie : ailleurs	K4
Pharynx.	
Adénoïdectomie	K16
Amygdalotomie	K20
Les deux opérations précédentes combinées en une seule séance	K24
Amygdalectomie	K20
Discision des amygdales	K6
Ouverture d'abcès amygdalien	K4
Tamponnement du cavum	K8
Polype choanal kystique (extirpation de)	K20
Fibrome naso-pharyngien (extirpation de)	K80
Ouverture d'abcès rétro-pharyngien par voie buccale	K10
Ouverture d'abcès latéro-pharyngien par voie cervicale	K40
Ablation de la luette	K4
— de l'amygdale linguale	K12
Urano-staphylorraphie	K80
Nez et sinus.	
Fracture récente du nez : redressement	K8
Fracture ancienne du nez : redressement	K60
Réfection de la pyramide nasale, partiellement ou totalement détruite	K120
Epistaxis. Hémostase nasale	K6
Corps étranger des fosses nasales : cas simple	K2
Corps étranger des fosses nasales : cas compliqué	K10
Cornéotomie	K12
Crête de la cloison (abrasion de)	K12
Résection sous-muqueuse de la cloison	K40
Réduction des cornets inférieurs par raies galvaniques : la séance	K2
Synéchie nasale muqueuse (destruction de)	K4
Synéchie nasale ostéo-cartilagineuse (destruction de)	K16
Ablation de polypes (en une ou plusieurs séances)	K12
Evidement de l'ethmoïde	K60
Désobstruction nasale totale par plusieurs opérations endonasales	K40
Rhinotomie	K80
Kyste paradentaire à évolution sinusienne (extirpation de)	K80
Ponction unique du sinus maxillaire	K4
Ponctions répétées du sinus maxillaire	K2
Prothèse nasale à la paraffine	K12
Prothèse nasale par méthode sanglante	K80
Trépanation du sinus maxillaire	K80
Trépanation du sinus frontal par voie externe	K80
Trépanation endonasale du sinus frontal	K60
Cure radicale de sinusite fronto-maxillaire ou fronto-ethmoïdale	K100
Trépanation du sinus sphénoïdal	K80
Intervention sur l'hypophyse par voie endonasale	K120
Oreilles.	
Corps étranger simple	K2
Corps étranger compliqué, nécessitant une opération sanglante ou l'anesthésie	K20
Ouverture d'un abcès profond du conduit	K4
Paracentèse du tympan	K4
Polype de l'oreille (extirpation de)	K8
Curetage de la caisse	K16
Ablation des osselets par voie naturelle	K40
Mastoïdectomie simple	K60

	COEFFICIENT
Mastoïdectomie avec ouverture de la cavité cranienne ou intervention sur le sinus latéral	*K80*
Evidement pétro-mastoïdien	*K80*
Examen de l'audition	*K3*
— labyrinthique	*K4*
Autoplastie de l'oreille ou de la région	*K60*

Larynx, œsophage, trachée et bronches.

Galvanocautérisation unique	K4
Galvanocautérisation : séances répétées	K3
Polype du layrnx (extraction par les voies naturelles)	K40
Tubage du larynx	K40
Trachéotomie	K40
Laryngotomie. Thyrotomie	K80
Laryngectomie	K120
Sténose laryngée : la séance de dilatation	K3
Sténose de l'œsophage : la séance de dilatation	K3
Œsophagoscopie	K20
Corps étranger : larynx	K40
Corps étranger : larynx (par bronchoscopie supérieure)	K60
Corps étranger : bronches	K60
Corps étranger : œsophage (par endoscopie)	K60
Bronchoscopie supérieure	K40
Bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise)	K60
Abcès intra ou périlaryngé (ouverture de)	K20
Sidération du nerf laryngé : injection unique	K4
Sidération du nerf laryngé : injections répétées	K2

Stomatologie

S. D. (1)

Pansement pulpaire ou radiculaire.
Extraction d'une dent sous anesthésie locale.
Obturation simple par ciment ou amalgame d'argent.
Plaque base d'un appareil de prothèse dentaire en vulcanite.
Chaque dent minérale de cet appareil.
Chaque crochet de rétention de cet appareil.
Réparation simple d'un appareil de prothèse dentaire.

	COEFFICIENT
Anesthésie régionale pour stomatologie	K2
Curetage alvéolaire, granulomectomie	K2
Esquillectomie alvéolaire	K2
Extraction d'une dent fracturée opératoirement	K4
Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire	K4
Extraction d'une dent au cours d'accidents périodontiques aigus.	K4
Extraction chirurgicale d'une dent ectopique ou hétérotopique	K20
Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse	K4
Extraction d'une dent de sagesse inférieure non incluse	K4
Extraction d'une dent de sagesse inférieure au cours d'accidents muqueux	K10
Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse incluse, à froid	K20
Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse inférieure au cours d'accidents graves	K40
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire	K4
Traitement d'une hémorragie alvéolaire incoercible	K10
Apiectomie (Résection apicale)	K8
Curetage périapical par trépanation vestibulaire	K8
Résection d'une crête alvéolaire et suture gingivale	K10
Appareil de prothèse dentaire en vulcanite reconstituant une arcade complète	K30
Biopsie pour examen histopathologique	K4
Incision d'un abcès sous-muqueux.	K2
Extraction d'un calcul salivaire par voie buccale	K8
Ablation d'une tumeur buccale bénigne (papillome, lipôme, épulis).	K10
Glossite aiguë (incision d'un abcès de la base linguale)	K20
Grenouillette	K20
Section d'une bride musculaire et suture	K10
Séquestrectomie pour nécrose mandibulaire (ostéomyélite)	K8
Curetage d'un foyer d'ostéite maxillaire	K10

(1) S. D. signifie nomenclature des soins dentaires annexée à la convention des chirurgiens dentistes : ils sont mentionnés seulement pour mémoire.
Toutes ces interventions, purement dentaires, peuvent être inscrites sur la feuille dentaire délivrée par les Caisses. Leur indication n'est pas inscrite dans la nomenclature alphabétique.

	Coefficient
Fracture parcellaire des maxillaires avec ligatures dentaires de contention	K8
Fracture maxillaire supérieur et inférieur	K8
Traitement et appareillage de réduction et de contention d'une fracture pathologique traumatique ou opératoire des maxillaires.	K60
Prothèse restauratrice maxillo-faciale	K60
Prothèse fonctionnelle vélo-palatine	K60
Correction orthodontique de l'atrésie bimaxillaire	K80
Trépanation et lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë	K10
Curetage d'un kyste paradentaire limité à l'infrastucture osseuse des maxillaires	K20
Cure radicale d'un volumineux kyste paradentaire ayant déterminé un vaste délabrement osseux	K80
Traitement d'un phlegmon péri-mandibulaire	K40
Traitement d'un ostéo-phlegmon mandibulaire	K40
Traitement d'un foyer actinomycosique maxillo-cervico-facial	K40
Traitement d'une ostéite nécrosante du maxillaire inférieur	K40
Traitement d'un adéno-phlegmon cervico-facial d'origine buccale	K40
Traitement d'une cellulite diffuse gangréneuse du plancher buccal (incisions sushyoïdiennes)	K40

Électro-radiologie

Notes

1° Les chiffres signalés ne comportent pas la fourniture des produits pharmaceutiques nécessaires à l'examen ou au traitement.

2° *Radiographies stéréoscopiques* : Chiffre égal à celui de deux examens de la catégorie correspondante.

3° *Electrodiagnostic* : Les chiffres indiqués comprennent le rapport sur l'examen électrique seul. Ils comprennent l'examen du membre malade et la comparaison avec le membre sain, ou l'examen des deux membres semblables, ou l'examen des deux côtés de la face.

4° *Electrothérapie* : Les chiffres s'entendent pour une séance d'une durée maxima de 30 minutes.

5° *Rœntgenthérapie et curiethérapie* : Dans les chiffres sont compris : la location du radium et de l'appareillage radiologique.

A. Radiologie

Radiographie :

	Coefficient
Crâne, 1 incidence face ou profil	K8
— 2 incidences face et profil	K12
— 1 incidence spéciale ou oblique ou projection verticale de bas en haut ou de haut en bas	K12
Orbite, localisation d'un corps étranger par radiographies multiples	K12
Dents, méthode intra-buccale, première plaque	K3
Chaque plaque supplémentaire	K2
Maxillaire inférieur	K6
Rachis cervical, 1 incidence	K8
Rachis cervical, 2 incidences	K10
Rachis cervical, atlas et axis, voie intra-buccale	K8
Rachis dorsal ou lombaire ou sacré, 1 incidence de face	K8
Rachis dorsal ou lombaire ou sacré, 2 incidences	K16
Bassin (squelette)	K10
Grossesse (voir catégories exceptionnelles).	
Radiopelvimétrie (voir catégories exceptionnelles).	
Hémithorax (squelette)	K8
Thorax, 1 incidence de face	K10
Thorax, 1 incidence de profil ou oblique	K12
Membre supérieur :	
Doigt ou orteil, 1 incidence	K2
Doigt ou orteil, 2 incidences	K3
Main, 1 incidence	K3
— 2 incidences	K5
Poignet, 1 incidence	K3
— 2 incidences	K5
Avant-bras, 1 incidence	K5
— 2 incidences	K6
Coude, 1 incidence	K5
— 2 incidences	K6
Diaphyse humérale 1 incidence	K5
— — 2 incidences	K6
Epaule ou clavicule, 1 incidence de face	K6
Epaule ou clavicule de profil (voir catégories exceptionnelles).	
Membre inférieur :	
Pied, cou-de-pied, 1 incidence	K4
— — 2 incidences	K6
— — projection verticale du calcanéum	K6

	Coefficient
Jambe, genou, diaphyse fémorale,	
1 incidence	K5
2 incidences	K8
3 incidences	K12
Hanche, face	K7
— profil (voir catégories exceptionnelles).	

Examens radioscopiques au domicile du radiologiste :

a) Pour localisation sous écran	K6
b) Pour intervention, réduction, extraction, injection de substance opaque ou gazeuse	K10

Radiodiagnostic des viscères :

Poumons, cœur, aorte : examen radioscopique	K5
Poumon, cœur, aorte :	
Examen radioscopique	K5
avec orthodiagramme	K7
1 téléradiographie (au delà de 1 m. 50)	K12
2 téléradiographies (au delà de 1 m. 50)	K16
Œsophage, estomac, intestin, duodénum.	
Etude statique : Examen radioscopique	K5
Examen radioscopique avec calque	K7
Examen radioscopique avec 1 cliché	K10
Etude de l'évacuation, ou insufflation, ou lavement opaque : examen radioscopique	K10
Etude de l'évacuation, ou insufflation, ou lavement opaque : examen radioscopique avec calque	K12
par cliché radiographique supplémentaire	K4
Radiographies en série indépendamment de l'examen du tube digestif	K16
Duodénum, radiographies en série	K16
Foie, vésicule, rate, pancréas :	
Examen radioscopique	K10
par cliché	K4
Rein, uretère, vessie : le premier cliché	K12
Rein, uretère, vessie : chaque cliché supplémentaire	K4
2 reins avec 1 ou plusieurs clichés	K12
Système urinaire : en un seul cliché	K12
Système urinaire : chaque cliché supplémentaire	K4

Urosélectan (injection non comprise) (voir catégories exceptionnelles).
Insufflation périrénale (voir catégories exceptionnelles).
Pneumo-péritoine (voir catégories exceptionnelles).
Hystérographie (par lipiodol) (voir catégories exceptionnelles).

Radiographies stéréoscopiques (le double dun cliché ordinaire).

B. Electrologie

Electro-diagnostic :

	Coefficient
Par les méthodes classiques, 1 nerf ou 1 territ. isolé	K4
Par les méthodes classiques, 1 membre	K6
Par les méthodes classiques, 2 membres	K8
Par les méthodes classiques, sujets entiers	K16
Chronaxie pour 1 nerf (voir catégories exceptionnelles).	
Chronaxie pour 1 membre (voir catégories exceptionnelles).	
Chronaxie pour 2 membres (voir catégories exceptionnelles).	
Chronaxie pour 3 ou 4 membres ou sujet entier (voir catégories exceptionnelles).	
Electro-cardiogramme (voir catégories exceptionnelles).	

Electrothérapie (chaque séance) :

Traitement électrique par les procédés usuels pour *une seule localisation* :	
Electrisation (durée maxima 30 minutes), air chaud, diathermie, infra-rouges, ultra-violets par lampe à vapeur de mercure	K2
Traitement électrique par les rayons ultra-violets par lampe à arc ou lampe genre Finsen ou Kromayer pour *une seule localisation*	K3
Traitement électrique par les procédés usuels, pour *deux localisations* différentes ou applications simultanées de deux traitements différents au cours de la même séance (ne dépassant pas 30 minutes)	K3

Traitement obligeant à soigner séparément dans une même séance deux régions différentes ou encore à appliquer successivement plusieurs appareils différents. Enfin

	Coefficient
traitement d'une durée de 30 minutes à 1 heure sur une même région	K4
Electrisation ou diathermie gynécologique	K3
Séances nécessitant un appareillage particulier : diathermie à courants multiples (méthode de Bergonié).	K4
Electrisation ou diathermie intra-utérine	K4
Electrolyse et ionisation lacrymale.	K4
Electrolyse et ionisation dermatologique	K4
Electrolyse et ionisation, épilation électrolytique	K4
Electrolyse et ionisation ciliaire	K6
Electrolyse : dilatation électrolytique ou diathermie de l'urèthre, de l'œsophage, du rectum	K4
Electrolyse linéaire de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, sans anesthésie, ni soins consécutifs	K16
Electrolyse linéaire de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, avec anesthésie et soins consécutifs	K30
Electrolyse, ionisation, diathermo-coagulation, fulguration de :	
Tumeur superficielle avec ou sans anesthésie locale	K4
Destruction de tumeur moyenne avec anesthésie	K20
Destruction de tumeur superficielle avec anesthésie	K10
Ablation des hémorroïdes	K30
Destruction de vaste tumeur sous anesthésie locale ou générale	K40
Destruction de tumeur intravésicale	K60
Lavement électrique au domicile du malade ou dans une maison de santé	K16

C. Radiothérapie

Rœntgenthérapie :

Superficie sans ou avec légère filtration, les 500 R, en surface	K4
Moyennement pénétrante, les 500 R, en surface (150.000 V.)	K5
Pénétrante avec appareil de 200.000 V. et plus, les 500 R, filtration de 0,5 de métal lourd et distance focale de 30 cm.	K6
Pénétrante avec appareil de 200.000 V. et plus. Les 500 R, filtration supérieure à 0,5 de métal lourd et distance focale supérieure à 30 cm.	K8

Curiethérapie :

	Coefficient
10 mmg. de radium et au dessous	K6
20 mmg. de — —	K8
30 mmg. de — —	K10
40 mmg. de — —	K12
50 mmg. de — —	K16
60 mmg. de — —	K20
70 mmg. de — —	K30
80 mmg. de — —	K40

etc., en totalisant les doses.
(Il s'agit de milligrammes-journée).

Traitement radiothérapique des tumeurs :

Petite tumeur cutanée, cancroïdes	K20
Tumeur cutanée étendue	K40
Adénopathie bénigne	K40
Actinomycose cervico-faciale	K40
Tumeur ganglionnaire	K60
— nerveuse	K60
Tumeur osseuse (membres, bassin, rachis, paroi cranienne)	K80
Tumeur cérébrale ou médullaire	K100
Tumeur maligne de la parotide	K80
Tumeur des lèvres et des paupières	K60
Tumeur de la langue	K80
Tumeur de la langue récidivée	K120
Tumeur du corps thyroïde (Basedow ou cancer)	K80
Tumeur du larynx	K120
Tumeur maligne du sein	K60
Tumeur maligne du poumon	K80
Tumeur du médiastin	K100
Tumeur du tube digestif	K100
Tumeur du clitoris et du vagin	K80
Fibrome utérin	K80
Tumeur maligne de l'utérus	K100
Tumeur de la prostate	K120

(Dans ces chiffres sont compris le prix de la location du radium et de l'appareillage radiologique).

D. Opérations exceptionnelles

Radiographie :

Grossesse de face	K20
— de face et profil	K30
Radiopelvimétrie	K30
Epaule de profil	K10
Hanche de profil	K10

Radiodiagnostic des viscères :

Urosélectan, injection non comprise	K20
Insufflation périrénale, 1 ou 2 reins, plusieurs clichés	K30

	Coefficient
Pneumo-péritoine, examen radioscopique et 1 cliché	K30
Pneumo-péritoine, examen radioscopique, plusieurs clichés	K40
Hystérographie par lipiodol, 1 cliché	K16
Hystérographie par lipiodol plusieurs clichés	K20

Electro-diagnostic :

Chronaxie pour 1 nerf isolé	K16
— 1 membre	K20
— 2 membres	K30
— 3 ou 4 membres ou sujet entier	K40
Electro-cardiogramme	K6

Dermatologie et syphiligraphie

P. C. (1)

Injection sous-cutanée ou intramusculaire.
Injection intraveineuse en série, autre que celle d'arsénobenzol.
Cathétérisme ou dilatation en série de l'urèthre.
Lavage uréthro-vésical.
Injection intraveineuse d'arsénobenzol.
Hémothérapie.
Scarifications.
Injection intraveineuse au domicile du malade.

Dermatologie

	Coefficient
Consultation avec examen ultramicroscopique ou microscopique (ercherche du gonocoque ou du bacille de Ducrey)	K4
Curetage d'une lésion dermatologique ou de végétations	K2
Cautérisations	K2
Cryothérapie	K2
Ablation de tumeurs dermatologiques sous anesthésie locale	K10
Traitement par radiothérapie superficielle (par séance)	K4
Electrolyse de petites tumeurs dermatologiques	K4
Diathermo-coagulation de petites tumeurs avec anesthésie locale	K4

(1) P. C. signifie nomenclature des actes de petite chirurgie annexée à la convention médicale. Ils sont indiqués seulement ici pour mémoire.

	Coefficient
Diathermo-coagulation ou électrocoagulation de tumeurs sous anesthésie générale ou rachidienne	K20
Diathermo-coagulation ou électrocoagulation des nævi-carcinomes sous anesthésie générale ou rachidienne	K40
Epilation électrolytique (par 1/2 heure)	K4
Rayons ultra-violets	K2
Tumeur superficielle (destruction par fulguration ou bistouri électrique)	K10

Syphiligraphie et examens spéciaux

Examen sérologique (Réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht)	K3
Examen sérologique complet	K4
Examen sérologique complet avec réaction de B.-W. de Hecht, réaction de floculation, de Kahn, de Meinicke	K6
Examen complet du liquide céphalorachidien pour recherche de la syphilis	K8
Malariathérapie (inoculation de la malaria)	K20
Biopsie pour examên histologique	K4
Examen histologique d'une biopsie.	K8

Urologie

Uréthroscopie	K4
Traitement du phimosis et circoncision	K20
Traitement sanglant du paraphimosis	K20

Phtisiologie

Pneumothorax, la première insufflation (y compris l'examen radioscopique s'il est nécessaire)	K12
Pneumothorax, les suivantes	K4
Oléothorax, la première injection (y compris l'examen radioscopique s'il est nécessaire)	K16
Oléothorax, les suivantes	K8

Hydrologie

Honoraires pour une cure thermale.	K12

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

N. B. — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques.*

ANNÉE 1941

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Supplément mensuel.

I

Partie Scientifique

A

B

C

N

O

O

P

R

U

V

Z

IIe

Partie Professionnelle

A

B

C

D

E

F

H

P

R

S

T

V

III

Suppléments Mensuels

Nota. Les chiffres, séparés par une virgule, des titres ou sous-titres indiquent le numéro des pages du fascicule mensuel correspondant

Directeur-Gérant : G. Lavalée — Clermont (Oise). — Imp. Thiron & Cie